



Всемирная организация
здравоохранения

СЕРИЯ ДОКЛАДОВ «НАМЕРЕНИЕ ДЕЙСТВОВАТЬ»

СИТУАЦИЯ В РЕГИОНАХ

Анализ результатов неофициальных консультаций с людьми, живущими с неинфекционными заболеваниями и психическими расстройствами





Всемирная организация
здравоохранения

СЕРИЯ ДОКЛАДОВ «НАМЕРЕНИЕ ДЕЙСТВОВАТЬ»

СИТУАЦИЯ В РЕГИОНАХ

Анализ результатов неофициальных консультаций с людьми, живущими с неинфекционными заболеваниями и психическими расстройствами

Серия докладов «Намерение действовать»: ситуация в регионах. Анализ результатов неофициальных консультаций с людьми, живущими с неинфекционными заболеваниями и психическими расстройствами [Intention to action series: regional reflections. Analysis from informal regional consultations with people living with noncommunicable diseases and mental health conditions]

(Серия докладов «Намерение действовать»)

ISBN 978-92-4-007179-7 (онлайн-версия)

ISBN 978-92-4-007180-3 (версия для печати)

© Всемирная организация здравоохранения, 2023 г.

Некоторые права защищены. Настоящая публикация распространяется на условиях лицензии Creative Commons 3.0 IGO «С указанием авторства – Некоммерческая – Распространение на тех же условиях» (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.ru>).

Лицензией допускается копирование, распространение и адаптация публикации в некоммерческих целях с указанием библиографической ссылки согласно нижеприведенному образцу. Никакое использование публикации не означает одобрения ВОЗ какой-либо организации, товара или услуги. Использование логотипа ВОЗ не допускается. Распространение адаптированных вариантов публикации допускается на условиях указанной или эквивалентной лицензии Creative Commons. При переводе публикации на другие языки приводятся библиографическая ссылка согласно нижеприведенному образцу и следующая оговорка: «Настоящий перевод не был выполнен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). ВОЗ не несет ответственности за содержание или точность перевода. Аутентичным подлинным текстом является оригинальное издание на английском языке».

Урегулирование споров, связанных с условиями лицензии, производится в соответствии с согласительным регламентом Всемирной организации интеллектуальной собственности (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>).

Образец библиографической ссылки: Серия докладов «Намерение действовать»: ситуация в регионах. Анализ результатов неофициальных консультаций с людьми, живущими с неинфекционными заболеваниями и психическими расстройствами [Intention to action series: regional reflections. Analysis from informal regional consultations with people living with noncommunicable diseases and mental health conditions]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2023 г. (Серия докладов «Намерение действовать»). Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Данные каталогизации перед публикацией (CIP). Данные CIP доступны по ссылке <http://apps.who.int/iris>.

Приобретение, авторские права и лицензирование. По вопросам приобретения публикаций ВОЗ см. <https://www.who.int/publications/book-orders>. По вопросам оформления заявок на коммерческое использование и направления запросов, касающихся права пользования и лицензирования, см. <https://www.who.int/ru/copyright>.

Материалы третьих сторон. Пользователь, желающий использовать в своих целях содержащиеся в настоящей публикации материалы, принадлежащие третьим сторонам, например таблицы, рисунки или изображения, должен установить, требуется ли для этого разрешение обладателя авторского права, и при необходимости получить такое разрешение. Ответственность за нарушение прав на содержащиеся в публикации материалы третьих сторон несет пользователь.

Оговорки общего характера. Используемые в настоящей публикации обозначения и приводимые в ней материалы не означают выражения мнения ВОЗ относительно правового статуса любой страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации границ. Штрихпунктирные линии на картах обозначают приблизительные границы, которые могут быть не полностью согласованы.

Упоминания определенных компаний или продукции определенных производителей не означают, что они одобрены или рекомендованы ВОЗ в отличие от других аналогичных компаний или продукции, не названных в тексте. Названия патентованных изделий, исключая ошибки и пропуски в тексте, выделяются начальными прописными буквами.

ВОЗ приняты все разумные меры для проверки точности информации, содержащейся в настоящей публикации. Однако данные материалы публикуются без каких-либо прямых или косвенных гарантий. Ответственность за интерпретацию и использование материалов несет пользователь. ВОЗ не несет никакой ответственности за ущерб, связанный с использованием материалов.

Дизайн и верстка: Inis Communication

Содержание

Выражение признательности	iv
Сокращения	v
Введение	1
Обзор общей ситуации	1
Опыт стран и регионов	1
Цели настоящего доклада	2
Методология	3
Привлечение и отбор участников	3
Основные выводы: сходства между регионами	5
Принципы и необходимые условия конструктивного взаимодействия	5
Привлечение заинтересованных сторон и взаимодействие с ними	11
Расширение возможностей людей с соответствующим жизненным опытом	12
Другие региональные приоритеты	15
Регион Африки	15
Регион Америки: Карибский бассейн и Северная Америка	18
Регион Америки: Латинская Америка	20
Регион Юго-Восточной Азии	22
Европейский регион	24
Регион Восточного Средиземноморья	26
Регион Западной части Тихого океана: Камбоджа, Малайзия, Филиппины	29
Дальнейшие действия	32
Библиография	33



Выражение признательности

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) хотела бы поблагодарить всех, кто внес свой вклад в подготовку настоящего доклада, и всех людей, обладающих соответствующим жизненным опытом, за то, что они уделили нам свое время и поделились с нами своими знаниями и опытом, приняв участие в неофициальных консультациях, результаты которых легли в основу доклада. ВОЗ хотела бы особо поблагодарить все свои шесть региональных бюро, принявших участие в организации неофициальных консультаций, а также все страновые бюро ВОЗ и делегации государств-членов, которые приняли участие в обсуждении вопросов и внесли свой вклад в достижение результатов. Кроме того, мы хотели бы поблагодарить Даниэль Аньелло за ее аналитический обзор процесса совместной разработки проектов и программ и поддержку, оказанную в процессе предварительного анализа результатов консультаций.

Общее руководство работой над настоящим докладом, которая проводилась в рамках Глобального координационного механизма ВОЗ для НИЗ (ГКМ/НИЗ), являющегося частью Глобальной платформы ВОЗ по НИЗ (ГПН), осуществлялось директором ГПН Светланой Аксельрод и руководителем ГКМ/НИЗ Ги Фонесом. Техническим руководителем проекта был Джек Фишер, который отвечал за управление и координацию этой деятельности и связанного с ней рабочего процесса ГКМ/НИЗ.

Авторы: Джек Фишер и Ивонн Аривалаган

Сбор и анализ данных: Джек Фишер, Даниэль Аньелло, Ивонн Аривалаган и Ида Ахмадпур.

Редакционный обзор:

Штаб-квартира ВОЗ:

Ида Ахмадпур, Светлана Аксельрод, Натали Дрю Болд, Джеймс Эллиотт, Ги Фонес, Мишель Фанк, Дэниел Хант, Андре Илбави, Жужанна Якаб, Девора Кестель, Рюдигер Крех, Бенте Миккельсен, Роберта Ортис Секейра, Самуэль Зибер и Слим Слама.

Региональные бюро ВОЗ:

Нисрин Абдель Латиф, Чериан В. Аргезе, Нино Бердзули, Клаудина Кайетано, Жан-Мари Дангу, Иссимуха Дилле Махамаду, Роландо Энрике Доминго, Далия Эласи, Хишам Эль Берри, Вафаа Эльсави, Карина Феррейра-Борхес, Асмус Хаммерих, Ансельм Хеннис, Бенидо Импума, Прадип Джоши, Флоранс Камайонза Байнгана, Ратнасабапатипиллай Кесаван, Ледиа Лазери, Сильвана Лучиани, Ламия Махмуд, Уильям Киберенге Мэйн, Юка Макино, Элик Нараян, Нджинембо Найеу Эстер, Леендерт Недервен, Сакуя Ока, Ренату Оливейра и Соуза, Чидинма Абигейл Опоко, Бакано Отто, Разия Пендсе, Пьи Пхио, Дарья Подчиненова, Насим Пургазян, Ниво Раманандрайбе Равоссон Рацимбазафи, София Рибейру, Халид Саид, Бинта Сако, Джозеф Сайсай, Шамила Шарма, Ана Мария Тихерино Инестроза, Хуонг Тран и Елена Цой.

Члены группы участников неофициальных консультаций, обладающие соответствующим жизненным опытом:

Эд Адамс Эбенезер, Пис Ахаджи, Сана Аджмал, Амира Али Эль Джамал, Моника Арора, Карен Атье, Марк Барон, Ранда Башир, Джамал Белхадир, Кристал Бойя, Махамане Сиссе, Фил Коллис, Пол Т. Конвей, Сера Давидоу, Хелена Дэвис, Ратна Деви, Дахариана Эвертш, Гайсани Фадиана, Сирина Фархат, Мэри Гэлбрейт, Даниэль Гальего, Ану Гоманджу, Пилар Гомес, Макс Гронхарт, Бруно Хельман, Хатун Хибрави, Эллисон Ибрагим, Нора Ионита Молдовяну, Хуссейн Джафри, Билкис Джубари, Годфри Кагайи, Ольга Калина, Одиреленг Касале, Леа Киленга Бей, Хизер Кога, Нупур Лалвани, Кайсед Линдберг, Ибрагима Мадугу Мубарак, Сайед Махбубуль Алам, Элени Мисганау, Джордж Мсенги, Эдит Мукантвари, Майя Олсен, Лайон Осаренкхое, Этель Чима-Нвогвугву, Ян Паттон, Гуха Прадипа, Йоханна Ралстон, Даниэла Рохас Хименес, Алафия Самуэльс, Елена Шелестова, Линдокуле Сибия, Агус Сугианто, Лилиана Тьери, Дезире О. Флеккен и Стефан Ваха.

Сокращения

ОГО организация гражданского общества

ГКМ/НИЗ Глобальный координационный механизм для НИЗ

НИЗ неинфекционные заболевания

НПО неправительственная организация

ВОЗ Всемирная организация здравоохранения



Введение

Обзор общей ситуации

В 2019 г. 74% всех случаев смерти были вызваны неинфекционными заболеваниями (1) (НИЗ), и каждый восьмой человек страдал психическим расстройством (2). Для борьбы со взаимосвязанными эпидемиями НИЗ и психических заболеваний необходим целенаправленный подход с участием многих заинтересованных сторон.

На современном этапе взаимосвязанные эпидемии уже не считаются проблемами, характерными преимущественно для стран с высоким уровнем дохода, — они затрагивают людей с любым уровнем дохода. В 2019 г. более трех четвертей (77%) случаев смерти от НИЗ и 77% самоубийств в мире произошли в странах с низким или средним уровнем дохода (3–5). Кроме того, в 2019 г. 86% случаев преждевременной смерти от НИЗ в возрасте от 30 до 69 лет пришлось на страны с низким или средним уровнем дохода, что в значительной степени обусловлено демографическими тенденциями и изменениями в структуре заболеваемости и состоянии здоровья населения (1, 6). Для людей, живущих одновременно с НИЗ, психическими расстройствами и неврологическими заболеваниями (далее именуемых людьми с соответствующим жизненным опытом), краткосрочные и долгосрочные последствия часто являются довольно серьезными на индивидуальном уровне, но также распространяются на тех, кто осуществляет уход за ними, их семьи и общины, в которых они живут.

Пандемия COVID-19 продолжает ограничивать способность систем здравоохранения эффективно реагировать на потребности людей с соответствующим жизненным опытом, усугубляя индивидуальные и социальные последствия, связанные со здоровьем, и обнажая глубокое социальное неравенство и раздробленность систем здравоохранения во всем мире. Сопутствующие нарушения здоровья существенно увеличивают риск развития COVID-19 в тяжелой форме, сопровождающегося более высокими показателями смертности (7–12). Распространенность тревожных расстройств и депрессии также увеличилась на 25% во всем мире под воздействием целого ряда

краткосрочных и долгосрочных стресс-факторов, таких как изоляция, влияние вируса на здоровье, боязнь ухудшения финансового положения и потери работы, а также сбои в работе служб охраны психического здоровья (13).

Опыт стран и регионов

Ключевым заинтересованным сторонам в области глобального общественного здравоохранения необходимы новые формы сотрудничества для разработки эффективных и учитывающих контекст вариантов активизации действий, направленных на решение сложных проблем, связанных с НИЗ и психическим здоровьем. Для этого необходимо отказаться от существующих «универсальных» мер и стратегий и взять на вооружение инклюзивные, творческие и междисциплинарные подходы к совместной деятельности по принципу «снизу вверх», учитывающие различные мнения, опыт и знания, с тем чтобы лучше понять глубинные причины и детерминанты заболеваний. В различных географических, культурных, политических, экономических, социальных и религиозных контекстах люди с соответствующим жизненным опытом являются ценным источником информации, необходимой для понимания проблем, препятствующих реализации программ, политики и оказанию услуг, а также для поиска способов решения этих проблем.

Вовлечение людей с соответствующим жизненным опытом в процесс разработки программ, политики и планирования услуг может обеспечить более инклюзивные и целенаправленные действия на национальном и региональном уровнях. Эти усилия в конечном итоге будут способствовать улучшению состояния здоровья людей.

Изучение мнений, опыта и инициатив региональных бюро (РБ) ВОЗ в области налаживания конструктивного взаимодействия с людьми с соответствующим жизненным опытом служит ценной отправной точкой в процессе достижения этих целей. Информация, получаемая на уровне регионов и стран, также позволяет рассматривать основные принципы, определения и факторы, способствующие

конструктивному взаимодействию, в определенном контексте и разбираться в тонкостях самой концепции конструктивного взаимодействия с людьми с соответствующим жизненным опытом в процессе решения задач в области профилактики и лечения НИЗ и психических расстройств.

Цели настоящего доклада

Настоящий доклад является вторым из серии публикаций ВОЗ «Намерение действовать», целью которой является расширение ограниченной базы фактических данных о значении и результатах конструктивного взаимодействия и решение проблемы отсутствия стандартных подходов к реализации концепции конструктивного взаимодействия на практике. Серия докладов «Намерение действовать» призвана способствовать решению поставленных задач, послужив платформой, на которой люди с соответствующим жизненным опытом, руководители организаций и учреждений могут взаимодействовать, совместными усилиями разрабатывая варианты решения проблем и перспективные методы работы, направленной на решение этих междисциплинарных задач. В докладах серии «Намерение действовать» также представлены убедительные примеры и фактические данные, призванные стимулировать активное обсуждение вопросов в ходе Четвертого заседания высокого уровня Организации Объединенных Наций по НИЗ,

которое состоится в 2025 г., и способствовать достижению установленных Организацией Объединенных Наций целей в области устойчивого развития (ЦУР) на период до 2030 г.

В этой связи в докладе представлен анализ неофициальных региональных консультаций, проведенных в Африканском регионе, странах Карибского бассейна и Северной Америки, Латинской Америки, регионе Юго-Восточной Азии, Европейском регионе, регионе Восточного Средиземноморья, а также трех форумов в регионе Западной части Тихого океана (14).

