

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ КОМПЛАЕНТНОСТИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Петунова С. А.

ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет имени И. Н. Ульянова», Чебоксары, Россия, e-mail: petunova75@mail.ru

Проведен анализ психосоциальных факторов комплаентности больных туберкулезом легких, то есть степени соответствия поведения пациента и назначений врача. В качестве основных детерминант были выделены: социально-демографические факторы, обуславливающие низкую приверженность лечению (пол, возраст, наличие работы, образования и семьи, материального благосостояния, вредные привычки); уровень знаний пациентов о заболевании и особенностях течения туберкулезного процесса; особенности формирования информационной среды больных туберкулезом; характер отношения к своему заболеванию и степени приверженности к лечению. К числу неблагоприятных факторов комплаентности были отнесены: отсутствие или потеря работы в связи с заболеванием, а также поддержки со стороны семьи и близких; наличие у больных чувства социальной изолированности и ущербности, отсутствие желания избавиться от вредных привычек и в целом поменять образ жизни. В целом результаты оценки выборки исследования указывают на высокий показатель комплаентности больных. Но имеются некоторые искажения в оценке характера заболевания и его прогнозов вследствие недостаточной информированности. Причем в качестве основного источника информации пациенты указывают медицинский персонал больницы. Организация информационно-просветительской работы должна осуществляться в процессе межличностного доверительного взаимодействия между пациентом и врачом.

Ключевые слова: комплаентность, больные туберкулезом легких, отношение к заболеванию, психосоциальные факторы комплаентности.

PSYCHOSOCIALLY FACTORS OF TUBERCULOSIS PATIENTS' COMPLIANCE

Petunova S. A.

Federal State Educational Budget Institution of Higher Professional Education «The Ulianov Chuvash State University», Cheboksary, Russia, e-mail: petunova75@mail.ru

Analysis of psychosocial factors of compliance of patients with pulmonary tuberculosis, that is extent to which patient's behavior meets physician's appointments. The main identified determinants were the following: socio-demographic factors causing low adherence (gender, age, employment, education and family, material prosperity, bad habits); level of patient's knowledge about the disease and characteristics of tuberculous process; peculiarities of information environment among tuberculosis patients; nature of attitude to the disease and degree of adherence to treatment. Disadvantages of compliance included: lack or loss of work due to illness, as well as support from family and friends; presence of patient's sense of social isolation and inferiority, lack of desire to get rid of bad habits and overall lifestyle change. In general, results of the study indicate high compliance of patients. Nevertheless there are some distortions in assessment of nature of the disease and its forecasts due to lack of awareness. The main source of information for patients is shown as medical staff of the hospital. Organization of outreach should be in process of interpersonal trust interaction between patient and physician.

Keywords: compliance, pulmonary tuberculosis patients, attitude toward disease, psychosocial factors of compliance.

Исследования в области психологического сопровождения пациентов с соматическими заболеваниями всегда имели свою актуальность. В данной работе мы хотим рассмотреть важность и эффективность подобного рода психологической помощи на примере больных туберкулезом легких. В последнее десятилетие в нашей стране предпринимаются меры по совершенствованию качества медицинской помощи, улучшению экологической ситуации, повышению материального благосостояния, социальных гарантий

и культурного уровня, а также расширения просветительской работы в области медицины и здоровья населения. Заболеваемость туберкулезом в России в 2013 году составляла 63 случая на 100 тысяч человек, смертность – чуть более 11 случаев на 100 тысяч россиян. За последний год смертность от этого заболевания снизилась более чем на 8 % (по данным Минздрава). Причем 90 % выявленных случаев – это туберкулез легких. Туберкулез легких считается самой эпидемически опасной локализацией заболевания. Заболеваемость и смертность от туберкулеза в России снижаются, однако специалистов тревожит распространение лекарственно устойчивых форм заболевания, одна из причин, данной ситуации кроется в преждевременном прекращении лечения или перерывы приема противотуберкулезных препаратов по вине самого пациента [9].

