РОСЗДРАВФОНД

Partners In Health Партнеры во имя здоровья

Психосоциальная помощь больным туберкулезом в Российской Федерации

Сборник статей

Москва, 2013

УДК 616-002.5-08:615.851(082)

ББК 55.4

П86

Руководство процессом подготовки публикации: Пономаренко О.И., Голяев Д.А.
Составитель: Кашницкий Д.С.
Научный редактор: Черняев И.А.
Литературный редактор: Синицына О.А.
Рецензенты: Демьяненко Э.Р., Стерликов С.А., Шалагин А.В.

П86 **Психосоциальная помощь больным туберкулезом в Российской Федерации.** Сборник статей.

Представительство благотворительной организации «Партнеры во имя здоровья» (США) в Российской Федерации. — М.: «ЛексТорг», 2013. — 136 с., ил.

ISBN 978-5-9904412-1-7

Данная публикация посвящена вопросам оказания психосоциальной помощи больным туберкулезом преимущественно на амбулаторном этапе. В ней анализируется и обобщается опыт, наработанный в различных регионах Российской Федерации, и приводятся примеры эффективного командного и межведомственного взаимодействия для обеспечения приверженности в лечении туберкулеза. Публикация представляет собой сборник статей, которые охватывают различные аспекты организации психосоциальной помощи в России: от законодательных аспектов до принципов работы мультипрофессиональной команды и обучения пациентов. В сборнике рассматривается преимущественно амбулаторный этап контролируемой терапии, поскольку после выхода из стационара на пациента ложится большой груз ответственности за приверженное лечение. Именно на этом этапе многим больным необходима усиленная поддержка психолога, помощь социального работника и других специалистов. Сборник предназначен для специалистов и лиц, принимающих решения, в органах управления здравоохранением и противотуберкулезных учреждениях РФ, для сотрудников общественных организаций, преподавателей и студентов медицинских вузов, сотрудников противотуберкулезных учреждений, социальных работников, психологов и других заинтересованных лиц.

Данная публикация подготовлена Представительством благотворительной организации «Партнеры во имя здоровья» (США) и фондом «Российское здравоохранение» в рамках проекта «Эффективный контроль над туберкулезом в Российской Федерации».

УДК 616-002.5-08:615.851(082)

ББК 55.4

ISBN 978-5-9904412-1-7

© Представительство благотворительной организации «Партнеры во имя здоровья» (США) в Российской Федерации.

123001, г. Москва, Мамоновский пер, д.6, оф.2.
Тел: (7 495) 974-17-91. Факс: (7 495) 974-17-89. www.pih.ru

© Оформление. ООО «ЛексТорг», 2013

Содержание

Авторский коллектив 4

Глоссарий 10

Предисловие. *Кашницкий Д.С.* 12

1. Введение. *Черняев И.А.* 16

2. Организация контролируемого лечения туберкулеза в городе и на селе. *Байерлен В.П., Земляная Н.А., Соловьева А.В.* 22

3. Юридические аспекты оказания социальной и психологической помощи больным туберкулезом в Российской Федерации. *Русакова Л.И.* 36

4. Мультипрофессиональные команды при лечении больных туберкулезом. *Дегтярев А.А.* 46

5. Роль различных специалистов в сопровождении больных туберкулезом и формировании приверженности к противотуберкулезному лечению. *Авдеев Ю.А., Киселева Н.А., Аврукина О.М.* 58

5.1. Роль социального работника в сопровождении больного туберкулезом. *Авдеев Ю.А.* 60

5.2. Роль психолога и/или психотерапевта в сопровождении больного туберкулезом. *Киселева Н.А.* 66

5.3. Роль нарколога в сопровождении больного туберкулезом. *Аврукина О.М.* 72

6. Синдром профессионального выгорания. *Киселева Н.А.* 78

7. Задачи психологической реабилитации на этапах лечения туберкулеза легких. *Стрельцов В.В., Ломакина О.Б.* 84

8. Обучение пациентов противотуберкулезных учреждений на примере опыта Кемеровского областного противотуберкулезного диспансера. *Пьянзова Т.В.* 92

9. Подходы к формированию приверженности к противотуберкулезной терапии среди уязвимых групп населения. *Демьяненко Э.Р., Мельникова Е.А., Изупов В.А.* 100

9.1. Опыт работы по формированию приверженности к лечению среди больных туберкулезом и больных с сочетанной патологией ВИЧ-инфекции и туберкулеза в г. Бийске. *Мельникова Е.А.* 104

9.2. Опыт работы по оказанию психосоциальной помощи одной из наиболее уязвимых групп населения — больным туберкулезом лицам БОМЖ в г. Новосибирске. *Изупов В.А.* 109

10. Межведомственное взаимодействие при лечении больных туберкулезом: взгляд сотрудника некоммерческой организации. *Авдеев Ю.А.* 114

11. Мониторинг программ психосоциальной помощи. *Стерликов С.А.* 120

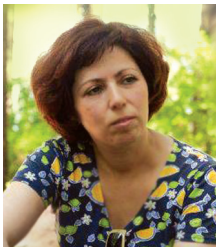
12. Выводы. *Черняев И.А.* 126

Послесловие. *Степанов Д.В.* 130

Авторский коллектив

Группа авторов настоящего сборника статей объединена участием в проекте «Эффективный контроль над туберкулезом в Российской Федерации», который был реализован в течение 2012 года фондом «Российское здравоохранение» и представительством благотворительной организации «Партнеры во имя здоровья» (США) в семи регионах России.

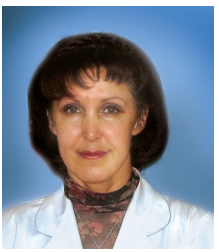
Авдеев Юрий Александрович
С 2000 года — основатель и руководитель Челябинской городской общественной организации «Независимый исследовательский центр "Есть мнение"»; выпускник филологического факультета Тартуского государственного университета по специальности «Русский язык как иностранный»; работал директором Центра общественных объединений администрации г. Челябинска, заместителем регионального директора неправительственной гуманитарной организации «СПИД Фонд Восток-Запад» (AIDS Foundation East-West). Соавтор руководства «Я хочу провести тренинг» по проведению семинаров по профилактике ВИЧ/СПИД, ИППП, наркомании.



Аврукина Ольга Михайловна
Психотерапевт, нарколог, тренер в НГОО «Гуманитарный проект» (г. Новосибирск), консультант многочисленных российских и международных проектов по охране здоровья населения. Автор нескольких пособий по организации тренингов и профилактике социально значимых заболеваний. Закончила клиническую интернатуру Новосибирского государственного медицинского института и Санкт-Петербургскую медицинскую академию последипломного образования по специальностям «Психиатрия» и «Наркология».

Байерлен Вера Петровна
Председатель Томского областного отделения общероссийской общественной организации «Российский Красный Крест» (с февраля 1984 по н.в.), координатор программ профилактики туберкулеза, реализованных Томским отделением Красного Креста совместно с противотуберкулезной службой. Член межведомственного координационного совета по туберкулезу, член общественного совета при управлении Росздравнадзора по Томской области, член совета общественных инициатив Государственной Думы Томской области.

Дегтярев Александр Анатольевич
Генеральный директор благотворительного фонда «Гражданская инициатива» (г. Магнитогорск), тренер Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (по организации мультипрофессиональных команд, повышению коммуникативной и эмоциональной компетентности), имеет степень магистра в области социальной работы.



Демьяненко Эльвира Раульевна
Врач-эпидемиолог высшей квалификационной категории, заместитель главного врача по противоэпидемической и профилактической работе Алтайского краевого центра по профилактике и борьбе со СПИДом (г. Барнаул), председатель правления Алтайской краевой общественной организации «АнтиСПИД-Сибирь», секретарь межведомственной комиссии по борьбе со СПИДом администрации Алтайского края. Участвовала в реализации более 70 международных проектов, в том числе среди уязвимых групп населения, в Алтайском крае. Автор более 100 научно-практических работ, редактор и соавтор 15 книг и научно-практических сборников для врачей по различным вопросам профилактики ВИЧ-инфекции.

Земляная Наталия Александровна
Врач-фтизиатр, кандидат медицинских наук, координатор программы Глобального фонда, проводимой БО «Партнеры во имя здоровья» в Томске. Сфера интересов: лечение туберкулеза с лекарственной устойчивостью, организация лечения туберкулеза в сельских районах, приверженность к лечению.

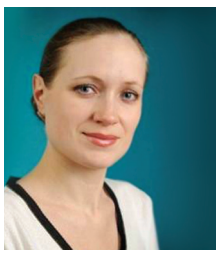
Изупов Валерий Анатольевич
Заведующий (главный врач) противотуберкулезным диспансером № 6 (г. Новосибирск) и диспансером Дома сестринского ухода для лиц БОМЖ, больных туберкулезом органов дыхания. Закончил интернатуру по фтизиатрии в Новосибирском областном противотуберкулезном диспансере, с 1993 года работал в Новосибирской областной туберкулезной больнице, с 1998 — заведующий отделением. В 2002 году переведен на должность главного врача туберкулезной больницы № 4 («Дом сестринского ухода»). С ноября 2012 года — заведующий противотуберкулезным диспансером № 6 и противотуберкулезным диспансером Дома сестринского ухода Новосибирской области.

Кашницкий Даниил Савельевич
Менеджер обучающих проектов благотворительной организации «Партнеры во имя здоровья» (г. Москва). Выпускник филологического факультета МГУ, магистерской программы по управлению в здравоохранении Лундского университета (Швеция) и программы повышения квалификации менеджеров некоммерческих организаций при Национальном исследовательском университете «Высшая школа экономики». В 2006–2009 гг. работал в организации «Трансатлантические партнеры против СПИДа» (г. Москва), где курировал совместные проекты с российскими компаниями в области профилактики социально значимых заболеваний.

Киселева Наталья Анатольевна
Кандидат медицинских наук, врач психиатр-психотерапевт, клинический психолог. С июня 2012 — врач-психотерапевт Челябинского областного противотуберкулезного диспансера. Психотерапевт Европейского реестра, член межрегиональной общественной организации «Русское психоаналитическое общество», член координационного совета Челябинской региональной профессиональной ассоциации психотерапевтов и клинических психологов, в течение 10 лет является супервизором психотерапевтических групп. Преподаватель кафедры клинической психологии Челябинского государственного университета. С 2005 по 2012 гг. работала врачом-психотерапевтом Центра по профилактике и борьбе со СПИДом, была руководителем и супервизором мультипрофессиональных команд, руководителем команды по оказанию паллиативной помощи, участвовала в аутрич-проектах, проводит тренинги по эмоциональному выгоранию для сотрудников центров СПИД и по консультированию в противотуберкулезной службе.

Ломакина Ольга Борисовна
Научный сотрудник НИИ фтизиопульмонологии Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова, магистр педагогики, практикующий психолог-консультант остеопатической клиники «Бонамедика», преподаватель Московского гуманитарного университета, преподаватель НОУ ВПО «Институт современных психологических технологий ПАРАЦЕЛЬС». Автор и соавтор научных российских и зарубежных публикаций по проблемам психосоциальной поддержки и консультирования больных туберкулезом, разработчик авторских программ обучения.

Мельникова Елена Александровна
Заместитель директора краевого государственного учреждения социального обслуживания «Территориальный центр социальной помощи семье и детям города Бийска», руководитель Алтайской краевой общественной просветительской организации в сфере охраны здоровья «Выбор». С 2006 года — член межведомственной команды по организации и оказанию помощи (в том числе паллиативной) лицам с длительно текущими заболеваниями (ВИЧ-инфекция, туберкулез). Член межведомственной команды по оказанию экстренной психологической помощи женщинам, находящимся в родильном доме и испытывающим кризис, в связи с диагнозом «ВИЧ-инфекция». С 2000 года участвует в проведении семинаров-тренингов по вопросам репродуктивного здоровья, профилактике ВИЧ-инфекции и ИППП, инклюзии детей с особенностями развития в социальное и образовательное пространство.



Пьянзова Татьяна Владимировна
Кандидат медицинских наук, врач-фтизиатр, ассистент кафедры фтизиатрии Кемеровской государственной медицинской академии (КемГМА), председатель Совета молодых ученых КемГМА. В 2006 г. инициировала создание «Школы пациента» в Кемеровском областном клиническом противотуберкулезном диспансере. В 2010 г. защитила кандидатскую диссертацию по теме: «Влияние информационно-образовательной работы с впервые выявленными больными туберкулезом на эффективность лечения». Имеет 45 печатных работ, автор двух методических пособий для врачей-фтизиатров по организации обучения больных туберкулезом.

Русакова Лариса Ивановна
Доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела эпидемиологии, статистики туберкулеза и информационных технологий ФГБУ «ЦНИИТ» РАМН (г. Москва). Работает в ЦНИИТ РАМН с 1993 г. (научный сотрудник, старший научный сотрудник, ведущий научный сотрудник). В 2006 г. защитила диссертацию на соискание ученой степени доктора медицинских наук по теме: «Особенности клинического течения и эффективность комплексного лечения распространенных процессов туберкулеза органов дыхания у подростков». Научные интересы: эпидемиология туберкулеза, мониторинг, статистика туберкулеза, организация здравоохранения. Врачебный стаж — 27 лет, научный — 24 года.
Имеет сертификаты врача-фтизиатра, врача высшей категории, специалиста по лазерной медицине (терапия, педиатрия), эксперта ВОЗ, организатора здравоохранения. Автор более 120 научных работ.

Соловьева Александра Витальевна
Координатор городских программ в БО «Партнеры во имя здоровья» (г. Томск), с 2009 года, координатор программы по туберкулезу и ВИЧ-инфекции в Томске и Томской области. Администрирует проект «Спутник» и координирует пациент-ориентированные программы по повышению приверженности к лечению туберкулеза. Прошла обучение на семинаре ВОЗ по теме: «Программное ведение случаев сочетанной инфекции туберкулез/ВИЧ-инфекция и МЛУ-ТБ в Европе» (ВОЗ: июнь 2010 г., Сондало, Италия).

Степанов Дмитрий Викторович
заместитель директора ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт туберкулеза» Минздрава России, кандидат экономических наук (с 1999 по настоящее время). В 1988 году окончил Новосибирский государственный медицинский институт по специальности «Лечебное дело». В течение последующих 10 лет работал в районах Новосибирской области хирургом, заместителем главного врача, главным врачом района. Имел высшую аттестационную категорию по специальности «Хирургия». В 1998 году окончил Новосибирскую Академию народного хозяйства по специальности «Экономика здравоохранения». Научные интересы: организация противотуберкулезной помощи, разработка новых механизмов управления.

Стерликов Сергей Александрович
Кандидат медицинских наук, заместитель руководителя Федерального центра мониторинга противодействия распространению туберкулеза в Российской Федерации по программному мониторингу, заведующий отделом эпидемиологии и организации противотуберкулезной помощи НИИ фтизиопульмонологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова. Наиболее значимое достижение — отлаженная система отраслевого статистического наблюдения. Проходил клиническую ординатуру по фтизиатрии (1997–1999 гг.), первичную специализацию по лучевой диагностике (рентгенология) (2000). До 2006 года работал в городском консультативно-диагностическом центре по детскому туберкулезу г. Москвы. В 2006 году защитил диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук.

Стрельцов Владимир Владимирович
Кандидат психологических наук, старший научный сотрудник группы изучения психологических проблем туберкулеза Центрального научно-исследовательского института туберкулеза РАМН (г. Москва). Член межрегиональной общественной организации «Профессиональное медицинское объединение психотерапевтов-психологов и социальных работников». Научные интересы: психологическая реабилитация, психологическое консультирование, театральная терапия.

Черняев Игорь Анатольевич
Врач высшей квалификационной категории, заведующий организационно-методическим отделом Уральского научно-исследовательского института фтизиопульмонологии Минздрава России, ассистент кафедры фтизиатрии и пульмонологии Уральской государственной медицинской академии (г. Екатеринбург). Выпускник Уральской государственной медицинской академии (1997), Гарвардского университета (2006) и Президентской программы по профессиональной переподготовке кадров при Уральском федеральном университете им. первого Президента России Б.Н.Ельцина (2010). Участник российских и международных проектов по выявлению, лечению и мониторингу больных туберкулезом в Российской Федерации (2003–2012 гг.).

Глоссарий

Волонтер — человек, добровольно занимающийся социально значимой деятельностью.

Высокоактивная антиретровирусная терапия — метод лечения болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), заключающийся в комбинированном приеме не менее трех антиретровирусных препаратов.

Консультирование кризисное — оказание психологической помощи в переживании критической ситуации.

Контролируемое (наблюдаемое) лечение (лечение под непосредственным наблюдением) — организация лечения, при которой больной принимает каждую дозу лекарственного средства под непосредственным наблюдением работника здравоохранения или консультанта.

МЛУ-ТБ — **туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью**, вызванный микобактериями, устойчивыми к действию противотуберкулезных препаратов первой линии, например, двух наиболее важных противотуберкулезных препаратов: изониазида и рифампицина. Лечение МЛУ-ТБ может продолжаться до 2-х лет с использованием гораздо более токсичных и дорогостоящих препаратов.

Мультипрофессиональная команда (МПК) — организационная модель медико-социального сопровождения больных с хроническими заболеваниями, основанная на принципах разделения ответственности и направленная на развитие ресурсов пациента в условиях хронической болезни и/или продолжительного лечения.

Паллиативная помощь — комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных пациентов.

Профессионального выгорания синдром — синдром, развивающийся на фоне хронического стресса и ведущий к истощению эмоционально-энергетических и личностных ресурсов работающего человека.

Психосоциальная (медико-социальная) помощь больным — оказание социальной и психологической помощи и поддержки, необходимой больному в процессе лечения; складывается из последовательного выполнения набора социальных и психологических услуг на протяжении времени, которое необходимо больному для адаптации в обществе.

Психотерапия — психологическое воздействие с целью лечения больных или коррекции их поведения.

Реабилитация — комплекс медицинских, психологических, педагогических мероприятий, направленных на устранение или компенсацию ограничений жизнедеятельности, утраченных функций с целью возможно более полного восстановления социального и профессионального статуса.

Синдром профессионального выгорания — см. Профессионального выгорания синдром. Сопровождается синдромом эмоционального выгорания, который проявляется в виде эмоционального истощения, физического утомления, личной отстраненности и снижения удовлетворенности от своей деятельности.

Снижения вреда принцип — принцип сохранения здоровья каждого члена общества, в рамках которого главной целью является не немедленное полное прекращение вредного (рискованного) поведения (например, потребления инъекционных наркотиков), а максимально возможное снижение (минимизация) вредных последствий для индивидуума и общества.

Социальная помощь — система мер по оказанию помощи нуждающимся людям, содействие им в преодолении жизненных трудностей. Различают материальную, физическую, социально-бытовую, правовую, психологическую, педагогическую и другие виды социальной помощи.

Социальное сопровождение — комплекс мер и действий, направленных на поддержание процессов активной жизнедеятельности и развитие потенциальных возможностей и способностей человека, а также создание условий для предупреждения и решения различных кризисных и проблемных ситуаций.

Стигма — «клеймо», метка, несущая отрицательную социальную нагрузку. Люди, подвергающиеся стигматизации, воспринимаются окружающими как девиантные не потому, что они нарушают социальные нормы, а потому, что им присущи некоторые характеристики (например, заболевание туберкулезом), заставляющие общество исключать их из своей среды.

Супервизия — метод повышения квалификации (в теоретической и практической сферах) для специалистов в области психотерапии, клинической психологии и др. в форме профессионального консультирования, анализа целесообразности и качества используемых ими практических подходов и методов психотерапии.

Управление случаем (кейс-менеджмент) — технология медико-социального развивающего сопровождения мультипроблемного клиента, основанная на бесконфликтном взаимодействии с клиентом (пациентом), который рассматривается как эксперт по своей проблеме/жизни и является активным участником и партнером специалиста по выстраиванию стратегии решения проблем с учетом их актуальности в момент обращения за помощью.

Предисловие

Уважаемые читатели!

Предлагаем вашему вниманию сборник статей, посвященных оказанию психосоциальной помощи больным туберкулезом. В публикации делается попытка осмысления российского опыта, направленного на повышение качества жизни пациента и приверженности к контролируемой терапии на амбулаторном этапе лечения.

Материал сборника базируется на опыте уникальных практических наработок в рамках проектного сотрудничества между государственными учреждениями здравоохранения, научно-исследовательскими институтами туберкулеза и общественными организациями в регионах РФ.

Команда авторов представляет собой группу ведущих специалистов в области фтизиатрии, психологии, социальной работы, наркологии, управления здравоохранением и проектного мониторинга, которые делятся опытом и рекомендациями в сфере своей компетенции, как правило, на примере опыта конкретных проектов. Многие авторы имеют богатый профессиональный опыт в оказании помощи пациентам с другими социально значимыми заболеваниями, такими как ВИЧ/СПИД, злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами. Они делятся опытом адаптации эффективных наработок в смежных сферах для помощи больным туберкулезом.

В публикации представлены и проанализированы слагаемые комплексного подхода при оказании психосоциальной помощи больным туберкулезом.

Главы сборника раскрывают ключевые составляющие психосоциальной помощи на амбулаторном этапе, такие как помощь психолога, социального работника, нарколога, подробно обсуждаются принципы построения мультипрофессиональной команды, приводится опыт эффективного обучения пациентов. Отдельная глава посвящена обсуждению законодательных рамок психосоциальной помощи в России. Также предлагается глава, где даны рекомендации по организации мониторинга проектной деятельности. Специальный раздел посвящен профилактике профессионального и эмоционального выгорания специалистов, ведь от

психологического здоровья персонала во многом зависит успех излечения пациента. В конце сборника приводятся выводы и рекомендации для организаторов психосоциальной помощи.

Важно отметить, что в публикации не ставится задача систематизировать весь российский опыт в области психосоциальной поддержки больных туберкулезом. В рамках публикации также не описываются клинические аспекты и эпидемиология туберкулеза. С ними можно ознакомиться в публикациях ЦНИИОИЗ, федеральных НИИ туберкулеза, Всемирной организации здравоохранения, Российского Красного Креста и других экспертных организаций. Сборник также не является методическими рекомендациями для организации процесса обучения. Тем не менее, мы верим, что публикация внесет важный вклад в понимание задач психосоциальной помощи и отдельных составляющих компонентов.

Большинство примеров представляет опыт общественных организаций и учреждений в рамках проекта «Эффективный контроль над туберкулезом в Российской Федерации», реализованного в 2011–2012 гг. фондом «Российское здравоохранение» и благотворительной организацией «Партнеры во имя здоровья» при финансовой поддержке Агентства США по международному развитию.

Публикация предназначена руководителям и специалистам в государственных лечебных учреждениях, общественных организациях, федеральных и региональных органах управления здравоохранением, сотрудникам научно-исследовательских институтов туберкулеза, преподавателям и студентам медицинских вузов и более широкому кругу специалистов в смежных областях.

С глубоким уважением,

Даниил Кашницкий,
менеджер обучающих программ,
Представительство благотворительной организации «Партнеры во имя здоровья» (США) в Российской Федерации (г. Москва)

О проекте «Эффективный контроль над туберкулезом в Российской Федерации»

Проект «Эффективный контроль над туберкулезом в Российской Федерации» проходил в семи регионах России: Алтайском крае, Новосибирской, Омской, Смоленской, Тамбовской, Ульяновской и Челябинской областях при участии 13 общественных организаций, региональных противотуберкулезных учреждений и четырех курирующих НИИ туберкулеза.

Проект был направлен на укрепление приверженности больных туберкулезом к лечению при контролируемой терапии и призван способствовать уменьшению числа отрывов от лечения на амбулаторном этапе. В рамках проекта предоставлялось несколько видов психосоциальной помощи: продуктовые наборы, консультативная, психологическая, юридическая и наркологическая помощь, а также субсидирование проезда до пункта контролируемой терапии. Набор услуг пациентам был различным в разных регионах и утверждался в зависимости от потребностей и специфики конкретной территории.

Психосоциальная помощь в рамках проекта оказывалась при тесном взаимодействии с противотуберкулезными учреждениями и органами управления здравоохранения регионов проекта. Общую координацию и мониторинг проекта осуществлял фонд «Российское здравоохранение», в то время как БО «Партнеры во имя здоровья» реализовывала обучающие мероприятия проекта, оценивая потребности и проводя необходимое обучение среди региональных сотрудников проекта и медицинских работников противотуберкулезных диспансеров.

Проект послужил катализатором к дальнейшему развитию психосоциальной помощи, пациент-ориентированного подхода и эффективного межведомственного взаимодействия при лечении туберкулеза в семи регионах России.

Ежегодная рабочая встреча команд проекта
«Эффективный контроль над туберкулезом в Российской Федерации»,
сентябрь 2012 г., Горный Алтай

1 Введение

Черняев Игорь Анатольевич,
заведующий организационно-методическим отделом Уральского научно-исследовательского института фтизиопульмонологии Минздрава России (г. Екатеринбург).

Формула эффективного лечения туберкулеза описана подробно в работах известных авторов и состоит в том, что пациент должен регулярно и в полном объеме принимать качественные противотуберкулезные препараты, назначенные в соответствии с формой, фазой, распространенностью и тяжестью течения заболевания, а также с учетом массы тела пациента и индивидуальной переносимости лечения [1–3]. Однако в реальной ситуации у пациента при приеме препаратов возникают обстоятельства, которые лежат за пределами контроля и компетенции медицинских работников и преодолеть которые не могут ни сам пациент, ни пациент совместно с лечащим врачом. В результате у пациента возникают отрывы от лечения, появляется разочарование в медицинской помощи, усугубляемые прогрессирующим заболеванием и его осложнениями. Медицинские работники при этом также не видят положительного эффекта от своей деятельности, что приводит к синдрому выгорания, снижению или потере мотивации и, в свою очередь, снижению качества противотуберкулезной помощи населению.

В настоящее время принято считать, что абсолютная численность больных туберкулезом в Российской Федерации в последние годы снижается [4], смертность от туберкулеза уменьшается. Однако эффективность лечения впервые выявленных больных по-прежнему остается недостаточной [5], и неудачи лечения далеко не всегда связаны с лекарственной устойчивостью возбудителя и непереносимостью терапии [6]. Возможно, что одна из причин неудач в лечении больных туберкулезом — это проявление последствий десоциализации в ее классическом понимании, так как среди больных (65 %) преобладают лица трудоспособного возраста, не занятые в экономике [7, 8]. Неизлеченный туберкулез у представителей десоциализированных групп населения может представлять угрозу в сфере общественного здоровья. Государство создает правовое поле для решения проблем профилактики, выявления и лечения больных туберкулезом [9–11], включая меры принудительного характера для обеспечения социально адекватного поведения. Меры принудительного характера применяются, но малоэффективны. Побуждение же является более эффективным методом как с точки зрения правовой практики, так и социальной помощи [12]. Добиваясь приверженности в лечении, специалисты зачастую подходят к пациенту с позиции выполнения его обязанностей, а не обеспечения его прав. Известно, что у пациентов, находящихся на амбулаторном лечении без надлежащего контроля, невыполнение предписаний врачей не всегда носит преднамеренный характер, а зачастую является непреднамеренным: пациент не в состоянии выполнить предписания в силу субъективных и объективных обстоятельств [13]. Точки зрения на проблемы пациента и то, как их обсуждать, у врача и пациента могут различаться, при этом, как было отмечено в работах психологов, стороны не придут к согласию без посторонней помощи [14, 15].

Личность пациента многогранна — как и проблемы, с которыми он сталкивается при приеме противотуберкулезной терапии [16, 17]. Возможно, еще до начала лечения больного туберкулезом следует проводить оценку риска нарушения регулярности лечения или отрыва от лечения, а также делать прогноз исхода по нескольким составляющим (медицинским, социальным и психологическим), с последующим оформлением диагностической карты пациента и многомерным диагнозом — по аналогии с подходом Американской ассоциации психиатров (APA) [18], в котором учитывается влияние всех факторов, имеющих существенное значение для происхождения и формирования клинической структуры болезни (наследственность, конституция, внешние и внутренние повреждающие мозг факторы, психотравмирующая ситуация, соматическое состояние, интоксикации) [19].

«Необходимо популяризировать противотуберкулезную службу, в большей степени "развернуть" ее лицом к пациенту, снизить уровень стигматизации и дискриминации пациентов, больных туберкулезом, по принципу: "Это может коснуться каждого"».

***Киселева Наталья Анатольевна**,*
врач-психотерапевт,
Челябинский областной клинический противотуберкулезный диспансер

Кроме того, значимое влияние на формирование приверженности пациентов к лечению оказывает феномен профессионального выгорания у сотрудников противотуберкулезной службы [20–22]. Территориальная, а главное — информационная разобщенность фтизиатров стационара и амбулаторного звена также не способствует повышению мотивации специалистов, занимающихся проблемами укрепления приверженности к лечению у больных туберкулезом.

Изолированный подход в ведении случаев туберкулеза, нацеленный исключительно на лечение заболевания, не дает требуемой эффективности. Лечение туберкулеза невозможно без учета и решения проблем конкретного пациента. Не ограничиваясь констатацией фактов, связанных со сложностью и многоплановостью проблем пациента, участники данного проекта на практике продемонстрировали возможности и эффективность концепции мультидисциплинарного подхода для успешного решения социально-психологических проблем пациентов. Для каждого медицинского,

социального или психологического фактора, препятствующего регулярному лечению, специалисты соответствующего профиля предлагают результативное решение. В публикации также показаны возможности достижения максимального синергетического эффекта от применения мультидисциплинарного подхода в лечении туберкулеза в каждом конкретном случае.

Почему для выполнения этих задач предлагается применять именно проектный или программный подход? Решение разноплановых проблем больных туберкулезом требует создания соответствующей среды с вовлечением в нее пациента для достижения уровня социализации, необходимого для успешного лечения туберкулеза, с учетом потребностей всех заинтересованных сторон. Такая работа требует выхода за рамки медицинской специальности и даже за рамки медицины. Медицинская деятельность, социальная работа и психологическая помощь в привычном понимании реализуются в виде рутинных процессов [23]. Для создания принципиально нового подхода необходимо выйти за рамки как психосоциальных стереотипов, так и организационных технологий. Преодолеть административные барьеры поможет привлечение или установление партнерства с некоммерческими (общественными) организациями (НКО). Это предусмотрено в стратегии Всемирной организации здравоохранения [24]. Как показывает отечественный опыт, привлечение иностранных благотворительных организаций повышает возможности совместного проекта, но не является обязательным условием. Для организации совместной деятельности с общественными организациями наиболее подходящим является проектный или программный подход [25, 26], который позволяет направить разрозненные силы всех заинтересованных сторон на противодействие распространению туберкулеза через комплексное решение проблем пациентов.

