

МЕТОДЫ ОЦЕНКИ, КОНТРОЛЯ И ПОВЫШЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ

МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ
МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ
ПО ВОПРОСАМ ПРИВЕРЖЕННОСТИ
ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ
АРВ ТЕРАПИИ

Автор:
Акулова Марина Витальевна, врач-эпидемиолог

Подготовлено по заказу Фонда развития МСП
www.spdfund.org



**Фонд развития межсекторного
социального партнерства**

Низкая приверженность лечению антиретровирусными препаратами пациентов с диагнозом «ВИЧ-инфекция» является на современном этапе развития эпидемии серьезной проблемой. Вопросы инфекционной безопасности и сохранения качества и увеличения продолжительности жизни пациентов с ВИЧ-инфекцией напрямую связаны с решением задач по повышению приверженности. Данное Методическое пособие подготовлено в помощь медицинским специалистам, работающим в сфере поддержки пациентов с ВИЧ-инфекцией, с целью повышения информированности медицинских работников по вопросам эффективной работы с приверженностью диспансеризации и лечению пациентов с позитивным ВИЧ-статусом.

Оглавление

| | |
|--|-----------|
| Список сокращений | 4 |
| Введение | 5 |
| Приверженность АРВ терапии | 7 |
| Понятие приверженности, значение приверженности для поддержания здоровья и эффективности лечения | 7 |
| Факторы, влияющие на приверженность | 11 |
| Критерии оценки приверженности | 17 |
| Роль приверженности терапии в лечении пациентов с ВИЧ-инфекцией | 20 |
| Методы оценки приверженности | 23 |
| Методы контроля лечения | 27 |
| Методы повышения приверженности терапии | 30 |
| Подбор препаратов, упрощение режима лечения и контроль побочных эффектов | 30 |
| Условия, необходимые для формирования приверженности пациента АРВ терапии | 33 |
| Модель изменения поведения и формирование приверженности АРВ терапии | 36 |
| Консультирование на разных стадиях изменения поведения | 39 |
| Особенности консультирования при формировании приверженности АРВ терапии | 42 |
| Работа «Школ пациента» по формированию устойчивой приверженности АРВ терапии | 45 |
| Мультипрофессиональный подход как эффективный принцип работы в сфере оказания помощи пациентам с ВИЧ | 48 |
| Социальное сопровождение и поддержка лиц, живущих с ВИЧ | 50 |
| Технические средства, направленные на формирование приверженности | 51 |
| Список литературы | 53 |
| Используемая терминология | 55 |
| <i>Приложение № 1. Оценка готовности пациентов к терапии</i> | 57 |
| <i>Приложение №2. Опросник для определения факторов риска неприверженности у пациентов с ВИЧ-инфекцией</i> | 59 |
| <i>Приложение №3. Принципы консультирования по вопросам ВИЧ-инфекции</i> | 60 |
| <i>Приложение №4. Практические приемы для поддержания приверженности</i> | 62 |
| <i>Приложение №5. Памятка для пациента по поддержанию приверженности</i> | 63 |
| <i>Приложение №6. Рекомендации по формированию приверженности АРВТ</i> | 65 |
| <i>Приложение №7. Шкала тревожности Шихана</i> | 67 |

Список сокращений

АРВП, АРВ препараты – антиретровирусные препараты

АРВТ – антиретровирусная терапия

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

ВИЧ-инфекция – заболевание, вызванное вирусом иммунодефицита человека

ВОЗ (WHO) – Всемирная организация здравоохранения

ЛЖВ – люди, живущие с ВИЧ

ЛОУ – люди, осуществляющие уход

ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение

ЛУН – лица, употребляющие наркотики

МЛС – места лишения свободы

МЛУ – множественная лекарственная устойчивость

МПК – мультипрофессиональная команда

МСМ – мужчины, практикующие секс с мужчинами

НИОТ – нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы ВИЧ, класс АРВП

ННИОТ – нунуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы ВИЧ, класс АРВП

ООН (UN) – Организация Объединенных Наций

ПАВ – психоактивные вещества

РНК – рибонуклеиновая кислота

ПИН – потребители инъекционных наркотиков

СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита

ЦСПИД – центр по профилактике и борьбе со СПИД(ом) и инфекционными заболеваниями

ЮНЭЙДС (UNAIDS) – Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу

DOTS (Directly Observed Treatment Short-course) – строго контролируемое лечение коротким курсом химиотерапии

DOT-терапия (directly observed therapy) – модифицированная модель DOTS

КОР (keep on person) – модель самостоятельного приема лекарств в соответствии с предписанным режимом

Поиск лекарственных средств для борьбы с ВИЧ-инфекцией ведется с тех пор, как эпидемия только начала «поднимать голову». Первые препараты для лечения ВИЧ-положительных пациентов появились уже в 1987 году. За прошедшие с начала эпидемии годы арсенал антиретровирусных препаратов значительно расширился и обогатился.

Действие антиретровирусной терапии основано на блокировании (при воздействии ингибиторов) размножения и распространения вируса в организме пациента. За счет сочетания в схеме лечения ингибиторов вирусных ферментов разной направленности (многокомпонентное воздействие) удалось добиться существенного влияния и на течение заболевания, и на эпидемическую ситуацию в целом. ВОЗ отмечает, что в странах, где охват лечением превысил 60% ВИЧ-положительных, динамика развития эпидемии значительно замедлилась. Например, в Ботсване и Малави за десять лет (2001–2011 годы) заболеваемость снизилась на 70%, в Намибии и Руанде — более чем на 50%, а показатель смертности в Руанде упал на две трети.

Следующий шаг к изменению понимания роли АРВ терапии был сделан сравнительно недавно. И клиницисты, и научное сообщество все чаще и все более уверенно начали заявлять об общем профилактическом эффекте АРВТ. А исследование HPTN 052 в 2011 г. добавило весомые аргументы в пользу провозглашаемого подхода «лечение как профилактика». Была убедительно подтверждена эффективность АРВТ в профилактике передачи вируса в дискордантных¹ парах: лечение ВИЧ-позитивного партнера сразу после установления диагноза снижало риск передачи инфекции ВИЧ-отрицательному партнеру на 96%. Также в ходе исследования TEMPRANO выяснилось, что немедленное назначение антиретровирусного лечения на 44% снижает у пациентов риск смерти и серьезных заболеваний, таких как туберкулез и бактериальные инфекции.

Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) после анализа результатов исследований существующих мер профилактики признала, что незамедлительное назначение АРВ терапии поможет предотвратить миллионы смертей и случаев заражения вирусом иммунодефицита человека и заложить фундамент для победы над эпидемией.

Таким образом, годы наблюдений за динамикой эпидемии под влиянием АРВ терапии заставили Всемирную организацию здравоохранения (ВОЗ) пересмотреть в 2015 году прежние руководства и рекомендовать назначать антиретровирусную терапию всем ВИЧ-положительным пациентам как можно раньше (с момента установления диагноза). Подобные рекомендации предполагают увеличение масштабов предоставления АРВТ, что ставит перед здравоохранением сложные и важные задачи:

- своевременно выявить у пациента ВИЧ-инфекцию,
- создать мотивацию к лечению сразу после установления диагноза,
- сформировать у пациентов приверженность к АРВ терапии.

¹ Дискордантные пары – пары, в которых один из половых партнеров имеет ВИЧ-позитивный статус.

При этом вопрос приверженности антиретровирусному лечению во всем мире до настоящего времени остается серьезной проблемой. По данным ЮНЭЙДС, в 2009 году каждый пятый человек (18%), начавший антиретровирусную терапию в странах с низким и средним уровнем доходов, прекратил лечение через год. В результате прерывания лечения, несформированной приверженности развивается резистентность вируса к препаратам назначенной схемы, эффективность терапии падает. На устранение последствий неприверженности требуются дополнительные финансовые ресурсы, временные затраты, мобилизация усилий.

Принимая во внимание значимость и актуальность обозначенной проблемы, данное пособие предлагает медицинским специалистам рассмотреть вопросы формирования приверженности у ВИЧ-положительных пациентов антиретровирусному лечению и диспансеризации с учетом их социальных, психологических и иных особенностей.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ АРВ ТЕРАПИИ

Понятие приверженности, значение приверженности для поддержания здоровья и эффективности лечения

Современный уровень развития медицинской науки и практики обеспечивает благоприятный прогноз для пациентов с ВИЧ: при надлежащем образе жизни и своевременно начатом высокоактивном антиретровирусном лечении ВИЧ-инфекция в организме ВИЧ-положительного человека может десятилетиями находиться в стагнации, не переходя в более продвинутые стадии, а сам пациент в данном случае долгие годы может сохранять свою социальную активность.

Максимальное и стойкое подавление вируса иммунодефицита человека (снижение уровня РНК вируса), восстановление и сохранение функций иммунной системы приводят к сохранению/повышению качества жизни пациента и уменьшению частоты летальных исходов, обусловленных заболеванием. Но для достижения этих целей необходимо выполнение ряда условий:

- *рациональный выбор схемы лекарственных препаратов, учитывающих особенности образа жизни пациента, анамнестических данных (наличие заболеваний, сведений о препаратах, принимаемых пациентом ранее);*
- *выбор первоначального режима антиретровирусной терапии с учетом возможности использования в последующем*

(при неудаче лечения) максимального числа опций (комбинаций) АРВП (отсутствие перекрестной резистентности);

- *определение лекарственной устойчивости для составления оптимальной схемы лечения;*
- *максимальная приверженность пациентов лечению.*

Несмотря на то, что тема приверженности пациента лечению и диспансеризации при различных хронических заболеваниях не нова, в контексте эпидемии ВИЧ-инфекции она приобретает новую актуальность и жизненно важную необходимость. Это связано с тем, что до настоящего времени в арсенале современной медицины не появилось лекарственных препаратов, способных при ВИЧ-инфекции воздействовать на сам инфекционный агент (вирус). Это значит, что **при приеме препаратов полного освобождения организма пациента от вируса не происходит**. Лекарственные средства блокируют вирусные ферменты, которые отвечают за внедрение, репликацию и дальнейшее распространение вируса в организме. При необходимой концентрации они «консервируют» вирус в геноме чувствительных к ВИЧ клеток. Происходит блокировка: а) дальнейшего размножения вируса, б) его выхода в кровь и с) поражения новых клеток. Пожизненно поддерживая требуемую концентрацию АРВ препаратов в крови, пациент может долгие годы сохранять некий статус-кво, характеризующийся:

- *неопределяемой вирусной нагрузкой, что обуславливает его более высокую инфекционную безопасность для окружающих,*
- *содержанием в пределах нормы полноценных CD4-лимфоцитов, что влечет за собой адекватный иммунный ответ организма на появление любых чужеродных и мутантных агентов.*

Можно утверждать, и это доказано многолетними клиническими наблюдениями, что в результате приема АРВ препаратов повышается качество жизни пациентов с ВИЧ и уменьшается частота обусловленных ослаблением иммунитета летальных исходов.

Обеспечить оптимальный уровень АРВ препаратов в крови возможно, если пациент:

- *находится на индивидуально подобранной схеме антиретровирусной терапии (АРВТ),*
- *с необходимой регулярностью принимает назначенные врачом препараты в указанной дозе,*
- *соблюдает рекомендуемые при терапии режим питания и диету,*
- *учитывает рекомендации врача по совместимости АРВ препаратов и других лекарственных средств, пищевых добавок и т.п.,*
- *с рекомендуемой регулярностью проходит лабораторный контроль на вирусную нагрузку и иммунологические показатели,*
- *знает о возможных побочных эффектах и способах их преодоления и нивелирования последствий (например, что делать в ситуации рвоты при приеме препарата, чтобы обеспечить поступление суточной дозы), и т.д.*

Выполнение всех необходимых условий эффективного лечения с сохранением здоровья требует от пациента определенных усилий, дисциплины и организованности. Переход от отрицания необходимости лечения до приема терапии и адаптационный период начала приема препаратов сложны в плане физических проявлений, эмоциональных и психологических переживаний. При этом успех лечения возможен только при высокой приверженности АРВТ и медицинскому наблюдению.

Итак, мы вплотную подошли к такому понятию как **приверженность** лечению и дисциплинсеризации в контексте ВИЧ-инфекции.

В современной медицинской литературе сформулированы различные определения приверженности, которые приведены ниже, но в общем понимании **приверженность иллюстрирует отношение пациента к лечению, основанное на сформировавшемся у него уровне доверия медицинскому специалисту и предложенному методу лечения.**

Под приверженностью к лечению понимают степень соответствия поведения пациента (в отношении приема препаратов, соблюдения диеты и других мер изменения образа жизни) рекомендациям, полученным от врача. В более узком смысле под приверженностью лечению подразумевается соответствие реального количества принимаемых препаратов предписанному. Приверженность к АРВТ против ВИЧ-инфекции означает приверженность к системе оказания помощи при этом заболевании.

Поведение пациента формируют эффективное сотрудничество пациента и медицинского специалиста, уверенность в необходимости лечения и его положительных отдаленных результатах, устойчивая мотивация на постоянный прием препаратов.

Неприверженные терапии пациенты могут пропускать приём препаратов или принимать их без соблюдения временного режима. Могут, например, при появлении побочных эффектов снижать дозу или вовсе прекращать прием препаратов без согласования с лечащим врачом. Или, наоборот, при пропуске приёма препарата принимать двойную дозу. Неприверженные лечению пациенты пропускают назначенные визиты в медицинские учреждения, игнорируют рекомендации врача по соблюдению диеты, по несовместимости с АРВТ других видов лечения и т.п. О том,

Приверженность терапии означает, что пациент:

- *вовремя принимает лекарство;*
- *принимает его в необходимой, предписанной врачом дозе;*
- *соблюдает рекомендации по диете.*

Приверженность (или комплаентность) – это степень совпадения поведения пациента с рекомендациями врача.

Под «приверженностью лечению» в настоящее время принято понимать степень участия пациента в своем лечении.

чем опасна и к чему приводит неприверженность АРВ терапии, более подробная информация дана в следующем разделе данного пособия.

Говоря о приверженности пациентов лечению, необходимо упомянуть и такой важный момент, как **приверженность медицинского персонала** к рекомендованному в данной сфере подходам работы с пациентами и принципам лечения. Работа по созданию и поддержанию приверженности АРВ терапии у пациентов, как и любая работа, направленная на изменение поведения, – трудоемкий и энергозатратный процесс, который требует от специалиста:

- *профессионализма,*
- *хороших коммуникативных навыков,*
- *высокого уровня толерантности,*

- *выработки определенных личностных качеств (доброжелательность, внимательность, терпение, спокойствие и т.п.).*

В обычной практике при формальном, патерналистском отношении врача пациенты не всегда понимают инструкции,

особенно, если они изобилуют медицинской терминологией, часто забывают большую часть того, что говорят им медработники. По данным проведенных исследований, через три дня после обращения пациент удерживает в памяти только 13% информации, услышанной от врача.

Так, к примеру, в начале эпидемии в России при получении информации о положительном результате анализа на ВИЧ некоторые пациенты, ранее не сталкивавшиеся с системой тестирования, воспринимали это как хороший, т.е. положительный результат.

Очень важно убедиться, что пациент правильно понял инструкции и правильно интерпретировал всю информацию, которую получил от врача.

Уместно вспомнить одного из основоположников нашей медицинской науки, выдающегося клинициста XIX века профессора Матвея Яковлевича Мудрова, который говорил, что нужно «лечить не болезнь, а больного». Не только врачебная компетентность, но и понимание психологии пациента, принятие его индивидуальных особенностей, умение уместно и доходчиво доносить информацию лежат в основе эффективного взаимодействия и успеха в выработке приверженного поведения пациента.

С другой стороны, приверженность пациента подразумевает:

- *самостоятельное принятие решения по поводу лечения на основе полной и достоверной информации,*
- *адекватное понимание своей роли в процессе выработки и поддержания новых навыков,*

- *осознание собственной ответственности за успех АРВ терапии.*

Долгосрочность изменения поведения и устойчивая мотивация к лечению возможны только в том случае, когда пациент руководствуется именно самостоятельно принятым решением, без принуждения и навязывания чужого мнения.

«...Не только сам врач должен употреблять в дело все, что необходимо, но и больной, и окружающие, и все внешние обстоятельства должны способствовать врачу в его деятельности».

Гиппократ

В отличие от традиционного в отечественном здравоохранении подхода к лечению, при котором пациент обычно играет роль пассивного исполнителя врачебных рекомендаций и указаний, при лечении ВИЧ-инфекции необходимо руководствоваться

пациент-ориентированным подходом, при котором он занимает активную позицию во взаимодействии «врач-пациент», в установлении доверительных отношений, в обсуждении и оценке своих возможностей и ресурсов. В таком случае пациент, обладая полным объемом информации, сам оценивает свои перспективы и полностью принимает на себя ответственность за свое здоровье, а медицинский специалист выступает в качестве профессионального партнера, а не стороннего наблюдателя или благожелателя, «причиняющего добро».

Факторы, влияющие на приверженность

При работе по формированию приверженности пациента антиретровирусному лечению и диспансерному наблюдению специалисту необходимо принимать во внимание множественные факторы, которые могут как помочь в выработке новых форм поведения, так и стать серьезным барьером на пути к достижению устойчивой мотивации на прием препаратов. Факторы влияния могут быть связаны с различными сторонами жизни ВИЧ-положительного пациента, с его личностными особенностями, с условиями окружающей среды и пр.

Не все факторы влияния могут быть устранены или нивелированы, но выяснять их наличие и учитывать воздействие необходимо.

Факторы, потенциально влияющие на приверженность пациента АРВ терапии и диспансерное наблюдение, обычно группируют по природе их возникновения на социально-экономические/социодемографические, организационные, психологические/индивидуальные, медицинские и др.

Социально-экономические, социодемографические факторы:

- Характер законодательства и политики (например, отрицательное влияние оказывает ограничивающий характер законодательства, который обуславливает невозможность получать АРВ пре-

параты без «прописки», регистрации по месту жительства/пребывания»;

- *Обустроенность быта, наличие места жительства и пребывания (как крайний пример, бездомность, бродяжничество не могут способствовать формированию поведения, способствующего регулярному приему препаратов);*
- *Доступность достоверной информации о ВИЧ-инфекции, АРВ терапии в общем информационном пространстве (СМИ, транслирующие ненаучный подход по вопросам, связанным с ВИЧ, приводят к отрицанию проблемы и усугублению ситуации);*

Например, как отрицательное влияние СМИ, специалистами ЦСПИД и СПИД-сервисных организаций было отмечено, что транслирование широкомасштабных телевизионных программ, ставящих под вопрос наличие ВИЧ-инфекции, привело к отказам части пациентов от назначения антиретровирусного лечения и прерыванию АРВТ. При этом отказы со стороны родителей ВИЧ-положительных детей от лечения своего ребенка впоследствии были осложнены быстрым прогрессированием заболевания.

