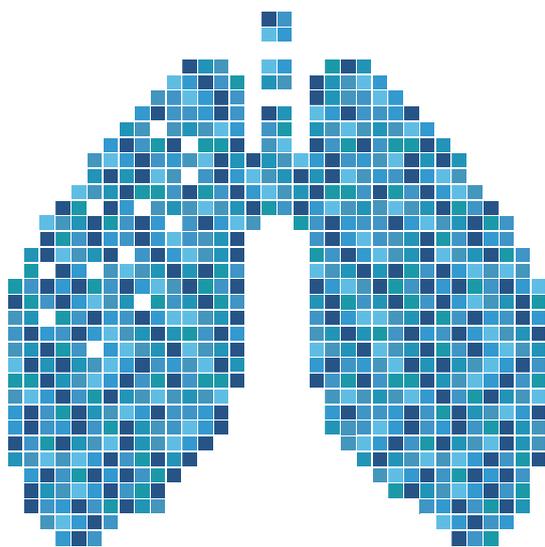


МБФ «МЕЖДУНАРОДНЫЙ АЛЬЯНС ПО ВИЧ/СПИД В УКРАИНЕ»



**ФОРМИРОВАНИЕ
ПРИВЕРЖЕННОСТИ
К ЛЕЧЕНИЮ ТУБЕРКУЛЕЗА
У КЛИЕНТОВ ПРОГРАММ
СНИЖЕНИЯ ВРЕДА**

КИЕВ - 2015



УДК 364.62:616.24-002.5-056.24](477)(083.132)
ББК 65.272(4Укр)+54.12
Ф79

Авторы идеи:

Ирина Жарук, Оксана Сметанина

Авторский коллектив:

Ирина Жарук,

менеджер технической помощи, координатор проектов по раннему выявлению ТБ,
МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине»;

Людмила Шульга,

руководитель отдела технической помощи, МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине»;

Марина Варбан,

канд. психол. наук, менеджер развития ресурсов технической помощи, МБФ «Международный
Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине»;

Оксана Сметанина,

программный менеджер: ТБ/ВИЧ, МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине»;

Ольга Сидоренко,

психолог, консультант, МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине»;

Сергей Филиппович,

директор департамента лечения, закупок и управления поставками, МБФ «Международный
Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине»;

Евгения Гелюх,

программный менеджер: ТБ/ВИЧ, МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине»;

Яна Моренец,

координатор проекта «Усиление потенциала НПО для более значимого участия в противодействии
эпидемии ТБ» (GIZ), МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине».

**Формирование приверженности к лечению туберкулеза у клиентов программ снижения
Ф79 вреда. Пособие для социальных и аутрич-работников.** – К.: МБФ «Международный Альянс по
ВИЧ/СПИД в Украине», ООО «Агентство «Украина», 2015. – 25 с.
ISBN 978-966-137-047-9

Распространяется бесплатно.

УДК 364.62:616.24-002.5-056.24](477)(083.132)
ББК 65.272(4Укр)+54.12

ISBN 978-966-137-047-9

© МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине», 2015

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений	3
Введение	4
Приверженность к лечению	5
Факторы, негативно влияющие на приверженность к лечению	7
Факторы, обеспечивающие приверженность к лечению	8
Эффективная работа с клиентом	13
Подходы в консультировании клиентов	14
Мифы и убеждения относительно ТБ	17
Диагностика, разработка плана лечения и контроля за лечением туберкулеза	18
Барьеры формирования приверженности	20
Список полезных ресурсов	21

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека.

НПО – неправительственная организация.

ТБ – туберкулез.

МБТ – микобактерия туберкулеза.

Побочные эффекты – нежелательные эффекты, связанные с приемом лекарств.

Приверженность лечению – осознанный прием препаратов и соблюдение режима лечения в строгом соответствии с предписаниями врача.

Резистентность (устойчивость) – выработанное к действию лекарственного препарата свойство вируса, при котором утрачивается чувствительность к препарату.

ЛПУ – лечебно-профилактические учреждения.

ВВЕДЕНИЕ

В ответ на эпидемию туберкулеза в Украине Альянсом-Украина в 2013–2014 годах был внедрен проект по раннему выявлению туберкулеза среди представителей групп риска в проектах снижения вреда, а также кейс-менеджмент (СИТИ).

Целью таких проектов в Украине было снижение темпов распространения и смертности от ТБ представителей уязвимых групп населения путем обеспечения раннего выявления ТБ, а также своевременного и беспрепятственного доступа клиентов к медицинским услугам.

Задачи указанных выше проектов:

1. Проведение информационной работы среди целевой группы и сотрудников НПО с целью повышения осведомленности о туберкулезе, профилактики туберкулеза, формирования приверженности к лечению туберкулеза;
2. Организация проведения скринингового опроса среди представителей уязвимых групп;
3. Установление партнерства с учреждениями здравоохранения, занимающимися диагностикой и лечением туберкулеза;
4. Координация работы с медицинскими работниками противотуберкулезной службы для организации консультативных и диагностических услуг клиентам программ снижения вреда;
5. Координация с медицинскими работниками противотуберкулезной службы для предоставления им помощи в лечении клиентов (установление контактов с клиентами по просьбе врача и т.д.).

В процессе реализации проектов социальными работниками была выявлена необходимость оказания помощи клиентам в формировании приверженности к лечению туберкулеза.

Пособие разработано для социальных работников, аутрич-работников и психологов общественных и государственных организаций, сотрудников противотуберкулезной службы, а также врачей, которые работают с представителями уязвимых к ВИЧ-инфекции и ТБ групп.

Издание содержит описание приверженности к лечению и факторов, влияющих на приверженность, а также подходов в консультировании клиентов, рекомендаций по активному выявлению ТБ среди представителей групп риска, формированию плана лечения и контроля за лечением ТБ.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ

Эпидемия туберкулеза уже вышла за рамки только медицинской сферы. Сегодня – это комплексная проблема, которая требует соответствующего подхода в решении. Сотрудники противотуберкулезных учреждений работают с определенными социальными группами, имеющими проблемы с эмоциональной сферой, деструктивное поведение, отсутствие обеспокоенности за свое здоровье и мотивации к лечению. Наша задача состоит в оказании представителям уязвимых групп социальной поддержки, не оставляя их наедине с заболеванием.

В этом контексте рассмотрим термин «приверженность к лечению». Всемирная организация здравоохранения определяет приверженность как степень соответствия поведения, приема медикаментозных средств, диеты и/или изменений образа жизни согласованным рекомендациям.

Под приверженностью к лекарственному лечению понимается:

1. Готовность клиента к началу терапии.
2. Способность клиента к правильному выполнению режима лечения.
3. Постоянство в выполнении предписанной схемы дозирования.

Понятие «приверженность» означает сотрудничество и партнерство врача и пациента с активным вовлечением последнего в процесс лечения.

Приверженность к лечению состоит из комплекса составляющих:

- ♦ регулярное посещение врачей;
- ♦ сдача всех необходимых анализов в установленные сроки;
- ♦ прохождение всех назначенных врачом процедур;
- ♦ прием препаратов в правильных дозах, в указанное время и согласно правилам приема и предписаний врача;
- ♦ учет взаимодействия противотуберкулезных препаратов с другими препаратами или наркотическими веществами.