В профессиональной литературе встречается описание множества вариантов организации помощи больным туберкулезом, более или менее успешных примеров отечественного и зарубежного опыта, и каждый специалист имеет право остановить свой выбор на одном или нескольких из них. В данной публикации мы ставили задачу рассказать об особенностях организации психосоциальной помощи больным туберкулезом, находящимся на лечении, на примере реализации проекта «Эффективный контроль над туберкулезом в Российской Федерации». Данное издание не претендует на всю полноту описания проблемы и не является учебным или методическим пособием; в нем представлен личный профессиональный опыт непосредственных участников проекта, проиллюстрированный примерами из практики.

Список литературы

1. Рабухин А.Е. Туберкулез органов дыхания у взрослых. М.: «Медицина», 1976. С. 328.

2. Хоменко А.Г. Руководство по внутренним болезням. Туберкулез. М.: «Медицина», 1996. С. 493.

3. Фтизиатрия. национальное руководство / под ред. М.И. Перельмана. — М.: ГЭОТАР-Медна, 2007. С. 512.

4. Туберкулез в Российской Федерации, 2009 г. Аналитический обзор статистических показателей по туберкулезу, используемых в Российской Федерации. М., 2010. С. 224, 280.

5. Global Tuberculosis Report, 2012. Geneva: World Health Organization. WHO/HTM/TB/2012.

6. Отраслевые показатели противотуберкулезной работы в 2008–2009 гг. Статистические материалы. [электронный ресурс] / ЦНИИОИЗ, 2011. 60 с.URL: http://mednet.ru/images/stories/files/CMT/Otraslevye_pokazateli_protivotuberkuleznoi_raboty_2009_2010.pdf (дата обращения: 07.11.2012 г.).

7. Ковалева А. И. Концепция социализации молодежи: нормы, отклонения, социализационная траектория // Социологические исследования. 2003. № 1. Сс. 109–114.

8. Федоренко Л. П. О путях коррекции социализации личности вне правовых систем // Историческая и социально-образовательная мысль. 2010. № 2 (4). Сс.91–93.

9. Федеральный закон от 18 июня 2001 г. № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации».

10. Приказ Минздрава РФ от 21.03.2003 № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации».

11. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 29.12.2010 № 1224н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом в Российской Федерации».

12. Стерликов С.А., Кучерявая Д.А., Богородская Е.М., Гордина А.В., Социальная помощь больным в туберкулезных кабинетах: формы и источники финансирования [электронный ресурс] //Фтизиатрия и пульмонология. 2011. № 2 (2). Сс. 171-172. URL: http://ftiziopulmo.ru/fp/i/full/2_2011_100_sotsialnaya_.pdf (дата обращения: 17.11.2012 г.).

13. Cochrane G. M., Horne R, Chanez P. (1999) «Compliance in asthma therapy» Respir Med Nov 93:763–769.

14. Gordis, L. (1979). Conceptual and methodologic problems in measuring patient compliance. Compliance in Health Care. Haynes R. B.,. Taylor D. W and D. L. Sackett. Baltimore, Johns Hopkins University Press: 23–45.

15. Gulbrandsen P., Hjortdahl P., Fugelli P. General practitioners' knowledge of their patients' psychosocial problems: multipractice questionnaire survey // BMJ. — 1997; 314: 1014.

16. Налимов В.В. Спонтанность сознания: Вероятностная теория смыслов и смысловая архитектоника личности. М.: Изд-во «Прометей» МГПИ им. Ленина, 1989.

17. Нэнси Мак-Вильямс. Психоаналитическая диагностика. Понимание структуры личности в клиническом процессе. М.: Независимая фирма «Класс», 2001. 480 с.

18. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth Edition, Text Revision: DSM-IV-TR. — Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc., 2000.

19. Жмуров В.А. Большая энциклопедия по психиатрии, 2-е изд. 2012.

20. Орел В.Е. Синдром психического выгорания личности. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2005. С. 330.

21. Хохлов Р.А., Минаков Э.В., Фурменко Г.И. Влияние социально-демографических факторов на развитие синдрома эмоционального выгорания врачей // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2009. Т. 8. № S82. Сс. 23А–23.

22. Хохлов Р.А., Минаков Э.В., Фурменко Г.И., Ахмеджанов Н.М. Влияние синдрома эмоционального выгорания на стереотипы врачебной практики и клиническую инертность // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2009. № 1. Сс. 12–22.

23. Процессный подход в управлении качеством: учебное пособие / Скрипко Л.Е. — СПб.: Изд-во СПбГУЭФ, 2011. С. 105.

24. Treatment of Tuberculosis — Guidelines for National Programmes, 3rd ed. Geneva, World Health Organization (WHO/CDS/TB/2003.313).

25. ГОСТ Р 54869-2011 Проектный менеджмент. Требования к управлению проектом 01/09/2012 — 12с.

26. Малышева Л.А. О процессах, процессном управлении, и не только // Менеджмент в России и за рубежом. 2006. № 4. Сс. 105–113.

2 Организация контролируемого лечения туберкулеза на амбулаторном этапе в городе и на селе

Байерлен Вера Петровна,
председатель Томского областного отделения общероссийской общественной организации «Российский Красный Крест».

Земляная Наталия Александровна,
кандидат медицинских наук, координатор программы БО «Партнеры во имя здоровья» (г. Томск).

Соловьева Александра Витальевна,
координатор городских программ БО «Партнеры во имя здоровья», (г. Томск).

Эффективность лечения туберкулеза в Российской Федерации (РФ) остается невысокой. Так, среди когорты впервые выявленных больных туберкулезом легких с положительным результатом микроскопии мокроты 2008 г. в РФ было излечено только 57,6 % случаев, в то время как во всем мире данный показатель эффективности лечения составил 87 % [1] (в когорте 2009 г.). Одной из причин недостаточной эффективности химиотерапии является преждевременное прекращение лечения пациентов, что составляет около 40 % от всех отрицательных исходов [2, 3]. Кроме того, постоянные пропуски в приеме препаратов напрямую влияют на частоту абациллирования и неудач, регистрируемых при лечении [4] и могут привести к развитию туберкулеза с широкой лекарственной устойчивостью [5].

Существует более 200 факторов, влияющих на приверженность пациентов к лечению, которые условно можно разделить на 5 групп: *социально-экономические; факторы системы здравоохранения; факторы, связанные с тяжестью состояния пациента; факторы, связанные с тяжестью самой терапии;* а также *личностные характеристики пациента.* В силу многочисленности факторов и их уникального сочетания в каждом конкретном случае, никакого единого, универсального способа решения проблем приверженности не существует. Региональным противотуберкулезным программам рекомендуется внедрять полный комплекс перечисленных мероприятий:

1. Системный мониторинг ВСЕХ пациентов, который должен обеспечивать отслеживание каждого больного и преемственность между различными учреждениями противотуберкулезной службы (например, между пенитенциарным и гражданским секторами, стационаром и подразделениями амбулаторного звена).

2. Непосредственно контролируемое лечение (лечение под непосредственным наблюдением), внедренное в СССР в 60–70-е годы прошлого века, стало наиболее эффективным механизмом противодействия туберкулезу в стране. В настоящее время принятые в российском здравоохранении процедуры также ориентированы на прием препаратов больными в присутствии медицинских работников диспансеров или общей лечебной сети, а также специально подготовленных лиц из санитарного актива, членов Обществ Красного Креста и Красного Полумесяца.

3. «Приближение» терапии к пациентам за счет предоставления контролируемого лечения в таких местах и в такое время, которые являются для них наиболее комфортными. Рекомендуется организация разветвленной сети пунктов контролируемого лечения с графиком работы, удобным для всех категорий пациентов, включая работающих. Необходимо организовать лечение на дому для лиц, не имеющих возможности посещать пункты контролируемого лечения.

4. Уважительное отношение медицинского персонала к пациентам, в том числе из «асоциальных» групп населения. Информирование о процессе лечения и возможных последствиях его прерывания является важной частью работы с пациентом, однако такие беседы должны проводиться «на равных», без излишнего давления, обвинений и морализаторства.

5. Адекватная схема химиотерапии туберкулеза и эффективное купирование побочных эффектов, лечение сопутствующих заболеваний. Рекомендуется организовать консультации психолога и нарколога для пациентов, злоупотребляющих алкоголем или потребляющих наркотики, пропускающих прием противотуберкулезных препаратов (ПТП), а также находящихся в депрессивном состоянии. Настоятельно рекомендуется консультирование психолога для ВСЕХ первичных больных, поскольку сообщение о диагнозе, как правило, является для пациента сильным стрессом.

6. Применение методов поощрения и стимуляции. В качестве методов социальной поддержки может использоваться раздача продуктовых наборов после принятия противотуберкулезных препаратов под контролем медперсонала, а также решение социально-бытовых проблем пациента (обеспечение жильем, одеждой, восстановление паспорта и других документов, помощь в трудоустройстве, оплата жилищно-коммунальных услуг и телефона и т.д.).

7. Оперативное реагирование персонала противотуберкулезной службы в случаях пропуска приема противотуберкулезных препаратов пациентами. В таких случаях не позднее чем через 1-3 дня к пациенту выезжает патронажная или участковая медицинская сестра, чтобы разыскать пациента, установить причину перерыва в лечении и убедить продолжить лечение.

Что, на ваш взгляд, дал вашей организации опыт участия в проекте «Эффективный контроль над туберкулезом в Российской Федерации»?

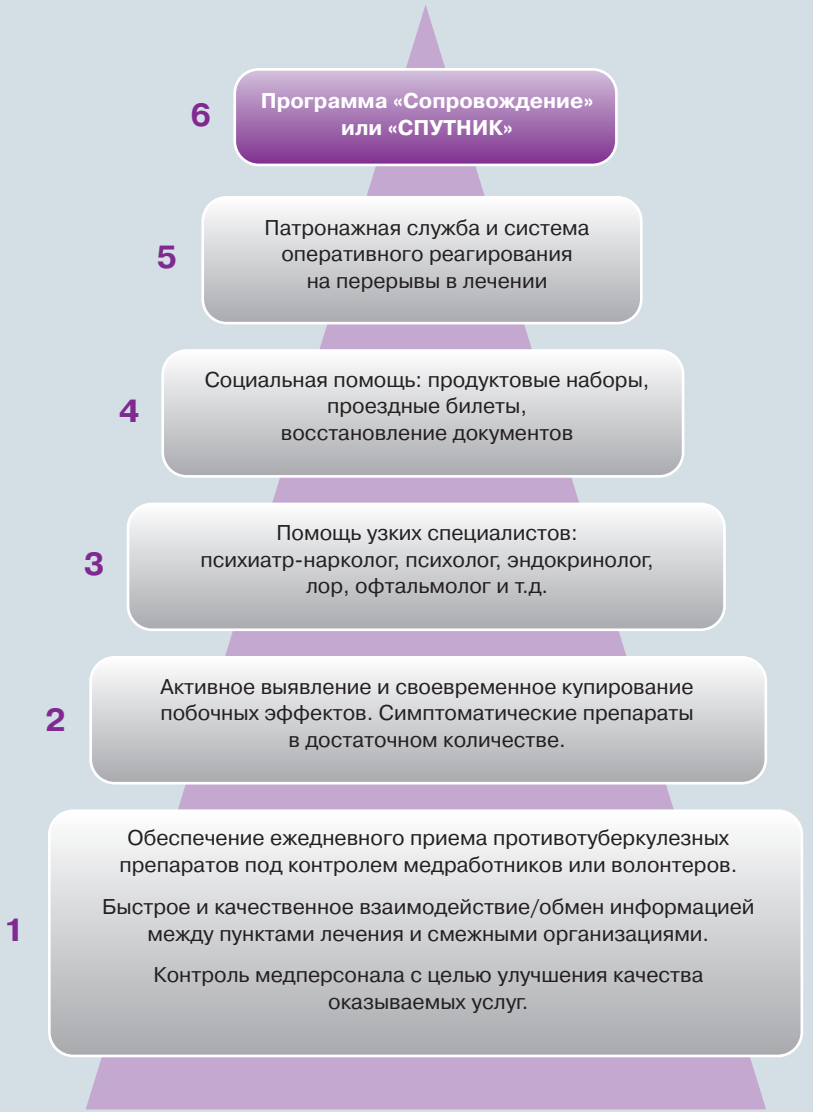
«Благодаря новому проекту учреждение "проснулось" от спячки, в которой находилось многие годы в связи с жесткими рамками нормативной базы отечественной фтизиатрии. Конечно, трудно в одночасье перестраивать работу с приоритета стационарной помощи на приоритет амбулаторного звена. Но самое главное — сейчас в коллективе появилось осознание того, что туберкулез можно лечить и по-другому».

***Шалагин Анатолий Владимирович**,*
главный врач ГБУЗ ОТБ № 3
(г. Магнитогорск), Челябинская область

Организация помощи в городе

Рассмотрим принцип организации контролируемого лечения в городе и в сельской местности на примере Томской области, где противотуберкулезная служба в партнерстве с общественными организациями начиная с 1995 года проводит программы, направленные на повышение приверженности к лечению чувствительного туберкулеза и туберкулеза с лекарственной устойчивостью. В результате многолетней работы в Томской области построена комплексная система обеспечения приверженности, включающая полный комплекс вышеперечисленных компонентов (Рисунок 1).

Рисунок 1. «Пирамида приверженности»



В верхней части пирамиды расположены более ресурсоемкие виды помощи, нацеленные на удержание «сложных» пациентов, более склонных к отрыву от лечения или ранее уже допускавших перерывы в лечении. В нижней части пирамиды представлены услуги для основной категории пациентов, которые являются более самостоятельными и в состоянии ежедневно приходить на пункт контролируемого лечения. Более подробно все компоненты «пирамиды приверженности» описаны ниже.

Лечение туберкулеза может быть начато в стационаре, дневном стационаре, в процедурном кабинете, а также на дому. Вне зависимости от места начала лечения с пациентом проводится ряд мероприятий, направленных на формирование приверженности к лечению: разъяснительные беседы с врачом, консультации узких специалистов, цикл обучающих занятий по туберкулезу, обследования для выявления состояний, связанных с зависимостью от алкоголя и наркотиков, и определения лиц, нуждающихся в помощи психиатра-нарколога или психолога.

Уровни «пирамиды приверженности»

«Пирамида приверженности», уровень 1–3: мероприятия общего характера на амбулаторном этапе

Преемственность между службами обеспечивается тесным взаимодействием и своевременной подачей документации. Например, перед освобождением пациента из лечебного исправительного учреждения системы ФСИН медицинская документация передается в гражданское лечебное учреждение амбулаторного звена. Раз в месяц социальный работник противотуберкулезного диспансера участвует в проведении «Школы подготовки к освобождению», информируя осужденных об организациях, в которых после освобождения они могут получить медико-социальную помощь. Больные туберкулезом, обратившиеся в противотуберкулезный диспансер после освобождения из мест лишения свободы, в качестве поощрения получают продуктовый набор.

Информация о пациентах, готовящихся к выписке из областной клинической туберкулезной больницы, за две недели до выписки передается участковому врачу амбулаторного звена или районному фтизиатру. Пациентов, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, мотивируют пройти весь курс лечения в условиях стационара.

Участковый фтизиатр после консультации с пациентом принимает решение о направлении пациента на один из пунктов контролируемого лечения.

О случаях трехдневного отсутствия пациентов старшие медсестры всех пунктов контролируемого лечения сообщают в информационный центр

противотуберкулезного диспансера старшей патронажной медицинской сестре.

Старшая патронажная медицинская сестра ежедневно:

- Уточняет данные о пациентах у участковых фтизиатров (адреса, телефоны, контактная информация родственников) для передачи в патронажную службу;
- Передает информацию патронажной службе соответствующей части города для розыска пациентов, собирает информацию о результатах поиска от всех патронажных служб (бригад), осуществляет обмен информацией между бригадами в течение дня (передача информации от утренней бригады вечерней);
- Передает информацию о пропустивших лечение пациентах из стационара в «сельское» отделение областного противотуберкулезного диспансера;
- Передает участковым фтизиатрам запросы о необходимости купирования побочных эффектов и другую срочную информацию, полученную от медсестер патронажной службы.

Кроме того, еженедельно старшая патронажная сестра докладывает о работе за неделю на заседании Комиссии по повышению приверженности (которая также называется «Комиссия по перерывам»).

Комиссия по повышению приверженности — это коллегиальный орган, созданный на базе поликлиники противотуберкулезного диспансера, в состав которого входят председатель, представители пунктов контролируемого лечения, лечащий врач, психологи, социальный работник и представители некоммерческих организаций. На заседании комиссии обсуждаются дела пациентов, принимающих менее 75 % доз противотуберкулезных препаратов, и разрабатывается план по улучшению приверженности к лечению. В частности, определяется оптимальное место для проведения лечения конкретного пациента, в сложных случаях пациенты включаются в программу сопровождения «Спутник». Решения принимаются коллегиально и регистрируются в специальном журнале и в амбулаторных картах пациентов.

Психологи и психиатры-наркологи помимо консультирования пациентов в приемные часы могут проводить экстренное консультирование на дому с бригадой патронажной службы. При необходимости проведения дезинтоксикационных мероприятий пациента госпитализируют в стационар.

«Пирамида приверженности», уровень 4: социальная помощь

Для выявления проблем и потребностей пациента в получении медико-социальной помощи лечащий врач заполняет социальную карту для каждого

больного. Социальный работник проводит анализ карт и определяет пациентов, нуждающихся в помощи и поддержке. После этого он совместно с пациентом составляет план сопровождения пациента на всех этапах лечения. Специалисты по социальной работе консультируют по вопросам восстановления документов, оформления инвалидности, назначения и выплаты пенсионных пособий.

Для повышения мотивации для посещения пункта контролируемого лечения больным выдаются ежедневные продуктовые наборы. Анализ, проведенный Российским Красным Крестом, показал, что ежедневная выдача продуктовых наборов является более эффективным методом мотивации пациентов для обращения в пункты контролируемого лечения, чем выдача продуктового пайка в полном объеме один раз в неделю. Особенно значимую роль продуктовые наборы играют для формирования приверженности к противотуберкулезной терапии у пациентов из сельских территорий, позволяя свести отрывы в лечении у этого контингента практически к нулю.

Для обеспечения проезда к местам лечения ежемесячно пациентам выдаются проездные билеты. Пациенты из области имеют право на бесплатный проезд в город для обследований, консультаций и прохождения лечения (за счет средств областного бюджета).

Для бездомных людей в городе работает областное государственное учреждение (ОГУ) «Центр социальной адаптации». На базе этого центра открыто две палаты по 5 коек каждая для пациентов, проходящих курс лечения туберкулеза и не имеющих жилья. Благодаря этому центру пациенты из числа лиц БОМЖ имеют возможность завершить курс лечения.

«Пирамида приверженности», уровень 5: лечение на дому (патронажная служба)

В зависимости от количества больных, нуждающихся в непосредственном контролируемом лечении, и их места проживания, в дневную смену (с 9:00 до 16:00) город делится на 3 маршрута, каждый из которых обслуживается отдельной командой.

В вечернюю смену (с 16:00 до 19:00) на первый план в работе патронажной службы выходит поиск пациентов, которые по каким-либо причинам (алкоголизм, неудобный график работы, проблемы в семье и т. д.) не явились на лечение или выпали из поля зрения противотуберкулезной службы более чем на 3 дня. Город в вечернее время делится на две части, в каждой из них работает отдельная бригада.

Ежедневно персонал согласовывает с пациентом время и место лечения. Сотрудники бригады (водитель и медсестра) несут ответственность за проведение контролируемого лечения: они ведут интенсивный поиск,

обеспечивают лечение под непосредственным наблюдением, активно выявляют клинические, психологические, социальные проблемы пациентов и способствуют их решению, привлекая нужных специалистов.

Мониторинг приверженности к лечению в городе осуществляют ответственные координаторы. Вместе со старшей медсестрой они контролируют работу персонала бригад во время совместных выездов, проводимых один раз в месяц. Кроме того, еженедельно проводятся собрания с разбором наиболее сложных случаев.

Фтизиатр продолжает вести больного, посещая его на дому каждые 10–14 дней.

Каждая бригада за 6 часов обслуживает 20–25 пациентов, на посещение каждого пациента отводится в среднем около 15 минут.

«Пирамида приверженности», уровень 6: программа «Сопровождение» («Спутник»)

На лечении в проекте «Спутник» находятся только самые сложные пациенты, для привлечения которых все остальные меры оказались неэффективными. Это больные, категорически отказывающиеся от лечения или пропустившие за последние 1–2 месяца прием более 25 % препаратов, а также лица, страдающие алкогольной и/или наркотической зависимостью и оказавшиеся в сложной жизненной ситуации. Решение о направлении в программу «Спутник» принимается коллегиально сотрудниками противотуберкулезной службы на заседании Комиссии по повышению приверженности[1].

О принципах работы организации «Партнеры во имя здоровья»:

«По сути, мы являемся организацией, выполняющей как свой медицинский, так и моральный долг. Мы строим свою работу скорее на принципах солидарности, чем благотворительности. Что бы мы ни делали, мы будем это делать так, как если бы был болен член нашей семьи или мы сами».

***Пол Фармер**,*
основатель организации «Партнеры во имя здоровья»

Организация помощи на селе

По сравнению с городом, где противотуберкулезная служба может предложить пациенту различные варианты организации лечения, в сельской местности обеспечить контролируемое лечение туберкулеза значительно

1. Более подробно правила работы изложены в руководстве по программе «Спутник»: http://pih.ru/06/manuals.html, а также в видеоролике: http://pih.ru/06/courses.html.

сложнее. За пределами районного центра оно осуществляется специалистами общей лечебной сети (фельдшерами, медсестрами), для которых лечение туберкулеза не является основной должностной обязанностью. Кроме того, большие расстояния, которые пациентам необходимо преодолеть, чтобы добраться из дома до медицинского пункта, при отсутствии общественного транспорта приводят к частым пропускам в приеме лекарств. Нередко в населенном пункте вообще нет ни медицинского работника, ни медицинского пункта. Ограниченные возможности для проведения биохимических анализов, консультаций узких специалистов также усложняют ведение пациентов с туберкулезом. Наконец, пожалуй, самое главное — чаще всего отсутствует административная поддержка со стороны глав районов и главных врачей центральных районных больниц. Своевременное выявление туберкулеза возложено на общую лечебную сеть. Однако лечение туберкулеза до настоящего времени являлось задачей исключительно специализированной противотуберкулезной службы, поэтому представители общей лечебной сети не оказывали ей необходимого внимания и содействия.

Участники организации лечения на селе

В Томской противотуберкулезной службе существует сельское отделение кураторов — опытных врачей-фтизиатров, которые наблюдают за лечением сельских пациентов и помогают районным фтизиатрам в организации и оказании противотуберкулезной помощи. Кураторы консультируют сложных пациентов, организуют для них медико-социальную экспертизу и собирают врачебные комиссии (из-за отдаленности районные фтизиатры не могут приезжать в областной центр часто). Во время регулярных визитов куратор следит за организацией контролируемого лечения, обеспечивает административную поддержку противотуберкулезных программ в районе.

Значительную роль в организации лечения больных туберкулезом в сельской местности играет Российский Красный Крест. За счет слаженной и до мелочей продуманной работы команда в Томске организует контролируемое лечение и социальную поддержку пациентов в 16 районах с помощью своих координаторов и волонтеров на местах. За организацию этой работы в каждом районе отвечает районный координатор, который обеспечивает доставку продуктовых наборов из областного центра к месту проживания и лечения пациентов, контролирует работу волонтеров для проведения контролируемого лечения и оказания социальной поддержки, собирает документацию и составляет отчет. Волонтер на селе — это чаще всего медсестра или фельдшер, которые и осуществляют контроль за лечением, и выдают продуктовые наборы. Регулярно проводимые опросы и анкетирование помогают Российскому Красному Кресту оценить нужды пациентов, найти дополнительную мотивацию к лечению.

В районном центре или крупном селе, как и в городе, идеальный способ лечения — это лечение пациента на дому медработниками, для передвижения которых используется автомобиль. При таком способе пациенту практически не приходится менять свой распорядок жизни, и риск нарушения режима значительно снижается. Создаются комфортные условия работы для медицинских работников, увеличивается скорость обслуживания и количество пациентов. Лечение на дому с помощью автомобильных бригад — так называемый стационар на дому — организовано во многих районных центрах Томской области. В этих районах результаты лечения туберкулеза значительно лучше.

Пример 1:

В Колпашево (районный центр Томской области) пациенты охотно дожидаются приезда медсестры, потому что вместе с таблетками она привозит горячий завтрак в пластиковом контейнере. Бригада стационара на дому заезжает и в близлежащие населенные пункты. Количество посещений у бригады значительно возрастает в периоды сильных холодов: лечение на дому получают и плановые пациенты, и те, кто обычно самостоятельно приходит в медпункт. Это позволяет значительно снизить число перерывов в лечении.

За пределами районного центра, если нет возможности использовать автомобиль для выезда специалистов для лечения на дому, нужно объяснять медперсоналу и администрации села необходимость лечения пациента под непосредственным наблюдением, желательно в домашних условиях, и постараться найти медработника, проживающего поблизости от пациента.

Если пациент живет рядом и ему удобно посещать медпункт, он может это делать ежедневно. Однако если пациент живет далеко от медпункта, то ежедневные посещения маловероятны (даже если фельдшер утверждает обратное), и в конечном итоге препараты, скорее всего, будут просто выдаваться ему на руки.

В сложных ситуациях, когда в селе нет медработника либо пациент проживает далеко от медпункта, можно найти волонтера. Узнать у пациента, кто мог бы помочь в его лечении, привлечь социально сохранных пациентов или обратиться за помощью к администрации населенного пункта.

Каждого волонтера необходимо обучить: рассказать о туберкулезе и лечении, объяснить, почему нужно обязательно принимать все препараты регулярно и какие могут быть побочные эффекты (в помощь волонтеру оставить специальный опросник). Очень хорошо, если есть возможность обеспечить волонтеру вознаграждение и/или моральное поощрение за его работу.

Пример 2:

Российский Красный Крест награждал волонтеров специальной грамотой (грамота Исполкома Союза обществ Красного Креста и Красного Полумесяца СССР), которая может учитываться для присвоения звания «Ветеран труда» и является основанием для соответствующей прибавки к пенсии.

Волонтером может стать немедицинский работник. В этом случае проверка контролируемости лечения и побочных эффектов проводится фельдшером еженедельно, районным фтизиатром — не реже 1 раза в две недели в начале лечения, затем 1 раз в месяц.

Пример 3.

В селе К. временно закрыт медпункт. Волонтером стал житель села, работающий водителем в медпункте села Т., расположенного в 12 км от села К. Ежедневно, возвращаясь с работы, он привозил пациенту медикаменты и продуктовый набор от координатора из села Т.

Пример 4.

В селе Л. нет медпункта, ближайший находится в соседнем селе на расстоянии 7 км. Волонтер — воспитательница детского сада лечила своего соседа, который приходил к ней за препаратами и продуктовым пайком. Пациент был успешно излечен, затем с ее помощью было излечено еще двое пациентов в этом же селе. Районный фтизиатр обратился в администрацию села с просьбой поощрить активного волонтера премией. Администрация предложила написать в газете о той важной работе, которую сделала их жительница.

Пример 5.

Пациент проживает в селе В. в 5 км от медпункта. Фельдшер не соглашается ходить на дом к пациенту (далеко, не хватает времени). Пациент боится недоброжелательного отношения со стороны жителей села и не хочет ходить в медпункт. Районный фтизиатр договаривается с администрацией села о выделении раз в день утром машины, чтобы возить фельдшера на дом к пациенту. Пациент был излечен.

Волонтеры-родственники: польза или вред?

Вот лишь некоторые из примеров, которые подтверждают правило: родственники не могут выступать в роли волонтеров, под наблюдением которых проводится контролируемое лечение.

Пример 6.

В селе В. мать контролировала лечение своих двух сыновей. Районный фтизиатр неоднократно выявлял нарушения режима лечения: сыновья диктовали матери, какие препараты будут пить, а какие — нет, периодически отсутствовали дома, пропуская прием препаратов. Исход — 2 неудачи в лечении (нарастание устойчивости возбудителя к противотуберкулезным препаратам и прогрессирование туберкулеза).

Пример 7.

В селе Б. жена контролировала лечение мужа. Расспрашивая, как проходит лечение, районный фтизиатр выяснил, что супруги поссорились и жена перестала контролировать лечение.

Пример 8.

В селе М. лечение 70-летней женщины было организовано под контролем ее дочери. Во время контрольного визита врача-куратора оказалось, что пациентка сама принимала таблетки, не соблюдая дозировок. Были выявлены серьезные побочные эффекты.

Как убедиться в том, что лечение контролируется?

Проведение кураторских визитов в районный центр, на фельдшерско-акушерские пункты, врачебные амбулатории в селах позволяют повысить качество лечения.

Кураторские визиты проводит районный фтизиатр (1 раз в 2 недели в начале лечения, затем ежемесячно) и куратор (в зависимости от доступности и отдаленности района — один раз в 3-6 месяцев, при необходимости — чаще). Чтобы выявить проблемы, нужно во время посещения медицинского центра понаблюдать, как выдает препараты медицинский работник, проверить заполнение документации, подсчитать остаток препаратов, имеющихся в медцентре. Наблюдение за клинико-рентгенологической динамикой и бактериовыделением также помогает сделать вывод о достаточном контроле за приемом препаратов.

Посещение пациента на дому является очень информативным и должно проводиться обязательно. Простые вопросы: «Как проходит ваше лечение?», «В какое время и как часто посещаете медпункт?» или «Когда приходит медсестра?», «Где вы храните препараты?» — позволяют выявить выдачу препаратов на руки. Необходимо провести опрос пациента для выявления побочных эффектов. Их отсутствие, особенно у пациентов с лекарственно устойчивыми формами туберкулеза, получающих препараты второго ряда, может быть основанием для предположения, что препараты не принимаются, либо принимаются выборочно или нерегулярно.

Можно считать, что лечение под непосредственным контролем отсутствует, в следующих случаях:

- Пациенты говорят об этом куратору или другим пациентам;
- По бактериограмме видно, что в стационаре у пациента произошло прекращение бацилловыделения, но через несколько месяцев амбулаторного лечения в сельской местности в мокроте вновь появляются микобактерии туберкулеза;
- Во время кураторского визита выявляется выдача препаратов на руки.

Результаты лечения по районам показывают, где действительно проводилось лечение под непосредственным наблюдением и осуществлялся контроль. В тех районах Томской области, где по отчетам кураторских визитов отмечается отличная организация контролируемого лечения, доля излеченных пациентов выше.