В докладе анализируются общие черты, региональные особенности шести регионов ВОЗ и приоритетные задачи, установленные в каждом из этих регионов, которые необходимо решить в процессе конструктивного взаимодействия с людьми с соответствующим жизненным опытом. В нем излагаются основные выводы, сделанные в процессе решения приоритетных задач, и названы недостатки в реализации программ, выявленные на региональном и национальном уровнях, — вся та информация, которая послужит основой для совместной разработки и реализации концептуальной основы, Механизма конструктивного взаимодействия с людьми, живущими с НИЗ, психическими и неврологическими заболеваниями (который в настоящем докладе называется Концептуальной основой ВОЗ).

Методология

В период с февраля по май 2022 г. в рамках ГКМ/НИЗ в сотрудничестве со всеми шестью региональными бюро ВОЗ были организованы неофициальные консультации с людьми, перенесшими НИЗ, психические и неврологические заболевания.

Рисунок 1. Лестница Арнштейн, на которой графически изображены уровни участия граждан



Эти консультации были проведены с использованием таких же методов, которые применялись при проведении Глобальной неофициальной консультации ВОЗ с людьми, живущими с НИЗ, состоявшейся в декабре 2020 г., и Неофициальной консультации с людьми, живущими с диабетом, состоявшейся в марте 2021 г. Один из принципов этих консультаций заключался в том, что люди с соответствующим жизненным опытом должны участвовать в планировании процесса консультаций и играть в нем ведущую роль, и при этом все участники должны иметь возможность вносить свой вклад (15). Целью этих консультаций было стимулирование применения подхода, предусматривающего широкое участие населения,

не ограничивающегося «символическими мерами» в соответствующей части Лестницы участия Арнштейн (в частности, ступенью 4, «консультации», которые обычно включают изучение мнений, встречи с общественностью и общественные опросы) и достигающего ступени 6, «партнерство», где властные полномочия перераспределяются в процессе переговоров между гражданами и властью имущими (см. рис. 1).

Для достижения этой цели был применен подход, предусматривающий активное участие, в том числе распределение полномочий по планированию и принятию решений между людьми с соответствующим жизненным опытом и ВОЗ на всем протяжении процесса совместной разработки и проведения мероприятия.

Привлечение и отбор участников

В рамках ГКМ/НИЗ по согласованию с региональными бюро ВОЗ была составлена форма предварительной заявки, которую было предложено заполнить людям, перенесшим НИЗ, психические и неврологические заболевания, чтобы таким образом выдвинуть свою кандидатуру или предложить других кандидатов для участия в проекте. В этой форме нужно было указать жизненный опыт, географическое положение, пол, возраст и языковые предпочтения, а в специальном поле для комментариев можно было сообщить о своих ожиданиях и задать любые вопросы Секретариату ВОЗ. Форма была распространена через региональные и страновые сети, а также разослана непосредственно государствам-членам и учреждениям ООН. Организации, имеющие официальные отношения с ВОЗ, участниками ГКМ/НИЗ и другими имеющими отношение к этому процессу субъектами гражданского общества, также выразили заинтересованность через различные внешние сети. Все участники из числа негосударственных субъектов (НПО, научно-образовательные учреждения и независимые организации) должны были заполнить форму заявления о заинтересованности, как это предусмотрено обязательными процедурами должной осмотрительности в соответствии с Механизмом взаимодействия ВОЗ с негосударственными структурами.

Совместная подготовка консультаций

Чтобы обеспечить участие людей с соответствующим жизненным опытом в работе на подготовительном этапе процесса консультаций, для совместной подготовки мероприятий была сформирована неформальная консультативная группа, в состав которой вошли по 10–15 человек с соответствующим жизненным опытом из каждого региона. В их число входили лица, указанные региональным бюро, и/или лица, с которыми ГКМ/НИЗ ВОЗ уже взаимодействовала в рамках различных мероприятий, включая консультации, обсуждения в фокус-группах и семинары. Эта группа организаторов использовала следующие факторы в качестве критериев отбора: жизненный опыт, место жительства, пол, возраст и принадлежность к группам населения, которые являются маргинализированными. Комментарии и предложения консультативной группы помогли сформулировать повестку дня, определить формат и содержание мероприятия, а также назначить участников группы для выполнения таких функций, как сопредседатели, докладчики и координаторы.

Порядок проведения консультаций и их результаты

Продолжительность виртуальных консультаций под руководством участников составляла от одного до двух дней, от трех до четырех часов каждый день. Люди с соответствующим жизненным опытом действовали в качестве сопредседателей, докладчиков, участников и/или фасилитаторов. Мероприятия включали презентации экспертов по широкому кругу вопросов и секционные заседания, призванные стимулировать участников к подробному обсуждению различных тем. Среди наиболее обсуждаемых тем были основные определения, принципы и факторы, способствующие конструктивному взаимодействию, а также стратегии осуществления такого взаимодействия на практике, такие как наращивание потенциала, информационно-разъяснительная работа и защита интересов, а также налаживание партнерских отношений. Кроме того, состоялись совещания в формате «передачи микрофона» для поддержания атмосферы

открытого форума, чтобы люди смогли поделиться мнениями, которые могли не иметь непосредственного отношения к вопросам официальной повестки дня. Докладчики ВОЗ вели подробные записи по каждому совещанию, которые затем собирались и анализировались организационными группами.

В регионе Западной части Тихого океана форумы проводились совместно с Региональным бюро ВОЗ для стран Западной части Тихого океана и в них принимали непосредственное участие страновые бюро в Камбодже, Малайзии и на Филиппинах. Для каждой из стран проводился один трехчасовой форум с участием 10–15 представителей, обладающих соответствующим жизненным опытом. Участниками форума были отдельные лица или представители организованных групп, объединяющих людей, перенесших различные НИЗ и представляющие разные социально-экономические группы. Помимо сбора и анализа информации и разработки подходов к конструктивному взаимодействию на региональном и страновом уровне, форумы с участием представителей региона Западной части Тихого океана также организовывались для того, чтобы люди могли обменяться мнениями и поделиться опытом в отношении доступа к профилактическим и терапевтическим услугам на местном уровне. Сотрудники регионального и соответствующих страновых бюро ВОЗ действовали в качестве организаторов обсуждения и вели записи.

Основные выводы из консультаций и форумов нашли свое отражение в итоговых отчетах по регионам. Данные из всех этих отчетов были консолидированы и подразделены на несколько тематических категорий. Применение этого метода тематического анализа показало, что есть много общего в данных по разным регионам, которые обобщены в настоящем докладе. Кроме того, анализ частоты и уникальности выводов по каждому из регионов выявил важные региональные приоритеты и особенности, которые изложены в докладе.

Основные выводы: сходства между регионами

Основные выводы, описанные ниже, стали общими темами для всех регионов ВОЗ. Многие принципы конструктивного взаимодействия и аспекты жизни с НИЗ, психическими и неврологическими заболеваниями являются общими для разных стран и культурных контекстов, что позволяет проследить множество сходств между регионами. В то же время эти сходства не отрицают, что у каждого региона есть свои характерные особенности и приоритеты (см. раздел «Региональные приоритеты»). В целом очевидное сходство между всеми регионами усиливает аргументы в пользу консолидированного глобального механизма ВОЗ, позволяющего применять подходы к адаптации и реализации программ с учетом особенностей каждого из регионов.



Принципы и необходимые условия конструктивного взаимодействия

1. Инклюзивность

Во всем мире опыт жизнь людей, страдающих НИЗ, психическими расстройствами и неврологическими заболеваниями, часто осложняется целым рядом факторов, являющихся социальными детерминантами здоровья. Люди с соответствующим жизненным опытом подвергаются маргинализации и социальному отчуждению из-за своего социально-экономического статуса, этнической принадлежности, гендерной идентичности, сексуальной ориентации, инвалидности, возраста, национальности, иммиграционного статуса и/или других факторов, определяющих расстановку сил в обществе. Результатами

всего этого могут быть системная и структурная дискриминация, психологическая травма и стигматизация, а также отсутствие связи с обществом.

Конструктивное взаимодействие с людьми с соответствующим жизненным опытом должно включать создание безопасных, инклюзивных и благоприятных для всех условий. При этом участники определили, что маргинализированными группами населения в их странах являются, в частности, люди, проживающие в сельской местности, коренное население, меньшинства, дети и пожилые люди. Таким образом, инклюзивность должна означать вовлечение групп населения, являющихся маргинализированными, таким образом, чтобы обеспечивалось достойное и уважительное отношение к ним и чтобы полностью учитывались их потребности.

Принцип инклюзивности также распространяется на тех, кто оказывает поддержку людям с соответствующим жизненным опытом, в первую очередь на их родственников, на тех, кто осуществляет уход за ними, людей, находящихся в таком же положении, поставщиков медицинских услуг, религиозных и общественных деятелей. Это необходимо потому, что люди с соответствующим жизненным опытом, стараясь поддерживать нормальное здоровье, часто полагаются на поддержку окружающих. Поэтому в процессе совместной разработки программ, планирования и осуществления любых действий в области общественного здравоохранения должны участвовать те, кто окружает людей с соответствующим опытом для успешной контекстуализации политики, услуг и программ в области профилактики и лечения НИЗ и охраны психического здоровья.



Что необходимо

✓ **Вовлечение групп населения, которые являются маргинализированными**

Перефразируя поговорку «занять место за столом», участники также подчеркнули необходимость «пригласить к столу» недостаточно охваченные услугами группы населения. Те, кто определяет политику, поставщики медицинских услуг, неправительственные организации (НПО), правозащитные организации и другие заинтересованные стороны должны обеспечить вовлечение этих групп населения там, где они проживают, особенно в сельских или отдаленных районах. Следует также использовать подход к вовлечению являющихся маргинализированными групп населения, ориентированный на потребности этих групп. Поскольку представители местной общественности, а также местные группы взаимопомощи хорошо знакомы с тем, как живут люди в районе, который они представляют, они играют ключевую роль в выявлении и привлечении людей с соответствующим жизненным опытом, особенно тех, кто подвергся маргинализации, к участию в учебных занятиях и мероприятиях. Такой подход, применяемый на начальном этапе взаимодействия, гарантирует, что взаимодействие налаживается в первую очередь с теми, чьи интересы недостаточно представлены, и что это взаимодействие не является чисто символическим и не связано с риском дальнейшей маргинализации и причинения еще большего вреда. Для того, чтобы обеспечить инклюзивность, представительство и справедливость в том, что касается принятия мер и сотрудничества в области здравоохранения, необходимо также адаптировать системы сбора и

регистрации данных, чтобы взаимодействие было действительно конструктивным. Речь идет не только о сборе данных о заболеваемости и распространенности НИЗ, психических расстройств и неврологических заболеваний, но и о способности дезагрегировать эти данные по ключевым показателям, таким как возраст, пол, социально-экономический статус и сопутствующие заболевания.

✓ **Обеспечение доступности информации**

Медико-санитарная информация и соответствующие ресурсы должны быть актуальными, легко доступными, применимыми, полезными и понятными для всех людей с соответствующим жизненным опытом, особенно для тех, кто относится к группам населения, являющимся маргинализированными. В этой связи необходимо обеспечить предоставление информационных ресурсов в цифровой форме для использования в виртуальной среде, которая постоянно расширяется после пандемии, а также предоставление информации в нецифровом формате, например в виде отчетов и информационных брошюр на бумажных носителях, и в контекстуально релевантных формах. Это обеспечит дальнейшее вовлечение групп населения с низким уровнем медицинской и цифровой грамотности и ограниченным доступом к интернету. Информационные ресурсы на бумажных носителях и в цифровом формате должны быть удобными для пользователей, составляться в таком виде, чтобы быть доступными для людей с нарушениями зрения или слуха, в том числе снабжаться соответствующими субтитрами и описаниями. Информационные материалы должны составляться на простом, подходящем для контекста языке, не содержать жаргона и по возможности представляться на местных языках и/или переводиться на такие языки.

2. Уменьшение стигматизации

Стигматизация во многих отношениях препятствует поддержанию нормального здоровья и благополучию людей, живущих с НИЗ. Она может не позволять им обращаться за необходимой им помощью или получать доступ к эффективному лечению и продолжать лечиться. Она может сделать этих людей «невидимыми» или даже «гипервидимыми» в обществе, которое начинает воспринимать их прежде всего как больных определенным заболеванием, а не как личностей, обладающих различными качествами и определенным опытом. Некоторые отмечают, что стигматизация является одной из причин того, что лечение проходит тяжелее и травмирует людей в большей степени, чем само



заболевание. По большей части эта стигматизация обусловлена системными и социальными причинами, множеством сложных структурных и поведенческих факторов и может быть особенно широко распространена в отношении людей, страдающих психическими заболеваниями.

Стигматизация может принимать самые разные формы; например, окружающие могут **возлагать вину** на людей с соответствующим жизненным опытом и считать, что они «несут ответственность» или сами «виноваты» в том, что оказались в таком состоянии. Это приписывание вины (16) – один из феноменов в общественном здравоохранении, когда считается, что образ жизни и действий человека определяется им самим, а не более широкими социально-экономическими, коммерческими или экологическими детерминантами здоровья. Люди, живущие с диабетом 2-го типа, часто слышат, что их состояние является результатом нездорового питания, а не отсутствия доступа к недорогим здоровым продуктам питания или возможности вести физически активный образ жизни в безопасных условиях. Поэтому к ним часто относятся без уважения или сочувствия.

Стигматизация также может проявляться в виде **дегуманизации** или **чрезмерной медикализации** людей с соответствующим жизненным опытом, особенно в контексте системы здравоохранения. Это может происходить, когда медико-санитарные работники относятся к людям с соответствующим жизненным опытом прежде всего как к пациентам с определенными симптомами и состоянием здоровья, а не как к людям с их уникальными проблемами, целями и потребностями. Это способствует дискриминации со стороны медицинских учреждений, что, в свою очередь, ослабляет взаимодействие между поставщиками медицинских услуг и людьми с соответствующим жизненным опытом. Это также может ослабить желание человека лечиться и наблюдаться у врача, что в конечном итоге ведет к ухудшению состояния здоровья. Вот что сказал один из участников процесса региональных консультаций:

«В больнице меня часто называли «опухолью головного мозга». Для них я перестала быть Эммой, перестала быть человеком. Я стала для них диагнозом, опухолью мозга. Для меня это было унижительно, и я чувствовала себя так, как будто ни на что не способна. Это стимулировало меня к тому, чтобы попытаться понять мое состояние и постараться взаимодействовать с медицинскими работниками, чтобы улучшить его».

— Эмма Скоглунд, защитница прав и интересов онкологических пациентов, Швеция.



Что необходимо

Терминология и грамотность

Создание среды, исключая стигматизацию, может быть частично обеспечено за счет повышения медицинской грамотности каждого человека, групп населения и организаций посредством разъяснения факторов риска, детерминант и симптомов НИЗ, психических расстройств и неврологических заболеваний. Это также включает разъяснение негативных последствий стигматизации не только для людей с соответствующим жизненным опытом, но и для их родных, лиц, осуществляющих уход за ними, медико-санитарных работников, работников сферы образования, представителей общественности и групп людей, объединенных общими интересами. Столь же важно использовать придающие уверенность и уважительные слова и выражения применительно к людям с соответствующим жизненным опытом, а также повышать осведомленность общественности о концепции жизненного опыта, конструктивного взаимодействия и ее взаимосвязи с состоянием здоровья.

