

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ФТИЗИАТРИИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

**КЛИНИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО
ПО ПСИХОЛОГИЧЕСКОМУ СОПРОВОЖДЕНИЮ
ЛИЦ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ**

Бишкек 2018

Клиническое руководство по психологическому сопровождению лиц с туберкулезом принято Экспертным советом по оценке качества клинических руководств/протоколов и утверждено Приказом МЗ КР №197 от 16.03.2018 года.

КЛИНИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

Психологические реакции, возникающие на различных стадиях переживания болезни у пациентов с туберкулезом. Психологические реакции, возникающие у медиков, психологов и социальных работников, сопровождающих пациента с туберкулезом в процессе лечения

НАЗВАНИЕ ДОКУМЕНТА

Клиническое руководство по психологическому сопровождению лиц, страдающих туберкулезом

УРОВНИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ

Первичный, вторичный и третичный уровни оказания медицинской помощи.

ДАТА СОЗДАНИЯ: 2018

Пересмотр руководства планируется в 2021 г либо при появлении новых ключевых рекомендаций по психологическому сопровождению лиц с туберкулезом и их близкого окружения

Цель руководства состоит в том, чтобы обеспечить семейных врачей, фтизиатров, психиатров, психотерапевтов, а также психологов и социальных работников *достаточно простыми и легко выполнимыми стратегиями* психологического сопровождения пациентов с туберкулезом для повышения качества оказания медицинской помощи.

Стратегии используются для того, чтобы:

- сформировать хороший терапевтический альянс;
- усилить приверженность к терапии у пациентов;
- наладить эффективное профессиональное взаимодействие;
- обеспечить мультидисциплинарный подход в лечении различных форм туберкулеза;
- предотвратить эмоциональное выгорание у медицинских работников при ведении пациентов с туберкулезом.

ЦЕЛЕВЫЕ ГРУППЫ

Данное клиническое руководство разработано для врачей ПМСП, практических врачей-фтизиатров, занимающихся выявлением, лечением и профилактикой туберкулеза на всех уровнях медицинской помощи и/или проблемами, связанными с туберкулезом, а также для психологов, врачей психиатров, социальных работников и других заинтересованных специалистов.

Клиническое руководство применимо для психологического сопровождения лиц с различными формами туберкулеза и их близкого окружения.

Адрес для переписки с рабочей группой

720000, Кыргызская Республика, г. Бишкек

Аалы Токомбаева, 7/6б

Американский Университет в Центральной Азии

emolchanova2009@gmail.com

molchanova_e@auca.kg

Клиническое руководство может использоваться и воспроизводиться только с разрешения авторов и с соответствующей ссылкой

СОДЕРЖАНИЕ

1	ВВЕДЕНИЕ
1.1	Текущее состояние проблемы в Кыргызской Республике
1.2.	Правовая основа клинического руководства
1.3.	Состав рабочей группы
1.4.	Цель создания руководства
1.5.	Целевая группа пользователей руководства
1.6.	Список использованных сокращений
1.7.	Основные термины и определения
2	ОПИСАНИЕ ПРОЦЕССА ПОИСКА ОЦЕНКИ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ И ФОРМУЛИРОВАНИЯ РЕКОМЕНДАЦИЙ
3	ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПРОЦЕССА ВЫСТАВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА
3.1.	Психологические реакции на выставленный диагноз
3.2.	Стадии адаптации к диагнозу «туберкулез»
4	ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПСИХОЛОГИЧЕСКОМУ СОПРОВОЖДЕНИЮ ПАЦИЕНТА В ФАЗЕ ИНТЕНСИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ
4.1.	Модель работы с синдромом отрицания
4.2.	Мотивационное интервью – создание комплайенса
5.	ОТСЛЕЖИВАНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТА К ТЕРАПИИ
5.1.	Опрос пациента в течение первых месяцев лечения
5.2.	Оценка приверженности к терапии в течение лечебного процесса
6	АЛГОРИТМ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ТУБЕРКУЛЕЗОМ
7	ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЕМЫ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ТЕРАПИИ
7.1.	Плацебо и ноцебо эффекты
7.2.	Способы формирования позитивного отношения к препарату с заметными побочными эффектами
8	ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕФОРМАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ, РАБОТАЮЩИХ С ПАЦИЕНТАМИ, СТРАДАЮЩИМИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ
9	ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ У ВРАЧЕЙ И МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР
9.1.	Симптомы эмоционального выгорания
9.2.	Принципы предотвращения эмоционального выгорания
9.2.1.	Своевременная оценка уровня эмоционального выгорания
9.2.2.	Использование техник расслабления и осознанного присутствия
9.2.3.	Внимание к своему здоровью и активность
9.3.	Предупреждение выгорания на уровне организаций
9.4.	Стратегии предотвращения синдрома выгорания
10	Культура и гендерные особенности в психологическом сопровождении пациентов с туберкулезом
11	ЛИТЕРАТУРНЫЕ ССЫЛКИ
	ПРИЛОЖЕНИЯ
1	Определение приверженности к терапии на этапе активного лечения
1.1.	Выявление причин нарушения в приеме препаратов
1.2.	Шкала оценки приверженности терапии Мориски - Грин
1.3.	Форма оценки приверженности к лечению

- 2 Исследование психологического статуса пациента**
- 2.1. Госпитальная шкала тревоги и депрессии
- 2.2. Шкала удовлетворенности жизнью
- 2.3. Оценочная шкала стрессовых событий Холмса - Рагге
- 2.4. Шкала оценки риска суицида
- 3 Опросники для определения эмоционального выгорания**
- 3.1. Оценка степени эмоционального выгорания
- 3.2. Шкала профессиональных жизненных качеств
- 3.3. Шкала диагностики уровня профессиональной деформации помогающего специалиста (врача, психолога, социального работника)
- 4 Упражнения для предотвращения эмоционального выгорания**
- 4.1. Прогрессивное расслабление мышц
- 4.2. «Батарейка»
- 4.3. «Разнообразьте свою жизнь»
- 4.4. «Осознанная прогулка»
- 5. КАК ВЕСТИ СЕБЯ С ВОЗБУЖДЕННЫМ ПАЦИЕНТОМ**
- 6 КАК РАБОТАТЬ С СУИЦИДАЛЬНЫМ РИСКОМ У ПАЦИЕНТОВ**
- 12. Стандарты качества и индикаторы эффективности внедрения руководства**

1. ВВЕДЕНИЕ

Туберкулез относится к социально-значимым заболеваниям [81,82,83,84,85]. Термин «социально-значимое заболевание» применяется для обозначения влияния социальных факторов на вероятность возникновения и распространения инфекции в обществе. К факторам, определяющим риск распространения заболевания, относится низкий социально-экономический уровень, обусловленный либо социальной структурой государства, либо условиями, в которых пребывает страна (война, вооруженные конфликты, чрезвычайные ситуации после стихийных бедствий) [82].

По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно туберкулезом заболевает около восьми миллионов человек, примерно 1,4 миллиона умирает [85]. Так, в 2015 году заболели туберкулезом 10,4 млн. человек - 5,9 млн. мужчин (56%), 3,5 млн. женщин (34%) и 1,0 млн. детей (10%). В 2016 году туберкулезом заболели 10,4 млн. человек; 1,7 млн. умерли. Странами – членами ООН в 2015 году были приняты цели устойчивого развития до 2030 года [84]. Признавая важность борьбы с туберкулезом во всем мире, ВОЗ пошла на беспрецедентный шаг и объявила туберкулез «глобальной чрезвычайной ситуацией» в апреле 1993 [цит. по 92]. Стратегия ВОЗ по борьбе с туберкулезом направлена на снижение смертности от ТБ на 90%. Новые вспышки инфекции должны, в соответствии с принятой стратегией, уменьшиться к 2030 году на 80%. Хотя мировая статистика смертности от ТБ демонстрирует позитивную динамику [85], цифры далеки от достижения поставленных ООН целей.

Туберкулез исторически связан с проблемами психического здоровья [71]. Отмечается, что депрессия как реакция на диагноз наблюдается примерно у 80% пациентов с ТБ [57], а тревога – у 46 [27] - 70% [29] пациентов с ТБ.

Особенности психического состояния пациентов отмечаются в качестве одного из ведущих факторов, который может либо увеличить вероятность благоприятного прогноза, либо, напротив, привести к неблагоприятным последствиям, и даже к смерти [29]. Заболевание туберкулезом рассматривается как **ситуация психологической травмы, которая способна изменить мировоззрение, отношение к себе и окружающим** [92]. Отмечается, что потрясение во время сообщения о диагнозе, шок и первичное отрицание во многом связано с распространенными стереотипными представлениями о туберкулезе как о болезни, связанной с асоциальным образом жизни [91]. Следует, тем не менее, отметить, что *80 % пациентов с туберкулезом не относятся к маргинальным группам* [92]. Тяжелые психологические реакции на сообщение о диагнозе и само заболевание способствуют развитию лекарственной устойчивости [32]. Указывается, что в качестве снижения тревоги пациенты с ТБ начинают употреблять алкоголь [70], отрицают наличие проблемы и отказываются от приема препаратов. На формирование лекарственной устойчивости влияют такие факторы, как фон настроения пациента [31], наличие тревожных расстройств в анамнезе, а также личностные особенности пациента до болезни [41]. Мнительность, подозрительность, тревожность, неуверенность в успехе терапии – все эти факторы играют немаловажную роль как в формировании комплайенса, так и в успехе лечения в целом [32].

1.2. Текущее состояние проблемы в Кыргызской Республике

Данные Национального статистического комитета Кыргызской Республики свидетельствуют о том, что количество пациентов с активным туберкулезом, состоящих на учете в 2016 году, составило 7995 человек – 3172 мужчин и 2508 женщин в возрасте до 65 лет. Тревожным фактом является то, что подавляющая часть впервые заболевших – это люди молодого возраста: мужчины от 18 до 24 лет и женщины от 25 до 34 лет. В Кыргызской Республике отмечается снижение заболеваемости ТБ (с 5853 в 2015 году до 5680 человек в 2016 году), но растет число случаев туберкулеза с множественной

лекарственной устойчивостью (МЛУ). Этот факт связан с улучшением качества диагностики ТБ, в том числе с внедрением инновационных методов диагностики. Основными причинами МЛУ становятся неадекватная терапия и перерывы в лечении, стигматизация, депрессия, тревога, связанные с негативным общественным мнением по отношению к пациентам с ТБ, мифами о крайней заразности ТБ для близкого окружения заболевшего, отсутствием мотивации на терапию. Все вышеперечисленное снижает эффективность медицинской помощи пациентам. *Психологическое сопровождение пациентов с туберкулезом называется одним из факторов, способствующих успешному специфическому лечению* [5,22,23,41]

Стигматизация и самостигматизация пациентов с ТБ – еще одна причина, диктующая необходимость психологической поддержки [25]. Было отмечено, что у пациентов с ТБ снижается самооценка и формируется «позиция изгоя». Некоторые пациенты не соглашались с диагнозом, отказывались от лечения и поступают на терапию в тяжелом и крайне тяжелом состоянии. По данным исследования, проведенного USAID, Центром анализа политики здравоохранения (Кыргызская Республика) и Национальным центром фтизиатрии о предоставляемой медицинской помощи больным ТБ и их удовлетворенности в Кыргызской Республике [97], 25% всех респондентов заявили, что они скрывали свой диагноз от других.

Правовую основу данного клинического руководства составляют

–	Закон Кыргызской Республики «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» от 9 января 2005 года N 6. [86]
–	Закон Кыргызской Республики «О защите населения от туберкулеза от 18 мая 1998 года N 65 [87]
–	Закон Кыргызской Республики «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» [88]

Стратегические документы, использованные в руководстве:

Программа Правительства КР «Туберкулез –V» на 2017-2021 годы.

1.3. Состав рабочей группы

Руководитель группы:

Чубаков Т. Ч.	ректор, д.м.н., профессор, КГМИПиКП
---------------	-------------------------------------

Ответственный исполнитель:

Молчанова Е.С.	к.м.н., ассоциированный профессор Американского университета в Центральной Азии
----------------	---

Рабочая группа

Ибраева А.А.	главный специалист УОМПиПЛ МЗ КР
Галиева Р.Ш	доцент кафедры фтизиатрии КГМИПиПК
Оморова Ж	и.о. зав.кафедрой семейной медицины, КГМИПиПК
Абдрахманова Э.	специалист по амбулаторному лечению, проект USAID «Победим туберкулез»

Костерина Е.В.	PhD ассоциированный профессор АУЦА
Петросян К.С.	старший преподаватель университета Ала-Тоо
Провоторова Я.	магистр психологии, консультант проекта USAID «Победим туберкулез»
Губанкова И.А.	Национальный координатор по МЛУ ТБ, НЦФ
Жданова Е. В.	Заведующий МЛУ ТБ отделением, НЦФ
Тоичкина Т.	Советник по ЛУ ТБ, проект USAID «Победим туберкулез»

Консультанты

Умняшкин А. А.	Доктор медицинских наук по специальности психиатрия, международный эксперт Министерства Здравоохранения республики Азербайджан
Патрик Мариус Кога	PhD., врач-психиатр, профессор университета Северной Калифорнии, США

Внутренние рецензенты:

Кадыров А. С.	д.м.н., Директор Национального центра фтизиатрии
Тен В. И.	к.м.н. (медицинская психология), зав. кафедрой МППП КРСУ

Внешние рецензенты:

Лига Кукша	Head of MDR TB department at TB and Lung disease center of Latvia
Николаев Е. Л.	Доктор медицинских наук, заведующий кафедрой социальной и клинической психологии, начальник управления международной деятельности ФГБОУ «Чувашский Государственный Университет имени И. Н. Ульянова»

Все вышеперечисленные специалисты работали и работают с пациентами, испытывающими разного рода психологические трудности во время лечения туберкулеза. Приглашение консультантов в состав разработчиков позволило обсудить вопросы применимости руководства для врачей, психологов, психиатров и социальных работников Кыргызской Республики.

Протоколы согласительных заседаний мультидисциплинарной рабочей группы по разработке клинического руководства велись на базе КГМИПиКП. Все члены группы подписали декларацию о конфликте интересов.

Процесс утверждения клинического руководства

Методологическая экспертная поддержка

Барыктабасова Бермет	методолог МЗ КР по разработке и оценке качества клинических руководств и протоколов, специалист по доказательной медицине, к.м.н.
----------------------	---

Экспертами проводилась методологическая поддержка при разработке клинического руководства и экспертная оценка методологии создания клинического руководства, основанного на принципах доказательной медицины

1.4. Цель руководства состоит в том, чтобы обеспечить семейных врачей, фтизиатров, психиатров, психотерапевтов, а также психологов и социальных работников *достаточно простыми и легко выполнимыми стратегиями* психологического сопровождения пациентов с туберкулезом для повышения качества оказания медицинской помощи. Стратегии используются для того, чтобы:

- сформировать хороший терапевтический альянс;
- усилить приверженность к терапии у пациентов;
- наладить эффективное профессиональное взаимодействие;
- обеспечить мультидисциплинарный подход в лечении различных форм туберкулеза и создать эффективное профессиональное взаимодействие.
- предотвратить эмоциональное выгорание у медицинских работников при ведении пациентов с туберкулезом.

1.5. Целевые группы пользователей:

Врачи ПМСП,
врачи – фтизиатры,
семейные медсестры,
психологи,
психотерапевты,
социальные работники и другие заинтересованные специалисты
кейс - менеджеры

1.6. СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ СОКРАЩЕНИЙ

КР	Кыргызская Республика
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ТБ	туберкулез
ТБ-МЛУ	Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью
ТБ-ШЛУ	Туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью
БК	бациллы Коха
МКБ-10	Международная классификация болезней 10-го пересмотра
МИ	Мотивационное интервью
НКЛ	Непосредственно контролируемое лечение
НТП	Национальная туберкулезная программа
КПТ	Когнитивно-поведенческая терапия
ПТП	Противотуберкулезные препараты
ОВ	Открытые вопросы
АОБ	Адаптационный образ болезни
ПД	Профессиональная деформация
ПАВ	Психоактивные вещества
ФОМС	Фонд обязательного медицинского страхования
ЭВ	Эмоциональное выгорание

1.7. Основные термины и определения

Социально-значимые заболевания - общее название болезней, возникающих в силу преимущественно социальных причин (таких, как нищета, бездомность, отсутствие заботы о детях, миграция, война, расовые, этнические и религиозные конфликты, профессиональные вредности, доступность алкоголя, наркотиков и мн. др.). Лечение таких болезней имеет существенное значение для судьбы отдельных пациентов, но основное решение проблемы состоит в устранении источников заболеваемости, в радикальном оздоровлении системы социальных отношений.

Коморбидность – наличие одновременно с настоящим заболеванием другой болезни или медицинского состояния.

Мультиморбидность — сочетание множества хронических или острых болезней и медицинских состояний у одного человека (*National Library of Medicine*).

Лекарственная устойчивость - природная или приобретенная способность возбудителя болезни сохранять жизнедеятельность при воздействии на него лекарственных средств

Множественная лекарственная устойчивость - устойчивость к изониазиду и рифампицину одновременно (независимо от наличия устойчивости к другим препаратам). Она сопровождается, как правило, устойчивостью к стрептомицину и др.

Туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ-ТБ) - ТБ, который в дополнение к лекарственной устойчивости, свойственной для МЛУ-ТБ, устойчив ко всем фторхинолонам и, как минимум, к одному из трех инъекционных лекарств второй линии (капреомицину, канамицину или амикацину). (*Глобальная целевая группа ВОЗ по ШЛУ-ТБ, октябрь 2006 года*).

Синдром отрицания у пациентов с туберкулезом – результат функционирования механизмов психологической защиты, вызванных интенсивным страхом смерти от заболевания, либо другими, столь же значимыми по силе причинами (стыдом, виной)

Депрессия – патологически сниженное настроение, которое сопровождается снижением энергичности и интереса. Для диагностики клинической депрессии (депрессивного эпизода) состояние должно продолжаться не менее двух недель.

Тревога – чувство неопределенной опасности, которое сопровождается соответствующим поведением (беспокойство, неуверенность, раздражительность, напряженность, т.д.)

Приверженность терапии — степень соответствия между поведением пациента и рекомендациями, полученными от врача (англ. *adherence to therapy*).

Группа взаимопомощи - группа, состоящая из людей, которые имеют общий опыт сходной проблемы или жизненной ситуации (либо непосредственно, либо через своих родных и близких).

Диагноз - заключение о наличии заболевания, его причинах, форме течения, степени выраженности болезненных проявлений, сохранности защитных механизмов. Диагноз ставится на основе всестороннего исследования больного, его постановка необходима для прогноза дальнейшего развития болезни и для принятия решения о способах лечения.

Дестигматизация - комплекс мероприятий, направленных на постепенное смягчение стигматизирующих представлений о психически больном.

Дискриминация (от лат. *discriminatio* -различение) – негативное отношение, предвзятость, несправедливость и лишение определенных прав людей по причине их принадлежности к определенной социальной группе; лишение членов одной из групп возможностей и привилегий, которые доступны другой группе

Качество жизни - интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования личности, основанная на ее субъективном восприятии.

Копинг-поведение - набор повторяющихся поведенческих стратегий, направленный на преодоление проблем и жизненных трудностей, на преодоление внутреннего напряжения и беспокойства. Вырабатывается на основании собственного жизненного опыта, а также благодаря психосоциальным вмешательствам.

Манифестация психического расстройства - появление выраженной типичной симптоматики, свидетельствующей о развитии заболевания. Манифестацию болезни можно определить, как этап перехода к активной стадии заболевания.

Мотивационное интервью - это особая техника консультирования, в которой специалист становится помощником в процессе изменений и выражает принятие клиента. МИ объединяет самые эффективные и в то же время простые приемы ведения беседы - вопросы, слушание, подведение итогов и поддержка

Психическое здоровье - понятие, которое свидетельствует не только об отсутствии психического расстройства. Психическое здоровье определяется как состояние душевного благополучия, при котором каждый человек может реализовать свой собственный потенциал, справляться с обычными жизненными стрессами, продуктивно и плодотворно работать, а также вносить вклад в жизнь своего сообщества.

Психическое расстройство - клинически определенная группа симптомов или поведенческих признаков, которые в большинстве случаев причиняют страдание и препятствуют личностному функционированию (Международная классификация болезней – МКБ-10).

Психолог - Специалист с высшим психологическим образованием, выполняющий профессиональную деятельность в области психологии как науки, прикладных исследований, а также оказывающий психологическую помощь. К сфере практической деятельности психолога относятся психологическая диагностика и непосредственная работа с людьми, основанная на использовании специальных психологических методик.

Психотерапевт - врач-психиатр, прошедший специальную подготовку и практикующий в области психотерапии.

Партнёрство (партнёрские отношения) - доверительные, равноправные отношения между врачом и пациентом/его родственником, в которых одинаковую ответственность за результат лечения несут обе стороны.

Плацебо эффект - (*placebo*, буквально – «понравлюсь»). Формирование уверенности у пациента в эффективности назначенного лечения при помощи либо действий врача, либо

«пустышек», не имеющих медикаментозного значения. Уверенность в выздоровлении активизирует «внутреннего целителя» и пациенту становится легче.

Ноцебо эффект – негативный плацебо-эффект

Психосоциальная реабилитация - процесс, который дает возможность людям с ослабленным здоровьем или инвалидам достичь своего оптимального уровня независимого функционирования в обществе (ВОЗ, 2001).

