

Факторы, снижающие дисциплину лечения у больных туберкулезом легких, и возможности повышения мотивации к лечению

Самарский военно-медицинский институт
Самарский государственный медицинский университет

E.V.Sukhova, V.N.Barsukov, V.M.Sukhov, N.R.Zainullin

Factors reducing adherence to therapy and abilities to enhance motivation for treatment

Summary

The problem of lowering adherence to therapy in lung tuberculosis patients and abilities to enhance motivation to for treatment has not been highlighted in literature. The aim of this study was to investigate factors influencing the adherence to treatment in tuberculosis patients and abilities to enhance their motivation for treatment. A total sample of 72 inpatients with infiltrative and fibrocavernous lung tuberculosis were involved. They were residents of Samara region aged 22 to 56 yrs. To investigate factors reducing adherence to therapy a special questionnaire consisting of 34 points has been created proposed by Samara military medical university. Statistic analysis was performed using SPSS programme, version 12.0. As a result, the most common factors reducing adherence to therapy in lung tuberculosis patients were adverse effects of antituberculosis drugs, financial problems, complications of the disease and fear of their appearance, painfulness of treatment procedures, tiredness of long treatment period and of hospital environment. To overcome the fear education of the patients is necessary. To reduce the emotional component and painfulness of some treatment procedures, manual and audiomethods could be helpful. Effective therapy, confidence in the attendant physician and full information of the disease could enhance motivation to treatment.

Резюме

Вопрос о факторах, снижающих дисциплину лечения больных туберкулезом, и возможностях повышения мотивации к лечению в литературе не отражен. Целью проведенного исследования явилось изучение факторов, снижающих дисциплину лечения больных туберкулезом и возможностей повышения мотивации к лечению. Было проведено обследование 72 больных с инфильтративным и фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, находящихся на стационарном лечении, взятых методом сплошной выборки, жителей Самарской области, в возрасте от 22 до 56 лет. Для изучения факторов, снижающих дисциплину лечения больных туберкулезом, была разработана специальная анкета, состоящая из 34 утверждений (рационализаторское предложение Самарского военно-медицинского института). Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью программы SPSS 12.0. Результаты показали, что наиболее частыми факторами, снижающими дисциплину лечения больных туберкулезом, являются: побочное действие противотуберкулезных препаратов, финансовые трудности, осложнения от лечения, болезненность процедур, усталость от длительного лечения и больничного окружения. Страх перед возможными осложнениями терапии, болезненность процедур также снижают дисциплину лечения. Для преодоления страха требуется разъяснительная работа с маловнушаемыми больными или прямое внушение тем пациентам, которые легко внушаемы. Для уменьшения эмоционального компонента боли, связанной с некоторыми процедурами, желательно применить разъяснение, внушение, а также мануальное и аудиовоздействие. Оценку собственного лечения как эффективного, доверие к лечащему врачу, стремление к информированности возможно использовать для повышения мотивации к лечению.

По данным литературы известны клиничко-социальные характеристики больных туберкулезом легких [1–7]. Доказано, что при впервые выявленном туберкулезе состояние психики влияет на течение заболевания. Сопоставление психического статуса с клиничко-рентгенологической динамикой на фоне полноценной противотуберкулезной терапии обнаружило различие в эффективности лечения [8, 9]. Как известно, курс стандартной химиотерапии занимает продолжительное время, препараты имеют побочные эффекты. Лечение требует госпитализации, отрыва от семьи и привычных связей, нарушения стереотипа жизни. Нужны сильная мотивация к лечению, наличие определенных волевых качеств, внутренняя дисциплина. Кроме того, больного чело-

века могут беспокоить различного рода страхи и тревоги, которые он боится высказывать при беседе с врачом, но которые также могут влиять на дисциплину лечения, а следовательно, и на его эффективность. Необходимо учитывать и факт наличия у больных-хроников негативного опыта лечения. Для повышения эффективности лечения больных туберкулезом необходимо выявить факторы, которые препятствуют лечению, снижают его дисциплину.

