

*Н.Ю.Сенкевич, А.С.Белевский*

## РЕЦЕНЗИЯ НА СТАТЬЮ

### "Ориентирование больного туберкулезом на излечение с помощью образовательной программы "фтиза-школа"<sup>1</sup>

НИИ пульмонологии МЗ РФ; кафедра пульмонологии ФУВ РГМУ

Работа, выполненная на кафедре фтизиатрии и пульмонологии Самарского государственного медицинского университета, затрагивает, бесспорно, важнейшую проблему современной медицины, связанную с разработкой и внедрением в клиническую практику образовательных программ для пациентов с целью улучшения качества их жизни и результатов лечения. Автором была предложена концепция группового обучения больных туберкулезом легких в специализированной "фтиза-школе".

В качестве основной задачи образовательного процесса рассматривалось повышение кооперативности пациентов за счет укрепления их психосоциального статуса. Для решения данной задачи была предпринята попытка верификации основных факторов, препятствующих продуктивному сотрудничеству пациента с врачом, посредством таких психометрических инструментов, как стандартизованный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ) и цветовой тест Люшера. Кроме этого, применялась разработанная автором анкета "Качество жизни больного хроническими заболеваниями легких" (рац. предложение № 218).

Заявленный автором СМИЛ является модифицированным вариантом теста ММРІ и представляет собой квантифицированный метод изучения свойств личности и степени адаптированности индивидуума. К сожалению, в статье не были представлены результаты применения данного инструмента. Бесспорный интерес могли бы вызвать данные по таким шкалам СМИЛ, как "ложь", "коррекция", "сверхконтроль", "пессимистичность", "оптимистичность", "эмоциональная лабильность", "импульсивность", "тревожность" и пр. Учитывая отсутствие указанных данных (как в графическом, так и в закодированном виде), а также то, что автором не были сделаны промежуточные выводы по результатам применения СМИЛ, можно предположить, что исследователь не

придает большого значения данному фрагменту работы. В таком случае напрашивается вопрос о его целесообразности.

Идентичная ситуация наблюдалась и в случае применения теста Люшера. Кроме этого, в статье не указана формы применяемого метода: полная (73 цветные таблицы) или краткая (8-цветовой ряд).

Еще больше вопросов связано с применением оригинальной анкеты "Качество жизни больного хроническим заболеванием легких". Известно, что основным методом оценки качества жизни (КЖ) являются специализированные опросники [1]. В настоящее время для изучения КЖ больных хроническими обструктивными болезнями легких широко используются международные опросники, прошедшие полный цикл языковой адаптации и обладающие высокой надежностью и валидностью в русской трансляции (SF36 [2], SGRQ [3]). Тем не менее отсутствие отечественных методов оценки КЖ является серьезным препятствием для развития этого важного научного направления в России. Поэтому информация о разработке и внедрении подобных методов вызывает повышенный интерес.

Приходится только сожалеть, что автор не только не счел нужным опубликовать разработанную им анкету для оценки КЖ, но даже не сделал ссылку на первоисточник, указав только номер рац. предложения. Наши попытки обнаружить данную анкету в специализированной медицинской литературе и в Интернете не увенчались успехом. Между тем появление нового отечественного метода оценки КЖ у больных пульмонологической практики заслуживает пристального внимания.

Из статьи известно, что в основе анкеты заложена теория потребностей человека, по *A.Maslow*. Автором предлагается оценивать уровень КЖ по 6 критериям (разделам), соответствующим разным уровням потребностей. Между тем сам основопо-

<sup>1</sup> Гнездилова Е.В. Пульмонология, 2001. №1. — С 16–19.

ложник гуманистической психологии *A. Maslow* выделял 7 уровней (ступеней) потребностей личности [4]: физиологические (органические) потребности (голод, жажда, половое влечение); потребность в безопасности (чувство защищенности, избавиться от страха и неудач, от агрессии); потребность в принадлежности и любви (принадлежать к общности, находится рядом с людьми, быть признанным и принятым ими); потребность в уважении (компетентность, достижение успехов, одобрение, признание, авторитет); познавательные потребности (знать, уметь, понимать, исследовать); эстетические потребности (гармония, симметрия, порядок, красота); потребность в самоактуализации (реализация своих целей, способностей, развитие личности). Причины, по которым в представленной анкете познавательные и эстетические потребности были объединены в одну группу, а также принципы такого объединения, автором не уточняются.