Заключение

Главный принцип организации контролируемого лечения с высокой приверженностью — индивидуальный подход к пациенту. Комплекс проводимых мероприятий по обеспечению приверженности к противотуберкулезной терапии должен соответствовать потребностям конкретного пациента и гибко учитывать изменения в жизненной ситуации больного. Ключ к успеху — быстрота взаимодействия между службами и оперативное реагирование на перерывы в лечении и проблемы пациента. Организация лечения на селе имеет свои особенности и требует административной поддержки органов местного самоуправления муниципальных районов и сельских поселений.

Список литературы

1. Туберкулез в Российской Федерации, 2010 г. Аналитический обзор статистических показателей, используемых в Российской Федерации. М, 2011.

2. Богородская Е.М. Пути совершенствования организации лечения больных туберкулезом: автореф. дис. д-ра. мед. наук. М., 2009.

3. Богородская Е.М., Борисов С.Е., Данилова И.Д., Белиловский Е.М., Яблонский П.К., Стерликов С.А., Пашкевич Д.Д. Контроль эффективности лечения больных туберкулезом в Российской Федерации / Туберкулез в Российской Федерации, 2010 г. Аналитический обзор основных статистических показателей по туберкулезу, используемых в Российской Федерации. М., 2011.

4. Gelmanova I, Shin SS, Mishustin SP, Andreev EG, Atwood S, Pasechnikov AD, Yedilbaev AB, Golubkov AA, Keshavjee S. Impact of medication adherence on culture conversion during treatment of MDR tuberculosis in Tomsk oblast, Russia. Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Cancun, Mexico 3-7 Dec 2010. Poster

5. Shin SS, Keshavjee S, Gelmanova IY, Atwood S, Franke MF, Mishustin SP, Strelis AK, Andreev YG, Pasechnikov AD, Barnashov A, Tonkel TP, Cohen T. Development of extensively drug-resistant tuberculosis during multidrug-resistant tuberculosis treatment. Am J Respir Crit Care Med. 2010 Aug 1; 182(3): 426-32.

3 Юридические аспекты оказания социальной и психологической помощи больным туберкулезом в Российской Федерации

Русакова Лариса Ивановна,
доктор медицинских наук, ведущий науч. сотрудник отдела эпидемиологии, статистики туберкулеза и информационных технологий ФГБУ ЦНИИТ РАМН (г. Москва).

В Российской Федерации охраняются труд и здоровье людей, устанавливается гарантированный минимальный размер оплаты труда, обеспечивается государственная поддержка семьи, материнства, отцовства и детства, инвалидов и пожилых граждан, развивается система социальных служб, устанавливаются государственные пенсии, пособия и иные гарантии социальной защиты. Конституция закрепляет право гражданина на охрану здоровья и медицинскую помощь[2].

Законодательство в сфере охраны здоровья основывается на Конституции Российской Федерации и включает *Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»* и принимаемые в соответствии с ним другие федеральные законы, иные нормативные правовые акты Российской Федерации, законы и иные нормативные правовые акты субъектов Российской Федерации. Органы местного самоуправления в пределах своей компетенции имеют право издавать муниципальные правовые акты, содержащие нормы об охране здоровья, в соответствии с Федеральным законом № 323-ФЗ от 21.11.2011 и другими федеральными законами и/или иными нормативными правовыми актами Российской Федерации.

Федеральный закон определяет основные принципы охраны здоровья населения:

1) соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий; 2) приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи; 3) приоритет охраны здоровья детей; 4) социальную защищенность граждан в случае утраты здоровья; 5) ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья; 6) доступность и качество медицинской помощи; 7) недопустимость отказа в оказании медицинской помощи; 8) приоритет профилактики в сфере охраны здоровья; 9) соблюдение врачебной тайны[3].

В целях реализации принципа приоритета интересов пациента при оказании медицинской помощи органы государственной власти Российской Федерации, органы государственной власти субъектов Российской Федерации, органы местного самоуправления, осуществляющие полномочия в сфере охраны здоровья, и медицинские организации в пределах своей компетенции взаимодействуют с общественными объединениями, иными некоммерческими организациями, осуществляющими свою деятельность в сфере охраны здоровья (статья 6).

Органы государственной власти и органы местного самоуправления, должностные лица организаций несут в пределах своих полномочий ответственность за обеспечение гарантий в сфере охраны здоровья, установленных законодательством Российской Федерации (статья 9).

---

2. Статьи 4, 7 Конституции Российской Федерации.

3. Статья 4 ФЗ РФ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Как следует из положений закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 (статья 8), социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья обеспечивается путем установления и реализации правовых, экономических, организационных, медико-социальных и других мер, гарантирующих социальное обеспечение, в том числе за счет средств обязательного социального страхования, определения потребности гражданина в социальной защите в соответствии с законодательством Российской Федерации, в реабилитации и уходе в случае заболевания (состояния), установления временной нетрудоспособности, инвалидности или в иных определенных законодательством Российской Федерации случаях.

Установление же конкретных мер поддержки по организации оказания медицинской помощи лицам, страдающим социально значимыми заболеваниями и заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, и по организации обеспечения указанных лиц лекарственными препаратами в соответствии с законодательством осуществляется на уровне субъектов Российской Федерации[4].

Туберкулез относится к социально значимым заболеваниям и заболеваниям, представляющим опасность для окружающих[5]. Федеральный закон № 122-ФЗ от 22.08.04 г.[6] гарантирует оказание медико-социальной помощи и обеспечение диспансерного наблюдения гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями и заболеваниями, представляющими опасность для окружающих (статья 43).

За счет средств бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации осуществляется финансовое обеспечение: первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в части медицинской помощи при заболеваниях, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования (заболевания, передаваемые половым путем, туберкулез, ВИЧ-инфекция и синдром приобретенного иммунодефицита, психические расстройства и расстройства поведения, в том числе связанные с употреблением психоактивных веществ, включая профилактические осмотры несовершеннолетних в целях раннего (своевременного) выявления немедицинского потребления наркотических и психотропных веществ), а также в части расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в территориальных программах обязательного медицинского страхования[7].

---

4. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статья 16.

5. Постановление Правительства РФ от 01.12.2004 г. № 715.

6. Федеральный закон от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием федеральных законов "О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон "Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации" и "Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации"».

7. Постановление Правительства РФ № 1074 от 22.10.2012 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов».

Сложившаяся на рубеже веков сложная социально-экономическая ситуация и тяжелая эпидемиологическая обстановка по туберкулезу в стране потребовали пересмотра законодательства в вопросах борьбы с туберкулезом, усиления политической поддержки государства и принятия 18 июня 2001 г. *Федерального закона № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации».*

Закон устанавливает правовые основы осуществления государственной политики в области предупреждения распространения туберкулеза в целях охраны здоровья граждан и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения. Как и закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральный закон № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации»[8] имеет выраженную социальную направленность.

Федеральный закон № 77-ФЗ от 18.06.2001 г. определяет противотуберкулезную помощь как совокупность социальных, медицинских, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, направленных на выявление, обследование и лечение, в том числе обязательные обследование и лечение, диспансерное наблюдение и реабилитацию больных туберкулезом, и проводимых в стационаре и/или в амбулаторном порядке, установленном настоящим законом, другими федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, а также законами и иными нормативными правовыми актами субъектов РФ.

При этом указано (статья 2), что федеральные законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации, а также законы и иные нормативные правовые акты субъектов федерации не могут ограничивать права граждан на защиту от туберкулеза и гарантии получения противотуберкулезной помощи, предусмотренные настоящим федеральным законом.

Существенное влияние социально-экономических факторов на заболеваемость туберкулезом подтверждается тем, что, согласно регистрам Государственной системы эпидемиологического мониторинга туберкулеза, значительную долю впервые выявленных больных туберкулезом составляют лица, не имеющие работы — эта тенденция особенно заметно проявилась в кризисные годы [1].

От 40 % до 70 % впервые выявленных больных туберкулезом принадлежат к социально уязвимым группам населения: это бездомные, безработные, мигранты и лица, страдающие алкогольной и наркотической зависимостью. Заболеваемость среди безработных достигает 750 на 100 тыс. данной группы населения (среди работающих данный показатель составляет около 45 случаев на 100 тыс. работающих). Дети из групп социального риска болеют туберкулезом в 10–20 раз чаще детей из более благополучных групп населения [2–4].

---

8. Федеральный закон от 18 июня 2001 г. № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации».

Учитывая социальный статус больных туберкулезом, сохранение гарантий оказания бесплатной медицинской помощи является для них жизненной необходимостью. Оказание противотуберкулезной помощи больным туберкулезом гарантируется государством и осуществляется на основе принципов законности, соблюдения прав человека и гражданина, общедоступности в объемах, предусмотренных программой государственных[9] гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи[10].

Статья 12 Федерального закона 77-ФЗ от 18.06.2001 г. регламентирует права лиц, находящихся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом, и больных туберкулезом. В соответствии с положениями закона, лица, находящиеся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом, при оказании им противотуберкулезной помощи имеют право на уважительное и гуманное отношение медицинских работников; получение информации о правах и об обязанностях больных туберкулезом и лиц, находящихся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом, а также в доступной для них форме о характере имеющегося у них заболевания и применяемых методах лечения; сохранение врачебной тайны, за исключением сведений, непосредственно связанных с оказанием противотуберкулезной помощи больному туберкулезом и проведением противоэпидемических мероприятий; диагностику и лечение в медицинских противотуберкулезных организациях; санаторно-курортное лечение в соответствии с медицинскими показаниями; оказание противотуберкулезной помощи в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.

Лица, госпитализированные для обследования и/или лечения в медицинские противотуберкулезные организации, имеют право получать у руководителей медицинских противотуберкулезных организаций информацию о лечении, об обследовании, о выписке из таких организаций, встречаться с адвокатами и священнослужителями наедине, исполнять религиозные обряды, если такие обряды не оказывают вредного воздействия на состояние их здоровья, продолжать образование в соответствии с общеобразовательными программами начального общего, основного общего и среднего (полного) общего образования.

Статья 13 Федерального закона 77-ФЗ от 18.06.2001 г. также определяет обязанности лиц, находящихся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом, и обязанности больных туберкулезом, следующим образом: лица, находящиеся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом, и больные туберкулезом обязаны проводить назначенные медицинскими работниками лечебно-оздоровительные мероприятия; выполнять правила внутреннего распорядка медицинских противотуберкулезных организаций

9. Действующая программа принята Постановлением Правительства РФ от 22.10.2012 г. № 1074 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов».

10. Статья 7 закона 77-ФЗ от 18.06.2001; Постановление Правительства РФ № 1074 от 22.10.2012 г.

во время нахождения в таких организациях; выполнять санитарно-гигиенические правила, установленные для больных туберкулезом, в общественных местах.

На федеральном уровне социальная поддержка больных туберкулезом и медицинского персонала, оказывающего помощь больным туберкулезом, закреплена в главе 5 статьи 14 закона № 77-ФЗ от 18.06.2001 г. В соответствии с этой статьей, за гражданами, временно утратившими трудоспособность в связи с туберкулезом, сохраняется место работы (должность) на срок, установленный законодательством Российской Федерации. За время отстранения от работы (должности) в связи с туберкулезом больным туберкулезом выдаются пособия по государственному социальному страхованию в соответствии с законодательством РФ. Лица, находящиеся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом, и больные туберкулезом обеспечиваются бесплатными медикаментами для лечения туберкулеза в амбулаторных условиях в федеральных специализированных медицинских учреждениях в порядке[11], установленном правительством Российской Федерации, а в учреждениях здравоохранения, находящихся в ведении субъектов РФ, — в порядке, установленном органами государственной власти субъектов РФ. Больным заразными формами туберкулеза, проживающим в квартирах, в которых исходя из занимаемой жилой площади и состава семьи им нельзя выделить отдельную комнату, в квартирах коммунального заселения, общежитиях, а также семьям, имеющим ребенка, предоставляются вне очереди отдельные жилые помещения с учетом их права на дополнительную жилую площадь в соответствии с законодательством субъектов Российской Федерации. Постановление Правительства РФ от 16.06.2006 г. № 378 утвердило *Перечень тяжелых форм хронических заболеваний, при которых невозможно совместное проживание граждан в одной квартире.*

Больные открытой формой туберкулеза в настоящее время почти не переселяются из общежитий и многонаселенных коммунальных квартир, им не выделяются отдельные комнаты или квартиры, что способствует распространению туберкулеза в обществе и повышает риск заражения неинфицированных лиц. Дополнительную жилую площадь получили в 2009 году лишь 7,4 % больных заразными формами туберкулеза, условия проживания и состав семьи которых не позволял организовать проживание туберкулезного больного в отдельной комнате. В 2010 году нуждались в улучшении жилищных условий 1242 больных туберкулезом (с бактериовыделением), из них только 75 (6 %) было выделено жилье. В 2011 году ситуация ухудшилась — отдельные жилищные помещения получили только 3,4 % больных [5].

Данные литературы и информация, полученная во время кураторских визитов сотрудниками ЦНИИТ РАМН, говорят о том, что социальных гарантий

11. Постановление Правительства РФ от 17.11.2004 № 645 «Об утверждении Правил обеспечения лиц, находящихся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом, и больных туберкулезом бесплатными медикаментами для лечения туберкулеза в амбулаторных условиях в федеральных специализированных медицинских учреждениях».

в объеме, гарантированном законодательством России, недостаточно для того, чтобы у пациентов, больных туберкулезом, выработать высокую приверженность к лечению с учетом их социального статуса. Это подтверждает необходимость дальнейшего развития в России программы социальной поддержки пациентов [6].

В развитии этой программы активно участвуют Министерство здравоохранения Российской Федерации, Программа ВОЗ по борьбе с туберкулезом в Российской Федерации, Общероссийская общественная организация «Российский Красный Крест», Международная Федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца, представительство благотворительной организации «Партнеры во имя здоровья» (США) в Российской Федерации, представительство международной медицинской гуманитарной организации «Врачи без границ» и др. Так, в 2003 году методическую и техническую, в том числе и материальную поддержку больным и персоналу противотуберкулезных служб регионов оказывали более 30 международных организаций. В настоящее время в большинстве субъектов Российской Федерации дополнительные социальные гарантии для больных туберкулезом не финансируются [4, 7] .

По данным проф. Нечаевой О.Б. (2010), возглавляющей Федеральный центр мониторинга противодействия распространению туберкулеза в Российской Федерации, в 45 субъектах РФ в 2010 году на социальную поддержку больных туберкулезом из различных источников было затрачено 60 248,2 тыс. рублей, за 8 месяцев 2011 года — только 16 860,9 тыс. рублей. В 2010 году в 26 субъектах РФ за счет средств фонда «Российское здравоохранение» была осуществлена покупка продуктовых наборов для больных туберкулезом на сумму 29 676,4 тыс. рублей. В 2011 году данная программа была закрыта, и только несколько субъектов РФ получили остатки средств по программе фонда «Российское здравоохранение» на сумму 3 029,5 тыс. рублей. В 2011 году существенно сократились объемы средств Российского Красного Креста — с 12 439,0 тыс. рублей в 2010 году до 1241,6 тыс. рублей за восемь месяцев 2011 года.

Анализ результатов курсов химиотерапии в 15-ти территориях зоны ответственности Центрального НИИ туберкулеза РАМН, проведенный среди впервые выявленных больных трех годовых когорт (за 2007, 2008, 2009 годы), получавших поощрение в виде продовольственных наборов, показал, что частота преждевременного прекращения лечения сократилась с 7,1 % в 2008 году до 5,6 % в 2010 году (в среднем по зоне курации), а по данным 2010 года индикаторного значения (не более 5 %) удалось достичь в 9-ти территориях [8].

Статья 15 закона № 77-ФЗ от 18.06.2001 г. регламентирует социальные гарантии медицинским, ветеринарным и иным работникам, непосредственно участвующим в оказании противотуберкулезной помощи. Согласно положениям этой статьи, медицинские, ветеринарные и иные работники, непосредственно участвующие в оказании противотуберкулезной помощи, а также ра-

ботники организаций по производству и хранению продуктов животноводства, обслуживающие больных туберкулезом сельскохозяйственных животных, имеют право на сокращенную продолжительность рабочего времени, ежегодный дополнительный оплачиваемый отпуск за работу во вредных и/или опасных условиях труда в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Медицинский персонал, оказывающий противотуберкулезную помощь, слабо защищен от инфекции. Заболеваемость медперсонала в 6–8 раз выше, чем населения в среднем по России. Особенно высока заболеваемость работников лабораторной службы. В среднем оплата труда врача-фтизиатра составляет 5–7 тысяч рублей в месяц. Персонал не мотивирован на достижение качественных результатов в профилактике и лечении больных туберкулезом. Эффективный опыт ряда территорий (Орловской области, Республики Дагестан, Республики Ингушетия, Чеченской Республики и др.), в которых были организованы специальные денежные выплаты медперсоналу за каждого выявленного и вылеченного больного, не получил широкого распространения [6, 7, 9, 10].

Так, в Республике Дагестан было разработано и внедрено на республиканском уровне *«Положение о материальном стимулировании медицинских работников учреждений общей лечебной сети и противотуберкулезных учреждений за выявление и эффективность излечения больного туберкулезом (2000 г.)»*, что позволило за 8 лет (с 2001 по 2008 годы) сократить долю больных с впервые выявленным фиброзно-кавернозным туберкулезом (с 7,1 % до 0,8 %), повысить результативность лечения туберкулеза по показателям прекращения бактериовыделения (60,2 % и 77,6 %, соответственно) и закрытия полостей распада (63,4 % и 68,9 %, соответственно) [6].

Статья 15 *Федерального закона № 122-ФЗ от 2 августа 1995 г.*[12] о социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов регламентирует ограничения прав граждан пожилого возраста и инвалидов при оказании им социальных услуг. В законе говорится, что гражданам пожилого возраста и инвалидам, являющимся бактерио- или вирусоносителями, либо при наличии у них хронического алкоголизма, карантинных инфекционных заболеваний, активных форм туберкулеза, тяжелых психических расстройств, венерических и других заболеваний, требующих лечения в специализированных учреждениях здравоохранения, может быть отказано в предоставлении социальных услуг на дому. Отказ в предоставлении гражданам пожилого возраста и инвалидам социальных услуг по основаниям, определенным в части третьей указанной статьи, должен быть подтвержден совместным заключением органа социальной защиты населения и врачебно-консультативной комиссии учреждения здравоохранения.

12. Федеральный закон от 2 августа 1995 г. № 122-ФЗ «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов», в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ.

Ограничения, заложенные в Федеральном законе № 122-ФЗ от 2 августа 1995 г. в статье 5 в отношении оказания социальных услуг больным туберкулезом с бактериовыделением, были частично нивелированы с принятием *Приказа Минздравсоцразвития Российской Федерации от 29 декабря 2010 г. № 1224-н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом в Российской Федерации».* В этом приказе предусмотрена организация в структуре головного противотуберкулезного учреждения кабинета социальной, юридической и психологической помощи больным туберкулезом (с выделением соответствующих ставок специалистов), а также отделения для длительного наблюдения больных с хроническими формами туберкулеза. Приказ регламентирует оказание медицинской помощи «больным активным туберкулезом без определенного места жительства (до клинического излечения)» и «наблюдаемое лечение больных туберкулезом, находящихся в трудной жизненной ситуации»; для всех подразделений противотуберкулезной службы становится обязательным взаимодействие с органами социальной защиты населения по вопросам социальной, правовой, психологической реабилитации больных.

«Каждому больному, учитывая статус и длительность лечения, необходимо социальное сопровождение и консультирование психолога на протяжении всего курса амбулаторного лечения».

Юдина Татьяна Анатольевна,
заместитель главного врача по ОМР, КГКУЗ «Алтайский противотуберкулезный диспансер» (г. Барнаул), Алтайский край

Заключение

За последнее десятилетие в Российской Федерации наблюдается усиление политической поддержки в сфере противодействия туберкулезу со стороны государственных органов на федеральном и региональном уровнях, о чем свидетельствует рост финансирования и мобилизация значительных технических ресурсов. Экономические и политические реформы, предпринятые в стране за этот период, хотя и привели к улучшению основных социально-экономических показателей, в то же время усилили расслоение населения по уровню доходов и послужили толчком к росту численности социально незащищенной части населения [11].

Приказ № 1224-н от 29 декабря 2010 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом в РФ» регламентирует юридическую, социальную и психологическую помощь больным туберкулезом. Однако механизм взаимодействия медработников общей лечебной сети и медработников противотуберкулезных учреждений с работниками учреждений социальной, юридической служб и работниками различных общественных,

неправительственных организаций носит рекомендательный характер. Изложенные в приказе рекомендации необходимо учитывать при планировании и обеспечивании регионального бюджета. Дальнейшее развитие системы оказания социальной и психологической помощи больным туберкулезом произойдет после принятия нового закона «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации».

Список литературы

1. Нечаева О.Б. с соавт. 2010; Регионы России. Социально-экономические показатели. 2010. Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики www.gks.ru;

2. Найговзина Н.Б., Филатов В.Б., Ерохин В.В., Пунга В.В. Туберкулез в Российской Федерации //Эпидемиология и инфекционные болезни. 2009. № 3. С. 4–11.

3. Туберкулез в Российской Федерации, 2009 г. Аналитический обзор статистических показателей по туберкулезу, используемых в Российской Федерации. М., 2010. 223с.

4. Туберкулез в Российской Федерации, 2010 г. Аналитический обзор статистических показателей по туберкулезу, используемых в Российской Федерации. М., 2011. 280с.

5. Нечаева О.Б., Шестаков М.Г., Скачкова Е.И., Фурсенко С.Н. Социально-экономические аспекты туберкулеза // Проблемы управления здравоохранением. 2010. № 6. Сс. 16–22.

6. Адзиев А.А., Асхабалиев М.Г., Пунга В.В., Русакова Л.И. Роль материального стимулирования медицинских работников по показателям раннего выявления и эффективности лечения впервые выявленных больных туберкулезом в Республике Дагестан //Туберкулез и болезни легких. 2009. № 6. С. 37–41.

7. Пунга В., Ерохин В., Русакова Л., Якимова М., Капков Л., Путова Э. Приоритеты борьбы с туберкулезом в Российской Федерации / Современные медицинские технологии. Июнь 2010. № 4. Сс. 80–83.

8. Пунга В.В., Русакова Л.И., Капков Л.П., Якимова М.А., Путова Э.В. О состоянии противотуберкулезной помощи населению в территориях, курируемых Центральным НИИ туберкулеза РАМН / Информационное письмо. МЗСР РФ, РАМН «ЦНИИТ» РАМН. М., 2011. 92 с.

9. Богородская Е. М., Данилова И. Д., Ломакина О. Б. Формирование у больных туберкулзом стимулов к выздоровлению и соблюдению режима химиотерапии // Проблемы туберкулеза и болезней легких. 2007. № 3. Сс. 46–64.

10. Богородская Е. М., Смердин С.В., Стерликов С.А. Организационные аспекты лечения больных туберкулзом в современных социально-экономических условиях. М.: НЬЮ ТЕРРА. 2011. 216с.

11. Global Plan to Stop TB 2006-2015. — Geneva, Switzerland, World Health Organization. 2006 (WHO/HTM/STB/2006.35).

4 Мультипрофессиональные команды при лечении больных туберкулезом

Дегтярев Александр Анатольевич,
генеральный директор благотворительного фонда «Гражданская инициатива», тренер Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (г. Магнитогорск).

В современных условиях реформирования системы здравоохранения в целом и противотуберкулезной службы, в частности, вопросы о повышении эффективности лечения, оценки качества работы врачей и медперсонала выходят на первый план. Актуальность этих вопросов также повышается в связи с такими объективными факторами, как дефицит врачей-фтизиатров, комплексный характер проблем больных туберкулезом и их крайне низкая мотивация на лечение. Эти факторы создают дополнительные препятствия для эффективного лечения пациентов.

С клинической точки зрения возможности улучшения лечения туберкулеза (как и других нозологий), как правило, ограничиваются существующим набором лекарственных средств, технологий инвазивного вмешательства и финансовыми возможностями учреждения. По нашим наблюдениям, возможности улучшения лечения за счет расширения списка лекарственных препаратов и увеличения финансирования крайне ограничены. Тем не менее, в настоящее время поставлена задача по модернизации здравоохранения и внедрению инновационных технологий. Одной из наиболее эффективных инноваций в этой сфере считается новый метод организации лечебного процесса лечения туберкулеза. Сотрудниками магнитогорского благотворительного фонда «Гражданская инициатива» в течение 7 лет изучаются и внедряются инновационные модели медико-социального сопровождения больных с хроническими, социально значимыми заболеваниями [1].

Наиболее подходящей моделью организации лечебного процесса для пациентов с широким спектром разнообразных проблем и отсутствием мотивации на лечение является модель, применяемая при ведении ВИЧ-инфицированных больных — так называемая «мультипрофессиональная команда» (МПК).

Принимая во внимание эпидемиологические различия в течении ВИЧ-инфекции и туберкулеза, тем не менее, можно отметить ряд сходных характеристик целевых групп пациентов — в частности, их поведенческие особенности, наличие химических зависимостей (алкоголизм, наркомания), отношение к своему диагнозу, отношение к диспансеризации и лечению, комплекс социальных и психологических проблем. Поэтому распространение опыта работы МПК, полученного в сфере лечения ВИЧ-инфекции, вполне оправдано и в сфере лечения туберкулеза [1] .

Применение технологий мультипрофессиональных команд во фтизиатрии только начинается, и наша задача в данной главе заключается в том, чтобы кратко изложить суть, техники и преимущества этой модели.

Когда заходит речь о мультипрофессиональной команде, специалисты различных учреждений иногда высказывают мнение: «у нас вся больница — это единая команда». Если в вашей больнице с лечением туберкулеза все уже обстоит идеально, пропустите эту главу.

Говоря о мультипрофессиональной команде, мы подразумеваем целый комплекс ее обязательных компонентов, включая:

- единый пациент-ориентированный подход: работа команды направлена на пациента с его конкретными актуальными потребностями;
- единую цель работы МПК;
- транстеоретическую модель изменения поведения (Д. Прочаска, К. Диклементе) [2];
- использование методики мультипрофессионального сопровождения;
- применение мотивационных техник консультирования;
- использование методологии кейс-менеджмента (управления случаем в социальном сопровождении в соответствии с конкретными задачами и потребностями клиента) [3];
- наличие партнерской сети у каждого специалиста МПК.

Только при наличии всех этих компонентов применение модели мультипрофессиональных команд будет эффективным в качестве стратегии организации лечебного процесса.

Основной концепцией работы мультипрофессиональной команды является пациент-центрированный (пациент-ориентированный) подход. В отличие от опекающего патерналистского подхода, применение которого обоснованно в медицине катастроф, реанимации и других критических для жизни пациента случаях, пациент-центрированный подход направлен на развитие пациента. Применение клиент-центрированного подхода, берущего начало в гуманистической психологии и работах ее основателей К. Роджерса, А. Маслоу и др., определяет всю организацию взаимодействия как между специалистами МПК, так и между специалистами и пациентом [4]. Можно сказать, что пациент-ориентированный подход является мировоззренческой средой реализации модели мультипрофессиональной команды, определяющей структуру, форму и содержание командного подхода.

Для врача-фтизиатра, который привык работать в традиционной патерналистской модели, естественным и понятным является подход, при котором врач относится к пациенту как к объекту, с которым нужно произвести определенные действия. При этом зачастую решения и действия врача не учитывают актуальные потребности пациента. С точки зрения врача, существует лишь одна задача, которую необходимо решать — лечение туберкулеза. Однако, как показывают наши обсуждения с врачами и медицинскими сестрами противотуберкулезных диспансеров, патерналистский подход («ты не должен думать, ты должен делать то, что я говорю») при лечении туберкулеза наталкивается на существенное сопротивление со стороны пациента. И преодолеть это сопротивление врачу-фтизиатру часто не удается.

Учитывая эпидемическую опасность туберкулеза, опекающий, контролирующий подход при лечении пациентов с этим заболеванием может показаться оправданным, ведь важно изолировать источник заболевания, ограничить его контакты, своевременно начать лечение. Однако точно такие же задачи ставятся и перед специалистами, применяющими развивающий, партнерский подход. Специалисты, работающие с применением модели мультипрофессиональных команд, получают возможность разделить ответственность за результат с членами команд и с самими пациентами. В результате использования такого подхода снижается вероятность профессионального выгорания врачей-фтизиатров.

По нашему мнению, основной целью применения модели мультипрофессиональных команд является формирование приверженности к лечению и диспансеризации. В модели мультипрофессиональных команд мы анализируем результаты своей деятельности, оценивая изменения поведения пациента в контексте лечения туберкулеза. Именно динамика изменения поведения пациента является основным индикатором достижения поставленной цели. Модель мультипрофессиональных команд предусматривает процесс воздействия и его оценку — изменение приверженности пациента к лечению и диспансеризации как количественное изменение поведения пациента в отношении своего здоровья.

«В настоящее время участие в проекте позволяет отработать мультипрофессиональный подход к сопровождению пациентов, разделить зоны ответственности между специалистами противотуберкулезной службы, НКО, воспользоваться наработанными технологиями и внешними сетями НКО и других медицинских служб (например, службы профилактики и борьбы со СПИДом). В идеале — создать мультипрофессиональные команды сопровождения, основанные на пациент-центрированном подходе».

Киселева Наталья Анатольевна,
врач-психотерапевт,
Челябинский областной клинический противотуберкулезный диспансер

Оценка проблем лечения и поведения пациента с построением дерева проблем

Анализируя проблемы лечения и поведения пациента на основе построения дерева проблем (Рисунок 1), мы видим, что проблемы, связанные с поведением пациента, можно разложить на несколько уровней с высокой степенью детализации.

Рисунок 1. Дерево проблем

Анализируя проблемы с использованием данной методики, мы от проблемы общего уровня («пациент не лечится») переходим к более частным, подразделяя более сложные задачи на несколько составляющих на различных уровнях. Проблемы 1-го уровня — клинические (медицинские), психологические, социальные, наркологические и т.д. Каждую из них специалисты мультипрофессиональной команды раскладывают на несколько более мелких, элементарных проблем — то есть таких проблем, которые уже можно решить посредством консультирования. На нашем рисунке в качестве примера такой элементарной проблемы приводится «риск разрушения приверженности к лечению».