- *Доступность лекарственных средств и ресурсов для лечения (к отказу пациентов от лечения, их демотивации приводят проблемы, связанные с переборами в закупках и поставках АРВ препаратов);*

- Уровень толерантности общества по отношению к людям, затронутым эпидемией (общественное осуждение, стигма и дискриминация, стереотипы и убеждения персонала по отношению к пациентам из стигматизируемых групп (потребители наркотиков, люди, вовлеченные в секс-бизнес, MSM) непременно ведут к страху перед раскрытием конфиденциальной информации, к нежеланию посещения специализированных учреждений);
- Уровень жизни, доходов, наличие работы (несмотря на бесплатный характер терапии, дополнительных финансовых затрат требуют необходимость соблюдения диеты, покупка дополнительных препаратов, например, гепатопротекторов, расходы на транспорт, чтобы регулярно приезжать на прием к врачу, и т.п.);
- Семейное положение, пол, возраст, образование (результаты ряда проведенных исследований, которые приводятся далее в пособии, подтвердили влияние этих факторов на формирование приверженности и необходимость их учета при прогнозировании поведения пациента);
- Общественная поддержка (наличие СПИД-сервисных организаций, предоставляющих комплексную помощь ЛЖВ, создает более благоприятные условия для индивидуальной клиент-центрированной работы и мотивации на лечение) и др.

Организационные факторы, в том числе, связанные с предоставлением медицинской и других видов помощи:

- Скоординированная работа медицинских и немедицинских служб (например, учреждений, предоставляющих медицинские услуги, и организаций,

оказывающих психологическую, социальную, юридическую помощь, в результате чего организуются более комплексные программы поддержки ЛЖВ, мотивирующие на сохранение здоровья);

- Отношение к пациентам в государственных учреждениях (негативные последствия имеют стигматизирующее отношение врачей, дискриминация, отказ в предоставлении специализированных видов помощи – стоматологической, хирургической и т.п.);
- Качество предоставляемых услуг (отрицательное впечатление от медицинского обслуживания приводит к нежеланию повторного обращения);
- Доступность и удобство работы служб (отдаленное территориальное расположение специализированных служб, неудобное время приема специалистов, очереди на прием к врачу являются серьезным барьером к получению помощи, особенно для пациентов из числа наркопотребителей);
- Преимущество в предоставлении медицинской / социальной / психологической / юридической помощи (создание системы доверенных специалистов, либо объединение их в мультипрофессиональные команды обеспечивает возможность перенаправления пациентов между специалистами и комплексного решения проблем, препятствующих формированию приверженности);

Индивидуальные/психологические факторы:

- Пол и возраст пациента (например, в исследованиях было выявлено, что у мужчин старше 65 лет и моложе 35 лет приверженность к лечению ниже);

- Особенности характера пациента (негативно влияют на приверженность отрицание заболевания пациентом, плохая память, «нетерпеливость», невысокие волевые качества);
- Уровень образования (низкий уровень образования и интеллекта также приводит и к трудностям в формировании приверженности);
- Наличие мотивации (наличие внутренних мотивов у пациента, собственной убежденности ведет к более устойчивой форме приверженности, нежели мотивация под влиянием внешних воздействий, таких, например, как желание угодить близким);
- Осознание необходимости терапии и готовность к лечению (понимание влияния терапии на течение заболевания, на отдаленные перспективы, а также готовность и возможность следовать определенным правилам в связи с приемом препаратов);
- Определенные поведенческие навыки (например, навыки правильной организации режима дня и обеспечение своевременного приема препаратов, корректного дозирования и совмещения с диетой);
- Отношение пациента к потреблению наркотиков или алкоголя (например, по данным исследований, среди пациентов, принимающих алкоголь не чаще раза в месяц, доля высокоприверженных к терапии — 75%, среди принимающих алкоголь чаще раза в неделю — 45,2%, а неприверженных лечению — 5,6% и 25,8% соответственно);
- Психологическое состояние. Наличие жизненных перспектив либо, наоборот, серьезные проблемы и кризисы, депрессивные состояния также влияют на приверженность. Высокий уровень тревожности, как показывают данные исследований, напрямую коррелирует с уровнем неприверженности АРВТ. Усталость от длительного приема препаратов, от необходимости постоянного самоконтроля приводит к отказу или срывам режима приема препаратов;
- Характер восприятия побочных эффектов АРВ препаратов (у пациентов, готовых к преодолению трудностей, связанных с появлением побочных эффектов, стратегия отказа заменяется на стратегию поиска ресурсов по преодолению, приспособительных резервов);
- Ожидания в отношении эффективности терапии (наличие среди знакомых примеров положительного влияния лечения на состояние здоровья значительно повышает мотивацию на прием терапии);
- Наличие дополнительных обязательств у пациента. Невозможность концентрации на собственных потребностях как на приоритетных приводит к «забывчивости», «нехватке времени» на соблюдение графика приема, правил совместимости препаратов с пищей. Женщины-пациентки зачастую бывают связаны множественными обязательствами перед малолетними детьми, супругом и пр.;
- Самочувствие, состояние здоровья пациента (как ни парадоксально, но и хорошее самочувствие, когда пациент не видит необходимости начинать или продолжать лечение, а также неправильное понимание процессов развития заболевания приводят пациента к решению, что можно прекратить лечение, что результат лечения достигнут);

- Уровень самооценки у пациента (заниженная самооценка, беспомощность, неуверенность в себе и своих возможностях, чувство вины и страх в большей мере присущи женщинам, нежели мужчинам);
- Сформировавшееся отношение к системе здравоохранения и лечению (например, нежелание принимать препараты и увлечение нетрадиционными методами лечения, отказ от лекарства, как постоянного напоминания о болезни) и др.

Бабушка-опекун привела внучку в развивающий центр для детей, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции, и радостно поделилась с сотрудниками центра, что «таблетки очень помогли, девочка уже хорошо себя чувствует. Врач сказала, что вируса в крови нет». Оказалось, что после врачебного приема бабушка сделала вывод, что девочка здорова, и можно больше не принимать таблетки. Слова врача о «неопределяемой вирусной нагрузке» были истолкованы в контексте имеющихся у бабушки опыта и знаний. Ситуация была исправлена дополнительным врачебным консультированием и доходчивым разъяснением процессов, происходящих в организме при приеме АРВ препаратов.

Медицинские факторы:

- Генотипические особенности вируса (например, инфицирование пациента тем генотипом ВИЧ, который в результате предыдущих мутаций приобрел резистентность к определенным АРВ препаратам, приводит к отсутствию эффекта от приема данных препаратов у пациента, даже если терапия ему назначается впервые);
- Генетические особенности самого пациента (например, наследственная предрасположенность пациента к заболеваниям печени, либо генетически обусловленные неблагоприятные особенности в функционировании различных органов могут привести к нежелательным и/или более выраженным проявлениям побочных эффектов терапии);
- Лабораторные показатели на момент назначения терапии и их динамика под воздействием АРВТ;
- Свойства лекарственных препаратов: токсичность и побочные эффекты АРВ препаратов, взаимодействие их с другими препаратами или веществами (так, вкус и форма лекарственных препаратов имеют особое значение при назначении терапии детям);
- Гепатотоксичность препаратов (у потребителей наркотиков данный фактор играет более существенную роль, чем у других пациентов);
- Специфика и индивидуальные особенности течения заболевания у пациента. Картина заболевания и состояние пациента могут влиять на формирование приверженности. Лечение пациентов с сочетанной инфекцией, например, туберкулеза и ВИЧ-инфекции, может приводить к значительному увеличению лекарственной нагрузки, повышению риска возникновения нежелательных явлений, ухудшению состояния в процессе начала приема препаратов и снижению мотивации на лечение. Наличие тяжелых оппортунистических инфекций, сопутствующих психических расстройств, включая подавленность, тревогу, депрессию;

- *Наличие болевых ощущений;*
- *Замена одной схемы лечения на другую (при отсутствии объективных причин к замене препаратов, сопряженной с недостаточной мотивацией пациента к приему АРВ препаратов, риск прерывания лечения значительно повышается);*
- *Правильность выбора схемы лечения (высокая эффективность, подкрепляемая быстрой положительной динамикой клинических показателей, когда сам пациент удовлетворен наблюдаемым прогрессом, укрепляет мотивацию);*
- *Уровень лекарственной нагрузки: кратность приема, число единиц приема (наблюдаемая приверженность снижается у пациентов, принимающих схему АРВ терапии, состоящую из большого количества таблеток в день, сложные схемы приема препаратов затруднительны для работающих пациентов);*
- *Соблюдение режима и рекомендаций по диете и совместимости различных веществ с лекарственными препаратами (например, несоблюдение рекомендаций по диете может существенно снизить уровень всасываемости препарата в кровь и недостаточной его концентрации для вирусологического эффекта).*

Как было отмечено ранее, большая часть факторов, влияющих на приверженность, не зависит от самого ВИЧ-статуса пациента, а определяется его индивидуальными особенностями, социально-психологическим портретом и т.п. Например, в исследованиях, опирающихся на кластерный анализ пациентов с ВИЧ, были отмечены такие факторы, способные снижать приверженность, как холостой/незамужний статус пациента и проживание его с родителями, принадлежность к

лицам с отсутствием высшего и среднего специального образования, незнание матери пациента о его ВИЧ-статусе, приём алкоголя чаще одного раза в неделю.

Приверженность АРВТ у пациентов с алкогольной или наркотической зависимостью

Хотя зависимость от алкоголя и психоактивных веществ влияет на формирование приверженности, она как таковая не может стать безусловной причиной отказа в назначении терапии. Врачу необходимо оценить влияние различных факторов на приверженность пациента и спрогнозировать его дальнейшее поведение. Ранее, при решении вопроса о назначении АРВТ лицам, употребляющим наркотики (ЛУН), врачи ориентировались только на длительность периода воздержания от наркопотребления. Иная точка зрения на этот счет основывается на том, что вероятность приверженного поведения повышается, если пациент на протяжении длительного времени и с достаточной интенсивностью взаимодействует со службами, помогающими решать различного рода проблемы медицинского, социального характера, а также связанные с процессом отказа от наркотиков. В данном случае к пациентам применяется так называемая «стратегия активного превентивного вмешательства»: снижается порог доступа к помощи, устраняются психологические барьеры, проводится работа на опережение, т.е. формируется мотивация у активных потребителей ПАВ на получение помощи и лечения, а также поддерживается мотивация у тех, кто уже вовлечен в поддерживающую систему.

При работе с потребителями наркотиков по формированию приверженности рекомендовано придерживаться следующих принципов:

Особенности формирования приверженности АРВТ у женщин

- *помощь в решении проблемы зависимости от ПАВ, в стабилизации в отношении потребления ПАВ, в решении имеющегося комплекса психосоциальных проблем;*
- *выстраивание доверительных отношений с пациентом, основываясь на пациент-центрированном подходе, ориентированном на конкретную ситуацию и потребности пациента.*

Эффективность такого метода работы подтверждают результаты ряда исследований, которые показали, что ПИН, получающие квалифицированную помощь и адекватную поддержку опытного персонала, способны соблюдать режим АРВ терапии и добиться таких же успешных клинических результатов, как и ВИЧ-позитивные пациенты, не принимающие психоактивных веществ (Wood E et al.2003, 2005; Narita M et al. 2000). Учитывая имеющийся практический опыт, можно также рекомендовать вовлекать в процесс формирования приверженности терапии у ЛУН лиц из их ближайшего окружения. Как и среди других групп пациентов, положительное влияние на потребителей наркотиков могут оказывать, например, половые партнеры, регулярно напоминающие о времени приема препаратов и поддерживающие их положительную мотивацию на лечение.

Как отмечалось ранее, повысить приверженность терапии у наркопотребителей можно, вовлекая их в программы помощи, использующие мультипрофессиональный подход, при котором команда разнопрофильных специалистов руководствуется одной идеологией, имеет единую методическую базу и критерии эффективности, создает особое реабилитационное пространство для пациента.

При работе с женщинами также необходимо учитывать индивидуально обусловленные факторы, влияющие на формирование приверженности. Врачу нужно принять во внимание, что на женщине в семье обычно лежат дополнительные обязательства по уходу за ребенком, по выполнению множества бытовых обязанностей. Женщина более уязвима в эмоциональном плане, после установления диагноза у нее чаще присутствуют страх быть покинутой партнером, беспомощность, неуверенность, может быть занижена самооценка. Женщина может подвергаться жестокому обращению со стороны партнера/мужа. При беременности у ВИЧ-позитивной пациентки, даже с успешно сформированной приверженностью, могут появиться дополнительные негативно влияющие факторы, связанные с явлениями раннего токсикоза, тошнотой, рвотой, общей слабостью и сонливостью в первый триместр беременности. С другой стороны, беременность, ожидание ребенка, забота и чувство ответственности за его здоровье зачастую становятся настолько мощными мотиваторами, что женщина будет готова ко многим кардинальным переменам в жизни. В практике работы с ВИЧ-позитивными беременными женщинами неоднократно приходилось встречаться с тем, что именно беременность приводила женщину к отказу от потребления наркотиков, алкоголя. Врачу необходимо выявлять подобные обстоятельства и консультировать женщину в плане возможности как использования собственного потенциала, так и поиска сторонней помощи для разрешения проблем, которые могут стать серьезным препятствием выработки устойчивой приверженности АРВТ.

Особенности формирования приверженности АРВТ у детей и подростков

Когда речь идет о детях с ВИЧ дошкольного и раннего школьного возраста, то, если мы говорим об их приверженности терапии, то понимаем, что она полностью зависит от взрослых, которые о них заботятся, или под чьей опекой они находятся. Именно при наличии приверженности у ЛОУ (людей, осуществляющих уход) в данном случае будет зависеть успех. Поэтому нужно выявлять и учитывать как выше обозначенные общие и индивидуальные факторы, касающиеся взрослых, так и факторы, обусловленные возрастом и средой обитания ребенка. Нужно принимать во внимание связанные с каждым периодом жизни ребенка изменения в поведении (например, важно учитывать изменения с возрастом отношения к самостоятельности или возрастное стремление копировать поведение авторитетных взрослых), особенности отношения ребенка к приему терапии и различных лекарственных форм, информированность с учетом возрастных особенностей о своем заболевании/состоянии и необходимости приема лекарств и т.п. В подростковом возрасте важную роль будут играть такие личностные возрастные факторы, как стремление к самоутвержде-

нию, самостоятельности в принятии решений, критичное отношение к окружающему миру, в крайних вариантах приводящие к конфликтности и протестному поведению.

Врач может активно повлиять на многие аспекты, формирующие приверженность у пациента. От его навыков и профессионализма, вовлечения в процесс лечения и других специалистов (психологов, социальных работников, равных консультантов, узкопрофильных специалистов и т.д.) будет зависеть, как пациент справляется со стрессом, связанным с заболеванием и приемом терапии, верит ли он в успех лечения, хорошо ли понимает стоящие перед ним задачи в плане организации режима и диеты, имеет ли он информацию о помогающих службах, в которые можно обратиться в случае необходимости, какая помощь там предоставляется и т.п.

Многоплановость задач при работе с пациентами с ВИЧ требует от врача нетрадиционного подхода, изменения стратегии общения с пациентом с использованием, например, таких методов, как мотивационное консультирование, вовлечение в систему оказания помощи мультипрофессиональной командой. В последующих разделах эти подходы будут рассмотрены более подробно.

Критерии оценки приверженности

Определить уровень приверженности пациента можно, используя такие критерии как:

- *доля правильных приемов пациентом доз АРВП в отношении всех предписанных врачом доз,*
- *число пропущенных пациентом разовых доз в месяце,*
- *подсчет ежедневных приемов препаратов в месяце,*
- *соответствие времени приема с установленным рекомендациями врача,*
- *наличие колебаний во времени приема,*
- *соблюдение указанного пищевого режима при приеме препаратов,*

- наличие самостоятельных, без согласования с врачом, пропусков приема лекарств без уважительной причины,
- наличие психологической установки на приверженность.

Определить уровень приверженности антиретровирусной терапии количественно можно путем расчета соотношения принятых доз препарата к количеству назначенных, выраженного в процентах. Таким образом, в зависимости от количества принятых доз препарата приверженность может быть выражена в процентном исчислении от нулевой (не принято ни одной дозы) до 100%-ой и более, когда пациент принимает больше доз, чем назначено врачом, и определяется по следующей формуле (Shalansky SJ, Levy AR, Ignaszewski AP, 2004):

Уровень приверженности = $V / A \cdot 100\%$, где

A – количество доз, которые необходимо принять за определенный период, обычно – месяц

V – количество фактически принятых за этот период доз препарата

В идеальном варианте пациент должен иметь стопроцентную приверженность, но в реальной жизни при лечении длительно текущего хронического заболевания достижение такого результата практически невозможно. Обычно считается, что достижение 80% рубежа – уже хорошая приверженность, но такой подход неприемлем по отношению к ВИЧ-инфекции. Как показывают результаты исследований, эффективное лечение при ВИЧ-инфекции предполагает приём не менее 95% доз препарата². Именно такой порог обеспечивает наилучший вирусологический ответ на лечение.

Для характеристики уровня приверженности АРВТ у пациентов с ВИЧ ВОЗ предлагает следующую градацию:

- *хороший уровень приверженности – $\geq 95\%$;*
- *средний уровень приверженности – 85–94%;*
- *низкий уровень приверженности – $\leq 85\%$.*

Если перевести критерии в плоскость практической интерпретации, это значит, что пациент с рекомендуемым уровнем приверженности не может в течение месяца пропускать более одного дня приема препаратов или 3-х разовых доз (Таблица 1).

Необходимо принять во внимание, что врач всегда переоценивает точность соблюдения режима лечения своими пациентами. Реальное соотношение приверженных и неприверженных пациентов в популяции людей, принимающих АРВ препараты, демонстрируют результаты исследований: доля высоко приверженных составляет около 70%, а неприверженных – примерно 10%³, и по результатам исследований с применением кластерного анализа – высоко приверженные составляют группу 64%, умеренно

² Paterson DL, Swindells S, Mohr J et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Ann Intern Med.* 2000;133(1):21-30.

³ Т.К. Тангушева, 2006; J.Z. Li, S. Gallien, H. Ribaudou et al., 2013.

приверженные – 24,6%; неприверженные – 11,4%. Для выяснения объективной картины недостаточно задавать пациенту общие вопросы, касающиеся приема терапии. Детально исследовать ситуацию и получить точное представление о приверженности терапии со стороны пациента можно с помощью различных методов, о которых речь пойдет далее.