Термин «приверженность терапии» (с англ. adherence to therapy) означает соблюдение указаний врача. Несмотря на незначительные различия, данный термин близок по своему содержанию к термину «соблюдение» (с англ. compliance) и означает «соблюдение больным режима и схемы лечения».

Приверженность терапии обычно определяется как характеристика поведения пациента, связанного с лечением, и правильное выполнение им рекомендаций врача.

Приверженность также рассматривается как комплексное взаимодействие пациента, врача и системы здравоохранения: поведение пациента подвергается сильному влиянию той среды, в которой пациент прибывает, медицинские работники практикуют, система охраны здоровья функционирует.

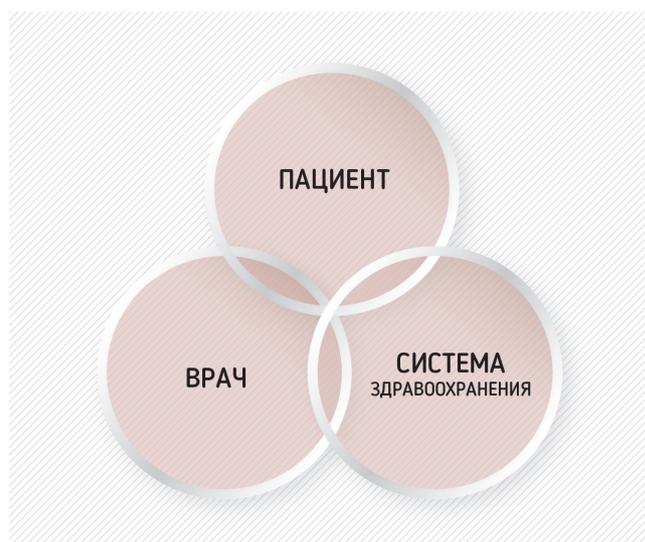


Схема 1. Приверженность как взаимодействие пациента, врача и системы здравоохранения.

В наших проектах мы выявили, что поддержку и социальное сопровождение клиентов работниками НПО также необходимо добавить в данную систему для достижения максимальной эффективности взаимодействия.

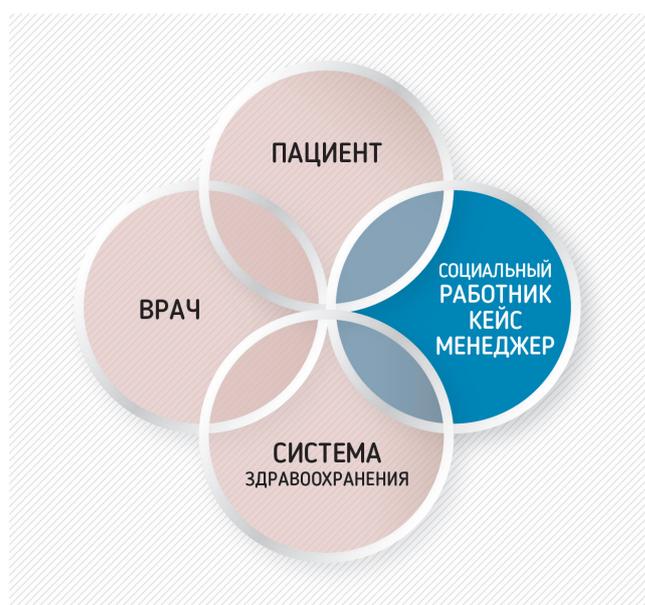


Схема 2. Приверженность как взаимодействие пациента, социального работника/кейс-менеджера, врача и системы здравоохранения.

Консультирование по приверженности к лечению необходимо начинать на самых ранних этапах работы с клиентами, а именно – на этапе информирования клиентов о проблеме туберкулеза и мотивирования их к прохождению диагностики. Целью такого консультирования является информирование о том, что низкий уровень приверженности может привести не только к снижению эффективности лечения, но и к возникновению устойчивых форм микобактерии туберкулеза. Поэтому клиентам общественных организаций важно донести информацию, что туберкулез – серьезное заболевание, а его лечение – процесс достаточно длительный, требующий активного участия заболевшего (вплоть до изменения образа жизни) и гораздо больших усилий, чем лечение других инфекционных заболеваний. Для полного излечения ТБ и предотвращения лекарственной устойчивости, больные туберкулезом должны следовать рекомендуемому курсу лечения.

Отсутствие приверженности пациентов к лечению является проблемой медицины во всем мире и предметом изучения.

Примеры поведения клиентов с низкой приверженностью:

- ◆ пропуск приема препаратов;
- ◆ прием препаратов не по назначенной схеме лечения;
- ◆ пропуск визитов к врачу;
- ◆ отказ от приема препаратов.

Неприверженность к лечению туберкулеза может привести к серьезным последствиям, таким как приобретение лекарственной устойчивости, усугубление течения заболевания, смерть.

Резистентность, или устойчивость к препаратам развивается, когда уровень лекарственного средства в крови слишком низкий для того, чтобы остановить размножение микобактерии.

Развитие Резистентности означает, что препараты, которые принимает пациент, перестают оказывать губительное действие на возбудителя.

ФАКТОРЫ, НЕГАТИВНО ВЛИЯЮЩИЕ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ

Исследования уровня приверженности пациентов к лечению указывают, что на приверженность влияет целый ряд факторов/обстоятельств:

- ◆ Пол и возраст: низкая приверженность к лечению была выявлена у мужчин, пожилых людей старше 65 лет и молодых пациентов до 35 лет;
- ◆ Психологические особенности пациента, уровень его образования: отрицание заболевания, плохая память, «нетерпеливость», невысокие волевые качества, низкий уровень образования и интеллекта;
- ◆ Особенности течения заболевания: часто встречаются случаи, когда перестают принимать препараты после исчезновения клинических симптомов заболевания;
- ◆ Схемы лечения: для некоторых людей количество таблеток, которое необходимо принимать, или сложность режима служат постоянным напоминанием о болезни. Когда самочувствие улучшается (после начальной фазы заболевания), у людей может возникнуть желание забыть о болезни и, как следствие, не принимать препараты. Количество таблеток, частота приема и определенные требования к диете также могут усложнять прием препаратов;
- ◆ Сложность в организации контролируемого лечения: медицинские услуги труднодоступны для получения пациентом (отсутствие средств на транспорт, удаленность ДОТ-кабинета, сопутствующие заболевания, осложняющие передвижения пациента, неудобный для пациента график работы ДОТ-кабинета);
- ◆ Побочные эффекты от приема противотуберкулезных препаратов: после начала лечения достаточно серьезная проблема, которая может привести к отказу от лечения;
- ◆ Социальное окружение: нестабильные отношения в семье, с друзьями и коллегами могут негативно влиять на приверженность к лечению;
- ◆ Стиль жизни: определенная модель и образ жизни не позволяют придерживаться

жесткого режима дозировок, перед началом терапии рекомендуется обсудить это с лечащим врачом для того, чтобы найти наиболее подходящий и эффективный режим;

- ◆ Нестабильный образ жизни: прием наркотиков и алкоголя повышает вероятность пропуска приема препарата и отрыв от лечения;

- ◆ Вера человека в эффективность лечения: более вероятно, что люди, которые верят в эффективность своего лечения, достигнут высших уровней приверженности, чем те, чье отношение скептически или переменчиво. Плохо осведомленные пациенты и те, которые не понимают цели лечения, как правило, имеют более низкий уровень приверженности;

- ◆ Депрессия и психическое здоровье.