Как правило, общее дерево проблем выстраивается для всей целевой группы, и оно может быть достаточно обширным. Такую работу необходимо

делать всей командой, чтобы каждый из сотрудников мультипрофессиональной команды знал зоны ответственности своих коллег и мог свободно ориентироваться, к какому специалисту своей команды он может направить пациента при выявлении у него в процессе консультирования тех или иных рисков снижения/разрушения приверженности к лечению.

Исследование дерева проблем целевой группы помогает определить состав мультипрофессиональной команды. В нашем случае мы решили, что в команду должны входить:

- врач-фтизиатр;
- медицинская сестра;
- психолог;
- специалист по социальной работе;
- пациент.

Работа с рисками разрушения приверженности позволяет проанализировать, какие ресурсы, технологии и партнеры необходимы для планирования эффективного сопровождения пациента. Благодаря анализу рисков разрушения приверженности, специалисты мультипрофессиональной команды совместно с пациентом могут разработать актуальный и приемлемый для пациента план медико-социального сопровождения по формированию и укреплению приверженности.

В мультипрофессиональной команде взаимодействие сотрудников между собой и с пациентом осуществляется на основе технологий «кейс-менеджмента» или управления случаем. Речь идет именно об управлении случаем, а не клиентом — ведь каждый психолог знает, что человека изменить практически невозможно, но можно оказать ему необходимую квалифицированную помощь для того, чтобы он изменился сам. Основной алгоритм управления случаем состоит из нескольких этапов:

а) Открытие случая

б) Предварительная оценка случая

с) Диагностика и проба вмешательства

д) Вмешательство. Оценка промежуточных результатов, корректировка плана

е) Закрытие случая

а) Открытие случая

На этом этапе специалисты проводят оценку и обработку информации, поступившей от пациента или его окружения, первичное взаимодействие с пациентом. Определяют стадию изменения поведения в контексте формирования приверженности к лечению.

Пример 1:

Пациент: мужчина, возраст 34 года, временно не работает, проживает с гражданской женой в отдельной квартире. Находится в диспансере 2 месяца. Убежден, что заразиться туберкулезом не мог, и считает диагноз врачей ошибочным. Периодически уходит в запои, которые длятся 2–3 дня, хотя по его словам, выпивает «только по праздникам».

Сотрудники мультипрофессиональной команды открыли случай, определили стадию: «Предосознание». Проведено первичное контрактирование: достигнута устная договоренность о дальнейших встречах.

б) Предварительная оценка случая

Исходя из оценки стадии изменения поведения, мультипрофессиональная команда определяет, в каком направлении вести работу, вырабатывает предварительную гипотезу, проводит предварительное планирование работы МПК.

Пример 2:

На стадии «Предосознание» выбрано направление работы: информирование. Основная задача — предоставить пациенту достоверную информацию для осмысления и перехода на следующую стадию изменения поведения — «Осознание».

Пациенту предоставлены информационные материалы о туберкулезе и о лечении, планируется информационное консультирование.

с) Диагностика и проба вмешательства

На этом этапе мультипрофессиональная команда продолжает изучение проблемы и проверку гипотез, определяет внешние и внутренние ресурсы ситуации, пути их усиления. В процессе консультирования проблемы уточняются и формулируются в задачи консультирования. Также члены мультипрофессиональной команды проводят разработку альтернативных путей решения проблемы, оценивают их и выбирают оптимальные пути и стратегии реализации выбранных решений. При необходимости подключают внешних партнеров и составляют заключение для представления в различные организации, связанные с решением проблемы.

Пример 3:

Психолог проводит тестирование пациента по шкале депрессии. Результат: легкая депрессия ситуативного генеза, пациент не принимает диагноз. Проводится консультация психолога с целью принятия диагноза (по стадиям принятия диагноза) и консультация для снижения уровня депрессии.

Специалист по социальной работе провел консультирование по проблемам, связанным с получением льгот и документов. Уточняется отношение пациента к посещению нарколога и/или группы анонимных алкоголиков.

Проводится мотивационное консультирование для перехода от стадии «Осознание» к стадии «Принятие решения».

д) Вмешательство

На этом этапе проводится взаимодействие с пациентом и реализация намеченного плана вмешательства. Это основной и самый продолжительный этап.

По ходу реализации плана проводится оценка промежуточных результатов и корректировка плана (не реже 1 раза в месяц). Также со временем происходит расширение взаимодействия мультипрофессиональной команды в решении проблемы клиента. Для этого подключаются внешние сетевые партнеры. На этом этапе усилия команды направлены на развитие пациента как личности, его ресурсов и возможностей в контексте поставленных целей и задачи по формированию приверженности к лечению. Мультипрофессиональная команда постоянно оценивает и совершенствует методики осуществления вмешательства, направленного на создание системы поддержки после выписки из стационара и перевод в фазу продолжения лечения.

На каждом этапе лечения, включая стационарный этап (как правило, интенсивная фаза лечения), амбулаторный этап (фаза продолжения лечения) и диспансерное наблюдение (после установления клинического излечения), интенсивность и схема вмешательства должны меняться в соответствии с актуальными потребностями пациента и ресурсным обеспечением противотуберкулезного диспансера.

В процессе сопровождения пациента на различных этапах состав мультипрофессиональной команды может изменяться. Так, вместо врача-фтизиатра стационара в команде может появиться участковый врач-фтизиатр. После выписки пациента из стационара для обеспечения преемственности в управлении случаем мультипрофессиональная команда проводит встречу с участковым фтизиатром и обсуждает дальнейшее лечение на срок не менее 4–6 и более месяцев, в зависимости от формы заболевания.

Пример 4:

Пациент переходит со стадии «Принятие решения» к стадии «Действие» довольно быстро. Уровень депрессии снижается, пациент принимает диагноз, у него появляется осознанная заинтересованность в выздоровлении и сохранении здоровья людей в близком окружении.

Однако основная задача заключается в обеспечении устойчивого изменения поведения, создании системы поддержки после выписки из стационара и перевода на долечивание. Выполняется оценка потребностей на период после выписки. Врач-фтизиатр проводит информационное консультирование о необходимости соблюдения режима приема препаратов в последующие 3 месяца после выписки.

Специалист по социальной работе проводит консультирование с целью повышения мотивации. Обсуждаются условия получения социального набора. Психолог проводит мотивационное консультирование, обсуждаются плюсы и минусы контролируемого лечения с применением метода подведения баланса.

Проводится консультация юриста по вопросам сохранения рабочего места.

В сотрудничестве с врачом-фтизиатром и психологом у пациента формируется понимание взаимосвязи между заболеванием туберкулезом и злоупотреблением алкоголя.

е) Закрытие случая

На этом этапе мультипрофессиональная команда выполняет следующие задачи:

- Оценка результатов вмешательства, закрепление результатов проведенной работы; перенос результатов вмешательства в повседневную жизнь;

- Обсуждение имеющихся или потенциально возможных рисков снижения приверженности и вероятности проявления этих рисков в ходе дальнейшего лечения и диспансерного наблюдения;
- Изучение долгосрочной эффективности работы; разработка системы мониторинга для выявления обострений ситуации и при необходимости — своевременного возобновления случая.

Основной задачей мультипрофессиональной команды на этом этапе является сохранение доверительных отношений с пациентом и его окружением.

Проводится консультирование о возможных практических действиях при возникновении риска рецидива туберкулеза, при пропуске диспансерных посещений. В процессе консультирования специалисты мультипрофессиональной команды оставляют «дверь открытой», то есть предлагают обращаться за помощью при возникновении рискованной ситуации, при пропусках и др., придерживаясь принципа оказания помощи без оценки и осуждения.

Психолог мультипрофессиональной команды проводит завершающее консультирование, направленное на профилактику депрессии и обеспечение договоренности о проведении поддерживающих встреч в дальнейшем.

Мультипрофессиональная команда собирается для обсуждения и оценки рисков разрушения приверженности, каждый специалист дает свою субъективную оценку вероятности повышения рисков в зоне своей ответственности.

Если все члены мультипрофессиональной команды оценивают вероятность повышения рисков как низкую и незначительную, общим решением МПК случай закрывается и передается для пассивного мониторинга.

В настоящей главе все этапы рассмотрены в общих чертах и приведены лишь краткие примеры практической работы мультипрофессиональной команды. В частности, мы не затронули вопросы документооборота, организации «клинических совещаний МПК» по каждому случаю, а также вопросы создания партнерской сети сотрудников мультипрофессиональной команды.

Командообразование является важным и достаточно сложным этапом работы мультипрофессиональных команд, требующим немалых затрат времени и практического опыта. Командообразование, то есть изменение поведения самих членов команды (также на основе приведенных моделей и технологий) в контексте поставленных целей и задач, лежит в зоне

ответственности руководителя команды. При подборе команды необходимо учитывать личностные качества, профессиональную, коммуникативную, эмоциональную компетентность каждого члена мультипрофессиональной команды.

Не все работники в силу особенностей своего характера и мировоззрения смогут работать в мультипрофессиональной команде, и это неудивительно. Однако в случаях явного саботирования или категорического отказа работать в режиме МПК руководителю стоит выяснить, в чем причина. Нередко такой отказ объясняется страхом сотрудника проявить свою профессиональную некомпетентность (реальную или вымышленную).

В случае явной профессиональной непригодности сотрудника руководителю стоит провести аттестацию и подумать о переводе сотрудника на участок, соответствующий его квалификации.

Однако нередко приходится сталкиваться с вымышленной некомпетентностью специалиста, когда высококлассный профессионал имеет заниженную самооценку. В таких случаях супервизия психолога, направление в балинтовские группы[13] помогут специалисту сформировать адекватную самооценку. В результате мультипрофессиональная команда получит уверенного профессионала, качественно делающего свое дело.

В этой главе мы лишь немного коснулись вопроса профессионального выгорания. Низкая самооценка профессионала также может быть результатом выгорания. На наш взгляд, в противотуберкулезной службе профилактика профессионального выгорания крайне необходима всем специалистам, работающим с пациентами. Супервизии, балинтовские группы, тренинги по профилактике профессионального выгорания должны быть включены в рабочий план повышения квалификации врачей, медицинских сестер, психологов, специалистов по социальной работе, социальных работников противотуберкулезного учреждения.

Подчеркнем, что модель работы мультипрофессиональной команды с ее философией и технологиями сама по себе способствует профилактике профессионального выгорания. Ведь в одиночку врачу-фтизиатру решать весь комплекс проблем своего пациента очень сложно, к тому же это неэффективно. По нашим оценкам, к медицинской, клинической сфере относятся лишь около 20 % вопросов, с которыми приходится иметь дело специалистам для обеспечения приверженности пациента к лечению. Таким образом, при работе без мультипрофессиональной команды врач-фтизиатр

13. Балинтовские группы (названы по имени своего создателя — М.Балинта) — метод групповой тренинговой работы, направленной на повышение профессиональной компетентности участников, их личностный и профессиональный рост, улучшение психического состояния специалистов через осознание личностных проблем, профессиональное межличностное общение, коллегиальную поддержку и совместную проработку трудных случаев.

вынужден до 80 % своего драгоценного времени затрачивать на выполнение работы других специалистов — психолога, социального работника, юриста и др. Врач несет колоссальную нагрузку и, естественно, быстро выгорает [1].

Внедрение модели мультипрофессиональных команд в противотуберкулезных учреждениях освобождает врача-фтизиатра от непрофильной работы за счет перераспределения ответственности между квалифицированными специалистами, каждый из которых выполняет конкретные задачи в своей зоне ответственности. Пациенты, склонные к манипуляции, не могут манипулировать всеми членами мультипрофессиональной команды. На еженедельных клинических совещаниях члены команды обсуждают случаи, с которыми они работают. На этих собраниях анализируется общая картина и происходит обмен мнениями между всеми специалистами: врачом-фтизиатром, медсестрой, психологом, специалистом по социальной работе, врачом-наркологом, хирургом и всеми остальными участниками команды. Это поможет выявить манипуляции со стороны пациента, и врач-фтизиатр уже не будет нести ту эмоциональную нагрузку, с которой ему или ей приходится сталкиваться при самостоятельном ведении пациента.

Список литературы

1. Дегтярев А.А., Кытманова Л.Ю. Организация работы мультипрофессиональной команды по формированию и сохранению приверженности к ВААРТ. Методическое пособие. Магнитогорск, 2010.

2. Prochaska J.O., DiClemente C.C. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change// Journ. of Counsulting and Clinical Psychology. 1983. № 51. P. 390–395.

3. Маслоу А. Мотивация и личность/ Перевод А.М.Татлыбаевой (Abraham H. Maslow. Motivation and Personality (2nd ed.), N.Y.: Harper & Row, 1970). СПб.: Евразия, 1999.

4. Дегтярев А.А. и др. Кейс-менеджмент в социальном сопровождении уязвимых групп населения // Андрусяк Н.Ю., Дегтярев А.А., Кытманова Л.Ю., Потрикеева О.Л., Степаненко Н.А., Супруненко Г.А. Социальное сопровождение лиц, уязвимых к ВИЧ/СПИД. Кейс-менеджмент. Учебный модуль/ под ред. Ф.А. Мустаевой (отв. ред.), О.Л. Потрикеевой, Г.А. Супруненко. Магнитогорск: Изд-во МаГУ, 2010.

5 Роль различных специалистов в сопровождении больных туберкулезом и формировании приверженности к противотуберкулезному лечению

В Российской Федерации до недавнего времени стандартная схема формирования приверженности к противотуберкулезной терапии опиралась на участие пациента, врача (медицинской сестры) и фармацевтических компаний. Соответственно, лечение туберкулеза сводилось в первую очередь к активному выявлению заболевания, диагностике, установлению диагноза, назначению лечения и контролю его эффективности. Большое внимание также уделялось разработке новых противотуберкулезных препаратов, обеспечивающих высокую эффективность лечения, низкое число побочных реакций и удобство приема.

Лечение туберкулеза, будучи само по себе длительным и сложным процессом, налагает на медицинских специалистов противотуберкулезных лечебно-профилактических учреждений дополнительные функции по формированию и поддержанию приверженности к лечению. Зачастую это требует от врача-фтизиатра дополнительных знаний и навыков, а также больших затрат времени. Это выходит за пределы функциональных обязанностей врача-фтизиатра. Поэтому возникает необходимость привлечения к данному процессу других специалистов. В данной главе представлены мнения ведущих специалистов, имеющих опыт формирования приверженности к противотуберкулезной терапии у больных туберкулезом, о роли социальных работников, психологов, психотерапевтов и наркологов в данной работе.

5.1 Роль социального работника в сопровождении больного туберкулезом

Авдеев Юрий Александрович, *руководитель Челябинской городской общественной организации «Независимый исследовательский центр «Есть мнение».*

Несмотря на то, что в нашей стране практически каждый крупный вуз готовит специалистов по социальной работе, для многих круг обязанностей социального работника, его функции и возможности применения знаний на практике остаются по-прежнему не совсем понятными.

По мнению министра социальных отношений Челябинской области О. Л. Кучерины, социальные работники работают в комплексных центрах социальной защиты населения, оказывая услуги пожилым гражданам. Директор МОУ СОШ 61 Челябинска О. Л. Губина, рассказывая о социальных работниках в образовательных учреждениях, говорила, что в их задачи входит работа с детьми из так называемой «группы риска» (дети из неполных или неблагополучных семей, склонных к аддиктивному поведению, не посещающие учебные заведения и ведущие асоциальный образ жизни).

В некоммерческих организациях, работающих в сфере противодействия СПИДу и защиты здоровья населения, социальные работники появились давно. Так, в проектах по работе с потребителями инъекционных наркотиков центра «Есть мнение», проведенных в Челябинской области при поддержке Управления ООН по наркотикам и преступности в Российской Федерации, социальные работники работали с 2005 года. Функции соцработников многогранны: зачастую в силу ограниченного бюджета проектов они являются не только социальными работниками, но и выполняют роль менеджеров проекта, консультантов, специалистов по логистике. Много лет работая в

сфере оказания услуг населению по профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа и наркозависимости, я обратил внимание на то, что должность социального работника нередко занимают люди, у которых есть личный опыт решения проблем, схожих с проблемами клиентов проектов. Среди таких консультантов, работающих на основе подхода «равный равному», можно встретить людей с ВИЧ-положительным статусом, или с эффективным опытом избавления от наркозависимости, или с опытом приема высокоактивной антиретровирусной терапии, или с непосредственным знанием проблем секс-работников. Безусловно, такие люди крайне необходимы в работе с зависимыми и ВИЧ-положительными клиентами, так как они могут поделиться с другими своим проверенным на практике опытом решения многих проблем. Но, на мой взгляд, этим не исчерпывается содержание социальной работы — я бы скорее назвал их деятельность социальным служением.

Начиная работать в проекте «Эффективный контроль над туберкулезом в Российской Федерации» фонда «Российское здравоохранение», мы также включили в свою команду социального работника, имевшего опыт работы в проектах с ВИЧ-положительными клиентами, клиентами, принимающими антиретровирусную терапию, и освобождающимися из мест лишения свободы. Однако через некоторое время этот специалист сам принял решение отказаться от участия в проекте по причине своей недостаточной компетенции, так как роль социального работника в сопровождении больных туберкулезом многогранна и требует дополнительных профессиональных навыков.

В ходе опроса врачей Челябинского областного клинического противотуберкулезного диспансера, проведенного перед началом проекта, было выявлено, что в течение многих лет медицинские специалисты сами решали многочисленные проблемы своих пациентов. Больные туберкулезом проводят в стационарах от 3 до 9 месяцев, а затем значительное время — на амбулаторном этапе лечения (до одного года). За это время лечащий врач становится посвященным в круг проблем пациента, и не только медицинских, но и бытовых, и социальных. По мнению главного фтизиатра Челябинской области М. В. Лехляйдер, врач может подсказать пациенту какие-то решения немедицинских проблем, но из-за его недостаточной компетентности в других сферах, а также большой занятости эти рекомендации носят непрофессиональный, поверхностный характер и далеко не всегда способствуют наилучшему решению проблем больного туберкулезом. В этот момент на первый план выходит социальный работник, который наряду с фтизиатром, психологом, наркологом и юристом представляет одно из звеньев мультипрофессионального подхода в решении проблем больного туберкулезом.

Социальный работник в противотуберкулезном диспансере — кто это?

Как следует из определения социальной работы, принятом Международной ассоциацией школ социальной работы и Международной федерацией

социальных работников в 2001 году, «профессиональная деятельность социальных работников способствует общественным изменениям, решению проблем человеческих взаимоотношений; содействует укреплению способностей к функциональному существованию в обществе и освобождению людей в целях повышения их уровня благополучия. Используя теории поведения человека и общественных систем, социальная работа способствует взаимодействию людей с их окружением. Принципы прав человека и социальной справедливости являются фундаментом социальной работы» [1].

В нашем случае для работы с пациентами противотуберкулезного учреждения наиболее подходящим является специалист с профильным образованием (специальность 350500 — «Социальная работа», квалификация — «социальный работник»).

Этот сотрудник должен знать систему социальной защиты населения на федеральном и региональном уровнях, законы и местные подзаконные акты, механизмы и структуру взаимодействия с различными социальными учреждениями региона, а также владеть информацией, касающейся льгот, компенсационных выплат, инвалидности, улучшение жилищных условий и многого другого. Этому специалисту понадобятся знания в области миграционной политики и в сфере кредитных и банковских услуг. Социальный работник должен обладать способностью к эмпатии и навыками эффективной коммуникации, уметь находить общий язык как с пациентами, так и сотрудниками других служб и учреждений. Он должен быть стрессоустойчивым и иметь высокий уровень толерантности, исключающий любые проявления дискриминации и стигматизации.

Ниже представлен список задач, в решении которых принимает участие социальный работник проекта, реализуемого в Челябинске:

Социально-медицинские услуги:

- содействие в оказании медицинской помощи;
- содействие в проведении медико-социальной экспертизы;
- содействие в проведении реабилитационных мероприятий (медицинских, социальных), в том числе для инвалидов на основании индивидуальных программ реабилитации;
- оказание первичной психологической помощи (осознание и принятие диагноза, беседа с родственниками и т.д.);
- помощь в получении путевок на санаторно-курортное лечение, в том числе льготных;
- содействие в получении образования и/или профессии инвалидами в соответствии с их физическими возможностями и умственными способностями.

Содействие в трудоустройстве

Правовые услуги:

- помощь в оформлении документов, кроме оформления документов, затрагивающих интересы третьих лиц;
- содействие в получении установленных законодательством льгот и преимуществ;
- оказание помощи по вопросам пенсионного обеспечения и предоставления других социальных выплат;
- содействие в получении бесплатной помощи адвоката в порядке, установленном законодательством;
- содействие в получении иных правовых услуг.

Содействие в организации ритуальных услуг:

- оформление документов на предоставление ритуальных услуг в случае смерти одиноких граждан или оказание помощи в организации похорон их нетрудоспособным родственникам.

Работа социального работника нашего проекта проходит в двух учреждениях, относящихся к Государственному бюджетному учреждению здравоохранения «Челябинский областной клинический противотуберкулезный диспансер» (ГБУЗ ЧОКПТД). Прием и консультирование пациентов проводится дважды в неделю в каждом учреждении с 9.00 до 14.00.

Пациенты делятся на две категории:

- вновь выявленные больные туберкулезом, находящиеся на амбулаторном этапе лечения;
- пациенты, находящиеся на стационарном лечении.

Пациент может самостоятельно обратиться к социальному работнику в рабочие часы приема либо может быть направлен лечащим врачом.

После окончания приема социальный работник занимается оформлением учетных документов, социальных карт клиентов, посещает различные службы и ведомства для решения проблем обратившихся клиентов.

Выделим несколько важных моментов, которые необходимы социальному работнику для эффективного функционирования в противотуберкулезных диспансерах:

1. Наличие профильного образования;

2. Желательно наличие опыта работы в учреждениях социальной защиты населения;

3. Знание федеральной и региональной законодательной базы в области социальной защиты населения;

4. Постоянный контакт со старшим медицинским звеном лечебного учреждения;

5. Навыки ведения учетной и отчетной документации (для оформления социальных карт пациентов, направлений для получения услуг и др.);

6. Налаженная система взаимодействия с органами социальной защиты населения, миграционной службой, другими профильными медицинскими учреждениями, реабилитационными центрами, группами анонимных наркоманов и анонимных алкоголиков;

7. Необходимо иметь высокий уровень толерантности и навыки эффективной коммуникации;

8. Наличие удостоверения либо другого иного документа, подтверждающего полномочия и профессиональную принадлежность социального работника.

«Рамки проекта дали возможность проявить заботу о людях, не только больных, но и находящихся с ними рядом, подверженных заболеванию, относящихся к группе риска — это семья, дети, а также и сами медицинские работники».

Канахина Наталья Александровна,
социальный работник, Алтайская краевая общественная организация «АнтиСПИД-Сибирь» (г. Барнаул)

В заключение приведем несколько примеров участия социальных работников в управлении случаями.

Управление случаем — пример 1:

Пациентка Р., 25 лет, впервые установлен диагноз туберкулез легких. Начала лечение в феврале, информированное согласие на социальное сопровождение подписала в апреле 2012 года. До заболевания работала продавцом продуктового магазина. Одна воспитывает дочь 7 лет, алиментов не получает. Проживает с родственниками, злоупотребляющими спиртными напитками, в квартире — частые скандалы и антисанитарные условия. Во время лечения получала по больничному листу 300 рублей в месяц, далее уволилась с работы (по требованию собственника магазина). Других источников дохода пациентка не имела и остро нуждалась в работе на неполный рабочий день.

Управление случаем — пример 2:

Пациентка Г., 41 год, впервые установлен диагноз туберкулез легких. Лечение проходила с декабря 2011 по июнь 2012, информированное согласие на социальное сопровождение подписала в апреле 2012 г.
До заболевания работала поваром 6-го разряда в детском саду.

Одна воспитывает сына школьника 10 класса, алиментов не получает.
За весь период противотуберкулезного лечения получала по больничному листу 502 рубля в месяц. Других источников дохода не имела, остро нуждалась в работе на неполный рабочий день.

Учитывая социальный статус пациенток, необходимость ежедневного контролируемого лечения и наличие побочных эффектов от проводимой терапии (у одной из них — постоянная тошнота), а также отсутствие дохода (ежемесячный доход одной из них был более чем в 10 раз ниже официального прожиточного минимума), было принято решение включить пациенток в социальное сопровождение, чтобы помочь им успешно пройти курс лечения туберкулеза.

Социальный работник проекта совместно с консультантом по принципу «равный равному» составили индивидуальный план сопровождения и определили первостепенные потребности каждой пациентки. Направлены ходатайства за подписью заведующей поликлинического отделения больницы на имя начальника управления социальной защиты населения для получения материальной помощи. Оказана психологическая помощь специалистом-психологом, а также помощь в сборе пакета документов для получения единовременного денежного пособия для каждой из них. Направлены ходатайства в территориальный центр социальной помощи семье и детям о постановке на учет малообеспеченных семей с доходом ниже прожиточного минимума. Даны рекомендации лечащего врача, консультанта «равный равному» и психолога по преодолению побочных эффектов от приема препаратов. По окончании лечения каждая пациентка получила единовременное пособие в размере 1500 рублей.

У пациентки Р. на интенсивной фазе лечения были отрывы от лечения (до 15 %–20 %), однако после включения в проект отрывы уменьшились до 5 %, пациентка вышла в фазу долечивания. Она будет продолжать получать социальное сопровождение и продуктовые наборы. В настоящее время пациентка трудоустроена, жизненный тонус поднялся, лечение принимает регулярно.

У пациентки Г. до включения в проект отрывы от лечения достигали 20 %; были случаи полного прекращения приема терапии из-за наличия сочетанных заболеваний (не имела возможности ходить) и ее психологического состояния (ощущение ненужности и безысходности). В настоящее время пациентка Г. переведена в 3 группу учета — клиническое излечение. Консультант проекта по принципу «равный равному» также помог ей устроиться на работу курьером на неполный рабочий день. Она будет продолжать получать социальное сопровождение, ежемесячные продуктовые наборы, помощь в виде одежды и канцелярских товаров школьнику для подготовки к учебному году из территориального центра социальной помощи семье и детям, до тех пор пока ее доход не увеличится до прожиточного минимума.

Оказанная помощь дала пациенткам возможность соблюдать режим лечения и принимать противотуберкулезные препараты строго в соответствии с предписаниями врача.

Список литературы

1. Социальная работа: введение в профессиональную деятельность. Учебное пособие / Отв. ред. А. А. Козлов. М.: КНОРУС, 2005. С. 91.

5.2 Роль психолога и/или психотерапевта в сопровождении больного туберкулезом

Киселева Наталья Анатольевна,
кандидат медицинских наук, врач-психотерапевт Челябинского областного клинического противотуберкулезного диспансера, преподаватель кафедры клинической психологии Челябинского государственного университета.

В этой статье мы поговорим о двух смежных специальностях — медицинского психолога и психотерапевта. Психотерапевт — это специалист с высшим медицинским образованием, прошедший интернатуру или клиническую ординатуру по психиатрии и имеющий первичную специализацию или прошедший клиническую ординатуру по психотерапии. Психолог — это специалист, получивший гуманитарное образование по психологии и специализацию в рамках естественнонаучного подхода в сфере изучения функционирования психики. В российской практике психотерапевт — это врач; он может, основываясь на клинических данных, ставить диагноз и в соответствии с ним оказывать консультативную и психотерапевтическую помощь, а также осуществлять психофармакотерапию. Психолог, основываясь на психодиагностике, подтверждает клинический диагноз, дает заключение о функционировании психики и рекомендации, осуществляет консультирование и психокоррекцию. В общемировой практике эти две специальности практически тождественны. В сопровождении пациентов, страдающих туберкулезом, направленность образования имеет вторичное значение по отношению к квалификации специалиста. Для целей данной статьи мы объединим эти роли — психолога и психотерапевта.

Туберкулез, несмотря на очевидные успехи современной терапии, остается тяжелым заболеванием. Человек, узнавший, что он болен туберкулезом, переживает тяжелейший кризис. Как правило, заболевание туберкулезом влияет на человека следующим образом:

- изменяет самооценку (человек по-другому оценивает свои возможности и место среди других людей);
- влияет на самоуважение;
- снижает уверенность в себе;
- влияет на самоосознание (изменяет образ себя и отношение к себе) [1].

Возможное снижение или утрата социальной идентичности человека объясняются происходящей в ряде случаев стигматизацией, дискриминацией, дегуманизацией, что ведет к обесцениванию личности, ущемлению прав, снижению социального статуса, «приклеиванию ярлыков».

Таким образом, социально-психологические последствия туберкулеза проявляются на нескольких уровнях: индивидуальном, семейном, общественном, а также на уровне организаций и структур, задействованных в процессе.

«Проект дал возможность разгрузить медицинских работников от несвойственных им функций, в то же время — получить надежных партнеров для работы с больными».

Руднева Светлана Николаевна,
заведующая организационно-методическим отделом,
Омский областной клинический противотуберкулезный диспансер

Заболевание, угрожающее жизни пациента, ломает психику и нарушает душевное состояние, требует переосмысления и неизбежного изменения своей жизни. Не все могут сразу осмыслить и принять изменение качества жизни. Следовательно, перед психологом и психотерапевтом противотуберкулезного диспансера встает задача: оказать помощь в адаптации пациента к его новому статусу и информировать о заболевании. От профессионализма специалистов зависит дальнейшее поведение пациента. Душевное состояние пациента влияет на клиническую картину течения заболевания, соматический статус и, в итоге, на качество жизни. Таким образом, психолог и психотерапевт, работающие с больными туберкулезом, должны владеть определенным объемом знаний, навыков, психологических приемов и навыков для грамотного, эффективного взаимодействия с пациентами. Эффективное взаимодействие команды «врач — психолог — психотерапевт — пациент» является гарантией максимально благоприятного течения заболевания.

В рутинной практике психолога и психотерапевта противотуберкулезного диспансера применяются различные методики взаимодействия с пациентом и его близкими: консультирование, интервьюирование, анкетирование, психологическое тестирование, психотерапия или психологическая коррекция, медикаментозная коррекция. Психолог и психотерапевт такого учреждения должны учитывать особенности эпидемиологии и клинических проявлений заболевания, уметь работать с пациентами, имеющими туберкулез, и их близкими, а также с другими специалистами, в помощи которых может нуждаться пациент. Основываясь на собственном опыте работы в противотуберкулезном диспансере, хочется отметить некоторые особенности взаимодействия с пациентом, имеющим длительно текущее заболевание — во многих случаях такое взаимодействие является по сути своей кризисным консультированием.

Цели и задачи взаимодействия в команде «психолог — психотерапевт — пациент — врач»:

- оказание эмоциональной поддержки (безоценочное принятие пациента как личности с индивидуальным набором личностных качеств и особенностей);
- оказание информационной поддержки и практической помощи;
- психологическая и психотерапевтическая коррекция нарушений;
- мотивация на изменение поведения.

