

УДК 614.253.1:316.356.2:316.47:616.24-002.5

## ВЛИЯНИЕ НЕПРЕРЫВНОГО ОБУЧЕНИЯ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ ПО ВОПРОСАМ МЕЖЛИЧНОСТНОГО ОБЩЕНИЯ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Г.Т. Каратаева, А.С. Сулайманова, Т.Ч. Чубаков

Представлены результаты влияния непрерывного обучения врачей первичной медико-санитарной помощи по вопросам межличностного общения на качество медицинского обслуживания, отношение медицинских работников к пациентам и приверженность больных к противотуберкулезной терапии. В целях оценки эффективности обучения по межличностному общению были использованы методы наблюдения и интервьюирования.

*Ключевые слова:* непрерывное обучение; навыки межличностного общения; наблюдение; интервьюирование; туберкулез; приверженность к противотуберкулезной терапии.

Приверженность к противотуберкулезной терапии – основа борьбы с туберкулезом, так как она напрямую связана с эффективностью проведенных курсов лечения и показателями излечения, а также имеет обратную пропорциональную связь с отрицательными исходами лечения и распространением лекарственно-устойчивых форм заболевания [1, 2].

Медицинские работники первичного звена (семейные врачи, медицинские сестры, фельдшеры ФАП) играют главную роль в стимулировании приверженности у пациентов с ТБ, так как они отвечают за наблюдение в поддерживающую фазу лечения заболевания и, в некоторых случаях, даже за проведение интенсивной фазы терапии. Специалисты первичного звена способны помочь своим пациентам соблюдать предписанный режим противотуберкулезного лечения, так как у них, в отличие от других медработников, с большой вероятностью сложились отношения с пациентами, они знакомы с их социально-экономической ситуацией, семьей и условиями быта и жизни. Кроме того, медицинские работники первичного звена здравоохранения зачастую осведомлены о трудностях, с которыми сталкиваются пациенты с ТБ в обществе и семьях, такими, как стигма и изоляция.

Значение сильных поддерживающих взаимоотношений между медицинским работником и пациентом с ТБ невозможно переоценить; плохие отношения «лечащий врач – пациент» были названы основной причиной несоблюдения пациентами терапевтического режима [2–4]. Успех лечения во многом зависит от степени, в которой это лечение

организовано так, чтобы отвечать потребностям пациента, и единственным способом достичь этого является создание медицинским работником первичного звена обстановки, в которой пациент может свободно высказать свои опасения, потребности, вопросы и желания, касающиеся лечения.

Работники здравоохранения должны учесть наиболее важные факторы для каждого отдельного пациента и сделать все возможное, чтобы помочь пациентам преодолеть эти препятствия или успешно пройти лечение. Столь же необходимо, чтобы медучреждения проанализировали свои внутренние процессы (как организованы их услуги) и постарались выявить проблемные зоны и разрешить проблемы, которые создают потенциальные препятствия к успешному лечению ТБ. Согласно Международным стандартам лечения ТБ (2006) следует, что каждый врач, лечащий пациента с туберкулезом, принимает на себя большую ответственность. В рамках этой ответственности врач должен не только назначить соответствующую схему лечения, но также и уметь оценить приверженность пациента к соблюдению предписанного терапевтического режима и решить проблему слабой приверженности пациента, если такое случается. Выполняя эту задачу, медработник сможет обеспечить приверженность соблюдению терапевтического режима до полного завершения курса лечения [5].

Чтобы добиться излечения больного и предотвращения развития лекарственной устойчивости (особенно к рифампицину), нужно быть уверен-

ным в том, что больной в действительности получает терапию. Аккуратность лечения больного при химиотерапии означает, что больной принимает каждую дозу препарата в соответствии с назначенной ему схемой лечения. Невозможно заранее предсказать, кто из больных окажется настолько дисциплинированным, что сможет самостоятельно принимать лекарства. Хотя наличие некоторых факторов (бездомность, внутривенное потребление наркотиков, алкоголизм) позволяет предположить слабую приверженность к соблюдению терапевтического режима, большинство пациентов, не соблюдающих режим, не имеет этих факторов риска [6]. Единственный способ добиться уверенности в аккуратности лечения больных – проводить лечение под непосредственным контролем. Это означает, что медицинский работник или иное уполномоченное лицо каждый раз наблюдает за тем, как больной принимает таблетки, обычно это называется “лечение под непосредственным наблюдением” (DOTS).