Слова, которых следует избегать

Слова, которые следует использовать

«Пациент» / «субъект» / «случай»

Имя/должность (напр., г-н X; д-р Y) / «человек» / «лицо»

«Соблюдение» / «соответствие» / «обязательство»

«Согласие»

«Психически больной» / «сумасшедший»

«Психические расстройства»

«Жертва» / «страдающий от» / «больной»

«Живущий с...» / «с диагнозом...» / «лечащийся от...»

Политика и законодательство

Необходимы также четко сформулированные и эффективно применяемые правила и положения законодательства, направленные против стигматизации. Положения национального антидискриминационного законодательства и соответствующие правила могут пересматриваться и при необходимости сфера их применения может расширяться, с тем чтобы обеспечивался охват всех людей, живущих с НИЗ, психическими и неврологическими заболеваниями. Законы, защищающие права людей с соответствующим жизненным опытом, также могут помочь в борьбе со стигматизацией, повышая осведомленность соответствующих

заинтересованных сторон о правах человека и необходимости их уважения. Законы также могут служить для семей, работников здравоохранения и других участников процесса ориентиром и руководством в отношении стратегий предотвращения стигматизации, общения и обмена информацией, а также стимулировать регулирующие органы к привлечению медико-санитарных работников к ответственности. Применение положений антидискриминационного законодательства в контексте других направлений деятельности в сфере здравоохранения, таких как борьба с ВИЧ/СПИД, может послужить полезным уроком в этом отношении.

Однако сами по себе антидискриминационные законы недостаточны, даже если они применяются достаточно эффективно. Человек может не обращаться за защитой от дискриминации, опасаясь стигматизации в случае, если станет известно о его состоянии, то есть опасаясь того, что на него «навесят ярлык» (17). Для того, чтобы обеспечить максимальную эффективность антидискриминационных законов, их применение должно сопровождаться кампаниями против стигматизации, направленными на устранение многих структурных и поведенческих факторов, которыми она обусловлена. Такие мероприятия необходимы для того, чтобы не ограничиваться рамками законодательства, чтобы повышать осведомленность о реальных причинах и факторах риска НИЗ, психических расстройств и неврологических заболеваний и чтобы у людей не складывались неправильные представления на основе недостоверной информации.

3. Изменение соотношения сил в пользу людей с соответствующим жизненным опытом

При традиционном взаимодействии в рамках глобального общественного здравоохранения баланс сил обычно смещен в пользу тех, кто наделен властью или соответствующими полномочиями, то есть государственных органов, медработников и юристов, межправительственных организаций и частного сектора. В этих условиях люди с соответствующим жизненным опытом, люди, относящиеся к группам, которые являются маргинализированными, и организации гражданского общества часто игнорируются и лишены возможности конструктивно участвовать во всем, что происходит в сфере здравоохранения. Их вовлечение также может быть чисто символическим, например, когда людей с соответствующим жизненным опытом ставят в известность, консультируются с ними

или пытаются их успокоить уже после того, как решение принято, или же все специально делается для того, чтобы их голоса не имели особого влияния. Поэтому для обеспечения конструктивного взаимодействия с людьми с соответствующим жизненным опытом необходимо, чтобы соотношение сил изменилось в пользу этих людей за счет тех, кто традиционно пользуется влиянием, и при этом их необходимо поддерживать и учитывать все многообразие мнений.

▶ Что необходимо

✓ Отношение к жизненному опыту людей как к источнику ценной информации

Люди с соответствующим жизненным опытом являются экспертами уже в силу этого опыта, и поэтому жизненный опыт является одной из форм специальных знаний и навыков. Точно так же, как врачи, юристы и те, кто определяет политику, обладают определенным опытом и являются специалистами в своих областях, люди, имеющие соответствующий жизненный опыт, благодаря которому они понимают состояние своего здоровья, знают, как нужно лечить заболевание, и участвуют в принятии решений, от которых зависит их здоровье. Официальные письменные правила и инструкции, стандартные операционные процедуры и протоколы, предписывающие участие людей с соответствующим жизненным опытом, могут способствовать укреплению их роли и закреплению их легитимности в качестве экспертов и обеспечить последовательность усилий, прилагаемых к обеспечению конструктивного взаимодействия. Необходимо прилагать усилия к дальнейшему



информированию и повышению осведомленности поставщиков медико-санитарных услуг, тех, кто определяет политику, финансирующих сторон, страховщиков и других сторон, традиционно пользующихся влиянием, чтобы они относились к людям с соответствующим жизненным опытом как к партнерам, а не просто как к «пациентам» или пассивным получателям услуг.

Когда к людям с соответствующим жизненным опытом относятся с достоинством и уважением как к экспертам, конструктивное взаимодействие можно также понимать как взаимный двусторонний обмен знаниями, навыками и даже мнениями, которые могут расходиться и противоречить друг другу. Люди с соответствующим жизненным опытом могут делиться своим опытом, который может оказаться полезным для разработки, контекстуализации и осуществления соответствующих действий в области общественного здравоохранения наряду с созданием новых структур, механизмов и программ для реализации концепции конструктивного взаимодействия на практике. Они, в свою очередь, должны получать информацию об их состоянии, им необходимо оказывать помощь во всем, что касается доступа к медицинской помощи, и проводить с ними информационно-разъяснительную работу, чтобы у них было больше возможностей защищать свои интересы и интересы окружающих их людей.

Компенсация людей с соответствующим жизненным опытом

Одним из конкретных действий, демонстрирующих ценность людей с соответствующим жизненным опытом, является финансовая компенсация их знаний, усилий и времени. Например, людей с соответствующим жизненным опытом часто просят потратить драгоценное время на подготовку к участию и выступление на мероприятиях, но эти их усилия и время редко оплачиваются, в отличие от усилий и времени специалистов и экспертов, выполняющих аналогичную работу. Поэтому для того, чтобы изменить соотношение сил в пользу людей с соответствующим жизненным опытом, необходимо выплачивать денежное вознаграждение тем, кто принимает участие в мероприятиях и выступает на них, причем в размере, соизмеримом с оплатой таких же услуг, оказываемых профессиональными экспертами. Это также будет сигнализировать о том, что их жизненный опыт не менее ценен, чем опыт любых других специалистов. Кроме того, решение финансовых проблем, в частности оплата времени отсутствия на работе, расходов на транспорт и/или уход за детьми, также позволяет людям с соответствующим жизненным опытом продолжать

свою чрезвычайно важную работу, в том числе информационно-разъяснительную, при этом не испытывая финансовых трудностей.

4. Последовательное и постоянное взаимодействие

Привлечение людей с жизненным опытом не должно быть каким-то разовым мероприятием, «работой для галочки» или чем-то, что делается только тогда, когда это необходимо для выполнения какой-то конкретной задачи. Взаимодействие с этими людьми должно быть нормой, осуществляться на постоянной основе и быть неотъемлемой частью всего процесса, начиная с постановки диагноза и заканчивая совместной разработкой и реализацией соответствующих мер политики, программ и планированием услуг. Для этого необходимо создать благоприятные условия и организовать весь процесс совместной деятельности таким образом, чтобы участие людей с соответствующим жизненным опытом стало основным принципом, лежащим в основе этого процесса.



Что необходимо

Необходимы конкретные механизмы для обеспечения того, чтобы такие формы взаимодействия были эффективными и устойчивыми. К ним относятся юридически обязательное включение людей с соответствующим жизненным опытом в процесс разработки политики, четко сформулированные правила и положения, а также стимулы, которыми должны руководствоваться те, кто определяет политику, поставщики медицинских услуг и другие ключевые заинтересованные стороны в процессе взаимодействия. Для того чтобы обеспечить заинтересованность и вовлеченность всех участников, у них должно быть достаточно времени, а то, что они делают, должно финансироваться в достаточном объеме, а механизмы взаимодействия должны регулироваться и контролироваться, чтобы обеспечить их активное и эффективное применение. В подразделе «Расширение возможностей людей с соответствующим жизненным опытом» настоящего доклада представлены дополнительная информация и рекомендации в отношении того, как можно задействовать ценные знания, навыки и ресурсы людей с соответствующим жизненным опытом, чтобы обеспечить последовательное и постоянное взаимодействие с ними на практике.

5. Контекстуализация: местные языки, культура и обычаи

Чтобы быть эффективными и рациональными, подходы к конструктивному взаимодействию с людьми с соответствующим жизненным опытом должны учитывать местный контекст, языки, культуру и обычаи. Часто использование основных языков международного общения, таких как английский, не позволяет разработать терминологию с учетом местного контекста в некоторых странах, что может еще больше препятствовать повышению уровня грамотности населения в вопросах здоровья. Приемлемые в культурном отношении методы взаимодействия с целевыми группами населения, учитывающие культуру и общественный уклад этих групп, религиозные убеждения, индивидуалистические или общинные социальные установки и языки, на которых они говорят, с большей вероятностью обеспечат поддержку со стороны этих людей и улучшение состояния их здоровья.



Что необходимо

✓ Руководства по контекстуализации или адаптации

Любые глобальные, региональные или национальные механизмы, планы действий или правила конструктивного взаимодействия следует адаптировать к местным условиям. В частности, необходимо руководство по контекстуализации или адаптации, которое должно использоваться местными законодателями, медико-санитарными работниками, работниками сферы образования, местными общественными деятелями и людьми с соответствующим жизненным опытом. Руководства должны учитывать, кто является ключевыми заинтересованными сторонами на местах, а также такие факторы, как наличие ресурсов и порядок работы системы здравоохранения на местном уровне. Руководства также должны быть доступны на местных языках и диалектах, чтобы было проще передавать и использовать знания.

✓ Учет разнообразия и интерсекциональности

При взаимодействии с разнородной группой людей, в том числе людей с соответствующим жизненным опытом, важно учитывать интерсекциональность. Имеется в виду то, как различные аспекты идентичности человека, например пол, принадлежность к определенной касте, сексуальная ориентация, этническая или религиозная принадлежность, род занятий,

социально-экономический статус, состояние здоровья и инвалидность, в совокупности определяют различные типы возможностей и привилегий. Сочетания этих факторов также определяют состояние здоровья человека, с которым могут быть связаны стигматизация и дискриминация со стороны общества. Если те, кто принимает решения, учитывают все эти факторы и их сочетание, это помогает им понять сложный характер того, с чем они имеют дело, и потенциальные зависящие от контекста проблемы, препятствующие доступу к медицинскому обслуживанию и повышению благосостояния, что в конечном итоге позволяет им совместно принимать решения с учетом множества аспектов жизненного опыта людей (15).

6. Политическая решимость

Решимость и поддержка правительства на всех уровнях должна гарантировать людям с соответствующим жизненным опытом право на участие и обеспечивать конструктивное взаимодействие с ними. На 75-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения государства-члены ВОЗ признали, что конструктивное участие людей, перенесших неинфекционные заболевания, должно быть одним из ключевых элементов совместного планирования действий в сфере здравоохранения (18). Политическая решимость на самом высоком уровне может послать сильный сигнал остальным компонентам системы государственного управления и всему обществу и стимулировать все заинтересованные стороны к тому, чтобы обеспечить конструктивное участие людей с соответствующим жизненным опытом, которое должно быть неотъемлемой частью государственной политики, закрепленной в национальном законодательстве. Политическая решимость также имеет огромное значение для обеспечения того, чтобы инициативы в области конструктивного взаимодействия были обеспечены ресурсами в достаточном объеме и разрабатывались таким образом, чтобы быть инклюзивными, гибкими, устойчивыми и институционально оформленными.



Что необходимо

✓ Юридические полномочия

Обязательства, резолюции или призывы к действию со стороны правительств и тех, кто определяет политику, на национальном и субнациональном уровнях, должны быть подкреплены законодательством, предусматривающим участие людей с

соответствующим жизненным опытом. Как уже отмечалось, необходимо также уделять особое внимание поддержке и привлечению групп населения, являющихся маргинализованными. В этом отношении министерства здравоохранения могут подавать пример, санкционируя привлечение людей с соответствующим жизненным опытом к совместной разработке мероприятий и национальных планов в области общественного здравоохранения и обеспечивая внедрение и применение многосекторального подхода к конструктивному взаимодействию.

✓ **Подотчетность**

Чтобы обеспечить эффективные и прозрачные политические и юридические полномочия для реализации концепции конструктивного взаимодействия, необходимы стратегии и правовые гарантии, призванные свести к минимуму недобросовестность и злоупотребление властью на всех уровнях. Необходимы механизмы или рабочие группы для наблюдения за результатами работы на основе прозрачных показателей и обеспечения подотчетности исполнителей. Это может поддерживаться созданием механизмов репрезентативного управления с участием заинтересованных сторон, представляющих разные сектора, и с четким распределением функций и обязанностей, а также людей с соответствующим жизненным опытом и организаций гражданского общества (ОГО).



Привлечение заинтересованных сторон и взаимодействие с ними

Ключевые заинтересованные стороны, с которыми необходимо взаимодействовать

Процесс привлечения заинтересованных сторон к совместной разработке и планированию мер в области общественного здравоохранения преследует две цели (19). Во-первых, необходимо обеспечить, чтобы те, кто участвует в этом процессе, представляли

конечных пользователей и чтобы результаты работы могли эффективно использоваться этой группой и масштабироваться среди населения. Во-вторых, необходимо, чтобы был представлен весь важный опыт групп заинтересованных сторон. Для этого, в частности, нужно установить основные параметры в отношении того, в чем должны заключаться актуальные знания, точки зрения и роли участников процесса. Все заинтересованные стороны играют определенную роль, участвуя в оценке эффективности процесса и результатов предпринимаемых действий, что обеспечивает непрерывное обучение, адаптацию и достижение более высоких результатов в сфере общественного здравоохранения.

Используя эту методологию, участники определили следующие группы заинтересованных сторон в качестве важных партнеров, с которыми необходимо взаимодействовать:

1. Сообщества

Слово «сообщества» используется в качестве широкого термина, охватывающего тех, кто более тесно и чаще взаимодействует с людьми с соответствующим жизненным опытом. Сюда входят члены семьи, люди с аналогичным жизненным опытом, и те, кто осуществляет уход (как официально оформленные в качестве таковых, так и другие), а также люди, пользующиеся авторитетом и уважением в своих сообществах, в том числе религиозные лидеры, руководители и лидеры общественного мнения.



2. Работники сферы образования

Участники подчеркнули, что работники сферы образования играют ключевую роль в повышении осведомленности, разъяснении необходимости повышения уровня медицинской грамотности в отношении НИЗ, психических расстройств и неврологических заболеваний, а также в продвижении научно обоснованных подходов к профилактике и лечению НИЗ и психических расстройств. К этой категории относятся различные заинтересованные стороны – от преподавателей и ученых до тех, кто разрабатывает учебные программы, администраторов и персонала начальных, средних и высших учебных заведений.

3. Те, кто определяет политику

Речь идет о должностных лицах на всех уровнях государственного управления, от местных законодателей и представителей местных органов власти до парламентариев и должностных лиц органов центрального правительства. Кроме того, следует также наладить взаимодействие с теми, кто определяет политику в различных секторах, представителями комитетов, занимающихся вопросами здравоохранения, труда, продовольствия, гендерными вопросами, и связанных с ними межотраслевых комитетов. Важно отметить, что специалисты в области права, например юристы и судьи, также были определены в качестве ключевых заинтересованных сторон в более широких областях, связанных с разработкой политики и принятием решений.