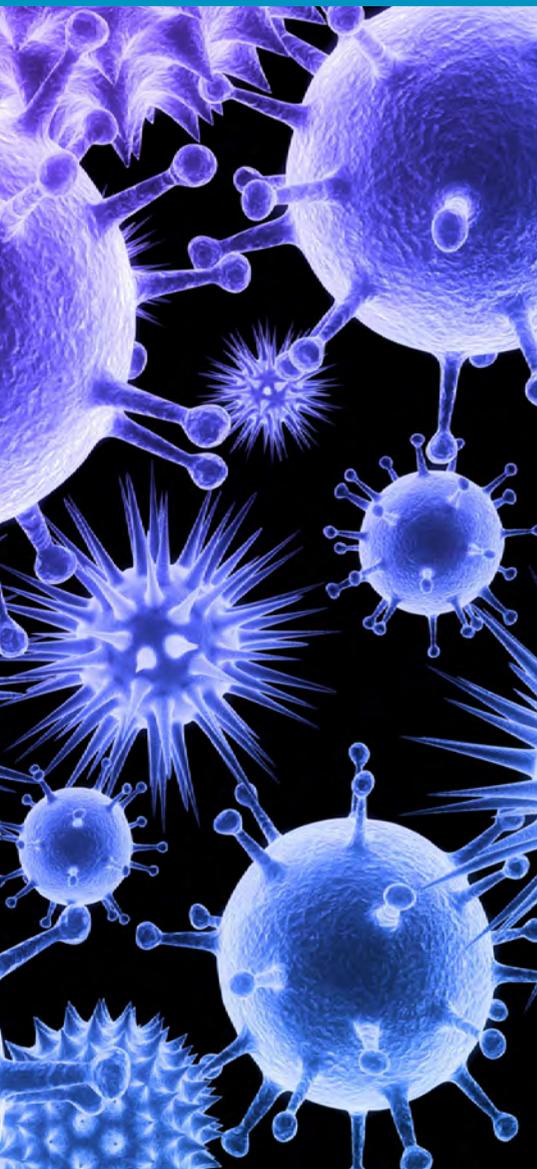
Таблица 1. (Федяева, 2014)

Основные критерии оценки приверженности антиретровирусной терапии

| N | Критерии приверженности | Высокая приверженность | Умеренная приверженность | Низкая приверженность |
|---|---|------------------------|--|-----------------------------------|
| 1 | Доля приема предписанных врачом доз | 95% и более | 80-94% | 79% и менее |
| 2 | Число пропущенных разовых доз в месяц при приеме 2 раза в сутки | Менее 3-х или 1 день | 3-10 доз или от 1,5 до 5 дней | Более 10 доз или 5,5 и более дней |
| 3 | Ежедневный прием препаратов в месяц составляет | 29 и более дней | 25-28,5 дней | 24,5 дней и менее |
| 4 | Прием четко в установленное время с колебаниями | До 30 минут | В пределах 2-х часов | Более 2-х часов |
| 5 | Прием препаратов в соответствии с указанным пищевым режимом | Постоянно | Иногда не осуществляется | Чаще не осуществляется |
| 6 | Самостоятельные пропуски без уважительной причины | Отсутствуют | Единичные | Частые |
| 7 | Психологическая установка на приверженность | Есть | Не занимает активную позицию, но согласен с врачом | Нет |



РОЛЬ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ



Эффективность АРВ терапии доказана как существующим многолетним клиническим опытом, так и многочисленными исследованиями, подтверждающими, что высокоактивная АРВ терапия имеет вирусологический, иммунологический результат и существенно повышает выживаемость пациентов, приверженных терапии. Но, как было отмечено ранее, эффективность лечения при ВИЧ-инфекции предполагает неперемное условие – очень высокий уровень приверженности (95%), который необходим в связи с тем, что препараты не воздействуют на сам вирус, попавший в организм, а препятствуют проникновению вируса в неинфицированные клетки, блокируя специфические рецепторы, «консервируют» ВИЧ в пораженных клетках и не дают развиваться процессу далее, воздействуя на ферментную систему вируса. **Чтобы вирус не мог вновь активизировать свою деятельность, терапия должна быть непрерывной.** Только в таком случае в крови постоянно поддерживается необходимая концентрация антиретровирусных препаратов. Небольшое отклонение от режима приема препаратов вызывает серьезную потерю контроля над репродукцией вируса. Пропуск 10% предписанных доз приводит к удвоению уровня РНК вируса в крови. Если пациент принимает менее 90% назначенных доз,

начинает снижаться число лимфоцитов CD4. Установлена зависимость между приверженностью и прогрессированием заболевания: при повышении приверженности на 10% риск прогрессирования ВИЧ-инфекции снижался на 21%, а при снижении приверженности на 10% риск прогрессирования повышался на 16%, а риск смерти возрастал в 4 раза. При высокой приверженности сокращается и частота госпитализаций. В результате несоблюдения рекомендаций и предписаний врача наблюдается ухудшение состояния здоровья пациента, а это приводит к удорожанию стоимости лечения, поскольку требует привлечения дополнительных человеческих и финансовых ресурсов.

Взаимозависимость приверженности и результатов лечения обусловлена крайне высокой мутабельностью вируса. В организме ВИЧ-позитивного человека, не принимающего терапию, вырабатывается несколько миллиардов копий вируса в день, что приводит к частым мутационным изменениям, которые способствуют быстрой трансформации вируса и его высокой приспособляемости. Когда пациент находится на АРВ лечении, но не является высокоприверженным АРВТ, появившиеся вирусы-мутанты, невосприимчивые к принимаемым препаратам, продолжают размножаться и, в конце концов, становятся основным генотипом вируса в организме. Развивается устойчивость (резистентность) к препаратам назначенной схемы. Чем выше уровень вирусной нагрузки во время лечения, тем выше вероятность того, что резистентность возникнет. Поэтому очень важно снижать вирусную нагрузку как можно быстрее. Каждый раз, когда уровень любого препарата снижается (вследствие пропуска приема), возникает риск развития резистентности вируса к данному препарату в этой комбинации. Так как резистентность не обратима, ее развитие приводит к необходимости подбора и назначения новой схемы, а это – новый стрессовый этап для организма, связанный с процессом адаптации. Также есть сложности при подборе последующих схем из-за существующей кросс-резистентности между препаратами одного класса. Поэтому приверженность пациентов имеет также и существенный экономический эффект. Более дорогостоящие схемы лечения приводят к удорожанию курса терапии для неприверженного пациента, к дополнительным трудозатратам и нагрузке на специалистов, развитию осложнений заболевания с потерей трудоспособности пациентов с ВИЧ и снижением их социальной активности. А в контексте нового стратегического подхода к АРВ терапии «лечение как профилактика» утрачивается профилактический эффект терапии в связи с высокой вирусной нагрузкой у пациента. Низкая приверженность режиму лечения способствует повышению риска передачи устойчивых штаммов ВИЧ.

Резюмируя вышесказанное, можно отметить, что неприверженность терапии имеет как для самого пациента, так и для системы здравоохранения в целом серьезные последствия, основные из которых:

- *развитие резистентности вируса к препаратам назначенной схемы;*
- *увеличение числа случаев инфицирования первично-устойчивыми формами ВИЧ;*
- *необходимость подбора новых схем лечения;*
- *дополнительная нагрузка на организм в связи с необходимостью адаптации к новой схеме лечения;*
- *дополнительные трудозатраты медицинского персонала;*

- *экономические потери, связанные с назначением более дорогостоящих схем лечения, с потерей трудоспособности пациента;*
- *повышение вирусной нагрузки, изменение иммунного статуса, ухудшение самочувствия пациента, потеря трудоспособности, снижение социальной активности, качества и продолжительности жизни;*
- *выработка новых устойчивых мутантных штаммов ВИЧ, требующих дополнительного исследования и изучения;*
- *повышение инфекционной опасности неприверженного терапии пациента и необходимость использования дополнительных мер профилактики и др.*

Поэтому врачу важно не только подобрать оптимальную схему лечения, но и обстоятельно информировать пациента о специфике АРВ терапии, о причинах необходимости высокой приверженности, о рисках развития резистентности, концентрируя внимание пациента на том, что его отношение к приему терапии будет играть существенную роль в успехе лечения и сохранении здоровья на долгие годы.

МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ



В зависимости от выбираемых методов оценки можно говорить о клинической, лабораторной, социально-психологической, физической оценках приверженности пациента АРВ терапии.

Клинические методы

При проведении оценки, основывающейся на клинических методах исследования, используются данные анамнеза об изменениях состояния пациента, его самочувствия. Изучается динамика развития заболевания. Диагностируется наличие осложнений заболевания и оппортунистических инфекций. Рассматривается полная и подробная клиническая картина заболевания и ее изменения под воздействием терапии.

Лабораторные методы

Лабораторные методы, в свою очередь, позволяют оценить приверженность по данным исследований на содержание препаратов в организме пациента. Что касается определения вирусной нагрузки и иммунного статуса, то неудовлетворительные показатели могут свидетельствовать как о неприверженности пациента, так и о неправильно подобранной схеме лечения, о наличии резистентности вируса к определенным АРВ препаратам.

К лабораторным методам можно также отнести и определение динамики показателей среднего объема эритроцита (MCV), поскольку макроцитоз является достоверным признаком приверженности лечению у пациентов, получающих зидовудин или ставудин⁴.

Социально-психологическая оценка

Большую информативность несет социально-психологическая оценка приверженности, в рамках которой врач определяет психоэмоциональные аспекты и социальное пространство, влияющие на приверженность: психологическое и эмоциональное состояние пациента, личностные характеристики, особенности его характера, наличие установок на лечение и устойчивой мотивации, наличие поддержки окружения, вовлеченность пациента в программы помощи, наличие навыков, способствующих приверженности, настроенность на изменение поведения, взаимодействие с врачом (посещение врача в назначенное время, отношение к рекомендациям и пр.).

Физическая оценка

В комплексе с другими применяется и физическая оценка приверженности, использующая методы подсчета пустых упаковок, числа оставшихся таблеток, фиксацию выданных препаратов.

Врачу важно как можно раньше определить уровень приверженности АРВ терапии у пациента, для этого врач может использовать различные традиционные методы и новые подходы. Оценка приверженности в реальной клинической практике возможна различными путями.

Опрос пациента во время визита

Опрос пациента во время визита сопровождается выяснением:

- *как пациент выполнял рекомендации врача, полученные во время прошлого визита,*
- *все ли было понятно,*
- *возникали ли трудности при приеме препаратов,*
- *наблюдались ли побочные явления,*
- *какие меры пациент принимал для их устранения,*
- *насколько удобна назначенная схема приема препаратов,*
- *были ли нарушения режима приема,*
- *как удалось совместить прием препаратов с рекомендациями по диете,*
- *принимал ли пациент другие лекарственные препараты,*
- *не совмещал ли с приемом терапии другие методы лечения, употребление психоактивных веществ.*

Если в режиме приема препаратов, дозировании были нарушения, врачу необходимо обсудить с пациентом причины нарушений и дополнительно информировать пациента как о последствиях таких действий, так и о способах преодоления трудностей, связанных с приемом препаратов. Данный метод предполагает установление доверительных отношений врач – пациент, так как в случае неэффективного контакта получить достоверную информацию от пациента будет сложно либо невозможно. Пациент может скрывать несоблюдение рекомендаций по приему препаратов. Поэтому данный метод необходимо дополнять другими, имеющими более объективные

⁴Romanelli F., 2002; Eyer-Silva W.A., 2001.

результаты, например, тестами, лабораторными методами и т.п. Во время опроса оценить достоверность предоставляемой информации врачу может помочь визуальная оценка пациента, наблюдение за его поведенческими реакциями, сопоставление ответов пациента на одни и те же вопросы в разных контекстах. При этом важно понимать, что **задачей врача является не уличить пациента во лжи, а помочь выявить причины несоблюдения рекомендаций и оказать поддержку в формировании новых навыков, поведенческих установок.**

Использование специальных тестов

Для получения дополнительной структурированной информации получило широкое распространение тестирование, так как оно является довольно традиционным методом сбора информации и позволяет систематизировать получаемые данные с целью анализа и обработки. Тестирование, анкетирование могут проводиться неоднократно для изучения динамики в формировании приверженности у одного и того же пациента. Результаты сохраняются в амбулаторной карте в виде «Таблицы приверженности» и анализируются врачом для принятия решения о необходимости дополнительных вмешательств.

Самоотчет пациента

Самоотчет пациента помогает осуществлять самоконтроль и дисциплинирует пациента. Ведение дневника с описанием процесса приема препаратов, возникающих побочных эффектов, происходящих изменений помогает и пациенту и врачу анализировать ситуацию, определять причины нежелательных явлений при формировании приверженности. Но это также субъективный метод, т.к. его ре-

зультаты могут зависеть от состояния памяти пациента, от желания «угодить» врачу и других влияющих аспектов.

Метод подсчета количества таблеток

Ранее было отмечено, что методом подсчета количества таблеток, принятых пациентом в течение определенного промежутка времени, также можно количественно оценить приверженность. Пациент получает на руки определенное количество препаратов, по истечении определенного периода времени врач подсчитывает долю оставшихся таблеток и рассчитывает процент приверженности по формуле:

$$\text{Приверженность (\%)} = \frac{\text{число фактически принятых таблеток}}{\text{число таблеток, которые необходимо принять}} \times 100\%$$

Оценка приверженности методом подсчета также не является достаточно объективным методом, так как предоставление пациентом сведений, по которым производится подсчет оставшихся препаратов, не может гарантировать, что все дозы препарата были приняты или приняты вовремя. Остаются неучтенными «потери таблеток», если пациент по каким-либо причинам выкидывает непринятые таблетки, чтобы искусственно повысить показатель уровня приверженности и «порадовать» этим лечащего врача, поэтому не рекомендуется производить подсчет принятых доз в присутствии пациента.

Учет выданных на руки препаратов помогает врачу уточнить и сопоставить информацию, которую дают подсчет таблеток и самоотчеты пациентов.

Измерение концентрации лекарственных препаратов или их метаболитов

Измерение концентрации лекарственных препаратов или их метаболитов в крови или в моче, несмотря на более объективный характер метода, имеет существенный недостаток – полученные данные дают картину за небольшой промежуток времени, предшествующий взятию биологического материала, и не могут дать представление обо всем периоде приема АРВТ, так как он подтверждает факт приема препарата, но не регулярность его приема. При этом метод сложен технически, имеет высокую стоимость.

Измерение воздействия АРВ препаратов на иммунный статус и вирусную нагрузку

Измерение воздействия АРВ препаратов на иммунный статус и вирусную нагрузку по сравнению с предыдущим методом несет более глубокий анализ, так как характеризует ответную реакцию в организме на длительный прием препаратов. При этом необходимо иметь в виду, что неудовлетворительные показатели могут быть получены не только в случае неприверженности пациента, но и при неправильно подобранной схеме лечения, при наличии резистентности штамма вируса к принимаемым препаратам.

Отслеживание динамики показателей среднего объема эритроцита (MCV)

Отслеживание динамики показателей среднего объема эритроцита (MCV) позволяет сделать опосредованный вывод об уровне приверженности АРВ терапии, поскольку прием некоторых АРВП сопровождается макроцитозом, который является достоверным признаком приверженности лечению у пациентов, получающих зидовудин или ставудин. Увеличение показателя MCV для приверженных пациентов составляет в среднем 23%.

Электронный мониторинг приверженности

В литературе описан и такой современный метод оценки и контроля приверженности, как электронный мониторинг приверженности⁵, который базируется на использовании разных вариантов электронных устройств, позволяющих контролировать «выемку» препаратов из флакона. Это могут быть крышки для емкости с таблетками с электронным микросчетчиком, который регистрирует дату и время открытия флакона. По полученным данным можно анализировать временные интервалы между приемами препаратов и определять приверженность к назначенному режиму дозирования. Используются контейнеры для лекарств, генерирующие электронные отчеты по приему лекарств и отправляющие их лечащему врачу, а автоматическое сообщение о пропуске в приеме препарата может отправляться на телефон пациента или его электронную почту. Но у этих методов есть некоторые недостатки, во-первых, это дорогостоящие устройства и их использование не во всех случаях экономически целесообразно, а во-вторых, обеспечение пациента таким оборудованием не гарантирует, что все препараты будут приняты.

⁵ Hamilton GA., 2003. Osterberg L, Blaschke T., 2005, Ailinger RL, Black PL, Lima-Garcia N. 2008.

МЕТОДЫ КОНТРОЛЯ ЛЕЧЕНИЯ

В медицинской практике в зависимости от рекомендованных подходов к лечению конкретных заболеваний используются различные методы, касающиеся контроля приема препаратов.

Системы контроля терапии

Наиболее жесткая система контроля рекомендуется ВОЗ, например, при лечении туберкулеза, что связано с высоким риском развития множественной лекарственной устойчивости (МЛУ) у возбудителя заболевания к имеющемуся арсеналу противотуберкулезных препаратов, а также крайне высокой устойчивостью возбудителя к воздействию внешней среды. Рекомендованная ВОЗ система DOTS (**D**irectly **O**bserved **T**reatment **S**hort-**C**ourse) – это строго контролируемое лечение коротким курсом химиотерапии. На настоящий момент DOTS – единственная признанная стратегия контроля за туберкулезом, обеспечивающая не менее 85% излечения. Важнейший отличительный момент в DOTS: ответственность за излечение каждого случая туберкулеза ложится на систему здравоохранения, а не на пациента.

Есть также **модифицированная модель DOT-терапии (directly observed therapy)**, когда пациенты получают ежедневную дозу препаратов, принимают утреннюю дозу препаратов на глазах у медперсонала, а прием оставшихся доз контролируют самостоятельно.

Третья модель самостоятельного приема лекарств в соответствии с предписанным режимом КОР (keep on person) – обычная практика при лечении большинства заболеваний.

Что касается сферы лечения ВИЧ-инфекции, то, надо признать, что при использовании подхода лечения под непосредственным медицинским контролем (Directly Observed Treatment) в ряде исследований были получены успешные результаты. Но при этом также параллельно было выявлено, что успех лечения с более высоким уровнем контроля носил в данном случае недолгосрочный характер. Контролируемое и частично контролируемое лечение проще организовать в местах длительного пребывания пациентов, например, при госпитализации или в пенитенциарной системе для лечения осужденных. Что касается существующих практик, то в настоящее время в некоторых тюремных медицинских учреждениях прием антиретровирусных препаратов проводится как под непосредственным наблюдением персонала (DOT-терапия), так и с использованием модифицированной модели DOT-терапии или модели самостоятельного приема лекарств в соответствии с предписанным режимом (КОР), которая позволяет пациентам хранить лекарства в своих камерах и самостоятельно принимать их, самим контролировать АРВТ⁶. Но в ходе проведенного в 2006г. исследования⁷ было выяснено, что две трети осужденных все-таки предпочли бы не DOT-терапию, а самостоятельный прием препаратов.

Хотя и было подтверждено, что эффективность АРВТ среди ВИЧ-положительных осужденных возрастает при повышении контроля лечения, однако у тех из них, кто через какое-то время повторно попадал в тюрьму, вновь отмечалось увеличение вирусной нагрузки и существенное уменьшение количества CD4-лимфоцитов. К моменту повторного заключения под стражу все улучшения в состоянии здоровья, которых удалось добиться за время отбывания предыдущего срока наказания, были практически сведены на нет из-за утраты какой-бы то ни было приверженности и прекращения лечения, из-за возврата к наркотикам и по другим причинам⁸.

Уровень контроля лечения и приверженность

Итак, из анализа приведенных результатов исследований следует вывод, что жестко контролируемое лечение:

- во-первых, сложно организуемый процесс,
- во-вторых, имеет смысл при проведении ограниченных по времени курсов терапии, приводящих к полному излечению пациента,
- в-третьих, снимает ответственность с пациента за исход лечения,
- в-четвертых, может быть применено только в случае лечения определенных целевых групп (например, при ВИЧ-инфекции это дети младшего возраста).