Цель данной работы заключалась в анализе социальных и психологических факторов комплаентности больных туберкулезом легких, т.е. степени соответствия поведения пациента и назначений врача. Эмпирической базой являлся КУ «Республиканский противотуберкулезный диспансер» Минздравсоцразвития Чувашии г. Чебоксары. Выборку исследования составили пациенты стационара и амбулаторного отделения с диагнозом туберкулез легких. Общее количество испытуемых 50 человек, из них 36 мужчин и 14 женщин, возраст от 20 до 79 лет. Причем возрастная группа от 25 до 44 лет является доминирующей (35 %). Исследование проводилось с помощью специально разработанной анкеты [1]. Все вопросы анкеты были разделены на пять разделов: общая информация о пациентах, социальные факторы риска, информированность пациентов о заболевании, отношение к болезни, отношение с социумом.

Результаты исследования показали, что начальное образование имеют 2,7 % (муж.), неполное среднее 8,3 % (муж.), среднее 47,2 % (муж.) и 42,9 % (жен.), среднее профессиональное 30,6 (муж.) и 50.% (жен.), незаконченное высшее – 5,6 % (муж.), 5,6 % (муж.) и 7,1.% (жен.) имеют высшее образование. Таким образом, данная выборка представлена испытуемыми в основном со средним и средним профессиональным образованием. У большинства испытуемых – 94,4 % (муж.) и 92,9 % (жен.) заболевание выявлено первично. Диагноз поставлен менее 2-х месяцев у 41,7.% (муж.) и 21,4 % (жен.), от 2-х до 6 мес. – 27,8 % (муж.) и 35,7 % (жен.), от 6 мес. до 1 года – 22,2.% (муж.) и 35,7 % (жен), более года находятся на лечении 2,7 % (муж.) и 7,2 % (жен.).

Большинство авторов изучало проблему низкой приверженности лечению больных туберкулезом по отдельным признакам. В то время как приверженность больного туберкулезом лечению определяется совокупностью множества факторов. Отмечено, что при лечении больных туберкулезом мало внимания уделяется учету роли психологических факторов, тесно взаимосвязанных с их гендерными, возрастными особенностями [5].

Психологические ресурсы личности при хроническом заболевании могут подразделяться на интраперсональные и интерперсональные [2], что необходимо учитывать при работе над повышением приверженности к лечению и при туберкулезе. Среди личностных особенностей больных впервые выявленным туберкулезом легких, во многом определяющих приверженность лечению, исследователи выделяют высокие показатели оптимистичности, связанной со снижением критичности и анозогнозией [4]. Снижение комплаентности при туберкулезе может соотноситься с определенными психоэмоциональными нарушениями и снижением качества жизни больных [8].

Дальнейшее исследование было построено на решении следующих задач:

1) выявить социально-демографические факторы, обуславливающие низкую приверженность лечению (пол, возраст, наличие работы, образования и семьи, материального благосостояния, вредные привычки);

2) определить уровень знаний пациентов о заболевании и особенностях течения туберкулезного процесса;

3) изучить особенности формирования информационной среды больных туберкулезом;

4) исследовать характер отношения к своему заболеванию и степени приверженности к лечению.

Результаты исследования профессионального состава больных показали, что большинство пациентов это рабочие – 55,6 % (муж.) и 42,9 % (жен.), а также 8,3 % (муж.) и 14,3 % (жен.) – служащие, занятых в сельском хозяйстве – 2,7 % (муж.) и 7,1 % (жен.), учащиеся – 2,7 % (муж.), 14,3 % женщин – домохозяйки, больных пенсионеров – 5,6 % (муж.) и 7,1 % (жен.). Группу риска составляют безработные пациенты 25,1 % (муж.) и 14,3 % (жен.), так по оценки врачей, именно безработные больные чаще нарушают больничный режим и имеют перерывы в приеме лекарств. Отсутствие необходимости в листе нетрудоспособности, а также тяжелых клинических проявлений болезни (в особенности на начальных этапах), субъективно создает восприятие себя как здорового и как следствие приводит к срывам в лечении.

Наличие поддержки со стороны семьи и близких является благоприятным фактором в лечении болезни. Тот факт, что большинство пациентов состоят в официальном и гражданском браке – 56,1 % (муж.) и 85,8 % (жен.), делает их психологически более защищенными и при этом более ответственными. Это находит подтверждение в ответах на вопрос: «Кому в первую очередь вы рассказали о болезни?», родственники – 50 % (муж.) и 71,4 % (жен.), а также у 38,8 % (муж.) и 28,6 % (жен.) кроме родственников, никто из

знакомых не знает о болезни, то есть семья, по сути, является основным, а для некоторых больных единственным источником моральной поддержки.

