© Коллектив авторов, 2017

ПРИЕМЫ ПОВЫШЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

С.А. Петунова, канд. психол. наук, **Е.Л. Николаев,** докт. мед. наук, проф, **Ж.В. Еленкина,** канд. мед. наук
Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова, Чебоксары
E-mail: office@chuvsu.ru

Представлен анализ уровня социальной, эмоциональной и поведенческой комплаентности и преобладающих поведенческих реакций у 90 пациентов с туберкулезом легких. Предложены приемы повышения приверженности лечению этих больных путем стимуляции их позитивных установок на терапию и обучение способам самомотивации.

Ключевые слова: туберкулез, приверженность лечению, комплаентность, отношение к болезни, самомотивация.

Успешность лечения больных хроническими заболеваниями, которые вынуждены длительно принимать лекарственные препараты, определяется не только эффективностью медикаментозной терапии, но и степенью вовлечения в лечебный процесс адаптивных ресурсов самого пациента. В этом случае очень важно учитывать психологические особенности личности больного, которые во многом определяют, насколько добросовестно он выполняет рекомендации врача по лечению, диете и изменению образа жизни.

Степень выполнения пациентом врачебных рекомендаций по приему лекарственных препаратов, соблюдению определенных ограничений и изменению образа жизни соответствует понятию *приверженности лечению*, значение которой очень возросло. Выраженная приверженность лечению проявляется сотрудничеством между врачом и пациентом, при котором возможно свободное обсуждение всех трудностей лечения, сомнений и затруднений, возникающих у больного.

В ходе лечения перед пациентом стоит задача не только своевременного приема лекарств, но и формирования установок, способствующих адаптивному преодолению болезни. Задача врача – своевременно отслеживать дезадаптивные стратегии в поведении пациента и их трансформацию.

В настоящее время наиболее эффективной является модель взаимоотношений между пациентом и врачом, в основе которой лежит принцип партнерства, что предусматривает совместное преодоление болезни и разделение ответственности. Доказано, что даже при использовании современных препаратов и эффективных методов лечения у пациентов в ходе лечения могут возникать проблемы. Одна из причин этого – низкая мотивация к лечению. Особенной остротой эта проблема отличается в ситуации хронических заболеваний, в частности туберкулеза легких, когда строгое соблюдение врачебных предписаний является залогом успеха терапии.

Большую роль в повышении приверженности лечению играют не только врачи, но и медсестры. Именно они часто могут быть свидетелями нарушения взаимодействия между больным и медицинским персоналом, что негативно сказывается на результатах лечения.

Существует целый спектр психосоциальных практик, используемых для повышения приверженности лечению больных туберкулезом легких: материальное поощрение пациентов; оптимизация питания; стационарзамещающие технологии; современные психообразовательные технологии; психологическая помощь; интеграция медицинских учреждений уголовно-исполнительной системы и гражданского здравоохранения. Интересен опыт повышения у больных туберкулезом приверженности лечению, при котором для снижения частоты его преждевременного прекращения у впервые выявленных больных применялся комплексный подход. Его ключевые особенности – более гибкая организация процесса терапии, бригадная форма работы специалистов, преодоление барьеров в лечении, интенсивное внутри- и вневедомственное взаимодействие, корректное отношение к пациентам.

Отношение пациентов к своему заболеванию и степень их приверженности лечению оценивались с помощью опросника «Уровень комплаентности», предназначенного для людей, страдающих хроническими заболеваниями (Р.В. Кадыров, О.Б. Асриян, С.А. Ковальчук), и методики психологической диагностики типов отношения к болезни.

Работа проведена на базе противотуберкулезных учреждений и кабинетов Чувашии. В исследование были включены 90 больных с диагнозом туберкулеза легких (55 мужчин, 35 женщин) в возрасте 20–79 лет.

Согласно результатам оценки общего уровня комплаентности (ОК), средний его показатель по выборке – 65,8 балла (средневыраженный уровень ОК). Это характеризует исследуемых как пациентов, пессимистично относящихся к лечению, не уверенных в положительном результате; они не стремятся точно соблюдать режим, так как сомневаются в необходимости этого. Высоким уровнем ОК характеризуются лишь 7 (7,77%) человек, низким – 3 (3,33%).