⁶ Spaulding et al., 2002; Pontali, 2005.

⁷ White et al., 2006.

⁸ White et al., 2006.

В случае хронического длительно текущего заболевания, каким является ВИЧ-инфекция, жесткий контроль, являющийся внешней воздействующей силой, не формирует внутренней устойчивой мотивации, и при устранении контролирующего пресинга пациент быстро утрачивает приобретенные навыки, возвращается к исходному поведению. Усиление контроля со стороны врача может приводить к изменению тактики поведения пациента, сопротивляющегося внешнему воздействию, неодобряемому им и воспринимаемому как давление, ограничение свободы. Доверительные отношения с врачом в таком случае могут быть полностью утрачены, а достижение успеха в лечении становится невыполнимой задачей.

Медицинскому специалисту при работе с ВИЧ-положительным пациентом необходимо выбрать более мягкую мотивирующую тактику поведения, способствующую использованию собственного потенциала пациента, развитию возможностей самоконтроля. При ВИЧ-инфекции врач не может взять на себя пожизненную ответственность за лечение пациента. От самого человека требуется полное вовлечение в процесс изменения собственного поведения. Врач же со своей стороны может оказать разностороннюю помощь и поддержку при формировании мотивации на начало лечения и на поддержку устойчивых навыков приверженности. Именно в силах медицинского специалиста помочь преодолеть тот стресс, который испытывает пациент в связи с ВИЧ-инфекцией, назначением терапии, поселить веру в эффективность АРВ терапии, достичь состояния баланса между ощущаемой выгодой от приема терапии и наличием ограничений, которые накладывает ее прием, обеспечить подключение психо-социальной поддержки, помощи других специалистов.

МЕТОДЫ ПОВЫШЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ТЕРАПИИ



Подбор препаратов, упрощение режима лечения и контроль побочных эффектов

Часто упоминаемыми медицинскими факторами, которые оказывают негативное воздействие на формирование приверженности, являются:

- *сложные режимы и схемы назначаемых АРВ препаратов,*
- *побочные эффекты, вызываемые терапией.*

Влияние схемы лечения и количества таблеток на приверженность

Для создания более благоприятных условий для формирования приверженности врач особое внимание должен уделять вопросам возможности упрощения схем лечения. Многочисленные исследования, направленные на изучение зависимости приверженности от сложности назначенных схем лечения и побочных эффектов препаратов, показали, что такая зависимость ярко выражена.

В качестве доказательной базы, например, могут быть приведены результаты недавних исследований, в которых было показано⁹, что среди пациентов с ВИЧ-инфекцией, схема АРВ терапии которых

⁹ Сирота Н.А., Ющук Н.Д., Федяева О.Н., 2014.

предусматривала **не больше 3-х таблеток в день**, доля пациентов с высокой приверженностью к лечению составляла 85,4%, пациентов с умеренной приверженностью – 12,9%, а неприверженных – только 1,7%.

А вот среди пациентов, **принимавших 4-7 таблеток в день**, процент высоко приверженных пациентов был уже значительно ниже – 44%, умеренно приверженных – 42,7%, а неприверженных – 13,3%.

Еще хуже ситуация наблюдалась в подгруппе пациентов, схема лечения которых требовала приема значительного числа таблеток – **8 и более в день**. Среди них насчитывалось всего 11,8% высоко приверженных АРВТ, умеренно приверженных – 44,1% и такое же количество неприверженных терапии пациентов.

Врачу необходимо учитывать, что число назначаемых таблеток является одним из ведущих факторов, влияющих на приверженность, и назначение терапии с необходимостью приема более 7 таблеток в день относится к фактору высокого риска низкой приверженности. Такая неприверженность обусловлена именно объективными причинами, а не просто нежеланием или сопротивлением со стороны пациента.

Смена схем лечения и приверженность

У большинства пациентов (84,6%), находящихся на терапии, наблюдается хотя бы одна смена схемы лечения.

При сравнении 3-х групп пациентов:

- а) без замены схемы лечения,
- б) с заменой схемы лечения при отсутствии побочного действия препаратов,
- с) с заменой схемы лечения на фоне побочных эффектов от действия препа-

ратов обнаруживается следующая закономерность:

- Доля высокоприверженных среди тех, у кого не было изменений схемы, составляет 73,8%, условно приверженных – 17,5%, неприверженных – 8,7%.
- Из-за неудобства схемы и невозможности приспособить режим жизни к распорядку приема препаратов доля высоко приверженных пациентов значительно снижается – 51,4%, а неприверженных АРВТ становится больше – 17,2%.
- Замена схемы АРВТ из-за наличия побочных эффектов также влияет на приверженность пациентов, но в гораздо меньшей степени: доля высоко приверженных среди них 59,5%, а неприверженных – 10,7%.
- 5,4% случаев смены схемы обусловлены самостоятельным прекращением терапии. В этой группе высокоприверженных всего 15,8%, а число неприверженных в два раза выше – 31,8%.

Таким образом, не вызывает сомнений тот факт, что замена схем лечения имеет неблагоприятное влияние на степень приверженности. При этом нужно иметь в виду, что более негативная картина с приверженностью у пациентов из числа прекративших лечение самостоятельно, и смена препаратов не приводит к улучшению ситуации. В данном случае специалисту нужно работать над выяснением причин первоначальной неприверженности, приведшей к отказу от лечения.

Образ жизни пациента и АРВТ

Определяя схему лечения и назначая АРВ терапию, врач принимает во внимание установки, условия жизни пациента и выясняет ряд вопросов. Возможно, учитывая профессиональную занятость, ритм жизни

пациента, будет целесообразнее назначить не самую эффективную, но более простую схему АРВТ. Необходимо подобрать схему терапии с понятным и удобным для пациента режимом приема препаратов, который он согласится соблюдать. Перед началом терапии (первой выдачей препаратов) следует убедиться в готовности пациента начать лечение и руководствоваться рекомендациями по подготовке пациента к началу терапии (см. Приложение №1, 6).

Что касается людей с зависимостью от ПАВ, то назначаемые им схемы лечения также должны быть упрощены. С пациентом необходимо обсудить вопросы приема лекарств, возможность соблюдения режима приема препаратов, требования к диете. Для некоторых пациентов проблему могут составлять размер, вкус таблеток и пр.

Сопутствующие заболевания и побочные эффекты

Прежде чем начать лечение, у каждого пациента следует подробно выяснить, страдает ли он сопутствующими заболеваниями. Если есть настороженность по поводу наличия каких-либо заболеваний, то провести тщательное обследование. В частности, на выбор схемы лечения влияет наличие, например, хронического гепатита, который часто встречается среди ПИН.

При назначении терапии с пациентом необходимо обсудить вопросы, касающиеся возможных побочных эффектов, какие препараты их вызывают, какие нежелательные явления возможны, как их распознать, в каких случаях необходимо срочно обратиться к врачу за дополнительной помощью. Пациенты, заранее осведомленные о возможных побочных эффектах препаратов, реже отказываются от приема препаратов и демонстрируют более высокую приверженность.

При информировании пациента по приему препаратов следует остановиться на вопросах преодоления нежелательных явлений, избегая лишней информации, не следует драматизировать проявления побочных эффектов, чтобы не демотивировать пациента на прием АРВТ. Побочные эффекты АРВТ порой непросто отличить от проявлений, например, самой ВИЧ-инфекции, либо раннего токсикоза беременности. Поэтому, чтобы расценить тот или иной симптом как побочный эффект, нужно проанализировать и исключить другие причины его появления. Медицинскому специалисту необходимо иметь как можно более подробный анамнез, чтобы получить полную картину состояния пациента, правильно интерпретировать различные специфические реакции организма.

Пациента необходимо подготовить к тому, что одни нежелательные явления потребуют дополнительного симптоматического лечения, а другие возникают в первые недели терапии и проходят самостоятельно. В данных случаях смена терапии не требуется. При этом следует обратить внимание пациента на некоторые нежелательные явления, требующие обязательного скорейшего обращения к врачу и отмены препаратов:

- *Тяжелая диарея, не прекращающаяся в течение нескольких недель после начала приема лоперамида (основные причины: ритонавир, саквинавир, лопинавир/ритонавир и др.).*
- *Мучительная тошнота, не купируемая метоклопрамидом, требующая постоянной симптоматической терапии или сопровождающаяся потерей веса (основные причины: диданозин и зидовудин).*
- *Выраженная анемия (причина: зидовудин).*
- *Панкреатит (причины: обычно диданозин, иногда лопинавир/ритонавир).*

- Лактацидоз (причины: диданозин, ставудин).
- Тяжелые аллергические реакции, сопровождающиеся поражением слизистых, лихорадкой (причины: абакавир, ННИОТ).
- Почечная недостаточность, мочекаменная болезнь, рецидивирующая почечная колика (причины: атазанавир, тенофовир).
- Поражение печени, сопровождающееся повышением активности аминотрансфераз более чем в 10 раз выше верхней границы нормы (причины: невирапин, ритонавир).

При развитии нежелательного явления, как правило, производят замену в схеме АРВТ только того препарата, который вызвал развитие этого явления.

Даже если пациент хорошо переносит АРВТ на протяжении нескольких лет, рекомендуется регулярно наблюдаться у специалиста и не реже одного раза в три месяца проводить стандартную оценку состояния: сбор анамнеза, физикальное исследование, взвешивание и оценка жизненно важных функций.

Помощь равного консультанта

При работе с пациентом большую помощь медицинскому специалисту может оказать равный консультант, имеющий опыт приема терапии. **Равный консультант** – это человек с таким же заболеванием, имеющий успешный опыт решения проблем, связанных с наличием этого заболевания, обладающий специальной подготовкой, навыками консультирования и знаниями в контексте данного заболевания. Именно диалог «на равных» позволяет создать более благоприятную атмосферу для выяснения многих скрытых причин неприверженности. Доброжелательность, безоценочность, отсутствие менторского подхода помогают решать проблемы взаимодействия с пациентом, делают его более эффективным. Это касается всех специалистов, вовлеченных в процесс оказания комплексной помощи ВИЧ-положительному пациенту. Равный консультант также может выступать связующим звеном между пациентом и врачом или ЛПУ, а также брать на себя функции социального сопровождения пациента.

Условия, необходимые для формирования приверженности пациента АРВ терапии

В своей работе по формированию приверженности пациента АРВ терапии медицинские специалисты тем или иным способом влияют на изменение поведения пациента. Изменение поведения – сложный и многофакторный процесс, и прежде чем рассмотреть вопросы влияния на формирование новых поведенческих установок у пациента, медицинскому специалисту важно обратить внимание на условия, необходимые для появления и укрепления этих изменений (Рис.1).

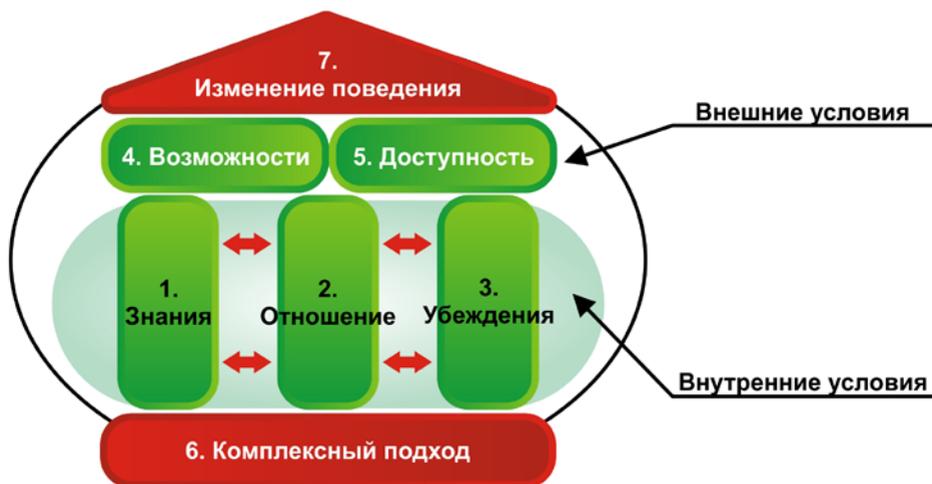


Рис.1. Условия, необходимые для формирования новых поведенческих установок.

Условия для формирования приверженности, обусловленные «внутренними» причинами

Для создания условий к «поведенческим» переменам необходимо наличие определенного «внутреннего состояния» пациента. В первую очередь, пациент должен быть хорошо информирован, т.е. обеспечен достоверной информацией об особенностях развития заболевания, о специфике воздействия терапии, о возможностях терапии и ее влиянии на качество и продолжительность жизни, о возможных побочных эффектах и т.д. Чем больше информации будет иметь пациент, тем проще будет в процессе работы с ним апеллировать к тем или иным базовым данным. Необходимо размещать в профильных учреждениях и обеспечивать пациента различного рода печатными материалами (буклетами, брошюрами, визитками, флаерами), предоставляющими доступно изложенную базовую информацию о терапии, услугах консультирования и вспомогательных сервисах (равного консультанта, психолога, узких специалистов, группы взаимопомощи, школы пациента и т.п.). Важно, чтобы при возник-

новении вопросов и сомнений пациент мог обратиться к специалистам не только очно, но и по телефонам «горячей линии», мог проконсультироваться в различных ситуациях и получить дополнительные разъяснения. Дополнительный эффект наблюдается при подключении к этому процессу равного консультанта, делящегося своим опытом приема терапии и преодоления возможных возникающих трудностей. Посещение группы взаимопомощи также играет существенную роль в процессе изменения установок. **Информирование** пациента, организованное разносторонне и разнопланово, качественно изменяет, углубляет **знания** о заболевании. У пациента при этом более осознанно формируется определенное **отношение** к приему терапии, идет поиск внутренних резервов, мотиваторов, влияющих в дальнейшем на устойчивость новых поведенческих установок, укрепляется внутренняя **убежденность** в необходимости терапии. Если в процесс включаются и осведомленные о ситуации члены семьи, партнеры, то это обеспечивает еще более благоприятный фон для планируемых в связи с началом терапии перемен.

Условия для формирования приверженности, обусловленные «внешними» причинами

Но одной **убежденности** пациента в начале терапии может быть недостаточно: в связи с имеющимся нерешаемым набором медицинских, социальных, психологических проблем его установки на изменение поведения могут оказаться краткосрочными, а благие намерения – разбиться о суровую реальность. Поэтому пациенту необходимо обеспечить помощь на основе **комплексного подхода**. Для обеспечения комплексности помощи с целью устранения различного рода препятствий в формировании приверженности объективного и субъективного характера медицинские специалисты должны обеспечить доступ пациента ко всем услугам, как предоставляемым лечебно-профилактическими учреждениями при ведении пациента, так и СПИД-сервисными некоммерческими организациями.

В зависимости от необходимости пациент может быть направлен в службы, которые оказывают психологическую помощь и поддержку в кризисной ситуации, проводят психологическую работу с семьями по принятию диагноза близкого человека, оказывают психологическую помощь и поддержку родным, друзьям. В рамках программ помощи некоммерческих организаций разностороннюю помощь могут предоставить равные консультанты. Например, проводят первичную консультацию перед участием в группе взаимопомощи, консультируют по вопросам приема терапии, выстраивания отношений с близкими на основе личного опыта и др. Для обеспечения комплексности подхода важна также работа с членами семей, друзьями, близкими, осведомленными о ситуации, так как их поддержка помогает переориентировать пациента на личные ценности, на заботу о собственном здоровье.

Обязательным условием для формирования приверженности является обеспечение

возможности получения терапии. Как уже ранее упоминалось, перерывы в поставках препаратов, различные территориальные ограничения при назначении терапии по месту прописки ограничивают возможности пациентов в получении назначенных препаратов, либо вообще лишают таковой. В данной ситуации говорить о формировании приверженности к тому, что не может быть гарантированно получено, становится просто бессмысленной тратой усилий и пациента и специалистов.

Важным условием, способствующим укреплению приверженности, является **доступность предоставляемых услуг**, различных видов помощи. Доступность в данном случае рассматривается с разных точек зрения.

Эмоционально-психологическая доступность предполагает в том числе и доброжелательное безоценочное отношение персонала помогающих служб, и гарантированно конфиденциальный характер консультирования, сохранение тайны персональных данных, информации о диагнозе, в ряде случаев возможная анонимность при обращении (например, при получении информации по телефону «горячей линии»). В данном случае имеет значение также расположение кабинетов в центре СПИД и возможность разграничения потоков пациентов, оборудование и оснащенность кабинетов в плане создания дружественной, уютной атмосферы, располагающей к конфиденциальному диалогу и т.п.

Физическая доступность обеспечивается, например, возможностью пациента получить помощь в определенном месте в удобное время. Так, значительная территориальная отдаленность медицинского учреждения от основных транспортных потоков создает трудности в осуществлении визитов к врачу. Отсутствие гибкого графика приема создает сложности для работающих пациентов, так как необходимо каждый раз отпрашиваться с рабо-

ты. Расположение кабинета для приема на верхних этажах при отсутствии лифта делает труднодоступным такой кабинет для людей с ограниченными физическими возможностями, беременных ВИЧ-положительных женщин или пациентов с детьми.

Информационная доступность подразумевает, что вся предоставляемая пациенту для ознакомления печатная литература написана понятным простым языком, а речь врача не изобилует терминологией и сложными медицинскими понятиями. Пациенту с учетом его развития, уровня образования, социального портрета должна быть предоставлена адекватная информация. Желательно, чтобы пациент дал обратную связь, как он понял те или иные рекомендации или комментарии медицинского специалиста.

При формировании приверженности необходимо учитывать данные условия и по возможности стараться нивелировать если не все, то хотя бы часть из них. Например, о формировании какой приверженности может идти речь, если пациенту предлагается посещать центр СПИД строго с 8 до 9 утра по пятницам, при этом запись на прием ведется за три месяца вперед, а телефоны в регистратуре постоянно «заняты» или ответы регистратора даже отдаленно не напоминают о дружелюбии.

Модель изменения поведения и формирование приверженности АРВ терапии

Для работы по формированию приверженности терапии медицинскому специалисту необходимо понимать процесс изменения поведенческих установок и мотивы, которые направляют человека принимать решение об изменении своего поведения. Уместно будет напомнить предложенную в 1986 году Джеймсом Прочаской и Карлом Диклементе модель изменения поведения, включающую в себя пять стадий изменения и стадию рецидива (Рис. 2).

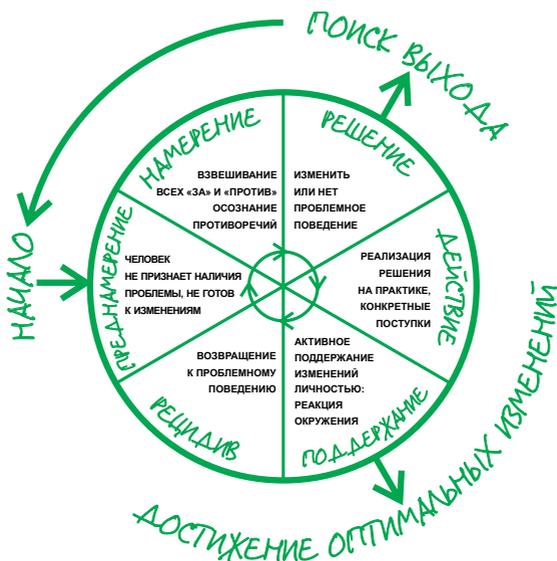


Рис. 2. Модель изменений в поведении людей (Дж. Прочаска и К. Диклементе, 1986); Prochaska & DiClemente. Towards a comprehensive model of change.