4. Медико-санитарные работники

К этой категории относятся все работники сферы здравоохранения, в том числе лица, осуществляющие уход, консультанты, социальные работники, медико-санитарные работники первичного звена, медсестры, врачи, в том числе врачи-специалисты и администраторы больниц. Этим термином также называют сотрудников фармацевтических и страховых компаний, технических работников сферы здравоохранения и профессиональные организации и общества медико-санитарных работников.

5. Организации

Участники определили различные гражданские, профессиональные и промышленные коллективы под общим термином «организации». К ним относятся НПО, ОГО и профессиональные ассоциации работников важнейших секторов, таких

как здравоохранение, фармацевтическая промышленность, сельское хозяйство, продовольствие, транспорт, молодежь, культура, спорт и средства массовой информации.



Расширение возможностей людей с соответствующим жизненным опытом

Расширение возможностей людей с соответствующим жизненным опытом стало одной из главных тем, постоянно обсуждаемых в ходе любых региональных консультаций. Участники подчеркнули свое желание учиться, а также обучать, инструктировать людей с соответствующим жизненным опытом и расширять их возможности, чтобы они могли более эффективно защищать свои интересы и интересы групп людей, к которым они относятся. Это также поможет ВОЗ и государствам-членам решить проблему дисбаланса в соотношении сил и обеспечить поддержку всех ключевых заинтересованных сторон в последовательном и непрерывном процессе конструктивного взаимодействия для улучшения показателей здоровья населения.

1. Финансирование

Если не обеспечено финансирование, люди с соответствующим жизненным опытом и организации, представляющие их интересы, не могут действовать эффективно и на устойчивой основе. Увеличение объема финансирования организаций и ассоциаций, представляющих интересы людей с соответствующим жизненным опытом, имеет решающее значение для того, чтобы они продолжали свою деятельность. В частности, необходимо обеспечить наличие ресурсов для найма сотрудников, увеличения количества учебных мероприятий и реализации других инициатив по наращиванию потенциала, более эффективной защиты интересов людей с соответствующим жизненным опытом, мобилизации дополнительных ресурсов, обеспечения доступа к новым служебным помещениям и покрытия операционных расходов.

2. Понимание процесса принятия решений в отношении политики (в области здравоохранения)

Людей с соответствующим жизненным опытом необходимо обучать тому, как действовать более эффективно, участвуя в процессах принятия политических решений и решений в области здравоохранения. Для этого, в частности, необходимо понимать основанные на правах человека подходы, которые могут применяться людьми с соответствующим жизненным опытом, а также иметь способность понимать и тщательно анализировать политику, механизмы, законы и правовые документы, имеющие отношение к НИЗ и психическому здоровью, а также то, как они разрабатываются. Кроме того, людям с соответствующим жизненным опытом нужно объяснять различные варианты политики в отношении НИЗ, психических расстройств и неврологических заболеваний в их странах, что позволит им лучше организовать защиту своих интересов и свои действия, направленные на совершенствование политики в области здравоохранения и улучшение показателей здоровья населения.

3. Взаимодействие с заинтересованными сторонами

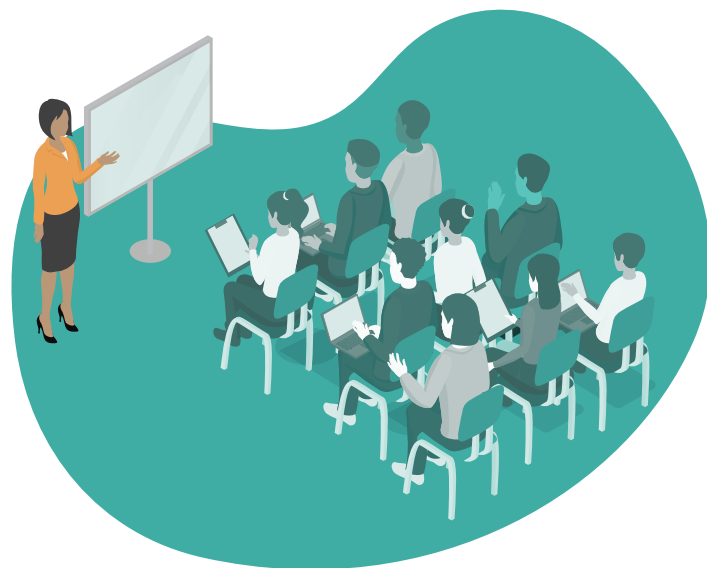
Умение выбирать партнеров, с которыми следует взаимодействовать, и оптимальные способы такого взаимодействия может повысить эффективность усилий по защите интересов. Такими партнерами могут быть те, кто принимает решения в ключевых секторах, таких как государственное управление, здравоохранение, средства массовой информации, научные круги, организации гражданского общества и частный сектор, и при этом необходимо учитывать взаимосвязь между проводимой политикой и глобальным общественным здравоохранением. Чтобы иметь более широкие возможности, быть услышанными там, где это более всего необходимо, и активно участвовать в деятельности в сфере здравоохранения, люди с соответствующим жизненным опытом могут обучаться тому, как осуществлять стратегическое взаимодействие с заинтересованными сторонами и налаживать важные партнерские отношения с различными секторами в процессе решения стоящих перед ними задач.

ВОЗ способна играть ведущую роль в налаживании контактов между правительствами и людьми с соответствующим жизненным опытом и установить глобальный

стандарт конструктивного взаимодействия путем регулярного проведения совещаний с государственными органами, людьми с соответствующим жизненным опытом, ОГО и НПО на постоянной основе. Для преодоления разрыва между тем, что происходит на национальном и местном уровнях, ВОЗ и ее государства-члены могут также предоставлять ОГО и НПО дополнительную информацию об официальных механизмах взаимодействия и возможностях для привлечения тех, кто определяет политику. Важно также предоставлять информацию или документы, необходимые местным НПО или ОГО для участия в разработке и проведении политики на международном или национальном уровне. Для того, чтобы было проще находить тех, кто отвечает за координацию действий в данной области, можно разместить в интернете краткие сведения об этих лицах и их контактную информацию.

4. Навыки прямого общения и умение убеждать

Участники подчеркнули значение укрепления взаимного доверия и умения общаться и убеждать для успешного взаимодействия с заинтересованными сторонами, такими как ВОЗ и ее государства-члены. Примеры включают публичные выступления, рассказы о личном опыте и использование индивидуальных подходов, таких как убедительное повествование, подкрепленное фактами и данными. Другие методы прямого и убедительного общения включают маркетинг в социальных сетях для усиления взаимодействия с целевой аудиторией, участие в разработке политики и взаимодействие с традиционными средствами массовой информации, например посредством писем в редакцию.



5. Возможности для проведения исследований и обучения

Базовый уровень владения методами исследования может помочь людям с соответствующим жизненным опытом находить и использовать эмпирические данные в качестве фактологической основы деятельности по защите своих интересов. Организации или ассоциации, представляющие интересы людей с соответствующим жизненным опытом, могут сотрудничать с учеными и исследователями, чтобы вооружить людей необходимыми навыками исследовательской работы. В более широком смысле, государственные органы и научно-образовательные учреждения должны обеспечивать возможности для проведения финансируемых исследований с участием людей, живущих с НИЗ, психическими расстройствами и неврологическими заболеваниями, что должно способствовать расширению фактологической базы и более глубокому пониманию этой темы.

Следует широко распространять информацию о перспективных методах и результатах исследований и консультаций, о соответствующих выводах и о возможностях для налаживания взаимодействия с более широким кругом людей с соответствующим жизненным опытом и партнеров. Распространение информации из общедоступных источников как по цифровым, так и по нецифровым каналам должно быть приоритетной задачей любой инициативы в области исследований

и обмена информацией о НИЗ, психических расстройствах и неврологических заболеваниях, с тем чтобы обеспечить доступность необходимой информации.

6. Платформы для сотрудничества

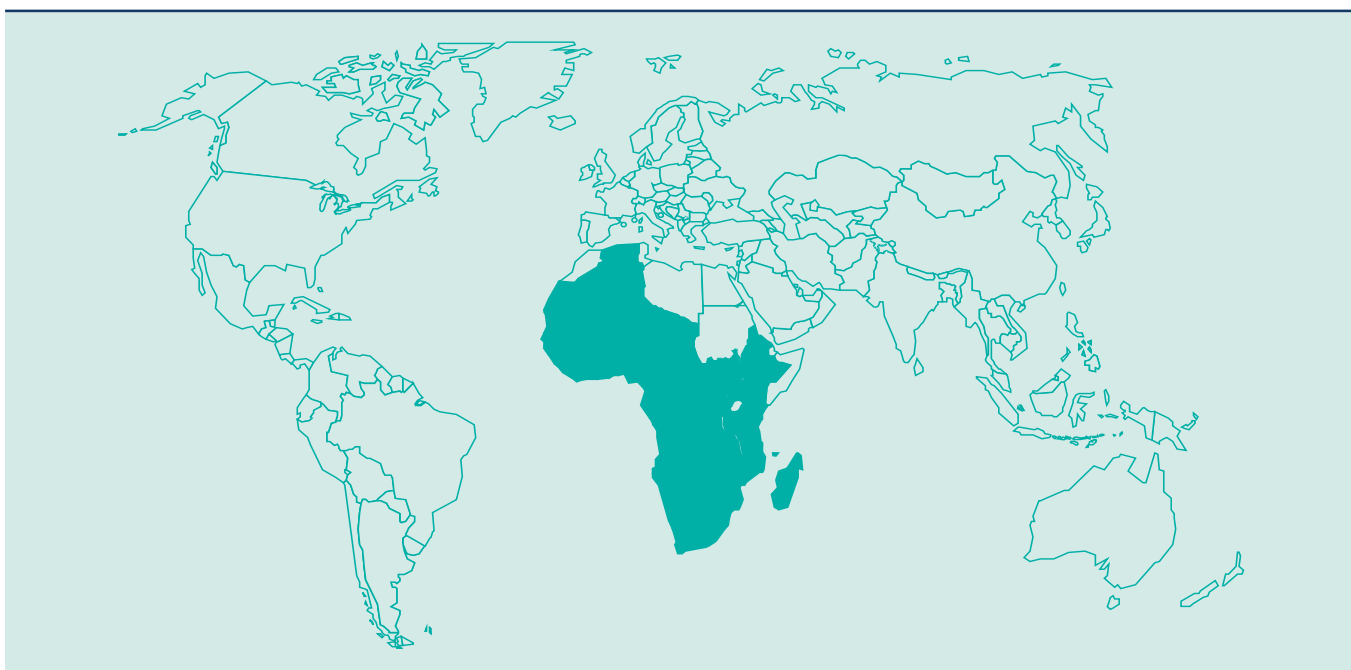
Необходимо создавать больше общественных пространств и платформ для более эффективного сотрудничества и обмена идеями между людьми с соответствующим жизненным опытом и ключевыми заинтересованными сторонами в области здравоохранения и государственной политики. Примеры включают группы поддержки, тематические форумы и комитеты, общественные слушания и сети. Платформы также должны предоставлять людям с соответствующим жизненным опытом возможности, гарантирующие их участие.

Необходимы специальные образовательные платформы для расширения возможностей людей с соответствующим жизненным опытом и вооружения их необходимыми навыками для дальнейшего усиления их роли в качестве активных защитников прав и интересов. Такие платформы можно использовать для обучения людей, имеющих соответствующий жизненный опыт, навыкам проведения исследований, коммуникации и защиты интересов, а также умению ориентироваться и разбираться в системах здравоохранения и политических системах.

Другие региональные приоритеты

В то время как между регионами есть много общего в том, что касается важнейших областей, в которых осуществляется конструктивное взаимодействие, участники также подчеркнули приоритеты и особенности каждого из регионов. Эти приоритеты, зависящие от регионального контекста, относятся к различным аспектам конструктивного взаимодействия, от принципов и средств реализации до участия ключевых групп заинтересованных сторон, и устанавливаются они с учетом уникальных возможностей и проблем, характерных для каждого из регионов.

Регион Африки



Привлечение заинтересованных сторон и взаимодействие с ними

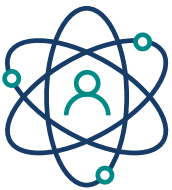
1. Традиционные лидеры

Будучи хранителями социальных ценностей во многих обществах, традиционные, духовные и религиозные лидеры играют важную роль в принятии решений, касающихся НИЗ, психических и неврологических заболеваний. Народные

целители, марабуты, фетишисты и другие представители народной медицины также были отмечены как ключевые заинтересованные стороны. Они тесно связаны с обществом и хорошо понимают местные обычаи и практику в области медицинского обслуживания. В то же время многие традиционные лидеры могут поддерживать мифы и способствовать укоренению ложных представлений о НИЗ, психических расстройствах и неврологических заболеваниях, что может иметь пагубные последствия для общества. Когда удастся преодолеть некоторые из этих предубеждений посредством повышения грамотности в вопросах здоровья, легитимность многих из этих традиционных лидеров и их авторитет в обществе делает их важными партнерами, с которыми следует взаимодействовать для уменьшения стигматизации и повышении осведомленности.

2. Группы населения, являющиеся маргинализированными: внутренне перемещенные лица (ВПЛ), беженцы и нелегальные мигранты

Среди наиболее уязвимых групп населения в своих странах участники назвали ВПЛ и беженцев. В 2021 г. в Африканском регионе проживало около 30 миллионов ВПЛ, беженцев и просителей убежища (20). Люди, живущие с НИЗ, психическими расстройствами и неврологическими заболеваниями, часто не имеют доступа к основным услугам и лечению, что усугубляет проблемы со здоровьем, с которыми они сталкиваются. Поэтому представители этой группы должны учитываться и участвовать в процессах принятия решений, касающихся НИЗ, психических расстройств и неврологических заболеваний, причем для их осмысленного участия необходимо обеспечить перевод материалов на соответствующие языки.



Необходимые условия конструктивного взаимодействия



Что необходимо

1. Информационно-разъяснительная работа и повышение осведомленности населения с целью уменьшения стигматизации

В дополнение к многочисленным причинам и следствиям, описанным выше, в некоторых сообществах стигматизация может служить причиной оставления супруги или супруга, а также других членов семьи, в результате чего и без того уязвимые группы населения, такие как женщины и дети, становятся еще более незащищенными. Кроме того, многие люди с психическими расстройствами и члены их семей обращаются за духовной поддержкой, прежде чем попытаться получить помощь в медицинских учреждениях. Поэтому крайне важно информировать семьи и тех, кто оказывает им духовную поддержку, о том, какие последствия могут иметь НИЗ, психические

и неврологические заболевания, а также о том, какая помощь доступна и необходима для улучшения качества их жизни. Необходимы дополнительные усилия по повышению осведомленности населения в средствах массовой информации с участием лидеров сообщества и партнеров, с тем чтобы уменьшить стигматизацию и дискриминацию в отношении людей с соответствующим жизненным опытом как в сельских районах, так и в городах.