Результаты сравнительного анализа 3 составляющих комплаентности (социальной, эмоциональной и поведенческой) указывают на среднюю степень их выраженности у большинства опрошенных, причем наибольшие значения получены по шкале «Социальная комплаентность» (22 балла), наименьшие – по шкале «Поведенческая комплаентность» (20,3 балла); по данной шкале высокие оценки не получил ни один из исследуемых. Это свидетельствует о том, что стремление следовать предписаниям врача обусловлено у большинства пациентов желанием получить некую выгоду (материальную) или социальное одобрение. Их поведение эмоционально не устойчиво, отсутствует целенаправленность в соблюдении врачебных предписаний, стабильность, готовность, несмотря ни на что, справиться с болезнью.

Анализ результатов выявления преобладающего типа отношения к болезни (ТОБ) указывает на то, что эргопатический тип характерен для 32 (35,55%) пациентов; им свойственно стремление продолжать работу, сохранить профессиональный статус и возможность активной трудовой деятельности в прежнем качестве. Больных тревожит неопределенность их дальнейшей профессиональной карьеры, так как туберкулез может стать причиной утраты трудоспособности или невозможности работать по специальности. Беспокойство за свою дальнейшую судьбу, наличие материальных проблем негативно сказывается на эмоциональном состоянии этих больных, заставляет их скрывать болезнь от сослуживцев, знакомых.

Вторым по частоте является анозогнозический ТОБ – у 16 (17,77%) пациентов. Пациенты с данным ТОБ в ходе интервью указывают на отсутствие у них каких-либо клинических симптомов болезни; в их анамнезе – отрицательные результаты бактериального посева; они сомневаются в точности диагноза, необходимости приема препаратов и стационарного лечения. Группу риска составляют безработные пациенты, так как, по оценке врачей, именно они чаще нарушают больничный режим и допускают перерывы в приеме лекарств. Отсутствие необходимости в листе к временной нетрудоспособности, а также тяжелых клинических проявлений болезни (особенно – на начальных ее этапах) создает восприятие себя как здорового, следствием чего становятся срывы в лечении. Кроме того, именно такие больные имеет вредные привычки и, несмотря на диагноз, не желают от них отказываться. По данным исследования, 79 (87,77%) пациентов курят, и на момент лечения никто из них не отказался от курения.

У больных с сенситивным типом отношения к болезни (11 – 12,22% – человек) на первый план выходят эмоциональные проявления – колебания в настроении, опасения неблагожелательного отношения со стороны знакомых, стремление скрывать диагноз; они вынуждены перестраивать свои отношения с окружающими.

Тревожный тип отношения к болезни характерен в основном для женщин – 5 (5,55%) человек, причем все они – с высшим образованием. Болезнь и лечение вызывают у них постоянное беспокойство, они думают «о всех возможных осложнениях, связанных с болезнью», ищут «новые способы лечения, но, к сожалению, во всех них постоянно разочаровываются», «новые лекарства, процедуры и операции вызывают бесконечные мысли об осложнениях и опасностях, с ними связанных»; эти больные считают, что из-за их болезни «близких ждут трудности и невзгоды». Женщины беспокоятся за здоровье детей, испытывают чувство вины, боятся, что лекарства, которые приходится принимать, могут причинить вред их здоровью. Тревога становится источником конфликтов с окружающими; пациенты признаются, что «бывают нетерпеливы и раздражительны с врачами и медперсоналом и потом сожалеют об этом»; им кажется, что окружающие их сторонятся, не могут понять их страданий. Из бесед с медицинским персоналом известно, что эти пациенты чаще остальных вступают в конфликты, часто ведут себя раздражительно.

В структуре внутренней картины болезни особое место занимает когнитивный компонент: постоянный поиск дополнительной информации о болезни, ее дальнейших последствиях и возможностях лечения. Часто больные общаются с другими пациентами, причем сами же отмечают, что в результате таких бесед «желание лечиться пропало».

Таким образом, результаты исследования указывают на недостаточную приверженность пациентов лечению, обусловленную дезадаптивными установками по отношению к болезни, а именно снижением значимости или отрицанием диагноза, подавлением эмоциональных переживаний, наличием тревоги, пессимизма, погружением в образ больного и т.д.