Человек, узнавший о том, что у него диагностирован туберкулез, может быть не готов к восприятию этого диагноза. Спектр эмоциональных реакций может быть широким: от бездействия до полного контроля над ситуацией, могут проявляться и такие реакции как шок, тревога и страх, гнев, чувство вины и обиды, и др. Сила реакции пациента при объявлении диагноза зависит от возраста, личностных особенностей, информированности, социального окружения, взаимоотношений со значимыми людьми.

При грамотном ведении диалога с пациентом адаптация к диагнозу происходит легче и быстрее. Внимание пациента (даже при не самом благоприятном течении заболевания) переводится от эмоциональных переживаний к рациональным действиям, необходимым для противостояния заболеванию. Профессиональная помощь должна быть направлена на активизацию собственных ресурсов человека.

Этапы индивидуальной помощи

На протяжении всего периода взаимодействия психолог/ психотерапевт и пациент вместе проходят следующие этапы адаптации к диагнозу (схема Э. Кюбелер-Росс):

Первый этап — растерянность. Человек, намеренно или неожиданно, получает извне объективную информацию о своем здоровье. На этом этапе защитный психологический механизм может сработать, вызвав отрицание и неприятие ситуации, то есть сразу воспринять объективную информацию пациент не сможет. В таком случае необходима эмоциональная поддержка. Единственный эффективный способ коммуникации в таком состоянии — невербальное общение. Помолчите вместе с пациентом. О сочувствии может говорить ваше выражение лица, поза, жесты.

Наличие тяжелого заболевания расценивается пациентом как прямая угроза жизни. Естественная психосоциальная реакция может быть настолько сильна, что если не уделить ей в этот момент достаточного внимания, последствия будут весьма серьезными. В ходе адаптации вполне естественны эмоциональные реакции на стрессовую ситуацию с включением индивидуальных форм психологической защиты (слезы, вербальная агрессия и тому подобное) — что характерно для периода «эмоционального проветривания». Реакция отрицания на данной стадии действует успокаивающе — не устраняя причины, уменьшает боль, однако часто именно отрицание препятствует началу активного лечения. Пациент, отрицающий диагноз, изо всех сил стремится сохранить привычную жизнь. Следует отметить, что психические нарушения на данном этапе протекают по типу психогенных реакций, так как нарушений соматического состояния, как правило, не происходит или они слабо выражены — это часто становится причиной сомнений в наличии диагноза. В этой связи важно не давать информации об ориентировочных сроках развития заболевания конкретному больному, так как это может повергнуть его в хроническую депрессию, снизить мотивацию и подорвать готовность к контакту. Важно обсудить чувства пациента по отношению к заболеванию, признать нормальность этих переживаний и объяснить, что они не являются чем-то исключительным и свойственны всем людям.

Второй этап — адаптация к диагнозу. Ведущая эмоция — протест. Эта стадия трудна как для больного, так и для окружающих. Человек в той или иной степени нашел контакт с реальностью, у него может появиться чувство вины или агрессии, чаще направленное на ситуацию (самого себя, судьбу, конкретных людей, систему здравоохранения и т.д.). Гнев по отношению к себе нередко приводит к развитию тяжелой депрессии. При реакции агрессии пациент не хочет никого выслушивать, самостоятельно определяет виновников «крушения» своей жизни, протестует против режима лечения, ищет «объективные причины» для отказа. От специалиста требуется высокий уровень эмпатии, важно помочь пациенту в конструктивной форме выразить накопившуюся агрессию.

С пациентами, имеющими чувство вины или, наоборот, обиды, работать легче. Вина рождает страх, страх — обиду и злость; осознание злости вновь рождает вину. Можно вместе с пациентом проанализировать его жизненный

путь, обнаруживая ситуации, когда он вел себя неправильно, вместе подумать, как это поправить (сделать добрый поступок, навести порядок, помириться, попросить прощения, простить, осуществить давно задуманное и т.д.). Только проговорив чувства вины и обиды, проработав их с помощью специалиста, человек может завершить самоидентификацию и принять себя.

Третий этап — депрессия. Ведущее состояние — подавленность; протеста больше нет, есть жалость к себе, тоска по «уходящей жизни». Приходит осознание того, что свобода выбора — в прошлом, возникает чувство одиночества. Ради собственного здоровья и здоровья окружающих пациенту приходится менять образ жизни, и он ощущает потерю своего места в обществе, чувства принадлежности к обществу и своего Я, которое с этим чувством связано. В таком состоянии характерны жалобы на плохое настроение, вялость, апатию, дискомфорт, беспокойство, подавленность, обидчивость, слезливость. Необходимо объяснить пациенту, что такие состояния как тревожность, депрессия, навязчивые идеи представляют собой физиологически обусловленные реакции организма на стрессовую информацию и в дальнейшем, при успешном взаимодействии с врачом и психологом, могут поддаваться коррекции и будут устранены.

Четвертый этап — адаптация к диагнозу. Принятие диагноза и себя в новом статусе, смирение. Самым важным в результате прохождения всех четырех этапов является положительная динамика психологических переживаний — от отрицания тяжелого заболевания к принятию диагноза. Это происходит достаточно быстро — в срок от двух недель до полугода. Если человек готов к принятию информации, переосмыслил ситуацию, расставил приоритеты — он готов к продуктивному контакту и рациональному разрешению ситуации. На этом этапе целесообразно еще раз обсудить с пациентом ближайшие и долгосрочные планы на будущее, специфику заболевания, принадлежность к группам риска, отношение к различного рода зависимостям, вопросы безопасного совместного проживания, возможности создания семьи, рождения детей, получения образования. Важно мотивировать пациента на лечение и соблюдение здорового образа жизни и наметить стратегии дальнейших действий. На этом этапе меняется характер пациента, чаще в лучшую сторону — люди становятся более добрыми, отзывчивыми и понимающими. Переоценка людей и ценностей, работа над собой делает людей более духовными.

Поскольку туберкулез лечится длительно, со временем может наступать усталость от лечения, когда человек теряет веру. Возможно утяжеление соматического состояния, иногда требуется оперативное лечение, что ухудшает психологический статус пациента. Астения, проявление побочных действий препаратов, инвалидизация, ломка сложившегося стереотипа общественной жизнедеятельности (вследствие ухода с работы, отчуждения привычного круга общения) приводят к хронизации стресса, повышению

уровня тревожности, утяжелению депрессии, нарастанию чувства безнадежности и отчаяния, возобновлению употребления психоактивных веществ. Пациенту может потребоваться не только психотерапевтическое или психологическое сопровождение, но и медикаментозная коррекция нарушений.

Психотерапия больных туберкулезом требует от психотерапевта и психолога профессиональных знаний и умений не только в области психотерапии, но и в смежных специальностях: фтизиатрии, паллиативной помощи, психиатрии, наркологии, медицинской психологии, социальной работе. Это не значит, что один психолог или психотерапевт должен выступать во всех ипостасях — но, хорошо ориентируясь в этих областях, он может помочь пациенту выстроить его маршрут. Психолог и психотерапевт работают с потребностями пациента и отталкиваются от них, а не от своих представлений и установок.

Если относиться к человеку не как к объекту нашего воздействия, а как к развивающейся личности (прогрессирующей или деградирующей) со своими сложными проблемами — мы сознаем, что серьезно помочь страдающему от туберкулеза мы можем, лишь объединив усилия различных специалистов и опытных консультантов. Поэтому успешное лечение возможно только при комплексном, мультипрофессиональном подходе. Весь персонал противотуберкулезного диспансера может помогать пациенту адаптироваться к новым обстоятельствам и создавать условия для эффективного лечения — и лечение не будет казаться человеку таким страшным и болезненным, если он будет чувствовать, что он не одинок. Психолог, психотерапевт, социальный работник, врач-фтизиатр, медицинские сестры и другие специалисты должны выявлять весь круг проблем, быть рядом с пациентом, предоставляя утешение и глубокую эмоциональную поддержку.

Постскриптум. Когда эта глава была уже написана, моя коллега, врач-фтизиатр сказала: «Стало гораздо спокойнее работать, когда вы, Наталья Анатольевна, пришли к нам. Не знаю, что вы делаете, но пациенты становятся другими». Коротко говоря, именно в этом и состоит роль психолога и психотерапевта в сопровождении больных туберкулезом: помочь пациентам добиться позитивных перемен.

Список литературы

1. Беляева В.В., Афонина Л.Ю., Дмитриева Е.В. с соавт. Коммуникация и консультирование в области ВИЧ-инфекции. Пособие для медицинских работников. Проект «Здоровая Россия». Москва, 2005.

5.3 Роль нарколога в сопровождении больного туберкулезом

Аврукина Ольга Михайловна,
психотерапевт, нарколог, тренер в НГОО «Гуманитарный проект».

Нарколог — это врач, получивший специализацию в области психиатрии-наркологии (закончивший интернатуру или прошедший первичную специализацию) и имеющий соответствующий действующий сертификат специалиста. Однако лечение наркотической и алкогольной зависимости в рамках сопровождения больных туберкулезом может также осуществляться квалифицированным врачом-психиатром или врачом-психотерапевтом. Важно, чтобы специалист владел навыками консультирования, а не только мог назначить медикаментозную терапию. В частности, он должен быть знаком с методикой мотивационного интервью [1] и толерантно относиться к пациентам с различными видами зависимости.

Известно, что зависимость от алкоголя и/или наркотических веществ приводит, прежде всего, к личностным изменениям и, в частности, к стремлению использовать психоактивные вещества как способ улучшения своего физического и психического состояния [2].

Лечение туберкулеза является фактором, провоцирующим и усугубляющим тяжесть проявлений зависимости от алкоголя и/или психоактивных веществ за счет возникновения следующих стрессоров:

- изменение образа жизни: нарушение привычного режима дня и «ограничение свободы» из-за необходимости ежедневно приезжать за препаратами

в противотуберкулезный диспансер; изменение привычного режима питания и/или необходимость соблюдать диету; напряжение, связанное с необходимостью помнить о приеме препаратов; усталость, связанная с постоянным приемом препаратов; тревога, связанная с процессом и результатом лечения;

- побочные эффекты противотуберкулезных препаратов: ухудшение аппетита и сна; ухудшение настроения (в том числе обострение скрытой депрессии, которая почти всегда есть у зависимых лиц); различные нарушения восприятия, которые кажутся неприятными или пугающими; нарушение чувствительности; тошнота и рвота; обострение и утяжеление заболеваний, сопутствующих зависимости (например, токсической полинейропатии и энцефалопатии травматического и токсического происхождения). Возникает замкнутый круг: плохо себя чувствую — плохое настроение — выпью, может полегчает — плохо себя чувствую, но все это из-за таблеток.
- изменение социального положения: переживания из-за заразности заболевания; сложности или конфликты в общении со значимым окружением; разлука с близкими (особенно с детьми); потеря работы в связи с заболеванием; финансовые затруднения, опасение разглашения диагноза и негативного отношения со стороны социального окружения.

Таким образом, лечение туберкулеза чаще всего становится тяжелым испытанием для психики пациента.

Цель участия врача-нарколога в сопровождении туберкулезных больных — обеспечить диагностику и лечение наркологической патологии и ее осложнений, снижающих приверженность к лечению туберкулеза. Деятельность врача психиатра-нарколога должна быть направлена на поддержание (или формирование) приверженности к лечению, уменьшение продолжительности и тяжести периодов употребления алкоголя и наркотиков, а также лечение полинейропатии и органических поражений центральной нервной системы и купирование побочных нейротоксических эффектов противотуберкулезных препаратов. Соответственно, функции врача включают психотерапевтическое и мотивационное консультирование, а также медикаментозное лечение.

Консультативный процесс в данных обстоятельствах приобретает ряд особенностей:

- Необходимо правильно определить иерархию целей. Цель повышения приверженности к лечению является более актуальной, чем достижение полной, длительной (пожизненной) ремиссии.
- Необходимо основываться на принципах мотивационного интервью, исходя из той стадии модели изменения поведения, на которой находится пациент [3, 4].

- Обеспечивать низкопороговую доступность и клиент-центрированный подход. Помощь должна быть максимально доступна и лишена формальных ограничений (таких как требование дополнительных справок, направлений, короткое время работы врача, жесткие требования к внешнему виду, абсолютной трезвости пациента и др.). Клиент-центрированный подход [5] означает, что врач в процессе консультирования исходит прежде всего из интересов пациента с учетом его картины мира.
- Использовать принцип снижения вреда при лечении туберкулеза у зависимых лиц.

Считается, что консультации и наркологическое лечение являются компонентами, без которых в лечении туберкулеза можно обойтись, и, к сожалению, на практике так обычно и происходит. Особенно если пациенту предлагается самостоятельно обращаться в наркологический диспансер.

Отсутствие приемлемого опыта организации консультирования пациентов по наркологическим вопросам, а также сомнения врачей-фтизиатров в целесообразности усилий по организации такого вида помощи приводят к тому, что зависимость от психоактивных веществ становится серьезной помехой в лечении туберкулеза.

Медикаментозное лечение может быть направлено на коррекцию побочных эффектов противотуберкулезных препаратов, что позволяет за счет улучшения самочувствия (и настроения) увеличить эффективность консультативных методов и способствует уменьшению влечения к психоактивным веществам. Этим целям также способствует назначение ноотропных, сосудистых и дезинтоксикационных препаратов, которые в ряде случаев позволяют обеспечить профилактику употребления психоактивных веществ, уменьшить частоту, продолжительность и тяжесть употребления. Назначение препаратов этих групп также способствует улучшению состояния при полинейропатиях, энцефалопатиях и других органических нарушениях центральной нервной системы (например, уменьшает жалобы на нарушения сна, боли в конечностях и нарушения чувствительности, головные боли и головокружение, тошноту, раздражительность, утомляемость). Некоторые ноотропные препараты также снижают влечение к психоактивным веществам.

Хороший эффект может быть получен при лечении депрессивных и тревожных расстройств, которые часто сопровождаются злоупотреблением алкоголем и наркотиками [6]. Депрессивная и тревожная симптоматика может нарастать при туберкулезе в процессе принятия диагноза как реакция на длительную терапию, а также вследствие кислородного голодания. Поэтому применение антидепрессантов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, постепенно купируя депрессивную и тревожную симптоматику, будет способствовать росту приверженности к

лечению у больных туберкулезом. То же относится и к применению (по показаниям) противотревожных препаратов.

Результативность наркологической помощи зависит от формы организации работы врача-нарколога. Наиболее эффективной моделью является проведение консультаций нарколога на базе противотуберкулезных диспансеров и стационаров на регулярной основе (например, 1–2 раза в неделю). В таком случае помощь становится максимально доступной для пациента и воспринимается им как достаточно безопасный процесс. Участие нарколога необходимо в следующих случаях: если еще до начала лечения известно, что пациент регулярно употребляет алкоголь и/или психоактивные вещества; если учащаются пропуски приема противотуберкулезных препаратов или происходит отрыв от лечения; если пациент имеет отягощенный наркологический или психиатрический анамнез либо если выявляются признаки заболеваний, которые часто сопутствуют наркологической патологии или являются ее осложнениями (например, энцефалопатии, полинейропатии, тревожных и депрессивных расстройств и др.).

Критерии эффективности работы врача-нарколога зависят от целей и, соответственно, от формата наркологической помощи. К хорошим результатам могут быть отнесены следующие изменения:

- Полная ремиссия (отказ от психоактивного вещества);
- Неустойчивая ремиссия (пациент осознанно воздерживается от психоактивных веществ, но иногда происходят срывы);
- Уменьшение частоты, продолжительности и тяжести потребления психоактивных веществ (пациент не может полностью отказаться от психоактивного вещества, но делает усилия для уменьшения негативных последствий);
- Уменьшение количества пропусков приема противотуберкулезных препаратов;
- Уменьшение количества жалоб на побочные эффекты.

Последние четыре критерия являются сравнительными. Это означает, что если поведение пациента изменилось в результате работы врача психиатра-нарколога (например, до лечения пациент регулярно пропускал лечение из-за пьянства по понедельникам, а в результате лечения такие ситуации стали возникать не чаще одного раза в месяц), то это означает, что работа врача была эффективной.

Таким образом, обеспечение приверженности к лечению туберкулеза и туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, представляет собой сложную задачу, которая не может быть решена усилиями лишь лечащих врачей и медицинских сестер. Большое количество психосоциальных проблем пациентов, зависимость от наркотиков и алкоголя ограничивают доступ

пациентов к специализированной медицинской помощи и снижают возможности сохранения приверженности к лечению.

Успех лечения туберкулеза зависит от слаженной работы различных специалистов с учетом выявленных потребностей пациента и требует выявления конкретных рисков в зоне ответственности каждого специалиста в тесном сотрудничестве с лечащим врачом.

Заключение

Очевидно, что для успешного лечения туберкулеза, формирования приверженности к лечению у пациентов необходимо решение проблем, являющихся для них первостепенными и жизненно важными. К таким проблемам относятся социальные (утрата социальных связей, проблемы с жильем, трудоустройством, юридические проблемы, отсутствие документов и средств к существованию и др.) и психологические (нарушение психологических механизмов самоотождествления и самооценки, общения, регуляции деятельности, потеря родственных связей и др.), которые невозможно решить силами одних только медицинских работников. Поэтому в процессе медико-социального сопровождения больных туберкулезом, формирования приверженности к лечению возрастает роль специалистов по социальной работе (социальных работников), психотерапевтов и психологов. Эти специалисты вводятся в штатное расписание лечебно-профилактических учреждений или привлекаются противотуберкулезными учреждениями для организации и проведения данной работы за счет ресурсов партнерских организаций (неправительственных организаций, реабилитационных центров, центров социальной защиты населения и др.). Большую роль в формировании приверженности к терапии играют и другие специалисты — в первую очередь, психиатры-наркологи. Участие врача-нарколога в проектах сопровождения пациентов, получающих противотуберкулезную терапию, обусловлено не только социальным статусом части пациентов и наличием у них сопутствующей наркологической патологии, но и также нейротоксическим действием большинства противотуберкулезных препаратов. Этот побочный эффект проявляется в форме различных обменных и функциональных нарушений.

Подводя итоги этой главы, подчеркнем, что участие социальных работников, психотерапевтов, психологов и наркологов в работе с больными туберкулезом, в тесном сотрудничестве с врачами-фтизиатрами, позволяет не только добиться успеха в лечении, но и значительно повысить качество жизни больных туберкулезом.

Список литературы

1. Миллер У.Р. и Роллник С. Метод мотивационного интервьюирования: подготовка пациентов к изменению аддиктивного поведения. Нью-Йорк: Guilford Press. 1991.

2. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Социодинамическая психиатрия. Новосибирск: изд во НГПУ, 1999; Фридман Л.С., Флеминг Н.Ф., Робертс Д.Г., Хайман С.Е. Наркология. М.: Изд во «Бином», 1998.

3. Prochaska, JO.; DiClemente, CC. The Transtheoretical Approach. In: Norcross, JC; Goldfried, MR. (eds.) Handbook of psychotherapy integration. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2005. p. 147–171.

4. Миллер У. Р., Хазер Н. Лечение алкоголизма и наркомании: процессы изменений. Нью-Йорк: изд во «Пленум Пресс».

5. Рождерс К. «Клиент-центрированная терапия: современная практика, смысл и теория». М.: «Психотерапия», 2007.

6. Фридман Л. С., Флеминг Н. Ф., Робертс Д.Х., Хайман С. Е. Наркология. М.: изд-во «Бином», 1998.

6

Синдром профессионального выгорания

Киселева Наталья Анатольевна,
кандидат медицинских наук, врач-психотерапевт Челябинского областного клинического противотуберкулезного диспансера, преподаватель кафедры клинической психологии Челябинского государственного университета.

Девиз врачей *«Светя другим, сгораю сам»* был выбран голландским лекарем Николасом ван Тульпом в 17-м веке, им же была предложена свеча как символ врачебной самоотдачи. В 21-м веке, на мой взгляд, более актуальны слова из песни группы «Люмен»: *«Гори, но не сгорай, гори, чтобы светить»*, и они значительно больше соответствуют изречению: *«Врач, исцели себя сам».*

Выгорание — процесс, при котором ежедневное воздействие факторов стресса, связанных с оказанием помощи тяжелобольному человеку, постепенно приводит к проблемам психологического и соматического характера у того, кто оказывает помощь больному.

Внутриличностные проблемы, с которыми сталкиваются специалисты, работающие с людьми, страдающими туберкулезом, усугубляются следующими факторами:

- Страхами: страхом неизвестного (заражения); страхом передачи инфекции членам семьи; страхом смерти;
- Чрезмерно близкой дистанцией с больными, и в тоже время, неприятием их жизненного выбора;
- Незнанием психологических особенностей лиц, злоупотребляющих алкоголем и наркотическими веществами;
- Наличием этических предрассудков по отношению к лицам с неприемлемым социальным поведением;
- Неудовлетворенностью эффективностью собственной работы.

Синдром психологического выгорания медицинских работников развивается примерно через 4 года с момента начала работы в отделении для ВИЧ-инфицированных (учитывая психологический профиль пациентов, можно с большой долей вероятности экстраполировать эти данные на работу с больными туберкулезом).

Проявления синдрома выгорания у персонала

Первые признаки: снижение мотивации для выполнения работы, затраты времени на работу увеличиваются, а результативность падает, возникают жалобы и недовольство по поводу работы.

При продолжении трудовой деятельности в прежнем режиме возникают более тяжелые проявления выгорания (психологические, поведенческие, соматические).

Психологические проявления: гнев, разочарование, потеря самоуважения и уверенности в себе, снижение интереса к работе, чувство неадекватности, безнадежности и вины, усталость, депрессия, ощущение того, что поставленная задача превышает силы и возможности, смены настроения, чувство несостоятельности, повышенная тревожность, утрата веры.

Поведенческие проявления: эмоциональные взрывы, избегание общения с друзьями и знакомыми, снижение пунктуальности, пренебрежение обязанностями, снижение самокритичности, становится сложно сфокусироваться на выполнении задач, появляется плаксивость, начинается употребление психоактивных веществ (алкоголя, транквилизаторов), появляются трудности в общении с окружающими, боязнь изменений, проблемы в семье.

Соматические проявления: боли в спине, снижение (повышение) аппетита, проблемы с желудочно-кишечным трактом, обострение хронических заболеваний, гипертоническая болезнь, повышенная утомляемость, головная боль, нарушения сна, мышечное напряжение, потеря сексуального влечения.

Особое значение имеет отношение к смерти. Врачи и медицинские сестры, сталкиваясь со смертью пациентов, испытывают тяжелый стресс, приводящий к синдрому выгорания.

Индивидуальными факторами, предрасполагающими к синдрому выгорания, являются личностные качества помогающего, его система ценностей, отношений, убеждений, механизмы защиты.

Влияние синдрома выгорания на пациентов

Эмоциональное опустошение человека, оказывающего помощь, делает его невосприимчивым к чувствам и потребностям пациента.

Помощь оказывается механически, происходит пренебрежение обязанностями. В результате пациенты получают помощь низкого качества, что особенно травматично при тяжелых, требующих длительного лечения заболеваниях.

Влияние синдрома выгорания на систему здравоохранения проявляется в увольнении опытных сотрудников, увеличении частоты госпитализации пациентов по социальным показаниям.

Стратегии профилактики синдрома выгорания

Сосредоточиться на проблеме, а не на эмоциях: Собирайте информацию («кто владеет информацией, тот владеет миром») и планируйте деятельность в соответствии с информацией, а не с субъективными представлениями — это дает ощущение порядка и контроля. Предпринимайте конкретные действия, обращайтесь за помощью к коллегам.

Изменить модель оказания помощи: Понимайте свои границы и возможности (что я могу сделать, а чего не могу), ставьте четкие и реалистичные цели; распределите свои задачи по степени важности; придерживайтесь своих функциональных обязанностей, избегайте отвечать за «все»; разделите задачи на несколько последовательно выполнимых шагов; управляйте временем, оно не безгранично.

«Господи, дай мне силы изменить то, что я в состоянии изменить»: Позвольте себе почувствовать свои желания и осуществите их (прогулки, медитация, спорт, музыка, общение с друзьями, игры с детьми, секс, чтение, садоводство, шопинг и т. д.).

Заботиться о себе: «Спасение утопающих — дело рук самих утопающих». Заботиться о других — проще, самое сложное — позаботиться о себе. Жизнь не так проста, как нам кажется, она еще проще. Она состоит из простых радостей. Создайте себе возможность регулярно и правильно питаться, делать перерывы в работе; пусть у вас будет красивая чашка для чая и 5 минут, чтобы его выпить; потянитесь, как после сна, когда пациент ушел из кабинета, можете вспомнить, что производственная гимнастика была обязательна в Советском Союзе. Дайте себе возможность поспать 8–9 часов, и «пусть весь мир подождет». Пусть в вашем кабинете будут яркие, важные для вас вещи, помните, что человек имеет право побыть в одиночестве, если ему это необходимо, пусть даже 5 минут. Поверьте, что ваши близкие и без вас могут многое (мультипрофессиональная команда дома). Помните, что ваш пациент — взрослый человек, обращаясь к нему на «вы», вы не только повышаете его осознанность, но и защищаете свои границы, соблюдая дистанцию между врачом и пациентом.

Работать в мультипрофессиональной команде, разделять ответственность: Перестаньте думать, что вы — «глас вопиющего в пустыне». Рядом с вами — ваши коллеги, и они тоже профессионалы, да и сам пациент не младенец и имеет право на свое собственное мнение. Примите это.

Обеспечить для медицинских работников возможность обращаться к психологу или психотерапевту: Если вы чувствуете, что сложно справиться с проблемой самому, не стесняйтесь. Во многих фирмах есть персональные

инструкторы (коучи). Поделитесь своими проблемами: «разделенное горе — лишь половина горя, а разделенная радость — две радости».

Проводить регулярные тренинги по профилактике выгорания для сотрудников медицинского учреждения (не менее 1 раза в 6 месяцев). Участвуйте в таких тренингах, даже если трудно оторваться от семьи и забот.

Регулярно проводить обучающие семинары и циклы занятий для повышения квалификации для сотрудников противотуберкулезных диспансеров (в том числе по консультированию). Помните, что позиция ученика не только позволяет узнать что-то новое, но и вспомнить ощущения, испытываемые в детстве.

Организовывать встречи сотрудников вне медицинского учреждения для коллективного отдыха. Узнайте своих коллег с другой стороны.

Моя бабушка — мудрая женщина говорила: «Береги себя для себя, тогда и другим больше достанется. Из пустого колодца воды не наберешь».

Профилактика синдрома профессионального выгорания — это многогранная проблема, в решении которой многое определяется государством (оплата и условия труда), но и каждый человек сам в состоянии сделать то, что зависит от него. Если вы заметили у себя тревожные признаки, начинайте сами работать над собой — жизнь требует приложения сил.

Чтобы быть счастливым и довольным, нужны всего две вещи — быть счастливым и быть довольным.

«Для профилактики выгорания необходимо создать здоровую психологическую атмосферу в коллективе»

На вопросы составителя отвечает Ольга Борисовна Ломакина, один из ведущих экспертов в области консультирования больных туберкулезом, научный сотрудник НИИ фтизиопульмонологии Московской медицинской академии им. И. М.Сеченова, практикующий психолог-консультант

По вашему опыту, насколько распространена проблема эмоционального выгорания среди сотрудников противотуберкулезных диспансеров?
– Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) весьма распространен в современном обществе в целом и среди сотрудников ПТД, в частности.

– Каковы проявления и последствия эмоционального выгорания у сотрудников?
– Синдром эмоционального выгорания проявляется по трем направлениям. Во-первых, на уровне мыслей (хочется оставить работу, семью, сбежать от себя). Во-вторых, на уровне чувств (утрачивается чувство юмора, появляется циничный, «черный юмор», человек склонен к самообвинениям, считает, что к нему придираются). В-третьих, ухудшается самочувствие (повышается инфекционная готовность, обостряются хронические заболевания, проявляются психосоматические заболевания).

– Какие существуют меры профилактики эмоционального выгорания?
– Необходимо научиться говорить «нет» (выстраивать границы), определить четкий круг обязанностей, понимать «чего хочу», планировать будущее. Необходим регулярный отдых, движение, физические нагрузки, хороший сон, интересное общение, хобби. Хорошо также установить очередность дел и не стремиться к полному совершенству.

– Что может сделать руководство противотуберкулезного диспансера для того, чтобы организовать профилактику эмоционального выгорания у работников?
Избегать конфликтов типа «руководитель — подчиненный», уменьшить бюрократическую нагрузку на сотрудников, установить адекватную оплату труда.

– Какие ресурсы и меры требуются для того, чтобы организовать программу профилактики эмоционального выгорания в рабочем коллективе?
– Для организации профилактики синдрома эмоционального выгорания необходимо создать здоровую психологическую атмосферу в коллективе, взять в штат психолога, открыть кабинет психологической разгрузки, интересоваться жизнью сотрудников, материально их поощрять, заботиться об их отдыхе.

Руководитель должен уважать своих сотрудников, помнить, что они работают с тяжелейшей инфекцией и ежедневно рискуют своим здоровьем!

– Приведите, пожалуйста, характерный случай из практики, иллюстрирующий эффективные методы помощи сотрудникам.
Академик РАМН и в недавнем прошлом — директор НИИ фтизиопульмонологии М.И. Перельман знает в лицо каждого сотрудника института, при встрече всегда интересуется делами и самочувствием каждого, независимо от занимаемой должности. Даже в самые тяжелые для страны времена он находил возможность поощрить отличившихся, а семинары и конференции всегда проходили в красивейших местах, где успешно сочетались работа и отдых.

7 Задачи психологической реабилитации на этапах лечения туберкулеза легких

Стрельцов Владимир Владимирович,
кандидат психологических наук, старший научный сотрудник группы изучения психологических проблем туберкулеза ФГБУ Центральный НИИ туберкулеза РАМН (г. Москва).

Ломакина Ольга Борисовна,
научный сотрудник НИИ фтизиопульмонологии Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова, магистр педагогики, практикующий психолог-консультант, эксперт в области психосоциальной поддержки и консультирования больных туберкулезом.

Психологическое сопровождение больных туберкулезом легких на фоне медикаментозной терапии в настоящее время признается крайне необходимым элементом системы реабилитации. Современное понимание концепции реабилитации предполагает направленность всех лечебно-восстановительных мероприятий на личность больного. Это особенно важно учитывать во фтизиатрии, поскольку эффективность лечения больных туберкулезом в значительной степени связана с душевным состоянием человека и его готовностью к сотрудничеству с лечащим персоналом.