Лечение под непосредственным наблюдением не должно рассматриваться как окончательная цель организации лечения ТБ. Его следует рассматривать как инструмент для своевременного выявления прерывания лечения и определения факторов, которые мешают пациенту соблюдать терапевтический режим. По этому поводу Кокрановский обзор 2007 года 11 рандомизированных контролируемых исследований DOTS, проведенных в различных регионах, включая страны с низким, средним и высоким уровнем жизни, не подтвердил преимущества DOTS в отношении процента излеченных и завершивших полный курс лечения, по сравнению с самостоятельным приемом пациентом назначенных препаратов [7].

С другой стороны, ряд отдельных клинических исследований, изучавших DOTS как часть более широкого пакета услуг, направленных на укрепление приверженности пациентов к соблюдению терапевтического режима, показал значительное улучшение исходов при лечении по системе DOTS: повышение процента успеха лечения [6, 8], снижение процента перерывов лечения [2], снижение уровня заболеваемости ТБ [3]; снижение частоты развития первичной и приобретенной лекарственной устойчивости [9]; снижение процента рецидивов заболевания [10].

Программы, проводящие DOTS как “глотание таблеток под наблюдением”, без дополнительных услуг, помогающих пациентам преодолеть препятствия, приводящие к прерыванию лечения, скорее всего не достигнут основных целей DOTS. Значение DOTS заключается в ранней идентифика-

ции пациентов, которые по той или иной причине не могут или не хотят принимать назначенные им противотуберкулезные препараты. Это дает медицинскому работнику возможность помочь пациенту определить и преодолеть препятствия к лечению. В соответствии с этим, в Международных стандартах по лечению ТБ (2006) указано: чтобы поддерживать и оценить приверженность, для всех пациентов должен быть сформирован пациент-ориентированный подход к проведению медикаментозной терапии, основанный на потребностях пациента и взаимном уважении между пациентом и медицинским работником. Наблюдение и поддержка должны учитывать особенности пола и возраста и охватывать весь спектр рекомендуемых вмешательств и доступных поддерживающих услуг, включая консультационные и образовательные [11].

Центральным элементом пациент-ориентированной стратегии является применение мер оценки и поддержания приверженности пациентов соблюдению терапевтического режима, а также устранение причин низкой приверженности к терапии, когда такое случается. Эти мероприятия должны быть увязаны с личными обстоятельствами пациента и быть приемлемы как для пациента, так и для медицинского работника. Абсолютно ясно, что в проведении DOTS необходима гибкость с адаптацией к различным местам проведения терапии, удобным для пациента. Согласно Руководству ВОЗ по лечению туберкулеза, основной целью наблюдения за проведением терапии является разрушение препятствий, которые могли бы ограничить доступ пациента к лечению, сделать его более затруднительным и способствовать приверженности пациента лечению.

Целью данного исследования явилось изучение влияния непрерывного обучения (повышение квалификации) семейных врачей и фтизиатров по вопросам межличностного общения на качество медицинского обслуживания, отношение медицинских работников к пациентам и приверженность больных туберкулезом к противотуберкулезной терапии.

**Материал и методы исследования.** Для реализации поставленной задачи нами был проведен сравнительный анализ данных мониторинга, оценки деятельности врачей ПМСП и мнения больных туберкулезом.

Для оценки навыков межличностного общения (МЛЮ) были выбраны наблюдение и интервьюирование. Наблюдение производилось обученными врачами-наблюдателями с помощью листа наблюдения. Лист наблюдения отражал показатели навыков МЛЮ, состоящих из разделов: навыки

межличностного общения; знание; использование вспомогательных материалов; отношение медработников к пациентам и их энтузиазм. Индикатором служила сумма баллов, которую набрали медицинские работники.

Цель интервьюирования заключалась в определении удовлетворенности пациента предоставленной медицинской помощью. Опрос пациентов проводился сразу после посещения медработника. С пациентом проводилась беседа “один на один” с использованием опросного листа.