Друзья и коллеги по работе в курсе заболевания лишь у 5,6 % (муж.) больных, а 2,6 % (муж.) вообще никому не рассказывали о своем диагнозе. Это во многом обусловлено тем, что больные с диагнозом туберкулез легких вынуждены перестраивать свои отношения с окружающими, по их мнению, «здоровые люди не способны понять больных, так как не переживали того, что переживают больные» – 38,9 % (муж.) и 42,9 % (жен.). 36,4 % (муж.) и 35,7 % (жен.) чувствуют отличия между собой и окружающими, так как «приходится ограничивать свое общение с окружающими» 36,4 % (муж.) и 35,7 % (жен.).

Результаты оценки отношений с родными наоборот показали, что «семья стала более внимательно ко мне относиться, проявляя заботу и поддержку» – 52,7 % (муж.) и 64,3 % (жен.).

Если факт наличия вредных привычек является косвенной причиной возникновения заболевания туберкулезом, то употребление алкоголя и никотина во время лечения не только снижает его эффективность, но и усугубляет состояние больного.

Среди опрошенных больных 63,9 % (муж.) и 14,3 % (жен.) курящих, употребляют алкоголь каждую неделю (не смотря на болезнь) – 5,6 % (муж.), употребляют по большим праздникам – 83,3 % (муж.) и 78,6 % (жен.), не употребляют – 8,3 % (муж.) и 21,4 % (жен.). Причем, не смотря на заболевание, не отказались от вредных привычек 50 % (муж.) и 14,3 % (жен.). Нежелание больных отказаться от пагубных привычек в определенной степени свидетельствует о нарушении предписаний врача, нежелании менять свой образ жизни, помогая процессу выздоровления.

Результаты оценки изменений материального положения больными показали, что 63,9 % (муж.) и 78,6 % (жен.) считают, что их материальное положение ухудшилось, 33,3 % (муж.) и 21,4 % (жен.) – полагают, что оно существенно не изменилось и 2,8 % (муж.) – улучшилось. По мнению больных, их тревожит неопределенность их дальнейшей профессиональной карьеры, так как наличие туберкулеза в диагнозе может стать причиной утраты трудоспособности или невозможности работы по своей специальности. Те, кто работали у частных предпринимателей, вообще оказались безработными. Беспокойство за свою дальнейшую судьбу, наличие материальных проблем, негативно сказывается на их эмоциональном состоянии, заставляет их скрывать болезнь от сослуживцев, знакомых. А если больной сам является частным предпринимателем, возникает желание прервать лечение, мотивируя это необходимостью зарабатывать деньги.

На следующем этапе была проведена оценка отношения пациентов к своему заболеванию и степень их приверженности лечению.

Так 94,4 % (муж.) и 92,9 % (жен.) верит в положительный исход лечения, и 5,6 % (муж.) и 7,1 % (жен.) не могут однозначно ответить на этот вопрос, при этом 5,6 % (муж.) и 7,1 % (жен.) не хотят продолжать лечение.

Общая оценка комплаентности опрошенных соответствует высокому уровню, так 100 % (муж.) и 92,9 % (жен.) принимают лекарства и процедуры в строгом соответствии назначений врача и лишь 7,1 % (жен.) принимают частично. Перерывы в лечении отмечены у 8,3 % (муж.) и 28,6 % (жен.); 7,1 % (жен.) уклоняются в ответе на данный вопрос.

«Сколько времени Вам нужно, чтобы вылечиться?», отвечая на данный вопрос, 22,2 % (муж.) и 28,6 % (жен.) считают, что полгода, 19,4 % (муж.) и 28,6 % (жен.) – один год, 11,1 % (муж.) и 14,2 % (жен.) – указывают три – четыре месяца, что говорит об их адекватной оценке своего состояния, характера болезни и лечения. О недостаточной информированности может свидетельствовать такой ответ на данный вопрос, как «не знаю» – 47,2 % (муж.) и 28,6 % (жен.).

Отвечая на вопрос, «Кто должен Вам помочь вылечиться?» 44,4 % (муж.) и 50% (жен.) считают, что врачи и медперсонал, 50 % (муж.) и 42,9 % (жен.) – убеждены, что исход лечения зависит только от них самих; 5,6 % (муж.) – надеются на помощь родственников и друзей и 7,1 % (жен.) уклоняются от ответа.