Факт, что КЖ индивидуума тесно связано со степенью удовлетворения его потребностей, не вызывает сомнений. Причем необходимо понимать: чем проще потребности, тем легче их удовлетворить. Следовательно, КЖ такого индивидуума будет выше, чем КЖ человека с более сложными потребностями. Другими словами, КЖ зависит не только от реализации потребностей, но и от уровня таковых [5].

Отношение к понятию КЖ как к степени "выполнения всех потребностей человека", на наш взгляд, является принципиально ошибочным. КЖ зависит от реализации только актуальных на данный момент потребностей. Очевидно, что в разные периоды жизни человек испытывает разные потребности, и совершенно не обязательно (более того, это практически невозможно), чтобы на момент исследования у него была сформирована мотивация на удовлетворение всех потребностей. Например, познавательные и эстетические потребности и, тем более, потребность в самоактуализации могут вообще не возникнуть у человека в течение всей его жизни. Но это не означает, что КЖ такого индивидуума будет низким. В связи с этим возникает вопрос о валидности предложенной анкеты, т.е. о способности нового метода измерять то свойство, для оценки которого он был разработан. В статье нет указаний на то, что автором были проведены клинические испытания своего изобретения с целью определения его надежности (методом "тест-ретест" или методом расщепления) и валидности (конвергентной, конструктивной и пр.).

Как следует из статьи, анкета "Качество жизни больного хроническим заболеванием легких" содержит 29 вопросов, на которые респонденты должны дать ответ по 5-балльной шкале. На основании полученных результатов производится математический расчет величины каждого уровня потребностей. К сожалению, не указан принцип расчета: линейный, метод Ликкерта и пр. Существующие в настоящее время методики определения и оценки потребностей

индивидуума имеют сложноорганизованную структуру и требуют от исследователя высоких профессиональных навыков в области психологии. Поэтому, если предложенный автором метод, действительно, позволяет столь просто и достоверно оценивать уровень потребностей человека, то это, бесспорно, является большим достижением современной науки. Например, автором заявлено, что им выполнена оценка потребности личности в самоактуализации? До сих пор это считалось практически неразрешимой задачей, так как самоактуализация — абсолютно философское понятие, не имеющее очерченных форм. С одной стороны, самоактуализация — это процесс постепенного роста личности. При этом нет необходимости совершать героические поступки, а нужно быть готовым к кропотливому труду по выявлению и преумножению собственных возможностей. С другой — бессмысленно стремиться к самоактуализации, ибо ее достижение, равно как и достижение счастья, не определяется одним лишь желанием. Человек должен быть "настигнут счастьем" [6].

Подводя итог выполненных исследований (без указания полученных результатов по каждому методу), автор делает заключение о наличии у больных туберкулезом 9 форм "защитных реакций": отрицание заболевания, вытеснение из сознания, "уход в болезнь", "игра в жертву болезни", эмоциональное дистанцирование, обвинение окружения, отрешенность, идентификация конкретному человеку, регрессия личности. При этом данные "защитные реакции" называются дезадаптивными, что в корне неверно, так как любая защитная реакция является адаптивной. Попытки активного воздействия на такие реакции могут даже навредить пациенту. Задача врача заключается не в борьбе с "защитными реакциями", а в их предупреждении и в устранении причин, их обуславливающих.

Указанные "защитные реакции" не отличаются специфичностью для больных туберкулезом и могут быть отнесены к больным с любой патологией. Более того, данные реакции давно известны (различия касаются только терминологии) и опубликованы в медицинской литературе (*Боткин С.П.*, 1867; *Буйневич К.А.*, 1909; *Вотчал Б.Е.*, 1963; *Frankl V.*, 1973; *Кассирский И.А.*, 1979; *Engel G.E.*, 1980; *Федосеев Г.Б.*, 1994). Поэтому совершенно справедливым является замечание автора рецензируемой статьи о том, что "врачу-фтизиатру нет необходимости в проведении столь энергозатратных психосоциологических исследований" для выявления данных реакций.