2. Повышение осведомленности о людях с соответствующим жизненным опытом

Люди с соответствующим жизненным опытом должны быть в авангарде усилий по защите интересов и распространению информации, в том числе иметь возможность публично делиться своими историями, тем самым повышая осведомленность общества о соответствующих проблемах. Люди с соответствующим жизненным опытом играют важную роль в распространении информации о НИЗ, психических расстройствах и неврологических заболеваниях в обществе. Работники здравоохранения также должны участвовать в повышении осведомленности и помогать людям, обладающим соответствующим жизненным опытом, делиться этим опытом и распространять информацию в своих сообществах.

В регионе мало что известно о забытых и недостаточно представленных заболеваниях, таких как серповидно-клеточная анемия и болезнь Вильсона, и повышение медицинской грамотности в отношении таких заболеваний также должно быть частью более широкой повестки дня в области борьбы с НИЗ, чтобы предотвратить ошибочные диагнозы, ухудшение показателей здоровья и избежать предотвратимой смертности. Вовлечение людей, живущих с забытыми заболеваниями, имеет решающее значение для обеспечения того, чтобы процесс принятия решений оставался инклюзивным и чтобы в нем были более широко представлены группы населения, к которым относятся люди с соответствующим жизненным опытом.

3. Решение задач с учетом местных условий

Проблемы на местах должны решаться с учетом местного контекста. Стратегии, инновации и планы действий в области борьбы с НИЗ, психическими и неврологическими заболеваниями в регионе, включая усилия по

конструктивному взаимодействию с людьми с соответствующим жизненным опытом, должны учитывать местную специфику и определенный контекст. Планы дальнейших действий должны составляться на местных языках и диалектах, и при этом не следует копировать и перенимать решения, характерные для «запада» или «глобального севера». Люди с соответствующим жизненным опытом должны всесторонне участвовать в этом процессе с учетом местного контекста и используя множество возможностей, которые предоставляет им богатое культурное, религиозное и социальное разнообразие Африканского региона.

Что касается финансирования программ и услуг в области профилактики и лечения НИЗ и охраны психического здоровья в регионе, то источниками такого финансирования должны быть не страны-доноры или благотворительные организации, а действующие в африканских странах корпорации и организации. Средства должны выделяться государственными органами и местными НПО на прозрачной основе. Выступая на международной арене, правительства Африканских стран должны учитывать мнения и пожелания своих граждан и отстаивать их интересы, чтобы деколонизировать глобальное здравоохранение.

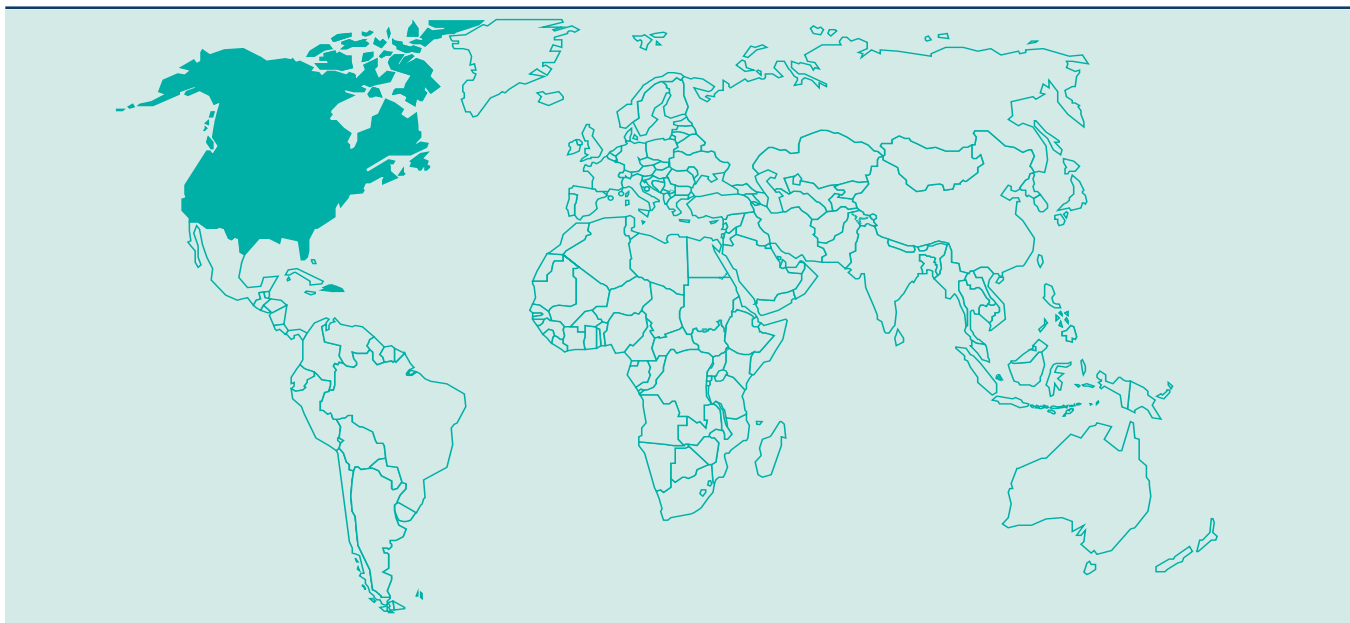
4. Изучение опыта работы в других областях здравоохранения

Извлекая уроки из успехов и неудач программ по борьбе с другими заболеваниями, такими как ВИЧ и СПИД, малярия и туберкулез, которые были реализованы в регионе в прошлые годы, можно получить ценную

информацию о том, что можно улучшить в процессе борьбы с НИЗ, психическими и неврологическими заболеваниями. Социальная стигматизация и препятствия, ограничивающие доступ к медицинскому обслуживанию, с которыми сталкиваются люди, живущие с ВИЧ и СПИДом, являются теми факторами, которые могут дать представление о том, в чем должны заключаться эффективные подходы к поддержке людей, живущих с НИЗ, психическими и неврологическими заболеваниями, которым приходится иметь дело с аналогичными проблемами.

Те, кто определяет политику, и практикующие врачи могут извлечь пользу из понимания того, как первичная медико-санитарная помощь на низовом уровне усиливается другими действиями, предпринимаемыми в рамках программ профилактики и лечения различных заболеваний. Речь идет, в частности, об изучении опыта применения комплексного подхода к борьбе с ВИЧ и СПИДа и другими инфекционными заболеваниями, а также о том, как расширить масштабы этой деятельности и адаптировать соответствующие программы путем включения в них услуг по профилактике и лечению НИЗ. Например, привлечение женщин, живущих с ВИЧ, к разработке рекомендаций по грудному вскармливанию коренным образом изменило отношение к научным рекомендациям в регионе. Это может быть источником множества полезных идей в отношении конструктивного взаимодействия с людьми с соответствующим жизненным опытом.

Регион Америки: Карибский бассейн и Северная Америка



Привлечение заинтересованных сторон и взаимодействие с ними

1. Традиционные лидеры

Религиозные и духовные лидеры, лидеры сельских общин и люди, являющиеся источниками информации, знаний и мудрости, такие как старейшины, были определены как важные партнеры для участия в совместной разработке мер по профилактике и лечению НИЗ и охране психического здоровья. Участники подчеркнули, что необходимо укреплять связи между духовными лидерами, медицинским сообществом и социальными службами, чтобы обеспечить оказание более всесторонней поддержки людям с соответствующим жизненным опытом и заботу о них.

2. Группы населения, являющиеся маргинализированными: коренные народы, мигранты и бездомные

Коренные народы, мигранты (в том числе в первом поколении) и лица без документов, живущие с НИЗ, психическими и неврологическими заболеваниями, больше не должны оставаться за рамками процесса принятия решений. Концепция «поддержки равных равными», используемая в контексте Соединенных Штатов Америки (США), не должна упускать из виду исторические различия, которые увековечивают несправедливое отношение к иммигрантам, представителям коренных народов и этнических меньшинств. Необходимо охватить группы, которые продолжают подвергаться системной маргинализации. Организации, оказывающие помощь и поддержку этим группам населения, в том числе религиозные и некоммерческие организации, также должны быть вовлечены в процесс принятия решений, чтобы можно было использовать их опыт при продолжающемся обсуждении вариантов лечения и ухода.

Бездомным (26) труднее обращаться за необходимой им помощью, но при этом именно среди них больше людей с плохим здоровьем или психическими расстройствами, в том числе связанными со злоупотреблением психоактивными веществами. Бездомным также труднее получать надлежащий уход, лечение и поддержку – более того, многие из них подвергаются уголовному преследованию и помещаются в учреждения длительного пребывания.

3. Включение детей в процесс борьбы с НИЗ и психическими заболеваниями

Дети могут родиться с НИЗ, такими как диабет, и/или с самого раннего возраста у них могут развиваться психические или неврологические заболевания, такие как эпилепсия, нарушения развития, депрессия, тревожные и поведенческие расстройства (27). Десять процентов детей и подростков во всем мире страдают тем или иным психическим расстройством, но большинство из них не обращаются за помощью, не получают поддержки и за ними не осуществляется надлежащий уход. Последствия пренебрежительного отношения к психическому здоровью ребенка продолжают сказываться на протяжении его взрослой жизни и ограничивают возможности жить полноценной жизнью. Для конструктивного взаимодействия с детьми необходимы безопасные и благоприятные условия, в том числе повышение осведомленности в школе и поддержка со стороны взрослых, чтобы голоса детей были услышаны и поняты. Кроме того, необходимо обеспечить доступность информационных материалов и ресурсов в удобных для детей форматах, например в информационно-игровой форме, а взаимодействовать с ними должны надлежащим образом подготовленные и квалифицированные специалисты. При разработке политики в более широком контексте дети и молодые люди также должны учитываться в качестве важных заинтересованных сторон, участвующих в борьбе с НИЗ и охране психического здоровья.



Необходимые условия конструктивного взаимодействия



Что необходимо

1. Право на выбор

Для того, чтобы изменить соотношение сил в пользу людей с соответствующим жизненным опытом, им нужно предоставить возможность самостоятельно решать, как жить и как заботиться о своем здоровье. Для этого необходим подход, ориентированный на потребности человека, предоставляющий людям с соответствующим жизненным опытом различные отвечающие их потребностям и приемлемые в культурном отношении варианты ухода, из которых они могут продуманно и обоснованно выбирать наиболее подходящие для них. Необходимо поддерживать людей с соответствующим жизненным опытом и давать им возможность делать обоснованный выбор в интересах их собственного здоровья.

2. Устранить факторы, традиционно препятствующие доступу к медицинской помощи

Социальные детерминанты здоровья должны учитывать исторические и структурные проблемы, влияющие на состояние здоровья населения. Расовые различия в показателях состояния здоровья и ожидаемой продолжительности жизни уходят корнями в существовавшее во все времена неравенство, из-за которого некоторые группы населения остаются в неблагоприятном положении. Так, в США среди расовых и этнических меньшинств наблюдается более высокий уровень заболеваемости и смертности от самых разных заболеваний, включая диабет, гипертонию, рак, ожирение, астму, сердечно-сосудистые заболевания и болезни почек (28, 29). В процессе исследований и планировании мер в области общественного здравоохранения должны учитываться такие факторы, как расовая, этническая принадлежность и жизненный опыт людей, относящихся к маргинализированным группам населения.

3. Демократизировать терминологию и процесс общения

Часто дисбаланс в соотношении сил обусловлен и усугубляется используемыми формулировками или терминологией. Термин «власть», например, можно рассматривать как патерналистский, поскольку подразумевается какая-то вышестоящая инстанция, принимающая решения за других людей. Язык и терминология, используемые в медицинских учреждениях или теми, кто определяет политику, должны

быть понятными и удобными для всех заинтересованных сторон. Средства открытого общения и взаимодействия, в рамках которого все заинтересованные стороны имеют возможность делиться своим опытом, например платформы для массового распространения информации и используемые правительствами механизмы официального взаимодействия, могут служить эффективным уравнивающим фактором и способствовать демократизации процесса обмена опытом и информацией о проблемах.

Регион Америки: Латинская Америка



Привлечение заинтересованных сторон и взаимодействие с ними

1. Группы населения, являющиеся маргинализованными и подвергающиеся стигматизации

В процессе конструктивного взаимодействия нельзя оставлять без внимания тех, кто подвергается стигматизации и относится к уязвимым группам населения. У людей, страдающих расстройствами, связанными

со злоупотреблением психоактивными веществами, бездомных, а также у детей и молодых людей, у которых есть проблемы с законом, меньше возможностей обращаться за необходимой им помощью и получать ее, хотя именно среди этих людей больше тех, кто испытывает проблемы со здоровьем. Такие проблемы, как расстройства, связанные со злоупотреблением психоактивными веществами, часто рассматриваются как нечто, относящееся к сфере уголовного правосудия, а не общественного здравоохранения, что в результате еще больше маргинализирует тех, кто страдает от этих проблем, и создает порочный круг наказания. Конструктивное взаимодействие может стимулировать применение более комплексного подхода к поддержке подвергающихся стигматизации и уязвимых групп населения в рамках системы общественного здравоохранения.

2. Вовлечение молодежи в процесс решения проблем, связанных НИЗ и психическими расстройствами

Поскольку многие латиноамериканские страны стали демократическими относительно недавно, молодежь в этих странах приобретает особое значение в качестве активной и влиятельной политической силы. Молодые люди должны чувствовать сопричастность и проявлять инициативу, чтобы влиять на ситуацию в своих сообществах и на государственную политику в своих странах. Такие инициативы, как программы воспитания молодых лидеров, могли бы способствовать активному участию молодых людей в жизни общества, приобретению ими лидерских качеств и дать им возможность разрабатывать политику и законы вместе с законодателями. В этом отношении показательным примером может служить подход «Лестница расширения прав и возможностей» (30), который использовался для обучения молодых людей, живущих с диабетом 1-го типа, тому, как быть активными лидерами и проводниками перемен в своем сообществе или в обществе в целом.

В то же время молодые люди по-прежнему не имеют возможности участвовать в процессе принятия важных решений в сфере здравоохранения. Самоубийства являются одной из основных причин смерти лиц в возрасте 10–19 лет в Латинской Америке (31), и эта проблема усугубилась в условиях пандемии COVID-19. Необходимо усилить местные службы охраны психического здоровья в странах региона, чтобы они смогли обеспечить поддержку молодых людей.



Необходимые условия конструктивного взаимодействия



Что необходимо

1. Удовлетворение насущных потребностей людей с соответствующим жизненным опытом

Малоимущие группы населения в странах региона, как правило, подвергается наибольшему риску и больше других страдают от НИЗ, психических расстройств и неврологических

заболеваний. Если не признаются и не устраняются совершенно очевидные и острые проблемы бедности, от которых страдают люди, попытки вовлечь людей с соответствующим жизненным опытом в процесс консультаций и обмена информацией, могут казаться чем-то чисто символическим, пустыми разговорами. Чтобы обеспечить более эффективную поддержку людей с соответствующим жизненным опытом, необходимо прежде всего понять, в чем заключаются их основные потребности, такие как жилье, еда и доступ к общественным услугам, и удовлетворить эти потребности.