Данное исследование проводилось в два этапа – до проведения обучения и после проведения обучения семейных врачей и фтизиатров по навыкам МЛО и повышению приверженности к противотуберкулезной терапии больных туберкулезом. Обучение медицинских работников проводилось на кафедре семейной медицины и фтизиопульмонологии КГМИПб по новой разработанной учебной программе, основанной на принципах доказательной медицины, и с широким применением интерактивных методов преподавания. Всего было проведено 80 наблюдений за 25 врачами, участвовавшими в программе. При оценке навыков межличностного общения (МЛО) наблюдатели уделяли внимание использованию основных необходимых навыков для хорошего общения и консультирования.

**Результаты.** Общим показателем навыков МЛО является сумма 12 навыков МЛО, определяю-

щих эффективное межличностное общение (рисунок 1).

При проведении данного наблюдения было отмечено, что 88,0 % врачей приветствовали своих пациентов и здоровались с ними. Данный показатель после обучения улучшился на 33,0 %. Было также отмечено, что медицинские работники все-таки старались называть пациентов по именам. К сожалению, только 68,0 % врачей внимательно выслушивали своих пациентов и старались создать комфортную обстановку, хотя этот показатель улучшился лишь на 3 % по сравнению с наблюдением до проведения обучения. В 92,3 % случаях врачи старались говорить на доступном языке и задавали вопросы, на которые пациент мог бы ответить. После обучения этот показатель улучшился всего на 2,0 %. К сожалению, в 44 % случаев врачи не считались с мнением пациентов, с его ценностями и старались навязать свою точку зрения относительно поведения или обсуждаемой проблемы здоровья. Этот показатель улучшился лишь на 9 %, т.е. он все-таки остается заметно низким. Это говорит о том, что очень трудно изменить привычку суждения “Я врач, я знаю лучше и не спорь!”.

Во время наблюдения был отмечен тот факт, что после обучения врачи чаще стали хвалить, поощрять и отмечать положительное поведение пациентов. Этот показатель после обучения улучшился с 5,0 до 44,0 %. В 88,6 % случаев врачи ста-