В качестве места лечения опрошенные указывают такие варианты как «больница» – 30,6 % (муж.) и 36,8 % (жен.); «жить дома, но каждый день приходить за таблетками» предпочитают 58,2 % (муж.) и 57,1 % (жен.); «хочу, чтобы таблетки привозили домой» так считают 5,6 % (муж.) и 7,1 % (жен.), и для 5,6 % (муж.) – «не имеет значения».

Общий фон настроения у большинства пациентов хороший и оптимистичный – 83,3 % (муж.) и 64,3 % (жен.), что является важным условием в ходе лечения; 16,7 % (муж.) и 36,8 % отмечают у себя перепады настроения. Причем 30,6 % (муж.) и 50 % (жен.) считают, что «благодаря болезни получают то внимание, которого им не хватало всю жизнь».

Исследование особенностей формирования информационной среды больных туберкулезом показало, что большинство опрошенных стремятся расширить свои знания о болезни – 83,4 % (муж.) и 92,9 % (жен.), а у 8,6 % (муж.) и 7,1 % (жен.) нет данной потребности. В качестве основного источника информации для основной массы пациентов являются лечащие врачи и медперсонал больницы – 35,8 % (муж.) и 38,9 % (жен.), а для 30,6 % (муж.) и 11,1 % (жен.) – стенгазеты в поликлинике. Интернет как источник информации является вторым по популярности для 23,2 % (муж.) и 27,8 % (жен.). Кроме вышеуказанных были также отмечены: научно-популярная литература, периодическая печать, другие больные и родственники. Причем, в результате общения с другими больными туберкулезом у 72,2 % (муж.) и 71,4 % (жен.) появилось желание и уверенность в исходе лечения, у 19,4 %

(муж.) и 21,5 % (жен.) желание лечиться не изменилось, а 5,6 % (муж.) и 7,1 % (жен.) утверждают, что в результате обмена информацией с другими пациентами желание лечиться пропало и они стали принимать не все препараты.

По мнению самих пациентов, они склонны больше доверять мнению квалифицированных специалистов, дополняя информацию посредством интернета. Отсутствие информации мотивирует больных к самостоятельному ее поиску, источник которой может быть не всегда достоверным и надежным. Кроме того, большинство опрошенных – 83,4 % считают, что инициатива должна исходить от медицинского персонала, так как есть проблемы, связанные с болезнью, о которых пациенты даже не догадываются, либо отрицаются ими, в силу действия защитных механизмов.

Так на вопрос: «Вы знаете, какой болезнью легких болеете?», 66,7 % (муж.) и 78,6 % (жен.) ответили – «туберкулез», а 33,3 % (муж.) и 21,4 % (жен.) ответили, что не знают. Причем, во всех случаях у больных диагноз установлен. «В вашей мокроте есть туберкулезные палочки?», ответ на данный вопрос у 57,4 % (муж.) и 85,7 % (жен.) – отрицательный, 8,3 % (муж.) ответили «да» и 33,3 % (муж.) и 14,3 % (жен.) не знают, так как 50 % из них ожидают результаты анализа на бакпосев.

Некоторая неопределенность была выявлена при ответе на вопрос «Можно ли от Вас заразиться этой болезнью?» – 8,3 % (муж.) и 7,1 % (жен.) считают, что да; 22,2 % (муж.) и 64,3 % (жен.) – считают, что нет; 69,5 % (муж.) и 28,6 % (жен.) – не знают.

Обобщая результаты исследования можно сделать вывод, что наличие таких факторов как отсутствие работы или потеря ее в связи с заболеванием, снижение материального благополучия ведут к ухудшению качества жизни пациентов с диагнозом туберкулез легких. Это делает их уязвимыми и заставляет прекращать лечение, объясняя это необходимостью зарабатывать себе на жизнь либо снижает их ответственность и также приводит к срывам в лечении. Участие семьи и близких для больных является основным, а в ряде случаев единственным источником эмоциональной, психологической и моральной поддержки. Данный фактор особенно актуален для формирования устойчивой приверженности лечению, так как большинство пациентов указывают на наличие вынужденной социальной изолированности, негативное отношение окружающих к их диагнозу, что вызывает отрицательные эмоции и как следствие снижает комплаентность. Возможно, данный фактор является причиной того, что большинство пациентов предпочли бы находиться дома, приходя в больницу лишь за лекарствами.