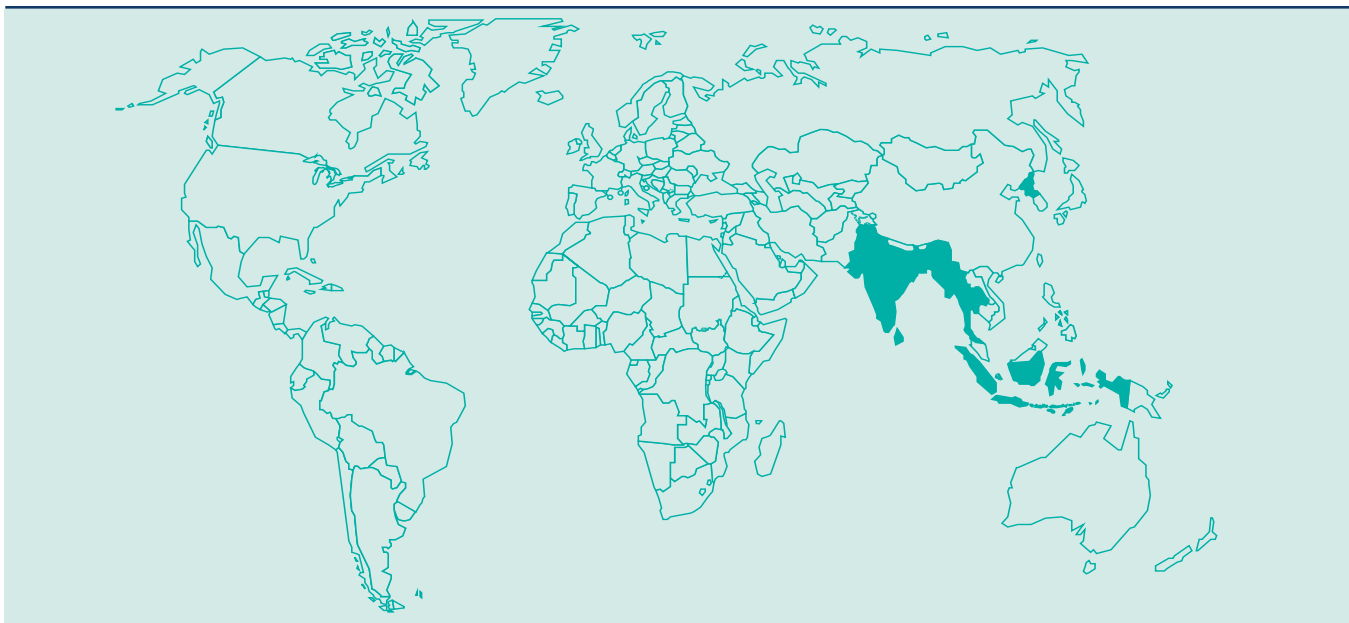


Расширение возможностей для конструктивного взаимодействия

1. Роль Панамериканской организации здравоохранения (ПАОЗ)

Региональное бюро ПАОЗ/ВОЗ для стран Америки должно действовать более активно на местном уровне, используя свои полномочия, обеспечивая страны ресурсами и оказывая им поддержку. Региональное бюро ПАОЗ/ВОЗ для стран Америки может также способствовать усилению руководящей роли министерств здравоохранения и местных органов власти в целях повышения эффективности профилактики и лечения НИЗ, психических расстройств и неврологических заболеваний и взаимодействия с людьми с соответствующим жизненным опытом. Например, в Колумбии недавно был принят план комплексного медико-санитарного обслуживания — модель, которая способствует переходу от лечения к профилактике и признает активную роль отдельных лиц, семей и сообществ в поддержании и восстановлении здоровья (32). Региональное бюро ПАОЗ/ВОЗ для стран Америки могло бы оказывать поддержку и предоставлять ресурсы для реализации тех аспектов этого плана, которые касаются конструктивного взаимодействия, в том числе призвав правительства стран обеспечить необходимые условия для участия людей с соответствующим жизненным опытом в планировании и реализации политики и программ.

Регион Юго-Восточной Азии



Привлечение заинтересованных сторон и взаимодействие с ними

1. Группы населения, являющиеся маргинализированными: уязвимые группы населения

Крайне важно вовлекать группы населения, подвергающиеся риску, такие как жители сельских районов, коренное население и этнические меньшинства, в процесс принятия решений, касающихся НИЗ, психических расстройств и неврологических заболеваний. Люди, относящиеся к этим многочисленным группам населения, в несоразмерно большей степени страдают от НИЗ, психических расстройств и неврологических заболеваний.

2. Группы населения, являющиеся маргинализированными: пожилые люди, дети и подростки

Участники подчеркнули, что пожилые люди, дети и подростки были недостаточно представлены в процессе онлайн-консультаций. Во многих странах Юго-Восточной Азии с быстро стареющим населением необходимо активно взаимодействовать с пожилыми людьми на местном уровне, чтобы обеспечить их значимое участие в процессе принятия решений, связанных с НИЗ, психическими расстройствами и неврологическими заболеваниями. Многие из 533 миллионов живущих в регионе молодых людей не имеют доступа к услугам по профилактике и лечению НИЗ и охране психического здоровья. Необходимо начать кампании по повышению осведомленности о НИЗ и психическом здоровье в школах, поскольку эти заболевания часто не диагностируются именно у детей и подростков. Вмешательство в раннем возрасте также может обеспечить достижение более высоких показателей состояния здоровья молодых людей. Родители, воспитатели и учителя играют решающую роль во взаимодействии с молодыми людьми, вооружая их необходимыми знаниями о навыках защиты интересов людей с соответствующим жизненным опытом.



Расширение возможностей для конструктивного взаимодействия

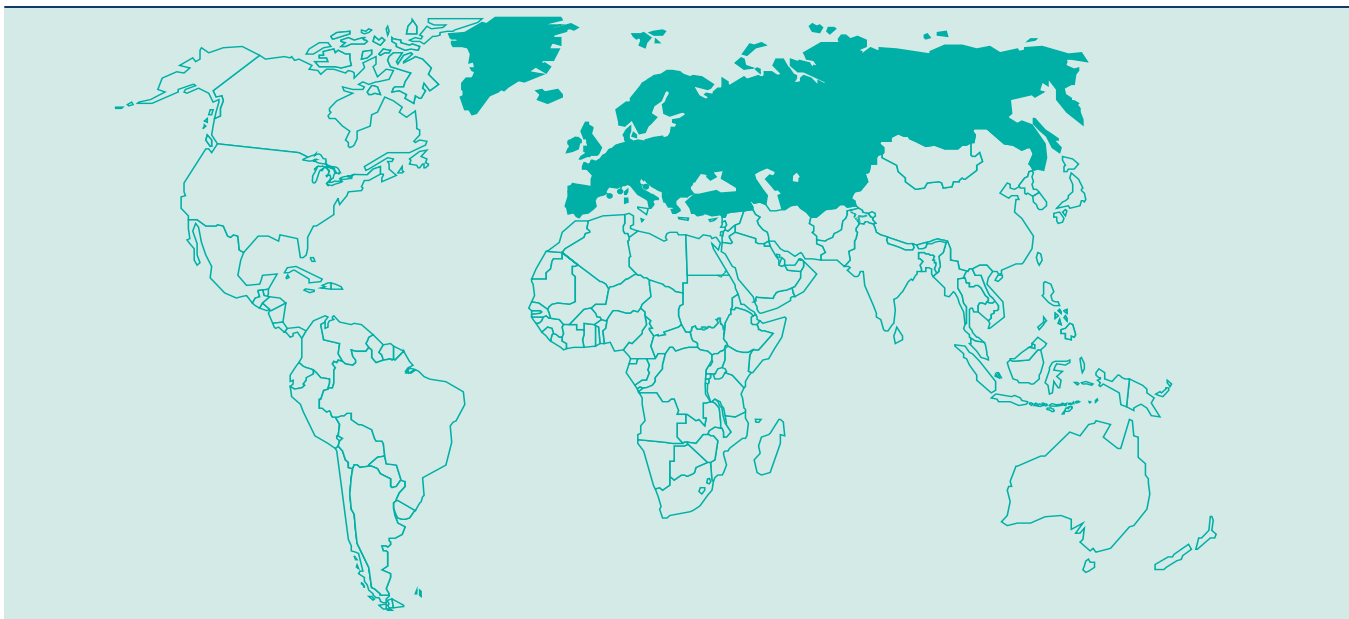
1. Перенимать опыт других секторов и взаимодействовать с ними

Конструктивное взаимодействие пока еще не стало нормой в странах региона, при этом ОГО и НПО уделяют первоочередное внимание снижению факторов риска и ранней диагностике в рамках кампаний и мероприятий по повышению осведомленности (33). Сотрудничество между секторами в странах региона также не является достаточно активным. Приоритетными областями здравоохранения, в которых на разных уровнях осуществляется конструктивное взаимодействие, являются борьба против табака (Voices of Tobacco Victims India), борьба с детским раком (CanKids India) и охрана психического здоровья (Komunitas Peduli Skizofrenia Indonesia). Кроме того, в 2021 г. в рамках Всемирного дня борьбы с диабетом Региональное бюро ВОЗ для стран Юго-Восточной Азии и Региональный альянс стран Юго-Восточной Азии по борьбе с НИЗ совместно организовали круглый стол с участием экспертов по проблемам диабета, в ходе которого были обсуждены вопросы, касающиеся конструктивного взаимодействия с людьми, живущими с диабетом и другими НИЗ. В качестве отправной точки информацию об общих проблемах и уроки, извлеченные из конструктивного взаимодействия в этих областях, следует распространять и интегрировать в инициативы в области борьбы с НИЗ и охраны психического здоровья в регионе, а также укреплять коалиции и сотрудничество между секторами в целях наращивания потенциала.

2. Люди с соответствующим жизненным опытом в качестве лидеров и примеров для подражания

Люди с соответствующим жизненным опытом могут служить примером для подражания для других людей, которые оказались в аналогичной ситуации и живут в аналогичных социально-экономических или культурных условиях, что будет способствовать преодолению барьеров, препятствующих участию в процессе принятия решений и разработки политики в области здравоохранения и устранению стигматизации и дискриминации, которым они подвергаются. Для того, чтобы люди с соответствующим жизненным опытом не ограничивались просто получением информации, а реально участвовали в этом процессе, их необходимо не только поддерживать, но и расширять их возможности, защищать и обучать, чтобы они брали на себя ответственность за решение этих проблем. Они также должны иметь возможность становиться лидерами в своих сообществах, причем в первую очередь это касается детей и подростков, живущих с НИЗ, психическими и неврологическими заболеваниями. Например, стимулирование людей с соответствующим жизненным опытом к тому, чтобы они рассказывали о себе и делились своим опытом, является одной из приоритетных задач наращивания потенциала Альянса по борьбе с НИЗ в регионе Юго-Восточной Азии, наряду с предоставлением им материальной и психологической поддержки, организацией формального обучения и предоставлением им возможностей брать на себя руководящую роль в таких структурах, как, например, медицинские ассоциации.

Европейский регион



Принципы конструктивного взаимодействия

1. Конструктивное взаимодействие в качестве необходимого требования

Конструктивное взаимодействие не должно быть проявлением «благосклонности» в отношениях между сторонами, имеющими разные возможности, то есть это не должно выглядеть так, как будто кто-то делает кому-то «одолжение». Конструктивное взаимодействие с людьми, имеющими соответствующий жизненный опыт, считается ВОЗ и ее государствами-членами важным и обязательным требованием. Это своего рода обязательство, основанное на праве на участие, — обязательство, которое должно обеспечиваться политической решимостью и правовыми гарантиями.

2. Гуманитарные показатели здоровья населения

Гуманитарные показатели здоровья населения, такие как качество жизни, благополучие, психическое и социальное здоровье, редко оцениваются и измеряются так же, как клинические или экономические показатели. Например,

глобальное бремя болезней (24) – это показатель, который отражает в основном преждевременную смертность и инвалидность и рассчитывается на основе таких индикаторов, как количество потерянных лет и количество лет жизни, прожитых с инвалидностью. Гуманитарные аспекты здоровья должны учитываться в более широких показателях влияния болезней на качество жизни, для того чтобы полностью понять то, как НИЗ, психические расстройства и неврологические заболевания влияют на людей с соответствующим жизненным опытом. Гуманитарные показатели и показатели качества жизни, то есть показатели физического и эмоционального функционирования человека, страдающего определенной болезнью, также отражают сложные и многомерные жизненные аспекты НИЗ, психических расстройств и неврологических заболеваний. Учет этих показателей будет способствовать тому, что к людям с соответственным жизненным опытом, будут относиться с должным уважением и достоинством, а не просто как к «пациентам».

3. Не просто осведомленность, а благожелательное отношение

Кампании по повышению осведомленности о НИЗ, психических расстройствах и неврологических заболеваниях способствуют лучшему пониманию этих проблем. Однако важно, чтобы такие информационно-разъяснительные кампании разрабатывались самими же людьми с соответствующим жизненным опытом во избежание стереотипов, предубеждений и патологизации этих

состояний. Уроки, извлеченные из опыта людей, страдающих аутизмом, показывают, что нельзя ограничиваться просто принятием этих людей такими, какие они есть: окружающие должны относиться к ним благожелательно. Такое отношение означает признание основных прав человека страдающих аутизмом людей, и понимание того, что они ведут себя не так, как остальные. Этот принцип лежит в основе предпочтения некоторых представителей людей с аутизмом использовать выражения и термины, в которых подчеркивается «прежде всего идентичность» (аутист), а не «сама личность» (человек, живущий с аутизмом). В более широком смысле это подчеркивает, насколько важно прислушиваться к мнениям людей с соответствующим жизненным опытом, чтобы не укоренялись вредные привычки.



Привлечение заинтересованных сторон и взаимодействие с ними

1. Группы населения, являющиеся маргинализированными: люди, живущие с НИЗ, психическими расстройствами и неврологическими заболеваниями, недостаточно представленными в процессе взаимодействия

Существует множество НИЗ, психических расстройств и неврологических заболеваний, таких как астма, аутизм, биполярное расстройство, деменция и другие неврологические состояния, которые недостаточно представлены в процессе, в связи с чем участие людей, живущих с этими заболеваниями, ограничено. Необходимо вовлекать людей, живущих с недостаточно представленными заболеваниями, такими как афазия и когнитивные нарушения, в процесс взаимодействия и поддерживать их как в финансовом отношении, так и иным образом. Кроме того, лица, осуществляющие уход за ними, и их родственники должны эффективно участвовать в этом процессе, чтобы можно было учиться на их опыте, и получать компенсацию за затраченное время и усилия.