Раппорт – психологический термин, указывающий на установление специфического, очень доверительного контакта с пациентом или с клиентом.

Стигматизация - (от греч. στίγμα — «ярлык, клеймо») — клеймение, нанесение стигмы. В отличие от слова клеймение, слово стигматизация может обозначать навешивание социальных ярлыков. В этом смысле стигматизация — увязывание какого-либо качества (как правило, отрицательного) с отдельным человеком или множеством людей, хотя эта связь отсутствует или не доказана.

Профессиональное выгорание - синдром, развивающийся на фоне хронического стресса и ведущий к истощению эмоционально-энергетических и личностных ресурсов работающего человека.

Самостигматизация - негативная реакция пациента на заболевание и статус больного в обществе, осознание себя «ущербным», «хуже, чем другие»

Синдром профессионального выгорания – результат процесса, при котором ежедневное воздействие факторов стресса, связанных с оказанием помощи тяжелобольному человеку, постепенно приводит к проблемам психологического и соматического характера у того, кто оказывает помощь больному.

Соппротивление - совокупность психологических механизмов, мешающих формированию приверженности, называется сопротивлением.

Терапевтическим альянсом называются отношения между пациентом и врачом, способствующие достижению общей цели. В данном случае – улучшению состояния и выздоровлению. От качества сотрудничества с врачом во многом зависит приверженность к длительной и зачастую неприятной терапии.

Психологическое сопровождение пациента с ТБ — совокупность технологий медико-социального развивающего сопровождения проблемного пациента, основанная на бесконфликтном взаимодействии с пациентом, который рассматривается как эксперт в своей области, проблеме/жизни, а также является активным участником и партнером специалиста по выстраиванию стратегии решения проблем с учетом их актуальности в момент обращения за помощью

Батарея тестов – комплекс психометрических инструментов (тестов) применение которых преследует одну цель, например, изучение психологического статуса пациентов с туберкулезом

2. ОПИСАНИЕ ПРОЦЕССА ПОИСКА ОЦЕНКИ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ И ФОРМУЛИРОВАНИЯ РЕКОМЕНДАЦИЙ

Все основные рекомендации в данном руководстве имеют свою градацию, которая обозначается латинской буквой от А до D (SIGN). При этом каждой градации соответствует определённый уровень доказательности данных, и это значит, что рекомендации основывались на данных исследований, которые имеют различную степень достоверности. Чем выше градация рекомендации, тем выше достоверность исследований, на которой она основана. Ниже приведена шкала, которая описывает различные уровни градации рекомендаций, включённых в данное руководство.

Уровни доказательности по SIGN-50 [89]:

A	<ul style="list-style-type: none">– Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
B	<ul style="list-style-type: none">– Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или– Высококачественное (++) когортное или исследование случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или– РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
C	<ul style="list-style-type: none">– Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+), результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или– РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++ или +), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию
D	<ul style="list-style-type: none">– Описания серии случаев ИЛИ– Неконтролируемое исследование ИЛИ– Мнение экспертов– Рекомендации, основанные на клиническом опыте членов мультидисциплинарной группы

СТРАТЕГИЯ ПОИСКА ИНФОРМАЦИИ

Поиск клинических руководств осуществлялся в национальных и международных электронных базах данных в сети Интернет.

Крупнейшие электронные базы данных по клиническим руководствам и практическим рекомендациям

Страна и название ресурса	Интернет-адрес
<i>Международная ассоциация</i>	
Guidelines International Network (G-I-N)	http://www.g-i-n.net
Доказательства в сфере психического здоровья (Evidence of Evidence-based Mental Health)	www.cebmh.com/
Society of Clinical Psychiatrists	www.scpnet.com
<i>Соединенные Штаты Америки</i>	
US National Guideline Clearinghouse (NGC)	http://www.guideline.gov
Американская психиатрическая ассоциация	www.psychiatryonline.org/guidelenes
<i>Канада</i>	
Canadian Psychiatric Association (CPA)	www.cpa-apc.org
<i>Великобритания</i>	
National Institute for Clinical Excellence (NICE)	http://www.nice.org.uk
Clinical Knowledge Summaries (CKS)	http://www.cks.nice.org.uk
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	http://www.sign.ac.uk
eGuidelines	http://www.eguidelines.co.uk
National electronic Library for Health	http://www.nelh.nhs.uk/guidelinesfinder
<i>Новая Зеландия</i>	
New Zealand Guidelines Group (NZGG)	http://www.nzgg.org.nz/library.cfm
<i>Россия</i>	
Межрегиональное общество специалистов доказательной медицины (ОСДМ)	http://www.osdm.org
Клинические рекомендации РФ	www.psychiatr.ru

Дополнительные источники и способы поиска клинических руководств и доказательств

В поиске информации были задействованы все информационные базы Американского университета в Центральной Азии (EBSCO, Oxford on-line, PsyWeb, Web of Science), а также авторский доступ к базам SCOPUS, Springer и Sage, доступ к базам университета штата Мичиган и Массачусетс, с использованием необходимых ключевых слов, глубина поиска составила 15 лет.

Критерии включения/исключения публикаций

В связи с тем, что изначально рабочая группа провела четкие ограничения по вопросам, которые необходимо было включать в клиническое руководство, в качестве опорных источников нами выбраны только те, которые были выполнены с применением принципов доказательной медицины с учетом градации рекомендаций и уровнями доказательств.

Были установлены языковые ограничения, так как рабочая группа имела возможность изучать источники литературы только на английском и русском языках.

Оценка найденных клинических рекомендаций и доказательств

На основании тщательно проведенного анализа были отобраны 4 источника для рекомендаций, которые содержали информацию, соответствующую целям и задачам рабочей группы (см. табл. «Характеристика отобранных источников для рекомендаций»).

Характеристика отобранных источников для рекомендаций

	Название	Качество	Новизна	Применимость для условий КР	Описание Вариантов действий
1	<i>Мотивационные и когнитивно-поведенческие вмешательства в реабилитации ВИЧ-инфицированных потребителей опиатных наркотиков с коморбидными психическими расстройствами. Методические рекомендации.</i> НИПИ им. Бехтерева, С-П., 2013	+	+	+	+
2	Peddireddy, V. (2016). Quality of Life, Psychological Interventions and Treatment Outcome in Tuberculosis Patients: The Indian Scenario. <i>Frontiers in Psychology</i> , 7, 1664. http://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01664	+	+	+	-
3	<i>Implementing the WHO Stop TB strategy: a Handbook for National Tuberculosis control Programmes.</i> Geneva. World Health Organization. 2008	+	-	+	+
4	WHO. <i>Mental health gap action programme intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings.</i> 2010. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44406/1/9789241548069_eng.pdf	+	-	+	+
5	<i>Психосоциальная помощь больным туберкулезом в Российской Федерации.</i> Представительство благотворительной организации «Партнеры во имя здоровья» (США) в Российской Федерации. Москва: «ЛексТорг», 2013.	+	+	+	+

Все публикации, перечисленные в списке использованной литературы, были тщательно проработаны и соответственно процитированы

Декларация конфликта интересов

Никто из членов авторского коллектива не имел коммерческой заинтересованности или другого конфликта интересов.

3. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПРОЦЕССА ВЫСТАВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА

3.1. Психологические реакции на диагноз

Любая хроническая болезнь независимо от ее биологической природы, ставит человека в психологически особые жизненные обстоятельства, или, иначе говоря, меняет его /е отношение к себе, другим, к окружающему миру [95]. Если болезнь сопровождается стереотипным, негативным отношением общества, то перестройка восприятия себя-других-мира способна существенно изменить поведение заболевшего, трансформировать шкалу приоритетов и даже расширить границы норм «можно - нельзя». Психологическая реакция на заболевание зависит от длительности, тяжести заболевания, наличия и качества эмоциональной и социальной поддержки, от личностных особенностей в преморбиде. Отмечается, что эмоциональные реакции чаще всего проявляются депрессивным состоянием, которое нередко сопровождается чувством тревоги, беспокойства, мыслями о безнадежности, даже обреченности [92]. В таких случаях депрессивные реакции иногда дополняются идеями самообвинения и самоуничтожения вплоть до суицидальных мыслей и попыток [92].

Могут наблюдаться и такие реакции, как боязнь игнорирования со стороны окружающих, особенно тех, кому известно о заболевании больного. В подобных случаях у больного могут возникнуть мысли, что окружающим неприятно его/ее общество, что он/а вызывает чувства брезгливости, унижительной жалости, презрительного снисхождения. Поведение родственников больного, отсутствие с их стороны достаточного сочувствия, внимания и заботы к заболевшему, откровенная или плохо скрываемая брезгливость, отчуждение углубляют тяжесть переживаний. Указывается, что ТБ, особенно у женщин, может привести к распаду семьи [91].

Появлению психогенных реакций может способствовать и неправильное обращение с больным медицинского персонала, внезапное, без всякой подготовки, сообщение диагноза, неподходящая форма этого сообщения.

Важно:

следует помнить, что такой серьезный диагноз, как туберкулез, является мощным травмирующим фактором, настолько выраженным, что оказывается пусковым моментом для поведения, нетипичного для человека без каких-либо характерологических особенностей в анамнезе.

Основными задачами психологического сопровождения больных ТБ на первом этапе терапии — в фазе интенсивного лечения — являются:

- Смягчение психологических реакций на выставленный диагноз;
- Диагностика особенностей социально-психологического статуса: определение уровня тревоги, депрессии, приверженности к лечению;
- Диагностика и коррекция отрицания;
- Работа с сопротивлением терапии - применение техник мотивационного интервью
- Психологическое сопровождение противотуберкулезной терапии;
- Поддержка приверженности к лечению;

- Формирование терпимого и разумного отношения к реакциям организма на прием противотуберкулезных препаратов;
- Обучение пациентов приемам психологической самопомощи;

Сообщение пациенту о диагнозе.

Реакции пациента на диагноз зависят от множества факторов, таких как личностные особенности, стрессоустойчивость, наличие либо отсутствие социальной поддержки, пережитый опыт других заболеваний. Врачу надо быть готовым к тому, что сообщение о диагнозе может вызвать самые разнообразные реакции, включая раздражение и даже агрессию, направленную на врача [91]. Тем важнее становится психологически-щадящее сообщение о диагнозе.

При впервые устанавливаемом клиническом диагнозе туберкулез, **врач:**

- Перечисляет симптомы, которые помогли поставить диагноз заболевания легких;
- Говорит пациенту, что это заболевание излечимо;
- Называет диагноз;
- Оценивает реакцию пациента на сообщение;
- Как можно проще и доступнее объясняет пациенту, что такое ТБ;
- Выслушивает рассказ пациента о чувствах, связанных с ТБ, сочувствуя и сопереживая ему/ей
- Выслушивает предположения и опасения пациента относительно своего диагноза.
- Если пациент нуждается в дополнительной информации и поддержке, приглашает ее/его на повторную беседу.

Правила поведения врача при раздражении и агрессии со стороны пациента, изложены в Приложении # 5 (Как вести себя с агрессивным пациентом). Основы взаимодействия с суицидальным пациентом изложены в Приложении #6.

3.2. Стадии адаптации к диагнозу «туберкулез»

Даже если у пациента не наблюдалось бурного эмоционального реагирования, выраженного отчаяния и суицидальных мыслей, даже если он/а кажется спокойным и принимающим неизбежное, в период первых двух месяцев после сообщения диагноза, обычно отмечают пять стадий [47]

Стадия	Описание
Растерянность и отрицание	Пациент/ка считает, что произошла какая-то ошибка, он/а не может поверить, что это действительно происходит, начинает сомневаться в профессионализме врача, в правильной постановке диагноза и в результатах исследований. Возникает не только отрицание диагноза, но и страх, у некоторых он может продолжаться вплоть до самой смерти
Гнев	На этой стадии человек задается вопросом «Почему именно я?» и начинает всех винить, начиная от врачей и заканчивая самим собой. Пациент понимает, что он серьезно болен, но ему кажется, что врачи и весь медицинский персонал недостаточно к нему внимательно относятся, не слушают его жалобы, не хотят вообще больше лечить его. Начинают раздражать молодые и здоровые люди. Проявления гнева обычно происходит на той стадии заболевания, когда больной себя неплохо чувствует и у него есть силы.

Торг	пытаются совершить сделку или торг с судьбой, с врачами, с собой. Торги или сделки могут проявляться в том, что пациент готов сделать все что угодно, лишь бы спасти свою жизнь
Депрессия	«опускают руки», наблюдается резкое снижение настроения, апатия и безразличие к окружающей жизни. Человек на этой стадии погружается в свои внутренние переживания, он не общается с людьми, может часами лежать в одной позе, «приговорив себя к смерти»
Принятие/ адаптация к диагнозу	Болезнь принимается как неизбежное. В позитивных вариантах формируется приверженность терапии, и пациент начинает активно сотрудничать с врачом. В негативных – «приговаривает себя к смерти» и доживает свою жизнь, отказываясь принимать какую-либо медикаментозную терапию.

В том случае, если пациент «застревает» на одной из стадий, адаптивные стратегии совладания с болезнью не разрабатываются, поведенческие признаки указывают на тревогу, депрессию и/ли агрессию, то состояние следует квалифицировать как расстройство адаптации. В стадии отрицания и, иногда, гнева, пациенты демонстрируют либо отсутствие приверженности терапии, либо низкую приверженность к лечению, которая проявляется избирательностью приема препаратов («этот препарат я пить буду, этот – нет»)

Однообразные условия длительного пребывания в стационаре с монотонной рутинной не способствуют снижению уровня травматического стресса, снижают самооценку, формируют пассивность, зависимость, что, в целом, приводит к снижению качества жизни.

4. ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПСИХОЛОГИЧЕСКОМУ СОПРОВОЖДЕНИЮ ПАЦИЕНТА В ФАЗЕ ИНТЕНСИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Наиболее важная задача, стоящая перед специалистом, пациентом и его/ее родственниками – это **формирование комлайенса и налаживание эффективного терапевтического альянса**, способствующего формированию устойчивой мотивации на длительную терапию противотуберкулезными препаратами. Терапевтическим альянсом называются отношения между пациентом и врачом, способствующие достижению общей цели. В данном случае – улучшению состояния и выздоровлению. От качества сотрудничества с врачом во многом зависит приверженность к длительной и зачастую неприятной терапии [92, 93].

Совокупность психологических механизмов, мешающих формированию приверженности, называется **сопротивлением [93]**.

Основными причинами сопротивления могут быть страх смерти, стигматизации, отверженности.

На первый взгляд пациент, отрицающий факт наличия расстройства – это «человек – не – знающий», не понимающий особенностей течения и серьезность расстройства. Повинуясь здравому смыслу, основным методом взаимодействия с пациентом становится настойчивое и, порой, достаточно агрессивное информирование пациента о серьезности

его/ее состояния. Лежащий в основе страх перед самым заболеванием, либо страх значительного снижения самооценки, способствует поведению пациента, противоречащему здравому смыслу. Таким образом, *настойчивое информирование в случаях синдрома отрицания не работает*. После многократных настойчивых бесед, пациенты могут делать вид, что принимают таблетки и соглашаются с назначенным лечением, однако не принимают препараты на самом деле.

Синдром отрицания можно рассматривать как частный случай сопротивления – распространенного феномена при лечении ТБ.

Основные причины сопротивления:

- отсутствие убежденности пациента в необходимости полного выздоровления при хорошем физическом самочувствии;
- желание избежать неожиданностей;
- страх перед неизвестностью, включая страх смерти и возможной неудачей в терапии;
- нарушение установленного порядка, привычек, взаимоотношений
- отсутствие уважения и доверия к врачу.

О сопротивлении пациента свидетельствуют следующие **реакции**:

- Спор;
- Перебивание и прерывание беседы;
- Игнорирование или невнимательность к процессу общения;
- Отсутствие ответов на вопросы;
- Непрерывный монолог клиента
- Злость или раздражение, направленные на специалиста
- Внешне обвинительная позиция (виноват кто-то другой и ответственность за его/ее состояние лежит на других)
- Отрицание очевидного;
- Пессимизм, неверие в возможность изменений.
- Нежелание что-либо делать.
- Несерьезное отношение к общению: поверхностная шутливость, переход на другую тему, перескакивание с темы на тему.
- Поведенческая игра «Да...Но»: первая часть фразы говорит о согласии, во второй части содержатся контраргументы.

4.1. Модель работы с синдромом отрицания

Оставьте попытки разубедить пациента – эта стратегия уже не работает. Напротив, идите за пациентом [95].

При работе с пациентом, у которого выявлен синдром отрицания, рекомендуется следовать определенным правилам:

1. Использовать открытые вопросы, предполагающие развернутый ответ со стороны пациента (как прошел Ваш день? как Вы себя чувствуете? что Вас беспокоит?).
2. Не рекомендуется задавать вопросы, предполагающие дихотомию «да-нет», спорить, поучать, морализировать, осуждать и критиковать.
3. Выявите один симптом, который наиболее беспокоит пациента (*симптом первого порядка*). Не удивляйтесь, если этот признак имеет отдаленное отношение к

туберкулезу, либо не имеет вовсе никакого отношения к ТБ. Подробно расспросите пациента о *названном им* симптоме и связанных с ним трудностях. Если пациент захочет поговорить о других симптомах, не прерывайте его/ее.

4. Постарайтесь увязать названный симптом с другими проявлениями болезни, обобщая представленную пациентом информацию.
5. Примените прием «чтения мыслей» - назовите несколько симптомов, которые наверняка беспокоят пациента (*симптомы второго и третьего порядка*). Спросите, хочет ли он/а, чтобы симптомы стали менее выраженными и/ли прошли.
6. Безусловное позитивное принятие медицинским работником личности пациента. Это повышает уверенность пациента в собственных силах и помогает двигаться дальше, а также поддерживает атмосферу взаимоуважения и доверия: «Здорово, что вы пришли сегодня»; «Вы хорошо справляетесь с терапией»; «Требуется много терпения, Вы молодец».
7. Поощрение высказываний пациента, направленных на побуждение самого себя («мне надо лечиться»; «своей терапией я предотвращаю заражение других людей»)
8. Рефлексивное слушанье (РС). РС – активный стиль коммуникации между пациентом и врачом, основной целью которого является контроль правильности получаемой информации.

Приемы РС

выяснение (использование уточняющих вопросов): Расскажите подробнее о ...
перефразирование (формулирование сказанного пациентом своими словами)
отражение чувств (выражение эмоционального состояния пациента).

9. Использование стратегий, снижающих вероятность конфронтации с пациентом.

Что нужно делать врачу для снижения конфронтации:

- Использовать открытые вопросы. Известно, что использование закрытых вопросов, предполагающих дихотомический ответ «Да» - «Нет» воспринимается как позиция человека, который стремится принизить собеседника.
- Понимать, что пациент с ТБ свободен в праве выбора. Не стремиться решать проблемы пациента уговорами и убеждениями – все это усиливает конфронтацию.
- Уважительно относиться к пациенту/ке. Не стоит спорить и настоятельно поучать пациента/ку («Я настоятельно прошу Вас); Подобное поведение воспринимается как проявление неуважения.
- Воспринимать пациента как разумного и взрослого. Не нужно морализировать, читать проповеди, а также взывать к обязанностям («Как же Вы можете быть таким безответственным, Вы можете заразить близких», «У Вас должно быть чувство долга!», т.д.)
- Принимать факт заболевания как то, что уже произошло, без обвинений в чей-либо адрес. Не стоит осуждать, критиковать или обвинять пациента («Надо было раньше думать»);
- Понимать, что каждый пациент – личность, и личность уникальная. Обобщение и наклеивание ярлыков («для пациентов с ТБ характерно») вызывает в лучшем случае глухое бессловесное раздражение, в худшем – вербальную агрессию, направленную на врача.

4.2. Мотивационное интервью (А)¹.

При работе с людьми, болеющими туберкулёзом, серьёзной сложностью может стать отторжение ситуации пациентом, что, хотя и снижает тревогу, всё же не устраняет ее причины. Таким образом, с терапевтической точки зрения, **отрицание нежелательно и вредно**, поскольку препятствует началу лечения. При работе с пациентами, которые находятся на данной стадии адаптации к диагнозу, крайне важно помочь им сформировать мотивацию для активного сотрудничества со специалистами, а также развить ответственное отношение к болезни. Одной из наиболее эффективных стратегий на этом этапе может стать **Мотивационное Интервью** - особая техника директивного пациент-ориентированного [49] подхода КБТ, целью которого является усиление мотивации пациента и закрепление приверженности к терапии. МИ основывается на убеждении, что человек меняет свое поведение, если изменения связаны для него с чем-то важным и ценным. Таким образом, задачей специалиста является создать атмосферу понимания, а также выявить существующие несоответствия между ценностями и реальными действиями, подчёркивая значимые для индивидуума причины измениться.

Несмотря на то, что изначально МИ разрабатывалось с целью помочь людям с лекарственной зависимостью, впечатляющее количество исследований подтверждает эффективность метода в различных областях здравоохранения, в частности, при работе с пациентами, страдающими заболеваниями легких [16, 14, 64], с черепно-мозговой травмой [9], с заболеваниями сердца [8, 15, 48, 55, 61], ВИЧ/СПИДом [6, 8, 34, 44, 45, 53] и диабетом [21, 22, 76, 78]. В целом, МИ повышает готовность пациентов следовать рекомендациям и назначениям медицинского специалиста, формирует приверженность к терапии в целом и улучшает результаты лечения.