Кроме того, психологическими исследованиями установлено, что возникновению этого заболевания содействуют некоторые особенности характера, отношения человека к самому себе и к другим людям, которые провоцируют частое возникновение стрессовых ситуаций. Частое и длительное переживание стрессовых ситуаций сопровождается накоплением психоэмоционального перенапряжения и истощением защитных механизмов организма. Поэтому помимо эмоциональной поддержки и оптимизации психологического состояния пациентов к целям психологической реабилитации следует отнести и коррекцию болезнетворных особенностей личности пациентов [1].

Задачи психологической реабилитации больных туберкулезом легких соотносятся с этапами лечения и зависят от особенностей психологического состояния человека на каждом из них. При построении индивидуальной реабилитационной программы задачи работы психолога неизбежно видоизменяются в зависимости от особенностей пациента, которые определяются возрастом, наличием сопутствующих заболеваний, интеллектуальной сохранностью, направленностью интересов, имеющимся образованием, трудовыми установками, наличием или отсутствием семьи, материальной обеспеченностью. В связи с этим при поступлении больного в стационар важно определить потенциальные возможности его психологической реабилитации.

Психологическая реабилитация в фазе интенсивного лечения

Заболевание туберкулезом легких необходимо рассматривать как психотравмирующую ситуацию, которая сопровождается появлением целого ряда негативных переживаний, изменением поведения и отношения человека к действительности. При сообщении диагноза человек испытывает потрясение, которое во многом обусловлено распространенностью обыденных представлений о туберкулезе как болезни, характерной для социально неблагополучных слоев населения [2].

Возникающий страх не только за свое здоровье, но и за здоровье близких, боязнь заразить их усиливают психологическую травматизацию личности [3].

Необходимость длительного лечения, госпитализация, общение и обмен информацией о болезни с другими пациентами, имеющими неудачный опыт лечения, переживаются как тяжелый стресс. К его проявлениям относятся переживание уныния и виновности, тревожность и мнительное «прислушивание» к ощущениям в теле, эмоциональная неустойчивость, страх перед социальными контактами и пессимистическое видение будущего. Интенсивность психологического неблагополучия пациентов часто усиливается на фоне переживаний по поводу побочного действия противотуберкулезных химиопрепаратов [4,5].

Следовательно, целями психологической реабилитации больных туберкулезом легких на этапе госпитализации и начала восстановительной терапии являются принятие пациентом факта заболевания и необходимости длительного пребывания вне привычных условий жизни, стабилизация эмоционального состояния, адаптация пациента к режиму лечения, профилактика преждевременного прекращения терапии. Основными задачами психолога являются:

- определение потенциальных возможностей психологической реабилитации пациентов;
- помощь пациентам в адаптации к условиям стационара;
- формирование уверенности пациентов в выздоровлении, доверия к действенности лекарственной терапии;
- формирование у пациентов мотивации для активного сотрудничества со специалистами;
- уменьшение у пациента страха, тревоги и неопределенности, формирование ощущения контроля над происходящим;
- коррекция чрезмерно беспокойного или легкомысленного отношения к болезни;
- формирование адекватного отношения пациентов к реакциям организма на прием противотуберкулезных препаратов;
- помощь пациентам в принятии собственной ответственности за благоприятный исход лечения;
- обучение приемам саморегуляции психологического состояния и поддержания позитивного межличностного взаимодействия в условиях стационара.

Психологическая помощь пациентам может оказываться как в индивидуальной, так и в групповой формах работы. В ходе групповых

дискуссий психолог осуществляет эмоциональную поддержку участников группы и коррекцию их представлений о себе и болезни, содействует укреплению мотивации к лечению, обучает навыкам конструктивного взаимодействия в стационаре.

Деятельность психолога должна носить информирующий и обучающий характер и содействовать созданию обстановки сотрудничества. Доброжелательное взаимодействие и свободный обмен мнениями позволяет пациентам открыто говорить о своих тревогах и опасениях в связи с болезнью. Как правило, эмоциональное сопереживание для больных туберкулезом легких более значимо по сравнению с конструктивной и рациональной поддержкой, лишенной внешне проявляемого сочувствия. Поэтому после тематического сообщения психологу целесообразно проводить обсуждение полученной информации с предоставлением возможности пациентам задать вопросы и поделиться личным опытом.

В ходе общения с психологом происходит неосознанное заимствование пациентами душевных сил и оптимизма у специалиста. Успешность психологического воздействия на больных туберкулезом в немалой степени зависит от личности самого психолога, его способности давать модель терпимого, понимающего отношения к людям, стойкого преодоления жизненных трудностей.

Психологическая реабилитация в фазе продолжения лечения

Психологическая реабилитация больных туберкулезом легких в фазе продолжения лечения соответствует второму этапу реабилитационного процесса — этапу реадаптации, подготовки к возвращению домой и — в перспективе — к возвращению в профессиональную деятельность. Содержание психологической реабилитации в фазе продолжения лечения определяется особенностями психологического и соматического состояния больных туберкулезом легких после нескольких месяцев лечения в стационаре.

Завершение фазы интенсивной терапии, как правило, сопровождается значительным улучшением физического самочувствия пациентов. Однако в их психоэмоциональном состоянии далеко не всегда происходят столь же значительное улучшение. Заболевание туберкулезом и длительное пребывание в стационаре ухудшает материальное положение человека и вносит негативные изменения в социальную жизнь, что сопровождается депрессивными переживаниями [6,7].

В ходе консультирования у пациентов на этом этапе лечения выявляются жалобы на утрату интереса к жизни и нарушения настроения, мучительное переживание навязчивых мыслей и мнительное преувеличение значимости фактов, вызывающих опасения. Пациентов беспокоит повышенная раздражительность и тревожность, что выражается в нервозности и приступах паники с ощущением утраты контроля над ситуацией [8].

Психологическое неблагополучие пациентов определяется не только ожиданием негативных социальных последствий заболевания. Сохранение психологически неблагоприятного фона связано со стабильностью некоторых особенностей отношения человека к другим людям, к самому себе, к жизненным трудностям. К чертам личности больных туберкулезом легких, играющим значимую роль в возникновении заболевания, следует отнести чрезмерную взыскательность к окружающим с позиции собственных моральных представлений, склонность к зависимой позиции в межличностных контактах и быстрому возникновению чувства вины, а также недоверчиво-неприязненное отношение к людям, проявляющееся в ожидании недоброжелательного и несправедливого отношения к себе [8].

Данные особенности личности играют значимую роль в возникновении заболевания, поскольку способны длительно поддерживать разрушительное для здоровья состояние психоэмоционального перенапряжения, провоцируя конфликтное, оппозиционное взаимодействие человека с другими людьми.

Целью психологической реабилитации в фазе продолжения лечения является повышение стрессоустойчивости, профилактика преждевременного отрыва от терапии на предстоящем амбулаторном этапе лечения. Основными задачами психолога на данном этапе являются:

- коррекция патогенных особенностей в системе отношений пациентов;
- обучение навыкам конструктивного взаимодействия с людьми;
- оптимизация эмоционального состояния пациентов;
- профилактика социальной самоизоляции пациентов;
- поддержание активной личностной позиции пациентов в отношении собственного здоровья и лечения.

Перестройке психологических особенностей личности, вызывающих эмоциональное перенапряжение, способствуют беседы-дискуссии, в ходе которых пациент должен критически переосмыслить неправильные стереотипы своих отношений и поведения. Коррекционная работа в данном направлении может осуществляться как индивидуально, так и в группе.

Позиция психолога — диагностически-обучающая, предполагающая максимальное вовлечение пациента во все этапы анализа и решения проблем.

Основными мишенями психологической коррекции являются:

1. «Враждебность». Враждебное отношение больных туберкулезом легких к окружающим проявляется не столько в агрессивных поступках, сколько в обидчивости и подозрительности, склонности усматривать в поступках людей несправедливое и бездушное отношение к себе.

2. «Алекситимия». Затруднения при словесном описании своих эмоций и ощущений у фтизиатрических пациентов часто связаны с избеганием чувства виновности, опасением обидеть другого человека и почувствовать осуждение в свой адрес. Уход от открытого выражения чувств позволяет длительно терпеть возмущающие обстоятельства. Однако уход от конструктивного разрешения проблем сопровождается нарастанием психоэмоционального напряжения.

3. «Моральная взыскательность». Чрезмерная взыскательность к окружающим с позиции собственных моральных представлений у больных туберкулезом легких чаще находит выражение в обиде и других скрытых формах осуждения, чем в словесных упреках.

4. «Зависимые тенденции». В межличностном взаимодействии пациенты склонны занимать пассивную позицию, ожидая активности в разрешении конфликта от противоположной стороны, что препятствует возможности конструктивного разрешения психотравмирующих ситуаций.

Коррекция личностных стереотипов в направлении указанных мишеней позволяет пациентам реализовывать новые стратегии поведения в проблемных обстоятельствах [9].

Психологическая реабилитация на амбулаторном этапе лечения

Психологическая помощь больным туберкулезом легких на этапе амбулаторного лечения соответствует третьему — реабилитационному — этапу лечебно-восстановительных мероприятий. Содержание данного этапа определяется особенностями психологического состояния пациентов в связи с завершением пребывания в противотуберкулезном стационаре.

На данном этапе реабилитационного процесса пациент начинает самостоятельно реализовывать приобретенные навыки позитивного взаимодействия в широком круге межличностного общения, восстанавливая взаимоотношения с окружающими в максимально полном объеме. Однако возвращение к привычным бытовым и профессиональным отношениям нередко затрудняется настороженностью соседей, коллег и знакомых к

человеку, переболевшему туберкулезом. Ожидание и встреча с реальными проявлениями дистанцированности и отчуждения сопровождается снижением самоуважения, уверенности в себе, вспышками агрессивности. Подобные переживания способны приводить человека к самоизоляции, нарастанию психоэмоционального напряжения, низкой дисциплине лечения и досрочному прекращению терапии [4].

Целью психологической помощи на этапе амбулаторного лечения является восстановление социального положения пациента и возвращение его в привычную среду общения на качественно новом — не вызывающем психоэмоционального перенапряжения — уровне межличностного взаимодействия. Позиция психолога ориентирована на анализ причин проблемы и активацию собственных ресурсов клиента для ее решения.

Основными задачами психолога на данном этапе являются:

- поддержка социальной активности пациента в решении «базовых» проблем (жилья, работы, отношений с родственниками), постановке жизненных целей и реализации интересов личности;
- подготовка пациента к возможному негативному отношению со стороны других людей;
- консультативная помощь пациенту в построении психологически комфортных отношений с окружающими.

На амбулаторном этапе психологической реабилитации происходит постепенный переход от непосредственных встреч к дистанционному консультированию (с помощью телефона, социальных сетей) по запросу пациента. Завершение психологической реабилитации предполагает передачу человеку полной ответственности за сохранение здоровых моделей отношений и межличностного взаимодействия, необходимых для психологической профилактики рецидива заболевания.

Таким образом, психологическая реабилитация больных туберкулезом органов дыхания является неотъемлемой частью реабилитационного процесса и может осуществляться в различных вариантах, решая актуальные для пациента задачи. При всех вариантах специализированной психологической помощи реабилитационное воздействие должно быть ориентировано на оптимизацию психоэмоционального состояния, сферы общения пациентов и коррекцию нарушенных отношений личности, играющих существенную роль в возникновении и течении данного заболевания.

Список литературы

1. Сиресина Н.Н., Стрельцов В.В., Столбун Ю.В. Психосоматический подход к проблеме туберкулеза легких // Научные труды к 80-летию ведущего противотуберкулезного учреждения г.Москвы, 10-летию Московского городского научно-практического центра борьбы с туберкулезом / под ред.В.И. Литвинова. М.: МНПЦБТ, 2007. Сс. 123–127.

2. Фау Е.А., Фау Г.А. Туберкулез как фактор «потрясения» // Сб. научных работ, посвященный 120-й годовщине открытия Робертом Кохом возбудителя туберкулеза. СПб., 2002. Сс.66–69.

3. Westaway M.S. Knowledge, beliefs and feeling about tuberculosis // Health Education Research. 1989. Vol.4. Pp. 205–211.

4. Гурылева М.Э., Герасимова О.И. Характеристика качества жизни больных туберкулезом органов дыхания при амбулаторном режиме лечения // Пробл. туберкулеза. 2002. № 8. Сс.10–12.

5. Соловей С.Д. Социально-психологическая характеристика впервые выявленных больных туберкулезом легких (по материалам ГУЗ ЛО «Зеленохолмская туберкулезная больница») // Фтизиатрическая служба Ленинградской области — состояние и перспективы развития (сб. науч. тр.). СПб.: Изд-во ООО «Ривьевра», 2005. Сс. 271–284.

6. Сухова Е.В. Необходимость психологической коррекции у больных туберкулезом легких // Пробл. туберкулеза и болезней легких. 2004. № 10. Сс.34-36.

7. Виноградов М.В., Черкашина И.И., Перельман М.И. Психическое состояние больных с ограниченными формами туберкулеза легких // Пробл. туберкулеза. 1991. № 10. Сс. 41–43.

8. Стрельцов В.В., Столбун Ю.В., Баранова Г.В., Сиресина Н.Н., Васильева И.А. Индивидуальная психологическая коррекция в системе комплексной реабилитации больных туберкулезом легких // Туберкулез и болезни легких. 2012. № 3. Сс. 31–37.

9. Психологическое и нейропсихологическое сопровождение терапии туберкулеза легких. Методическое пособие (и др.). М., 2007. 73 с.

8 Обучение пациентов противотуберкулезных учреждений на примере опыта Кемеровского областного противотуберкулезного диспансера

Пьянзова Татьяна Владимировна,
кандидат медицинских наук, врач-фтизиатр, ассистент кафедры фтизиатрии Кемеровской государственной медицинской академии.

Великий врач Авиценна, обращаясь к больному, говорил: «Нас трое — ты, я и твоя болезнь. На чью сторону встанешь ты, тот и победит». Обучение больных туберкулезом является наиболее доступным для медицинских работников способом повысить приверженность к лечению и эффективность противотуберкулезной терапии. Мотивация пациента для преодоления болезни невозможна без наличия в распоряжении человека всего объема необходимой информации, которая должна быть не просто получена (услышана или прочитана), но и понята, осознана, удержана в памяти и применена на практике для борьбы с недугом.

Теоретические основы и эффективность обучения пациентов

Обучение больных туберкулезом является специально организованным процессом, направленным на формирование знаний, умений, навыков, необходимых для полного завершения курса лечения, соблюдения рекомендаций врача и мер инфекционного контроля для предупреждения распространения инфекции. Исследования по изучению информированности больных туберкулезом в вопросах, связанных с заболеванием, подтверждают, что уровень знаний больных недостаточен [1]. Традиционные методы информирования пациентов представляют собой индивидуальные беседы, проводимые с пациентами врачами и медицинскими сестрами при выявлении туберкулеза и во время проведения химиотерапии, а также использование наглядных материалов в виде стенгазет, брошюр и т.п. Однако факт передачи пациенту информации речевым или визуальным путем не означает, что эта информация превратится в знание; данный процесс зависит от многих причин, в частности, от готовности принять информацию и от того, на каком этапе она получена. В динамике переживаний пациентом своей болезни выделяют несколько этапов [2].

Предмедицинский этап продолжается с момента появления первых признаков туберкулеза до обращения к врачу. В связи с бессимптомным течением туберкулеза этот период может отсутствовать, и пациент сразу вступает в фазу ломки жизненного стереотипа, когда, узнав о диагнозе, он растерян, находится в смятении, становится изолированным от близкого окружения при госпитализации и не уверен в благоприятном прогнозе. Этот период в среднем продолжается 1–2 недели и является наиболее значимым в формировании необходимых знаний, умений и навыков на весь оставшийся период лечения. В это время пациент осуществляет активный поиск информации, которая легко трансформируется в знание. Крайне важно, чтобы эта информация, удовлетворяя информационным потребностям пациента,

была достоверной и соответствовала современным профессиональным представлениям о болезни и ее лечении, поскольку заместить усвоенную информацию впоследствии будет очень сложно, а в ряде случаев невозможно.

Этап адаптации к болезни — в этот период уходит чувство напряженности и симптомы, больной уже адаптировался к факту заболевания, приобрел необходимые, по его мнению, знания. Эффективность обучения в этот период существенно снижается. Если лечение затягивается или заболевание переходит в хроническую форму, адаптация может смениться «капитуляцией».

Этап капитуляции — это период, когда наступает усталость от лечения, пациент не занимается активным поиском информации, убежден в неизлечимости своего заболевания, вся информация, касающаяся туберкулеза, воспринимается им негативно. Являясь довольно значимым участником среды общения, пациент передает такую информационную модель заболевания лицам, находящимся на начальном этапе противотуберкулезной терапии, результатом чего является снижение ценности лечения и соблюдения предписаний врача для лица, принимающего такую информацию. При проведении обучения пациентов медицинскому работнику важно учитывать эти особенности и минимизировать данный канал передачи информации, сделать его незначимым для пациента, начинающего лечение.

Этап формирования компенсаторных механизмов — это период, когда пациент приспосабливается к заболеванию и формирует установки на получение материальных или иных выгод от болезни, меняются ценностные ориентиры, пациент считает уровень своих знаний достаточным и не видит смысла «терять время» на беседы с медицинским работником. Медицинская информация, полученная в этот период, практически не трансформируется в знание. В рамках локальной среды такие пациенты могут стать источником неверной информации у начинающих терапию.

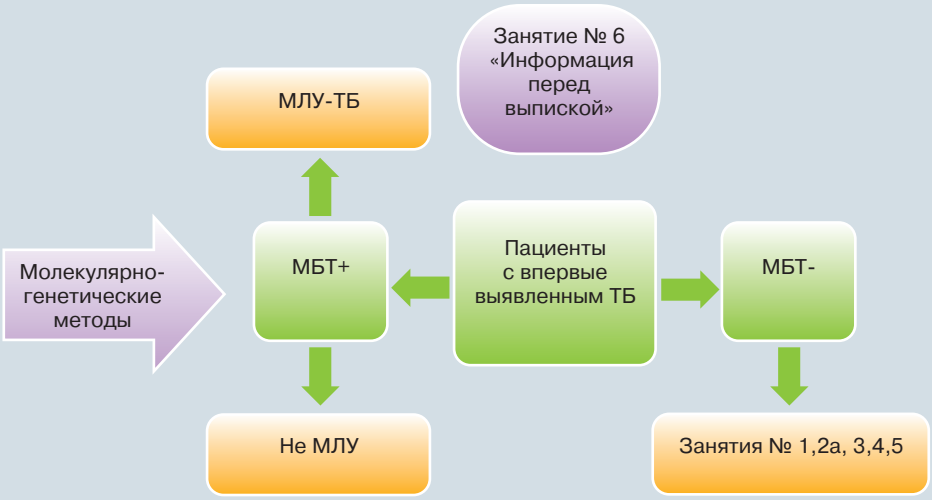
Таким образом, обучение больных туберкулезом является неотъемлемым компонентом терапии вне зависимости от этапа заболевания. Однако наибольшее внимание должно быть уделено пациентам в период ломки жизненного стереотипа, то есть в течение 2-х недель после выявления заболевания, когда у человека имеется острая потребность в информационной поддержке для формирования необходимых знаний, умений и навыков.

Технические аспекты обучения больных туберкулезом

Опыт Кемеровской области показывает, что обучение в группах среди впервые выявленных больных туберкулезом целесообразно организовать на стационарном этапе лечения, что позволяет охватить этой работой всех

пациентов и минимизировать число отказов больных от обучения. Группы для обучения по 4–6 человек формируют по мере госпитализации пациентов, находящихся в удовлетворительном состоянии, по критерию наличия или отсутствия у них бактериовыделения. В условиях широкого внедрения во фтизиатрическую практику молекулярно-генетических методов диагностики появляется возможность раннего выявления туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя к противотуберкулезным препаратам (МЛУ-ТБ). Пациенты с МЛУ-ТБ и пациенты с другими формами туберкулеза нуждаются в проведении различной информационной работы; кроме того, необходимо разделение потоков в соответствии с требованиями инфекционного контроля. На Рисунке 1 представлена схема формирования групп по наличию или отсутствию бактериовыделения и по сведениям о лекарственной устойчивости возбудителя. Помимо разделения потоков больных, необходимо соблюдение масочного режима. В группы не зачисляются лица, находящиеся в состоянии средней степени тяжести либо в тяжелом состоянии; эти пациенты смогут приступить к обучению по решению лечащего врача после нормализации общего состояния.

Рисунок 1. Схема разделения пациентов на группы для обучения.



Для определения исходного уровня знаний и выявления точек информационного воздействия до начала обучения пациент заполняет анкету, содержащую основные вопросы о путях передачи туберкулеза, правилах лечения и профилактики. Цикл обучения пациентов включает семь занятий по 40–45 минут каждое с интервалом между занятиями в 2–5 дней. Расписание составляется таким образом, чтобы занятия 1, 2а/2б и 3 были проведены в течение первых 2-х недель после выявления заболевания.

Таблица 1. Программа занятий с пациентами

№ занятия	Тема занятия
1	Исходный контроль знаний. Этиология, патогенез туберкулеза. Признаки и симптомы, выявление и диагностика туберкулеза.
2а	Лечение туберкулеза, длительность. Излечимость. Противотуберкулезные препараты, их побочные действия. Лечение под непосредственным наблюдением. Лекарственная устойчивость.
2б	Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя к противотуберкулезным препаратам (МЛУ). Лечение туберкулеза с МЛУ, длительность. Излечимость. Противотуберкулезные препараты резервного ряда, их побочные действия. Лечение под непосредственным наблюдением. Туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ).
3	Поведение больных в стационаре. Соблюдение режима лечения. Здоровый образ жизни.
4	Права и обязанности больных туберкулезом. Основы социальной защиты больных.
5	Возможности хирургического лечения туберкулеза: показания, противопоказания. Народные и нетрадиционные методы лечения.
6	Заключительная обобщающая лекция. Профилактика туберкулеза. Ответы на вопросы. Итоговый контроль уровня знаний.

Завершающее занятие проводят в виде собеседования для определения вопросов, которые не были полностью усвоены; оно также включает обобщающую заключительную лекцию и итоговый контроль уровня знаний о туберкулезе. Приведенная в таблице программа обучения включает общие представления об этиологии и патогенезе заболевания, вопросы лечения, методы профилактики и правила поведения больного туберкулезом в стационаре и семье. Для организации учебного процесса руководителем

учреждения назначается ответственное лицо с обязанностями по организации «Школы пациента», составления расписания и информирования преподавателей о времени проведения занятий. Преподавателями являются врачи-фтизиатры и медицинские сестры стационарного отделения противотуберкулезных учреждений, а также социальный работник (при наличии в штате). Документация включает: расписание занятий для каждой группы, журнал посещения занятий пациентами, анкеты для изучения уровня знаний, отчетные формы. В качестве методических пособий могут использоваться медицинская карта лечения больного туберкулезом, противотуберкулезные препараты, рентгенограммы дисциплинированных больных туберкулезом, успешно завершивших лечение, и пациентов, лечившихся нерегулярно; а также различные информационные материалы и научно-популярная литература о туберкулезе, например, статьи в газетах и журналах.

Методология обучения пациентов

Информацию целесообразно предоставлять дозировано, в соответствии с ожиданиями пациента, говорить просто и ясно, используя примеры из собственной практики. Сложные медицинские вопросы можно затронуть лишь в случае повышенной заинтересованности пациента. Такая тактика позволяет предупредить снижение внимания больных и препятствует формированию негативного отношения к обучению. На каждом занятии расставляются информационные акценты — четко формулируются понятные больному ключевые сообщения, несущие основную смысловую нагрузку. Они многократно повторяются для лучшего запоминания и осмысления пациентом важной информации. Важно разрушить «мифы» — стереотипные представления у больных о «крепком организме, который сам переборет болезнь без лечения», о том, что «чем меньше думать о болезни, тем быстрее она пройдет» — и внушить больному представление о необходимости пересмотреть свое поведение и образ жизни, в частности, обеспечивая положительное подкрепление адекватного поведения пациента в процессе лечения. Больной должен осознать, что туберкулез излечим, но только при условии длительного и непрерывного приема препаратов. Необходимо обратить особое внимание на опасность прерывания лечения. Во время изложения материала целесообразно делать паузы, чтобы слушатели могли задать вопрос. Тактика преподавателя должна сочетать позитивное информирование и конфронтацию (сопоставление неадекватных позиций больного с реальностью). В работе с пациентами необходимо ссылаться как на личный опыт, так и на результаты научных исследований, доказывающих безусловную эффективность рекомендаций врача. Для контроля за тем, как

информация трансформируется в знания, следующее занятие лучше начинать с повторения предыдущего, задавая вопросы пациентам. Эта часть занятия направлена на то, чтобы больные туберкулезом понимали, какие ответы на вопросы являются верными, а какие — частично верными или неверными.

Оценка знаний и эффективность обучения пациентов с туберкулезом

Проведено изучение характера и источников формирования информационной среды больных туберкулезом на начальных этапах химиотерапии, а также оценка влияния этой среды на приверженность пациентов к лечению. Согласно результатам исследования, проведенного в Кемеровской области, пациенты с выявляемой впоследствии высокой приверженностью к лечению до госпитализации и в 1-ю неделю стационарного лечения усваивают больший объем информации, чем лица с низкой приверженностью (определяемой ретроспективно). При анкетировании пациентами из первой группы было дано 57,5 % правильных ответов на вопросы о туберкулезе, а пациентами из второй группы — лишь 38,7 %. Следовательно, уровень знаний больных о туберкулезе может рассматриваться в качестве предиктора низкой приверженности к лечению и является ресурсом для ее повышения [3]. Пациенты с высокой приверженностью к лечению в качестве источников информации о туберкулезе чаще указывали СМИ и различные наглядные печатные материалы. Недисциплинированные больные туберкулезом практически никогда не использовали для повышения знаний эти источники — для них существенную роль в качестве источника информации играли другие пациенты противотуберкулезного учреждения. Выявленная зависимость свидетельствует о том, что приверженные к лечению пациенты имеют тенденцию к активному поиску информации и используют для этого все доступные источники. Проводимая врачами и медицинскими сестрами информационная работа с пациентами нуждается в четкой организации для трансформации получаемых данных в знания, умения и навыки. Обучение больных туберкулезом является неотъемлемой частью лечебного процесса. Результаты исследования, проведенного в Кемеровском областном клиническом противотуберкулезном диспансере, демонстрируют положительное влияние обучения пациентов на повышение приверженности к лечению больных туберкулезом и эффективности противотуберкулезной терапии. В исследование был включен 131 впервые выявленный больной туберкулезом легких с бактериовыделением и деструкциями легочной ткани. Участников исследования разделили на группы. В первую группу вошли 65

пациентов, которые получали информацию о туберкулезе традиционными методами, во вторую — 66 пациентов, с которыми проводилось обучение в условиях стационара по вышеизложенной методике. Группы были сопоставимы по исходному уровню знаний о туберкулезе, социальным и медицинским характеристикам. При тестировании пациентов через 2 месяца противотуберкулезной терапии во 2-ой группе было получено 92,4 % верных ответов на вопросы о туберкулезе, а в 1-й группе — лишь 72,5 %. Эффективность стационарного лечения больных туберкулезом во 2-ой группе была выше, чем в 1-й, на 29,8 % по закрытию полостей распада и на 17,2 % по негативации мокроты.

Таким образом, методика обучения больных в группах показала высокую эффективность в сравнении с традиционными методами информирования пациентов, которые не обеспечивают уровня знаний, необходимого для адекватного отношения к лечению у больного туберкулезом [4]. В связи с этим, крайне важно создать в окружении больного туберкулезом эффективную информационную среду, которая является значимым ресурсом для повышения приверженности к лечению и эффективности противотуберкулезной терапии.

Список литературы

1. Валиев Р. Ш. Уровень информированности пациентов противотуберкулезных диспансеров и их отношение к лечебному процессу / Р. Ш. Валиев, Э. В. Богатова, Р. У. Бурнашов // Казанский медицинский журнал. 2002. № 3. Сс. 223–225.

2. Сидоров П.И., Парняков А.В. Введение в клиническую психологию. М.: «Академический проект», Екатеринбург: «Деловая книга», 2000. 416 с.

3. Пьянзова Т.В. Информационная среда больных туберкулезом и ее влияние на приверженность терапии / Т.В. Пьянзова// Туберкулез и болезни легких. 2012. № 5. Сс. 33–36.

4. Пьянзова Т. В. Влияние информационно-образовательной работы с впервые выявленными больными туберкулезом на эффективность лечения /Т.В. Пьянзова // Туберкулез и болезни легких. 2009. № 10. Сс. 32–36.

9 Подходы к формированию приверженности к противотуберкулезной терапии среди уязвимых групп населения

Демьяненко Эльвира Раульевна, *председатель правления Алтайской краевой общественной организации «АнтиСПИД-Сибирь», заместитель главного врача по противоэпидемической и профилактической работе Алтайского краевого центра СПИД.*

Мельникова Елена Александровна, *заместитель директора краевого государственного учреждения социального обслуживания «Территориальный центр социальной помощи семье и детям города Бийска», руководитель Алтайской краевой общественной просветительской организации в сфере охраны здоровья «Выбор» (г. Бийск).*

Изупов Валерий Анатольевич, *заведующий (главный врач) противотуберкулезным диспансером № 6 (г. Новосибирск) и диспансером Дома сестринского ухода для лиц БОМЖ, больных туберкулезом органов дыхания.*

Низкая приверженность к противотуберкулезной терапии остается серьезным препятствием для обеспечения эффективности мероприятий по контролю над туберкулезом в Российской Федерации. Это объясняется тем, что значительная часть больных туберкулезом относится к уязвимым группам населения.

Уязвимая группа — это группа, члены которой подвержены наиболее высокому риску, могут понести ущерб от определенных социальных обстоятельств или влияния окружающей среды; группа, в которой проводятся или внедряются программы воздействия. Представители уязвимых групп в силу социально-экономических или поведенческих причин в большей степени подвержены риску инфицирования туберкулезом и другими социально обусловленными заболеваниями. У представителей этих групп существует большое количество проблем, которые препятствуют проведению профилактических мероприятий, диспансерного наблюдения, лечения и сохранения приверженности к лечению.

К основным группам, подверженным наиболее высокому риску инфицирования ВИЧ и туберкулезом, относятся:

- Потребители инъекционных наркотиков
- Лица, страдающие алкогольной зависимостью
- Лица, оказывающие сексуальные услуги за плату
- Мигранты
- Дети улиц
- Безработные
- Лица, освободившиеся из мест лишения свободы
- Больные туберкулезом с низким уровнем дохода
- Лица, не имеющие постоянного места жительства (лица БОМЖ)
- Лица с сочетанной патологией ВИЧ-инфекции и туберкулеза, и другие.