Необходимые условия конструктивного взаимодействия

▶ Что необходимо

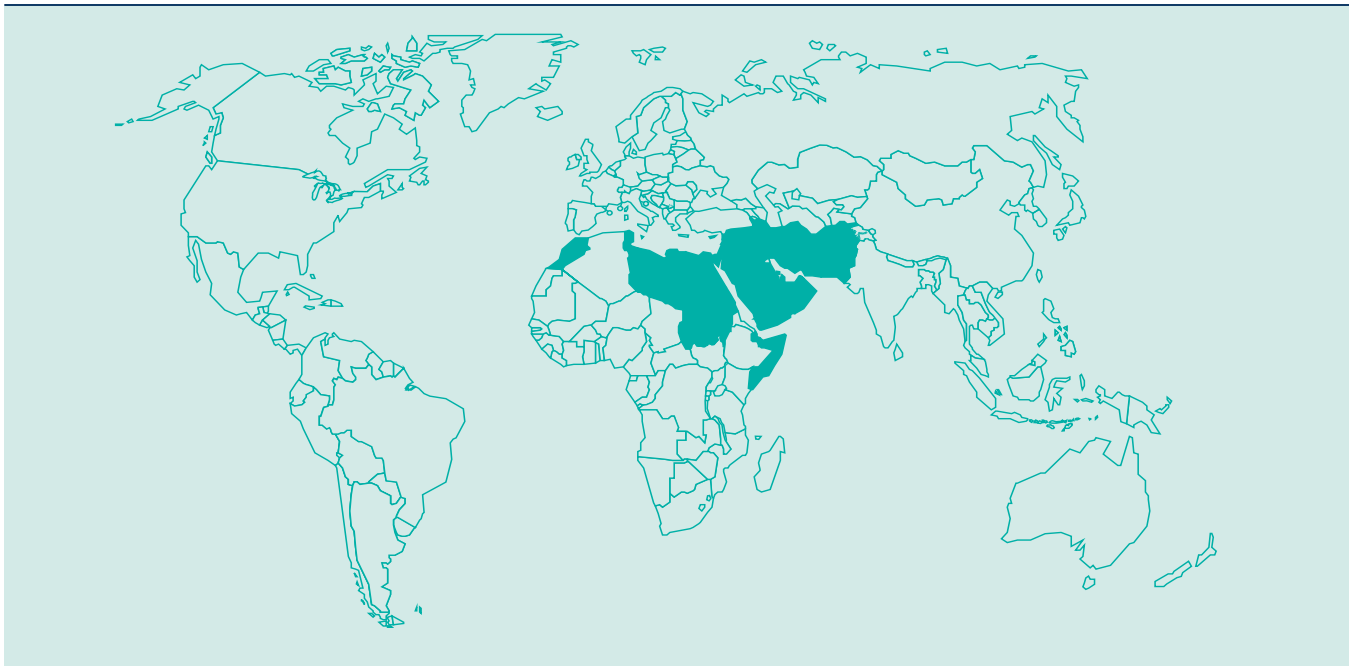
1. Заняться решением проблемы эмоционального истощения («выгорания») работников здравоохранения

Многие медико-санитарные работники страдают от «выгорания» на работе из-за продолжительного рабочего дня и напряженной рабочей обстановки. Эта проблема «выгорания» особенно обострилась во время пандемии COVID-19 и является симптомом более глубоких проблем, связанных с недооценкой и недостаточным инвестированием в системы и кадровые ресурсы здравоохранения. Решение проблемы выгорания, признанной угрозой безопасности, стало одной из первоочередных задач, которую необходимо решить для укрепления национальных систем здравоохранения и безопасности в сфере здравоохранения в Европе (25). Необходимо раз и навсегда решить эту и связанные с ней проблемы для обеспечения благополучия медицинских работников, которые являются ключевыми партнерами в налаживании и поддержании конструктивного взаимодействия с людьми с соответствующим жизненным опытом и оказания им необходимой поддержки.

2. Внимательно выслушивать людей и учитывать их потребности

Медико-санитарные работники должны быть обучены внимательно слушать людей с соответствующим жизненным опытом. Они должны спрашивать людей об их потребностях и жизненном опыте, что может помочь избежать серьезных ошибок при постановке диагнозов и ошибок в лечении, а также узнавать важные подробности о состоянии человека, которые в противном случае могли бы остаться незамеченными. Внимательно слушать человека – это важный навык общения, полезный для разработки политики и принятия других решений, обеспечивающий активное взаимодействие с людьми с соответствующим жизненным опытом и всесторонний учет их мнений.

Регион Восточного Средиземноморья



Принципы конструктивного взаимодействия

1. Уменьшение стигматизации

Стигматизация, с которой сталкиваются люди с соответствующим жизненным опытом, особенно страдающие психическими расстройствами, может причинить им серьезную психологическую травму и отрицательно повлиять на их благополучие. Для этого региона характерны глубоко укоренившиеся культурные традиции, которые определяют отношение к психическому здоровью и его восприятие и могут быть фактором, способствующим осознанию насущной необходимости решения проблемы стигматизации. Медико-санитарные работники также могут усугублять эту проблему стигматизации, навешивая ярлыки и поддерживая отрицательные стереотипы в отношении лиц, живущих с психическими расстройствами, такими как депрессия, деменция или болезнь Альцгеймера, что ограничивает эффективность диагностики и/или лечения этих заболеваний.



Привлечение заинтересованных сторон и взаимодействие с ними

1. Группы населения, являющиеся маргинализированными: внутренне перемещенные лица (ВПЛ), беженцы и нелегальные мигранты

Среди наиболее уязвимых групп населения в своих странах участники назвали ВПЛ, беженцев и нелегальных мигрантов. В регионе Восточного Средиземноморья живут две трети (16,7 миллиона) от общего числа беженцев во всем мире (21). Число ВПЛ в регионе также неуклонно росло на протяжении последних десятилетий, увеличившись до 19,5 миллиона в 2020 г. (22). Половина из 22 стран этого региона также страдает от продолжительных чрезвычайных ситуаций. Негативное воздействие чрезвычайных ситуаций, в том числе на системы здравоохранения и социального обеспечения, усугубляет проблемы со здоровьем. Более чем каждый пятый человек, оказавшийся в чрезвычайной ситуации, страдает от депрессии,

тревожных и посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР). Поэтому представители этой группы населения играют ключевую роль в понимании обществом сложных проблем, с которыми сталкиваются ВПЛ, беженцы и нелегальные мигранты, живущие с НИЗ, психическими и неврологическими заболеваниями, а также в повышении качества лечения и ухода.

2. Пожилые люди

Несмотря на то, что пожилые люди, особенно живущие с неврологическими заболеваниями, такими как болезнь Альцгеймера или деменция, обладают обширными знаниями и опытом, к ним иногда относятся как к обузе. Проявлениями такого отношения могут быть жестокое обращение с пожилыми людьми, отсутствие финансовой поддержки, необеспеченность питанием, одеждой и другими предметами первой необходимости. Миграция молодых людей в города также приводит к тому, что многие пожилые люди остаются жить в одиночестве, за ними никто не ухаживает и у них нет ресурсов, чтобы обеспечить себя. Те же, кто остается и способны помочь им, делают все возможное, но их ресурсы ограничены, и работают они на пределе возможностей. С пожилыми людьми не только необходимо по возможности взаимодействовать — они должны быть вовлечены в качестве важных заинтересованных сторон в процесс разработки политики, программ и оказания услуг.

3. Религиозные лидеры

В странах региона во многих общинах огромным уважением пользуются религиозные лидеры. Они были названы важными заинтересованными сторонами, которые должны участвовать в качестве представителей своих конфессий в усилиях по укреплению здоровья и кампаниях, направленных против стигматизации. Религиозных лидеров можно стимулировать к тому, чтобы они брали на себя ответственность и принимали активное участие в разработке политики, рекомендаций и/или кампаний в области профилактики и лечения НИЗ, психических расстройств и неврологических заболеваний в регионе.



Необходимые условия конструктивного взаимодействия



Что необходимо

1. Умение рассказывать как инструмент повышения осведомленности

Умение рассказывать о проблемах – это проверенное временем и мощное средство передачи жизненного опыта более широкой аудитории, способное преодолеть укоренившуюся в культуре и обычаях стигматизацию НИЗ, психических и неврологических заболеваний. Участники отметили, что людей с жизненным опытом следует поддерживать и стимулировать к тому, чтобы они рассказывали свои личные истории, чтобы они напрямую обращались к законодателям и способствовали изменению отношения властей к этим проблемам. Истории из жизни также следует рассказывать в увлекательной форме, чтобы они привлекали внимание людей, например в рамках кампаний, проводимых в масштабах всего региона, и национальных дней здоровья, и их следует использовать в социальных сетях, на телевидении, в театре и в литературе.

2. Подходы к совместной деятельности с участием широкого круга заинтересованных сторон по принципу «снизу вверх»

Те, кто находится на верхних ступенях традиционных иерархий или властных структур в странах региона, часто не понимают проблем, с которыми сталкиваются более широкие слои и группы населения, но тем не менее именно они обладают полномочиями по принятию решений. Для того чтобы изменить соотношение сил в пользу людей с соответствующим жизненным опытом, необходимы такие методы и модели взаимодействия, которые способны привлечь внимание общества к этому дисбалансу в соотношении сил и способствовать внедрению

подходов к совместной деятельности с участием широкого круга заинтересованных сторон по принципу «снизу вверх». Влияние и голоса людей с соответствующим жизненным опытом могут быть усилены путем формирования коллективов и коалиций, которые должны быть обеспечены финансированием и потенциал которых должен постоянно наращиваться. Эти вопросы были обсуждены на региональном совещании, которое было совместно организовано Региональным бюро ВОЗ для стран Восточного Средиземноморья и Альянсом по борьбе с НИЗ и на котором было рекомендовано поддерживать ОГО, участвующих в борьбе с этими заболеваниями, посредством создания коалиций. Альянс по борьбе с НИЗ в регионе Восточного Средиземноморья также провел серию вебинаров, в ходе которых люди рассказали о своем жизненном опыте, подчеркнув важность действий по борьбе с НИЗ и охране психического здоровья, ориентированных на потребности людей, а также необходимость усиления влияния людей с соответствующим жизненным опытом.

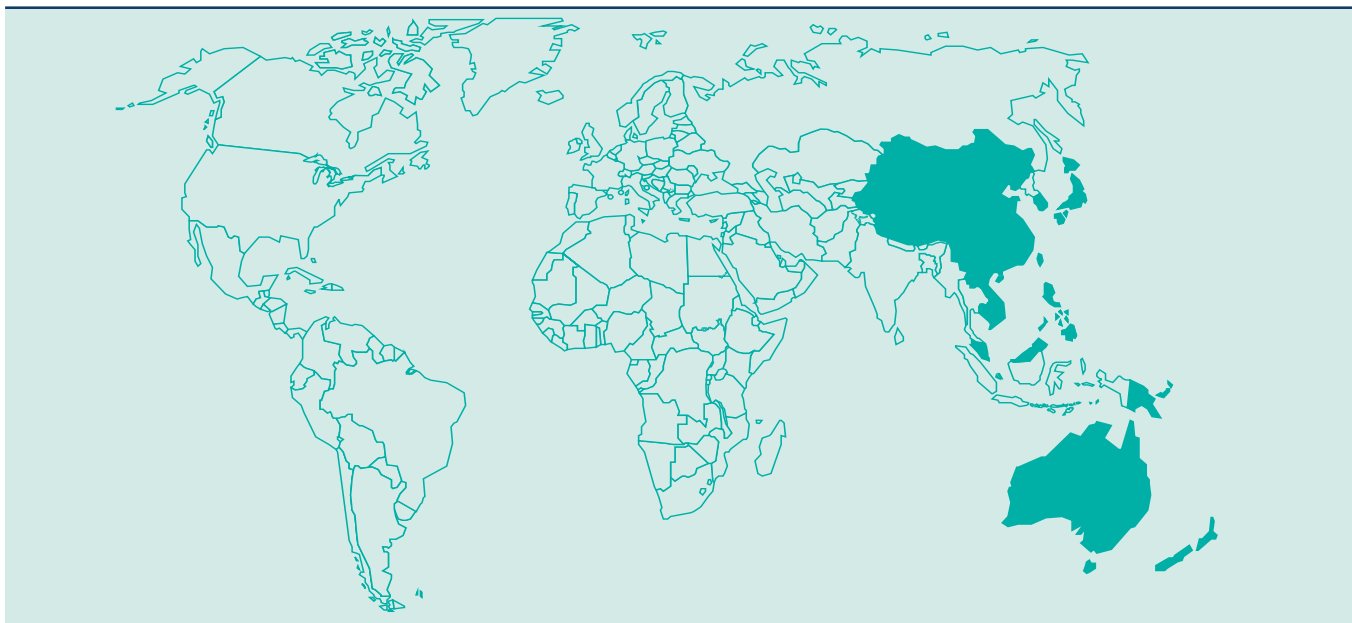
3. Повышение осведомленности о психических расстройствах и их приемлемость в культурном отношении

Для того чтобы наладить конструктивное взаимодействие с людьми, живущими с психическими расстройствами, необходимо повысить уровень информированности и медицинской грамотности в отношении

психического здоровья в странах региона. Для этого необходимо включить вопросы, касающиеся психического здоровья, в учебные программы в школах и вузах и разъяснять связанные с этим проблемы поставщикам услуг, особенно на уровне первичной медико-санитарной помощи. Следует также повышать осведомленность родителей о психических расстройствах в связи с тем, что они часто не диагностируются у детей и подростков.

Системы здравоохранения должны уделять первоочередное внимание службам охраны психического здоровья и выделять им больше ресурсов, а также обеспечить оказание доступных комплексных услуг на протяжении всей жизни, включая ранний скрининг и немедикаментозное лечение. В Региональной программе ВОЗ по расширению деятельности в области охраны психического здоровья в регионе Восточного Средиземноморья (23) рекомендуется, чтобы людям с психическими расстройствами и их семьям были предоставлены возможности для самопомощи и лечения по месту жительства. Это имеет большое значение для того, чтобы изменить представления о психическом здоровье, которое все еще ассоциируется со специальными лечебными учреждениями, и повысить осведомленность о нарушениях психического здоровья в обществе и изменить отношение к ним в лучшую сторону.

Регион Западной части Тихого океана: Камбоджа, Малайзия, Филиппины



Проблемы, ограничивающие возможности людей с соответствующим жизненным опытом

1. Непомерно высокие расходы на медицинское обслуживание

Многие люди не могут получить доступ к базовым медико-санитарным услугам из-за высокой стоимости диагностических процедур, лекарственных средств и лечения. Еще одним препятствием в странах региона являются высокие косвенные расходы, такие как расходы на проезд до медицинских учреждений. Это удерживает многих людей от обращения за медицинской помощью, приводит к неправильной постановке диагнозов, тяжелым заболеваниям и даже смерти от предотвратимых причин.

Правительства, действуя в соответствии с рекомендациями и при поддержке ВОЗ, должны

обеспечить применение более приемлемых в плане затрат технологий для скрининга, диагностики и лечения НИЗ, психических расстройств и неврологических заболеваний, а также создать централизованные механизмы закупок основных лекарственных средств с целью снижения затрат. Национальные системы страхования должны быть расширены, чтобы обеспечить покрытие расходов на диагностику и регулярные тесты на более широкий спектр НИЗ, психических и неврологических заболеваний. Следует увеличить расходы на здравоохранение и активизировать усилия, направленные на обеспечение всеобщего охвата услугами здравоохранения (ВОУЗ).

2. Недостаточно эффективные системы здравоохранения

В трех названных странах некоторые услуги по профилактике и лечению НИЗ и охране психического здоровья оказываются в стационарных учреждениях, но в меньшей степени в учреждениях первичной медико-санитарной помощи и по месту жительства. Многие медико-санитарные услуги также оказываются изолированно друг от друга и часто нацелены на какое-то одно заболевание или небольшую группу заболеваний. Необходимо усилить потенциал системы первичной медико-санитарной помощи и более тесно интегрировать различные службы, оказывающие первичную, вторичную и

третичную помощь, в систему здравоохранения, чтобы обеспечить непрерывное медико-санитарное обслуживание. Координаторы, работающие с пациентами, также могут помогать людям с соответствующим жизненным опытом, ориентируя их в отношении специализированной помощи, источников финансовой помощи и другой важной информации.