Приверженность к лечению – это, прежде всего, осознанное желание начать лечение и успешно его завершить.

Отсутствие приверженности можно условно разделить на намеренное, когда пациент не хочет выполнять врачебные рекомендации, и ненамеренное, когда, несмотря на желание пациента, существуют практические проблемы в следовании рекомендациям.

Даже мотивированные на лечение пациенты не всегда выполняют предписанные назначения. Многие пациенты делают непредумышленные ошибки в приеме медикаментов вследствие забывчивости. Однако намеренное невыполнение рекомендаций является значительной проблемой, особенно среди тех, кто требует долгосрочного лечения.

Причинами сознательного несоблюдения схемы лечения могут быть:

- ◆ несформированная мотивация «я никому не нужен, ради чего жить и быть здоровым», либо «другие приоритеты»;

- ◆ отсутствие поддержки, особенно со стороны родных и близких;

- ◆ особенности личности (психический инфантилизм);

- ◆ употребление психоактивных веществ;

- ◆ депрессия и суицидальные установки;

- ◆ отсутствие неприятных ощущений на фоне развития заболевания (например, под воздействием психоактивных веществ);

- ◆ необходимость изменить образ жизни (госпитализация на длительный срок);

- ◆ желание справиться с болезнью самостоятельно, без врача (из-за низкого уровня доверия к врачу);

- ◆ недостаток медицинской информации;

- ◆ улучшение самочувствия во время лечения;

- ◆ серьезные побочные эффекты лечения;

- ◆ «усталость» от длительного лечения.

ФАКТОРЫ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ

1. Личная мотивация клиента.
2. Доверие своему лечащему врачу.
3. Социальная поддержка.

МОТИВАЦИЯ КЛИЕНТА

Высказывания клиентов *«Я понимаю, что нужно срочно начинать лечение, но я ведь только устроился на работу»* или *«У меня скоро день рождения, давайте в другой раз»* часто обескураживают врача. О таких пациентах говорят, что у них отсутствует мотивация к лечению. Так в чем суть мотивации? Мотивация состоит из осознания наличия проблемы, поиска путей решения/стратегии изменений с последующим соблюдением этой стратегии.

Мотивация – это система побуждающих факторов, которые определяют действия и поведение человека. В эту систему входят:

- ♦ мотивы – причины, движущая сила человека – связаны с удовлетворением определенных потребностей;
- ♦ потребности;
- ♦ стимулы – рычаги воздействия – могут быть внешними (показ, демонстрация, предоставление нескольких вариантов решения проблемы) и внутренними (самооценка, самоуважение, установки);
- ♦ ситуационные факторы, определяющие действия и поведение (влияние семьи и друзей, эмоциональный контакт с мед.персоналом, атмосфера контакта).

Различают внутреннюю и внешнюю мотивацию. Внутренняя мотивация связана с индивидуальностью человека – это наиболее сильная и эффективная форма. Внешняя мотивация определяется либо стимулом, либо давлением на человека извне.

Мотивацию можно менять при помощи мотивирования.

Мотивирование – это процесс воздействия на человека с целью побуждения его к определенным действиям или поведению путем:

- ♦ пробуждения в нем определенных мотивов;
- ♦ удовлетворения его потребностей;
- ♦ стимулирования;
- ♦ создания условий.

Мотивирование бывает внешним и внутренним. Внешнее – это «пробуждение» определенных мотивов, потребностей путем внешних воздействий. Некая сделка: «Я даю тебе то, что ты хочешь в данный момент» – т.е. знаем «болевые точки» и используем их.

Внутреннее – это формирование новых или изменение имеющихся мотивов и потребностей, а также сложная и достаточно длительная воспитательная и образовательная работа. Внутреннее мотивирование более эффективно, поэтому дает желаемый результат.

Есть два базовых типа мотивации:

Мотивация «К» чему-либо	Мотивация «ОТ» противного
Мотивация тем, как будет хорошо, если это сделать	Мотивация тем, как будет плохо, если этого не сделать
<p>Для людей, которые мотивируются «К», необходимо представление «прекрасного» будущего – чем приятнее и прекраснее будет будущее, тем сильнее будет мотивация.</p> <p>Это картина жизни после выздоровления, «образ себя» как сильного, здорового, активного, профессионально и лично успешно человека, «кормильца семьи», заботливого родителя.</p>	<p>Для людей, которые мотивируются «ОТ», необходимо что-то ужасающее, пугающее.</p> <p>Чем ужаснее, тем сильнее мотивация.</p> <p>На такого человека подействует описание проявлений заболевания, тяжести ухода из жизни. Нарисовав «страшную картину», важно показать другой, позитивный вариант развития событий и предложить пациенту сделать осознанный выбор.</p>

Используя мотивацию «ОТ», рекомендуется не запугивать клиента, однако информировать его о том, что отрыв от лечения ТБ приводит к резистентности (устойчивости к противотуберкулезным препаратам), а это, в свою очередь, потребует еще более длительного и сложного лечения, в худшем же случае может привести к летальному исходу.

ПРОЦЕСС МОТИВИРОВАНИЯ СОСТОИТ ИЗ ТРЕХ ВАЖНЫХ СОСТАВЛЯЮЩИХ.

Первая – это определение уровня мотивации пациента к выздоровлению.

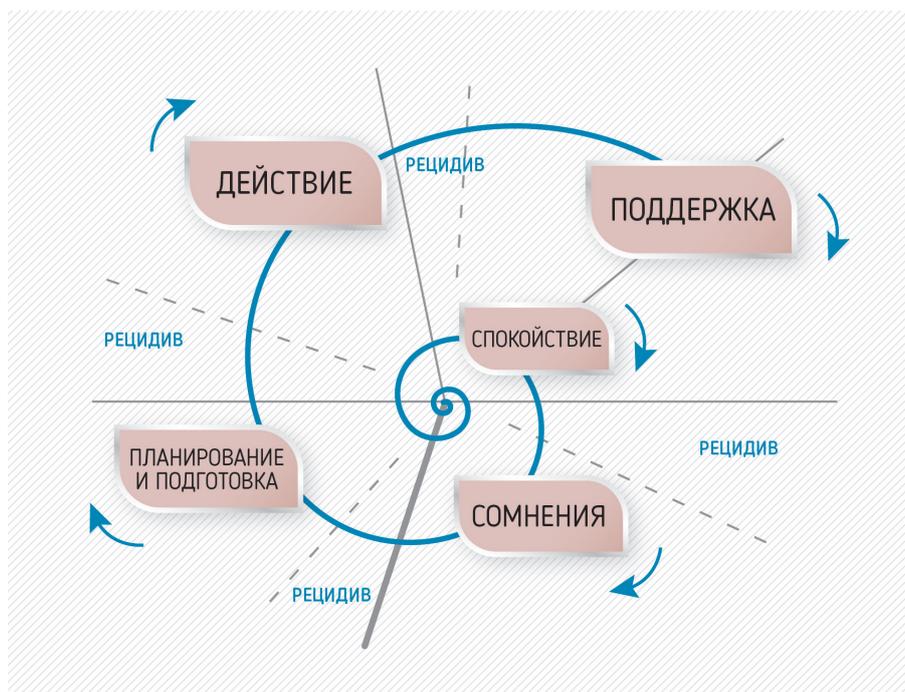
Вторая – работа по принятию решения о потребности изменений в отношении процесса лечения.