Уязвимые группы населения имеют целый комплекс проблем, включая:

- Медицинские: туберкулез, ВИЧ-инфекция, наркозависимость, хронические вирусные гепатиты В и С, инфекции, передающиеся половым путем, сопутствующие соматические и психические заболевания (нередко с сочетанными патологиями);
- Психологические: нарушение психологических механизмов самоотождествления и самооценки, общения, регуляции деятельности и др.;

- Социальные: утрата социальных связей, утрата документов, необходимых для получения помощи (включая документы, удостоверяющие личность, медицинские полисы, документы временной регистрации по месту жительства и др.), отсутствие жилья, работы, плохое питание, повторяющиеся периоды тюремного заключения, проблемы юридического характера и др.

Кроме того, существуют проблемы, связанные с медицинскими и социальными учреждениями, которые препятствуют получению медико-социальной помощи для уязвимых групп населения:

- недоступность служб и неприемлемость услуг (необходимость предоставления документов, постановка на учет, которая влечет в дальнейшем ограничение в правах, неудобные часы работы, платность услуг);
- культурные и языковые барьеры для мигрантов из стран ближнего и дальнего зарубежья;
- вертикальное разделение систем оказания наркологической и противотуберкулезной помощи, служб по профилактике и борьбе со СПИДом в рамках системы здравоохранения;
- отсутствие преемственности в оказании помощи между различными службами и организациями (учреждениями здравоохранения, социальной защиты населения, служб занятости, некоммерческими организациями, реабилитационными центрами, миграционной службой, учреждениями исполнения наказаний и др.);
- проявления стигмы и дискриминации;
- отсутствие анонимности, конфиденциальности и доброжелательного отношения в некоторых сервисных службах.

Для того чтобы программы профилактики и лечения приносили положительный результат, необходимо учитывать потребности уязвимых групп, реалии жизни людей, которым эти программы адресованы, снижая порог доступности услуг и создавая дополнительные возможности для получения помощи уязвимыми группами населения. Без решения первоочередных, жизненно важных для пациента проблем невозможно заставить его заботиться о собственном здоровье и здоровье окружающих, принимать лечение и сохранять приверженность к лечению на протяжении длительного времени.

Основополагающими принципами работы с уязвимыми группами являются:

ДОСТУПНОСТЬ (простота обращения, безвозмездность оказания помощи, комплексный подход в оказании помощи и возможность получения необходимой информации);

ДОБРОВОЛЬНОСТЬ (создание условий, способствующих осознанному обращению человека за помощью и получению услуг на добровольной основе);

ДОБРОЖЕЛАТЕЛЬНОСТЬ (понимание и принятие особенностей целевой группы, максимально доброжелательное отношение к пациентам);

ДОВЕРИЕ — этот четвертый принцип реализуется при соблюдении первых трех «Д».

Кроме того, большое значение в работе с уязвимыми группами населения играет клиент-ориентированный подход и соблюдение конфиденциальности оказываемых услуг.

В последние годы, учитывая тяжесть двойной эпидемии — туберкулеза и ВИЧ-инфекции, — особую актуальность приобретает разработка стратегии оказания помощи и поддержки для пациентов, находящихся на длительном лечении туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией. Такая стратегия должна быть направлена на достижение согласованности действий между различными государственными учреждениями и некоммерческими организациями для лечения и социальной поддержки данной категории пациентов.

9.1 Опыт работы по формированию приверженности к лечению среди больных туберкулезом и больных с сочетанной патологией ВИЧ-инфекции и туберкулеза в г. Бийске

Мельникова Елена Александровна, *заместитель директора краевого государственного учреждения социального обслуживания «Территориальный центр социальной помощи семье и детям города Бийска», руководитель Алтайской краевой общественной просветительской организации в сфере охраны здоровья «Выбор».*

В рамках реализации проекта «Эффективный контроль над туберкулезом в Российской Федерации», реализованного совместно фондом «Российское здравоохранение» и БО «Партнеры во имя здоровья», сотрудники общественных организаций, которые осуществляли интервенции для помощи больным туберкулезом в сложных жизненных ситуациях, столкнулись с целым рядом проблем, неизбежно сопровождающих такое сложное биосоциальное явление, как сочетанная патология ВИЧ-инфекции и туберкулеза среди уязвимых групп населения — лиц, употребляющих наркотики, оказывающих сексуальные услуги за плату, живущих без определенного места жительства, вынужденных переселенцев, трудовых мигрантов и др. В ходе работы было выявлено, что перед данными категориями граждан остро стоят проблемы психологического и

социального характера и снятия напряженности, связанной с эпидемической ситуацией в городе по туберкулезу и ВИЧ-инфекции.

В результате проектной деятельности в городе Бийске (Алтайский край) сложилась межведомственная система оказания помощи ежегодно растущему числу больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией и членам их семей. Содержание работы с целевой группой обогатилось действенным алгоритмом помощи больным туберкулезом и семьям, которые после постановки диагноза переживают кризис и последующую социальную апатию, нередко сопровождающуюся дезадаптацией не только самого больного, но и всей семьи.

С целью повышения осведомленности больных с сочетанной патологией ВИЧ-инфекции и туберкулеза и членов их семей о течении заболевания, лечении, возможных рисках для окружающих, на протяжении всего проекта сотрудниками некоммерческих организаций проводились медико-психолого-социальные консультации, в том числе выездные. Клиентам с признаками высокого поведенческого риска уделялось особое внимание — с учетом того, что часть из них систематически употребляли наркотики (12,8 %), оказывали сексуальные услуги за плату при необходимости поиска средств к существованию (6,4 %). Значительная доля клиентов проекта находилась в стадии ресоциализации в связи с недавним освобождением из мест лишения свободы (18,2 %). Также осуществлялась работа по подготовке близкого социального окружения к принятию диагноза и формированию приемлемых адекватных реакций близких и родных на изменившиеся обстоятельства жизни клиента.

Одним из важнейших и наиболее востребованных компонентов проекта было социальное сопровождение, которое в наибольшей степени отвечало запросам и потребностям представителей уязвимых групп населения. Социальное сопровождение позволяло в сжатые сроки координировать и решать в комплексе проблемы пациентов, в том числе для преодоления барьеров в получении немедицинских услуг. Специалисты общественных организаций, противотуберкулезного диспансера и социальных служб рамках проекта быстро находят общий язык, и это позволяет им лучше понимать проблемы клиента и выбирать наиболее подходящую тактику ведения случая. Алгоритм помощи подразумевает включение семьи больного туберкулезом в сферу деятельности межведомственной команды. Перспективность комплексного подхода быстро оценили и клиенты проекта, и представители различных служб и ведомств, работающих с людьми, находящимися на длительном лечении от туберкулеза.

Пример 1:

Пациентка Н., не замужем, воспитывает дочь 8 лет (инвалид), с которой проживают без регистрации в снимаемом у знакомых ветхом аварийном жилье, ожидающем сноса. Пособия и льготы не получают. Н. работала продавцом на рынке без официального оформления трудового соглашения, длительное время болела. Выявлен туберкулез. Н. боится, что из-за диагноза ее уволят и ей с ребенком будет не на что жить.

Действия команды проекта: Прежде всего, был решен вопрос о продолжении лечения, мерах снижения риска заражения ребенка, получено заключение врачей о возможности безопасного совместного проживания матери и ребенка. Специалист по социальной работе составил ходатайства в управление по жилищному обеспечению граждан администрации города, а также заместителю главы города по социальным вопросам о предоставлении жилья по социальному найму для Н. и ее ребенка. Жилищная комиссия в администрации города приняла положительное решение по вопросу предоставления жилья. В данное время Н. продолжает лечение, они с дочерью живут в общежитии гостиничного типа, регистрация по месту жительства позволила молодой женщине найти более высоко оплачиваемую работу. По оценкам специалистов команды, в результате успешного медико-социального сопровождения на межведомственной основе, получения помощи и поддержки семья вышла на более высокий уровень жизни.

Сотрудники проекта пришли к выводу, что социальное сопровождение, прежде всего, подразумевает:

- формирование социальной ответственности клиента и навыков самостоятельного решения проблем в процессе предоставления помощи и поддержки,
- установление доверительных отношений с сотрудниками проекта и оптимизацию внутренних ресурсов клиента,
- облегчение доступа к медицинской помощи и социальным услугам, повышение мотивации клиента для сохранения приверженности к лечению и формирование запроса на получение помощи.

Наряду с этим необходимо учитывать, что для решения всего комплекса проблем (медицинских, социальных, правовых, наркологических, психологических) важно установление безоценочного, принимающего контакта с людьми, которые зачастую не только не расположены к вмешательству в свою жизнь со стороны специалистов и общению с ними, но и являются представителями труднодоступных групп (лица, длительно находившиеся в местах лишения свободы, потребители инъекционных наркотиков, работники коммерческого секса, трудовые мигранты и др.).

Пример 2:

Пациент А. находился в местах лишения свободы в общей сложности более 25 лет, в последний раз отбывал срок 11,5 лет. Родственные и социальные связи утеряны. Более 7 лет знает о своем ВИЧ-положительном статусе, в заключении был диагностирован туберкулез, после освобождения необходимо продолжать лечение в течение нескольких месяцев. Однако социальная ситуация клиента после освобождения не содействует сохранению приверженности к лечению: клиенту негде жить, хотя он зарегистрирован в квартире, оставшейся от родителей. Пока клиент отбывал наказание, квартира была сдана внаем; на просьбу законного владельца освободить помещение жильцы ответили отказом, мотивируя его тем, что у клиента нет прав на это жилье — оно не приватизировано, ордер утерян, родителей нет в живых, за квартирой числятся большие долги.

Действия команды проекта: К рассмотрению данной ситуации привлечена участковая служба полиции, получена консультация юриста. Клиент госпитализирован в туберкулезную больницу. Написано ходатайство управляющему делами при администрации города (который курирует вопросы социальной адаптации лиц, возвращающихся после отбытия наказания), начат сбор документов для рассмотрения дела о восстановлении клиента в правах на жилье и выселении незаконно проживающих жильцов.

С целью привлечения внимания общественности к проблеме распространения туберкулеза и ВИЧ-инфекции в рамках проекта в Бийске организована информационно-просветительская работа. О высоком качестве этой работы свидетельствует социальная активность клиентов, получивших консультативную помощь и поддержку на первоначальном этапе реализации проекта. На территории Бийска проект был поддержан кампаниями в СМИ. Подробно освещался ход реализации проекта — опубликовано несколько репортажей по таким темам, как профилактика туберкулеза, толерантное отношение общества к больным туберкулезом и пациентам, находящимся на лечении.

Модель оказания помощи больным туберкулезом, отработанная в рамках проекта в Бийске, внедряется в районах Бийской медико-географической зоны (включая села Зональное, Смоленское, Красногорское, Алтайское, Советское). Сотрудниками общественной организации оказывается консультативная и методическая помощь районным специалистам в организации работы с целевой группой на селе, проведено два выездных семинара.

Больным туберкулезом и их семьям содействуют в улучшении материального положения, организованы благотворительные акции по

привлечению спонсорских средств для социальной поддержки (обеспечения одеждой, обувью, предметами ухода и др.).

Выявленные проблемы и противоречия

Побочным результатом проекта стало то, что клиенты — больные туберкулезом из сельской местности обращаются за помощью в связи с сопутствующим ВИЧ-положительным статусом в городские учреждения медико-социального сектора, а не в организации по месту жительства. Этот результат сохраняется, несмотря на разъяснительную работу, проводимую среди клиентов проекта, проживающих в сельской местности. Причины очевидны: на селе информация циркулирует более активно, сохранить конфиденциальность труднее. Больные туберкулезом могут получать медико-социальную помощь по месту жительства, а ВИЧ-положительные клиенты с туберкулезом и их семьи чаще попадают в условия социальной изоляции и стигматизации, преодолеть которые за относительно короткий период реализации проекта невозможно.

Эффективность

Проект «Эффективный контроль над туберкулезом в Российской Федерации» показал, что комплексный подход с использованием возможностей медицинских, социальных служб и общественных организаций, который направлен на защиту интересов клиента и в котором основной акцент делается на семейной терапии, обеспечивает высокую эффективность сопровождения больных туберкулезом и членов их семей. Это, в свою очередь, определяет необходимость тесного сотрудничества с учреждениями различного профиля, так как правильный подход к клиенту можно сформировать только в рамках отлаженного межведомственного взаимодействия. Данный проект помог заинтересованным структурам увидеть возможности развития партнерских отношений и создать жизнеспособную систему оказания помощи больным туберкулезом, в том числе в сочетании с ВИЧ-инфекцией и другими заболеваниями.

9.2 Опыт работы по оказанию психосоциальной помощи одной из наиболее уязвимых групп населения — больным туберкулезом лицам БОМЖ в Новосибирске

Изупов Валерий Анатольевич, *заведующий противотуберкулезным диспансером № 6 Новосибирска и диспансером Дома сестринского ухода для лиц БОМЖ, больных туберкулезом органов дыхания (г. Новосибирск).*

Одной из категорий населения, наиболее уязвимых к инфицированию туберкулезом, являются лица без определенного места жительства (БОМЖ). Характерной чертой этой группы является социальная изоляция или маргинальность — «результат конфликта с общественными нормами» [1]. В данной группе населения характерна низкая ответственность перед обществом, семьей, детьми и т.д. [2].

Экстремальные условия жизни лиц без определенного места жительства (БОМЖ) являются фактором, снижающим иммунитет и повышающим восприимчивость к туберкулезу.

Как правило, в связи с напряженностью иммунитета, его нарушением при неблагоприятных условиях туберкулезная инфекция у этой категории населения возникает чаще, чем в социально адаптированных группах.

Имея склонность к постоянной миграции в большом мегаполисе, больной туберкулезом БОМЖ распространяет инфекцию по всему пути следования. У лиц БОМЖ туберкулезные процессы имеют тенденцию к формированию быстро прогрессирующих форм туберкулеза органов дыхания.

Несовершенная законодательная база не позволяет изолировать лиц БОМЖ, больных туберкулезом органов дыхания, не обеспечивает действенный контроль за этой группой граждан и уголовное наказание за распространение туберкулеза.

Для решения этой проблемы в 1998 году в Новосибирске на базе туберкулезной больницы № 3 был открыт Дом сестринского ухода для лиц БОМЖ, больных туберкулезом органов дыхания, а в 2003 году на базе бывшего железнодорожного противотуберкулезного диспансера заработало отделение Дома сестринского ухода, выполняющее все необходимые функции для работы с лицами без определенного места жительства, больными туберкулезом органов дыхания.

Таким образом, было создано единственное в России учреждение, призванное решать конкретные задачи по организации специализированной фтизиатрической помощи лицам БОМЖ, больным туберкулезом органов дыхания.

В учреждении были разработаны и внедрены алгоритмы работы с пациентами с учетом конкретных проблем, имеющихся у каждого больного. Одновременно были созданы и отлажены механизмы взаимодействия с диспансерной службой противотуберкулезных учреждений города и общей лечебной сетью.

В рамках данного взаимодействия диспансерное отделение помимо основных функций по выявлению, наблюдению и лечению туберкулеза стало осуществлять функции центра госпитализации для лиц без определенного места жительства, больных туберкулезом органов дыхания, и учета и мониторинга этой категории больных. Тесное сотрудничество с центром социальной помощи населению, благотворительными организациями, правоохранительными органами, паспортно-визовой и миграционной службами позволило в определенной степени облегчить и решение социальных проблем для представителей этой уязвимой группы населения.

Работа с лицами БОМЖ осуществляется по четырем основным направлениям, включая организационно-методическую работу, диспансерное наблюдение, стационарную помощь и психосоциальную помощь.

В диспансерном отделении Дома сестринского ухода функционирует клинико-диагностическая лаборатория, рентгенологический кабинет, кабинет функциональной диагностики. Больные могут получить высококвалифицированную помощь и полноценную противотуберкулезную терапию по индивидуальным схемам. Даже на амбулаторном этапе больные получают антибактериальные препараты внутримышечно, внутривенно, в том числе капельно. Консультации хирурга и терапевта позволяют проводить лечение сопутствующих патологий (90 % больных имеют сопутствующие заболевания), при необходимости пациенты получают другую специализированную консультативную помощь.

На амбулаторном этапе больным, получающим противотуберкулезные препараты, предоставляется дополнительное питание в виде каш и супов быстрого приготовления, что является действенным стимулом для формирования положительной мотивации к лечению.

Таблица 1. Эффективность лечения среди впервые выявленных лиц БОМЖ, больных туберкулезом органов дыхания, в зависимости от получения медико-социальной помощи (продуктовых наборов) в качестве стимулирующего фактора для приема терапии в отделении Дома сестринского ухода (г. Новосибирск)

Показатели эффективности лечения	При оказании помощи в полном объеме (включая продуктовые наборы)		При оказании помощи в неполном объеме (без продуктовых наборов)	
	2011 год	10 мес. 2012 год	2011 год	10 мес. 2012 год
Прекращение бацилловыделения	71,2 %	84,5 %	30,5 %	42,1 %
Закрытие полостей распада	40,3 %	45,6 %	18,2 %	20,4 %
Процент первичной инвалидности	29,1 %	30,3 %	46,9 %	47,3 %

Основной целью стационарного лечения является прекращение бацилловыделения, снятие обострения, закрытие полостей распада у впервые выявленных больных туберкулезом.

В штате Дома сестринского ухода работает социальный работник, который за более чем 10 лет своей деятельности совместно с администрацией больницы и врачебным персоналом разработал алгоритмы работы с паспортно-визовой службой (для восстановления документов), органами медико-социальной экспертизы, фондом социального страхования и др. Социальный работник Дома сестринского ухода сам получает все необходимые документы и разрешения для прохождения медико-социального освидетельствования, другие работники социальных служб не подвергаются риску заражения туберкулезом при контакте с больными.

Остаются нерешенными проблемы размещения больных с хроническими формами туберкулеза, не нуждающихся в стационарном лечении, а также проблема оказания юридической помощи. Для их решения, по нашему мнению, необходимо совместно с социальными службами города организовать приют или интернат для данной категории больных.

Создание в Новосибирской области такого учреждения, как Дом сестринского ухода для лиц без определенного места жительства, больных туберкулезом, и обеспечение работы этого учреждения позволяет решать проблемы оказания специализированной помощи данной категории граждан.

Рисунок 1. Организация дополнительного питания больных на амбулаторном этапе для формирования положительной мотивации для лечения для лиц БОМЖ с туберкулезом органов дыхания в отделении Дома сестринского ухода (г. Новосибирск)

Дом сестринского ухода доказал свою необходимость и высокую востребованность как для этой уязвимой к инфицированию туберкулезом группы населения, так и в целом для города Новосибирска и Новосибирской области.

По нашему мнению, в целях формирования приверженности к лечению, оказания помощи пациентам в решении их социально-психологических проблем и, как следствие, успешного завершения курса лечения у больных туберкулезом, в штатное расписание каждого противотуберкулезного диспансера необходимо включать социального работника и психолога или привлекать таких специалистов из партнерских организаций для формирования мультипрофессиональной команды.

Также необходимо выделение специального подразделения или отдельного специалиста по работе с социально уязвимыми группами населения (лицами без определенного места жительства, прибывшими из учреждений уголовно-исполнительной системы и др.)

Таким образом, для успешного контроля туберкулеза и ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп населения необходим интегрированный подход к организации взаимодействия между государственными учреждениями в сфере противодействия туберкулезу и ВИЧ-инфекции, социальными службами и некоммерческими организациями, имеющими доступ к уязвимым группам населения. Ориентированность на клиента, помощь в решении его медицинских и психосоциальных проблем, социальное сопровождение на всех этапах диагностики и лечения ВИЧ-инфекции и туберкулеза являются ключом к успеху в работе с уязвимыми группами населения. Приведенные в данной главе примеры организации работы по оказанию медико-психосоциальной помощи больным туберкулезом

Пример: формирование положительной мотивации для лечения за счет оказания медико-социальной помощи

Больной С., 1941 года рождения, поступил в стационар Дома сестринского ухода с диагнозом: очаговый туберкулез S1,S2 правого легкого, МБТ(-), черепно-мозговая травма (ЧМТ). Доставлен с железнодорожной станции в бессознательном состоянии, без документов. Со слов очевидцев — был избит неизвестными лицами. После оказания первой медицинской помощь и купирования симптомов ЧМТ, переведен в стационар Дома сестринского ухода.

При обследовании всеми методами в мокроте больного МБТ не обнаружены, рентгенологически: справа в S1, S2 обнаружены полиморфные очаговые тени до 0,5-0,6 мм, средние и малой интенсивности с нечеткими контурами. Назначено лечение противотуберкулезными препаратами. На фоне лечения в течения трех месяцев — динамика отрицательная. Больной нерегулярно принимал препараты, отказывался от лечения, был безразличен к своей судьбе.

В этот период к лечебному процессу были подключены социальный работник и психолог. Из социального анамнеза выяснилось, что больной потерял все документы, не может получать пенсию, так как ранее проживал в другой области. Не имея надежды на социальную адаптацию и не видя перспектив дальнейшего существования, он отказывается лечиться.

Больному было проведено психосоциальное консультирование, разработан план медико-социального сопровождения. После восстановления паспорта была переоформлена пенсия. В результате запросов выяснилось, что больной находился в розыске как пропавший без вести. О местонахождении пациента оповестили родственников, были восстановлены родственные связи. Продолжено противотуберкулезное лечение. Через 3 месяца отмечена выраженная положительная динамика в виде рассасывания очаговых и инфильтративных изменений.

После окончания основного курса лечения (12 месяцев) больной с клиническим излечением туберкулеза при содействии областного центра социальной помощи был отправлен железнодорожным транспортом к родственникам.

из уязвимых групп населения в Новосибирске и Бийске подтверждают высокую эффективность такого подхода и могут быть использованы при разработке стратегии организации контроля над туберкулезом и ВИЧ-инфекцией как на уровне отдельных регионов, так и всей страны.

В завершение в качестве иллюстрации к данной главе приведем некоторые количественные данные (см. Таблицу 1 и Рисунок 1).

Список литературы.

1. Фарж А. Маргиналы // 50/50. Опыт словаря нового мышления / Под общ. ред. Ю. Афанасьева и М.Ферро. М.: Политиздат, 1989. С. 143–146.

2. Попова И.П. Маргинальность. Социологический анализ. М.: Союз, 1996.

10 Межведомственное взаимодействие при лечении больных туберкулезом: взгляд сотрудника некоммерческой организации

Авдеев Юрий Александрович,
руководитель Челябинской городской общественной организации «Независимый исследовательский центр «Есть мнение».

Как говорилось выше, применение межведомственного подхода является необходимым условием обеспечения эффективных мер по борьбе с туберкулезом. Это обусловлено тем, что для профилактики и оказания всесторонней помощи больным туберкулезом требуются совместные усилия различных учреждений здравоохранения, социальной защиты населения, пенитенциарной системы, миграционной службы и других организаций. Кроме того, как показывает опыт работы последних лет, в вопросах медико-социального сопровождения уязвимых групп населения все большую роль начинает играть объединение усилий государственных учреждений и некоммерческих организаций. Однако для реализации такого взаимодействия необходимо преодолеть недоверие со стороны государственных органов и негосударственных организаций, занимающихся проблемами туберкулеза и ВИЧ-инфекции, и отработать оптимальные подходы к совместной работе.

«Сначала было сложно найти взаимопонимание с медицинскими работниками противотуберкулезного диспансера, чувствовалось недоверие к сотрудникам некоммерческих организаций. Чем они нам могут помочь? Почему вмешиваются в процесс лечения? Сегодня наши сотрудники стали полноправными членами коллектива противотуберкулезной службы, сформировался командный подход, когда врачи с удовольствием направляют своих пациентов на сопровождение к социальному работнику, консультанту, работающему по принципу "равный равному", и психологу. В рамках проекта отлажен межведомственный подход к сопровождению больных туберкулезом с участием учреждений здравоохранения (противотуберкулезного, наркологического диспансеров, центров профилактики и борьбы со СПИДом), социальной , миграционной служб, службы занятости населения, некоммерческих организаций и реабилитационных центров). Наши пациенты могут получить различные виды помощи в зависимости от потребностей — и медицинскую, и помощь в лечении наркотической и алкогольной зависимости, и психологическую, и социальную».

Демьяненко Эльвира Раульевна,
председатель правления,
Алтайская краевая общественная организация «АнтиСПИД-Сибирь» (г.Барнаул)

За долгие годы работы российские некоммерческие организации (НКО) накопили значительный опыт в области охраны здоровья населения. По данным исследования, проведенного в 2003 году Центром общественных объединений администрации города Челябинска, некоммерческие организации более подвижны и оперативно реагируют на изменения, которые происходят в стране и мире, более мобильны в решении многих задач, более открыты и прозрачны для партнеров и клиентов, пропагандируют принципы толерантности, способны выполнять полевую работу и берут на себя часть функциональных задач государственных и муниципальных институтов. Разные подходы в работе зачастую являются причиной конфликта между некоммерческим и государственным секторами. Среди общественных организаций нередко распространено мнение, что государственные органы слишком ригидны и недостаточно внимания уделяют группам риска, чиновники же уверены, что у НКО нет достаточно профессиональных кадров для решения сложных медицинских и социальных задач.

Много лет назад челябинская городская общественная организация — независимый исследовательский центр «Есть мнение» изменила точку зрения на возможности совместной деятельности и в качестве главного партнера для реализации своих проектов выбрала государство. Данный подход полностью оправдал себя. Создано муниципальное бюджетное учреждение Центр профилактического сопровождения «Компас», который по сути осуществляет функции НКО, но получает финансирование из бюджета города Челябинска. Эта структура по-своему уникальна для области и страны в целом. Еще раз подчеркну, что ее создание

является результатом взаимодействия некоммерческой организации, муниципалитета и Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков.

При реализации проекта «Эффективный контроль над туберкулезом в Российской Федерации» учитывался существующий у организации опыт, налаженное взаимодействие с противотуберкулезной службой региона (в частности, неоднократное проведение совместных акций ко Всемирному дню борьбы с туберкулезом) и сложившаяся репутация в региональном министерстве здравоохранения (в частности, благодаря совместной работе по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку и внедрению протоколов ВОЗ в данной сфере в работу профильных лечебно-профилактических учреждений).

«Данный проект является одним из новых направлений в межведомственном взаимодействии, то есть если раньше наши социальные службы работали с ВИЧ-положительными клиентами, то сейчас они оказывают социальные и психологические услуги и для клиентов с туберкулезом».

Левковицкая Ирина Николаевна,
специалист по социальной работе,
Алтайская краевая общественная организация
«Партнерство Плюс» (г. Рубцовск), Алтайский край

Первым этапом взаимодействия стало заключение договора о сотрудничестве между общественной организацией «Есть мнение» и областным противотуберкулезным диспансером. Цели договора были сформулированы следующим образом:

- способствовать внедрению в практику противотуберкулезной службы модели социальной и психологической адаптации лиц, находящихся на амбулаторном и стационарном лечении;
- обеспечить развитие и поддержку долгосрочной профилактической программы, направленной на социальную и психологическую адаптацию и снижение темпов роста туберкулеза среди населения Челябинской области;
- способствовать социально-психологической адаптации больных туберкулезом (в том числе ВИЧ-инфицированных, осужденных) как внутри пунктов контролируемого лечения, так и на амбулаторном этапе путем предоставления индивидуальной консультативной и групповой тренинговой помощи;
- повышать уровень информированности лиц, проходящих лечение, и сотрудников областного противотуберкулезного диспансера в вопросах охраны здоровья, в том числе профилактики и лечения социально значимых заболеваний — таких как вирусные гепатиты В и С, ВИЧ-инфекция и инфекции, передающиеся половым путем;
- обеспечить разработку и реализацию других совместных мероприятий и программ, направленных на улучшение психосоциальных условий, состояния здоровья пациентов областного противотуберкулезного диспансера на амбулаторном этапе.

На следующем этапе с учетом специфики заболевания, спектра проблем целевой группы и предмета договора были определены ключевые партнеры и их роли в проекте:

Главное управление Федеральной службы исполнения наказаний (ГУ ФСИН) по Челябинской области

Система исполнения наказаний характеризуется значительным числом потенциальных клиентов проекта, освобождающихся из мест лишения свободы, больных туберкулезом, в том числе в сочетании с ВИЧ-инфекцией. Ответственным лицом за реализацию договора является врач-фтизиатр ГУ ФСИН, который информирует освобождающихся о существующих услугах в проекте, а также сообщает в противотуберкулезный диспансер о количестве освобождающихся больных и сроках их освобождения.

Управление социальной защиты администрации г. Челябинска

Социальное сопровождение больных туберкулезом является одним из важнейших компонентов в лечении этого заболевания. Пациенты имеют определенные права и дополнительные блага, гарантированные государством и Конституцией Российской Федерации. При содействии социального работника больные туберкулезом, выздоравливающие и выздоровевшие пациенты обращаются в органы социальной защиты населения для получения различных льгот, улучшения жилищных условий, оформления документов об инвалидности, получения технических средств реабилитации, необходимых для жизнедеятельности. Отношение к данной категории пациентов со стороны работников социальных служб нередко негативно-равнодушное, а сами пациенты в силу своего низкого социального статуса не могут сформулировать проблему, написать заявление, собрать необходимые документы. Поэтому крайне важно наладить конструктивное взаимодействие с руководством Управления социальной защиты населения для обеспечения необходимой помощи.

Управление Федеральной миграционной службы (УФМС) по Челябинской области

Около 15 % запросов, поступающих социальному работнику проекта, касаются миграционного законодательства. Среди клиентов проекта много трудовых мигрантов, внутренних мигрантов (граждан РФ), а также лиц без определенного места жительства (БОМЖ) (согласно ежеквартальным отчетам специалиста по мониторингу проекта, в целом на их долю приходится около 15 % от общего числа клиентов проекта). Примерно в трети случаев пациенты, недавно освободившиеся из мест лишения свободы, в силу различных обстоятельств оказываются без каких-либо документов, даже временных; жители республик бывшего СССР претендуют на получение российского гражданства; в стационарах (по свидетельству главного фтизиатра Челябинской области М.В. Лехляйдер) находятся больные без регистрации по месту жительства или без гражданства. Вследствие этого многие пациенты не могут воспользоваться своими законными правами, получить льготы и материальную помощь. Необходима скоординированная совместная работа с Федеральной миграционной службой и паспортными столами. Некоммерческим организациям в силу различных обстоятельств достаточно сложно самостоятельно установить равнозначные партнерские от-

ношения с УФМС, и здесь в качестве партнера-посредника может выступить противотуберкулезный диспансер. Идеальным вариантом представляется наличие доверенного специалиста в каждом районном паспортном столе, куда клиенты проекта могут обратиться напрямую без бюрократической волокиты.