В связи с этим важна система комплексного воздействия на пациента, направленная на изменение отношения к болезни, формирование стойкой мотивации к лечению, принятие на себя ответствен-

Примерные вопросы для пациентов

Признание диагноза (болезни, необходимости лечения)	Как давно Вам поставили диагноз туберкулез? Как изменилось Ваше состояние за последние 3 мес ? Что Вы сейчас делаете, чтобы справиться с болезнью? От чего Вам пришлось отказаться в связи с болезнью?
Тревога (опасения)	Какова была Ваша реакция на поставленный диагноз? Что Вас больше всего беспокоит (пугает)? Что может случиться, если Вы прервете лечение? (...лечение не поможет, ... узнают сослуживцы, знакомые узнают о диагнозе и т.п.)
Вселение надежды (необходимость изменений)	Ситуация болезни требует изменений в Вашей жизни. Чем Ваша жизнь должна отличаться от сегодняшней? Что Вы хотите в ней изменить? Какие стороны Вашей жизни еще не затронуты в связи с болезнью? Какие действия со своей стороны Вы могли бы предпринять, чтобы помочь процессу выздоровления?

ности за течение болезни, основанной на уверенности в излечимости заболевания [10, 11].

В качестве основных направлений психологической помощи можно выделить установку на признание диагноза и необходимость лечения, борьбу с тревогой и самоконтроль. Далее перечислены примерные техники и приемы в работе с пациентами с туберкулезом легочной локализации, направленные на повышение самомотивации к лечению.

1. **Пример построения клинической беседы** с пациентом (см. таблицу)

2. Работа с тревогой. Необходимо дать пациенту понять, что в ситуации болезни состояние тревоги – нормальная реакция на стрессовую ситуацию. Подавление тревоги способствует накоплению негативных чувств. Поэтому достаточно эффективным способом преодоления данного состояния может быть «вербализация тревожных мыслей». В беседе с пациентом необходимо выяснить, какие мысли провоцируют тревогу, так как они вызывают тревожные ощущения, а те, в свою очередь, усиливают чувство беспокойства. Поскольку тревога часто не имеет материальной основы, необходимо помочь пациенту сделать эти мысли более конкретными. Например, высказывание пациента: «Я опасаюсь лечения химическими препаратами» сформулировать так: «Я боюсь длительно принимать лекарства, так как возможны побочные эффекты» или изменить высказывание: «Я испытываю беспокойство, общаясь с родственниками (сослуживцами, друзьями)» на: «Я боюсь, что окружающие, узнав о моем диагнозе, отвернутся от меня».

Важно также получение пациентом высококвалифицированной медицинской информации о лечении, его возможных последствиях. Необходимо и рассмотреть возможность группового обсуждения проблемных вопросов с пациентами, которые имеют положительные результаты лечения. Информация, не прошедшая через призму медицинской цензуры, вселяет надежду, создавая ощущение, что больные не одиноки в своих страхах. Поскольку тревога может маскироваться раздражительностью и демонстрацией агрессии по отношению к медицинскому персоналу, спокойная, авторитетная позиция врача помогает справиться с подавляемым чувством страха пациентов за свою жизнь.

Активная деятельность снижает уровень тревоги, позволяет отвлечься от тревожных мыслей. Можно использовать гимнастику, дыхательные упражнения, релаксацию, аутотренинг.

На стадии отрицания необходимо помочь пациенту признать свой диагноз, сформулировав это так: «Да, у меня диагноз туберкулеза, я готов принять это и буду действовать, я смогу преодолеть болезнь». Но признать болезнь – это не значит всецело впустить ее в свою жизнь. На этом этапе можно использовать способы визуализации, например представить себе какой будет жизнь после выздоровления, придумать название «новой жизни», применить техники арт-терапии, создать коллаж или рисунок, ассоциируемый с преодолением болезни.

3. Развитие самомотивации. В ситуации болезни пациент стоит перед необходимостью строгого соблюдения предписаний врача, отказа от вредных привычек, ограничения межличностных контактов и т.п. Справиться с внутренним сопротивлением позволит изменение установок «надо» и «должен» на «хочу». Например, не «Я должен (мне надо) не пропускать прием лекарств (не курить)», а «Я хочу регулярно принимать лекарства и отказаться от курения, так как я хочу вылечиться (избавиться от болезни, быть рядом с близкими, снова работать и т.п.)».