Мотивационное интервью включает в себя пять основных принципов [50]:

1. **Необходимо сопереживать человеку и понимать его**, поскольку это создаёт доброжелательную атмосферу и позволяет построить раппорт (сотрудничество между пациентом и врачом). Постарайтесь увидеть мир глазами пациента, и продемонстрируйте, что вы его принимаете и не осуждаете. Принятие пациента таким, какой он/а есть, уже само по себе повышает самооценку и способствует изменениям. Данный принцип включает в себя использование приемов активного (рефлексивного) слушания. Необходимо понимать, что амбивалентность (двойственное и часто противоречивое отношение к чему-либо) абсолютно нормальна, и также требует принятия, равно как и остальные человеческие эмоции.

Важно не перепутать принятие с согласием: вам не обязательно должен нравиться пациент и вы не обязаны соглашаться с каждым мнением пациента - это нормально - но вы, в то же время, не можете запретить ему иметь свою точку зрения, отличную от вашей, должны уважительно выслушать пациента и позволить этой иной точке зрения существовать.

Этот принцип подразумевает использование ряда техник.

Рефлексивное слушание [51] широко применяется в МИ и подразумевает внимательное выслушивание собеседника с последующим переформулированием содержания. Таким образом, вы демонстрируете, что вы действительно слушаете. Рефлексия должна быть сформулирована в виде утверждения, а не вопроса, поскольку вопросы подразумевают,

¹ В клиническом руководстве приводится достаточно богатый спектр техник. Врачу можно выбрать для себя две-три методики.

что человек должен их парировать и с большей долей вероятности вызывают защитную реакцию.

Резюмирование (суммирование информации) - эта техника является продолжением рефлексивного слушания и заключается в том, что вы коротко выделяете основную идею из большого количества информации, сказанной пациентом ранее, и передаёте эту идею обратно [50]. Предлагайте пациенту делать поправки, чтобы убедиться в том, что вы все поняли правильно – помните, вам нужно **проверить**, действительно ли вы поняли, что пациент подразумевал, а не **предположить**, что вы точно это знаете.

Следующие вступительные фразы могут помочь вам как с резюмированием, так и с рефлексивным слушанием в целом:

- «Это звучит так, словно...»
- «Таким образом...»
- «Кажется, как будто...»
- «Поправьте меня, если я что-то упустил: из того, что вы сказали, я понял...»
- «Насколько я понял...»
- «Другими словами...»
- «Итак, вы хотели бы...»
- «Если я вас правильно понял, вы планируете...»

Нормализуйте переживания пациента, поскольку это даёт человеку понять, что он не единственный, кто сталкивается с подобной проблемой, что их страх и амбивалентность — это нормальные явления. Целью нормализации не является заставить человека поверить, что можно не меняться – важно дать понять, что нормальны именно переживания при принятии решения. Как следствие, нормализация повышает доверие, даёт надежду и снижает тревогу пациентов. Например:

- «Большинство людей испытывает сильный страх, услышав такой диагноз»
- «Многие пациенты, также как и вы, боятся данного метода лечения»
- «Я часто слышу это от пациентов. Они хотят выздороветь, но боятся побочных эффектов лечения»

Открытые вопросы помогают пациенту описать свою точку зрения на проблемы, которые кажутся ему наиболее важными, для стимуляции разговора о переменах («открытые» - это вопросы, стимулирующие размышление, не предполагающие ответа да/нет). Подобные вопросы позволяют выговориться пациенту - как результат, консультант получает информацию, с которой он может применять техники рефлексивного слушания и резюмирования и строить раппорт с пациентом. Закрытые же вопросы могут восприниматься как допрос, загоняют человека в угол, заставляя спорить и защищаться. Примеры открытых вопросов:

- «Вас что-нибудь волнует в связи с тем, что Вы не лечитесь?»
- «Что было бы неприятного для Вас, если бы Вы начали лечиться?»
- «Чем Вас пугает лечение?»

Просите разрешения, информируя пациента о вариантах лечения, и предлагая способы решения проблемы. Люди становятся более открытыми к новой информации и разговору, если эта информация им не навязывается. Попросив разрешения поделиться с ними вашими мыслями, вы демонстрируете, что их мнение важно для вас, а также подразумеваете, что у них есть возможность отказаться от предложенных вариантов. Таким образом, вместо того, чтобы сказать «вам необходима операция», лучше спросить «вы позволите мне поделиться с вами тем, что, на мой взгляд, могло бы вам помочь?». И если пациент утверждает утвердительно, вы можете порекомендовать операцию и

спросить «как вы думаете, этот вариант вам подходит?» или обсудить альтернативные варианты лечения. Вот лишь некоторые примеры того, как можно попросить разрешения у пациента:

- «Вы не возражаете, если мы с вами обсудим ...?»
- «Вы отметили сильную обеспокоенность по поводу диагноза. Можно с вами поговорить о том, как ... может вам помочь?»

2. **Необходимо выявить и подчеркнуть расхождение между ценностями пациента и его текущими действиями**, для того, чтобы побудить его изменить ситуацию. Зачастую поведение пациента и его планов на будущее противоречат друг другу, и основной вашей задачей является лишь отметить существование этих несоответствий и привлечь к ним внимание. Сделав это, вы усилите внутренний конфликт пациента, и используете его с целью помочь. Как результат осознания несоответствия между желаемым и действительным, не врач, а сам пациент определит и предоставит причины, которые побудят его измениться. Важно отделить поведение от личности, и, используя методы активного слушания, помочь пациенту увидеть, что важные жизненные цели (быть хорошим родителем, быть здоровым, заботиться о родственниках) могут быть подорваны текущим поведением (нежеланием пройти лечение).

Ниже приведенные техники помогают врачу работать согласно этому принципу [66].

Развивайте разговор об изменении поведения - именно эта стратегия приводит к успешным изменениям и подразумевает наведение пациента на мысли о том, что необходимо менять поведение. Суть в том, что перечисление медицинским специалистом причин измениться, даже с хорошей аргументацией, и любые нравоучения не могут быть настолько же эффективны, как подчёркивание идей, высказанных самим же пациентом. Это связано с тем, что причины для претворения изменений в жизнь, озвученные пациентом, тем или иным образом связаны с его личными ценностями и желаниями, что увеличивает мотивацию к изменениям. Развить разговор об изменении поведения можно следующими вопросами:

- «Что произойдёт, если вы не измените свою позицию относительно приема препаратов?»
- «Что изменится, если вы решитесь на прием препаратов?»
- «Что положительного произойдёт, если вы?»
- «Какой будет ваша жизнь через три года, если вы пройдете полный курс терапии?»
- «Как вы думаете, почему окружающие обеспокоены тем, что вы не принимаете лечение?»

В случае, если у пациента есть желание что-то изменить, но ему по какой-то причине тяжело это сделать, выражайте больше эмоциональной поддержки.

5. «Предположим, что вы ничего не меняете в своей позиции по отношению к заболеванию, как вы думаете, что может произойти **в самом худшем случае?**»
- «Что, на ваш взгляд, может произойти **при самом благоприятном стечении обстоятельств**, если вы изменитесь?»

Взвешивание всех «за» и «против» - это техника, включающая в себя обсуждение всех позитивных и не очень аспектов своего поведения и решений. После того, как пациент разберет плюсы и минусы, врач может использовать резюмирование и рефлексии

(описанные ранее), помогая тем самым пациенту лучше осознать свои противоречивые эмоции по отношению к изменениям. Сдвиги достигаются за счёт того, что пациенты начинают понимать, что они извлекают определённую выгоду из проблемного поведения, и что они могут столкнуться с определёнными последствиями, если это поведение не изменится. Как результат, человек смещается по «линейке готовности измениться», которую можно использовать в работе как отдельный инструмент, на котором пациента просят озвучить цифру, соответствующую его открытости к изменениям

Линейка готовности измениться



Ещё один способ наглядно разобрать все «за» и «против» вместе с пациентом, чтобы помочь ему разобраться в причинах желания или нежелания лечиться, может быть представлен в виде следующей таблицы:

Не менять ничего?		Изменить?	
Преимущества данности	Недостатки данности	Недостатки изменения/решения	Преимущества перемен
1.	1.	1.	1.
2.	2.	2.	2.
3.	3.	3.	3.
...

Используя данную таблицу, вы, например, можете спросить: «Какие, на ваш взгляд, есть преимущества отказа от противотуберкулезной терапии?». Получив ответ пациента, записав его в соответствующее поле, вы можете добавить: «Я понял/а, и, в то же время, с какими негативными последствиями вы можете столкнуться, в случае отказа от неё?»

Подход Коломбо - это ещё одна техника, помогающая выявить и подчеркнуть расхождение между ценностями пациента и его текущими действиями. Этот метод позволяет продемонстрировать пациенту противоречивость его слов и действий, а также помогает пациенту задуматься о правильности выбранного образа действий. Суть этого подхода в том, что правильно сформулированный вопрос звучит и воспринимается как попытка понять, что же пациент имел в виду, а не как обвинение или осуждение. Фактически, эта техника позволяет вам сказать пациенту, что то, что он делает, не имеет смысла или просто неправильно, при этом избежав сопротивления, споров и защитных реакций. Также, используя её, вы побуждаете пациента осознать и разрешить отмеченное вами противоречие самостоятельно. Например:

- «С одной стороны, вы жалуетесь на усиление кашля и одышки непосредственно после курения, и, в то же время, вы говорите, что сигареты

не вызывают у вас никаких проблем. Так что, по-вашему, вызывает у вас сложности с дыханием?»

- «Помогите мне, пожалуйста, понять – вы сказали, что отказываетесь принимать назначенное лекарство, понимая, что оно может помочь. Тем не менее, вы отметили, что вы хотите пожить и увидеть, как ваша дочь вырастет, закончит школу и пойдёт в университет. Как отказ от лекарств поможет вам увидеть процесс её взросления?»

Важно: Используя этот метод, как и продемонстрировано в вышеперечисленных примерах, старайтесь заканчивать рефлексивные утверждения, **подчеркивающих** изменения в поведении, поскольку люди склонны отвечать именно на концовку вопроса.

3. **Избегайте споров.** Порой очень хочется доказать человеку, упорно отказывающемуся менять свою точку зрения, что он не прав. Это желание возникает ещё чаще, если собеседник ведет себя вызывающе и агрессивно. Тем не менее, специалисту, работающему с колеблющимся человеком, необходимо помнить, что споры и прямое убеждение в таких ситуациях влекут к еще большему психологическому сопротивлению и заставляют пациента защищаться ещё яростнее. Чем настойчивее вы доказываете несостоятельность точки зрения пациента, тем сильнее пациент будет её отстаивать. Поэтому помните: ваша цель заботливо сопроводить пациента к определенной цели, а не «волочить» его туда, куда вы считаете нужным, демонстрируя свое превосходство и знания в определённой области.

Зародите сомнение в пациенте, что выбранный образ действий соответствует его жизненным ценностям, и может дальше позволить удовлетворять все его актуальные потребности. Помните, что мотивация к переменам должна исходить от самого человека, а не навязываться ему со стороны. Таким образом, вашей основной задачей не является идентифицировать проблему и предложить решения – вы должны помочь пациенту осознать, что жизнь может быть лучше, дать ему самостоятельно сделать выбор и принять ответственность за то, чтобы изменения произошли.

МИ может считаться успешно проведённым, когда пациент, а не врач начинает доказывать необходимость изменений (например, пациент начинает осознавать необходимость приема препаратов).

Существует четыре основных признака изменений, которые вы должны вызвать в пациенте [49]:

1. Признание недостатков текущей ситуации («Возможно проблема серьезней, чем я думал...»)
2. Выражение обеспокоенности проблемой («Я действительно переживаю из-за того, что со мной происходит...»)
3. Заявления по поводу принятия решения, составления плана («Мне пора относиться серьезней к лечению...», «Моя семья будет рада моему решению...»)
4. Оптимизм по поводу возможности изменений («Я упрямый, может если я решу, то у меня получится»)

Поощряйте утверждения, демонстрирующие вышеперечисленные признаки готовности изменяться. Это можно делать посредством рефлексий, кивания головой, одобрительного выражения лица, или вербальным выражением согласия. Также стимулируйте анализ других возможностей, что можно сделать, попросив пациента развить мысль, привести примеры или предложив подумать о деталях тех проблем, которые его всё ещё беспокоят. Вопросы, начинающиеся с фразы «А что ещё...?» довольно эффективны в подобных ситуациях. Также мотивацию к изменениям пациента можно усилить, попросив описать самые серьёзные для него сложности, например, задав вопрос: «Что вас беспокоит больше всего?».

4. Уменьшайте сопротивление пациента, поскольку это поможет вам избежать ухудшения взаимопонимания, позволит сохранить возможность коммуницировать с пациентом и, следовательно, влиять на него [50]. Существует предубеждение, что сопротивление и защита со стороны пациента это исключительно его вина, но, как правило, это лишь демонстрирует неспособность интервьюирующего понять пациента и найти правильный подход. Увеличение сопротивления говорит о том, что пациент воспринимает ситуацию иначе, а, значит, первым делом надо лучше разобраться в его понимании проблемы, избегая споров и попыток доказать его неправоту. Предлагайте альтернативные варианты, но не навязывайте их – помните, именно пациент является источником эффективных ответов и решений. Уменьшение сопротивления должно проходить параллельно с избеганием споров, и включает в себя, по крайней мере, семь основных техник, описанных ниже [49, 50].

Простая рефлексия — это самый простой способ реагирования на сопротивление, который сводится к повторению утверждения, высказанного Пациентом, в нейтральной форме. Этот способ позволяет вам выразить принятие и допущение права на существования позиции, высказанной пациентом, и в то же время может помочь изменить её.

Пациент: Я не планирую прекратить курить в ближайшее время.

Интервьюирующий: Вы не думаете, что отказ от курения поможет вам в данный момент.

Усиленная рефлексия — это переформулировка утверждения, высказанного Пациентом, в преувеличенной форме, но без сарказма. Такой прием может побудить Пациента к положительным изменениям, не вызывая сопротивления.

Пациент: Я не знаю, почему мои родственники так беспокоятся из-за того, что я отказался от лечения. В интернете полно людей на форумах, которые тоже так сделали.

Интервьюирующий: И ваши родственники переживают без всякой причины.

Двусторонняя рефлексия — схожа с подходом Коломбо в том, что она тоже основана на акцентировании противоречий. Тем не менее, она не требует резюмирования и просьбы прояснить нелогичность сказанного. Эта стратегия ответа предполагает принятие сказанного пациентом и в то же время подчеркивание противоречивости утверждений.

Пациент: Я знаю, что вы пытаетесь уговорить меня пройти противотуберкулезное лечение, но я не собираюсь этого делать!

Интервьюирующий: Вы видите, что проблема серьёзная, но вы не хотите думать об операции

Смещение внимания — сопротивление пациента можно снизить, сместив фокус беседы с преград и барьеров. Этот прием дает возможность продемонстрировать принятие желания пациента самостоятельно делать выбор и организовывать собственную жизнь.

Пациент: Я не могу бросить курить, когда все мои друзья делают это.

Интервьюирующий: Вы меня опережаете. Мы всё ещё с вами обсуждаем ваше беспокойство по поводу диагноза. Мы еще не подошли к решению вопроса о том, насколько курение сочетается с вашими жизненными целями.

Согласие со смещением — предполагает выражение согласия с пациентом, но с небольшим смещением акцентов, что позволяет подтолкнуть обсуждение и стимулировать его.

Пациент: Терпеть не могу, когда люди начинают думать, что они лучше знают, что мне нужно. Они понятия не имеют, через что я прохожу.

Интервьюирующий: Я могу только представить, как это злит. Пожалуй, должно быть очень сложно понять, что они действительно переживают за вас и желают вам лучшего, если кажется, что они не совсем понимают, чего именно вам хочется

Переформулировка (рефрейминг) — это хорошая стратегия в случаях, когда пациент отрицает наличие личных проблем, или не может увидеть позитивные стороны ситуации. Она заключается в том, чтобы предложить альтернативное, положительное объяснение информации, изначально представленной пациентом в негативном свете. Рефрейминг допускает правильность наблюдений пациента, но предлагает иную интерпретацию.

Пациент: Я уже устал от своих близких, меня раздражают их постоянные советы - они всё время суют нос куда не надо!

Интервьюирующий: Когда я слышу о том, что близкие постоянно лезут к вам с советами, я всё более отчётливо понимаю, насколько сильно они любят вас и беспокоятся о вас.

Неожиданное принятие позиции собеседника (терапевтический парадокс) — эта стратегия реагирования на сопротивление пациента заключается в принятии стороны собеседника, когда он высказывается против изменений. Используя эту технику нужно применять высказывания самого пациента, которые направлены против изменений, по возможности добавляя прием усиленной рефлексии. Данный подход эффективен при работе с людьми, которые склоняются в пользу изменений, хотят получать помощь, но которые не продемонстрировали прогресса в силу того, что у них постоянно не получается придерживаться плана лечения. Если клиент проявляет амбивалентность (т. е. демонстрирует противоречивые эмоции по отношению к чему-то), а интервьюирующий вдруг занимает негативную позицию, то это, в свою очередь, побуждает клиента тоже изменить своё мнение и сказать: «Да, но...», — и самому представить другую, положительную сторону изменений. Таким образом, пациент начнёт спорить с самим собой. Нужно отметить необходимость быть очень осторожным с применением этого приема с пациентами, с которыми вы ещё не построили доверительных отношений.

Интервьюирующий: Мы с вами уже довольно долго работаем, и вы отлично знаете, какие препараты и как именно вам следует принимать. Вы также понимаете, что, отклоняясь от лечебного плана, вы подрываете эффективность лечения и, фактически, делаете весь процесс бессмысленным. Может действительно, как вы и говорили, процесс лечения слишком сложен для вас и вам это всё не нужно?

Пациент: Нет, я знаю, что мне нужно соблюдать план лечения, и я буду это делать. Просто столько проблем свалилось одновременно, очень сложно всё постоянно помнить.

Как только вы определили, что пациент действительно хочет меняться, вы можете развить беседу о причинах, замедляющих прогресс и способах избавиться от этих препятствий.

5. Поддерживайте у пациента оптимизм и веру в эффективность собственных действий и ожидание успеха от их реализации.

Вера в то, что перемены к лучшему возможны, является важным условием, без которого не стоит ожидать изменений. Нужно помнить, что не медицинские специалисты, а пациент является ответственным за изменения. Поэтому вашей основной задачей является формирование у пациента убежденности в том, что он способен измениться, дать надежду и уверенность в собственных силах и вселить оптимизм. Стоит отметить, что ваша вера в способность пациента измениться в значительной степени обеспечивает положительный результат.

Разбейте процесс лечения на небольшие шаги и подчёркивайте даже небольшие успехи пациента на каждом из них.

- «Вы очень сильный человек - вам должно быть очень непросто сейчас, но, несмотря на все сложности вы очень хорошо справляетесь!»
- «На прошлой неделе не были уверены, сможете ли вы придерживаться плана лечения, но вы справляетесь! Как вам это удалось? Кто вам помогал в этом? Что вам помогло?»

Отметьте и продемонстрируйте понимание вами проблем, с которыми сталкивается пациент:

- «Процесс лечения очень непростой, я понимаю, что вам должно быть очень тяжело сейчас»
- «То, через что вы проходите сейчас это непросто. Я горжусь вашим оптимизмом и настойчивостью!»

Приводите в пример людей, которые находятся или находились в подобной ситуации, и у которых есть позитивные изменения – так вы вселите в пациента надежду на лучшее. Не забывайте спрашивать у пациентов, как они себя чувствуют, и подчёркивайте любые, даже незначительные позитивные изменения.

5. ОТСЛЕЖИВАНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ТЕРАПИИ

Раннее выявление степени приверженности лечению у конкретного пациента поможет врачу сориентироваться и определить направления, по которым нужно работать с пациентом кроме назначения лекарственной терапии. Оценка приверженности и ее контроль в течение длительного времени наблюдения и лечения пациента позволит уменьшить частоту рецидивов, улучшить качество жизни пациента. Оценка приверженности в реальной клинической практике возможна при помощи нескольких методов.

5.1. Опрос пациента во время первых месяцев лечения.

В первые дни необходимо использовать анкету по определению тревоги и депрессии и опросник Мориски-Грин. Если по опроснику Мориски - Грин определяется низкая

приверженность, следует использовать опросник, разработанный в Научно-диспансерном отделе Института клинической кардиологии им. А. Л. Мясникова ФГБУ РКНПК Минздрава России (Приложение 1.1.)