Кроме того, ощущается острая нехватка лекарственных средств, а методы лечения некоторых заболеваний также весьма неэффективны. На Филиппинах ощущается нехватка инсулина для больных диабетом. Довольно мало вариантов лечения детей, больных диабетом 1-го типа, и эта категория пациентов не считается приоритетной. В результате возникает зависимость от международных НПО в плане снабжения инсулином, что ставит под угрозу самообеспеченность и устойчивость системы здравоохранения страны.

3. Низкая грамотность в вопросах здоровья

Низкий уровень осведомленности о НИЗ, психических расстройствах и неврологических заболеваниях, в том числе о факторах риска, симптомах, вариантах лечения и побочных эффектах, не способствует тому, чтобы люди обращались за медицинской помощью, усиливает распространенные заблуждения в отношении этих заболеваний и порождает стигматизацию. Огромное значение для решения этих проблем и улучшения показателей здоровья населения в долгосрочной перспективе имеют программы повышения санитарной грамотности и повышения осведомленности людей с соответствующим жизненным опытом, населения в целом и поставщиков медицинских услуг.

Прилагая усилия к повышению грамотности в вопросах здоровья, необходимо также использовать местные языки и диалекты, учитывать культурные нормы и традиции населения, с тем чтобы эти усилия были более актуальными и целенаправленными, позитивно воспринимались населением и оставались устойчивыми в долгосрочной перспективе. Например, кампании, в рамках которых разъясняется польза здорового питания, должны учитывать предпочтения в отношении продуктов питания местного происхождения, чтобы населению было легче применять эти знания в повседневной жизни.



Повышение эффективности конструктивного взаимодействия с людьми с соответствующим жизненным опытом

▶ Что необходимо

1. Придание официального характера всестороннему взаимодействию на регулярной основе

Взаимодействие с людьми с соответствующим жизненным опытом должно быть регулярным и пользоваться институциональной поддержкой со стороны политиков, поставщиков медицинских услуг и ассоциаций медицинских ассоциаций. Группы поддержки должны проводить регулярные и организованные собрания с четко сформулированной повесткой дня, распределением ролей и обязанностей и в соответствии с правилами взаимодействия между участниками. Одним из главных принципов и компонентов взаимодействия в таком формате должно быть участие семей. Люди с соответствующим жизненным опытом должны быть гарантированно представлены на всех уровнях принятия решений, связанных со здоровьем. Мероприятия, проводимые в порядке взаимодействия, должны регистрироваться и документироваться, и по их результатам должны разрабатываться четко сформулированные планы дальнейших действий.

2. Взаимодействие с заинтересованными сторонами на нескольких уровнях

Правительства и негосударственные субъекты, такие как НПО и организации, объединяющие людей с соответствующим жизненным опытом, должны укреплять сотрудничество для совместной разработки политики, программ и планирования услуг. Необходимо также укреплять связи между сетями на национальном, субнациональном и низовом уровнях, поддерживая усилия по обеспечению конструктивного взаимодействия. Можно

извлечь множество уроков из опыта сети, объединяющих людей, живущих с ВИЧ (CPN+), в Камбодже. CPN+ работает над усилением синергетического эффекта в процессе разработки политики в области борьбы с ВИЧ на национальном и низовом уровнях путем конструктивного вовлечения людей, живущих с ВИЧ, в процесс разработки политики, планов и программ. С момента своего создания в

июле 2001 г. CPN+ сотрудничает с различными заинтересованными сторонами, включая правительства стран и учреждения ООН, местные и международные НПО и общественные организации. Она поддерживает около 1 000 групп самопомощи, объединяющих людей, живущих с ВИЧ, в партнерстве с сетями в 19 провинциях (34).



Дальнейшие действия

Настоящий доклад демонстрирует четкую согласованность приоритетных задач и действий, направленных на обеспечение конструктивного взаимодействия с людьми с соответствующим жизненным опытом во всех регионах ВОЗ. Анализ результатов региональных консультаций позволяет извлечь множество уроков, получить значительный объем фактических данных и экспертных знаний, которые будут интегрированы в разработанную ВОЗ Концептуальную основу конструктивного взаимодействия с людьми, живущими с НИЗ, психическими расстройствами и неврологическими заболеваниями.

В докладе также освещаются некоторые особенности и приоритеты, характерные для каждого из регионов ВОЗ, отмечены недостатки в реализации Концептуальной основы ВОЗ, изложены соображения в отношении ее реализации, а также описаны региональные и страновые приоритеты и возможности для их согласования с другими мероприятиями и программами в области здравоохранения.

Концептуальная основа ВОЗ является убедительным свидетельством приверженности ВОЗ решению этих задач, в том числе стремления мобилизовать политическую волю и поддержку на высоком уровне. Кроме того, потребуются дальнейшие шаги для разработки других вариантов содействия дальнейшей адаптации и контекстуализации Концептуальной основы ВОЗ в процессе ее реализации, включая изучение возможностей для ее согласования и интеграции с

существующими механизмами, планами действий и другими важными инициативами в региональном и страновом контексте. Это особенно важно, учитывая, что конечная цель заключается в обеспечении конструктивного взаимодействия на практике, в том числе через призму изучения жизненного опыта людей, живущих с НИЗ, психическими расстройствами и неврологическими заболеваниями, в контексте глобальной системы здравоохранения, ресурсы которой ограничены. Кроме того, согласование Концептуальной основы с региональными и страновыми инициативами и приоритетами не только обеспечит ее контекстуальную актуальность, но и повысит эффективность и устойчивость ее реализации.

Наконец, можно использовать результаты инклюзивных неофициальных консультаций и фокус-групп в шести регионах ВОЗ, которые легли в основу настоящего доклада, в первую очередь для того, чтобы было больше возможностей для взаимодействия с представителями групп населения, являющимися маргинализированными. Впоследствии, по мере того как этот процесс будет становиться более совершенным, заметным и значимым и пользоваться доверием вызывать людей с соответствующим жизненным опытом, появятся новые возможности вовлечь в него новых участников, которые будут взаимодействовать с теми, кто реализует на практике эту концепцию в ВОЗ, а также с государствами-членами, ОГО и людьми с соответствующим жизненным опытом.

Библиография

1. Global Health Estimates 2019: Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2019. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/gho-leading-causes-of-death>, по состоянию на 7 декабря 2022 г.).
2. Доклад о психическом здоровье в мире. Охрана психического здоровья: преобразования в интересах всех людей. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2022 г. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/356119>, по состоянию на 3 декабря 2022 г.).
3. Gowshall M, Taylor-Robinson SD. The increasing prevalence of non-communicable diseases in low-middle-income countries: the view from Malawi. *International Journal of General Medicine*. 2018;11:255–264 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29988742/>, по состоянию на 3 декабря 2022 г.).
4. Suicide worldwide in 2019. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/341728>, по состоянию на 3 декабря 2022 г.).
5. Самоубийство [основные факты]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2021 г. (<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/suicide>, по состоянию на 3 декабря 2022 г.).
6. The Global Health Observatory [online database]. SDG Target 3.4 Non-communicable diseases and mental health. Geneva: World Health Organization; 2021 (https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/sdg-target-3_4-noncommunicable-diseases-and-mental-health, по состоянию на 3 декабря 2022 г.).
7. Rapid assessment of service delivery for NCDs during the COVID-19 pandemic. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/m/item/rapid-assessment-of-service-delivery-for-ncds-during-the-covid-19-pandemic>, по состоянию на 3 декабря 2022 г.).
8. Sawadogo W, Tsegaye M, Gizaw A, Adera T. Overweight and obesity as risk factors for COVID-19-associated hospitalisations and death: systematic review and meta-analysis. *BMJ Nutrition, Prevention and Health*. 2022;195(1):10–18 (<https://doi.org/10.1136/bmjnph-2021-000375>, по состоянию на 3 декабря 2022 г.).
9. Kastora S, Patel M, Carter B, Delibegovic M, Myint PK. Impact of diabetes on COVID-19 mortality and hospital outcomes from a global perspective: an umbrella systematic review and meta-analysis. *Endocrinology, Diabetes & Metabolism*. 2022;5(3):e00338 (<https://doi.org/10.1002/edm2.338>, по состоянию на 3 декабря 2022 г.).
10. Szarpak L, Mierzejewska M, Jurek J, Kochanowska A, Gasecka A, Truszewski Z et al. Effect of coronary artery disease on COVID-19 – prognosis and risk assessment: a systematic review and meta-analysis. *Biology*. 2022;11(2):221 (<https://doi.org/10.3390%2Fbiology11020221>, по состоянию на 3 декабря 2022 г.).
11. Singh D, Mathioudakis A, Higham A. Chronic obstructive pulmonary disease and COVID-19: interrelationships. *Current Opinion in Pulmonary Medicine Index*. 2022;28(2):76–83 (<https://doi.org/10.1097/MCP.0000000000000834>, по состоянию на 3 декабря 2022 г.).
12. Patanavanich R, Siripoon T, Amponnavarat S, Glantz SA. Active smokers are at higher risk of COVID-19 death: A systematic review and meta-analysis. *Nicotine & Tobacco Research*. 2022 (<https://doi.org/10.1093/ntr/ntac085>, по состоянию на 3 декабря 2022 г.).
13. На фоне пандемии COVID-19 во всем мире распространенность тревожных расстройств и депрессии выросла на 25% [пресс-релиз]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2022 г. (<https://www.who.int/ru/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>, по состоянию на 3 декабря 2022 г.).
14. Forum with People Living with Noncommunicable Diseases Virtual meeting, 9–11 May 2022: meeting report. World Health Organization Regional Office for the Western Pacific; 2022 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/362312>, по состоянию на 3 декабря 2022 г.).
15. Nothing for us, Without us: opportunities for meaningful engagement of people living with NCDs. Meeting Report. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/340737> по состоянию на 3 декабря 2022 г.).
16. Weiner B. *Judgments of responsibility: a foundation for a theory of social conduct*. New York; Guilford Press; 1995 (<https://psycnet.apa.org/record/1995-98708-000>, по состоянию на 3 декабря 2022 г.).
17. Corrigan P. How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*. 2004;59(7):614 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15491256/>, по состоянию на 3 декабря 2022 г.).
18. Семьдесят пятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, Женева, 27 апреля 2022 г. Пункт 14.1. предварительной повестки дня. Последующие меры в контексте политической декларации третьего совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. Женева: Всемирная

- организация здравоохранения; 2022 г. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/328414>, по состоянию на 3 декабря 2022 г.).
19. Leask CF, Sandlund M, Skelton DA, Altenburg TM, Cardon G, Chinapaw MJ et al. Framework, principles and recommendations for utilising participatory methodologies in the co-creation and evaluation of public health interventions. *Research Involvement and Engagement*. 2021;5(1):1–6 (<https://researchinvolvement.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40900-018-0136-9>, по состоянию на 3 декабря 2022 г.).
 20. Refugee Data Finder [online database]. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees; 2022 (<https://www.unhcr.org/refugee-statistics/download/?url=75qlv3>, по состоянию на 3 декабря 2022 г.).
 21. Al-Mandhari A, Ardalan A, Mataria A, Rifaey T, Hajjeh R. Refugee and migrant health strategy for the Eastern Mediterranean Region. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2021;27(12):1129–1131. (<https://doi.org/10.26719/2021.27.12.1129>, по состоянию на 3 декабря 2022 г.).
 22. Saleh S, Ibrahim S, Diab JL, Osman M. Integrating refugees into national health systems amid political and economic constraints in the Eastern Mediterranean Region: approaches from Lebanon and Jordan. *Journal of Global Health*. 2022;12:03008 (<https://jogh.org/2022/jogh-12-03008>, по состоянию на 3 декабря 2022 г.).
 23. Regional framework to scale up action on mental health in the Eastern Mediterranean Region. World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2016. (https://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB_2016_EN_18700.pdf, по состоянию на 3 декабря 2022 г.).
 24. Global Burden of Disease [website]. Seattle, Washington: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2022 (<https://www.healthdata.org/gbd/2019>, по состоянию на 3 декабря 2022 г.).
 25. Выступление директора Европейского регионального бюро ВОЗ д-ра Ханса Хенри П. Клюге на 70-й сессии Европейского регионального комитета Всемирной организации здравоохранения; 2022 г. (<https://www.who.int/europe/ru/news/item/15-09-2020-statement-by-dr-hans-henri-p-kluge-who-regional-director-for-europe-to-the-70th-session-of-the-who-regional-committee-for-europe>, по состоянию на 3 декабря 2022 г.).
 26. Springer S. Homelessness: a proposal for a global definition and classification. *Habitat International*. 2000;24(4):475–84 ([https://doi.org/10.1016/S0197-3975\(00\)00010-2](https://doi.org/10.1016/S0197-3975(00)00010-2), по состоянию на 3 декабря 2022 г.).
 27. Improving the mental and brain health of children and adolescents. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/activities/improving-the-mental-and-brain-health-of-children-and-adolescents>, по состоянию на 3 декабря 2022 г.).
 28. Racism and health. Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control and Prevention; 2021 (<https://www.cdc.gov/minorityhealth/racism-disparities/index.html>, по состоянию на 3 декабря 2022 г.).
 29. Chronic kidney disease in the United States. Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control and Prevention; 2021 (<https://www.cdc.gov/kidneydisease/publications-resources/ckd-national-facts.html>, по состоянию на 3 декабря 2022 г.).
 30. Ugliara Barone MT, Chaluppe M, Ripoli P, Patricio BT, Lima BL, Galastri LL et al. the empowerment ladder: understanding transition across leadership stages in individuals with type 1 diabetes and other noncommunicable diseases. *Health Education Journal*. 2021;80(4):451–60 (<https://doi.org/10.1177/0017896920983837>, по состоянию на 3 декабря 2022 г.).
 31. Young people in the Americas continue to miss out on vital health interventions [press release]. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2019 (https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15496:young-people-in-the-americas-continue-to-miss-out-on-vital-health-interventions&Itemid=0&lang=en#gsc.tab=0, по состоянию на 3 декабря 2022 г.).
 32. New comprehensive healthcare pathways will revolutionize the system [press release]. Bogotá; Ministry of Health and Social Protection; 2022 (<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/New-Comprehensive-Healthcare-Pathways-Will-Revolutionize-the-System.aspx>, по состоянию на 3 декабря 2022 г.).
 33. Report of the South-East Asia Regional Meeting on Strengthening NCD civil society organizations. New Delhi: World Health Organization Regional Office for South-East Asia; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/206290>, по состоянию на 3 декабря 2022 г.).
 34. Cambodian People Living With HIV AIDS Network [online database]. Phnom Penh; Cooperation Committee for Cambodia; 2017 (<https://www.ccc-cambodia.org/en/ngodb/ngo-information/171>, по состоянию на 3 декабря 2022 г.).



ОЦЕЛИ
В ОБЛАСТИ
УСТОЙЧИВОГО
РАЗВИТИЯ

9789240071797



9 789240 071797