Как правило, человек, попадая в ситуацию выбора или в любую другую нестандартную для него ситуацию, либо использует одну из ранее известных ему стратегий, либо предпринимает неожиданные шаги. Модель поведения зависит не только от того, как человек умеет себя вести, но и от того, чего именно он хочет добиться своими поступками. То есть от наличия мотивации. **Мотивация – это побуждение, вызывающее и определяющее направленность поступка.** Мотивация расценивается психологами как причина определенного поведения. Мотивация к той или иной деятельности зависит, как было рассмотрено ранее, от информации, которой владеет человек.

Информация в данном случае – это знания, личный опыт и дополнительные сведения о предметах или явлениях. Информация может стимулировать его на приобретение новых навыков или на отказ от использовавшихся ранее. Наличие новой информации оказывает влияние и на поведение человека. На поведение человека значительное влияние оказывают степень его уверенности в себе и осознание себя победителем либо неудачником. Процесс принятия решений и их реализации в той или иной степени представляет затруднения для каждого человека. Реализовать принятое решение мешает отсутствие поведенческих навыков. Если человек приобретает недостающие поведенческие навыки, он, вероятно, сможет изменить поведение на более эффективное или приемлемое в данной ситуации. Итак, при формировании поведения, в частности, приверженности лечению, очень важно достоверное информирование, создание мотивации для сохранения здоровья, формирование поведенческих навыков и предоставление необходимых ресурсов.

Согласно модели Прочаски и Диклементе, изменение поведения рассматривается как процесс, занимающий некоторое время, а не как разовое событие. Данная модель отображает процесс осознанного изменения поведения, когда человек размышляет по этому поводу и контролирует то, что происходит с его поведением. Таким образом, эта модель определяет и описывает стадии, которые человек проходит в процессе осознанного изменения поведения.

1-ая стадия. Преднамерение

На этой стадии человек не подозревает, что у него есть проблема, или серьезно не думает об изменении поведения. На этой стадии человек либо просто не обладает достаточной информацией, либо активно сопротивляется ее получению. Около 50% людей отрицают наличие проблемы, необходимость изменений и не могут свободно искать помощи. Тот человек, который признает наличие проблемы, может испытывать неуверенность в себе. Ему очень трудно признать собственную неспособность полностью контролировать свою жизнь.

2-ая стадия. Намерение

На этой стадии человек начинает признавать наличие проблемы. Он больше подвержен психологическому влиянию, чем люди, находящиеся в стадии преднамерения, потому что понимает необходимость изменения поведения. Он пытается понять проблему и начать контролировать свою жизнь, начинает искать поддержки у окружающих. Человек может начать поиск информации, касающейся его проблемы. Но часто он не готов к началу изменений, потому сомневается в своих возможностях. На этой стадии происходит анализ необходимых затрат и возможных преимуществ в случае изменения поведения. Стадия намерения может быть довольно продолжительной.

3-я стадия. Решение

На этой стадии человек уже владеет достаточной информацией о своей проблеме. Осознает значимость этой информации для себя. Идет процесс осознания возможности действовать. Человек ищет выход из сложившейся ситуации. Принимает решение о том, будет ли он менять поведение. Обдумывает возможные варианты действий для изменения поведения и условия, необходимые для этого.

4-ая стадия. Действие

Это стадия, на которой человек изменяет свое поведение и влияющие на него факторы. Решение реализуется на практике. Человек начинает чувствовать уверенность в себе, потому что он верит в возможность реализации принятого решения. Окружающие также замечают происходящие изменения и обычно «отдают ему должное» (одобрение других людей очень значимо). Стадия действия обычно является самой кратковременной, но она — самая важная.

5-ая стадия. Поддержание

На этой стадии человек пытается укрепить достигнутые результаты и предупредить рецидив. Он прилагает усилия для развития и закрепления достигнутых изменений, т.е. его усилия направлены на достижение оптимальной жизненной ситуации. Для поддержания изменений важна позиция значимого окружения. Если близкие люди помогают и одобряют поступки человека, вероятность рецидивов снижается. В это время человек может испытывать страх перед возможным рецидивом. Со временем чувство страха ослабевает.

Рецидив (необязательная стадия изменений)

Если человек не может поддерживать произошедшие изменения, возникает

рецидив — возвращение к прошлому, отказ от новых установок поведения. Рецидив может иметь серьезные негативные последствия: человек может потерять веру в возможность реализовать собственные решения, влиять на ситуацию, контролировать свою жизнь. Однако не исключено, что он способен вернуться на стадию намерения и совершить еще не один оборот по «спирали изменений».

Данная модель — цикличная, и каждый человек может покинуть ее на любой стадии. Та стадия, на которой находится человек, является главным показателем возможного прогресса: чем дальше человек продвинулся по «спирали изменений», тем возможнее появление положительных результатов.

Для того чтобы человек принял решение об изменении поведения, главное — оказать помощь при формировании у него мотива, внутренних условий изменения.

Процесс формирования мотивации может быть разделен на четыре главных этапа:

- *уверенность в себе: развитие уверенности в себе необходимо, т.к. без нее человек будет не готов к получению информации,*
- *получение и принятие информации,*
- *чувство компетентности,*
- *появление понимания необходимых изменений.*

Для того чтобы помочь человеку достичь желательных изменений поведения, необходимо принять во внимание следующие моменты:

- *мотивация изменений должна исходить от самого человека, а не извне,*

- агрессивное убеждение не эффективно в разрешении сомнений и противоречий, возникающих у человека,
- человек должен осознать наличие противоречий в своем отношении к проблеме («мне хотелось бы..., но с другой стороны...»),
- человек с проблемным поведением может нуждаться в конкретных советах по разрешению противоречий,
- стиль общения должен быть спокойный и дипломатичный,
- готовность к изменению не возникает сама собой, а является продуктом личностных переживаний,
- партнерские отношения могут помочь человеку достичь желательных изменений,
- человек нуждается в безопасной обстановке для разрешения своих внутренних конфликтов.

Для медицинского специалиста эта модель представляет схему, позволяющую понять, как происходят изменения в поведении пациента. Она подчеркивает, что **на разных стадиях изменения поведения необходимы разные типы вмешательства**. На основе этой модели изменения поведения применяются разные цели и стратегии поддержки, в зависимости от того, на какой стадии находится пациент.

Консультирование на разных стадиях изменения поведения

ВИЧ-инфекция принесла с собой необходимость изменения подходов во взаимодействии «врач – пациент», так как важнейшим условием успешности лечения является вовлечение пациента в процесс лечения, принятие им на себя ответственности за свое здоровье, за изменение поведения. Методологией формирования приверженности к лечению ВИЧ-инфекции стало консультирование, которое сочетает в себе **информирование** по вопросам, связанным со специфическим лечением ВИЧ-инфекции с оказанием пациенту **психологической поддержки**.

Во время консультирования происходит установление контакта с пациентом, информирование по вопросам ВИЧ-инфекции, АРВ терапии, пациенту дается представление об индивидуальной внутренней картине заболевания, а у врача складывается впечатление о сомнениях, опасениях и намерениях пациента. Врач может провести коррекцию искаженных представлений, оказать психологическую поддержку и мотивировать или поддерживать мотивацию на прием АРВТ, выявлять имеющиеся ресурсы.

Консультирование – взаимодействие, конфиденциальный диалог с пациентом, направленный на изменение его поведения, основанный на предоставлении информации и психологической поддержки.

Первая задача медицинского специалиста, выполняющего роль консультанта – установить, на какой стадии изменений находится пациент, определить уровень его мотивации к изменениям и затем выбрать стратегии консультирования и дальнейшей работы с пациентом. Если стратегия выбрана неудачно, пациент, скорее всего, будет проявлять сопротивление.

Примеры вопросов, помогающих определить, на какой стадии изменения поведения находится пациент:

- Думали ли вы над тем, чтобы начать принимать терапию?
- Вы планируете что-то менять/ начать лечение в ближайшие 6 месяцев?
- Пробовали ли вы раньше это делать? Что именно вы пробовали делать? Что происходило? Чего вы добились? К чему вы пришли?
- Как вы думаете, насколько вероятно, что вы сделаете что-то для изменения ситуации/ начнете прием терапии?

Примеры высказываний пациента, по которым можно оценить, на какой стадии изменения поведения он находится:

- **Стадия преднамерения (примеры высказываний):** Мне не кажется, что мне надо вообще что-то менять... Я здесь только время теряю, это меня вообще никак не касается... Я не думаю, что надо что-то менять... Я не готов к переменам... Мне не хочется об этом думать...
- **Стадия намерения (примеры высказываний):** Может быть, поговорив с вами, я смогу лучше разобраться в этом вопросе... Мне не хочется принимать таблетки, но с другой стороны... А вдруг я буду себя плохо чувствовать... Я думаю о том, что в моей жизни есть некоторые вещи, которые можно попытаться изменить...
- **Стадия принятия решения (примеры высказываний):** Мне кажется, я уже готов попробовать... Мне действительно нужно это попробовать... Мне кажется, да, пора уже что-то делать... Я боюсь, что ситуация выходит из-под контроля... Я сделаю это...
- **Действие (примеры высказываний):** Наконец-то я начал что-то делать... Если меня беспокоят какие-то проблемы, я стараюсь что-то с этим делать... Я уже кое-чего добилась сама... Правда, я боюсь, что одной мне тяжело будет со всем этим справиться... Я стараюсь изо всех сил, пытаюсь... Что я буду делать на ближайших выходных? Думаю, мне нужно участвовать в программе «Школы пациента».
- **Поддержание изменений (примеры высказываний):** Иногда мне очень нелегко, но я стараюсь... Я боюсь, что могу снова вернуться... Я пришел, чтобы вы помогли мне придерживаться того же поведения...
- **Рецидив (примеры высказываний):** У меня ничего не получится... Я не могу измениться... Не вижу серьезных причин, чтобы продолжать терапию... Не знаю, как это происходит, но я все время забываю про терапию... Я просто неудачник...

Когда пациенты находятся **на стадиях преднамерения** или намерения, необходимо информирование, предоставление печатных материалов, которые могут вызвать интерес. Главная задача, стоящая перед медицинским специалистом в данной ситуации, – заронить сомнение, способствовать осознанию важности начала приема терапии и проблем, связанных с отказом от лечения. Также необходимо на данном этапе установить контакт и выстроить взаимоотношения доверия и взаимопонимания, принять неготовность к терапии со стороны пациента. **Важно с самого начала прояснить ситуацию и установить правила: решения принимает сам пациент.** Медицинский специалист должен предлагать и предоставлять информацию в нейтральной, не осуждающей манере, объяснить риск и рассмотреть его в отношении к конкретному пациенту, поощрять переоценку существующей модели поведения, поощрять самоанализ, а не действия.

В стадии намерения, когда человек испытывает двойственность по поводу изменений, находится в нерешительности и не включает изменения в свои планы на ближайший период, медицинскому специалисту нужно определить основу изменений и развить условия для изменений, анализировать вместе с пациентом риски, связанные с отсутствием изменений. Важно укреплять самостоятельность и уверенность пациента в собственных силах относительно изменения поведения. При этом принять недостаток готовности, проанализировать с пациентом настоящую ситуацию, перспективы развития заболевания. Совместно проанализировать схему обычного дня пациента, поощрять анализ и оценку всех «за» и «против» изменения поведения, понять, обобщить и обсудить все колебания и сомнения пациента по поводу начала приема терапии.

Подчеркивать новые, положительные перспективы изменений, обнаруженные в результате анализа и оценки. Отслеживать и отражать высказывания пациента, направленные на побуждение самого себя, усиливая их. Избегать соблазна предлагать доводы в пользу изменения (необходимо поощрять самого пациента делать это).

К активной работе с пациентом по формированию приверженности можно приступить тогда, когда он достигнет стадии активных изменений. Именно тогда будет достаточно вариантов того, как помочь пациенту реализовать изменения. Другими словами, для того, чтобы изменение поведения было успешным, пациент должен быть замотивирован. При использовании определенных подходов можно помочь пациенту перейти от стадии намерения к стадии активных изменений.

В стадии подготовки к действиям, во время которой пациент принимает решение и делает первые попытки – «пробует воду», планирует начать изменения уже в течение ближайшего времени, нужно помочь пациенту наметить оптимальный план действий, направленных на изменения. Изучить вместе варианты и стратегии поведения. Определить проблемы и препятствия, поддержать пациента в их преодолении. Помочь определить возможные источники социальной поддержки, поверить в его скрытые способности для осуществления изменения поведения, поощрять небольшие начальные шаги.

Когда пациент переходит в **стадию действий**, пробует вести себя по-новому в течение 3-6 месяцев, необходимо поддержать его в первых шагах к изменениям, помочь в процессе определения целей, в планировании, поддержать при решении проблем, помочь в определении препятствий к изменению и факторов, поддер-

живающих и закрепляющих изменения, сосредоточиться на признаках изменения и социальной поддержке, укреплять самостоятельность и уверенность в собственных силах при преодолении препятствий, побочных эффектов терапии, помогать преодолевать чувство утраты прежнего образа жизни, проговаривать и укреплять понимание долговременных преимуществ изменения. На этом этапе целесообразно использование памяток (см. Приложения №4, 5), напоминаний пациенту о предстоящем визите по телефону, электронной почте, планирование более частых визитов для пациентов с неустойчивой установкой на приверженность, налаживать контакт с пациентами, пропускающими визиты, поощрять развитие самоконтроля у пациента, обучать членов его семьи для обеспечения ежедневной поддержки в достижении контроля лечения (при согласии пациента), организовать получение помощи от других членов семьи, друзей и в случае необходимости – социальных служб, информировать пациента о рекомендованных изменениях терапии и обеспечивать его письменной информацией о назначениях, постоянно выявлять проблемы, которые беспокоят пациента, предоставлять ему возможность выработать стратегию поведения для выполнения рекомендаций, оказывать помощь во включении терапии в распорядок жизни пациента.

Пациент, длительное время (от 6 месяцев до 5 лет и более) **придерживающийся нового образа поведения**, также нуждается в помощи. На данном этапе задача медицинского специалиста — поддержать клиента в определении факторов срывов и помочь разработать и применить стратегии профилактики отказа от лечения. Можно обсудить возможность противостояния отказу от терапии, определить стратегии преодоления срывов поведения, которые имели хороший результат у других пациентов, исследовать и спрогнозировать факторы, которые могут вызвать срыв, и обсудить план поддержки (психолог, другие специалисты, родные, близкие, группы самопомощи, консультант).

Если произошел срыв и пациент прекратил прием препаратов, можно помочь пациенту вернуться к процессу размышлений, подготовки к действиям, чтобы он не разочаровался и не «застрял» на прежних моделях поведения после срыва. В сложившейся ситуации можно помочь пациенту проанализировать случившееся, поддержать в рассмотрении срыва как поучительного опыта, а не как провала, оценить вместе ситуации, связанные с высоким риском, сосредоточиться на всех «за» и «против» того, чтобы вернуться к попыткам изменить поведение.

Особенности консультирования при формировании приверженности АРВ терапии

В плане психологической поддержки при консультировании врач не выполняет функции психолога, не проводит психотерапевтические сеансы, тем не менее, его роль состоит в том, чтобы признать человеческую ценность пациента, его личность, независимо от того, какими качествами он обладает, болен он или здоров, и создать атмосферу взаимной заинтересованности, доверия и понимания во время беседы. Такое отношение врача, характеризуемое как безоценочная психологическая поддержка, помогает

пациенту преодолеть тревогу и страх, возвращает способность воспринимать информацию, принимать решения, рационально действовать.

Визит к врачу зачастую сопровождается тревогой и опасениями по поводу необходимости предоставить о себе информацию, возможно, личного и конфиденциального характера, страхами, связанными с определенными изменениями в состоянии здоровья, неизвестностью вердикта, который вынесет врач. Поэтому благожелательность и поддержка врача, его эмоциональный настрой имеют важное значение для установления эффективного взаимодействия. Это относится и к ситуации назначения АРВТ, когда сам факт обсуждения необходимости лечиться говорит пациенту о его «неблагополучии». Психологическая поддержка повышает уверенность в себе, степень самоуважения, позволяет уменьшить то неблагоприятное влияние, которое оказывает ВИЧ-инфекция на состояние пациента. Вопреки бытующему мнению о том, что консультирование – прерогатива психологов, врачу необходимо иметь навыки общения для проведения эффективного консультирования. Работа с людьми, затронутыми проблемами ВИЧ-инфекции, отличается от традиционной врачебной практики, когда врач один принимает решение о том, что нужно пациенту. Конечно, это не касается каких-то вопросов оказания экстренной неотложной помощи, но в целом, пациенты с ВИЧ должны вовлекаться в процесс принятия решения, должны самостоятельно решать многие проблемы, принимать на себя ответственность за свое здоровье. Если врач не примет данного подхода, в дальнейшем у него самого могут возникнуть сначала психологические, а затем и соматические проблемы, приводящие к состоянию эмоционального/профессионального выгорания.

Для успешного консультирования необходимо выполнение ряда условий:

- *продолжительность по времени,*
- *доброжелательность,*
- *толерантное отношение к пациенту, независимо от личностных особенностей и образа жизни пациента, его взглядов на лечение и эффективность тех или иных методов терапии.*

С пациентом необходимо обсуждать вопросы назначения лечения, выяснять его сомнения, беспокойства по поводу возможных побочных эффектов препаратов, идентифицировать представления пациента о других эффективных методах лечения.

Привнесение личного отношения в консультирование, оценочное отношение, нежелание выслушивать и обсуждать опасения пациента не позволяют врачу действовать профессионально и в результате могут приводить к терапевтической неудаче.

При проведении консультирования врачу необходимо руководствоваться обязательными общепринятыми принципами:

- *конфиденциальность,*
- *доступность,*
- *структурированность,*
- *клиент-центрированный подход,*
- *безусловное уважение пациента,*
- *эмпатия,*
- *искренность консультативного контакта (подробнее см. Приложение №3).*

Врач должен доносить информацию в доступной форме, исключить из объяснений специфическую, непонятную для пациента профессиональную терминологию и получить обратную связь от пациента, все ли пациент понял правильно, как он интерпретировал данную врачом информацию.

Консультирование при приеме АРВ-терапии в конечном итоге направлено на повышение приверженности принимаемой терапии.

Этапы консультирования

На первом (общем) этапе консультирования важно выяснить представления пациента о ВИЧ-инфекции, о лечении этого заболевания, а также в доступной форме рассказать о целях АРВТ, выгодах ее приема, требованиях к режиму лечения. На этом этапе консультирование может быть групповым.