Третья – определение типа мотивации клиента.

Одним из важных психологических факторов, влияющих на приверженность пациентов к лечению, является готовность к изменениям в поведении.

МОТИВИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ, КОТОРЫЕ НАХОДЯТСЯ НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ ИЗМЕНЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ

Приверженность к терапии требует изменения поведения пациента. Человек уже не может вести привычный образ жизни. Изменение поведения всегда является процессом, который включает несколько обязательных этапов. Рецидив (возврат к «неправильному» поведению) может произойти на любой стадии.



Социальным работникам, кейс-менеджерам и психологам необходимо соотносить свою тактику со степенью готовности клиента к изменениям поведения: стимулировать к переходу на следующий уровень, оказывать поддержку на всех уровнях, а также – в случае рецидива. Для применения соответствующих подходов, необходимо определить на какой стадии находится пациент.

1. **Стадия, предваряющая обдумывание** необходимости изменений – новая модель поведения еще не рассматривается. Клиент еще не замечает существования проблемы и никак не заинтересован менять свое поведение. Следует выяснить, изменил ли клиент что-нибудь в своем образе жизни в связи с выявленным заболеванием. Если нет, то намеревается ли изменить? Клиент, который на данном этапе не собирается ничего менять, находится на первой стадии. Задача консультанта на этой стадии – помочь клиенту осознать, что проблема уже возникла, в чем она состоит, подтолкнуть его к размышлению, привести факты.

2. **Стадия обдумывания (намерения)** – новая модель поведения рассматривается, но не практикуется. Клиент начинает осознавать, что проблема действительно существует и требует вмешательства (лечения). У клиента, планирующего изменения образа жизни, следует выяснить, когда именно он планирует начать реальные действия. Отсутствие определенных сроков соответствует стадии обдумывания. Задача консультанта – рассказать о том, какие существуют лечебные методы, порядок действий, ожидаемый эффект и т.д. (но не навязывать решение!). Важно помочь клиенту обдумать все риски, связанные с нынешней моделью поведения, и потенциальные выгоды изменения, а также оказать поддержку, которая сделает такую переменную возможной, опираясь на ресурсы клиента и организации.

3. **Подготовительная стадия** – предпринимаются попытки подготовиться к изменениям, необходимым для принятия новой модели поведения. Клиент принимает решение изменить поведение в ближайшее время, но конкретных действий пока не совершает. Намерения начать изменения в течение ближайшего месяца свидетельствуют о стадии подготовки.

Задача консультанта – поддержать принятое решение, подчеркнуть собственные возможности клиента, обсудить план действий, распределить обязанности и ответственность сторон.

4. **Стадия активных действий** – производится первичное изменение поведения. Клиент начал лечение, занялся разрешением семейных и социальных конфликтов и т.д. Если клиент уже изменил образ жизни, важно определить, насколько ему удастся поддерживать достигнутые изменения. Неспособность поддерживать изменение образа жизни в течение 6 месяцев указывает на возможность рецидива. Задача консультанта – поддержка и позитивное подкрепление достигнутых успехов.

5. **Поддержание изменений.** Клиент достиг намеченных целей и сохраняет новую форму поведения – лечение, диспансеризация и др. Клиент, которому это удастся в течение, по крайней мере, 6 месяцев, находится на стадии поддержания изменений. Задача консультанта – поддержка, поощрение, помощь клиенту по профилактике рецидива.

6. **Рецидив**, то есть возвращение к поведению, которое было в самом начале, либо на предыдущей стадии. Задача консультанта – поддержка клиента, так как срыв – это естественный этап. Однако, важно помнить, что при лечении ТБ существует не так много схем препаратов, и срывы могут повлечь за собой тяжелые последствия.

ДОВЕРИЕ К ЛЕЧАЩЕМУ ВРАЧУ

На уровень приверженности к терапии сильное влияние оказывают взаимоотношения между врачом и пациентом.

Если доктор проникся проблемой пациента, если он проявляет участие и становится его союзником в борьбе с болезнью, включая пациента в процесс принятия решений о его лечении, тогда пациент с большей готовностью будет следовать рекомендациям. Одним из важных условий соблюдения режима терапии пациентами является не только высокие профессиональные качества врача, но и его личностные характеристики: дипломатичность, организованность, общительность.

Клиенты программ снижения вреда принадлежат к группе, стигматизируемой обществом. Для наших клиентов может быть характерна и самостигматизация. В нейтральных высказываниях доктора клиенты могут усматривать обидные замечания, а слова врача «*Подождите за дверью, я вас приглашу*» воспринимаются как «*Ты зачем сюда пришел?*». Часто именно такие факторы создают барьеры в обращении за медицинскими услугами в лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ).

Одним из факторов формирования доверия к лечащему врачу является «мостик», базирующийся на уже установленном доверии к социальному/аутрич-работнику, кейс-менеджеру НПО.

НПО, в свою очередь, имеют долгосрочные отношения с ЛПУ, что способствует обучению медицинского персонала работе с клиентами (представителями групп риска), формированию толерантного отношения к пациентам, лучшему пониманию потребностей клиента и гибкости в организации работы. Часто медицинские услуги и консультации врачей предоставляются непосредственно в НПО, таким образом, клиент, попадая в ЛПУ, чувствует себя более уверенно, знает врача, к которому необходимо обратиться.

СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА

Положительное влияние на приверженность лечению туберкулеза оказывают члены семьи, друзья. В случае с представителями групп риска не всегда удается найти поддержку среди членов семьи и друзей. Часто давление на клиента оказывает самостигматизация, нежелание открыть родным свой диагноз, отсутствие близких людей, которым можно довериться.

В таких случаях, поддержка НПО особенно важна. Социальный работник, кейс-менеджер, психолог предоставляет клиенту консультацию по вопросам, касающимся диагностики туберкулеза, профилактики и лечения, а также консультирует и мотивирует клиента пройти скрининг и начать лечение.

СОЦИАЛЬНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ КЛИЕНТА ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ

Социальное сопровождение – это вид социальной работы, направленный на решение социальных проблем конкретного человека (клиента, пациента) или социальной группы.

Это обеспечение своевременного доступа к необходимым услугам (медицинским, психологическим и др.) и правильная координация этих услуг.