Ответственное и деловое отношение к своему лечению – важный организационный ресурс, так как контроль над ситуацией позволяет справиться с чувством тревоги. Необходимо ознакомить пациента с планом лечения, возможностью получения социальных льгот в случае соблюдения всех врачебных предписаний, а также дополнительными источниками квалифицированной информации о болезни.

Таким образом, комплексная реализация методов медицинской, социальной и психологической помощи и поддержки, командная работа специалистов разного уровня, направленная на формирование положительных установок на лечение, снятие психологических барьеров, обучение пациентов

способам самомотивации, могут способствовать повышению мотивации к лечению пациентов с туберкулезом легочной локализации.

Рекомендуемая литература

Гартфельдер Д.В., Николаев Е.Л., Лазарева Е.Ю. Клинико-психологические характеристики личности больных сердечно-сосудистыми заболеваниями в связи с задачами профилактики. Вестн. Кыргызско-Российского славянского университета. 2014; 14 (4): 60–2.

Голенков А.В., Седова А.А. Агрессивное поведение: результаты наблюдения и опроса персонала. Медицинская сестра. 2011; 7: 7–10.

Голубев В.Л. Данилов А.Б., Добрушина О.Р. Применение стратегии повышения мотивации пациента в лечении хронической боли. Русский медицинский журнал. 2011; 0 (Специальный выпуск). URL:http://www.rmj.ru/articles/bolevoy_sindrom/Primenenie_strategii_povysheniya_motivacii_pacientav_lechenii_hronicheskoy_boli/#ixzz4HaAlzgsh

Дитятков А.Е., Мишин В.Ю., Митронин А.В., Бойкова Ю.А. Кариес зубов у больных туберкулезом легких. Медицинская сестра. 2008; 1: 18.

Кадыров Р.В., Асриян О.Б., Ковальчук С.А. Опросник «Уровень комплаентности»: монография. – Владивосток: Мор. гос. ун-т, 2014. – 74 с. URL:http://www.medpsy.ru/library/library208.php

Николаев Е.Л., Гартфельдер Д.В., Лазарева Е.Ю. Личность кардиологического пациента: возможности адаптации, межличностное взаимодействие. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2014; 302.

Петунова С.А. Психологические факторы комплаентности больных туберкулезом. Современные проблемы науки и образования. 2015; 3: 78–85. URL: www.science-education.ru/123-18727

Петунова С.А. Психосоциальные особенности отношения к заболеванию у больных туберкулезом легочной локализации. Вестн. психиатрии и психологии Чувашии. 2015; 11(4): 60–78.

Пьянзова Т. В., Вежнина Н. Н. Мероприятия по повышению приверженности лечению больных туберкулезом в Российской Федерации. МвК. 2014; 3. URL: http://cyberleninka.ru/article/n/meropriyatiya-po-povysheniyu-priverzhennosti-lecheniyu-bolnyh-tuberkulezom-v-rossiyskoy-federatsii

Рыбалко В.О., Собенников В. С., Аитов К. А. Непсихотические психические расстройства и приверженность к лечению высокоактивной антиретровирусной терапией у ВИЧ-инфицированных. Сиб. мед. журн. (Иркутск). 2013; 4.

Скачкова Е.И., Нечаева О.Б. Противотуберкулезная помощь населению: главные направления, роль медсестры. Медицинская сестра. 2006; 5: 21–3.

Фофанова Т.В., Агеев Ф.Т. Приверженность лечению в медицинской практике и возможные методы ее повышения. Кардиологический вестник. 2011; 6 (2): 46–53.

METHODS OF ADHERENCE IMPROVEMENT IN PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS

S.A. Petunova, E.L. Nikolaev, Zh.V. Elenkina
Ulianov Chuvash State University, Cheboksary

Analysis of the level of social, emotional and behavioral compliance and prevailing behavioral responses in 90 patients with pulmonary tuberculosis is presented. Methods of adherence to treatment improvement by stimulation of positive attitudes to therapy and self-motivated learning in patients with pulmonary tuberculosis are proposed.

Key words: tuberculosis, adherence, compliance, attitude towards disease, self-motivation.