На втором (индивидуальном) этапе консультирования врач выясняет проблемы, связанные с лечением заболевания у конкретного пациента. Необходимо спросить пациента, как он относится к лечению, готов ли к нему, что может помешать регулярному приему препаратов АРВТ и посещению врача для получения препаратов и контроля лечения. Выявить проблемы, которые могут помешать выработке приверженности. (см. Приложения №1, 2, 7). В случае необходимости – привлечь к работе над решением различных проблем пациента членов мультипрофессиональной команды.

На третьем (поведенческом) этапе консультирования при наличии готовности к началу лечения обсуждаются вопросы, связанные с режимом терапии, побочными эффектами и способами их коррекции; оформляется добровольное информированное согласие на лечение; подчеркивается взаимный характер обязательств, которые принимают на себя участники терапевтического процесса.

Во время консультирования обсуждаются вопросы, способствующие повышению приверженности, разрабатывается план лечения, предоставляется график приема препаратов и визитов к врачу, определяется режим терапии с минимально возможными частотой приема и количеством препаратов, при наличии производится выдача вспомогательных средств (таблетница, таймер и др.), происходит обмен контактной информацией, позволяющей пациенту при необходимости обратиться к врачу. Врач информирует о наличии групп взаимопомощи и иных СПИД-сервисных ресурсов, доступных в регионе.

«Лечение, целение есть совместное дело врача и самого пациента. В каждом индивидуальном случае должно быть создано некое врачебно-целебное «мы»: он и я, я и он, мы вместе и сообща должны вести его лечение».

(И.А. Ильин, русский философ, писатель и публицист, 1883 -1954)

Врач должен понимать, что пациенты не могут быть привержены терапии, если они не понимают ее целей, поэтому во время консультирования важно объяснить эти моменты пациенту: уменьшение вирусной нагрузки; поддержание иммунитета; снижение заболеваемости оппортунистическими инфекциями и смертности.

При проведении консультирования необходимо обратить внимание на образ жизни пациента, оценить его рабочий график; выяснить, часто ли он путешествует; сможет ли он принимать лекарства на работе так, чтобы это никто не видел; каковы взаимоотношения в семье; кто из близких знает о терапии и может напомнить о приеме лекарств, каково его психологическое состояние, нет ли у него признаков наличия депрессивного состояния. Так как депрессия и предшествующие ей состояния являются плохим

прогностическим признаком в плане формирования приверженности, то специалисты рекомендуют перед началом назначения терапии использовать для предварительной оценки Шкалу тревожности Шихана, чтобы в случае необходимости направить пациента для получения помощи специалистов (см. Приложение №7).

Работа «Школ пациента» по формированию устойчивой приверженности АРВ терапии

«Школа пациентов» относится к немедикаментозным методам профилактики, лечения и медицинской реабилитации, в составе медицинских услуг для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением, входящих в Стандарты первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи при болезни, вызванной ВИЧ (утв. приказами Минздрава РФ №1511н и №758н).

“Школа пациента” – это системная деятельность по оказанию и содействию в получении комплекса специализированных медицинских, психологических и социальных услуг для людей с ВИЧ-инфекцией и их близкого окружения, основанная на медико-социальном сопровождении клиентов и объединении усилий соответствующих профильных служб, в целях повышения эффективности лечебно-профилактических мероприятий и развития приверженности им.

Целью работы «Школ пациентов» является формирование у пациентов устойчивой приверженности к диспансеризации и лечению ВИЧ-инфекции, повышение эффективности лечебно-профилактических мероприятий на базе специализированных медицинских учреждений.

«Школа пациента» – это одна из наиболее эффективных групповых форм работы с людьми, затронутыми эпидемией ВИЧ-инфекции, которая основывается на том, что коллективное воздействие на поведение человека, как части социума, является более эффективным, чем индивидуальная работа, в силу того, что процесс принятия человеком решения в результате обсуждения в группе может повлиять на его поведение на многие последующие месяцы. Это связано с тем, что индивид сопротивляется изменениям, если они предполагают отход от групповых норм, и, наоборот, при изменении групповых норм изменение взглядов отдельного индивида достигается гораздо легче (Левин К., 1948).

«Обычно легче изменить индивидуумов, собранных в группу, чем изменить каждого из них в отдельности».

Курт Левин

В технологии проведения «Школы пациента» активно используется и введенное Левиным понятие «обратной связи», которое предполагает, что для того, чтобы выявить и изменить свои неадаптивные установки и выработать новые формы поведения, люди должны учиться видеть себя такими, какими их видят другие. Для этого в психологической работе группы вводится специальная процедура – «обратная связь», которая призвана способствовать обмену чувствами, впечатлениями и мнениями между участниками по поводу происходящего в группе. Работы К. Левина (1948, 1951 гг.) в области групповой динамики стали классическими, а его идея создания групп и изучения их деятельности стала краеугольным камнем движения Т-групп (тренинг-групп).

Предложенные К. Левиным технологии активно используются в сфере ВИЧ-инфекции для выявления и корректировки негативных установок, для формирования новых форм поведения, в том числе приверженности АРВ терапии.

Эффективность такой формы работы как «Школа пациента» при различных патологиях доказана результатами многочисленных исследований: так, выявлено, что внедрение в практику «Школ» для пациентов с артериальной гипертонией позволяет уже в течение одного года получить значительную медицинскую эффективность¹⁰. В результате обучения пациентов и формирования партнерства между врачом и пациентом в лечебном процессе вдвое увеличивается частота достижения целевого уровня артериального давления у пациентов (с 21% до обучения до 48%). Достоверно уменьшается число пациентов с ожирением (на 5,4%), с умеренной и выраженной гиперхолестеринемией (на 39%), снижается частота курения (на 52%).

«Школы пациентов» для людей, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции, нацелены на:

- *снижение нагрузки на медицинский персонал специализированной медицинской сети;*
- *формирование у пациентов теоретической базы знаний о ВИЧ-инфекции, включая вопросы лечения и АРВТ;*
- *оказание помощи ЛЖВ при принятии решения о начале терапии;*
- *выработку установок и форм поведения, способствующих формированию устойчивой приверженности;*
- *мотивацию пациентов на прохождение регулярной диспансеризации;*
- *формирование осознанного отношения к здоровью, мотивации к приему терапии;*
- *формирование у пациентов практических навыков приема лекарств (в том числе, навыков, связанных с распорядком дня, питанием, привычками, а также с самоконтролем и самопомощью).*

В рамках деятельности «Школы» регулярно проводятся циклы групповых занятий по установленной программе. Проведение «школ» не регламентировано, но существуют отработанные методики их проведения¹¹.

¹⁰ Куделькина Н. А., Дума С. Н., 1999. Михайлова Н. В., Гилязетдинов Д. Ф., 1999.

¹¹ Практическое руководство по организации социального сопровождения пациентов с ВИЧ-инфекцией (с использованием опыта «Школ пациента»), 2011, Фонд развития МСП.

Групповые занятия могут предусматривать как общую часть для представителей всех целевых групп, так и проведение тематических занятий для отдельных категорий пациентов: женщин, наркозависимых, дискордантных пар, родителей с ВИЧ-положительными детьми, беременных/планирующих беременность.

Групповые занятия обычно проводятся врачом в паре с равным консультантом. Другие специалисты и участники мультипрофессиональной команды привлекаются по необходимости. В распоряжение персонала предоставляются методические и информационные материалы для групповых занятий.

Участники, приходя на первое занятие, как правило, перед началом лечения, получают информацию о понятии приверженности, о ее влиянии на эффективность лечения, о конкретных препаратах, которые предстоит принимать. Обсуждают вопросы сотрудничества «врач – пациент» во время АРВ терапии, необходимость командного подхода к предстоящему лечению, в котором пациенту отводится активная роль. Во время дискуссий, к которым привлекаются врачи, психологи поднимаются и разбираются вопросы отношения к предстоящему лечению, обсуждаются сомнения и опасения пациентов. Обсуждаются вопросы индивидуальной адаптации пациентов к лечению, а также нефармакологические способы поддержания здоровья, в частности, вопросы питания при ВИЧ-инфекции. При необходимости после группового занятия проводится индивидуальное консультирование пациентов.

Так как в первый месяц приема препаратов происходит отработка навыков и адаптация пациентов к режиму, то этот период является наиболее сложным. Для таких пациентов рекомендуется начинать занятия в течение месяца после начала лечения.

Занятия «школы» могут быть посвящены проблеме распознавания стресса и совладания с ним. Программа занятия может строиться гибко в зависимости от запросов пациентов, важно, чтобы форма подачи материала была максимально доступной. В работу «Школы пациента» привлекаются не только пациенты, получающие АРВ терапию, но и по необходимости их родственники, партнеры. Темы дискуссий зачастую определяются по запросу самими участниками, обсуждаются случаи прерывания терапии, участники могут оказывать друг другу поддержку, делясь собственными стратегиями решения различного рода проблем, связанных с неприверженностью. Многие участники, благодаря используемым технологиям динамики группы, в течение занятий проходят процесс трансформации отношения от полной закрытости на первом занятии до активного заинтересованного вовлечения в общие дискуссии, групповую работу, наблюдается изменение отношения к своему заболеванию, появляется ощущение уверенности в себе, чувство защищенности.

Тем не менее, с некоторыми пациентами могут возникать трудности при привлечении на занятия «Школы пациентов», что чаще всего связано с формальным отношением их к занятиям либо их поведенческими реакциями, обусловленными зависимостью от ПАВ.

Мультипрофессиональный подход как эффективный принцип работы в сфере оказания помощи пациентам с ВИЧ

Мультипрофессиональный подход – это принцип работы, рекомендуемый к применению в сфере оказания помощи пациентам с ВИЧ, основанный на объединении усилий группы специалистов вокруг потребностей пациента. В рамках такого подхода помощь пациенту оказывает команда специалистов (врач-инфекционист, медсестра, психолог, социальный работник, психиатр-нарколог, врач-фтизиатр, «равный» консультант и т.д.), которая работает как единое целое.

Цель такой работы – разносторонняя, комплексная помощь пациенту. Организованная таким образом система помощи позволяет формировать приверженность к АРВ терапии, проводить вторичную профилактику ВИЧ-инфекции. В данном случае в центре внимания находится пациент, его потребности и интересы.

Преимущества междисциплинарной командной работы:

- Пациент рассматривается с точки зрения комплекса его проблем и помощь ему предоставляется на основе комплексной диагностики потребностей: медицинских, психологических, социальных.
- Командный подход к оценке проблем и потребностей, коллегиальность в ранжировании проблемных аспектов способствует правильной расстановке приоритетов и точному принятию решения о первоочередных задачах в оказании помощи.

- Междисциплинарный подход способствует включению при необходимости в оказание помощи дополнительных ресурсов специалистов «внутренней» и «внешней» сети, партнерских организаций.

- Работа специалистов строится на принципах личной вовлеченности и поддержки командного духа и является способом профилактики «выгорания» специалистов.

Для пациентов, получающих помощь в результате согласованных действий команды подготовленных специалистов:

- значительно облегчается контакт со специалистами, вовлеченными в оказание помощи;
- повышается степень доверия к специалистам и к предлагаемой помощи;
- помощь становится более доступной в результате снижения «порога» государственных учреждений;
- восстанавливаются социальные связи, что способствует получению поддержки от социального окружения;
- в поддерживающей безопасной атмосфере пациент приобретает навыки зрелого межличностного общения: управления эмоциями, социально приемлемого самовыражения, уважения межличностных границ;
- формируется приверженность наркологическому лечению, что служит предпосылкой обеспечения приверженности лечению ВИЧ-инфекции.

Мультипрофессиональный подход уравнивает всех членов команды в ответственности каждого за достижение общего результата, при этом каждый член команды понимает, что без взаимодействия с остальными специалистами возможность успешного результата в работе с неприверженными, недостаточно мотивированными пациентами значительно снижается. Команда, состоящая из различных специалистов, имеет больше шансов помочь пациенту справиться с разнообразными проблемами. При этом члены команды перенимают знания и опыт друг друга, а разнопрофильный состав специалистов приводит к росту творческого потенциала в коллективе.

Мотивация ВИЧ-положительного пациента на получение помощи повышается через сопровождение пациента МПК в период адаптации к лечению, создание для него условий получения многопрофильной помощи на базе медицинских служб, учреждений социальной помощи, доступность консультирования по вопросам лечения способствует формированию и поддержанию приверженности к терапии.

Распределение обязанностей и закрепление зон ответственности за каждым специалистом МПК помогает справиться с такими сложностями в работе, как отсутствие преемственности при консультировании различными специалистами одного пациента, т.е. дублирование получаемой и выдаваемой информации. И каждый специалист МПК, работая с узкой проблемой пациента, преследует при этом общую цель – сформировать и поддержать приверженность к АРВТ.

При подготовке сотрудников МПК особое внимание уделяется навыкам консультирования и коммуникации. Важным моментом является готовность всех специалистов МПК не только предостав-

лять пациенту достоверную информацию по вопросам профилактики, заболевания и лечения ВИЧ-инфекции, а также их умение оказывать психологическую и эмоциональную поддержку пациентам. Необходимые навыки приобретаются в результате обучающих мероприятий, тренингов. Получение новых профессиональных навыков приводит к новому уровню взаимоотношений между врачом и пациентом.

При организации наблюдения и лечения при ВИЧ-инфекции действия специалистов МПК должны быть ориентированы на долгосрочное планирование взаимоотношений с пациентом. Информирование в процессе каждого консультирования должно носить конкретный характер, в соответствии с запросом и потребностями пациента на текущий момент, и заканчиваться договоренностью о времени следующей консультации. Последовательность в действиях специалиста и пациента способствует формированию долгосрочных отношений и повышению ответственности пациента за собственное здоровье.

При организации работы команды по формированию приверженности к лечению необходимо учитывать законы групповой динамики. Групповая динамика – это процесс взаимодействия членов организации на основе взаимозависимости и взаимовлияния в целях удовлетворения как личных, так и групповых интересов и потребностей. В коллективе растет понимание того, что при организации работы по командному принципу наиболее заметны все удаchi и промахи каждого ее члена. Поэтому через взаимодействие и личную ответственность сотрудники начинают добиваться наилучших результатов в работе с пациентами, нуждающимися в терапии. Работа МПК, направленная на поиск и использование не только внешних, но и внутренних,

скрытых ресурсов пациента перспективна в плане укрепления самостоятельности пациента, усиления его собственных возможностей и потенциала.

Эффективные усилия команды по привлечению и удержанию пациентов, нуждающихся в противоретровирусной терапии, приводят к тому, что посещаемость пациентами специалистов МПК

значительно увеличивается, при этом возрастает и объем получаемой пациентами помощи, возрастает число вовлеченных в процесс помощи значимых лиц из окружения пациентов, возрастает объем обсуждаемых в течение консультирования и решаемых совместно со специалистами психологических и социальных проблем.

Социальное сопровождение и поддержка лиц, живущих с ВИЧ

Социальное сопровождение и поддержка лиц, живущих с ВИЧ, – это форма работы МПК, направленная на содействие решению социально-психологических проблем пациента, на устранение ограничений в получении медицинской помощи, на улучшение качества жизни пациентов с ВИЧ, которое достигается предоставлением доступа к необходимой помощи и формированием приверженности лечению, получением социально-психологической и правовой поддержки.

В ходе социального сопровождения:

- *осуществляется помощь в трудоустройстве, получении документов, решении проблем с жильем, получении медицинской помощи в других ЛПУ и пр.;*
- *проводится консультирование по вопросам решения психологических проблем, депрессии, страхов в отношении лечения или побочных эффектов;*
- *проводится консультирование по социально-правовым вопросам, нерешенность которых влияет на качество жизни пациента.*

В процесс социального сопровождения пациента с ВИЧ при необходимости вовлекаются психологи, социальные работники, юристы. Специалисты могут быть штатными или приглашенными из партнерских учреждений/организаций.

В рамках соцсопровождения проводится специализированное консультирование, которое помимо решения различных проблем пациента, напрямую не связанных с лечением, но влияющих на приверженность и мотивацию к лечению, способствует повышению значимости в глазах пациента государственных учреждений, предоставляющих услуги. Специализированное консультирование может осуществляться как в индивидуальном формате, так и в формате групповых занятий/тематических семинаров. Социальная помощь является обязательным компонентом комплексной медико-социальной помощи ВИЧ-положительным пациентам и членам их семей. Она направлена на профилактику распространения ВИЧ-инфекции, улучшение качества жизни пациентов с ВИЧ через оказание им поддержки в решении трудной жизненной ситуации (социально опасного положения).

Основные задачи, которые ставятся в ходе сопровождения ВИЧ-позитивных пациентов:

- создание условий, при которых пациенты могут реализовать все гарантированные им по закону права (на медпомощь и т.п.);
- помощь в создании условий жизнедеятельности (учебы, работы, лечения, отдыха), в которых пациент чувствовал бы себя востребованным, включенным в социум;
- увеличение степени самостоятельности пациентов, их способности контролировать свою жизнь и более успешно разрешать возникающие проблемы;
- создание условий, в которых пациенты могут в максимальной мере проявить свои возможности и на их основе адаптироваться к новым условиям жизни в обществе;
- достижение такого результата, когда необходимость в социальном сопровождении пациента отпадает.

Технические средства, направленные на формирование приверженности

При формировании приверженности используются все шире различные методы технического воздействия: напоминания, дневники контроля приема препаратов, будильник; блистеры с указанием дней недели; таблетницы с таймером на неделю, таблетницы с электронным микрочипом, крышки для стандартного пузырька с лекарством с напоминанием о приеме очередной дозы препарата; телефонное консультирование; автоматический обзвон пациентов; напоминания посредством мобильного телефона и компьютера (SMS-напоминания, электронная почта).

Причиной нерегулярного приема препаратов многие пациенты называют забывчивость. Особенно при появлении побочных эффектов, неприятном вкусе препаратов, неудобной для потребления форме препарата пациент может, даже при желании регулярного приема, подсознательно вытеснять из памяти именно в часы приема информацию о препарате. В таких случаях помогают не забыть принять препарат вовремя простые напоминания в виде листка-стикера, прикрепленного на видном месте (дверца холодильника, рабочий стол), звонка будильника мобильного телефона в определенное время.

Ведение «Дневника самоконтроля», в котором указаны время приема препарата, доза препарата, помогает некоторым пациентам выполнять предписания врача, контролировать правильность приема, быстро выявлять пропуски приема.

Блистеры с препаратом с указанием дней недели позволяют забывчивым пациентам не пропустить очередную дозу препарата. Сочетание блистеров и телефонных напоминаний позволило увеличить приверженность в исследуемой группе пациентов на 23%, а в группе, где использовались только напоминания, а таблетки выдавались в обычной банке, всего на 8%¹².

¹² Pomerantz JM. 2004.

Таблетницы помогают организовать прием препаратов, распределить таблетки и различные медикаменты по времени приема, не забывать их принимать. Применение таблетниц очень удобно в домашних условиях, на работе, в поездках, а также в условиях больниц и клиник. Простые таблетницы имеют разделение на дни недели и время суток (утро, день, вечер, ночь), выдвигающийся корпус и отдельно открывающиеся в определенные дни ячейки. К некоторым таблетницам прилагается острый стальной делитель таблеток. Для удобства слепых и слабовидящих людей на крышке может находиться шрифт Брайля.