Целью проведенного исследования явилось изучение факторов, снижающих дисциплину лечения у больных туберкулезом, и выявление возможностей повышения мотивации к лечению.

Было проведено обследование 72 больных туберкулезом легких, 48 мужчин и 24 женщин, в возрасте

от 22 до 56 лет, проходивших курс стационарного лечения в Самарской городской больнице № 5. Пациенты были взяты методом сплошной выборки. Все обследованные пациенты были жителями Самарской области. 30 страдали инфильтративным, 42 — фиброзно-кавернозным туберкулезом легких. Длительность заболевания составляла от 1 мес. до 5 лет. Диагноз туберкулеза был поставлен на основании общепринятых клинических, рентгенологических, лабораторных и функциональных исследований.

Для изучения факторов, снижающих дисциплину лечения у больных туберкулезом, была разработана анкета, состоящая из 34 утверждений (рационализаторское предложение Самарского военно-медицинского института). Известно, что методики анкетирования, в которых испытуемый отвечает на вопросы самостоятельно, более полно отражают изучаемые показатели, чем те, в которых результаты получены с помощью интервьюера. Каждый анкетированный письменно подтверждал свое согласие участвовать в исследовании. Его ставили в известность о том, что обследование анонимное и его фамилия нигде не будет фигурировать, ответы анализируются в обобщенном виде. Анкета состоит из 34 утверждений, на которые больной человек отвечает утвердительно или отрицательно. Утверждения сгруппированы в определенные блоки. Первый блок характеризует дисциплину лечения. Он состоит из четырех утверждений:

1. Приходилось ли Вам по каким-либо причинам пропускать: прием препарата, посещение врача, уколы и другие процедуры.
2. Приходилось ли Вам самому изменять дозы препаратов, не ставя об этом в известность врача.
3. Бывало ли так, что Вы по каким-то причинам не принимали определенный противотуберкулезный препарат.
4. Бывало ли так, что по рекомендации более опытного больного вы начинали прием препарата, не ставя об этом в известность врача.

Второй блок направлен на определение трудностей при лечении. Он состоит из следующих утверждений:

1. Трудно ли Вам принимать все назначенные врачом препараты в определенное врачом время.
2. Приходилось ли Вам с начала лечения испытывать... (далее перечисляются побочные действия противотуберкулезных препаратов).
3. Приходилось ли Вам испытывать боли от диагностических или лечебных процедур.
4. Приходилось ли Вам испытывать неприятные ощущения от диагностических или лечебных процедур.
5. Испытываете ли Вы страх от ожидания болезненных лечебных или диагностических процедур.
6. Приходилось ли Вам испытывать болезненные ощущения от инъекций.
7. Были ли у Вас осложнения от инъекций.

8. Приходилось ли Вам самому: приобретать лекарства, оплачивать диагностическое обследование или различные процедуры.

9. Испытываете ли вы финансовые затруднения, связанные с лечением.

10. Приходилось ли Вам пропускать посещение врача, или прием лечения из-за недостатка денег на проезд.

11. Приходилось ли вам отказывать себе из-за нехватки денег в приобретении: лекарства, дополнительного питания.

12. Приходилось ли Вам из-за отдаленности расположения больницы: пропускать посещение врача или лечебные процедуры.

Следующий блок характеризует волевые качества пациента. Он состоит из следующих утверждений:

1. Готовы ли Вы принимать более интенсивное лечение, если это повысит шанс на выздоровление.
2. Готовы ли Вы для повышения шанса на излечение принимать: дополнительные инъекции, лечебные манипуляции.
3. Испытываете ли вы усталость от: длительного пребывания в больнице, длительного лечения, разлуки с близкими, больничного питания, больничного окружения.

Блок, характеризующий внушаемость пациента, состоит из следующих утверждений:

1. Приходилось ли Вам советоваться с более опытным больным по поводу: течения болезни, лечения, дополнительных методов лечения.
2. Приходилось ли Вам "примеривать" на себя симптомы болезни другого пациента.
3. Всегда ли Вы доверяете своему лечащему врачу.
4. Всегда ли Вы прислушиваетесь к советам более "опытных" пациентов.