Отсутствие приверженности к лечению может быть обусловлено психологическим статусом пациента – тревогой и депрессией, сопровождающей процесс адаптации к диагнозу. Диагностике тревоги и депрессии помогут простые самооценочные шкалы, приведенные в Приложении # 2

5.2. Оценка приверженности к терапии в течение курса лечения

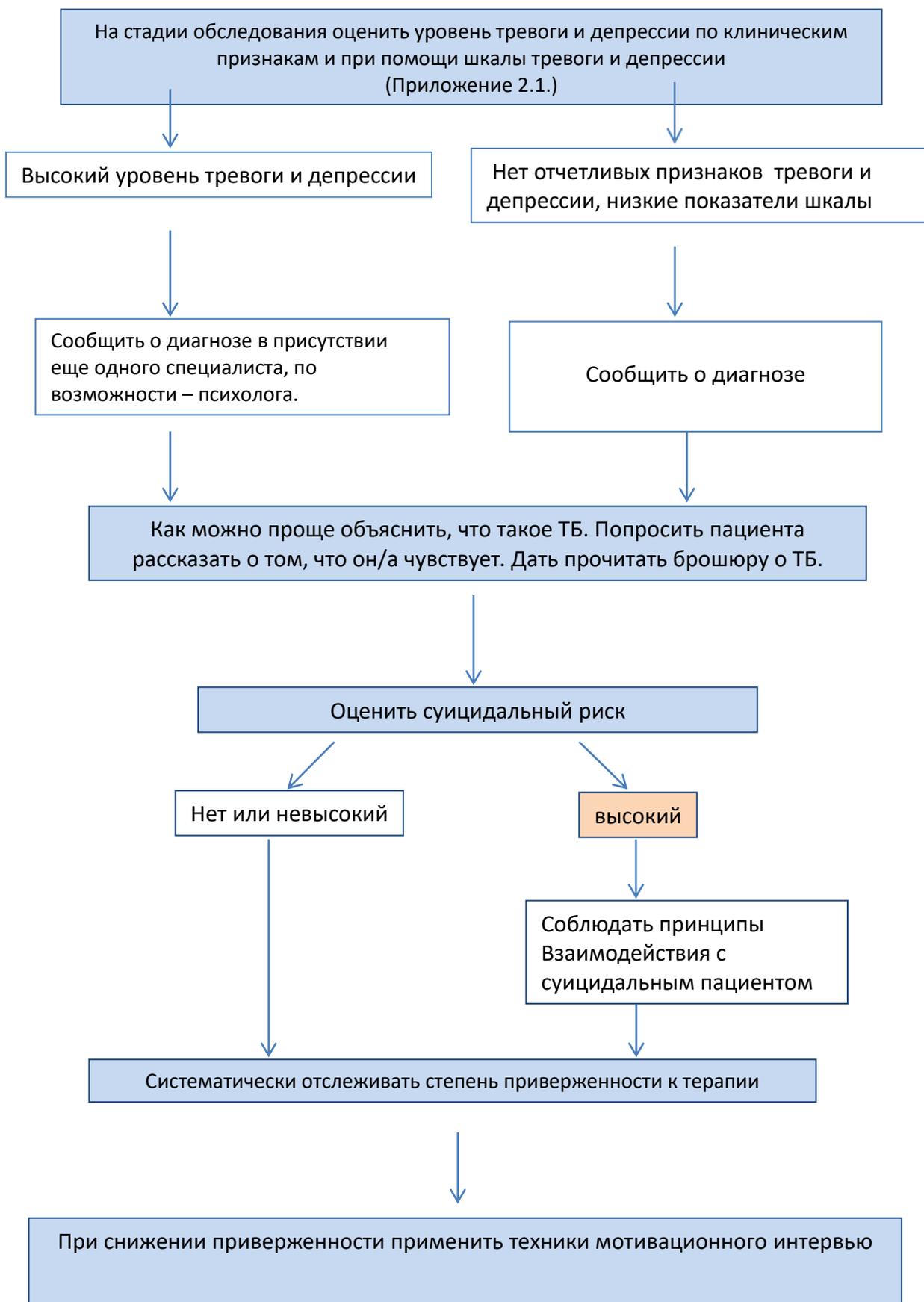
Улучшение состояния пациента в течение курса лечения рассматривается как фактор риска прекращения приема противотуберкулезных препаратов. Наиболее склонны прерывать терапию пациенты, принадлежащие к следующим группам риска:

- Лица с алкогольной и наркотической зависимостью
- Не имеющие постоянного места проживания
- С сопутствующей ВИЧ – инфекцией
- Лица, страдающие психическим расстройством, коморбидным с ТБ
- Подростки, для которых «выздоровел» равнозначно отсутствию симптомов
- Лица с рядом психологических особенностей: импульсивные, несдержанные, раздражительные
- Лица из внешне благополучных семей, с высоким уровнем самостигматизации
- Лица с криминальным прошлым и настоящим, желающие как можно быстрее вернуть свой прежний социальный статус в криминальном сообществе.

Важно: даже если нет четких факторов риска, необходимо **ежемесячно** отслеживать степень приверженности к терапии.

При появлении признаков снижения приверженности, пропусков приема препаратов, **необходимо вернуться к техникам мотивационного интервью**

6. Универсальный алгоритм психологического сопровождения пациента с впервые выявленным ТБ



7. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЕМЫ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ТЕРАПИИ

7.1 Плацебо и ноцебо эффекты при противотуберкулезной терапии

Негативные плацебо-эффекты носят название ноцебо [10]. Если пациент знает, какие побочные действия имеются у препарата, то в 77% случаев они возникают, когда он его принимает. Вера в тот или иной эффект может обусловить появление побочного действия [11].

Ноцебо и плацебо эффекты зависят от следующих факторов [10]:

- напряжение у персонала вызывает ноцебо-эффекты;
- назначение пациентам препаратов для снятия тревоги значительно снижает тревогу у медперсонала (это явление было названо «плацебо-рикошет»);
- скепсис врачей и персонала намного снижает эффект от лекарственной терапии;
- зафиксирован плацебо-эффект у контрольной группы больных, проходивших амбулаторное лечение, по сравнению с теми, кто принимал те же препараты, но был изолирован в стационаре;
- вера в силу лекарств самого врача и медицинских сестер считается главным фактором детерминации плацебо-эффектов
- Впечатляющие атрибуты лекарственных средств повышают эффект плацебо

Впечатляющие и невпечатляющие атрибуты лекарственных средств

Впечатляющие атрибуты	Невпечатляющие атрибуты
Яркий цвет	Бесцветные
Сильный запах	Без вкуса
Горький или необычный вкус	Без запаха
Большой либо очень маленький размер таблеток	Средний размер и форма
Строгая схема приема (условия, запреты, ритуалы)	Нет схемы приема, не зависит от приема пищи
Включающие естественные продукты	Исключительно химическое соединение
Дополнительные впечатляющие сведения о препарате (несколько десятков лет клинических испытаний, миллионы успешно вылеченных пациентов), другая информация, стимулирующая воображение	Нет информации, стимулирующей воображение.

Основным механизмом действия плацебо называется модуляция иммунной системы вследствие активации продуцирования эндогенных опиатов. В результате позитивного отношения к препарату происходит:

- улучшение симптоматики;
 - формирование положительной установки на общую успешность лечения;
 - активация резервов организма на устойчивое, более близкое к норме, состояние;
- Использование образности (например, образное описание эффективного действия препарата) целенаправленно стимулирует обычно не подлежащие сознательному контролю нейрофизиологические функции; происходит устранение нарушений,

обусловленных страхами за состояние своего здоровья; активация восстановительных процессов; мобилизации механизма мозга на совладение болезненным состоянием. Плацебо-эффект способствует восстановлению способностей организма к уравниванию внутренних процессов между собой и всего организма с внешней средой; инактивации матрицы устойчивого патологического состояния в долговременной памяти; смягчения симптомов, имеющих первостепенное значение для состояния и самочувствия больного. Показано, что инициирование значимого для успешности лечения чувства оптимизма и уверенности в преодолении своего болезненного состояния формирует течение заболевания по сценарию «выздоровление».

Позитивное отношение к назначенному препарату способствует поддержанию приверженности к терапии.

Биологические механизмы действия механизма плацебо (по [12])



Снижение тревоги при приеме плацебо связано с ожиданием позитивного эффекта. Улучшение состояния, в свою очередь, снижает тревогу и способствует нормализации настроения. Префронтальная – новейшая кора, отвечающая за социально-нормативные эмоции и регулирующая высшие когнитивные функции, доказано (уровень В) играет роль в формировании плацебо – эффекта [10,11,12].

7.2. Способы формирования позитивного отношения к препарату с заметными побочными эффектами.

1. **Метод историй** – врач и/ли квалифицированная медицинская сестра рассказывает пациенту об успешных случаях лечения туберкулеза назначенным препаратом. Важно, чтобы пациент самостоятельно захотел принимать препарат, поэтому рассказ об успешных пролеченных случаях не должен быть навязчивым. Будьте честным, когда пациент спросит о побочных эффектах препарата. Упомяните, что прием высокоэффективного лекарственного средства может сопровождаться побочными эффектами, приведите несколько примеров широко известных медикаментов (аспирина, анальгина, антигриппина и т.д.)
2. **Переформирование** – согласие с побочным эффектом, отмечаемым пациентом, интерпретация побочного эффекта как признака действия препарата.
3. **Сократовский диалог [13]** применим абсолютно в каждом виде словесного взаимодействия людей: разговорах, конфликтах, дискуссиях, обсуждениях.

Сократовский диалог состоит из трех основных этапов:

1. Согласие
2. Сомнение
3. Аргументация

1. Согласие

Задачей этого этапа является поиск того, с чем вы можете согласиться. Поэтому нужно избавить пациента от ощущения того, что на него пытаются оказать давление. В этом случае общение начинается с позитивной ноты. Важно сделать так, чтобы ваше согласие не было простой формальностью, а отражало действительное положение вещей.

Например:

Пациент: У этого препарата много побочных эффектов

Врач: Да, согласен, у этого препарата действительно много побочных эффектов

2. Сомнение

Подвергнуть сомнению лишь один их элемент в высказывании пациента. В любой, даже, казалось бы, самой твердой и четкой позиции есть свои слабые места, на которых и следует сделать акцент. Найдите это место и усомнитесь в нём. Т.к. человек по своей природе склонен к тому, чтобы быть или казаться последовательным, сомнение в чём-то одном неизбежно повлечёт за собой целую цепочку сомнений, что заставит его оценить свою позицию критически.

3. Аргументация

Данный этап рассчитан на то, чтобы вы могли донести свою мысль, при этом не испытывая никакого сопротивления со стороны собеседника. Именно на этом этапе нужно начинать обосновывать и отстаивать свою позицию, аргументируя доводы тем, что хотелось высказать изначально. Если первые два этапа были пройдены успешно, то собеседник станет более восприимчивым к тому, что вы говорите.

Пример всех трёх этапов (взяты из реальной практики)

Пациент: «Мне от этого препарата плохо. Меня тошнит».

Врач: «Вы правы. Я вижу, что Вам плохо (**согласие**). Процесс лечения всегда труден (**согласие**). Расскажите мне о том, как изменилось Ваше состояние. Вы действительно стали меньше кашлять? Тошнота – это не единственный эффект препарата, как Вы думаете? (**сомнение**). Прием эффективных препаратов часто сопровождается побочными эффектами, но они лечат Ваши легкие (**аргументация**)»

8. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕФОРМАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ, РАБОТАЮЩИХ С ПАЦИЕНТАМИ, СТРАДАЮЩИМИ ТБ [по 36]

Профессиональная деформация - это адаптационное изменение личности профессионала, способствующее, с одной стороны, более успешному выполнению профессиональных обязанностей, с другой – существенно ограничивающее круг общения и интересы специалиста проблемами своей работы, что неизбежно приводит к снижению качества жизни. Профессиональная деформация не идентична эмоциональному выгоранию, хотя и может рассматриваться в качестве фактора риска развития ЭВ.

Профессиональная деформация проявляется следующими признаками:

- **Ограничением круга интересов** проблемами собственной профессии (специалист может сказать, что он/а женат/замужем за работой)
- **Работоголизмом** – постепенное увеличение часов, проведенных на работе без необходимости.
- **Ограничением тем обсуждения вне рабочего времени**: постепенно разговор с общих тем переходит на обсуждение своих пациентов
- Пациенты и их проблемы обесцениваются, в узком кругу специалистов они становятся темой для шуток.
- **Квасисуществование (как-бы существование)** – термин, принадлежащий Адольфу Гугенбюль-Крейгу [36], указавшему на отсутствие личной жизни у врача, так как он/а проживает личную жизнь своих пациентов («как-бы живет»)
- Наиболее опасное проявление профессиональной деформации - формирование **зависимости пациента и врача друг от друга**. При этом профессионально-деформированный специалист повышает свою самооценку при помощи контроля и власти над зависимым пациентом. Формы проявления контроля и власти могут принимать самые уродливые формы. Пациент, полностью пребывающий во власти врача, обесценивается и стигматизируется. Процессы происходят бессознательно и неизбежно, при этом, чем больше стигматизируется пациент, тем большую власть и контроль позволяет себе профессионально-деформированный специалист.

Методы предотвращения профессиональной деформации

1. Осознание опасности возникновения ПД. Своевременное информирование может оказаться достаточным для отслеживания у себя признаков ПД
2. Высокий уровень профессионализма, наряду с интересами в других областях не приводит к уродливым формам профессиональной деформации. Постоянное обучение профессии и расширение кругозора – один из наиболее эффективных способов предотвращения профессиональной деформации
3. Наличие точек приложения активности вне профессии – еще один способ предотвращения ПД. Хобби, любимая семья, чтение, книжные клубы – все это мешает специалисту замыкаться в своей профессии.

4. Советы коллег и непосредственных руководителей (при условии, что у коллег и руководителя нет выраженной ПД)

Если профессиональная деформация уже сформирована, то сгладить ее проявления помогут следующие шаги:

1. Осознать наличие ПД. Если у специалиста наблюдаются хотя бы два из пяти перечисленных признака ПД, пора начинать работать с проблемой.
2. Четкое отграничение пространства своей работы и личной жизни. Это означает оставлять проблемы работы на работе
3. В том случае, если поведение деформированного специалиста становится уродливым, приводит к злоупотреблению служебным положением, к грубым нарушениям этических принципов, и продолжается, не смотря на дружественную критику коллег, проведенную работу супервизора и психолога, то супервизору стоит рассмотреть возможность перевода сотрудника на другую должность.

Важно: даже глубокая ПД не способна извинить злоупотребление властью и контролем над пациентами. Работа с пациентами может обнажить те неприятные личностные особенности, которые всегда присутствовали, но в контексте профессии расцвели и получили свое объяснение (*«с ними (пациентами) по-другому нельзя – они все – равно ничего не понимают»*)

Влияние профессиональной деформации специалистов на пациентов

Пациент, попадая во власть профессионально-деформированного медика, становится для него/нее источником забавных историй, адресом перенесенной агрессии, а также может эксплуатироваться всеми другими возможными способами, способными повысить самооценку деформированного специалиста. Все эти формы поведения вызывают самостигматизацию, формируют пассивную и зависимую позицию у пациентов, страх, перед «всемогущим» врачом и/ли медицинской сестрой, существенно снижают самооценку, повышают уровень тревоги и депрессии. Все вышеперечисленное снижает уровень приверженности к лечению, и, следовательно, эффективность терапии

Профессиональная деформация и эмоциональное выгорание – разные феномены. Специалист, работающий по необходимости 20 часов в сутки, может «выгореть», но не быть профессионально деформированным. Напротив, глубоко профессионально деформированный врач может с большим удовольствием приходить на работу, которая в тяжелых случаях становится для него/нее единственным способом поддержания самооценки.

9. ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ У ВРАЧЕЙ И МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

Иштван Харди отмечал, что «работа с большими массами людей, ведет к своеобразному расстройству, которое можно было бы назвать «отравление людьми»: врач (сестра) становится раздражительным, вспыльчивым, часто безо всякой видимой причины. Может выработаться и защитная форма поведения: холодность, равнодушие» [95].

«Люди, имеющие служебное, деловое отношение к чужому страданию, – писал А.П. Чехов в рассказе «Палата № 6», – например, судьи, полицейские, врачи, с течением времени, в силу привычки, закаляются до такой степени, что хотели бы, да не могут относиться к своим клиентам иначе, как формально» [96]

Эмоциональное выгорание – это термин, который сравнительно недавно стал использоваться в применении к медицинским работникам для определения состояния

эмоционального истощения или усталости и неспособности эффективно выполнять обязанности вследствие длительного контакта и сопереживания большому количеству пациентов с тяжелыми диагнозами, а также вынужденный контакт со смертью пациентов, невозможностью снизить их физическую боль или провалом лечения [32, 63, 65, 72].

В МКБ-10 «синдром выгорания» выделен в отдельный диагностический таксон – Z73 (проблемы, связанные с трудностями поддержания нормального образа жизни) и шифруется Z73.0 – «выгорание»

Процесс эмоционального выгорания неразрывно связан с понятием *эмпатии* - ощущения эмоционального переживания того состояния, которое переживает другой человек, или эмоционального переживания *за* другого человека, например, своего пациента. Поэтому процесс выгорания часто наблюдается у представителей так называемых помогающих профессий – социальных работников, психологов, а также у медицинского персонала, особенно при работе с тяжело больными пациентами.

Процесс эмоционального выгорания тесно связан с другими процессами, которые часто также служат дополнительными причинами развития эмоционального истощения. Вот основные из них:

1. Выгорание. Выгорание в широком применении этого термина часто происходит параллельно процессу эмоционального выгорания. Выгорание означает физическое и психическое истощение, вызванное переработкой и стрессом на работе. Корень выгорания обычно заключается в переутомлении и отсутствии явных результатов или достижений в процессе работы, что приводит к снижению мотивации к работе и заинтересованности в работе. Частые провалы в лечении, давление со стороны пациентов и начальства может ускорить процесс выгорания. Но выгорание само по себе - обратимое явление, которое напрямую зависит от нагрузки на работе и от способности отдыхать и переключаться.

2. Викарная травматизация. Данный процесс также часто влияет на развитие эмоционального выгорания. Викарная или вторичная травматизация – это результат работы с пациентами, переживающими травму или сильную физическую, или эмоциональную боль. Выражается этот процесс в симптомах травматизации, таких как повышенная возбудимость, кошмары, страхи, постоянные воспоминания и мысли о страданиях другого человека, и др.

3. Повторная травматизация. Данный процесс означает реакцию травмы у специалиста в случаях, когда травма пациента совпадает с пережитой собственной травмой помогающего медицинского работника. Примером такого процесса может быть недавняя болезнь или смерть близкого родственника от болезни, переживаемой теперь пациентом. Причиной данного процесса служит не до конца пережитая собственная травма и, как следствие, воспоминания о ней, принесенные работой с пациентами.

Все перечисленные процессы являются факторами, влияющими на эмоциональное выгорание, наряду с общим стрессом, испытываемым на работе и в жизни. Эмоциональное истощение развивается в течении неопределенного отрезка времени при условии повышенного стресса и травматизации, связанного с деятельностью индивида, и отсутствием путей снижения стресса или своевременной заботы о себе. В случае с медицинскими сестрами и братьями, эмоциональное истощение не изучалось до недавнего времени и только сейчас исследователи обратили должное внимание на необходимость признавать распространенность эмоционального истощения среди медицинского персонала и важность его предотвращения [24, 63]. Из-за отсутствия признания важности предотвращения выгорания у медицинских работников среднего звена, именно представители этой профессии часто лишены поддержки со стороны

руководства на местах и условий, позволившим бы им предупредить развитие выгорания [7, 58].

Проблемы, с которыми сталкиваются специалисты, работающие с людьми, страдающими туберкулезом, усугубляются следующими факторами:

- страхом неизвестного (заражения);
- страхом передачи инфекции членам семьи;
- страхом смерти;
- чрезмерно близкой дистанцией с больными, и в тоже время, неприятием их жизненного выбора
- неудовлетворенностью эффективностью собственной работы

Синдром психологического выгорания медицинских работников развивается примерно через 4 года с момента начала работы с пациентами.

9.2. Симптомы эмоционального истощения и их развитие

Наиболее распространёнными симптомами эмоционального истощения являются следующие:

Эмоциональные:

- Ощущение невыраженных, невысказанных эмоций или мыслей
- Обвинение окружающих,
- разочарование в себе
- Раздражительность или злость (при работе с пациентами и не только)
- Чувство безвыходности и отсутствия смысла в работе (депрессия как результат)
- Постоянные тревожные мысли и неспособность их избежать
- Неспособность сопереживать подопечным, неспособность поддерживать их
- ощущение того, что поставленная задача превышает силы и возможности,
- частые смены настроения,
- чувство профессиональной несостоятельности,
- утрата веры.

Физические:

- Постоянные серьезные проблемы со здоровьем: боли в спине, снижение (повышение) аппетита, проблемы с желудочно-кишечным трактом, обострение хронических заболеваний, гипертоническая болезнь, повышенная утомляемость, головная боль, нарушения сна, мышечное напряжение, потеря сексуального влечения.
- Избыточное употребление алкоголя или курение
- Избыточные: трата денег, еда, азартные игры, просмотр телевизора и т.д.
- Постоянная физическая усталость
- Сонливость и апатия

Социальные:

- Изоляция, нежелание общаться с людьми: коллегами, подопечными, семьей
- Нежелание или неспособность заботиться о себе и своей внешности

Поведение на работе:

- Сложность сконцентрироваться на работе
- Постоянное нежелание приходить на работу («тошнит от работы»), мысли о смене работы

Перечисленные симптомы развиваются постепенно в течении неопределенного отрезка времени могут проявляются с различной интенсивностью и в разной последовательности у разных специалистов. Развитие выгорания – это процесс, который не совершается за день или месяц, и может занять и год и более при отсутствии мер предупреждения. Перечисленные симптомы могут долго проявляться в незначительной форме и только со временем перерасти в каждодневные проявления. Сложность предупреждения данного процесса связана как раз с тем, что процесс эмоционального выгорания часто не замечается самим специалистом и может долго списываться на простую усталость. Доказано, что особенно среди медицинских работников распространен феномен пониженной заботы о себе на фоне постоянной заботы об окружающих. В атмосфере непрерывной заботы о пациентах, специалисты часто ставят нужды других выше своих и не замечают выгорания до тех пор, пока симптомы не приводят к полному снижению работоспособности и перемены места работы [38]. Поэтому качественное предотвращение симптомов выгорания неизменно начинается с своевременной оценки и признания симптомов.