Электронные таблетницы показали свою эффективность не только в плане напоминания пациенту о приеме препарата, но и в плане изучения оценки приверженности терапии¹³.

Консультирование по телефону. Оценка влияния автоматизированного телефонного мониторинга и консультирования по телефону на приверженность пациентов к антигипертензивной терапии и на контроль артериального давления показала абсолютное повышение приверженности на 17% среди пациентов группы вмешательства и 11,7% среди контрольной группы. Подгрупповой анализ выявил больший эффект среди ранее не приверженных пациентов.

Отправляемые напоминания. Напоминания могут быть телефонными, могут отправляться по почте либо SMS-сообщением. Ряд исследований разных лет продемонстрировали усиление приверженности терапии от таких вмешательств, как короткие стандартизированные телефонные звонки с напоминанием о необходимости приема препарата¹⁴. Успешной оказалась стратегия с использованием информационных листов, телефонных и почтовых напоминаний у ранее леченых гипертоников. Приверженность в группе, где использовались блистеры совместно с телефонными напоминаниями, была выше – 23%, а в группе, где использовались только напоминания, а таблетки выдавались в обычной банке, всего 8%¹⁵.

Связь пациента через компьютерную сеть с медицинским центром. Приверженность пациентов повышается, если пациент еженедельно связывается с медицинским центром через компьютерную сеть¹⁶. В данном исследовании пациенты мониторировали артериальное давление дома и еженедельно связывались через компьютерную сеть с центром. Во время звонка пациент сообщал свое давление, приверженность к антигипертензивной терапии и побочные эффекты, если они были. Информация передавалась лечащему врачу. При необходимости пациент имел возможность проконсультироваться с врачом. После 6 месяцев программа показала абсолютное повышение приверженности среди пациентов, находящихся на связи, по сравнению с контрольной группой.

Применение метода автоматического обзвона. Система автоматических обзвонков применяется как инструмент оповещения неограниченного числа абонентов по спискам или базам данных, который в автоматическом режиме доносит подготовленную информацию до абонента. Автообзвон самостоятельно осуществляет процедуру дозвона: набор номера, ожидание ответа, пропуск сигналов «занято». Звонок приходит абоненту только после того, как абонент отвечает на вызов.

¹³ McAdam-Marx C, Ye X, Sung JC, Brixner DI, Kahler KH. 2009., Vrijens B, Belmans A, Matthys K, deKlerk E, Lesaffre E. 2006.

¹⁴ Hagstrom B, Mattsson B, Rost IM, Gunnarsson RK 2004. Collier AC, Ribaudo H, Mukherjee AL, et al. 2005.

¹⁵ Pomerantz JM. 2004.

¹⁶ Vrijens B, Belmans A, Matthys K, deKlerk E, Lesaffre E. 2006.

1. Агеев Ф.Т., Фофанова Т.В., Смирнова М.Д. Методы оценки, контроля и повышения приверженности терапии. Методические рекомендации. ФГБУ РКНПК Минздрава России, 2013;
2. Антиретровирусная терапия ВИЧ-инфекции у взрослых и подростков: рекомендации с позиций общественного здравоохранения. ВОЗ, 2010;
3. Базовые определения процесса формирования приверженности лечению ВИЧ-инфекции: результаты опросов специалистов и пациентов (Беляева В.В., Коннов В.В., Козырина Н.В.), 2014;
4. Беляева В.В. Повышение приверженности к антитретровирусной терапии и предупреждение лекарственной устойчивости, 2009;
5. Беляева В.В., Кравченко А.В. Приверженность высокоактивной противоретровирусной терапии при ВИЧ-инфекции. Пособие для врачей, 2004;
6. Бикмухаметов Д.А. Влияние индивидуальных особенностей ВИЧ-инфицированного пациента на приверженность антитретровирусной терапии, 2007;
7. Вопросы оказания специализированной медицинской помощи при ВИЧ-инфекции у лиц, употребляющих психоактивные вещества. Учебное пособие, Фонд «Здоровая Россия», 2010;
8. Дети и ВИЧ: проблемы и перспективы. Материалы конференции, 2014;
9. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации (V пересмотр) – раздел 9 «Формирование приверженности к лечению дислипидемий», 2012;
10. Доклад «30 лет эпидемии СПИДа: страны на перепутье», ЮНЭЙДС, 2011;
11. Койчуев А.А. Приверженность в лечении: методики оценки, технологии коррекции недостаточной приверженности терапии / «Медицинский вестник Северного Кавказа», 2013, N3. С. 65-69;
12. Концепция «Комплексная программа по профилактике и лечению социально значимых заболеваний среди потребителей инъекционных наркотиков». ЭСВЕРО, 2011;
13. Лечение 2015. Доклад ЮНЭЙДС, 2015;
14. Лещева Г.Г. Организация работ по формированию приверженности лечению при ВИЧ-инфекции, 2014;
15. Любаева Е.В., Ениколопов С.Н. Роль индивидуальных психологических характеристик пациентов в формировании приверженности терапии туберкулеза и ВИЧ / «Консультативная психология и психотерапия», 2011, N2. С. 111-127;
16. Меры по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах: уход, лечение и поддержка при ВИЧ-инфекции. Серия аналитических обзоров. ВОЗ, 2007;
17. Москвичева М.Г., Кытманова Л.Ю., Дегтярёв А.А. Организация работы по формированию и сохранению приверженности диспансерному наблюдению и лечению при ВИЧ-инфекции. Южно-Уральский государственный медицинский университет, 2014;

18. Национальные клинические рекомендации по диагностике и лечению ВИЧ-инфекции у взрослых, Национальная вирусологическая ассоциация, Мазус А.И. и др., 2014;
19. Организация работы по повышению приверженности пациентов к антиретровирусной терапии. Методические рекомендации (утв. Минздравсоцразвития РФ 06.08.2007 N 5960-РХ);
20. Практическое руководство по организации немедических сервисов для ВИЧ-позитивных женщин и их детей. Фонд развития МСП, 2012;
21. Практическое руководство по организации социального обслуживания пациентов с ВИЧ-инфекцией (с использованием опыта «Школ пациента»). Фонд развития МСП, 2011;
22. Протоколы диспансерного наблюдения и лечения больных ВИЧ-инфекцией. Национальное научное общество инфекционистов, Покровский В.В. и др./ «Эпидемиол. инфекц. болезни. Актуал. вопр.», 2014, N 6;
23. Профилактика ВИЧ-инфекции. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.5.2826-10. Роспотребнадзор, 2011;
24. Профилактика заражения ВИЧ. Методические рекомендации МР 3.1.0087-14. Роспотребнадзор, 2014;
25. Развитие приверженности диспансеризации и лечению ВИЧ-инфекции. Практическое пособие на основе опыта программы медико-социального сопровождения пациентов «Опора». Фонд развития МСП, 2015;
26. Рекомендации Европейского клинического общества СПИДа (EACS). Версия 8, 2015;
27. Руководство ЮНЭЙДС по терминологии, октябрь 2011;
28. Сводное руководство по ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения: профилактика, диагностика, лечение и уход, ВОЗ, 2014;
29. Сирота Н.А., Ющук Н.Д., Федяева О.Н. Проблема низкой приверженности АРВТ у больных ВИЧ-инфекцией и способы их выявления/ «Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика», 2014, N 3 (5). С. 10;
30. «Ускорение: прекращение эпидемии СПИДа к 2030г.». ЮНЭЙДС, 2014;
31. Федяева О.Н. ВИЧ-инфекция и приверженность антиретровирусной терапии, 2014;
32. Федяева О.Н., Сирота Н.А. Факторы риска неприверженности антиретровирусной терапии у больных ВИЧ-инфекцией и способы их выявления / «Медицинский совет», 2014, N7. С. 77-80;
33. Федяева О.Н., Ющук Н.Д., Сирота Н.А., Балмасова И.П. Кластерный принцип определения ключевых факторов приверженности больных ВИЧ-инфекцией антиретровирусной терапии / «Психическое здоровье», 2014, N8;
34. Фролова С.В. Психотехнология групповой работы. Учеб.-метод. пособие для студентов, обучающихся по направлению «Психология», 2011;
35. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. World Health Organization, 2003;
36. Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV. World Health Organization, 2015.

Антиретровирусные (АРВ) препараты – медицинские препараты, способные подавлять размножение вируса иммунодефицита человека.

Антиретровирусная терапия (АРВТ) с использованием АРВ препаратов применяется для лечения пациентов с ВИЧ-инфекцией. На современном этапе АРВТ не позволяет полностью элиминировать ВИЧ из организма пациента, но останавливает размножение вируса, что приводит к восстановлению защитных функций иммунной системы, предотвращению развития или регрессу вторичных заболеваний, сохранению или восстановлению трудоспособности пациента и сохранению нормальной продолжительности жизни. Эффективная антиретровирусная терапия одновременно является и профилактической мерой, снижающей опасность передачи вируса.

ВИЧ-инфекция – заболевание, вызванное вирусом иммунодефицита человека.

Дискордантные пары – пары, в которых один из половых партнеров имеет ВИЧ-позитивный статус.

Доверенные специалисты – специалисты (врачи различных специальностей), имеющие навыки налаживания доверительных, безоценочных отношений, толерантного отношения к пациентам.

Комбинированная терапия (то же что АРВТ/АРТ/ВААРТ) – использование сочетания трех и более лекарственных препаратов для лечения ВИЧ-инфекции. Иногда её также называют трех- или четырехкомпонентной терапией, а также высокоактивной антиретровирусной терапией.

Медицинская помощь – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

Медицинская услуга – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

Междисциплинарная (мультипрофессиональная) команда – команда специалистов различного профиля, сформированная в целях оказания пациентам комплекса взаимодополняемых услуг для повышения доступности, качества и эффективности медицинской помощи; в состав МДК входят как специалисты, оказывающие помощь на базе СПИД-сервисной организации, либо профильного учреждения, так и специалисты различных учреждений, в которых пациенты получают дополнительные услуги; МДК работает с получателем услуги по плану социально-психологического сопровождения; в ходе работы практикуются совместные междисциплинарные обсуждения случаев (консилиумы), принятие коллегиальных решений, сохраняющих общую линию в оказании помощи.

Междисциплинарный (мультипрофессиональный) подход – системный интегрированный тип работы, когда различные специалисты, вне зависимости от их специализации, объединившись в одну команду, оказывают помощь пациентам.

Психоактивные вещества (ПАВ) – химические и фармакологические средства, влияющие на физическое и психическое состояние, вызывающие зависимость. К ним относятся наркотические средства (наркотики), транквилизаторы, алкоголь, никотин и другие средства.

Равное консультирование (в области ВИЧ-инфекции) – конфиденциальный диалог между ВИЧ-положительными людьми, один из которых выступает в качестве консультанта, а другой в качестве клиента. Равный консультант должен иметь успешный опыт жизни с ВИЧ и владеть необходимыми для консультирования знаниями и навыками. Равное консультирование помогает ЛЖВ преодолеть стресс и принять информированные решения относительно жизни с ВИЧ.

Равные консультанты – специалисты, являющиеся людьми, живущими с ВИЧ, которые легко устанавливают «равный» контакт с пациентами, имеют личный успешный опыт преодоления проблем, связанных с ВИЧ-инфекцией, наркоманией и т.п. Р.к. должны иметь подготовку по следующим вопросам: навыки консультирования, общая информация о профилактике, диагностике, лечении (формирование приверженности лечению) ВИЧ-инфекции, гепатитов, туберкулеза, наркозависимости и др.

Резистентность – устойчивость вируса к АРВ препаратам.

Синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) – комплекс вторичных симптомов, вызываемых ВИЧ-инфекцией, характеризующийся присоединением инфекций и развитием полиорганной недостаточности. СПИД – состояние, возникающее на поздних стадиях ВИЧ-инфекции и характеризующееся наличием выраженных болезненных симптомов и проявлений инфекционных и/или онкологических заболеваний.

Социально значимые заболевания – заболевания, наносящие ущерб обществу и требующие социальной защиты человека. Основным явным признаком, закладываемым в понятие «социальной значимости» сегодня – это массовость заболевания, дополнительный признак – опасность заболевания для окружающих. К социально значимым заболеваниям, в соответствии с постановлением Правительства от 1 декабря 2004 г. №715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих», относятся: туберкулез; заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека; злокачественные новообразования; инфекции, передаваемые половым путем; вирусные гепатиты; психические расстройства и расстройства поведения; сахарный диабет; болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением.

Сопровождение – система поддержки лиц, попавших в трудную жизненную ситуацию; осуществляется на основе взаимодействия специалистов разного профиля – психологов, педагогов, медицинских и социальных работников, с целью сохранения и укрепления социального, психологического и физического здоровья сопровождаемых.

Толерантность – уважение, принятие и правильное понимание богатого многообразия культур нашего мира, форм самовыражения людей и способов проявлений человеческой индивидуальности.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Оценка готовности пациентов к терапии (Рекомендации Европейского клинического общества СПИДа (EACS))

Оценка готовности ВИЧ-инфицированных пациентов начать и продолжать АРТ^(к)

| | |
|--|---|
| Цель: помочь пациентам начать и/или продолжать АРТ | |
| Для того, чтобы АРТ была успешной, необходима готовность пациента ее начать и его приверженность выбранной схеме лечения в течение продолжительного периода времени. От осознания проблемы до применения АРТ пациент проходит путь, состоящий из 5 стадий. Понимая стадии готовности пациента, врач, используя специальные методы, помогает ему начать и продолжать АРТ. | Определите стадию готовности пациента, используя технику WEMS ^(л) , и проведите с ним беседу, стимулируя его к разговору и задавая вопросы, допускающие несколько ответов. <i>«Я бы хотел поговорить с вами о лечении ВИЧ,»</i> <пауза> <i>«что вы об этом думаете?»</i> На основании ответов пациента, определите стадию его готовности и дальше действуйте соответственно ^(м) . |
| Стадии готовности начать АРТ | |
| Неосознанность: <i>«Мне это не нужно, я хорошо себя чувствую».</i> <i>«Я не хочу об этом думать».</i> | Поддержка: покажите, что вы уважаете позицию пациента / постарайтесь понять убеждения пациента в отношении здоровья и лечения / установите доверие / предоставьте пациенту краткую информацию, в соответствии с его индивидуальными потребностями / назначьте дату следующего посещения. |
| Осознание: <i>«Я взвешиваю все «за» и «против», разрываюсь между ними и не знаю, что делать».</i> | Поддержка: не запрещайте двойственность / помогите пациенту взвесить все «за» и «против» / оцените потребность пациента в информации и помогите ему ее найти / назначьте дату следующего посещения. |
| Подготовка: <i>«Я хочу начать; я думаю, что лекарства позволят мне жить нормальной жизнью».</i> | Поддержка: поддержите решение пациента / вместе с пациентом выберите наиболее подходящую схему лечения / расскажите ему о приверженности к лечению, о резистентности, о побочных эффектах и т.д. / обсудите включение лечения в обычный распорядок дня / оцените веру пациента в собственные силы. Задайте вопрос: Уверены ли вы, что, начав лечение, сможете и в дальнейшем принимать лекарства так, как мы с вами договорились (указать, как именно)? Используйте шкалу VAS 0-10 ^(н) . Обдумайте наработку навыков: <ul style="list-style-type: none">• Обучение приему препаратов;• Лечение под непосредственным наблюдением, с обучением и поддержкой;• Использование подручных средств (коробочки для таблеток, напоминания на мобильном телефоне и т.д.);• Привлечение, по мере надобности, вспомогательных средств и помощи других людей. |
| Поступок: <i>«Я сейчас начну».</i> | «Последняя проверка»: После того как план лечения разработан, способен ли пациент начать АРТ? |

НАЧАТЬ АРТ

Лечение:

«Я буду продолжать»
или «У меня есть затруднения,
которые продолжаются в течение
длительного времени».

Предостережение: Пациент может вернуться
на одну из предыдущих стадий, даже со стадии
«лечение» на стадию «неосознанность»



Оцените: Приверженность - каждые 3-6 месяцев^(iv).

Оцените приверженность:

Пациентам с хорошей приверженностью: покажите, что вы цените их успехи.

Оцените: Мнение самого пациента о том, может ли он продолжать лечение и соблюдать схему лечения.

Задайте вопрос: Вы уверены, что в следующие 3-6 месяцев вы будете принимать эти лекарства? Используйте шкалу VAS 0-10⁽ⁱⁱⁱ⁾.

Для пациентов с удовлетворительной приверженностью: используйте метод «отражения»^(v) при обсуждении проблем; для выявления опасений в отношении неспособности пациента соблюдать схему лечения задавайте вопросы, допускающие несколько ответов.

Оцените: Стадию готовности и соответствующим образом поддержите пациента.

Оцените: Препятствия и облегчающие факторы^(vi).

Назначьте дату следующего посещения и еще раз поддержите пациента.

Выявление и обсуждение препятствий и облегчающих факторов

Систематической оценке должны подлежать:

- Депрессия^(vii)
- Когнитивные проблемы^(viii)
- Злоупотребление алкоголем или наркотиками^(ix)

Темы для обсуждения:

- Социальная поддержка, раскрытие статуса
- Медицинское страхование, непрерывность наличия препаратов
- Факторы, связанные с лечением

Выявляйте, обсуждайте и устраняйте проблемы, с привлечением, по мере возможности, врачей-специалистов различных профилей.

v Отражение: ответное повторение того, что пациент сказал или выразил невербальным образом (например, гнев или разочарование) БЕЗ введения новых элементов путем новых вопросов или сообщений.

vi Приверженность долгосрочному лечению.

vii Задайте вопросы: «Часто ли в течение последнего месяца вы чувствовали себя подавленным, в депрессии и без надежд на лучшее?» / «Часто ли в течение последнего месяца вы замечали, что то, что вы делаете, не вызывает у вас интереса и не доставляет вам удовольствия?» / «Нужна ли вам помощь для того, чтобы справиться с этим?».

viii Задайте вопросы: «Чувствуете ли вы, что в повседневной жизни вам бывает трудно сосредоточиться?» / «Чувствуете ли вы, что медленно думаете?» / «Вам не кажется, что у вас проблемы с памятью?» / «Ваши друзья или родственники когда-нибудь замечали, что у вас проблемы с концентрацией внимания или с памятью?».

ix Для выявления злоупотребления алкоголем рекомендуем применять метод AUDIT-Fast: «Как часто в прошедшем году вам случается выпить 6 (если пациент - женщина) / 8 (если пациент - мужчина) или более стандартных доз за один раз?». Если пациент отвечает «Еженедельно» или «Ежедневно», т.е. если результат скрининга положителен, остановитесь на этом. Если же пациент говорит, что такое с ним случается реже, то задайте ему еще 3 вопроса. Для выявления злоупотребления наркотиками, не задавайте первый (количественный) вопрос и замените слово «выпить» на «употреблять наркотики».