Клиенты, которых стоит брать под социальное сопровождение:

◆ Имеющие ряд проблем и нуждающиеся в комплексном подходе к их решению. Это может быть клиент с множественным диагнозом (проблемой): туберкулез/ВИЧ-инфекция; ВИЧ-инфекция/зависимость от психоактивных веществ, ВИЧ-инфекция/освободившийся из мест лишения свободы / бездомный / безработный / без паспорта/без регистрации и т.п.;

◆ Испытующие трудности со способностью самостоятельно начать и продолжать лечение. Клиенты, плохо ориентирующиеся в лабиринтах системы здравоохранения, не уверенные в себе, с проявлениями самостигматизации, мнительные.

Основные задачи социального сопровождения:

- ◆ Коммуникация с клиентом и разными специалистами;
- ◆ Консультирование – предоставление информации о ТБ, диагностике, лечении, профилактике, здоровом образе жизни и др., а также о безопасных навыках поведения;
- ◆ Психологическая поддержка клиента;
- ◆ Организация взаимодействия клиента с разными специалистами (посредничество между пациентом и сервис-провайдерами);
- ◆ Контроль поведенческих рисков клиента и процесса приверженности лечению;
- ◆ Обеспечение доступности помощи – пошаговый переход клиента от специалиста к специалисту – континуум помощи. Оказание помощи клиенту в получении документов, регистрации, доступе к медицинским услугам;
- ◆ Мониторинг качества услуг;
- ◆ Информационное обеспечение.

Принципы социального сопровождения:

- ◆ Принятие клиента таким, какой он есть, без осуждения и критики;
- ◆ Разделение ответственности с пациентом;
- ◆ Конфиденциальность;
- ◆ Добровольность.

Залог соблюдения приверженности к терапии – осознанное желание пациента лечиться, партнерские отношения с лечащим врачом и наличие социальной поддержки.

Приверженность к лечению не возникает одномоментно. Это процесс, включающий определенные этапы. Самостоятельно, без поддержки, клиенту сложно пройти путь приобретения и поддержания приверженности к терапии.

ЭФФЕКТИВНАЯ РАБОТА С КЛИЕНТОМ

Для эффективной работы с клиентом о нем необходимо собрать следующую информацию [2]:

1. Медицинская история (был ли клиент болен ТБ и имел/ла ли опыт лечения, наличие других заболеваний).
2. Уровень знаний клиента о ТБ.
3. Способность клиента следовать плану лечения ТБ (если таковое понадобится).
4. Ресурсы поддержки клиента (социальное окружение – семья, друзья и финансовые возможности).
5. Предполагаемые барьеры в лечении (отсутствие средств на транспорт, дорогостоящие препараты и т.п.).
6. Опыт приверженности к лечению ТБ (либо другого заболевания) в прошлом.
7. Наличие ВИЧ-статуса, химической зависимости или других заболеваний.

Есть люди, которые в силу воспитания и жизненного опыта являются образцовыми пациентами. Они регулярно обследуются, соблюдают все рекомендации лечащего врача, никогда самостоятельно не ставят себе диагноз, не назначают себе лечение. Но для многих лечение выглядит следующим образом: обращаться к врачу нужно в случае крайней необходимости при резком ухудшении самочувствия. Далее врач назначает медицинские препараты. Как только лекарства возымеют первичный эффект: уберут боли и дискомфорт – лечение закончено. Даже заявление «Я же пью таблетки, которые назначил врач» может описывать разные ситуации:

- ◆ «Принимаю таблетки, потом выплевываю».
- ◆ «Принимаю часть таблеток, потому что ребята сказали, что желтые влияют на потенцию».
- ◆ «Принимаю, когда вспомню».
- ◆ «Принимаю, когда трезвый».
- ◆ «Принимаю время от времени, ведь организм должен «отдыхать» от таких тяжелых препаратов».
- ◆ «Принимаю, но не те таблетки, что доктор прописал, а последние достижения народной медицины».

Узнать больше об уровне приверженности клиента лечению можно по тесту Мориски - Грина. Согласно критериям данного теста, приверженными к терапии считаются лица, ответившие «нет» на следующие вопросы более 3 раз:

1	Забываете ли Вы когда-либо принять препараты?	нет	да
2	Относитесь ли Вы иногда невнимательно к часам приема лекарств?	нет	да
3	Не пропускаете ли Вы прием препаратов, если чувствуете себя хорошо?	нет	да
4	Если Вы чувствуете себя плохо после приема лекарств, не пропускаете ли Вы следующий прием?	нет	да

Работа с клиентами по профилактике, лечению и формированию приверженности к лечению ТБ будет эффективна лишь в случае хорошей осведомленности клиентов о проблеме, целях лечения, последствиях прерывания лечения и приобретения мультирезистентной формы ТБ.

ПОДХОДЫ В КОНСУЛЬТИРОВАНИИ КЛИЕНТОВ

Социальный работник/консультант имеет дело с проблемами, которые слишком сложны, чтобы человек мог их решить самостоятельно, но недостаточно серьезны, чтобы требовалась специализированная помощь психотерапевта.

Социальный работник/консультант/кейс-менеджер:

- ◆ НЕ принимает решение вместо клиента;
- ◆ НЕ заставляет клиента следовать определенным рекомендациям;
- ◆ НЕ принуждает клиента к выполнению определенных действий.

Консультирование могут проводить психологи, социальные работники, педагоги или врачи, прошедшие специальную подготовку. Оно направлено на помощь клиенту в поиске выхода из проблемной ситуации. Клиент воспринимается консультантом как дееспособный субъект, ответственный за решение своей проблемы.