Областной Центр по профилактике и борьбе со СПИДом

По данным челябинской областной противотуберкулезной службы, около 10 % пациентов Центра по профилактике и борьбе со СПИДом также являются клиентами службы. От совместных усилий медицинских специалистов обеих служб зависит здоровье и скорейшее выздоровление пациента от туберкулеза. Обмен информацией, сообщение схем лечения, помещение в стационар — вот основные вопросы взаимодействия центров СПИД и противотуберкулезной службы. Идеальным вариантом является создание на базе центра СПИД отделения медико-социального сопровождения, в функции которого входит решение медицинских проблем пациента, оказание социальной помощи и сопровождение с применением мультипрофессионального подхода.

Реабилитационные центры и группы анонимных наркоманов и алкоголиков

Около 20 % клиентов проекта — люди, зависимые от алкоголя и наркотиков. В 80 % случаев традиционная наркологическая помощь для них оказывается неэффективной, однако сам факт обращения таких пациентов в противотуберкулезное учреждение говорит о наличии мотивации к лечению. У данной категории пациентов отсутствуют средства для оплаты лечения зависимости, поэтому важное значение имеет возможность обращения за помощью в некоммерческие реабилитационные центры и группы анонимных алкоголиков и наркоманов. Налаженное взаимодействие с лидерами данных групп в рамках проекта позволяет быстро перенаправить больного, вышедшего на амбулаторный этап лечения туберкулеза, в такую группу для профилактики рецидивов употребления наркотиков или алкоголя, снижающих эффективность лечения. Главный совет — реабилитационные центры и группы АА и АН должны быть сертифицированными, а клиенты не должны попасть в религиозные секты или в руки мошенников.

Рисунок 1. Система межведомственного взаимодействия на примере общественной организацией «Есть мнение»:

Отдельно следует подчеркнуть важность взаимодействия внутри команды проекта, в состав которой входят менеджер, специалист по мониторингу, социальный работник, психолог, главный врач областного противотуберкулезного диспансера, медицинские консультанты. Необходимо создать все условия взаимодействия между специалистами некоммерческой организации (НКО) и противотуберкулезной службы, в том числе:

1. Совместно с главным врачом противотуберкулезного диспансера определить рабочее место сотрудников НКО (психотерапевта, социального работника, юриста) на базе учреждения. Желательно, чтобы это был отдельный кабинет, оборудованный необходимой мебелью и техникой, где удобно проводить конфиденциальные беседы с пациентами.

2. Определить ответственное лицо из числа сотрудников диспансера, с которым будут взаимодействовать специалисты НКО по текущим рабочим вопросам.

3. Организовать систему направлений от лечащего врача к профильному специалисту. Заранее информировать специалиста о предстоящей консультации.

4. При возможности организовать отдельное место и назначить ответственного для выдачи продуктовых наборов и средств материальной помощи.

5. Все работники НКО должны четко следовать правилам внутреннего распорядка и инфекционного контроля лечебного учреждения.

6. Ежемесячный мониторинг проводимой деятельности должен осуществляться совместно сотрудниками НКО и противотуберкулезного диспансера, включая написание отчетов, анализ возникающих проблем, определение эффективности оказываемых услуг.

«Благодаря проекту появилось понимание того, что эффективная борьба с туберкулезом возможна только при грамотном межведомственном взаимодействии. В работу учреждения были включены психолог и социальный работник. Планируется привлечение юриста. И это позитивно отразилось как на персонале, так и на пациентах.

Стало очевидным, что все мы не одиноки в борьбе с туберкулезом. Надеемся, что новый подход заставит и органы власти на местах включиться в этот процесс».

Шалагин Анатолий Владимирович,
главный врач, ГБУЗ ОТБ № 3 (г. Магнитогорск), Челябинская область

11 Мониторинг программ психосоциальной помощи

Стерликов Сергей Александрович,
кандидат медицинских наук, заместитель руководителя Федерального центра мониторинга противодействия распространению туберкулеза в Российской Федерации, заведующий отделом эпидемиологии и организации противотуберкулезной помощи НИИ фтизиопульмонологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова.

Мониторинг — система методов исследования деятельности, включающая сбор материала, оценивание, контроль, прогнозирование и разработку приемов и способов приведения объекта в оптимальное состояние [1]. Цель мониторинга программ психосоциальной помощи больным туберкулезом — оценить эффективность проводимых мероприятий и, если она недостаточная, провести коррекцию программы.

Ключевое понятие мониторинга — индикатор, доступная измерению характеристика объекта. Используемые при мониторинге индикаторы можно разделить на три группы: индикаторы процесса, индикаторы результатов и индикаторы воздействия.

К индикаторам процесса относятся: охват территориальных образований, лечебных учреждений и больных программой, обеспеченность лекарствами и продуктовыми наборами, доступность мероприятий психосоциальной помощи для больных, наличие обученного персонала, регулярность и частота контрольных обследований, доля доз препаратов, принятых под непосредственным контролем сотрудника программы, полнота учета и отчетности и т.п. Индикаторы процесса начинают изменяться сразу после эффективного внедрения мероприятий программы психосоциальной помощи больным туберкулезом.

К индикаторам результатов относятся: прекращение бактериовыделения, доля больных с эффективным и неэффективным курсом химиотерапии, досрочно прервавших химиотерапию и выбывших, умерших от туберкулеза и других причин, а также с выявленной микобактерией туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью. Поскольку больные туберкулезом из разных групп (впервые выявленные, с рецидивом, после неэффективного курса лечения и др.) обладают различной приверженностью к лечению, для оценивания индикаторов результатов рекомендуется выделять группы (страты) больных туберкулезом, сходные по своим характеристикам. В международной практике в качестве основной индикаторной группы принято выделять впервые выявленных больных туберкулезом легких с положительным результатом микроскопии мокроты при регистрации. Индикаторы результатов начинают изменяться через некоторое время (от 3-х месяцев до 1 года) после внедрения эффективных мероприятий программы психосоциальной помощи больным туберкулезом.

Индикаторы воздействия отражают эффективность программы по ее воздействию на эпидемическую ситуацию по туберкулезу. Эта группа индикаторов представляет наибольший интерес для региональной администрации и органов управления здравоохранением, при прогнозировании позитивного воздействия программы на эпидемическую ситуацию по туберкулезу. Однако, как показывает опыт, улучшение

эпидемиологической ситуации по туберкулезу наступает лишь через 1–3 года после начала реализации мероприятий программы. При этом в первую очередь будет изменяться распространенность туберкулеза, а динамика смертности будет превалировать над динамикой заболеваемости.

Суждение об эффективности программы в целом и в отдельных учреждениях можно получить путем сравнения индикаторов со значениями, сформированными в качестве критериев эффективности, а также по динамике индикаторов по мере реализации программы. При недостаточной эффективности программы необходимо выяснить причины этого явления и разработать корректирующие мероприятия. При разработке корректирующих мероприятий следует помнить, что санкции в отношении исполнителя, занимающегося, в частности, заполнением форм мониторинга туберкулеза, могут приводить к целенаправленному искажению информации [2]. В связи с этим при разработке мероприятий необходимо сосредоточить внимание, прежде всего, на коррекции самой системы, а не на непосредственных исполнителях мероприятий. В отношении непосредственных исполнителей более эффективно оказание методической помощи, похвала за хорошую работу и другие мотивирующие мероприятия [3].

Поскольку основная задача программы — излечение больных туберкулезом при помощи улучшения контроля химиотерапии и приверженности к лечению, в качестве индикатора процесса можно использовать отношение количества доз препарата, принятое больным под непосредственным контролем медицинского работника в течение месяца, к количеству назначенных доз. Использование этого индикатора позволяет своевременно выявлять больных с низкой приверженностью к лечению и совместно с психологом и сотрудниками НКО корректировать индивидуальный план психосоциальной работы.

Этот же индикатор, рассчитанный для больных, получающих лечение в конкретном учреждении (например, районной больнице), позволяет выявлять учреждения с недостаточной психосоциальной работой. Выявление этих учреждений позволяет целенаправленно планировать кураторские выезды для выявления причин, препятствующих эффективному контролю лечения больных, и разрабатывать корректирующие мероприятия.

Для оценивания эффективности проведения интенсивной фазы лечения (прежде всего — стационарного лечения) целесообразно использовать показатель прекращения бактериовыделения, определяемого методом микроскопии мокроты в конце интенсивной фазы лечения и рассчитываемого по данным формы 10-ТБ «Сведения о результатах интенсивной фазы лечения (по микроскопии мокроты)». Пример расчета этого индикатора приведен в Приложении № 12 к Приказу Минздравсоцразвития России № 50 от

13.02.2004 г. «О введении в действие учетной и отчетной документации мониторинга туберкулеза». Исходя из этой же формы, можно предположить основные причины, препятствующие прекращению бактериовыделения в интенсивную фазу. Сохранение бактериовыделения после 3-х месяцев лечения, при удовлетворительном качестве тестирования на лекарственную чувствительность микобактерии туберкулеза, указывает на недостаточный контроль химиотерапии, а большое количество переведенных (выбывших) — на недостаточную приверженность больных к лечению и необходимость усиления мероприятий по психосоциальной помощи в стационаре.

Основные индикаторы результатов программы вычисляются по отчетной форме № 8 ТБ «Сведения о результатах курсов химиотерапии больных туберкулезом легких», которая составляется через 1 год после регистрации больных для лечения, что снижает оперативность принятия управленческих решений. Однако это компенсируется точностью выявления основных проблем, приводящих к снижению эффективности лечения. Недостаточная приверженность больных к лечению выражается в увеличении доли больных с неэффективным курсом химиотерапии, прервавших курс и выбывших[15].

Рекомендуемое международными проектами значение доли больных с неэффективным курсом химиотерапии не должно превышать 5 %. Аналогичное значение рекомендуется и для суммы долей больных, прервавших курс лечения и выбывших в неизвестном направлении. Также с целью программного мониторинга можно использовать единый индикатор, характеризующий недостаточную приверженность больных туберкулезом к лечению [3]. При достаточном количестве впервые выявленных больных туберкулезом легких (ТЛ) с положительным результатом микроскопии при регистрации (М+) рекомендуется рассчитывать индикаторные значения для этой группы больных. Если этих больных мало, рекомендуется отслеживать динамику показателей для всех впервые выявленных больных туберкулезом легких. Расчет основных индикаторов результатов приведен в Таблице 1.

При успешной реализации программ психосоциальной помощи больным туберкулезом индикаторы, указывающие на недостаточную приверженность больных туберкулезом к лечению, будут снижаться. В качестве примера можно привести динамику доли впервые выявленных больных с положительным результатом микроскопии мокроты при регистрации, прервавших курс химиотерапии в Брянской области (см. рисунок).

15. Высокое качество мероприятий по психосоциальной помощи создает условия для лечения по месту оказания помощи и подавляет фактор миграции больных.

Рисунок 1. Динамика доли впервые выявленных больных с положительным результатом микроскопии мокроты при регистрации, прервавших курс химиотерапии в Брянской области

Через год после начала успешной реализации программы произошло существенное снижение доли впервые выявленных больных туберкулезом с положительным результатом микроскопии мокроты при регистрации, прервавших курс лечения. Выраженное снижение показателя заболеваемости (с 95,9–98,7 до 88,1–79,3 на 100 тыс. населения) началось с 2010 года, смертности (с 20,9–25,1 до 18,8–16,9 на 100 тыс. населения) — с 2009 года, распространенности (с 245,9–252,7 до 179,0–133,6 на 100 тыс. населения) — с 2009 года.

В первый год реализации программы можно ожидать динамики индикаторов процесса и индикаторов результата, рассчитываемых по форме 10-ТБ. Начиная со второго года — положительной динамики индикаторов процесса и индикаторов результата, рассчитываемых по формам 8-ТБ и 10-ТБ, а также некоторых индикаторов воздействия (распространенность, смертность), и лишь начиная с третьего года реализации программы можно рассчитывать на положительные изменения в динамике заболеваемости.

Приложение 1. Расчет основных индикаторов результатов программы психосоциальной помощи больным туберкулезом (форма 8-ТБ).

Название индикатора результата	Формула для расчета индикатора
Доля впервые выявленных больных ТЛ М+ с неэффективным курсом химиотерапии	$100 \times \frac{т.1000с.1гр.6+7числ. - 7знам.}{т.1000с.1гр.13}$
Доля впервые выявленных больных ТЛ с неэффективным курсом химиотерапии	$100 \times \frac{т.1000с.1+2гр.6+7числ. - знам.}{т.1000с.1+2гр.13}$
Доля впервые выявленных больных ТЛ М+, прервавших курс химиотерапии	$100 \times \frac{т.1000с.1гр.10}{т.1000с.1гр.13}$
Доля впервые выявленных больных ТЛ, прервавших курс химиотерапии	$100 \times \frac{т.1000с.1+2гр.10}{т.1000с.1+2гр.13}$
Доля впервые выявленных больных ТЛ М+, выбывших в неизвестном направлении	$100 \times \frac{т.1000с.1гр.11}{т.1000с.1гр.13}$
Доля впервые выявленных больных ТЛ, выбывших в неизвестном направлении	$100 \times \frac{т.1000с.1+2гр.11}{т.1000с.1+2гр.13}$
Показатель, характеризующий недостаточную приверженность впервые выявленных больных ТЛ с М+ к лечению	$100 \times \frac{т.1000с.1гр.6+7числ-7знам+гр.10+гр.11}{т.1000с.1гр.13}$

Примечание. числ. — числитель графы 7 (левая часть дроби), знам. — знаменатель графы 7 (правая часть дроби). ТЛ М+ — больные туберкулезом легких (ТЛ) с положительным результатом микроскопии (М+).

Список литературы

1. Жужгов И.В. Мониторинг: определение, соотношение с категориями «наблюдение» и «управление» // Сборник научных трудов юридического факультета СевКавГТУ. Ставрополь, 2005. Выпуск № 7. С. 32

2. Богородская Е.М., Пунга В.В. Проведение кураторских визитов. В кн. Организация противотуберкулезной помощи на муниципальном уровне: практическое пособие для врачей / под ред. М.И. Перельмана. М.: ООО «Центр полиграфических услуг «Радуга», 2008. Т. 10. 16 с.

3. Отраслевые показатели противотуберкулезной работы в 2009-2010 гг. / Сон И.М., Нечаева О.Б., Стерликов С.А., Кучерявая Д.А., Богородская Е.М., Дудина А.Г., Одинцов В.Е. М., 2011. 60 с.

12 Выводы

Черняев Игорь Анатольевич,
заведующий организационно-методическим отделом Уральского научно-исследовательского института фтизиопульмонологии Минздрава России (г. Екатеринбург).

1. За последние годы в Российской Федерации наблюдается усиление политической поддержки мероприятий по противодействию туберкулезу со стороны органов законодательной и исполнительной власти как на федеральном, так и на региональном уровнях, направленной, в частности, на увеличение финансирования, организацию стабильных поставок препаратов и формирование правового поля. К настоящему моменту в Российской Федерации сложилась благоприятная ситуация для организации адекватного комплексного подхода к лечению больных туберкулезом. Однако в силу различных обстоятельств в стране долгие годы уделялось недостаточно внимания развитию психосоциальной помощи больным туберкулезом. Благодаря совместным усилиям региональных противотуберкулезных учреждений и некоммерческих организаций, а также международному сотрудничеству, появились положительные примеры организации контролируемой терапии, основанной на пациент-ориентированном подходе, который включает социальную и психологическую помощь во время лечения. Недостаток соответствующих специалистов в противотуберкулезных учреждениях может быть компенсирован за счет межведомственного взаимодействия и сотрудничества с общественными организациями.

2. Многие исследователи [1] также указывают на неэффективность принуждения для снижения количества случаев нерегулярного приема препаратов и отрывов от лечения среди пациентов различных социальных групп.

Необходимо искать другие пути обеспечения приверженности к лечению. Внедрение технологии предварительной диагностики риска досрочного прекращения лечения в формате первичного консультирования после установления диагноза является ключевым элементом формирования приверженности пациента на основе индивидуального плана психосоциальной поддержки в течение всего периода терапии. Стратификация пациентов по уровню риска может быть использована для оценки потребности в психосоциальной помощи и планировании мероприятий соответствующего профиля.

3. Организация консультаций нарколога и качественной наркологической помощи на базе противотуберкулезных диспансеров и стационаров на регулярной основе является наиболее эффективным вариантом устранения причин нарушения режима приема препаратов у лиц с зависимостью от психоактивных веществ.

4. Психологическая реабилитация больных туберкулезом органов дыхания является неотъемлемой частью реабилитационного процесса и может осуществляться в различных вариантах. При всех вариантах специализированной психологической помощи реабилитационное воздействие должно быть ориентировано на оптимизацию психоэмоционального состояния, сферы общения пациентов и коррекцию нарушенных отношений личности, играющих существенную роль в возникновении и течении данного заболевания.

5. Обучение больных туберкулезом является наиболее доступным способом повышения приверженности к лечению и эффективности противотуберкулезной терапии для медицинских работников и сотрудников некоммерческих организаций. Методика обучения больных в группах показала высокую эффективность в сравнении с традиционными методами информирования пациентов, которые не обеспечивают необходимого уровня знаний для формирования адекватного отношения к лечению со стороны больного туберкулезом. В связи с этим, крайне важно создать в окружении больного туберкулезом действенную информационную среду, которая является значимым ресурсом для повышения приверженности и эффективности противотуберкулезной терапии.

6. Помощь группам пациентов, наиболее уязвимым к инфицированию туберкулезом. Необходимо учитывать, что для решения всего комплекса проблем больных туберкулезом (включая медицинские, социальные, правовые, наркологические, психологические) важно установить безоценочный, принимающий контакт с людьми, которые являются представителями труднодоступных групп (включая лиц, длительно находившихся в местах лишения свободы, потребителей инъекционных наркотиков, работников коммерческого секса, трудовых мигрантов, бездомных).

Учитывая тяжесть двойной эпидемии туберкулеза и ВИЧ-инфекции в последние годы, особую важность приобретает разработка мер поддержки пациентов, больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией. Эти меры должны быть направлены на достижение согласованных действий между государственными учреждениями и некоммерческими организациями для лечения и социальной поддержки данной уязвимых групп пациентов.

Таким образом, для успешного контроля туберкулеза среди уязвимых групп населения необходима интегрированная модель взаимодействия между государственными учреждениями в сфере противодействия туберкулезу и ВИЧ-инфекции, социальными службами и некоммерческими организациями, имеющими доступ к уязвимым группам населения. Ориентированность на клиента, помощь в решении его медицинских и психосоциальных проблем, социальное сопровождение на всех этапах диагностики и лечения туберкулеза являются ключом к успеху в работе с уязвимыми группами населения.

7. Специалисты, оказывающие психосоциальную помощь. Как на уровне страны, так и в каждом субъекте Российской Федерации есть специалисты (психологи, наркологи, социальные работники, менеджеры проектов и организаторы здравоохранения), способные реализовать вышеперечисленные подходы для решения сложных психологических и социальных проблем пациентов, досрочно прекращающих лечение от туберкулеза и создающих предпосылки дальнейшего распространения заболевания в обществе. Деятельность этих специалистов способствует снижению отрывов и, соответственно, повышению эффективности лечения. Вместе с тем, ни один специалист не может помочь в решении всех проблем пациента в одиночку. Следовательно, для достижения желаемого уровня эффективности терапии среди лиц с высоким риском самовольного прекращения лечения требуется объединение усилий всех специалистов, чья помощь требуется конкретному больному.

8. Мультипрофессиональные команды. Создание и внедрение мультипрофессиональных команд в противотуберкулезных учреждениях освобождает врачей-фтизиатров от непрофильной работы и помогает распределить ответственность между специалистами, прошедших профессиональную подготовку по соответствующему профилю. Каждый специалист выполняет специфическую работу в своей зоне ответственности, что повышает эффективность деятельности всего коллектива и способствует снижению вероятности профессионального выгорания специалистов.

9. Мониторинг программ психосоциальной помощи. Поскольку основной задачей психосоциальной помощи является излечение больных туберкулезом за счет повышения приверженности к лечению, в качестве индикатора процесса можно использовать отношение количества доз

препарата, принятое больным под непосредственным контролем медицинского работника в течение месяца, к количеству назначенных доз. Использование данного индикатора позволяет своевременно выявлять больных с низкой приверженностью к лечению и совместно с психологом и сотрудниками партнерских некоммерческих организаций корректировать индивидуальный план психосоциальной работы с такими больными. Этот же индикатор, рассчитанный для больных, получающих лечение в конкретном учреждении (например, районной больнице), позволяет выявлять учреждения с недостаточной психосоциальной работой. Это позволяет целенаправленно планировать кураторские выезды для выявления и устранения причин, препятствующих эффективному контролю за лечением больных, и разрабатывать корректирующие мероприятия.

10. Межведомственное взаимодействие. Отраслевые и местные нормативные акты не запрещают ведение совместной деятельности между государственными лечебными учреждениями и общественными организациями организаций по психосоциальной поддержке пациентов, но и, как правило, не способствуют кооперации между ними. Вместе с тем, за годы работы российские некоммерческие общественные организации накопили значительный опыт в области сохранения здоровья населения. Для объединения усилий различных организаций и комплексного решения проблем психосоциальной поддержки больных туберкулезом с целью формирования и поддержания приверженности к лечению необходим межведомственный, межотраслевой подход. В этом качестве может использоваться проектный (программный) подход, доказавший свою эффективность в в повышении эффективности лечения больных туберкулезом, особенно из групп с наиболее высоким риском отрыва от лечения.

Список литературы

1. Богородская Е.М. Организационные принципы при различном отношении больного туберкулезом к лечению// [Электронный документ] 02.07.2008 г. Материалы Всероссийского совещания главных врачей и руководителей организационно-методических отделов противотуберкулезных учреждений Российской Федерации, 1-2 июля 2008 г. Ресурсный центр по изучению политики в сфере туберкулеза. URL: http://www.tbpolicy.ru/publications/index.php?id=59 (дата обращения 02.11.2012 г.).

Послесловие

Осознание того, что без социальной адаптации больного излечение туберкулеза проблематично, пришло очень давно. Ярким примером может служить добровольческая работа дочерей императора Николая I с больными туберкулезом. В те далекие времена работа по социализации больных считалась очень значимой. С созданием первых противотуберкулезных препаратов появилась уверенность, что туберкулез в ближайшем будущем будет побежден, а потребность в социальной помощи отпадет. Однако это мнение оказалось ошибочным.

История указывает, что наиболее значимых успехов в борьбе с туберкулезом наше государство достигало, когда мощные усилия были направлены именно на социальную составляющую борьбы с этим недугом. Совет Министров СССР своим Постановлением от 1 сентября 1960 года № 972 «О мероприятиях по дальнейшему снижению заболеваемости туберкулезом» закрепил основные социальные нормы для искоренения туберкулеза. Говоря современным языком, были достигнуты две цели: приверженность органов власти к данной проблеме и мотивация больных к излечению.

Когда говорим о медико-социальной помощи больным туберкулезом в современной России, мы сталкиваемся с рядом нерешенных проблем. Во-первых, до сих пор нет четкого определения самого понятия, и не обозначены компоненты процесса. Следовательно, пока мы не можем уверенно говорить о единых критериях оценки качества и достижения цели. Не хватает четкого законодательного обоснования, которое бы позволило внедрить программы оказания медико-социальной помощи на системном уровне в каждом регионе Российской Федерации.

Тем не менее, в последние годы существенно активизировалась работа по решению медико-социальных проблем у больных туберкулезом. Заметным прорывом стало проектное взаимодействие между противотуберкулезными учреждениями, общественными организациями и научно-исследовательскими институтами туберкулеза при организации проектов медико-социальной помощи.

Появились десятки положительных примеров успешного сотрудничества на региональном уровне, которое способствовало сокращению отрывов от лечения и развитию новых концепций и подходов, многие из которых обсуждаются в настоящем сборнике.

Вопросы медико-социальной помощи обсуждаются на тематических конференциях, готовится положение о медико-социальном сопровождении больных туберкулезом для включения в профильные приказы. По данному вопросу с российскими врачами активно взаимодействуют международные организации, передающие свой опыт социального сопровождения больных туберкулезом.

Только при наличии четкого определения медико-социальной помощи и ее компонентов, а также сформулированных рекомендаций по организации программ и, безусловно, при наличии сильной политической воли мы можем рассчитывать на серьезный качественный прорыв.

С уважением,

Степанов Д.В.
Заместитель директора Новосибирского НИИ туберкулеза

Фонд «Российское здравоохранение»

Фонд «Российское здравоохранение» создан по предложению Минфина России, Минэкономики России и Минздрава России, одобренному Постановлением от 31.10.96 № 1295 Правительства Российской Федерации.

Целью деятельности фонда является подготовка и реализация программ и проектов в области здравоохранения и социальной сферы.

В соответствии с Уставом фонд «Российское здравоохранение» является некоммерческой организацией, финансируемой за счет взносов учредителей (участников) фонда, средств, выделяемых Российской Федерации международными финансовыми организациями на подготовку и реализацию проектов, грантов, средств федерального бюджета и бюджетов субъектов Российской Федерации.

В 1997–2008 годах фондом «Российское здравоохранение» были успешно реализованы проекты, финансировавшиеся за счет займов Международного банка реконструкции и развития: «Медицинское оборудование», «Реформа здравоохранения», «Техническое содействие реформе системы здравоохранения», «Профилактика, диагностика, лечение туберкулеза и СПИДа». Реализованные фондом проекты «Профилактика, диагностика, лечение туберкулеза и СПИДа» и «Содействие реформе здравоохранения» вошли в число лучших проектов Всемирного банка на территории Европы и Средней Азии.

В соответствии с решением Странового координационного комитета по борьбе с ВИЧ/СПИДом и туберкулезом в Российской Федерации, фонд являлся исполнительным агентством по реализации проекта «Развитие стратегии лечения населения Российской Федерации, уязвимого к ВИЧ/СПИД и туберкулезу». Проект осуществлялся в формате двух программ, финансируемых за счет средств, предоставленных Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией в рамках 4-го раунда.

Фонд участвовал в выполнении Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения, а также реализует несколько проектов, финансируемых различными международными донорами.

Partners In Health Партнеры во имя здоровья

Представительство благотворительной организации «Партнеры во имя здоровья», США, в Российской Федерации (ПВИЗ)

Представительство благотворительной организации «Партнеры во имя здоровья», США, в Российской Федерации (ПВИЗ) — это некоммерческая организация, которая начала свою деятельность в России 11 лет назад. На протяжении этого времени приоритетным направлением деятельности Представительства было и остается укрепление ситуации в области борьбы с туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью в стране. Организация руководствуется принципом — каждый человек, бедный или богатый, имеет равные права на высокие стандарты медицинского обслуживания.

Наша деятельность

Контроль туберкулеза:

- Проекты, финансируемые Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией
- Программа по раннему выявлению туберкулеза в учреждениях общей лечебной сети/Программа «Раннее выявление туберкулеза»
- Программа «Сельская инициатива»
- Программа «Сокращение распространения туберкулеза среди лиц, живущих с ВИЧ/СПИД (ЛЖВС) на территории Томской области»
- Проект «Спутник»
- Проект «Сопровождение»
- Проект «Эффективный контроль над туберкулезом»

Тренинги и семинары:

- Менеджмент МЛУ-ТБ программ
- Организация борьбы с МЛУ-ТБ в пенитенциарной системе
- Клинический и программный менеджмент МЛУ-ТБ

- Практические аспекты выявления и лечения больных МЛУ-ТБ
- Инфекционный контроль в противотуберкулезных учреждениях
- Проблемы туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией
- Психосоциальная поддержка больных туберкулезом

Адвокация

- Взаимодействие и сотрудничество с федеральными научно-исследовательскими институтами туберкулеза
- Взаимодействие и сотрудничество с местными органами власти в регионах
- Санпросветработа среди населения

Исследовательская деятельность:

- Лечение ТБ и МЛУ-ТБ
- Развитие побочных реакций при лечении туберкулеза
- Развитие туберкулеза с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ-ТБ)
- Влияние антиалкогольных вмешательств на больных туберкулезом
- Оценка стоимости лечения туберкулеза
- Проведение скрининга на туберкулез и туберкулезную инфекцию среди уязвимых групп населения г.Томска
- Исследование лиц, находящихся в контакте с больными туберкулезом органов дыхания
- Анализ реализации совместной программы по лечению ТБ/ВИЧ-инфекции

На территории России действуют два офиса Представительства — в Москве и Томске. Как официальное Представительство организации «Партнеры во имя здоровья» в России, московский офис осуществляет административное и финансовое руководство проектами, а также координирует работу с российскими государственными структурами и обеспечивает соответствие наших проектов всем юридическим и финансовым нормам и правилам. Московский офис также отвечает за реализацию проектов «Сопровождение» и «Эффективный контроль над туберкулезом».

Томский офис ПВИЗ совместно с противотуберкулезной службой Томской области осуществляет руководство деятельностью, проводимой в рамках реализации гранта Глобального фонда. Томский офис отвечает за проведение программных исследований, мониторинг и оценку клинических показателей больных туберкулезом и МЛУ-ТБ в Томской области.

В российском представительстве «Партнеров во имя здоровья» работает 16 сотрудников, среди которых один кандидат биологических наук, два кандидата медицинских наук и три специалиста со степенью магистра общественного здравоохранения (MPH). Все сотрудники имеют богатый опыт работы в управлении проектами и высокий уровень компетентности.

Психосоциальная помощь больным туберкулезом в Российской Федерации. Сборник статей.

Представительство благотворительной организации «Партнеры во имя здоровья» (США) в Российской Федерации.

Руководство процессом подготовки публикации: Пономаренко О.И., Голяев Д.А.
Составитель: Кашницкий Д.С.
Научный редактор: Черняев И.А.
Литературный редактор: Синицына О.А.
Рецензенты: Демьяненко Э.Р., Стерликов С.А., Шалагин А.В.

Подписано в печать 14.02.2013. Формат 60x90/16. Бумага офсетная.
Печать офсетная. Усл. печ. л. 8,81

Тираж

Издательство ООО «ЛексТорг»
127094, Москва, ул. Малая Дмитровка, д. 23/15 стр.1
Отпечатанно в 1-ой типографии

ISBN 978-5-9904412-1-7

9 785990 441217