В целом результаты оценки данной выборки исследования указывают на высокий показатель комплаентности больных. Но имеются некоторые искажения в оценке характера заболевания и его прогнозов вследствие недостаточной информированности. Пациенты

предпочитают получать информацию от медицинского персонала больницы, посредством межличностного доверительного взаимодействия.

С учетом вышеизложенных факторов, дальнейшая работа должна быть направлена на выявление социально-психологических детерминант, обуславливающих степень приверженности лечению больных туберкулезом легких (личностные особенности, тип отношения к болезни, уровень стрессочувствительности, копинг-стратегии и т.д.), и рассмотрение их во взаимосвязи с социально-демографическими характеристиками. Что впоследствии позволит разработать программу индивидуальной и групповой помощи пациентам с различным уровнем приверженности лечению, включая методы информационно-образовательного воздействия на пациентов, методик психокоррекционного характера, направленных на стабилизацию эмоционального состояния больных. Подчеркивается отсутствие единого терапевтического подхода ко всем больным, способного повысить их приверженность к лечению [3]. Необходимо обращаться к инновационным подходам [7]. Среди вопросов, лежащих в основе снижения приверженности больных туберкулезом к лечению, выделяют не только трудности доступа к медицинской помощи, но и невысокий уровень межличностного взаимодействия с медицинским персоналом при ее получении [6].

Список литературы

1. Богородская Е. М., Данилова И. Д., Ломакина О. Б. Формирование у больных туберкулезом стимулов к выздоровлению и соблюдению режима химиотерапии // Пособие для врачей. – 2006. – URL:http://www.fisfactor.ru/biblioteka/ftiz/sozдание_u_bolnix_tub_stimulov.pdf (дата обращения 11.11.14).
2. Николаев Е. Л., Лазарева Е. Ю. Психосоциальные риски и ресурсы при сердечно-сосудистых заболеваниях // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2014. – № 10. – С. 109-130.
3. Петунова С. А., Николаев Е. Л. Вопросы организации психотерапевтического и информационно-образовательного воздействия на больных туберкулезом // Современные подходы к продвижению здоровья: Материалы V Международной научно-практической конференции. (Гомель, 15–16 мая 2014 г.). – Гомель, 2014. – С. 185-186.
4. Пьянзова Т. В. Психологические предикторы низкой комплаентности больных впервые выявленным туберкулезом легких // Бюллетень сибирской медицины. – 2012. – № 6. – С. 216-219.

5. Юдин С. А., Борзенко А. С., Деларю В. В., Калуженина А. А. Выполнение больными туберкулезом врачебных рекомендаций и трудности, возникающие при проведении лечения // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2013. – Т. 9. – № 4. – С. 741-743.
6. Jaiswal A., Singh V., Ogden J. A., Porter J. D. H., Sharma P. P., Sarin R., Arora V.K. and Jain R.C. Adherence to tuberculosis treatment: lessons from the urban setting of Delhi // Tropical Medicine & International Health. (India, July 2003 г.). – 2003. – Vol. 8, Is. 7. – P. 625-633.
7. Hirsch-Moverman, Y., Daftary A., Franks, J., Colson, P. W. Adherence to treatment for latent tuberculosis infection: systematic review of studies in the US and Canada // The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease. – 2008. – Vol. 12. – No. 11. – P. 1235-1254.
8. Юр'єва, Л. М. Психопатологічні порушення у хворих з вперше виявленим туберкульозом // Таврич. журнал психіатрії. – 2005. – Т. 9. – No. 2 (31). – С. 34-37.
9. Интернет-сайт РИА Новости. - URL: <http://www.ria.ru/society/20140324//>

Рецензенты:

Николаев Е.Л., д.м.н., профессор, зав. кафедрой социальной и клинической психологии Чувашского государственного университета имени И. Н. Ульянова, г. Чебоксары;
Голенков А. В., д.м.н., профессор, зав. кафедрой психиатрии, мед. психологии и неврологии Чувашского государственного университета имени И. Н. Ульянова, г. Чебоксары.