Следующий блок утверждений направлен на выявление удовлетворенности проводимым лечением. Он состоит из следующих утверждений:

1. Есть ли у Вас недовольство назначенным лечением.
2. Хотелось бы Вам принимать дополнительно: инъекции, процедуры.
3. Хотелось бы Вам получить информацию о: своем заболевании, методах лечения.
4. Удовлетворены ли Вы информацией о своем заболевании, которой располагаете.

Последний блок направлен на выявление возможной инвалидизации, связанной с заболеванием:

1. Способны ли вы после заболевания туберкулезом выполнять привычные обязанности по дому.
2. Способны ли Вы к обычной активности на отдыхе.

Утвердительные или отрицательные ответы пациентов суммировались и обрабатывались общепринятыми статистическими методиками. У 30 % пациентов через месяц было проведено повторное анкетирование. Отличия в ответах статистически незначимы ($p > 0,05$).

Таблица 1

Процент положительно ответивших на утверждения о дисциплине и трудностях лечения из 72 респондентов

Утверждение	Инфильтративный туберкулез (%)	Фиброзно-кавернозный туберкулез (%)
Пропуск приема препарата	26,6	52,4
Пропуск посещения врача	6,6	42,8
Пропуск процедур	6,6	52,6
Самостоятельное изменение дозировки препарата	6,6	10,0
Самостоятельное прекращение приема препарата	40,0	76,2
Прием препарата по рекомендации другого пациента	13,3	14,3
Прием препарата в назначенное врачом время	6,6	33,3
Боли в правом подреберье как побочное действие лечения	13,3	38,1
Боли в желудке как побочное действие лечения	20,0	57,2
Боли в суставах как побочное действие лечения	13,3	47,6
Парестезии как побочное действие лечения	20,0	33,3
Онемение конечностей как побочное действие	20,0	23,8
Кожный зуд как побочное действие лечения	33,3	42,9
Кожные высыпания как побочное действие	33,3	61,9
Заложенность в ушах как побочное действие	33,3	61,9
Шум в ушах как побочное действие лечения	26,6	66,7
Мелькание мушек перед глазами	20,0	52,4
Ощущение комка в горле как побочное действие	33,3	42,9
Боли от диагностических или лечебных процедур	26,6	14,3
Страх ожидания болезненных процедур	33,3	57,2
Болезненные ощущения от инъекций	33,3	38,1
Осложнения от инъекций	60,0	47,6
Самостоятельное приобретение препаратов	6,6	14,3
Оплата диагностического обследования	66,6	76,2
Оплата процедур	20,0	33,3
Наличие финансовых затруднений из-за лечения	46,7	76,1
Пропуск лечения из-за нехватки денег на проезд	20,0	47,6
Невозможность приобретения препаратов	26,6	66,7
Невозможность приобретения продуктов	33,3	76,2
Пропуск посещения врача из-за отдаленности больницы	20,0	10,4
Пропуск процедур из-за отдаленности больницы	20,0	23,8

Результаты

Анализ проводился с помощью статистической программы SPSS 12.0. Для выявления различия в отношении к лечению у больных с впервые диагностированным и хроническим процессом был использован непараметрический метод χ^2 . Ответы анкетированных на утверждения, характеризующие дисциплину лечения и трудности, возникающие у пациента при приеме специфической химиотерапии, выраженные в процентах, представлены в табл. 1.

Как показывают результаты табл. 1, больные хроническим туберкулезом легких имеют более низкую дисциплину лечения по сравнению с впервые выявленными, они чаще пропускают посещение врача ($\chi^2 = 5,7$) прием препарата, различные процедуры ($\chi^2 = 8,2$). Большая часть больных-хроников самостоятельно прекращает прием препарата, не имеет материальных возможностей приобретать препара-

ты, практически половина имела побочное действие препаратов (боли в желудке ($\chi^2 = 4,9$), в суставах ($\chi^2 = 4,6$), шум в ушах ($\chi^2 = 5,6$), мелькание мушек перед глазами ($\chi^2 = 3,9$)) и осложнение от инъекций, а потому и страх от ожидания болезненных процедур, пропускала лечение из-за нехватки денег на проезд. Практически все они имеют финансовые трудности, не имеют возможности приобретать препараты ($\chi^2 = 5,6$) и продукты ($\chi^2 = 6,6$).