Влияние синдрома выгорания специалиста на пациентов.

Эмоциональное опустошение человека, оказывающего помощь, делает его невосприимчивым к чувствам и потребностям пациента. Помощь оказывается механически, происходит пренебрежение обязанностями. В результате пациенты получают помощь низкого качества, что особенно травматично при тяжелых, требующих длительного лечения заболеваниях.

9.3. Принципы предотвращения эмоционального выгорания

9.3.1. Своевременная оценка уровня выгорания

Качественное предотвращение симптомов эмоционального выгорания неизменно начинается со своевременной оценки симптомов и факторов, которые могут влиять на развитие выгорания. Такая оценка может принимать форму тестирования с использованием известных опробованных тестов, таких как следующие:

- Шкала эмоционального истощения [2, 3].
- Шкала Вторичного Травматического Стресса [17, 30, 73].
- Шкала Качества Профессиональной Жизни (ProQol) [67, 68].

Помимо тестирования, оценка собственного состояния может осуществляться субъективно специалистом на основе знания того, какие симптомы выгорания ему(ей)

наиболее свойственны. Своевременное внимание к изменению собственного состояния, повышению раздражительности, нежеланию идти на работе и другим симптомам поможет начать работу над собой как можно раньше и предотвратить развитие симптомов выгорания. Для более наглядного отслеживания симптомов выгорания, необходимо своевременное отслеживание

3.2. Соблюдение баланса между работой и личной жизнью

Одним из наиболее важных подходов к предупреждению выгорания является соблюдение баланса между работой и личной жизнью. Так называемый баланс между жизнью и работой позволяет медицинскому работнику, как и любому специалисту, заботящемуся о нуждах пациентов, регулярно уделять время заботе о себе и поддерживать состояние работоспособности и расслабленности [42]. Важно отметить, что многие специалисты помогающих профессий неверно воспринимают идею заботы о себе, видя этот процесс как пассивное использование свободного времени, наличие которое определяется количеством работы. Следует прояснить понятие заботы о себе или *самопомощи*. **Самопомощью** в области помогающих профессий является активное, целенаправленное выделение времени для собственных нужд, таких как активный отдых, общение, проведение времени с семьей и другие занятия помимо работы [54]. В список занятий, относящихся к самопомощи для медицинского работника, входят: занятия спортом, правильное питание, определение и внедрение занятий, приносящих удовольствие, а также уделение времени медитации или техникам расслабления. . Ошибка в понимании самопомощи часто заключается в том, что специалисты помогающих профессий часто испытывают чувство стыда и вины, если они занимаются своими нуждами, помимо нужд пациентов и своей семьи [38]. Также, многие специалисты не осознают, что выделение времени для заботы о себе должно быть целенаправленным – не стоит ждать появления свободного времени и сокращение количества нагрузки на работе, напротив, необходимо специально выделять время для себя, особенно при повышенной нагрузке.

9.3.2. Использование техник расслабления и осознанного присутствия

В процессе предотвращения эмоционального выгорания у медицинских работников, как и у многих других представителей профессий, связанных с эмоциональной вовлеченностью в судьбу пациента, считается обязательной забота о себе в виде регулярного использования *техник расслабления* и *осознанного присутствия*. **Техниками расслабления** являются любые упражнения, включающие расслабление мышц и тела, фокусирование на дыхании и нормализация дыхания, а также медитация под легкую музыку (смотрите Приложение 4 со специальными упражнениями).

Упражнения на **осознанное присутствие** строятся на основе техник расслабления, но при этом включают элемент концентрации на данном моменте времени и цель простого наблюдения за происходящим в данный момент (за своим дыханием, мыслями, ощущениями и чувствами, а также за тем, что происходит вокруг). По форме такие упражнения похожи на кратковременную медитацию тем, что Вам предлагается находиться с закрытыми глазами, фокусироваться на дыхании и только наблюдать. Осознанное присутствие определяется в психологии как состояние расслабленного безоценочного наблюдения за собой и всем, что происходит внутри и снаружи человека [43]. Целью данного подхода является не только расслабление, но и тренировка принятия себя, своего тела и мыслей, такими как они есть. Также целью является научиться освобождаться от переизбытка мыслей, в том числе негативных мыслей. Техники

осознанности можно применять наедине с собой в тишине, а также в процессе дня, например, при прогулке стараться фокусировать внимание на происходящем вокруг и замечать дуновение ветра, температуру воздуха, и тому подобное. Эффект, которого стоит ожидать от данных упражнений, включает: получение удовольствия от простых вещей (таких, как прогулки, еда, прослушивание музыки), принятие себя таким, какой есть, внимание и уважение к своему телу и здоровью, улучшенное самочувствие за счет улучшения настроения и расслабления, умение расслабляться самостоятельно в любой обстановке. Перечисленные эффекты актуальны для предупреждения эмоционального выгорания, так как техники осознанного присутствия позволяют эффективно заботиться о своем состоянии здесь и сейчас, и не занимают много времени. Доказано, что специалисты, регулярно практикующие осознанное присутствие, лучше справляются со стрессом и получают большее удовольствие от работы [60]. Примирами коротких упражнений, применимых в течение рабочего дня и не требующих много времени, являются такие упражнения, как осознанная размеренная ходьба, фокусирование внимание на своем дыхании, глубокое брюшное дыхание, наблюдение за своими мыслями, и другие.

9.3.3. *Внимание к своему здоровью и физическая активность*

При профилактике эмоционального выгорания важно уделять время физическому здоровью в той же степени, что и психологическому. Забота о здоровье включает здоровое питание, внимание к своему физическому состоянию и своевременное обращение к врачу, физическая активность и занятия спортом, а также уделение времени на отдых, сон и расслабление. Важно, что под заботой о здоровье не стоит понимать только отдых, сон, и отсутствие вредных привычек, а стоит рассматривать все перечисленные меры с совокупности. Также важно, что забота о здоровье, так же, как и в случае с выделением себе свободного времени (смотрите раздел «Баланс между жизнью и работой» в этой главе), не является пассивным процессом. То есть, здоровый образ жизни – это не просто меньшее количество работы и нагрузки, а это активный поиск и применение путей поддержания хорошего самочувствия целенаправленно каждый день. В случае с медицинскими работниками, как ни странно, заботе о здоровье может уделяться гораздо меньше времени, чем ожидается [38]. Предполагается, что дело в том, что медицинские работники уделяют гораздо больше внимания важности заботе о здоровье других и пренебрегают своими нуждами.

Особенное место среди мер заботы и здоровье для медицинских работников занимает физическая активность и занятия спортом в различных формах. Доказано, что регулярная физическая активность является одним из основных способов предупреждения симптомов депрессии и выгорания [26]. Особенно при повышенной нагрузке в течении рабочего дня и при необходимости баланса между работой и личной жизнью, регулярные физические нагрузки позволяют разнообразить режим дня, отвлечься от нагрузки на работе и уделить внимание себе.

9.4. Предупреждение выгорания на уровне организаций

Комплекс мер по предупреждению эмоционального выгорания у медицинских работников не является эффективным без определения мер организационных стратегий по борьбе с выгоранием среди сотрудников. Даже незначительные не затратные меры на уровне организации могут быть очень эффективными для предупреждения выгорания и улучшения качества услуг в организации [69]. Кроме того, любые личные стратегии, используемые персоналом, не являются столь эффективными без соответствующей поддержки со стороны руководства при организации деятельности.

Существует большое количество примером эффективных мер по предупреждению выгорания на уровне организации [7, 18, 20, 37, 39, 77]. Список некоторых самых используемых и эффективных мер включает следующие:

- **Предоставление информации** сотрудникам по вопросам выгорания. Данная стратегия включает распространение любой информации, брошюры, семинары и тренинги по вопросам выгорания и ставит своей целью, в первую очередь, предупреждение и информирование персонала о важности своевременного внимания к своему состоянию
- **Профессиональные собрания на местах** по вопросам практики, связанным с работой с тяжелыми пациентами. На данных собраниях в рабочем порядке могут обсуждаться отдельные пациенты, схожие проблемы в общении и заботе о пациентах, и предлагаться помощь и поддержка тем сотрудникам, которые испытывают различные трудности в работе с пациентами или переживают за определенных пациентов.
- **Группы поддержки сотрудников.** Такая форма мер вмешательства подразумевает регулярные, возможно не частые, собрания сотрудников для обсуждения сложных ситуаций в работе, которые касаются непосредственно переживаний за пациентов. На таких встречах могут обсуждаться чувства сотрудников, которые справляются со смертью своих пациентов, которые предоставляют уход неизлечимо больным пациентам, и другие подобные вопросы. Также подходящими темами могут быть вопросы заботы о себе и баланса между работой и семьей/личной жизнью.
- **Арт-терапия (терапия искусством)** и другие виды терапии, направленные на самовыражение, расслабление и смену деятельности. Рисование с целью выразить себя и свои эмоции может применяться в группе.
- **Обустройство мест отдыха.** Немаловажным фактором для создания здоровой атмосферы на работе является обустройство отдельного комфортного пространства для медицинского персонала, куда не имеют доступ пациенты, помимо рабочих кабинетов. Такое пространство должно также быть отделено от пространства, предназначенного для рабочих встреч и используемого начальством.

9.5. Стратегии профилактики синдрома выгорания

Сосредоточиться на проблеме, а не на эмоциях: Собирайте информацию («кто владеет информацией, тот владеет миром») и планируйте деятельность в соответствии с информацией, а не с субъективными представлениями — это дает ощущение порядка и контроля.

Предпринимайте конкретные действия, обращайтесь за помощью к коллегам.

Изменить модель оказания помощи: Понимайте свои границы и возможности (что я могу сделать, а чего не могу), ставьте четкие и реалистичные цели; распределите свои задачи по степени важности; придерживайтесь своих функциональных обязанностей, избегайте отвечать за «все»; разделите задачи на несколько последовательно выполнимых шагов; управляйте временем, оно не безгранично.

Почувствовать свои желания и осуществить их (прогулки, медитация, спорт, музыка, общение с друзьями, игры с детьми, секс, чтение, садоводство, шопинг и т.д.).

Заботиться о себе: «Спасение утопающих — дело рук самих утопающих». Заботиться о других — проще, самое сложное — позаботиться о себе. Жизнь не так проста, как нам кажется, она еще проще. Она состоит из простых радостей. Создайте себе возможность регулярно и правильно питаться, делать перерывы в работе; пусть у вас будет красивая чашка для чая и 5 минут, чтобы его выпить; потянитесь, как после сна, когда пациент ушел из кабинета. Дайте себе возможность поспать 8–9 часов, и «пусть весь мир подождет». Помните, что ваш пациент — взрослый человек, обращаясь к нему на «вы», вы не только повышаете его осознанность, но и защищаете свои границы, соблюдая дистанцию между врачом и пациентом.

Важно проводить регулярные тренинги по профилактике выгорания для сотрудников медицинского учреждения (не менее 1 раза в 6 месяцев).

10. КУЛЬТУРА И ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ СОПРОВОЖДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Кыргызская культура, более патриархальная, чем европейская, требует от специалиста чувствительности к гендерным особенностям. В частности, желательно, чтобы первый осмотр пациента с подозрением на туберкулез проводил/а специалист одного с ним/ней пола, так как обнажение верхней части тела, особенно молочных желез может стать достаточно травмирующим для женщины-мусульманки.

Данное руководство предполагает, что использующий его специалист будет толерантным по отношению к любым меньшинствам, включая трансгендерных людей, и ни в коем случае не будет допускать дискриминации в отношении пациента любого пола, сексуальной ориентации, расы, религиозной принадлежности, социального статуса, политических взглядов.

11. Список использованной литературы

1. Acha J, Sweetland A, Guerra D, Chalco K, Castillo H, Palacios E. (2007). Psychosocial support groups for patients with multidrug-resistant tuberculosis: Five years of experience. *Global Public Health*, 2(4):404–417
2. Adams, R.E., Boscarino, J.A., & Figley, C.R. (2006). Compassion fatigue and psychological stress among social workers: A validation study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(1), 103-108.
3. Adams, R.E., Figley, C.R. & Boscarino, J.A. (2008). The Compassion Fatigue Scale: It's use with social workers following urban disaster. *Research on Social Work Practice*, 18(3), 238-250.
4. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author.
5. Ambaw F, Mayston R, Hanlon C, & Alem A. (2015). Depression among patients with tuberculosis: determinants, course and impact on pathways to care and treatment outcomes in a primary care setting in southern Ethiopia - a study protocol. *BMJ Open*, 5, (6)
6. Aharonovich, E., Hartzenbuehler, M. L., Johnston, B., O'Leary, A., Morgenstern, J., Wainberg, M. L., et al. (2006). A low-cost, sustainable intervention for drinking reduction in the HIV primary care settings. *AIDS Care: Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, 18, 561– 568.
7. Aycock, N., & Boyle, D. (2009). Interventions to manage compassion fatigue in oncology nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 13(2), 183-191.
8. Beckie, T. M. (2006). A behavior change intervention for women in cardiac rehabilitation. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 21, 146– 153.
9. Bell, K. R., Temkin, N. R., Esselman, P. C., Doctor, J. N., Bombardier, C. H., Fraser, R. T., et al. (2005). The effect of a scheduled telephone intervention on outcome after moderate to severe traumatic brain injury: A randomized trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86, 851– 856.
10. Benedetti F (2008a). Mechanisms of placebo and placebo–related effects across diseases and treatments. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology*, 48, 33–60.
11. Benedetti F (2008b). *Placebo Effects: Understanding the Mechanisms in Health and Disease*. Oxford University Press: Oxford.
12. Benedetti, F., Carlino, E., & Pollo, A. (2011). How Placebos Change the Patient's Brain. *Neuropsychopharmacology*, 36(1), 339–354. <http://doi.org/10.1038/npp.2010.81>
13. Blackburn, S. (2008). *Socratic method*. In *The Oxford Dictionary of Philosophy*: Oxford University Press. Retrieved 12 Nov. 2017, from <http://www.oxfordreference.com/view/10.1093/acref/9780199541430.001.0001/acref-9780199541430-e-2907>.

14. de Blok, B. M., de Greef, M. H., ten Hacken, N. H., Sprenger, S. R., Postema, K., & Wempe, J. B. (2006). The effects of a lifestyle physical activity counseling program with feedback of a pedometer during pulmonary rehabilitation in patients with COPD: A pilot study. *Patient Education and Counseling*, *61*(1), 48– 55.
15. Brodie, D. A., & Inoue, A. (2005). Motivational interviewing to promote physical activity for people with chronic heart failure. *Journal of Advanced Nursing*, *50*, 518– 527.
16. Broers, S., Smets, E. M. A., Bindels, P., Evertsz, F. B., Calff, M., & DeHaes, H. (2005). Training general practitioners in behavior change counseling to improve asthma medication adherence. *Patient Education and Counseling*, *58*, 279– 287.
17. Bride, B.E., Robinson, M.M., Yegidis, B., & Figley, C.R. (2004). Development and validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Research on Social Work Practice*, *14*(1), 27-35.
18. Brown-Saltzman, K.A. (1994). Tending the spirit. *Oncology Nursing Forum*, *21*(6), 1001-1006.
19. Bush, N.J. (2009). Compassion fatigue: Are you at risk? *Oncology Nursing Forum*, *36*(1), 24-28.
20. Chan, E.A., Mok, E., Po-ying, A.H., & Man-chun, J. (2009). The use of interdisciplinary seminars for the development of caring dispositions in nursing and social work students. *Journal of Advanced Nursing*, *65*(12), 2658-2667.
21. Channon, S., Smith, V. J., & Gregory, J. W. (2003). A pilot study of motivational interviewing in adolescents with diabetes. *Archives of Disease in Childhood*, *88*(8), 680– 683.
22. Clark, M., & Hampson, S. E. (2001). Implementing a psychological intervention to improve lifestyle self-management in patients with type 2 diabetes. *Patient Education and Counseling*, *42*, 247– 256.
23. National Institute for Clinical Excellence. (2005). *Clinical Guideline 25: Violence: The short-term management of disturbed/violent behavior in psychiatric inpatient settings and emergency departments*. Retrieved from: <http://www.rcpsych.ac.uk/PDF/NICE%20Guideline%202005.pdf>
24. Coetzee, S.K., & Klopper, H.C. (2009). Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis. *Nursing and Health Sciences*, *12*, 235-243.
25. Cohen, A., Kleinman, A., Saraceno, B. (2002). *World Mental Health Casebook: Social and Mental Health Programs in Low-Income Countries*. Ney York, NY: Springer Science and Business Media.
26. Daley, A. (2008). Exercise and depression: a review of reviews. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *15*(2), 140.

27. Deribew, A., Tesfaye, M., Hailmichael, Y., Apers, L., Abebe, G., Duchateau, L., & Colebunders, R. (2010). Common mental disorders in TB/HIV co-infected patients in Ethiopia. *BMC Infectious Diseases*, 10, 201. <http://doi.org/10.1186/1471-2334-10-201>
28. Dilorio, C., Resnicow, K., McDonnell, M., Soet, J., McCarty, F., & Yeager, K. (2003). Using motivational interviewing to promote adherence to antiretroviral medications: A pilot study. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 14 (2), 52– 62.
29. Doherty, A.M, Kelly, J., McDonald, C., O'Dywer, A.M., Keane, J., Cooney, J.. (2013) A review of the interplay between tuberculosis and mental health. *Gen Hosp Psychiatry*.;35(4):398–406. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2013.03.018.
30. Dominguez-Gomez, E., & Rutledge, D.N. (2009). Prevalence of secondary traumatic stress among emergency nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 35(3), 199-204.
31. Duarte, E.C., Bierrenbach, A.L, da Silva, J.B. (2009), Factors associated with deaths among pulmonary tuberculosis patients: a case–control study with secondary data. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 63, 233-238.
32. Figley, C. (2002). *Treating compassion fatigue*. New York: Brunner-Routledge.
33. Franke M. Appleton S. Fernando J. Eda A. Llaro P. Shin S. Becerra M. Murray M. Mitnick C. (2008). *Clinical Infectious Diseases*, 46 (12), 1844–1851, <https://doi.org/10.1086/588292>
34. Golin, C. E., Earp, J. L., Tien, H. C., Stewart, P., Porter, C., & Howie, L. (2006). A 2-arm, randomized, controlled trial of a motivational interviewing– based intervention to improve adherence to antiretroviral therapy (ART) among patients failing or initiating ART. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 42, 42– 51.
35. Grenard, L., Munjas, A., Adams, L., Suttorp, M., Maglione, M., McGlynn, A., et al. Depression and medication adherence in the treatment of infectious diseases in the United States: a meta-analysis. *J Gen Intern Med*. 2011;2(6):75–82
36. Guggenbuhl-Craig, Adolf. (1971). *Power in the helping professions*. Dallas, TX: Spring Publications
37. Hinds, P.S., Puckett, P., Donohoe, M., Milligan, M., Payne, K., Phipps, S., Davis, S.E., & Martin, G.A. (1994). The impact of a grief workshop for pediatric oncology nurses on their grief and perceived stress. *Journal of Pediatric Nursing*, 9(6), 388-397.
38. Hooper, C., Craig, J., Janvrin, D.R., Wetzel, M.A., & Reimels, E. (2010). Compassion satisfaction, burnout and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *Journal of Emergency Nursing*, 36(5), 420-427.
39. Italia, S., Favara-Scacco, C., Di Cataldo, A., & Russo, G. (2008). Evaluation and art therapy treatment of burnout syndrome in oncology units. *Psycho-Oncology*, 17(7), 676-680.
40. James, Bawo O. “Suicide & Tuberculosis.” *The Indian Journal of Medical Research* 138.2 (2013): 182–183.

41. Johnson J, Kagal A, Bharadwaj R. Factors associated with drug resistance in pulmonary tuberculosis. *Indian J Chest Dis Allied Sci* 2003; 45 : 105-9.
42. Jones, S. H. (2005). A self-care plan for hospice workers. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 22(2), 125-128.
43. Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General hospital psychiatry*, 4(1), 33-47.
44. Knight, J. R., Sherritt, L., Van Hook, S., Gates, E. C., Levy, S., & Chang, G. (2005). Motivational interviewing for adolescent substance use: A pilot study. *Journal of Adolescent Health*, 37, 167– 169.
45. Koblin, B., Chesney, M., Coates, T., & Team, E. S. (2004). Effects of a behavioural intervention to reduce acquisition of HIV infection among men who have sex with men: The EXPLORE randomised controlled study. *Lancet*, 364, 41– 50.
46. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Lowe B. (2010) The patient health questionnaire somatic, anxiety, and depressive symptom scales: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry*.;32(4):345–59
47. Kübler-Ross, E. (2005). *On Grief and Grieving: Finding the Meaning of Grief through the Five Stages of Loss*, Simon & Schuster Ltd.
48. McHugh, F., Lindsay, G. M., Hanlon, P., Hutton, I., Brown, M. R., Morrison, C., et al. (2001). Nurse-led shared care for patients on the waiting list for coronary artery bypass surgery: A randomized controlled trial. *Heart* , 86 (3), 317– 323.
49. Miller, W. R. and Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press
50. Miller, W. R. and Rollnick, S. (1999). Motivational Interviewing as a Counseling Style. In Center for Substance Abuse Treatment (Ed.) *Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment* (39-56). Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
51. Miller, W. R., Rollnick, S., & Rollnick, S. P. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change*. New York, NY: Guilford Publications.
52. Morisky, D.E. and DiMatteo, M.R. (2011) Improving the Measurement of Self-Reported Medication Nonadherence: Response to Authors. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64, 262-263. Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.09.010>
53. Naar-King, S., Wright, K., Parsons, J. T., Frey, M., Templin, T., Lam, P., et al. (2006). Healthy choices: Motivational enhancement therapy for health risk behaviors in HIV-positive youth. *AIDS Education and Prevention*, 18, 1– 11.
54. Norcross, J. C. (2000). Psychotherapist self-care: Practitioner-tested, research-informed strategies. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(6), 710.