В качестве рекомендаций по улучшению психосоциального статуса и КЖ больных автором предлагается следующее: "помочь больному по-новому оценить себя и свое окружение", заставить пациента "поверить в себя и мобилизовать свои внутренние резервы", способствовать "переоценке ценностей" и "переформированию внутренней картины болезни" у больного. Для решения этих всеобъемлющих задач, по мнению автора, и должна быть создана "фтиза-школа".

Представленная в статье концепция обучения больных туберкулезом основывается на предоставлении достоверной информации о заболевании и методах его лечения. Между тем не следует забывать, что на подобное информирование имеют право все пациенты, а не только участвующие в образовательном процессе [7]. Другое дело, что кроме информирования, образовательные программы должны включать в себя обучение больного основным методам самоведения и самоконтроля [8]. Именно отсутствие четких указаний на данное направление образовательного процесса и определяет оригинальность представленной концепции.

В статье автор утверждает, что "получение объективной информации о туберкулезе и настрой на возможность излечения приводят к переформированию внутренней картины болезни". Учитывая то, что исходная "внутренняя картина" определялась с помощью перечисленных выше психометрических методов (СМИЛ, тест Люшера, анкета КЖ), можно было ожидать, что и оценка результатов внедрения "фтиза-школы" будет проводиться на их основе. Однако этого выполнено не было, а для оценки эффективности образовательного процесса автором была предложена еще одна оригинальная анкета "Скрининг-диагностика эффективности занятий".

Безусловно, "установление нормальных партнерских отношений с больным" и "настрой пациента на необходимость лечения", и "выполнение врачебных рекомендаций" являются важнейшими задачами современной медицины. Анкетирование должно было наглядно продемонстрировать, что обучение больных туберкулезом во "фтиза-школе" позволяет эффективно решать эти задачи. К сожалению, автор не указал достоверность полученных результатов.

Таким образом, после ознакомления со статьей "Ориентирование больного туберкулезом на излечение с помощью образовательной программы "фтиза-школа" остались без ответа следующие вопросы: Каковы особенности психо-моциональной сферы у больных туберкулезом, каким образом эти особен-

ности зависят от медикосоциального статуса больных (пол, возраст, уровень образования, профессиональная занятость, характер трудовой деятельности, семейное положение, табакокурение, степень тяжести заболевания и пр.), оказывает ли туберкулез специфическое влияние на КЖ больных и какова динамика этого показателя на фоне образовательного процесса, как сказывается обучение во "фтиза-школе" на показателях болезненности, какова клиническая эффективность предложенной концепции образования.

Статья носит больше декларативный характер, а содержащиеся в ней сведения не отличаются новизной. Однако следует подчеркнуть, что указанные недостатки являются типичными и часто встречаются в медицинской литературе. Поэтому требуется регулярный анализ этих ошибок с целью их профилактики. А любое напоминание о необходимости обучения больных и поиска путей повышения их кооперативности следует рассматривать как позитивное явление в медицине.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Методы оценки качества жизни больных ХОБЛ. Пособие для врачей. УС МЗ РФ / пр. №2 / 10.02.2000.
2. Сенкевич Н.Ю., Белевский А.С. Оценка влияния образовательных программ в пульмонологии на качество жизни больных (Первый опыт применения в России опросника SF36 в пульмонологии). Пульмонология. 1997; 3: 18–22.
3. Шмелев Е.И., Беда М.В., Jones P.W., Thwaites R., Чучалин А.Г. Качество жизни больных ХОБЛ. Пульмонология. 1998; 2: 79–81.
4. Maslow A.H. Motivation and Personality. Harper & Bros. New York, 1954.
5. Сенкевич Н.Ю., Белевский А.С. Качество жизни — предмет научных исследований в пульмонологии. Тер. архив. 2000; 3: 36–41.
6. Maslow A.H. The farther reaches of human nature. Penguin books, USA, 1971.
7. Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан (пр. ВС РФ 22.07.1993) / ст.31.
8. Организация и проведение занятий в астма-школе. Методические рекомендации МЗ РФ №96/93.

Поступила 13.07.01

---

#### Исправления к статье

А.Л.Черняева, А.Г.Чучалина "Патологическая анатомия и классификация бронхолитов" в №2 за 2002 год.

В обозначениях монтажа рисунков допущена ошибка: вместо рис. в следует читать б, вместо д — в, вместо б — г, вместо г — д.