Ответы анкетированных на утверждения, характеризующие волевые качества, его внушаемость и удовлетворенность лечением, выраженные в процентах, представлены в табл. 2.

Как показывают результаты представленной таблицы, практически все больные-хроники готовы принимать дополнительное лечение, в том числе инъекции и различные манипуляции, если это повысит возможность их излечения. Усталость от лечения, от разлуки с близкими, от больничного питания испытывает половина всех опрошенных. Половина

респондентов обсуждает с более "опытными" больными течение собственной болезни, лечение, возможность использования дополнительных методов лечения, хотя лишь небольшая часть показала, что следует советам других больных. Практически все больные туберкулезом доверяют своему лечащему врачу, только малая часть недовольна проводимым лечением. Все больные с впервые выявленным туберкулезом расценивают, в отличие от хроников, свое лечение как эффективное ($\chi^2 = 4,1$). По уверенности в возможности излечения туберкулеза между больными-хрониками и впервые выявленными существует достоверное различие. Почти все пациенты с инфильтративным туберкулезом верят в возможность излечения туберкулеза ($\chi^2 = 5,8$) и своего собственного ($\chi^2 = 6,9$), а из хроников в этом уверены лишь половина. Нетрадиционные методы лечения чаще используют больные с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких ($\chi^2 = 4,4$). Практически все опрошенные не располагают необходимой информацией по своему заболеванию и хотели бы ее получить. Снижение способности к выполнению привычной нагрузки по дому и на отдыхе коснулось в большей степени больных-хроников.

Обсуждение результатов

Анализ результатов проведенного исследования позволил выявить ряд факторов, которые снижают дисциплину лечения у больных туберкулезом. Очень многие пациенты-хроники испытали побочное действие препаратов. Неприятные последствия химиотерапии приводят к нарушению режимов лечения. Проведенное исследование позволяет выделить наиболее частые побочные эффекты противотуберкулезных препаратов и свидетельствует о необходимости проведения симптоматической и патогенетической терапии с самого начала назначения химиотерапии. Однако следует учитывать, что большая часть больных-хроников не имеет материальной возможности приобретать препараты и продукты питания, так же как и денег на проезд в больницу. Финансовые трудности, помимо отрицательных эмоций, также являются препятствием лечению, снижают его дисциплину.

Осложнения от инъекций и болезненность проводимых диагностических процедур в большей степени испытали впервые выявленные больные; эти факторы также снижают дисциплину лечения.

Таблица 2
Процент положительно ответивших на утверждения о волевых качествах, внушаемости и удовлетворенности лечением из 72 респондентов

Утверждение	Инфильтративный туберкулез (%)	Фиброзно-кавернозный туберкулез (%)
Готовность принимать более интенсивное лечение	33,3	95,2
Готовность принимать дополнительно инъекции	33,3	95,2
Готовность принимать дополнительно манипуляции	53,3	71,4
Усталость от пребывания в больнице	60,0	61,9
Усталость от лечения	53,3	66,7
Усталость от разлуки с близкими	40,0	52,4
Усталость от больничного питания	66,6	66,7
Усталость от больничного окружения	26,6	42,9
Обсуждение с более "опытным" пациентом течения болезни	53,3	61,9
Обсуждение с более "опытным" пациентом лечения	46,6	52,4
Обсуждение с более "опытным" пациентом дополнительных методов лечения	60,0	57,1
"Примеривание" симптомов другого пациента	6,6	28,6
Наличие доверия к лечащему врачу	86,6	81,0
Следование советам других больных	13,3	33,3
Уверенность в возможности излечения туберкулеза	86,7	47,6
Уверенность в возможности собственного излечения	93,3	52,4
Недовольство назначенным лечением	6,6	23,8
Желание дополнительно принимать инъекции	40,0	66,7
Желание дополнительно принимать процедуры	66,6	66,7
Расценивание своего лечения как эффективного	100,0	76,2
Использование нетрадиционных методов лечения	26,6	61,9
Желание получить информацию о заболевании	93,3	85,7
Желание получить информацию о методах лечения	93,3	85,7
Удовлетворенность располагаемой информацией	26,6	42,9
Способность выполнять после заболевания привычные обязанности по дому	66,6	61,9
Способность к обычной активности на отдыхе	80,0	57,1