55. Ogedegbe, G., Schoenthaler, A., Richardson, T., Lewis, L., Belue, R., Espinosa, E., et al. (2007). An RCT of the effect of motivational interviewing on medication adherence in hypertensive African Americans: Rationale and design. *Contemporary Clinical Trials*, 28, 169– 181.
56. Peddireddy, V. (2016). Quality of Life, Psychological Interventions and Treatment Outcome in Tuberculosis Patients: The Indian Scenario. *Frontiers in Psychology*, 7, 1664. <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01664>
57. Pachi, A., Bratis, D., Moussas, G., & Tselebis, A. (2013). Psychiatric Morbidity and Other Factors Affecting Treatment Adherence in Pulmonary Tuberculosis Patients. *Tuberculosis Research and Treatment*, 2013, 489865. <http://doi.org/10.1155/2013/489865>
58. Potter, P., Deshields, T., Divanbeigi, J., Berger, J., Cipriano, D., Norris, L., & Olsen, S. (2010). Compassion fatigue and burnout: Prevalence among oncology nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(5), E56-E62.
59. Richards, K., Campenni, C., & Muse-Burke, J. (2010). Self-care and well-being in mental health professionals: The mediating effects of self-awareness and mindfulness. *Journal of Mental Health Counseling*, 32(3), 247-264.
60. Richmond, J.S., Berlin, J.S. Fishkind, A. B. et al. (2012). Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*, 13(1), 17–25. doi: 10.5811/westjem.2011.9.6864
61. Riegel, B., Dickson, W., Hoke, L., McMahon, J. P., Reis, B. F., & Sayers, S. (2006). A motivational counseling approach to improving heart failure self-care: Mechanisms of effectiveness. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 21, 232– 241.
62. Rollnick, S., Miller, W. R., Butler, C., Butler, C. C., & Rollnick, S. P. (2014). *Motivational interviewing in health care: Helping patients change behavior*. New York, NY: Guilford Publications.
63. Sabo, B.M. (2006). Compassion fatigue and nursing work: Can we accurately capture the consequences of caring work? *International Journal of Nursing Practice*, 12(3), 136-142.
64. Schmalings, K. B., Blume, A. W., & Afari, N. (2001). A randomized controlled pilot study of motivational interviewing to change attitudes about adherence to medications for asthma. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 8, 167– 172.
65. Showalter, S.E. (2010). Compassion fatigue: What is it? Why does it matter? Recognizing the symptoms, acknowledging the impact, developing the tools to prevent compassion fatigue and strengthen the professional already suffering from the effects. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 27(4), 239-242.
66. Sobell, L. C., & Sobell, M. B. (2008). *Motivational Interviewing strategies and techniques: Rationales and examples*. Retrieved from http://www.nova.edu/gsc/forms/mi_rationale_techniques.pdf

67. Stamm, B. (2002). Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: Developmental history of the compassion satisfaction and fatigue test. In: C. Figley (Ed.), *Treating Compassion Fatigue*. New York: Brunner-Routledge, pp. 107-122.
68. Stamm, B. H. (2009). Professional quality of life: Compassion satisfaction and fatigue. *Version 5 (ProQOL)*. Available at: www.proqol.org.
69. Stichler, J.F. (2009). Healthy, healthful and healing environments: A nursing imperative. *Critical Care Nursing Quarterly*, 32(3), 176-188.
70. Storla, D. G., Yimer, S., & Bjune, G. A. (2008). A systematic review of delay in the diagnosis and treatment of tuberculosis. *BMC Public Health*, 8, 15. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-8-15>
71. Sweetland, A., Oquendo, M., Wickramaratne, P., Weissman, M., & Wainberg, M. (2014). Depression: a silent driver of the global tuberculosis epidemic. *World Psychiatry*, 13(3), 325–326. <http://doi.org/10.1002/wps.20134>
72. Thomas, R.B., & Wilson, J.P. (2004). Issues and controversies in the understanding of compassion fatigue, vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorder. *International Journal of Emergency Mental Health*, 6(2), 81-92.
73. Ting, L., Jacobson, J. M., Sanders, S., Bride, B., & Harrington, D. (2005). The secondary traumatic stress scale (STSS): Confirmatory factor analyses with a national sample of mental health social workers. *Journal of Human Behavior in the Social Environment: Special Issue on Measurement and Assessment*, 11 (3), 177-194.
74. TB CARE I. International Standards for Tuberculosis Care (3rd ed.). TB CARE I; The Hague: 2014.
75. Vega P, Sweetland A, Acha J, Castillo H, Guerra D, Smith Fawzi MC (2004)., et al. Psychiatric issues in the management of patients with multidrug-resistant tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis.*;8(6):749–59.
76. Viner, R. M., Christie, D., Taylor, V., & Hey, S. (2003). Motivational/solution-focused intervention improves HbA 1c in adolescents with type 1 diabetes: A pilot study. *Diabetic Medicine*, 20 (9), 739– 742.
77. Walton, A.M., & Alvarez, M. (2010). Imagine: Compassion fatigue training for nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(4), 399-400.
78. West, D. S., DiLillo, V., Bursac, Z., Gore, S. A., & Greene, P. G. (2007). Motivational interviewing improves weight loss with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 30, 1081– 1087.
79. World Care Council. (2006). The Patients' charter for tuberculosis care. http://www.who.int/tb/publications/2006/istc_charter.pdf.
80. World Health Organization (2008). *Implementing the WHO Stop TB strategy: A Handbook for National Tuberculosis control Programmes*. Switzerland, Geneva: Author.

81. World Health Organization. (2011). *Global tuberculosis control report*. Switzerland, Geneva: Author. Retrieved from:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44728/1/9789241564380_eng.pdf
82. WHO (2010). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (International Classification of Diseases)(ICD) 10th Revision - Version: 2010*
83. WHO (2010). *Mental health gap action programme intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings*.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44406/1/9789241548069_eng.pdf
84. WHO. (2010). *Mental health, new understanding, new hope: The World Health Organization report*. Geneva, Switzerland: Author.
85. WHO. (2016). *TB burden estimates and country-reported TB data*.
https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO_HQ_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FTBCountryProfile&ISO2=KG&LAN=EN&outtype=html
86. Закон Кыргызской Республики «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» от 9 января 2005 года № 6 ((В редакции Законов КР от 28 декабря 2006 года № 224, 17 февраля 2009 года № 53, 17 апреля 2009 года № 129, 25 июля 2012 года № 137, 11 октября 2012 № 171, 27 июня 2013 года № 108, 18 декабря 2015 года № 228, 29 апреля 2016 года № 52, 6 июля 2016 года № 99, 2 августа 2017 года № 167))// <http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/1602>
87. Закон Кыргызской Республики «О защите населения от туберкулеза от 18 мая 1998 года № 65 (В редакции Законов КР от 16 октября 2002 года № 144, 14 марта 2005 года № 51, 31 июля 2006 года № 138, 21 апреля 2011 года № 16, 29 апреля 2016 года № 52, 30 июня 2016 года № 94, 6 июля 2016 года № 99)
<http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/73?cl=ru-ru>
88. Закон Кыргызской Республики от 17 июня 1999 года №60 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (В редакции Законов Кыргызской Республики от 20.03.2002 г. №41, 15.07.2003 г. №150, 18.12.2003 г. №236, 08.06.2005 г. №73, 04.07.2005 г. №88, 06.07.2016 г. №99))//
http://www.base.spinform.ru/show_doc.fwx?rgn=305
89. Зурдинова А. и др. *Методология разработки и адаптации клинических руководств, основанных на доказательной медицине*. – Бишкек, 2008. – 58 с.
90. Кыргыз Республикасынын Улуттук статистика комитети (2017). *Число заболеваний активным туберкулезом по полу и возрасту*//
<http://stat.kg/ru/statistics/zdravoohranenie/>
91. *Мотивационные и когнитивно-поведенческие вмешательства в реабилитации ВИЧ-инфицированных потребителей опиатных наркотиков с коморбидными психическими расстройствами*. Методические рекомендации. НИПИ им. Бехтерева, С-П., 2013

92. *Психосоциальная помощь больным туберкулезом в Российской Федерации*. 2013. Представительство благотворительной организации «Партнеры во имя здоровья» (США) в Российской Федерации. Москва : «ЛексТорг»
93. Соложенкин В.В. (2008) *Избранные лекции по психиатрии с элементами психотерапии: Учебное пособие*. Бишкек: Изд-во КРСУ, 318 с.
94. Токтогонова, А.А. (2015). Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Кыргызской Республике:
www.hivplatform.kg/upload/files/Statistika%20MLUTB.ppt
95. Харди И. *Врач, сестра, больной*. Пер. с венгер. М. Алекса; Под ред. М. В. Коркиной. - 3-е изд. стереотип. - BUDAPEST: Типография Академии наук Венгрии, 1974.
96. Чехов А.П. *Палата No 6*. Издательство "Художественная литература", М., 1968.
97. Центр анализа политики здравоохранения (2014). *Исследование предоставляемой медицинской помощи больным туберкулезом и их удовлетворенности в Кыргызской Республике: Технический отчет*.
http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00KMMZ.pdf

Батарея тестов для определения приверженности к терапии на этапе активного лечения

1.1. Выявление причин в нарушении приема препаратов

Раннее выявление степени приверженности лечению у конкретного больного поможет врачу сориентироваться и определить направления, по которым нужно работать с пациентом помимо назначения лекарственной терапии. Оценка приверженности и ее контроль в течение длительного времени наблюдения и лечения пациента позволит уменьшить частоту обострений заболевания, улучшить качество жизни пациента, а также сократить прогрессирование заболевания вследствие контроля за адекватностью терапии и приемом. Оценка приверженности в реальной клинической практике возможна несколькими путями. В данном приложении приводятся три наиболее приемлемых метода оценки приверженности.

1. Опрос пациента во время визита.

Врач выясняет, как пациент выполнял назначения, сделанные на прошлом визите, уточняет, были или нет побочные явления при приеме препаратов, удобна ли схема приема препаратов, и т.д. В случае невыполнения назначенных рекомендаций по приему врач выясняет причину, по которой пациент не принимал лекарства или изменил режим дозирования препарата. Метод опроса характеризуется относительной простотой, однако, если у больного имеются какие-либо причины скрывать несоблюдение рекомендаций по приему препаратов, то информация, полученная при опросе, может быть необъективной. Если пациент не хочет обидеть врача невыполнением рекомендаций, то его ответы могут быть не совсем откровенными. Опрос должен дополняться другими тестами и/или методиками. Предлагается опросник, разработанный в Научно-диспансерном отделе Института клинической кардиологии им. А. Л. Мясникова ФГБУ РКНПК Минздрава России и дополненный специалистами проекта.

Причина нерегулярного приема/неприема терапии

1.	Побочные эффекты реакции	<input type="checkbox"/>
2.	Считаю, что лечиться не нужно	<input type="checkbox"/>
3.	Забываю принять препарат	<input type="checkbox"/>
4.	Не хочу принимать препарат постоянно	<input type="checkbox"/>
5.	Улучшение самочувствия	<input type="checkbox"/>
6.	Иногда пропускаю время приема, а прием в другое время неудобен	<input type="checkbox"/>
7.	Родные посоветовали уменьшить количество принимаемых таблеток	<input type="checkbox"/>
8.	Нет возможности уединиться, чтобы принять препараты (стигма)	<input type="checkbox"/>
9.	Употреблял алкоголь	<input type="checkbox"/>
10.	Употреблял наркотики	<input type="checkbox"/>
11.	Отказ от терапии без указания причины	<input type="checkbox"/>
12.	Другое, впишите что именно	<input type="checkbox"/>

1.2. Шкала Мориски – Грин

Шкала приверженности Мориски - Грин состоит из 4-х вопросов. Пациенты, набравшие 4 балла, считаются приверженными. Анкетирование пациентов проводит врач-психиатр. Пациент должен самостоятельно ответить на вопросы, выбирая один ответ из 2-х вариантов ответов. При обработке подсчитывается суммарный балл. Исходное анкетирование должно выполняться врачом при первичном обращении в поликлинику. Повторные – каждый месяц лечения. Результаты анкетирования (в баллах), полученные как при первичном обращении, так и на последующих визитах, могут быть зарегистрированы в карте пациента «Таблицы приверженности». Проводимое каждый месяц анкетирование позволит получить данные по динамике приверженности терапии больного.

Опросник Мориски-Грин.

№	ВОПРОС	ОТВЕТЫ		СУММА БАЛЛОВ
1	Забывали ли Вы когда-либо принять препараты?	<input type="checkbox"/> Забывал - 0	<input type="checkbox"/> Не забывал - 1	
2	Относитесь ли Вы иногда невнимательно к часам приема лекарств?	<input type="checkbox"/> Да – 0	<input type="checkbox"/> Нет – 1	
3	пропускаете ли Вы прием препаратов, если чувствуете себя хорошо?	<input type="checkbox"/> Пропускаю–0	<input type="checkbox"/> Не пропускаю–1	
4	Если Вы чувствуете себя плохо после приема лекарств, пропускаете ли Вы следующий прием?	<input type="checkbox"/> Пропускаю–0	<input type="checkbox"/> Не пропускаю–1	

Пациенты, набравшие 4 балла, считаются приверженными терапии

1.3. ФОРМА ОЦЕНКИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ

Дата назначенного лечения	1-й месяц		2-й месяц	
	Сумма баллов по опроснику Мориски - Грина	Причины низкой приверженности*	Сумма баллов по опроснику Мориски - Грина	Причины низкой приверженности*

Подобная форма заполняется на все месяцы лечения

***Причина низкой приверженности:**

- 1- «Побочные эффекты реакции»,
- 2- «Считаю, что лечиться не нужно»
- 3- «Забываю принять препарат»
- 4- «Не хочу принимать препарат постоянно»
- 5- «Улучшение самочувствия»
- 6- «Иногда пропускаю время приема, а прием в другое время неудобен»
- 7- «Родные посоветовали уменьшить количество принимаемых таблеток»
- 8- «Нет возможности уединиться, чтобы принять препараты (стигма)»
- 9- «употреблял алкоголь»
- 10- «употреблял наркотики»
- 11- «отказ от терапии без указания причины»
- 12- «другая причина»

ОПРОСНИКИ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТА С ТУБЕРКУЛЕЗОМ.

1.1. ГОСПИТАЛЬНАЯ ШКАЛА ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ

Инструкция

«Этот опросник разработан для того, чтобы помочь Вашему доктору понять, как Вы себя чувствуете. Не обращайте внимания на цифры и буквы, помещенные в левой части опросника. Прочитайте внимательно каждое утверждение, и в пустой графе слева отметьте крестиком ответ, который в наибольшей степени соответствует тому, как Вы себя чувствовали в последнее время. Не раздумывайте слишком долго над каждым утверждением. Ваша первая реакция всегда будет более верной».

- | | |
|----------|---|
| Т | Я напряжен/а. Мне не по себе |
| 3 | все время |
| 2 | часто |
| 1 | время от времени, иногда |
| 0 | совсем не испытываю |
| Д | То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает такое же чувство |
| 0 | определенно это так |
| 1 | наверное, это так |
| 2 | лишь в очень малой степени это так |
| 3 | это совсем не так |
| Т | Мне страшно. Кажется, будто что-то ужасное может вот-вот случиться |
| 3 | определенно это так, и страх очень сильный |
| 2 | да, это так, но страх не очень сильный |
| 1 | иногда, но это меня не беспокоит |
| 0 | совсем не испытываю |
| Д | Я способен (способна) рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное |
| 0 | определенно, это так |
| 1 | наверное, это так |
| 2 | лишь в очень малой степени это так |
| 3 | совсем не способен |
| Т | Беспокойные мысли крутятся у меня в голове |
| 3 | постоянно |
| 2 | большую часть времени |
| 1 | время от времени |
| 0 | только иногда |
| Д | Я чувствую себя бодрым (бодрой) |
| 3 | совсем не чувствую |
| 2 | очень редко |
| 1 | иногда |
| 0 | практически все время |
| Т | Я легко могу сесть и расслабиться |
| 0 | определенно, это так |
| 1 | наверное, это так |
| 2 | лишь изредка это так |
| 3 | совсем не могу |
| Д | Мне кажется, что я стал все делать очень медленно |
| 3 | практически все время |
| 2 | часто |
| 1 | иногда |

- 0 совсем нет
- Т Я испытываю внутренне напряжение или дрожь**
- 0 совсем не испытываю
- 1 иногда
- 2 часто
- 3 очень часто
- Д Я не слежу за своей внешностью**
- 3 определенно это так
- 2 я не уделяю этому столько времени, сколько нужно
- 1 может быть, я стал меньше уделять этому внимания
- 0 я слежу за собой так же, как и раньше
- Т Я не могу усидеть на месте, словно мне постоянно нужно двигаться**
- 0 определенно, это так
- 1 наверно, это так
- 2 лишь в очень малой степени это так
- 3 совсем не способен
- Д Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения**
- 0 точно так, как и обычно
- 1 да, но не в той степени, как раньше
- 2 значительно меньше, чем раньше
- 3 совсем не считаю
- Т У меня бывает внезапное чувство паники**
- 3 действительно, очень часто
- 2 довольно часто
- 1 не так уж часто
- 0 совсем не бывает
- Д Я могу получить удовольствие от хорошей книги, фильма, радио- или телепрограммы**
- 0 часто
- 1 иногда
- 2 редко
- 3 очень редко

Шкала составлена из 14 утверждений, обслуживающих 2 подшкалы:

- «тревога» (нечетные пункты — 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13)
- «депрессия» (четные пункты — 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14).

Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа, отражающие градации выраженности признака и кодирующиеся по нарастанию тяжести симптома от 0 (отсутствие) до 3 (максимальная выраженность).

При интерпретации результатов учитывается суммарный показатель по каждой подшкале, при этом выделяются 3 области его значений:

- 0-7 — норма (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии),
- 8-10 — субклинически выраженная тревога/депрессия,
- 11 и выше — клинически выраженная тревога/депрессия.

1.2. ШКАЛА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ЖИЗНЬЮ

Инструкция

Ниже приведены пять высказываний, с которыми вы можете согласиться или не согласиться. Используя 7-балльную шкалу, поставьте каждому высказыванию подходящий, по вашему мнению, балл. Пожалуйста, будьте честны и откровенны в своих ответах.

1. Почти во всем моя жизнь соответствует моему идеалу.

1. СОВЕРШЕННО НЕ СОГЛАСЕН
2. НЕ СОГЛАСЕН
3. СКОРЕЕ НЕ СОГЛАСЕН
4. НЕ УВЕРЕН В ОТВЕТЕ
5. СКОРЕЕ СОГЛАСЕН
6. СОГЛАСЕН
7. СОВЕРШЕННО СОГЛАСЕН

2. Условия моей жизни превосходные.

1. СОВЕРШЕННО НЕ СОГЛАСЕН
2. НЕ СОГЛАСЕН
3. СКОРЕЕ НЕ СОГЛАСЕН
4. НЕ УВЕРЕН В ОТВЕТЕ
5. СКОРЕЕ СОГЛАСЕН
6. СОГЛАСЕН
7. СОВЕРШЕННО СОГЛАСЕН

3. Я удовлетворен своей жизнью.

1. СОВЕРШЕННО НЕ СОГЛАСЕН
2. НЕ СОГЛАСЕН
3. СКОРЕЕ НЕ СОГЛАСЕН
4. НЕ УВЕРЕН В ОТВЕТЕ
5. СКОРЕЕ СОГЛАСЕН
6. СОГЛАСЕН
7. СОВЕРШЕННО СОГЛАСЕН

4. Пока я достигал в главном всего, чего хотела в жизни.

1. СОВЕРШЕННО НЕ СОГЛАСЕН
2. НЕ СОГЛАСЕН
3. СКОРЕЕ НЕ СОГЛАСЕН
4. НЕ УВЕРЕН В ОТВЕТЕ
5. СКОРЕЕ СОГЛАСЕН
6. СОГЛАСЕН
7. СОВЕРШЕННО СОГЛАСЕН

5. Если бы я могла прожить свою жизнь еще раз, я бы почти ничего в ней не изменила.

1. СОВЕРШЕННО НЕ СОГЛАСЕН
2. НЕ СОГЛАСЕН
3. СКОРЕЕ НЕ СОГЛАСЕН
4. НЕ УВЕРЕН В ОТВЕТЕ
5. СКОРЕЕ СОГЛАСЕН
6. СОГЛАСЕН
7. СОВЕРШЕННО СОГЛАСЕН

Интерпретация:

Полученные баллы суммируются.

Минимальный балл по шкале – 7, максимальный – 35.

1.3. Оценочная шкала стрессовых событий Холмса-Раге²

Инструкция.