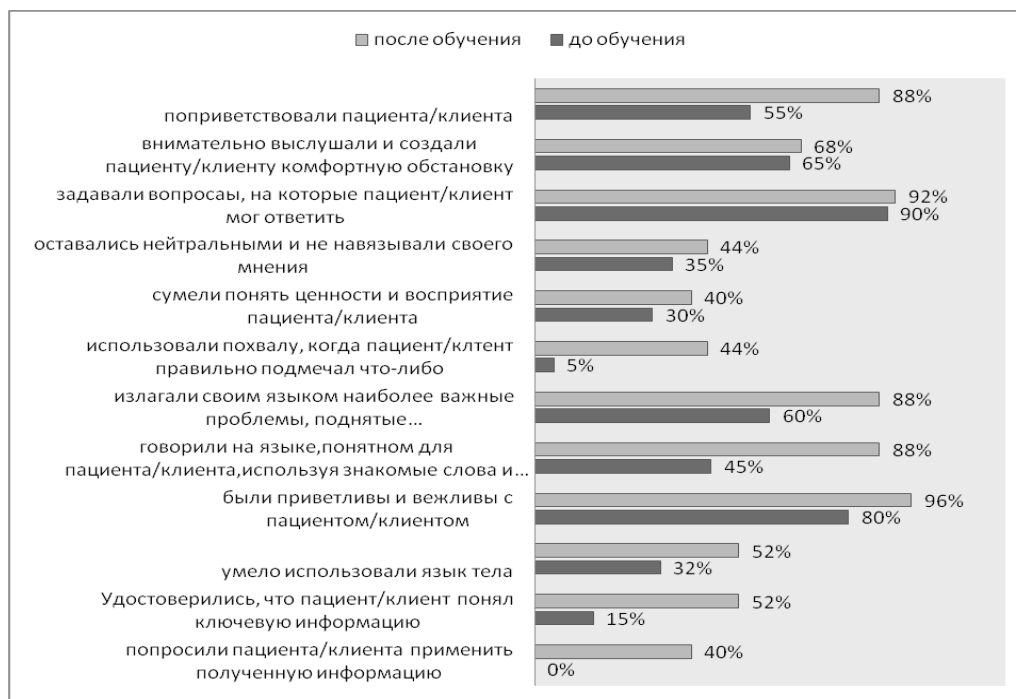


Рисунок 1 – Навыки МЛО

рались общаться с пациентом, излагая важные для него проблемы на простом языке, старались перефразировать непонятные для него термины, что улучшило показатель на фоне обучения на 28 %. Во время наблюдения 96,0 % медработников старались быть вежливыми и доброжелательными, и после обучения этот показатель вырос на 16,0 %. Что касается невербального общения, то наше наблюдение показало, что показатель этот не очень высокий – всего 52 %. Несмотря на это, врачи начали обращать внимание на невербальный тип общения, старались поддерживать зрительный контакт с пациентом, при необходимости уместно жестикулировали. До обучения только в 15 % случаев медработники старались провести обратную связь с пациентами, а после обучения применить полученную информацию просили уже 40 % медработников.

При оценке показателей МЛЮ по разделу “Знания”, наблюдатели обращали внимание на компетентность медработников по двум критериям: медработники представили точную и верную информацию; медработники дали всю необходимую для пациента информацию, чтобы он принял обоснованное решение по тому или иному вопросу относительно своего здоровья.

Во время наблюдения 60,0 % медработников после обучения постарались дать точную и верную информацию относительно здоровья и заболевания туберкулезом. Данный показатель до проведения обучения равнялся нулю, но уже после обучения врачей многие пациенты имели возможность принять обоснованное и информированное решение.

По данным нашего исследования после обучения показатели мониторинга, характеризующие отношение медработников к пациентам и их энтузиазм, значительно улучшились. Во время наблюдения медработники выказывали заинтересованность в излечении пациента, и это отразилось на соответствующих показателях, которые увеличились с 3,3 до 3,92 (оценка по шкале от 1 до 5). Инициатива, исходящая от медицинского работника при работе с пациентом, составила в среднем 3,80. Этот показатель улучшился на 0,85 после обучения, по сравнению с данными наблюдения без обучения.

При проведении интервьюирования пациентов нами были использованы вопросы, которые позволяют оценить уровень удовлетворенности пациентов.

На вопрос “Довольны ли Вы беседой?” все опрошенные пациенты ответили положительно.

На вопрос “Чувствовали ли себя удобно во время беседы/консультирования?” все опрошенные также ответили положительно.

На вопрос “Что же способствовало тому, что Вы чувствовали себя удобно?” опрошенные пациенты отметили, что практически все медработники разговаривали с ними приветливо, дружелюбно и уважительно. Этот показатель увеличился на 64,0 % после обучения. После прохождения повышения квалификации 86,6 % медработников спрашивали о состоянии больного, по сравнению с 15,0 % без обучения. В 57,5 % пациенты чувствовали себя комфортно во время приема, в остальных 43,0 % случаев пациентам не нравились условия, в которых ведется прием, и они чувствовали себя некомфортно, однако по сравнению с предыдущим наблюдением (до обучения) эта цифра выросла на 36,0 % (рисунок 2). Данный показатель свидетельствует о том, что медработники стали больше уделять внимание созданию условий, при которых пациенты чувствовали бы себя комфортно и уютно.

Далее, на вопрос “Как началась беседа?” пациенты ответили следующим образом: в 100 % случаев врачи здоровались с пациентами, старались создать благоприятную психологическую атмосферу.

38,9 % врачей не называли своих пациентов по имени, хотя заменяли обращение такими уважительными словами, как “эже, апа, ата, байке и т. д.” На вопрос “Задал ли пациент все интересующие вопросы?” половина опрошиваемых ответили “Да”.

Если при опросе до проведения обучения только 21,0 % врачей интересовались, есть ли у пациентов вопросы, то при интервьюировании после обучения уже 57,0 % врачей старались выяснять у больных, что их волнует в отношении здоровья.

100,0 % пациентов ответили, что отношение к ним врача заслуживало доверия, и они могли задать вопрос, тогда как до обучения вызывали доверие у пациентов только 36,0 % медработников.

После проведения обучения 86,0 % пациентов сказали, что врачи рассказали им об интересующих их проблемах, подробно ответили на вопросы, до обучения данный показатель составил всего 29,0 %. Со слов пациентов, все медработники изъяснялись на простом языке, и по сравнению с периодом без обучения показатель вырос на 64,0 %. 86,0 % медработников при разговоре с пациентами использовали знакомые слова, не злоупотребляя медицинскими терминами.