Перед проведением обследования необходимо проводить специальную разъяснительную работу, снимать страх перед обследованием. Страх ожидания болезненности процедур испытывает более половины хроников. Страх является деструктивной реакцией, он лежит в основе тревоги и депрессии, снижает мотивацию к лечению и его дисциплину. Об этом страхе у пациента врачу следует помнить при назначении лечения и обследования.

Результаты анкетирования показали, что половина опрошенных обладает высокой внушаемостью, это категория лиц, которая при опросе показала, что имеет тенденцию ориентироваться на мнение окружающих, принимать их советы. Врач-фтизиатр может определить внушаемость, используя два способа. Первый заключается в выяснении того, легко ли пациент соглашается с мнением более "опытных" больных, принимает советы лечащего врача. Второй способ выявления высокой внушаемости заключается в том, что врач категорично, с непререкаемым авторитетом заявляет больному: "Данная процедура безопасна! Она малоболезненная!". Положительный эффект от такого психологического воздействия указывает на высокую внушаемость пациента, которую необходимо использовать в лечебном процессе. Для больных с малой внушаемостью для преодоления страха необходимо проводить разъяснительную работу. Таким больным следует доступно объяснить необходимость и относительную безопасность манипуляций. Рациональное отношение к процедурам и манипуляциям способно повысить дисциплину лечения у пациентов 2-й группы.

Поскольку боль выступает, с одной стороны, как ощущение, а с другой стороны, как эмоция и переживание, то ее можно существенно уменьшить путем повышения порога восприятия боли и подавления за счет обратной нисходящей афферентации (теория воротного контроля боли) [10]. Для этого можно рекомендовать родственникам (если родственные отношения поддерживаются) проявлять по отношению к больным уместную нежность и ласку. Мануальное воздействие может проявляться поглаживанием, ласковым прикосновением. Легкое поглаживание рукой запускает механизм воротного контроля боли и приводит к уменьшению болевых ощущений.

Можно использовать во время проведения болезненных процедур аудиозаписи успокаивающих и отвлекающих музыкальных произведений.

Для уменьшения эмоционального, "переживательного" компонента боли, связанной с некоторыми процедурами, необходимо также применять разъяснение и внушение, что способно повысить дисциплину лечения.

Усталость от больничного окружения, питания, разлуки с близкими и длительности лечения также снижает мотивацию к лечению и его дисциплину. Волевые качества пациентов позволяют иметь готовность к приему дополнительных инъекций или про-

цедур, если это повысит шанс на излечение. Эту готовность можно использовать в качестве мотивации к лечению. Половина пациентов обладает высокой внушаемостью, которая выражается в обсуждении с более "опытными" пациентами симптомов собственного заболевания, методов лечения, следовании их советам. Такая высокая внушаемость снижает дисциплину лечения. Но ее же можно использовать и для повышения его эффективности, так как практически все больные туберкулезом доверяют своему лечащему врачу. В качестве мотивации к лечению и повышению его дисциплины можно использовать и тот факт, что все опрошенные с инфильтративным туберкулезом расценили свое лечение как эффективное. Нереализованное желание получить дополнительно инъекции и процедуры также снижает дисциплину лечения, оно заставляет хроников достаточно широко использовать нетрадиционные методы лечения. Но оно же может быть использовано в качестве средства повышения дисциплины лечения путем назначения, например, различных ингаляций или физиопроцедур с успокаивающим действием. На наш взгляд, пропуски приема препарата, процедур и посещения врача можно объяснить низкой информированностью пациентов о возможности хронизации процесса, развития лекарственной устойчивости микобактерий и возникновением в связи с этим дополнительных сложностей в лечении. Для повышения дисциплины лечения необходимо позитивное информационное обеспечение.