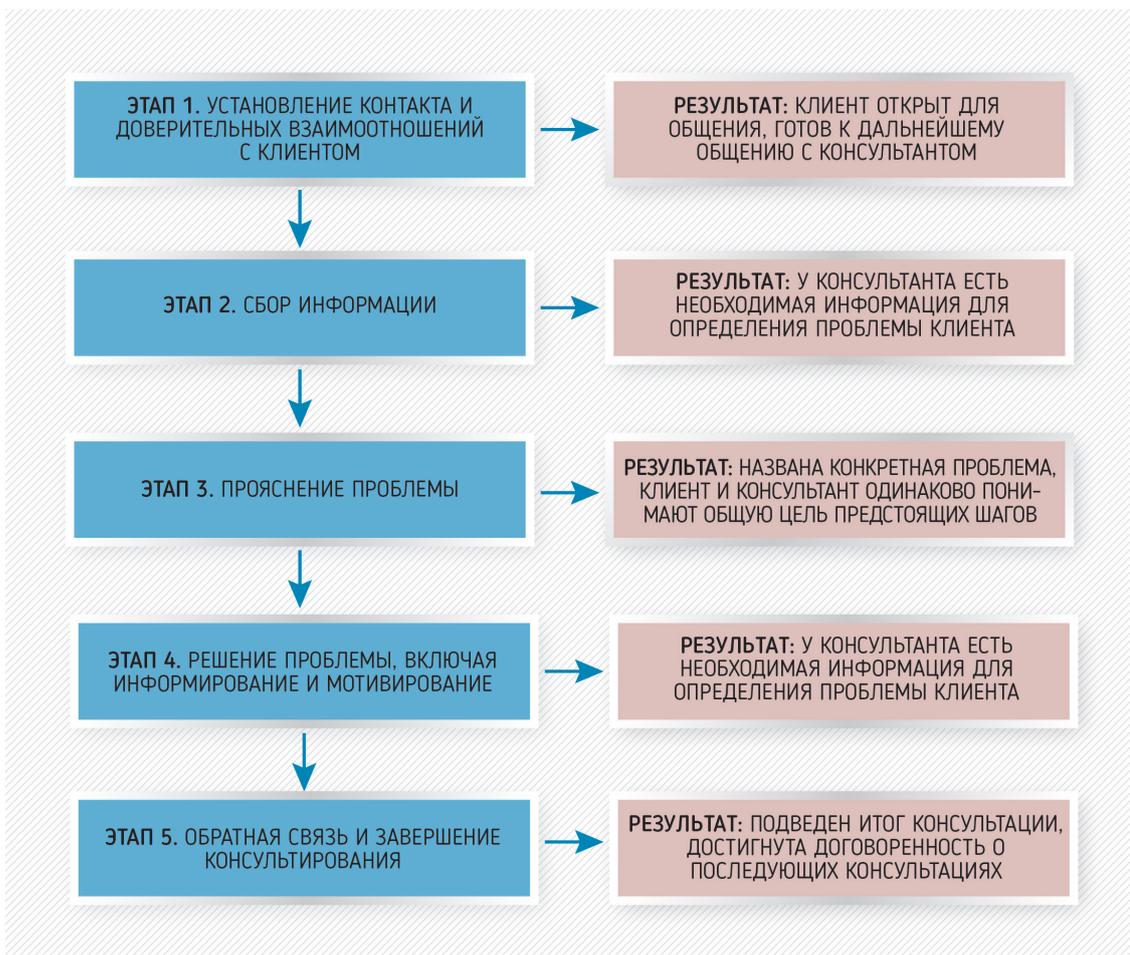
Несмотря на разнообразие, все эти типы консультирования имеют общую структуру, этапы, шаги.

Структура консультативного процесса содержит следующие этапы¹:

- 1) Установление контакта и доверительных взаимоотношений с клиентом;
- 2) Сбор информации, необходимой для определения причины обращения и проблемы клиента;
- 3) Прояснение проблемы – получение четкого и идентичного понимания проблемной ситуации как со стороны консультанта, так и со стороны клиента;

¹ Алгоритмы консультирования представителей целевых групп проектов снижения вреда. Пособие для социальных и аутрич-работников. – К.: МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине», 2014. – 90 с. Режим доступа <http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/2014/alg.pdf>

- 4) Решение проблемы, включая информирование и мотивирование;
- 5) Обратная связь и завершение консультирования.



Выделяют три основных вида консультирования:

1. Личностно-ориентированное консультирование.
2. Проблемно-ориентированное консультирование.
3. Консультирование, ориентированное на решение.

Личностно-ориентированное консультирование. В его основе лежит убеждение в том, что обратившийся за помощью человек на самом деле знает, как решить волнующие его проблемы, а задача консультанта – лишь помочь ему осознать это, и раскрыть свой потенциал.

ОСНОВНЫЕ ТЕЗИСЫ ДАННОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ:

- ♦ человек содержит в себе огромный ресурс для понимания самого себя, изменения своего способа существования и поведения в сторону большей независимости и интеграции;
- ♦ в отношениях с определенным климатом этот потенциал может быть раскрыт и использован для личностного роста, что в конечном итоге приведет к изменению и развитию личности;
- ♦ качество отношений имеет центральное значение для всего терапевтического процесса.

В результате личностно-ориентированного консультирования с клиентом происходят следующие изменения: он становится более открытым, более реалистичным в восприятии окружающего мира, уменьшаются ранимость и тревожность, повышается самооценка, доверие к себе, происходят изменения в поведении, он более эффективно решает свои проблемы, становится более гибким и адаптивным.

Клиент принимается таким, какой он есть, без осуждения и критики. Этот подход используют консультанты проектов снижения вреда, демонстрируя клиенту его человеческую ценность и важность. Благодаря такому подходу появляется желание лечиться, сохранять свое здоровье и жить.

Работа с клиентом в рамках личностно-ориентированного консультирования – процесс достаточно длительный.

Если рассматривать консультирование в связи с лечением туберкулеза, приверженностью к такому лечению, то данная ситуация может потребовать иного подхода. Это – **проблемно-ориентированное консультирование**, в рамках которого оказываемая помощь непосредственно связана с проблемами клиентов и их осознанным отношением к этим проблемам.

Отличительными особенностями проблемно-ориентированного консультирования являются решение конкретной проблемы клиента, обучение его способам самостоятельного преодоления проблемных ситуаций, выявление ресурсов для решения проблемы.

Главная цель проблемно-ориентированного консультирования – улучшение способности клиента решать свои проблемы. После определения проблемы происходит постановка цели и планирование дальнейших действий. Основная задача – достижение такого понимания своей проблемы клиентом и овладение такими стратегиями преодоления, которые позволили бы ему после **завершения процесса консультирования более успешно справляться с трудностями и самостоятельно работать над своими проблемами**.

Клиент может не принять предлагаемого решения его проблемы. И у этой ситуации может быть двойственное значение: либо он выбирает дальше жить с проблемой, либо он найдет другое решение. Консультант уважает его выбор, понимая границы своей ответственности. и не может быть более ответственен за решение проблемы клиента, чем сам клиент.

Проблемно-ориентированное консультирование нацелено на осознание и выявление достаточно типичных препятствий, накопленных вокруг и внутри человека, которые он считает частью себя.

Наиболее продуктивными в рамках проблемно-ориентированной психологической помощи оказываются клиенты, уже до предела «уставшие» и от своей проблемы, и от своего сопротивления ее решению, потерявшие надежду, что «все пройдет как-нибудь само». Образно говоря, они уже «добежали до стенки» и находятся в объективно тяжелой ситуации. Таким образом, чем более тяжелой является проблема или симптом, тем более быстрым может оказаться результат работы консультанта.

Консультирование, ориентированное на решение, акцентирует внимание консультанта не на индивидуальных особенностях клиента, способствующих формированию проблемы, и не на самой проблеме, а на решении, на возможностях преодоления проблемы, позитивных аспектах жизни человека. У психологов, ориентированных на решение, есть любимая цитата: «Каждый клиент знает решение своей проблемы даже в том случае, если ему кажется, что не знает».

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ, ОРИЕНТИРОВАННОГО НА РЕШЕНИЕ:

1. Качество жизни – производное мировоззрения человека, его отношения к событиям. Консультант не может изменить реальную жизнь клиента, но может изменить его мировоззрение.

2. Причины проблем каждого человека лежат в прошлом, но в его собственном опыте заложены и ресурсы для разрешения этих проблем.

3. Борьба с проблемой в большинстве случаев неэффективна. Каждая проблема имеет позитивный аспект.

4. Анализ причин проблемы сопровождается самообвинительными переживаниями человека и обвинениями своих близких, что не способствует решению проблемы. Более конструктивным является выявить и активизировать ресурсы, имеющиеся у каждого человека и его окружения.