Для того чтобы пациенты лучше усвоили данную им информацию, 86,0 % медработников повторили информацию, сказанную ранее, чтобы уточнить свои рекомендации, тогда как этот показатель в сравнении с периодом до обучения повысился на 65,0 %. Никто из опрошенных пациентов не полу-

чил информационный материал на руки в виде брошюр или листовок. Согласно мнению пациентов, почти все медработники говорили на простом и доступном языке. 57,0 % медработников записали свои рекомендации на бумаге. Следует отметить, что 14,0 % пациентов, несмотря на усилия медработников информацию запомнили не очень хорошо.

На вопрос “Какую бы оценку Вы поставили своему медработнику (по 5-балльной системе)?”, средний балл, поставленный пациентами после обучения врачей, составил 4,2 балла, оценка за период, когда семейные врачи были не обучены, составила 3 балла.

При проведении обучения семейных врачей и фтизиатров на основании опроса, интерактивных бесед и результатов круглых столов нами определены факторы, влияющие на приверженность больных туберкулезом к лечению. Потенциальные препятствия к соблюдению терапевтического режима многочисленны и могут быть подразделены на факторы, связанные с пациентом, обществом, медицинскими работниками/учреждениями и системой здравоохранения в целом.

Таким образом, результаты нашего научного исследования, полученные на основе мониторинга по навыкам межличностного общения в области лечения туберкулеза после обучения семейных врачей, показали, что врачи начали довольно успешно применять полученные знания на практике. Они стали больше уделять внимание созданию хорошей психологической атмосферы в процессе приема пациентов, соблюдать конфиденциальность во время приема и по вопросам понимания и применения пациентом полученной информации. Практически все медработники во время приема пациентов старались быть вежливыми и доброжелательными, стали проявлять больше заинтересованности и инициативы во время консультирования.

Использование навыков МЛЮ положительно влияет на качество оказания медицинской помощи пациентам, повышает приверженность к лечению, облегчает процесс достижения конечного результата в комплексной терапии туберкулеза, помогает избегать недопонимания, возникающие между медработником и пациентом, а также снижает уровень стигмы.

### Литература

1. Treatment of tuberculosis: guidelines – 4<sup>th</sup> ed. WHO/HTM/TB/ 2009.420
2. Adherence to tuberculosis treatment. UpToDate, Accessed online 30 August 2012 at <http://www.uptodate.com/contents/adherence-to-tuberculosis-treatment> (Literature review current through Jul 2012).
3. Tshitangano T., Pengpid S., Peltzer K. Factors that Contribute to Tuberculosis Control in Primary Health Care Services at Mutale Primary Health Care Sub-District of the Limpopo Province, South Africa // *J Hum Ecol.* 2010. 29(2):75–85.
4. Sumartojo E. When Tuberculosis Treatment Fails: A Social Behavioral Account of Patient Adherence // *Am J Respir Crit Care Med.* 1993, 143:1311–1320.
5. International Standards for Tuberculosis Care (ISTC). The Hague: Tuberculosis Coalition for Technical Assistance, 2006.
6. Chaulk C.P., Moore-Rice K., Rizzo R., Chaisson R.E. Eleven years of community-based directly observed therapy for tuberculosis // *JAMA.* 1995. 274(12):945.
7. Al Zahrani K., Al Jahdali H., Menzies D. Does size matter? Utility of tuberculin reactions for the diagnosis of mycobacterial disease // *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine.* 2000, 162:1419–1422.
8. Thiam S., LeFevre A., Hane F., et al. Effectiveness of a Strategy to Improve Adherence to Tuberculosis Treatment in a Resource-Poor Setting. A Cluster Randomized Controlled Trial // *JAMA.* 2007; 297:380–386.
9. Weis S.E., Slocum P.C., Blais F.X., et al. The Effect of Directly Observed Therapy on the Rates of Drug Resistance and Relapse in Tuberculosis // *N Engl J Med.* 1994; 330:1179–84.
10. Thiam S., LeFevre A., Hane F., et al. Effectiveness of a Strategy to Improve Adherence to Tuberculosis Treatment in a Resource-Poor Setting. A Cluster Randomized Controlled Trial // *JAMA.* 2007; 297:380–386.
11. Global tuberculosis control: WHO report 2011. World Health Organization, 2011.