- i WEMS: Ожидание (> 3 сек.), отклик, отражение, резюме.
- ii Пациенты, приходящие к врачу, могут находиться на разных стадиях готовности: неосознанность, осознание или подготовка. Прежде всего, нужно определить ту стадию, на которой находится пациент, а затем – поддержать его и далее действовать соответственно. В случае позднего обращения за медицинской помощью (CD4 < 350 кл/мкл), следует начать АРТ незамедлительно. Пациент нуждается в пристальном наблюдении и оптимальной поддержке. Назначьте дату следующего посещения в ближайшее время, т.е. через 1-2 недели.
- iii VAS – это визуальная аналоговая шкала с диапазоном от 0 до 10 (0 = я не справлюсь, 10 = я уверен, что справлюсь).

Я не справлюсь 0 |-----| Я уверен, что справлюсь

- iv Рекомендуемые вопросы по приверженности: «Как часто в последние 4 недели вы пропустили прием препаратов для лечения ВИЧ: каждый день, более 1 раза в неделю, раз в неделю, раз в две недели, раз в месяц, никогда?» / «Случалось ли вам пропускать два или более приемов подряд?».

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Опросник для определения факторов риска неприверженности у пациентов с ВИЧ-инфекцией (Федяева с соавт., 2014)

| № п/п | Вопросы анкеты, заполняемой пациентом | | Способ оценки |
|-------------------------------|--|---|---------------|
| 1. | Оцените Ваше семейное положение | Я холост/не замужем и проживаю отдельно | 3 балла |
| | | Я нахожусь в браке (зарегистрированном или гражданском) | 2 балла |
| | | Я холост/не замужем и проживаю с родителями | 1 балл |
| 2. | Укажите полученное Вами образование | Окончил высшее учебное заведение | 3 балла |
| | | Получил среднее профессиональное образование | 2 балла |
| | | Окончил только среднюю школу | 1 балл |
| 3. | Как часто Вы употребляете алкогольные напитки | Не употребляю совсем или употребляю, но реже 1 раза в месяц | 3 балла |
| | | Употребляю от 1 раза в месяц до 1 раза в неделю | 2 балла |
| | | Употребляю чаще 1 раза в неделю | 1 балл |
| 4. | Проводилась ли замена препаратов с момента назначения антиретровирусной терапии | Нет | 2 балла |
| | | Да | 1 балл |
| 5. | Сколько таблеток Вы принимаете в день после назначения антиретровирусной терапии | От 1 до 3 таблеток | 3 балла |
| | | От 4 до 7 таблеток | 2 балла |
| | | Свыше 7 таблеток | 1 балл |
| № п/п | Вопросы анкеты, заполняемой лечащим врачом | | Способ оценки |
| 6. | Наличие: 1) полинейропатии, 2) лихорадки неясной этиологии, 3) анемии | Отсутствуют все 3 признака | 4 балла |
| | | Отсутствуют 2 признака из 3 | 3 балла |
| | | Отсутствует 1 признак из 3 | 2 балла |
| | | Имеются все 3 признака | 1 балл |
| 7. | Вирусная нагрузка (критериальный диапазон от 100 000 до 500 000 копий/мл) | Нет вирусной нагрузки | 3 балла |
| | | Вирусная нагрузка за пределами критериального диапазона | 2 балла |
| | | Вирусная нагрузка в пределах критериального диапазона | 1 балл |
| 8. | Результаты заполнения шкалы Шихана | Уровень тревожности ≤ 30 баллов | 9 баллов |
| | | Уровень тревожности 31–40 баллов | 6 баллов |
| | | Уровень тревожности > 40 баллов | 3 балла |
| Высокая приверженность АРВТ | | | > 24 баллов |
| Умеренная приверженность АРВТ | | | 22–24 балла |
| Неприверженность АРВТ | | | < 22 баллов |

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Принципы консультирования по вопросам ВИЧ-инфекции (из материалов «СПИД Фонда Восток-Запад»)

Конфиденциальность – запрещается любое обсуждение личной информации о пациенте, кроме как в профессиональных взаимоотношениях, и только с согласия пациента. Гарантия конфиденциальности повышает доверие пациента и обеспечивает эффективность консультирования, т.к. люди с положительным результатом теста на ВИЧ могут столкнуться с дискриминацией и отторжением со стороны общества. Уместным может быть присутствие на консультации партнера, родственника или друга по желанию человека, обратившегося за консультацией, и часто это имеет значительные преимущества. При групповом консультировании клиент должен дать свое полное согласие на участие в нем, а также принять на себя ответственность за соблюдение конфиденциальности информации о других участниках группы.

Доступность – консультирование и тестирование должно быть доступно на постоянной основе для любого человека, беспокоящегося за состояние своего здоровья. Службы консультирования должны располагать и предоставлять информацию о деятельности других служб.

Структурированность – до- и послетестовое консультирование имеет определенную структуру, позволяющую достигать поставленных целей. Любая информация должна быть изложена последовательно и понятным для пациента языком. При этом важен принцип необходимости и достаточности. Для лучшего восприятия целесообразно иногда повторять наиболее важные моменты беседы.

Клиент-центрированный подход – клиент в центре внимания – консультирование, проводимое в соответствии с индивидуальными потребностями клиента. Данный тип консультирования побуждает клиента самому как можно больше участвовать в процессе, размышлять, высказываться и принимать решения. Внимание сосредоточено на разработке профилактических целей и стратегий вместе с клиентом, а не на простом предоставлении информации. Подход требует создания обоюдного доверия.

Эмоциональные компоненты обоюдного доверия

Люди, обратившиеся за помощью, находятся в состоянии тревоги и страха. Если пациент не проникнется доверием, работа консультанта будет неэффективна и бессмысленна. Создание обоюдного доверия – это обязанность консультанта. Для его создания консультанту необходимы такие качества, как:

Безусловное уважение клиента. Принятие. Клиент должен чувствовать безоценочное принятие себя как целостной личности вне зависимости от своего ВИЧ-статуса, этнической или религиозной принадлежности, сексуальной ориентации, образа жизни или индивидуальных особенностей. Позитивное отношение не выдвигает никаких условий типа: «ты мне понравишься, если будешь таким-то», исключается также установка на хорошие и плохие качества. Необходимо принять все чувства пациента: не только положительные, но и отталкивающие, пугающие; а также и их противоречивость. Безусловно, принимающий консультант признает за индивидуумом право и способность свободного выбора и самоопределения.

Эмпатия. Проявление эмпатии в общении означает, что консультант чутко и точно реагирует на переживания пациента, словно это его собственные переживания. Подразумевается способность «вжиться» в субъективный мир пациента и понять смысл разных событий в этом мире. Такое «вхождение» должно быть безоценочным, не разделяющим содержание мира другого на правильную и неправильную, хорошую и плохую части. Войдя в мир другого человека, консультанту важно оставаться автономным от клиента, т.е. сохранить самость, не растворившись в другом. Другой крайностью может быть полное сохранение собственного взгляда на мир, наличие излишнего анализа и оценки, тогда понимание другого человека становится недоступно. Таким образом, сопереживание никогда не должно быть тотальным, а только частичным и временным.

Искренность консультативного контакта (конгруэнтность) – это способность оставаться самим собой и отсутствие потребности демонстрировать профессиональный «фасад». Консультант должен уметь вести себя с клиентами так, чтобы они восприняли вхождение в свой внутренний мир как поддержку, а не как угрозу. Искренний консультант не прячется за маской и не старается исполнить роль. Он естественен в контакте, потому что чуток к своим реакциям и чувствам, добросовестен и правдив в передаче их клиентам. Искренность предполагает соответствие высказываний чувствам и невербальному поведению. Искреннее взаимодействие позволяет клиенту тоже не скрываться за «фасадом» в общении с консультантом.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Практические приемы для поддержания приверженности (с использованием материалов «СПИД Фонда Восток-Запад»)

- 1. Подстроить график приема лекарств к укладу жизни, а не наоборот.*
- 2. Привязка приемов препаратов к ежедневным видам деятельности (напр.: чистка зубов): организовать прием препарата именно до совершения деятельности.*
- 3. В спальне всегда должна стоять вода. Носить с собой воду и, если прием связан с принятием определенной пищи, эту пищу.*
- 4. Будильник, несколько будильников в разных местах квартиры.*
- 5. Электронное устройство (часы, телефон) с органайзером и вибрацией.*
- 6. Контейнеры для лекарств с таймером и будильником, лекарственные упаковки с электронным контролем, браслеты с будильником.*
- 7. Мобильный телефон.*
- 8. Повесить напоминание или картинку на внутренней стороне входной двери, двери в ванную, дверцы шкафа с одеждой.*
- 9. Прикрепить записки на все видные места (если семья не против).*
- 10. Телефонный звонок, письмо по электронной почте – напоминание от кого-то из близкого окружения.*
- 11. Взаимные напоминания «равный – равному».*
- 12. «Узелок на память» – предмет, который часто используется в течение дня, должен иметь форму или наклейку в виде таблетки или ассоциативного изображения.*
- 13. Заранее готовить дозы лекарств для приема. Например, используя таблетницы.*
- 14. Таблетницы с отделениями на всю неделю заполнять в конце недели. Ритуал их заполнения привязать к тому, чем всегда оканчиваются выходные или начинается неделя (напр., уборка и др.).*
- 15. Запасные дозы препаратов хранить в разных местах, чтобы иметь к ним доступ в машине, в сумочке, на работе и т.п.*
- 16. Всегда иметь небольшой запас лекарств, особенно при поездках или вечеринках, когда время возвращения может быть изменено.*
- 17. Вести еженедельник, дневник с записью каждого приема в виде таблицы или графика.*
- 18. Принимать таблетки следуя рекомендациям медицинского персонала.*
- 19. Контроль со стороны служб сопровождения (напр. звонки на телефон) и социальных работников, осуществляющих патронаж.*

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Памятка для пациента по поддержанию приверженности

Обсудите с врачом до начала приема препаратов следующие вопросы:

1. Узнайте и запишите:

- Сколько нужно принимать таблеток?
- Сколько они занимают места?
- Как часто их надо принимать?
- Насколько точно по времени необходимо принимать таблетки?
- Есть ли ограничения относительно питания?
- Проконсультируйтесь, можно ли принимать АРВ препараты параллельно с другими лекарственными средствами, которые вы уже принимаете или собираетесь принимать?
- Поставьте врача в известность о принимаемых вами лекарственных препаратах.
- Уточните, каковы могут быть побочные эффекты от предлагаемых препаратов?

2. Вместе с врачом составьте свое расписание приема препаратов, согласованное с вашим режимом жизни, графиком работы, и начинайте привыкать к нему. Первые несколько недель отмечайте каждую принятую дозу и время ее приема.

3. Обязательно обратитесь к вашему лечащему врачу, если у вас тяжелые побочные эффекты. Вам могут прописать дополнительное лечение, а также, при необходимости, сменить терапию.

4. Каждое утро отделяйте дневную порцию препаратов и используйте таблетницу. Таким образом, вы всегда сможете проверить, не пропущена ли доза.

5. Используйте звуковой сигнал или будильник. Используйте его для приема препаратов в назначенное врачом время.

6. Если вы едете куда-то, возьмите дополнительное количество таблеток.

7. Сделайте небольшой запас таблеток на всякий случай. Это может быть прохладное место в автомобиле, на работе или дома, у друзей, родственников.

8. Посоветуйтесь с друзьями, равными консультантами, которые уже находятся на терапии. Спросите, как они решают подобные проблемы. Попросите лечащего врача разрешение пообщаться с кем-то, кто принимает такой же набор препаратов, как у вас, если вы считаете, что вам это поможет.

9. Попросите врача назначить таблетки от тошноты и диареи (поноса). Такие побочные эффекты наиболее типичны при начале терапии.

10. Разные комбинации терапии предусматривают разную кратность приема препаратов в день. Помните, что пропустить дозу препарата, который надо принимать один раз в день, может быть опаснее, чем дозу, которая принимается дважды. Приверженность особенно важна при приеме препарата один раз в день.

Режиму необходимо следовать ежедневно, то есть и в выходные дни, и в различных жизненных ситуациях.

Если вы систематически пропускаете дозу или принимаете ее с опозданием, поговорите с врачом о полной отмене терапии. По крайней мере, так вы снизите риск развития устойчивости вируса к лечению.

Как только вы осознали, что доза пропущена, сразу же примите ее. Если же вы поняли это незадолго перед следующим приемом, не принимайте двойную дозу.

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

Рекомендации по формированию приверженности АРВТ

Подготовка пациента к началу антиретровирусной терапии

Помощь пациенту в соблюдении режима терапии

- Подберите схему АРТ с понятным и удобным для пациента режимом приема препаратов, который он согласится соблюдать.
- Перед началом терапии (первой выдачей препаратов или рецептов на них) следует убедиться в готовности пациента начать лечение (не менее трех посещений клиники). Очень важно заручиться поддержкой родственников, друзей, групп взаимопомощи, социальных работников.
- Посоветуйте пациенту заносить расписание приема препаратов в ежедневник, использовать таймеры, мобильный телефон, таблетницы, аптечки-органайзеры.
- Убедите пациента, что прием препаратов следует планировать наперед (т. е. создавать и заблаговременно пополнять запасы лекарств в местах частого пребывания).
- Необходимо анализировать каждый случай пропуска дозы, чтобы не допустить подобной ошибки в будущем.
- Употребление наркотиков и алкоголя на момент начала терапии, наличие психических расстройств затрудняют соблюдение приема препаратов; на основании же этнической принадлежности, пола, возраста, уровня образования, дохода и факта употребления психоактивных веществ в прошлом нельзя прогнозировать качество соблюдения режима терапии.

Работа лечащего врача и многопрофильного коллектива медицинских работников

- Объясните пациенту цели и задачи лечения, расскажите о препаратах (лекарственные формы; расписание приема препаратов; зависимость приема препарата от приема и состава пищи, побочные эффекты).
- Оцените дисциплинированность больного до начала АРВТ; проверяйте во время каждого посещения, как он принимает лекарства.

- Расскажите пациенту, куда и к кому он может обратиться за советом или для решения возникших проблем в нерабочее время и в выходные дни.
- К лечению и решению различных проблем пациента следует привлекать весь многопрофильный коллектив медицинских и социальных работников, психологов.
- Помните, что на дисциплинированность пациента могут повлиять различные события и новые заболевания.
- Персонал должен регулярно повышать свою квалификацию по оказанию помощи пациентам в соблюдении режима приема препаратов; каждый сотрудник должен прилагать все усилия, чтобы помочь пациентам соблюдать схему лечения.
- Следите за соблюдением врачебных предписаний, усиливайте контроль в то время, когда дисциплинированность больного падает.
- По согласованию с пациентом проводите просветительскую работу среди лиц, окружающих пациента, и добровольных помощников.

Схема лечения

- Не допускайте лекарственных взаимодействий, повышающих риск развития побочных эффектов.
- Упростите схему лечения, сведя к минимуму число таблеток, кратность приема лекарств и зависимость от приема пищи.
- Предупредите пациента о возможных побочных эффектах.
- Вовремя выявляйте побочные эффекты и оказывайте необходимую помощь. Избегайте несогласованности рекомендаций врачами, одновременно прописывающими препараты одному и тому же пациенту.

ПРИЛОЖЕНИЕ 7

Шкала тревожности Шихана

Пациенту рекомендуется пройти этот тест, чтобы определить наличие депрессии или предшествующей ей тревожности

Оценить по пятибалльной шкале

- Ни разу – 0 баллов
- Почти нет – 1 балл
- Немного – 2 балла
- Беспокоили – 3 балла
- Крайне сильно – 4 балла

Беспокоили ли вас в течение последней недели:

1. Затруднения на вдохе, нехватка воздуха или учащенное дыхание.
2. Ощущение удушья или комка в горле.
3. Скачки пульса, ощущение, что сердце готово выскочить из груди.
4. Загрудинная боль, неприятное чувство сдавления в груди.
5. Профузная потливость (пот «градом»).
6. Слабость, приступы дурноты, головокружения.
7. Ватные, «не свои» ноги.
8. Ощущение неустойчивости или потери равновесия.
9. Тошнота или неприятные ощущения в животе.
10. Ощущение того, что все окружающее становится странным, нереальным, каким-то туманным.
11. Ощущение, что все плывет перед глазами.
12. Покалывание или онемение в разных частях тела.
13. Приливы жара или озноба.
14. Дрожь рук, пальцев.
15. Страх смерти или того, что сейчас может произойти что-то ужасное.
16. Страх сойти с ума или потерять самообладание.

17. *Внезапные приступы тревоги, сопровождающиеся тремя или более вышеперечисленными признаками и возникающие в реально тревожной ситуации (например, когда ты чуть было не попал под трамвай, но успел выскочить на тротуар в последний момент).*
18. *Те же самые внезапные приступы тревоги, сопровождающиеся тремя или более вышеперечисленными признаками и возникающие по незначительным поводам или без повода (то есть трамваев в твоём городе вообще нет, ты сидишь дома под шкафом, но тебе все равно тревожно).*
19. *Внезапные приступы тревоги. Те же самые, что и в предыдущем пункте, только сопровождаются на сей раз лишь одним, максимум двумя из вышеперечисленных признаков. Возникают по незначительным поводам или вообще без повода.*
20. *Периоды тревоги, нарастающей по мере того, как ты готовишься сделать что-то довольно тревожное (например, тебе нужно покормить пираний или перейти улицу, не снабжённую светофором).*
21. *Тревога, что у тебя не получится задуманное.*
22. *Ощущение, что ты зависишь от других людей.*
23. *Напряжённость и неспособность расслабиться.*
24. *Нервозность, агрессия, срыв.*
25. *Приступы повышенной чувствительности к звуку, свету и прикосновению.*
26. *Приступы поноса.*
27. *Чрезмерное беспокойство о собственном здоровье.*
28. *Ощущение усталости, слабости, истощения ресурсов организма.*
29. *Головные боли или боли в шее.*
30. *Трудности засыпания.*
31. *Беспокойный сон.*
32. *Неожиданные периоды тоски, возникающие по незначительным поводам или без повода.*
33. *Перепады настроения и эмоций, которые зависят от действий окружающих (например, на тебя накричали).*
34. *Мысли или образы, которые тебе казались тягостными, противными, бессмысленными или отталкивающими, но тем не менее ты не мог их отогнать и продолжал испытывать описанную гамму эмоций.*
35. *Повторение одного и того же действия как ритуал.*

Результаты

- Если количество набранных баллов не превышает 20, то можно не беспокоиться о своём психическом состоянии и начать со спокойной душой волноваться о чём-то ещё.
- Уровень тревожности выше 30 баллов врачи считают аномальным. Подобный результат уже является формальным диагнозом. Следует обратиться к психотерапевту: вы наверняка найдёте, о чём поболтать.
- Наконец, если больше 70 баллов, то это уже состояние, близкое к паническому, так и до депрессии недалеко. Срочно нужна помощь специалиста.

Публикация подготовлена в рамках
программы поддержки пациентов с ВИЧ-инфекцией «Опора».





Фонд развития межсекторного
социального партнерства

Публикация распространяется бесплатно.
Воспроизводство и тиражирование любой
авторской части публикации возможны
с письменного разрешения Фонда развития МСП.