5. Рамки любой психологической концепции всегда хуже, чем индивидуальные особенности и опыт конкретных людей и их семей. Опыт психолога и клиента, его семьи подсказывают эффективные решения.

6. Человек не волен освободиться от всех болезней и проблем, но у него есть возможность сменить «черное» видение своей жизни и мира на более диалектическое мировоззрение. Это способствует преодолению проблем. Принятие проблемы – путь к компромиссному решению.

Консультирование, ориентированное на решение, опирается только на позитивное в жизни клиента, только на опыт, который является для клиента ресурсным. Поиск ресурсов клиента подсказывает ему сама жизнь:

- ◆ в прошлом («Как Вы справлялись с чем-то подобном в прошлом?»);
- ◆ в настоящем («Как Вам в нынешней ситуации удастся снизить имеющееся напряжение хотя бы временно? Бывают ли сейчас такие моменты, когда Вы отвлекаетесь от мыслей об этих неприятных вещах? Благодаря чему это происходит?»);
- ◆ в будущем («Обретение какого знания или умения может помочь Вам преодолеть это эффективнее?»);
- ◆ в ближайшем окружении («Вы знаете, как с чем-то подобным справляются Ваши близкие?»).

МИФЫ И УБЕЖДЕНИЯ ОТНОСИТЕЛЬНО ТБ

Как уже было обозначено выше, плохая осведомленность представителей групп риска ведет к отказу от диагностики и лечения ТБ. Также это рождает мифы относительно выявления и лечения ТБ, снижает уровень приверженности к лечению и подталкивает клиентов к прерыванию лечения.

Приводим распространенные мифы относительно ТБ²:

МИФ 1. *Туберкулезом можно заразиться только от больного человека, который выделяет палочку туберкулеза, при непосредственном контакте с ним.*

Заражение туберкулезом происходит воздушно-капельным путем. Больной человек во время разговора, кашля, чихания выделяет в окружающую среду инфекционный аэрозоль – мельчайшие капли мокроты, содержащие микобактерии туберкулеза, которые находятся в воздухе до 6 часов. Поэтому заражение туберкулезом возможно и при отсутствии непосредственного контакта с больным человеком.

МИФ 2. *Если в организм попала туберкулезная палочка, то человек обязательно заболевает туберкулезом.*

Не каждый, получивший палочку Коха, немедленно заболевает. Иммунная система человека способна противостоять развитию заболевания. Но в случае ослабления защитных сил организма, дремлющая палочка Коха может начать размножаться и вызвать болезнь. Этому способствует плохое качество питания, употребление психоактивных веществ, курение, другие заболевания и стресс. Поэтому поддержание иммунитета является основополагающим принципом профилактики заболевания туберкулезом.

МИФ 3. *Сегодня туберкулез хорошо лечится.*

Относительно хорошо поддаются лечению чувствительные формы туберкулеза. Самое главное во время лечения четко соблюдать все рекомендации врача. Неправильное лечение (нерегулярный прием препаратов, прием не всех назначенных врачом лекарств, раннее прекращение лечения) приносит больше вреда, чем пользы, так как превращает легко излечимую форму болезни в трудно излечимый лекарственно-устойчивый туберкулез. Лечение лекарственно-устойчивого туберкулеза длится намного дольше, стоит дороже и далеко не всегда является успешным.

МИФ 4. *Туберкулезом поражаются только легкие у человека.*

Туберкулез поражает все органы и ткани человека: глаза, кости, кожу, мочеполовую систему, кишечник, головной мозг и т.д. Но чаще всего встречается туберкулез легких.

МИФ 5. *Рентген-обследование вредно.*

Для своевременного выявления туберкулеза необходимо ежегодно проводить флюорографическое обследование легких. Одно-два рентгеновских обследования в течение года абсолютно безопасны для здоровья человека. Туберкулез может протекать без явных клинических симптомов, и начальные стадии его можно выявить лишь при своевременном рентгенологическом обследовании.

² По материалам Национального института фтизиатрии и пульмонологии им.Ф. Г. Яновского

ДИАГНОСТИКА, РАЗРАБОТКА ПЛАНА ЛЕЧЕНИЯ И КОНТРОЛЯ ЗА ЛЕЧЕНИЕМ ТУБЕРКУЛЕЗА

Каждый клиент с подозрением на ТБ должен пройти обследование с тем, чтобы подтвердить либо опровергнуть диагноз ТБ. Начиная с 2015 года все проекты снижения вреда, поддержанные Альянсом-Украина, внедряют компонент по раннему выявлению ТБ и социальному сопровождению. Для выявления клиентов с подозрением на ТБ социальные и аутрич-работники используют скрининговые анкеты, а также следуют алгоритму выявления туберкулеза (приложение 1). Кейс-менеджером/социальным работником совместно с лечащим врачом составляется план по ведению такого клиента. Для соблюдения конфиденциальности и этичности, клиентом и социальным работником подписывается форма информированного согласия. Без подписанной формы медицинские работники не имеют права давать информацию о состоянии здоровья пациента третьему лицу.

Детальный план лечения и контроля за лечением должен разрабатываться для каждого клиента с подтверждённым диагнозом туберкулез. По рекомендациям Американского центра по контролю за заболеваниями, такой план необходимо разработать в течение недели после установления диагноза. План должен включать следующие пункты:

1. Описание схемы лечения.
2. Методы наблюдения за побочными реакциями.
3. Методы оценки и обеспечения соблюдения лечения.
4. Методы оценки эффективности лечения.

ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА

Основные принципы лечения туберкулёза:

- ◆ Длительность и непрерывность (минимальный курс лечения от 6 мес.).
- ◆ Политерапия (минимальное количество препаратов в интенсивной фазе – 4 препарата).
- ◆ Непосредственный контроль (супервайзеры).

ФАЗЫ ЛЕЧЕНИЯ:

- ◆ Интенсивная фаза – уничтожение активных МБТ (2–3 мес. – 8–12 мес.). Эффект – больной перестаёт быть эпидемиологически опасным для окружающих.
- ◆ Поддерживающая фаза – уничтожение медленно размножающихся МБТ (4–6 мес. – 12–18 мес.). Ее цель – закрепить эффект лечения и не допустить развития рецидива.

ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЕ ПРЕПАРАТЫ:

- ◆ Противотуберкулёзные препараты 1 ряда (изониазид, рифампицин, пипразинамид, этамбутол и стрептомицин) – эффективные, безопасные, дешёвые.
- ◆ Противотуберкулёзные препараты 2 ряда – менее эффективные, дорогостоящие, чаще вызывают побочные эффекты.

ПОЧЕМУ НУЖЕН КОНТРОЛЬ ЗА ЛЕЧЕНИЕМ:

- ◆ Психологически больной туберкулёзом человек не признаёт себя больным, не желает лечиться и чаще всего ведёт себя так, как будто он является здоровым;
- ◆ У больного туберкулёзом нет веских стимулов для лечения или эти стимулы слабо выражены;
- ◆ К симптомам туберкулёза больной привыкает и не обращает на них внимания;
- ◆ Отсутствие контроля за приемом противотуберкулёзных препаратов ведет к прерыванию лечения;
- ◆ Результатом перерывов в лечении является формирование лекарственной устойчивости (химиорезистентности).