Постарайтесь вспомнить все события, случившиеся с Вами в течение последнего года, и подсчитайте общее число «заработанных» вами очков. Если какая-либо ситуация возникала у вас чаще одного раза, то полученный результат следует умножить на данное количество раз.

Жизненное событие	Показатель
Смерть партнера по браку	100
Брачный развод	75
Разлучение с партнером по браку	65
Тюремное заключение	63
Смерть близкого члена семьи	63
Своя травма или болезнь	53
Вступление в брак	50
Увольнение с работы	47
Воссоединение с партнером по браку	45
Выход на пенсию	45
Проблемы со здоровьем у члена семьи	44
Беременность	40
Сексуальные трудности	39
Появление нового члена семьи	39
Приспособление к изменениям на работе	39
Изменение финансового статуса	38
Смерть близкого друга	37
Переход на другую работу	36
Прекращение права выкупа заложенного имущества	30
Смена круга обязанностей на работе	29
Уход сына или дочери из дома	29
Трудности с родственниками по браку	29
Выдающееся личное достижение	28
Жена пошла работать или бросила работу	26
Поступление в школу или ее окончание	26
Изменение условий жизни	25
Пересмотр личных привычек	24
Трудности с начальником	23
Смена места жительства	20
Переход в другую школу	20
Смена развлечения	19
Изменения в религиозной жизни	19
Изменения в общественной жизни	18
Изменение распорядка сна	16
Изменения привычек в еде	15
Отпуск, каникулы	13
Рождество	12
Небольшие нарушения закона	11

Общая сумма баллов

Степень сопротивляемости стрессу

Меньше 150 Большая
150-199 Высокая
200-299 Пороговая
300 и более Низкая

² The Holmes and Rahe Stress Inventory, или Social Readjustment Rating Scale, SRRS

1.4. ШКАЛА ОЦЕНКИ РИСКА СУИЦИДА ПАТТЕРСОНА (ШОРС)

Фактор	Значение
Пол	1 – мужской; 0 – женский
Возраст	1 - <19 лет или >45
Депрессия	1 – если есть
Парасуициды в анамнезе	1 – если есть
Злоупотребление алкоголем	1 – если есть
Нарушение рационального мышления (фиксация на травме, депрессивное сужение восприятия)	1 – расстройство настроения, когнитивные нарушения
Недостаток социальной поддержки (проживание в одиночестве, тяжёлые нарушенные отношения, не принимающее социальное окружение)	1 – если присутствует, особенно при недавней потере «значимого другого»
Организованный план суицида	1 – если есть, а избранный метод потенциально летален
Отсутствие супруги (супруга)	1 – разведен, вдов, отделён, проживает в одиночестве
Болезнь	1 – если есть, особенно хроническая, инвалидизирующая, тяжёлая

Общий балл варьирует от 0 (очень низкий риск) до 10 (очень высокий риск)

Общий балл	Предполагаемое действие
0 – 2, низкий риск	Наблюдение
3 – 4, средний риск	Дневной стационар; рассмотреть возможность госпитализации.
5 – 6, высокий риск	Рекомендовать госпитализацию, если нет уверенности в качественном амбулаторном наблюдении (психиатрическая и социальная службы, родственники)
7 – 10, очень высокий риск	Госпитализация (в том числе принудительная)

**ОПРОСНИКИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ВЫГОРАНИЯ И ДЕФОРМАЦИИ**

**3.1. Степень эмоционального выгорания (опросник К. Маслач
и С. Джексон в адаптации Н. Водопьяновой)**

Шкалы: эмоциональное истощение, деперсонализация, редукция личных достижений

НАЗНАЧЕНИЕ ТЕСТА

Изучение степени профессионального «выгорания».

Инструкция к тесту

Ответьте, пожалуйста, как часто вы испытываете чувства, перечисленные ниже в опроснике. Для этого на бланке для ответов отметьте по каждому пункту вариант ответа: «никогда»; «очень редко»; «иногда»; «часто»; «очень часто»; «каждый день».

1	Я чувствую себя эмоционально опустошенным(ной), без ярких эмоций и чувств	1 2 3 4 5 6
2	К концу рабочего дня я чувствую себя как выжатый лимон	1 2 3 4 5 6
3	По утрам в рабочие дни у меня плохое настроение, я считаю дни и часы до выходных	1 2 3 4 5 6
4	Я хорошо понимаю, что чувствуют мои пациенты, и использую это для более успешного лечения	1 2 3 4 5 6
5	Я общаюсь с моими пациентами (больными) только формально, без лишних эмоций и стремлюсь свести время общения с ними к минимуму	1 2 3 4 5 6
6	Я чувствую себя энергичным(ой) и эмоционально воодушевленным(ой)*	1 2 3 4 5 6
7	Я умею находить правильное решение в трудных ситуациях с больными и с коллегами	1 2 3 4 5 6
8	Я чувствую неудовлетворенность и потерю интереса к моей работе	1 2 3 4 5 6
9	Я могу позитивно влиять на самочувствие и настроение больных (пациентов)	1 2 3 4 5 6
10	В последнее время я предпочитаю быть более отстраненным(ой) и бесчувственным(ой) по отношению к тем, с кем мне приходится работать	1 2 3 4 5 6
11	Как правило, окружающие меня люди слишком много требуют от меня. Они скорее утомляют, чем радуют меня	1 2 3 4 5 6
12	Я работаю с удовольствием, и у меня много планов на будущее, связанных с моим профессиональным развитием. Я верю в их осуществление	1 2 3 4 5 6
13	Я испытываю все больше жизненных разочарований	1 2 3 4 5 6
14	Я чувствую равнодушие и потерю интереса ко многому, что радовало меня раньше	1 2 3 4 5 6
15	Я стараюсь эмоционально не реагировать на «трудных» (конфликтных) пациентов	1 2 3 4 5 6
16	Мне хочется уединиться и отдохнуть от всего и всех	1 2 3 4 5 6
17	Я легко могу создать атмосферу доброжелательности и оптимизма в отношениях с моими коллегами и в отношениях с моими больными	1 2 3 4 5 6
18	Я легко общаюсь с больными и их родственниками независимо от их социального статуса и характера	1 2 3 4 5 6
19	Я многое успеваю сделать за день	1 2 3 4 5 6
20	Я чувствую себя на пределе возможностей	1 2 3 4 5 6
21	Я многого смогу достичь в своей жизни	1 2 3 4 5 6
22	Я проявляю к другим людям больше внимания и заботы, чем получаю от них в ответ признательности и благодарности	1 2 3 4 5 6

ОБРАБОТКА И ИНТЕРПРЕТАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ТЕСТА

Опросник имеет три шкалы:

- «эмоциональное истощение» (9 утверждений);
- «деперсонализация» (5 утверждений);
- «редукция личных достижений» (8 утверждений).

Варианты ответов оцениваются следующим образом:

- «никогда» – 0 баллов;
- «очень редко» – 1 балл;
- «иногда» – 3 балла;
- «часто» – 4 балла;
- «очень часто» – 5 баллов;
- «каждый день» – 6 баллов.

Ключ к тесту

Ниже перечисляются шкалы и соответствующие им пункты опросника.

- «Эмоциональное истощение» – ответы «да» по пунктам 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 (максимальная сумма баллов – 54).
- «Деперсонализация» – ответы «да» по пунктам 5, 10, 11, 15, 22 (максимальная сумма баллов – 30).
- «Редукция личных достижений» – ответы «да» по пунктам 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 (максимальная сумма баллов – 48).

Чем больше сумма баллов по каждой шкале в отдельности, тем больше у обследованного выражены различные стороны «выгорания». О тяжести «выгорания» можно судить по сумме баллов всех шкал.

ИСТОЧНИКИ

Диагностика профессионального выгорания (К.Маслач, С.Джексон, в адаптации Н.Е.Водопьяновой) / Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. – М., 2002. С.360-362/

3.2.

Шкала профессиональных жизненных качеств (PROQOL) Сострадание, Удовлетворение и Усталость (ProQOL) Версия 5 (2009)

Помогая людям, вы имеете прямой контакт с их жизнью. Вероятно вы заметили, что ваше сострадание к тем, кому вы помогаете, может оказывать на вас как положительное, так и отрицательное влияние. Ниже приведены несколько вопросов, касающихся вашего положительного и отрицательного опыта в качестве специалиста, работающего с людьми. Рассмотрите каждый из приведенных вопросов относительно себя и своей конкретной рабочей ситуации. Выберите число, точно отражающее, как часто вы находились в этих состояниях за последние 30 дней по следующей шкале:

1 = Никогда 2 = Редко 3 = Иногда 4 = Часто 5 = Очень часто

- ___ 1. Я счастлив.
- ___ 2. Я помогаю двум или более людям.
- ___ 3. Я получаю удовлетворение от того, что могу помогать людям.
- ___ 4. Я чувствую связь с окружающими.
- ___ 5. Я подпрыгиваю или пугаюсь от неожиданных звуков.
- ___ 6. Я приободряюсь после работы с теми, кому помогаю.
- ___ 7. Мне трудно отделить свою личную жизнь от работы в качестве помощника.
- ___ 8. Я не настолько продуктивен на работе, потому что не могу спокойно спать из-за трудностей, которые проходит человек, которому я помогаю.
- ___ 9. Я думаю, что на меня может повлиять стресс тех людей, которым я помогаю.
- ___ 10. Я чувствую себя в ловушке от того, что помогаю.
- ___ 11. Из-за того, что я помогаю, я часто чувствую себя «на взводе» от некоторых вещей.
- ___ 12. Мне нравится помогать.
- ___ 13. Я чувствую расстройство из-за переживаний людей, которым помогаю.
- ___ 14. Я чувствую, что сам переживаю травмы тех, кому помогаю.
- ___ 15. У меня есть убеждения, которые укрепляют меня.
- ___ 16. Я доволен тем, насколько умею пользоваться методиками и протоколами.
- ___ 17. Я тот, кем всегда хотел быть.
- ___ 18. Меня удовлетворяет моя работа.
- ___ 19. Меня тревожит моя работа помощника.
- ___ 20. Я счастлив думая о тех, кому я помог и как я мог им помочь.
- ___ 21. Я чувствую себя подавленным, потому что моя работа кажется бесконечной.
- ___ 22. Я верю, что могу что-то изменить своей работой.
- ___ 23. Я избегаю конкретных мероприятий и ситуаций, потому что они напоминают мне об ужасных переживаниях тех людей, которым я помогаю.
- ___ 24. Я горжусь тем, что могу помогать.
- ___ 25. В результате моей помощи у меня появились навязчивые пугающие мысли.
- ___ 26. Я чувствую себя «увязшим» в системе.
- ___ 27. Я думаю, что я «успешен», как помощник.
- ___ 28. Я не могу вспомнить важных частей своей работы с травмированными пациентами.
- ___ 29. Я очень заботливый человек.
- ___ 30. Я счастлив, что выбрал эту работу.

Количество очков и их значение

Посчитайте очки за приделанный вами тест и сопоставьте их с описанием ниже.

Подсчет

1. Убедитесь, что вы ответили на все вопросы.
2. Вернитесь к вопросам 1, 4, 15, 17 и 29 и пересчитайте свои очки. Например, если вы выбрали вариант 1, напишите 5 рядом с ним. Мы просим пересчитать количество очков, потому что выяснили, что тест работает лучше, если пересчитать их.

Вы написали	Измените на
1	5
2	4
3	3
4	2
5	1

Чтобы узнать итог на **удовлетворение от сострадания**, сложите свои очки на вопросы 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 30.

Сумма моих вопросов на Сострадание Удовлетворение была:	Итак, моя оценка равна:	Мой уровень Сострадания Удовлетворения
22 или меньше	43 или меньше	Низкий
Между 23 и 41	Около 50	Средний
42 и больше	57 и больше	Высокий

Чтобы узнать ваш итог по шкале **выгорание**, сложите свои баллы на вопросы 1, 4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26 and 29. И найдите свой результат в таблице ниже.

Сумма моих вопросов на сгорание была:	Итак, моя оценка равна:	Мой уровень сгорания
22 или меньше	43 или меньше	Низкий
Между 23 и 41	Около 50	Средний
42 и больше	57 и больше	Высокий

Чтобы узнать свой итог по шкале **вторичный травматический стресс**, сложите свои баллы на вопросы 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25, 28. И найдите свой результат в таблице ниже.

Сумма моих вопросов на средний травматический стресс была:	Итак, моя оценка равна:	Мой уровень среднего травматического стресса
22 или меньше	43 или меньше	Низкий
Между 23 и 41	Около 50	Средний
42 и больше	57 и больше	Высокий

ВАШ РЕЗУЛЬТАТ ПО ТЕСТУ НА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ КАЧЕСТВА В ЖИЗНИ.

Ваш личный счет, основанный на ваших ответах, ниже. Если у вас есть какие-либо сомнения, вы должны их обсудить со специалистами по физическому и психическому здоровью.

Шкала «Удовлетворение от Сострадания» _____

Удовлетворение от Сострадания это то, какое удовольствие вы получаете от того, что делаете хорошо свою работу. Например, вы можете получать удовольствие от того, что помогаете другим через свою работу. Вы можете чувствовать позитив от коллег, или от возможности вносить вклад в рабочую обстановку, или даже на благо общества. Высший счет этой характеристики означает наибольшее удовлетворение от ваших способностей быть эффективным и заботливым на работе.

Среднее число – 50 (SD 10; шкала надежности альфа .88). У 25% более 57 очков, и у 25% меньше 43. Если вы в более высоком диапазоне, вы, вероятно, получаете хорошее профессиональное удовлетворение от своего положения. Если вы набрали меньше 40 очков, вы, возможно, столкнетесь с проблемами на работе, или могут быть другие причины – например, вы можете получать удовлетворение от мероприятий, отличных от вашей работы.

Шкала «Выгорание» _____

У большинства людей есть интуитивное мнение о том, что значит сгореть. С исследовательской точки зрения сгорание является одним из элементов усталости от сострадания. Оно ассоциируется с чувством безнадежности и трудностями, связанными с выполнением работы или эффективности ее выполнения. Эти негативные чувства обычно начинаются постепенно. Они могут вызывать ощущение, что ваши усилия не приносят пользы, или могут ассоциироваться с очень трудоемкой работой или нехваткой необходимого оборудования. Высокие баллы этого показателя означают, что у вас повышен риск сгорания.

Средний уровень сгорания -50 (SD 10; шкала надежности альфа .75). У 25% людей более 57 очков, и у 25% меньше 43. Если ваш счет менее 18, это отражает положительные чувства о вашей способности быть эффективным на работе. Если ваш счет более 57, то вам стоит подумать о том, что на работе заставляет вас чувствовать себя неэффективными на вашей должности. Ваш счет может отражать ваше настроение; возможно у вас был “плохой день”, или вам надо немного передохнуть. Если высокие оценки сохраняются, или отражаются в других переживаниях, это может стать причиной для беспокойства.

Шкала «Травматический Стресс» _____

Вторым компонентом Усталости Сострадания (УС) является средний травматический стресс (СТС). Речь идет о вашей работе, связанной с вторичным подверженностью экстремально или травматически стрессовым событиям. Развитие проблем, связанных с травмами других – редкое явление, но это случается со многими людьми, заботящимися о тех, с кем случалась экстремальная или травматическая стрессовая ситуация. Например, вы могли много раз слышать истории о травматических вещах, происходивших с другими людьми, под общим названием Подставные Травматизации. Вы можете наблюдать или сами обеспечивать лечение людей, переживших ужасные события. Если ваша работа напрямую связана с опасностью, вы солдат, или военный медик, то это является первичным, а не вторичным воздействием. Однако, если вы подвержены травматическим событиям других людей вследствие вашей работы, такой как оказание помощи пострадавшим, или тем, кто находится в военном медицинском реабилитационном центре, то это будет вторичное воздействие. Симптомы СТС обычно скоротечны в начале и ассоциируются с определенным событием. Это может быть страх, проблемы со сном, связанные с разрушающим событием образы, всплывающие в ваших мыслях, или

избегание каких-то вещей, напоминающих вам об этом событии.

Средний уровень этого параметра -50 (SD 10; шкала надежности альфа .81). У 25% людей более 57 очков, и у 25% меньше 43. Если у вас более 57 очков, вам желательно немного подумать, что на работе может вас пугать, или, возможно, есть другая причина, повышающая данный показатель. Тем временем, высокий результат не значит, что у вас есть проблема, это индикатор того, что вам следует проанализировать как вы чувствуете себя на работе и в окружающей вас рабочей обстановке. Возможно вы захотите обсудить это с вашим руководителем, коллегой или профессиональным врачом.

© Б. Хандэлл Стамм, 2009. *Профессиональные качества жизни: Сострадание, Удовлетворение и Усталость Версия 5 (ProQOL)*. /www.isu.edu/~bhstamm или www.proqol.org. Этот тест можно свободно копировать пока:

(a) автор известен, (b) не внесены никакие изменения, (c) он не продается. __

3.3. ШКАЛА ДИАГНОСТИКИ УРОВНЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ СПЕЦИАЛИСТА ПОМОГАЮЩЕЙ ПРОФЕССИИ (ВРАЧА, ПСИХОЛОГА, СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА)

Инструкция. Внимательно прочитайте каждое утверждение. Если вы согласны с высказыванием, то напротив цифры поставьте «+» («да»), если не согласны, то «-» («нет»). Спасибо за сотрудничество.

Опросник

1. Большинство людей, с которыми я бываю в компании, несомненно, рады меня видеть.
2. Я недоволен нововведениями в системе.
3. Я всегда адекватно оцениваю своих подчиненных.
4. Дома я требую, чтобы все мои вещи лежали на своих местах.
5. Я первым ищу путь к преодолению конфликта.
6. Молодых специалистов нужно критиковать за отсутствие твердости и дисциплины.
7. В неприятностях и неудачах, которые были в моей жизни, чаще виноваты другие люди, чем я сам.
8. Строгий и четко знающий свои обязанности — вот образ идеального специалиста.
9. Замечаю, что я часто стал кричать на своих детей.
10. Я все чаще убеждаюсь в том, что коллеги, не согласные со мной, профессионально некомпетентны.
11. Мне трудно менять привычный стиль работы.
12. «Хороший специалист, но плохой родитель» — это не про меня.
13. Я стал более нетерпим к шалостям учеников, чем раньше.
14. Я, как правило, не согласен с коллегами, которые отмечают мои ошибки.
15. Я, как и прежде, легко реализую новые идеи.
16. Я твердо убежден, что все нововведения в нашей сфере не могут привести ни к чему хорошему.
17. Я часто предлагаю новые подходы к решению проблем.
18. Раньше я спокойнее относился к замечаниям коллег по поводу моей деятельности.
19. Думаю, что мой стаж работы дает мне право делать замечания и давать советы.
20. Я замечаю, что становлюсь мнительным в работе.
21. Раньше я был открытым в общении, однако теперь понимаю, что этого делать не следует.
22. Меня как специалиста не за что упрекнуть.
23. Меня раздражают всякие инновации, они лишь мешают работе.
24. Я полагаю, что способные люди, не сумевшие реализовать свои возможности, должны винить в этом только себя.
25. Я по-прежнему легко генерирую новые идеи, связанные с моей работой.
26. Выработанные у меня за годы работы стереотипы облегчают мой труд.
27. Меня бесит, когда более молодые специалисты начинают спорить со мной по профессиональным вопросам.
28. Я полагаю, что младшие коллеги должны безоговорочно выполнять мои требования, иначе я не смогу поддержать свой авторитет.
29. Властность — необходимое качество врача.
30. У меня в семье часто возникают конфликты в связи с тем, что мои советы воспринимаются как чтение моралей.
31. Мой опыт работы убеждает меня в том, что в наказании за проступки необходимо быть принципиальным, не давать никаких поблажек и скидок на обстоятельства, чтобы другим было неповадно.

32. В последние годы я стал замечать за собой несдержанность в отношениях с пациентами и коллегами, вплоть до проявления грубости.

33. Я убежден, что оказывать помощь следует в строгом соответствии с имеющимися стандартами.

Ключ. Начисляется по одному баллу за ответ «да» по пунктам 1–4, 6-14, 16, 18–23, 27–33 и за ответ «нет» по пунктам 5, 15, 17, 24 и 25.

Подсчитывается общая сумма набранных баллов; если она меньше 12 баллов, то профессиональная деформация выражена слабо, если 23 балла и больше — деформация выражена сильно.

УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

4.1. Упражнение «Прогрессивное Расслабление Мышц»:

Перед сеансом необходимо принять максимально удобную позу и по возможности исключить воздействие всех внешних раздражителей.

В положении лежа или сидя в удобной позе расположите руки вдоль туловища и выберите самое комфортное положение тела. Закройте глаза и несколько раз глубоко вдохните, чтобы начать процесс релаксации (пауза 20 секунд). Позвольте дыханию протекать естественно, в спокойном, расслабленном ритме. Ваш живот поднимается как можно выше, когда вы вдыхаете, и опускается как можно ниже, когда вы выдыхаете. Кажется, что вы дышите животом, а не грудью. Это самый естественный и спокойный способ дыхания. Мы дышим так, когда спим (пауза 15 секунд).