Таким образом, проведенное исследование позволило выявить ряд факторов, снижающих дисциплину лечения у больных туберкулезом, но вместе с тем выявило факторы, повышающие мотивацию к лечению. Рассмотрены некоторые возможные приемы, способные обеспечить повышение дисциплины лечения.

Выводы

1. Наиболее частыми факторами, снижающими дисциплину лечения больных туберкулезом, являются: побочное действие противотуберкулезных препаратов, финансовые трудности, осложнения от лечения, болезненность процедур, усталость от длительного лечения и больничного окружения.
2. Страх перед возможными осложнениями терапии, болезненностью процедур снижает мотивацию к лечению и его дисциплину. Для преодоления этого страха требуется разъяснительная работа с маловнушаемыми больными или прямое внушение тем пациентам, которые легко внушаемы.
3. Для уменьшения эмоционального, "переживательного" компонента боли, связанной с некоторыми процедурами, желательно применять разъяснение, внушение, а также мануальное и аудио-воздействие.

4. Оценку собственного лечения как эффективного, доверие к лечащему врачу, стремление к информированности возможно использовать для повышения мотивации к лечению.

Литература

1. *Закопайло Г.Г.* О влиянии социальных факторов на заболеваемость туберкулезом. В кн.: Резюме 5-го Национального конгресса по болезням органов дыхания. М.; 1995. № 1758.
2. *Корецкая Н.М., Москаленко А.В.* Клинико-социальные характеристики больных инфильтративным туберкулезом легких. Пробл. туб. 1997; 5: 15–16.
3. *Корецкая Н.М., Чернышова Т.А., Елизаров Б.М.* Характеристика впервые выявленного туберкулеза в современных условиях. В кн.: Резюме 7-го Национального конгресса по болезням органов дыхания. М.; 1997. № 404.
4. *Худзик Л.Б., Панкратова Л.Э., Шульгина З.Л.* Психическое состояние больных туберкулезом легких и иммунный статус. В кн.: 2-й Международный конгресс "Иммунореабилитация и реабилитация в медицине", Анталия, 6–10 мая; 1996.
5. *Худушина Т.Л., Маслакова М.Г., Богуш А.Л., Федулова Г.В.* Тенденции в клинико-социальной характеристике вновь выявленных больных туберкулезом легких. В кн.: Резюме II/XI Съезда Научно-медицинской ассоциации фтизиатров. Саратов; 1994. 43.
6. *Панкратова Л.Э.* Нарушение психической деятельности впервые выявленных больных туберкулезом легких и факторы, способствующие их возникновению. В кн.: Резюме III/XII Съезда Научно-медицинской ассоциации фтизиатров. Екатеринбург; 1997. 233.
7. *Толстых А.С.* О некоторых психологических особенностях больных туберкулезом. Пробл. туб. 1990; 8: 69–70.
8. *Панкратова Л.Э., Худзик Л.Б., Шульгина З.Л. и др.* Психическое состояние впервые выявленных больных туберкулезом легких и его влияние на течение заболевания. В кн.: Резюме 6-го Национального конгресса по болезням органов дыхания. Новосибирск; 1996. 502.
9. *Панкратова Л.Э.* Нарушение психической деятельности впервые выявленных больных туберкулезом легких и факторы, способствующие их возникновению. В кн.: Резюме: III/XII Съезда Научно-медицинской ассоциации фтизиатров. Екатеринбург; 1997. 233.
10. *Melzack R., Wall P.D.* Pain mechanism: a new theory. Science 1965; 150: 971–979.

Поступила 18.05.05
© Коллектив авторов, 2007
УДК 616.24-002.5-08-07