Химиорезистентность – способность микроорганизмов сохранять жизнедеятельность в организме человека при наличии терапевтических концентраций препарата.

ДО НАЧАЛА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТУ НЕОБХОДИМО:

- ◆ Осознать сложность предстоящей терапии;
- ◆ Знать о ее длительности;
- ◆ Знать о возможных побочных эффектах препаратов;
- ◆ Знать последствия перерывов в лечении;
- ◆ ПОНИМАТЬ, ЧТО ТУБЕРКУЛЕЗ ИЗЛЕЧИМ, НЕ ЗАВИСИМО ОТ ВИЧ-СТАТУСА!

ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ КО-ИНФЕКЦИИ ТБ/ВИЧ

При одновременном выявлении ТБ и ВИЧ всегда первым начинается лечение туберкулеза, и через 2–8 недель, когда подобрана схема лечения и наблюдается хорошая переносимость препаратов, пациенту назначают АРВ-терапию.

Поскольку туберкулез лечится длительно, со временем может наступать усталость от лечения. Возможно также ухудшение состояния (иногда требуется оперативное лечение), проявление побочных действий препаратов, изменение некоторых аспектов жизни (уход с работы, потеря привычного круга общения). Это нарушает психологический статус пациента: наступает депрессия, нарастает чувство безнадежности и отчаяния. Потому **выработка приверженности и поддержка нужны клиенту в течение всего курса лечения.**

БАРЬЕРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ

Приверженность пациента к терапии – необходимая составляющая успешного лечения туберкулеза. Для ее формирования и сохранения существует достаточное количество препятствий. Условно их можно разделить на барьеры со стороны пациента, его ближайшего окружения и системы здравоохранения. Социальные работники и психологи НПО в состоянии оказать помощь своему клиенту в преодолении либо минимизации таких препятствий.

Барьеры со стороны пациента:

- ◆ улучшение состояния после начала курса лечения;
- ◆ недостаток информированности о лечении ТБ;
- ◆ культурные либо религиозные верования;
- ◆ отсутствие ресурсов для получения медицинских услуг (средств на проезд к ЛПУ, паспорта и прописки и т.п.);
- ◆ отсутствие доверительных отношений с врачом либо консультантом из НПО;
- ◆ наличие других приоритетов (недавнее трудоустройство, проблемы в семье, потребление психоактивных веществ и т.п.);
- ◆ стигматизация и самостигматизация;
- ◆ страх либо опыт пережитых побочных эффектов от приема противотуберкулезных препаратов;
- ◆ неорганизованность, забывчивость клиентов;
- ◆ психическое здоровье.

Со стороны НПО также существуют барьеры, препятствующие выработке и сохранению приверженности к лечению туберкулеза у клиента: отсутствие системы переадресации, обучения медработников взаимодействию с клиентами НПО, системного подхода в удовлетворении потребности в здоровье клиентов и сотрудников.

ПРЕОДОЛЕНИЕ БАРЬЕРОВ ФОРМИРОВАНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ

Зная об особенностях работы с представителями уязвимых групп и их стигматизации, социальные работники предоставляют клиентам проектов услугу по социальному сопровождению (нейс-менеджмент).

Преодолением барьера со стороны клиента также может стать звонок социального работника врачу с информированием, что к нему за помощью обратиться тот или иной пациент. По отзывам клиентов, ощущение, что «я пришел не с улицы, а по звонку», придает уверенности при обращении за медицинской помощью.

Значительно усилит формирование приверженности у пациента, если социальный работник может сослаться на успешный опыт других клиентов, которые, в свою очередь, готовы об этом рассказать. Таким образом срабатывает принцип равный-равному.

ПОЛЕЗНЫЕ РЕСУРСЫ

1. CDC. Module 4: "Treatment of Tuberculosis and Tuberculosis Infection" (Self-Study Modules on Tuberculosis [Division of Tuberculosis Elimination Web Site]; 2008. Available at: <http://www.cdc.gov/tb/education/ssmodules/pdfs/Module4.pdf>

2. CDC. Module 6: "Managing Tuberculosis Patients and Improving Adherence" (Self-Study Modules on Tuberculosis [National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention (U.S.). Division of Tuberculosis Elimination.]; 2014. Available at: <http://www.cdc.gov/TB/education/ssmodules/pdfs/Module6v2.pdf>

3. Алгоритмы консультирования представителей целевых групп проектов снижения вреда. Пособие для социальных и аутрич-работников. – К.: МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине», 2014. – 90 с.

Режим доступа: <http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/2014/alg.pdf>

4. Интегрированный подход к предоставлению медицинских и психосоциальных услуг для клиентов программы заместительной поддерживающей терапии в Украине (опыт МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине»). – К.: МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине», 2013. – 69 с.

5. Инфекционный контроль по туберкулезу и другим заболеваниям, передающимся воздушно-капельным путем, на базе общественных организаций. Рекомендации. – К.: МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине», 2014. – 23 с.

Режим доступа: http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/2014/alliance_IK_rus.pdf

6. Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия/ Под общ.ред. – СПб.: изд-во «Питер Ком», 1998. – 752 с.

7. Раннее выявление туберкулеза среди представителей групп риска. Пособие по проведению тренинга / О. Сидоренко, О. Леоненко-Бродецкая, И. Жарук, Л. Шульга: Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине, 2014. – 48 с.

Режим доступа: http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/2014/modulTB_09_rev_2.pdf

8. Уроки Снижения Вреда. Материалы для самостоятельного изучения социальными работниками. Учебное пособие/ Второе издание/ МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине», 2014. – 148 с.

Режим доступа: http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/2012/uroki_preview.pdf

АЛГОРИТМ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА



Литературный редактор: Елена Кожушко

Обложка и верстка: Татьяна Новикова

Распространяется бесплатно

Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине

Адрес: ул. Димитрова, 5, корпус 10А, 9-й этаж 03680, г. Киев, Украина

Тел.: (+380 44) 490-54-85, 490-54-86, 490-54-87, 490-54-88

Факс: (+380 44) 490-54-89

E-mail: office@aidsalliance.org.ua

web: www.aidsalliance.org.ua

Публикация подготовлена и опубликована в рамках программы «Построение устойчивой системы предоставления комплексных услуг по профилактике ВИЧ, лечению, уходу и поддержке для групп риска и ЛЖВ в Украине», при поддержке Глобального фонда для борьбы со СПИД, туберкулезом и малярией.

Точки зрения, изложенные в данной публикации, принадлежат исключительно авторам и могут не совпадать с точкой зрения Глобального фонда для борьбы со СПИД, туберкулезом и малярией.

Глобальный фонд не участвовал в согласовании и утверждении как непосредственно материала, так и возможных выводов, вытекающих из него.

The views described herein are the views of this institution, and do not represent the views or opinions of The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis & Malaria, nor is there any approval or authorization of this material, express or implied, by The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis & Malaria.