Сосредоточимся на различных группах ваших мышц. Сначала наморщите лоб, поднимая брови (пауза 5 секунд). И медленно расслабьте лоб. Теперь почувствуйте полностью расслабленный лоб; пусть любое напряжение, которое вы чувствуете здесь, растворится без следа (пауза 10 секунд). Закройте глаза, крепко сожмите веки (пауза 5 секунд). Медленно расслабьте глазные мышцы (пауза 5 секунд). Позвольте им полностью расслабиться (пауза 10 секунд). Теперь улыбнитесь, улыбнитесь так широко, как вы только можете, почувствуйте, как напряглись мускулы щек (пауза 5 секунд). Позвольте улыбке медленно уйти, почувствуйте, как исчезает напряжение в ваших щеках (пауза 5 секунд). Наслаждайтесь ощущением абсолютно расслабленных мускулов ваших щек. Позвольте любому оставшемуся напряжению, которое вы еще чувствуете, исчезнуть, раствориться (пауза 15 секунд). Теперь сжимайте губы, вместе, сильно (пауза 5 секунд). И медленно ослабляйте губы, язык (пауза 5 секунд). Ощутите ваш язык, губы полностью расслабленными (пауза 10 секунд). Сильно стисните зубы (пауза 5 секунд). Постепенно позволяйте челюстям ослабевать и расслабляться, почувствуйте, как напряжение отступает и исчезает (пауза 5 секунд). Почувствуйте все лицо в состоянии покоя. Ваш лоб, лицо и рот полностью расслаблены (пауза 5 секунд). Ни один мускул не шелохнется на лице. Лицо недвижно и безмолвно (пауза 10 секунд).

Теперь почувствуем напряжение в мышцах шеи. Склоните голову на грудь и постарайтесь коснуться ее подбородком. Напрягите шею (пауза 5 секунд). Медленно отведите голову от груди, расслабьте шею (пауза 5 секунд). Надавите головой назад на поверхность, на которой она лежит (пауза 5 секунд). И постепенно сбрасывайте все напряжение в шее (пауза 5 секунд). Теперь все мышцы шеи расслаблены и неподвижны, голова мягко, без усилия покоится на поверхности. Позвольте любому напряжению исчезнуть из головы и шеи (пауза 15 секунд).

Теперь поднимите плечи к голове так высоко, как только можете (пауза 5 секунд). И медленно позвольте им опуститься (пауза 5 секунд). Теперь вы чувствуете ваши плечи спокойными и неподвижными (пауза 15 секунд). Напрягите верхнюю часть руки, сгибая бицепсы так, чтобы появилась выпуклость (пауза 5 секунд). Медленно снимайте напряжение в верхней части руки (пауза 5 секунд). Сожмите кулаки и напрягите мышцы предплечья и запястья (пауза 5 секунд). И вновь расслабление, медленно и постепенно (пауза 5 секунд). Теперь полностью расслабьте голову, шею, плечи и руки так, чтобы им было свободно и удобно (пауза 15 секунд). Напрягите мускулы груди и живота (пауза 5 секунд). Постепенно расслабьте их (пауза 5 секунд). Прогните спину, почувствуйте напряжение в ней (пауза 5 секунд). И медленно разогнитесь, расслабляя каждый мускул (пауза 5 секунд). Теперь вы ощущаете вашу голову, шею, торс и руки в абсолютном покое.

Позвольте им лежать безвольно и неподвижно. Вообразите себе, какие они неподвижные; вы просто не можете передвигать ими (пауза 25 секунд).

Теперь давайте работать с нижней частью тела. Сначала напрягите ягодичные мышцы (пауза 5 секунд). И позвольте им расслабиться, понемногу, постепенно (пауза 5 секунд). Теперь избавьтесь от любого оставшегося в ягодицах напряжения. Ощутите, как они лежат — удобно, хорошо (пауза 15 секунд). Напрягите мышцы бедер, затем коленные мускулы (пауза 5 секунд). Позвольте напряжению в ваших бедрах и коленях медленно исчезнуть (пауза 5 секунд). Ваши бедра и колени теряют оставшееся напряжение и ложатся, чтобы отдохнуть (пауза 15 секунд). Напрягите икры ног (пауза 5 секунд). И медленно расслабьте их (пауза 5 секунд). Теперь вы почувствуете ваши ноги полностью расслабленными (пауза 15 секунд). Загните пальцы ног вверх как можно сильнее (пауза 5 секунд). Медленно расслабьте пальцы ног (пауза 5 секунд). Теперь загните пальцы ног вниз как можно дальше (пауза 5 секунд). Позвольте пальцам и стопам постепенно вернуться в состояние покоя, отдыха (пауза 5 секунд). Ваши ступни пребывают в полном покое (пауза 10 секунд).

Теперь вы ощущаете силу тяжести, прижимающую все ваше тело, полностью расслабленное и спокойное, вниз. Вы чувствуете глубокое расслабление (пауза 25 секунд). Вы спокойны и полностью расслаблены — от макушки до носков. Каждый раз, достигая такого состояния релаксации, вы получаете глубокий, полный отдых, после которого вам так легко жить. Обратите внимание, как вам удобно, какое состояние мира и блаженства несет вам эта релаксация (пауза 15 секунд). Обратите внимание на дыхание, дающее жизнь, бесконечный цикл, несущий жизненную энергию во время вдоха и забирающий ненужное при выдохе. Ваше расслабление достигнет необычайной глубины, если вы ощутите, как проходит через ваше тело поток воздуха, втекая внутрь и затем покидая его (пауза 1 минута). Теперь вновь обратите внимание, как отяжелело ваше тело. Вы не можете двигаться (пауза 20 секунд). Оставайтесь в таком состоянии столько, сколько хотите: 1 минуту, 10 минут, 20 минут, еще больше. Никто не будет мешать вам. А когда вы встанете, ваши движения будут мягкими, плавными и спокойными (пауза 3 минуты).

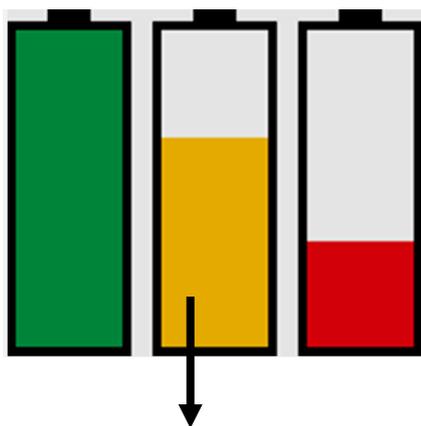
4.2. Упражнение «Батарейка»:

Инструкция: рисунок ниже символизирует Ваши эмоциональные ресурсы и заряд энергии для продуктивной работы и для сопереживания Вашим подопечным. Представьте, что этот запас постепенно расходуется в течении неопределенного времени – для кого-то это недели, для кого-то месяцы или годы. Но, так или иначе, заряд подойдет к концу, если его не пополнять – вы почувствуете что выгораете. Представьте также, что зарядить любую батарейку невозможно быстро, для полного заряда требуется время. Поэтому более эффективно поддерживать заряд на уровне и своевременно его пополнять.

Ниже, зеленая батарейка символизирует полный или почти полный заряд, когда симптомов выгорания нет и работа Вам радость. Красная батарейка символизирует запущенный процесс выгорания, когда симптомы проявляются повсеместно, работа не приносит радости и не остается сил для сопереживания больным.

Желтая батарейка символизирует момент, когда Вы можете эффективно предупредить выгорание. Когда Ваша батарейка желтая, необходимо: 1) заметить свои симптомы и понять что что-то идет не так, и 2) использовать заранее отобранные техники из тех, что будут представлены ниже.

Чтобы предупреждение выгорания у Вас проходило эффективно, сейчас определите 3 симптома/признака выгорания, которые появляются у Вас первыми. Необходимо их помнить и заметить в следующий раз, когда они проявятся. (Вы можете пользоваться списком симптомов, представленным выше)



Три первых признака выгорания у Вас:

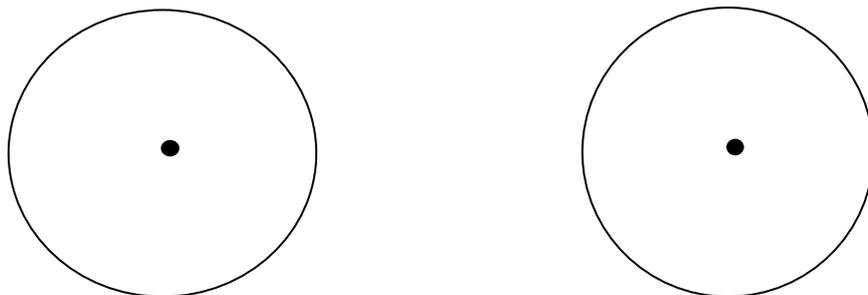
4.3. Упражнение «Разнообразьте свою жизнь»:

Подумайте, как максимально разнообразить свою неделю и день, чтобы почаще переключаться с одной деятельности на другую (например, с работы с людьми на работу с бумагами и на работу по дому и т.д.).

Для этого, на листе бумаги нарисуйте два круга, как те, что представлены ниже. На круге слева отметьте, как на диаграмме, сколько процентов времени недели занимает у вас работа, сон, прогулки, готовка, игра с детьми и другие занятия в течении дня. Например, если работа занимает половину времени дня, то отделите половину круга и отметьте ее как «работа». Если удобнее, возьмите круг за неделю и также отметьте все виды деятельности.

Затем, на круге справа, отметьте, сколько процентов времени Вы хотели бы, чтобы занимали те или иные действия. (Будьте реалистичны – старайтесь максимально приблизить правый круг к тому, как реально мог бы выглядеть ваш день если бы Вы добавили в него больше занятий, направленных на заботу о себе.)

Сравните два круга и подумайте, как приблизить их сделать правый круг вашей повседневной реальностью – на что Вы готовы пойти уже сейчас, чтобы уделять себе больше времени? Может, Вы готовы в обязательном порядке гулять по вечерам? Или уделять время чтению любимых книг или газет?



4.4. Дыхательное упражнение Лестница:

Сядьте поудобней и постарайтесь расслабить мышцы тела и сосредоточьте внимание на дыхании.

Ступенька 1: На счет 1-2 делайте глубокий вдох (при этом живот выпячивается вперед, а грудная клетка неподвижна); далее на счет 1-2 также делайте глубокий выдох;

Ступенька 2: На счет 1-2-3 делайте глубокий вдох (при этом живот выпячивается вперед, а грудная клетка неподвижна); далее на счет 1-2-3 также делайте глубокий выдох;

Ступенька 3: На счет 1-2-3-4 делайте глубокий вдох (при этом живот выпячивается вперед, а грудная клетка неподвижна); далее на счет 1-2-3-4 также делайте глубокий выдох;

Продолжайте упражнение, добавляя один счет на каждой ступеньке, пока хватает вашего вдоха и выдоха. Постарайтесь дойти до 1-2-3-4-5-6-7 на вдохе и выдохе.

При необходимости, после последней ступени поверните обратно и дойдите до первой (вдох и выдох на 1-2).

4.5. Упражнение **Осознанная прогулка:**

Когда во время рабочего дня Вы чувствуете, что устаете и теряете интерес к работе и происходящему, улучшите момент, когда Вы можете пройтись по зданию или на улице около 5 минут. В течение этого времени, не разговаривая ни с кем по возможности, идите размеренным шагом и обращайтесь внимание только на свои ступни. Понаблюдайте за ощущениями в ступнях, когда они касаются земли, как происходит каждый шаг, как Вы интуитивно знаете, как поставить ногу. В течение этого времени представьте, что Вы сейчас – только Выши ступни, только они сейчас имеют значение, и старайтесь пропускать остальные мысли мимо себя. Вы можете совместить такую прогулку с прогулкой на свежем воздухе и даже пробежкой после рабочего дня, по Вашему желанию.

КАК ВЕСТИ СЕБЯ С ВОЗБУЖДЕННЫМ ПАЦИЕНТОМ: методы де-эскалации [суммировано по 23]

Де-эскалация – это совокупность приемов, помогающих снизить эмоциональное напряжение у пациента. Не применяется в тех случаях, когда психомоторное возбуждение развивается на фоне расстройства сознания (пациент не слышит и не видит врача) [60]

Следует знать, что деэскалационные методы не относятся к привычным способам взаимодействия с пациентом **Первая и единственная цель** де-эскалации состоит в *снижении уровня возбуждения для того, чтобы диалог стал возможным.*

А. Подготовка к деэскалации:

- Глубоко вдохните и выдохните. Постарайтесь выглядеть как можно более уверенным и спокойным, даже если не чувствуете этого. Проявления напряжения и тревоги с вашей стороны усилят возбуждение и/ли агрессию со стороны пациента.

Б. Обеспечение безопасности

- Если возбужденный пациент или его родственник окружен другими больными, уведите его/ее за собой в другую комнату.
- Если есть возможность, до встречи с пациентом снимите с себя украшения с шеи и рук – все, что может быть использовано против вас. Убедитесь, что коллеги поблизости и знают, что Вам надо или удерживать возбужденного пациента до приезда специализированной бригады Скорой помощи, или успокоить родственника, узнавшего плохие новости.

В. Взаимодействие с возбужденным пациентом

- Будьте предельно вежливы, демонстрируйте уважение, говорите исключительно спокойным, сдержанным тоном (обычно в условиях напряжения люди склонны повышать голос – это, в свою очередь, способно еще более вывести собеседника из себя)
- Не оправдывайтесь, даже если услышите в свой адрес обидные слова или прямые оскорбления.
- Осознайте все возможные ресурсы для отступления
- Держитесь от собеседника на расстоянии, не стесняйте его движений. Не поворачивайтесь спиной. Ваши глаза и глаза собеседника должны быть примерно на одном уровне. Не удерживайте взгляд собеседника, смотрите в сторону, давайте ему/ей возможность отводить взгляд.
- Не указывайте на собеседника пальцем, не тычьте пальцем. Не прикасайтесь к собеседнику, если он/а правша, держитесь слева, если левша – справа. Расстояние между Вами и пациентом должно быть около 2,5- 3 метров. Руки должны быть вне карманов. Помните, что не существует иной цели, кроме как успокоить пациента. Используйте простой, понятный язык.

- Не старайтесь перекричать того, кто сам кричит на Вас. Дождитесь, пока пациент остановится, чтобы вздохнуть – говорите в этот момент.
- Обращайтесь к пациенту по имени, это помогает наладить связь с реальностью.
- Не старайтесь ответить на все вопросы. Отвечайте избирательно, выделяя информацию. Игнорируйте обидные замечания и вопросы. Не спорьте и не старайтесь уговорить возбужденного пациента. Старайтесь обращаться к когнитивной составляющей диалога. Не спрашивайте пациента о чувствах. Напротив, попросите его/ее помочь Вам понять, что он хочет. Если пациент начнет Вас чему-то обучать, риск агрессии с ее/его стороны снизится.

В большинстве случаев уровень агрессии в результате де-эскалации снижается. Тем не менее, следует доверять своим инстинктам. Если де-эскалация не работает, следует прибегнуть к физическому сдерживанию пациента.

КАК РАБОТАТЬ С СУИЦИДАЛЬНЫМ РИСКОМ [5,40]

Суицидальный риск – мера определения вероятности совершения самоубийства. Отсутствие суицидального риска – отсутствие вероятности совершения самоубийства.

Суицидальный риск у пациентов с туберкулезом связан с [40]:

- психологическими реакциями на выставленный диагноз
- с депрессией и тревогой, которые сопровождают существенные изменения жизненной рутины, вызванные хроническим расстройством
- Назначением циклосерина – суицидальный риск указан в качестве побочного эффекта препарата
- Подростковым и юношеским возрастом пациента, когда суицид рассматривается как форма коммуникации и способ окончательного решения проблем.
- Имеющие в семье долго и тяжело болеющего родственника (наблюдение за страданиями другого человека способно привести к решению о возможности суицида, если сам/а будет находиться в подобной ситуации)

АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТУ С СУИЦИДАЛЬНЫМ РИСКОМ

1. Оценка риска

Оценку риска порой приходится проводить очень быстро, как и принимать решение – до того, как пациент покинет кабинет врача.

Во время беседы с пациентом следует выяснить, какие чувства вызывает у него факт наличия диагноза. Не бойтесь спрашивать о «плохих» мыслях, например, мыслях о нежелании жить, если подобные мысли посещают пациента, уточните насколько часто. Обязательно спросите о том, что может остановить пациента от совершения суицида. Во многих случаях такими факторами становятся члены семьи, особенно дети и престарелые родители.

Если суицидальные мысли выявлены, то дополнительными факторами риска становятся:

- Недавно перенесенные потери, особенно потеря близкого человека;
- Одиночество;
- Низкий социально-экономический статус;
- Отсутствие работы,
- Отсутствие постоянного места жительства
- Подростковый, или напротив, пожилой возраст;
- Суицидальные попытки в анамнезе

Если на приеме у семейного врача удалось выявить суицидальные мысли у пациента с хотя бы одним дополнительным фактором риска, то следует соблюдать правила взаимодействия с суицидальным пациентом.

2. Взаимодействие с суицидальным пациентом [23,40]:

- Быть с таким человеком кому-то постоянно, никогда не оставлять его одного.
- Доброжелательно и спокойно с ним разговаривать и убрать из его поля зрения таблетки, нож, средства дезинсекции и т.д. (т.е. отобрать средства, которые могут быть использованы для совершения суицида).
- Оказать эмоциональную поддержку, сосредоточиться на его/ее положительных и сильных сторонах.

- Использовать амбивалентность (двойственность) его/ее отношения к суицидальным действиям. Врач должен укрепить в нем желание жить.
- Обсудить и проанализировать возможные выходы, исключая самоубийство.
- Взять с пациента с тенденциями к самоубийству обещания, что он не совершит самоубийство в течение определенного промежутка времени, необходимого для получения помощи;
- Связаться с семьей, друзьями, коллегами и заручиться их поддержкой

При суицидальной попытке:

- Срочно связаться с соответствующей службой (например, токсикологией), после стабилизации состояния, пригласить на консультацию психиатра,
- Уведомить семью о сложившейся ситуации и заручиться ее поддержкой.

Необходимо помнить следующее:

- Не сообщать пациенту о диагнозе тяжёлого заболевания без обсуждения последующей тактики действий.
- Самостоятельно не назначать антидепрессанты больным с суицидными тенденциями до консультации психиатра.
- Обращать внимание на снижение настроения у пациента.
- Не игнорировать стойкие суицидные высказывания пациента даже при явно демонстративном их характере.
- Для больных с суицидальными тенденциями желательна консультация психиатра
- Не оставлять больного с суицидальным поведением без наблюдения
- При незавершенном суициде медицинская помощь оказывается в зависимости от имеющихся у больного повреждений.

После стабилизации соматического состояния пациент продолжает лечение под наблюдением фтизиатра и специалиста в области психического здоровья.

3. Отчаяние и суицидальные мысли у подростка, узнавшего о диагнозе.

Суицидальное поведение – это следствие нарушения социально-психологической адаптации в условиях переживаемого конфликта [92].

Подростковые суициды происходят чаще, чем суициды взрослых по следующим причинам:

12. Подросток не может полностью оценить итоги и результаты своего поступка. Осознание смерти, обозначающей конец жизни, полностью формируется только у взрослой зрелой личности. Подростки хотят стать свидетелем реакции людей на их смерть, жалости по отношению к ним, ждут от окружающих пересмотр отношения к их личности. Таким образом, от суицида они ждут «второго рождения». То, что подростки не подходят к суициду с полной продуманностью своего поступка, не делает их суицидальную попытку менее опасной.
13. Незначительность причин, толкнувших подростка к суициду (с точки зрения взрослых людей). У взрослых причины суицида выявляются проще, как например, в случае полного «развала» жизни – увольнение с хорошей должности, развод, разрыв значимых отношений и так далее, подросткам чаще всего достаточно конфликтов со сверстниками и натянутых отношений в семье. Такие «несерьезные» мотивы остаются незамеченными для окружающих.
14. Наличие взаимосвязи суицидальных попыток подростков с отклоняющимся поведением: побегам из дома, ранним курением, мелкими правонарушениями, конфликтами с родителями, т.д.

15. Стандарты качества и индикаторы внедрения клинического руководства

№	Название стандарта	Описание стандарта и обоснование его необходимости	Индикаторы эффективности внедрения	Расчет показателя	Ответственная структура	Ожидаемые показатели к 2021 году
1	Обучение специалистов психологическому сопровождению случая пациента с ТБ	Проведение тренингов и мастер-классов по психологическому сопровождению пациента с ТБ на основании созданного руководства и клинических протоколов.	1.Количество обученных врачей	Количество обученных кейс-менеджеров (семейных врачей) / количество всех кейс-менеджеров (семейных врачей) * 100%	КГМИПиКП	85%
		Обучение специалистов необходимо для обеспечения грамотного применения методов психологического сопровождения пациентов с ТБ	2.Количество обученных медицинских сестер	(Количество обученных кейс-менеджеров (медицинских сестер) / количество всех кейс-менеджеров (семейных медсестер) * 100%	КГМИПиКП	85%
2	Навыки специалистов, участвующих в психологическом сопровождении и пациентов с ТБ	1. Диагностика психологического состояния пациента с ТБ необходима для выявления психологических трудностей и грамотного оказания помощи Использование методов психологического воздействия снижает количество отрывов от лечения	Количество врачей, использующих навыки психологического сопровождения пациентов	(Количество кейс-менеджеров, использующих навыки психологического сопровождения пациента/ количество кейс-менеджеров)* 100%	НТП	85%
3	Снижение количества отрывов от лечения	Стандарт качества проводимой психологической поддержки пациента с ТБ	% пациентов, потерянных для наблюдения (прервавших и/или отказавшихся от лечения)	(Пациенты, потерянные для наблюдения/ все пациенты с ТБ)* 100%	НТП	≤ 10%