

На правах рукописи

Пьянзова Татьяна Владимировна

**ВЛИЯНИЕ ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ  
С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМИ БОЛЬНЫМИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ  
НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ**

14.01.16 – фтизиатрия

Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Новосибирск – 2010

Диссертация выполнена в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Кемеровская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» (г. Кемерово)

**Научный руководитель:**

доктор медицинских наук, профессор

Копылова Инна Федоровна

**Официальные оппоненты:**

доктор медицинских наук, профессор

Колпакова Татьяна Анатольевна

кандидат медицинских наук

Жукова Елена Михайловна

**Ведущая организация:** Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Сибирский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» (г. Томск)

Защита состоится «\_\_\_»\_\_\_\_\_2010 года в \_\_\_ часов на заседании диссертационного совета Д 208.062.01 при Новосибирском государственном медицинском университете (630091, г. Новосибирск, Красный проспект, 52; тел.: (383) 229-10-83)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Новосибирского государственного медицинского университета (630091, г. Новосибирск, Красный проспект, 52)

Автореферат разослан «\_\_\_»\_\_\_\_\_2010 года

Ученый секретарь диссертационного совета

кандидат медицинских наук, доцент  Патуринa Н. Г.

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность темы исследования.** Одними из основных причин низкой эффективности терапии впервые выявленных больных туберкулезом как в нашей стране [Борисов С. Е., 2007; Паролина Л. Е., 2007], так и за рубежом [Chan-Young M., 2003; Driver C., 2005; Johanson E., 2006] являются преждевременное прекращение лечения и перерывы приема противотуберкулезных препаратов по вине самого пациента. Следовательно, весьма актуален вопрос повышения приверженности лечению больных туберкулезом [Перельман М. И., 2006; Богородская Е. М. с соавт., 2007]. Создание системы удержания больных на лечении – важнейшая задача успешного контроля над эпидемией туберкулеза [Chan-Young M. et al., 2003; Morsy A. M. et al., 2003; Driver C. et al., 2005]. Этим обусловлена необходимость обучения больных туберкулезом по вопросам их заболевания для формирования мотивации к лечению, ответственности за исходы терапии [Николаева Е. В., 2006; Sockrider M. M., Wolle J. M., 2005]. Значительное количество работ посвящено психологическому портрету больного туберкулезом [Макиева В. Г. с соавт. 1999; Трифонова А. Ю. с соавт., 2005; Сухова Е. В., 2005; Сиресина Н. Н. с соавт., 2007], однако не изучены психологические особенности пациентов с низкой приверженностью лечению. Недостаточный уровень знаний больных о туберкулезе, его последствиях, методах лечения и возможных исходах отмечен в исследованиях Е. М. Богородской с соавт. [2007], A. Jurcev Savicevic et al. [2008], A. I. Mohamed et al. [2007], J. A. Khan et al. [2006]. Данная ситуация, по мнению Трифоновой А. Ю. с соавт. [2005], приводит к невыполнению пациентами предписаний врачей. Большинство авторов изучало проблему низкой приверженности лечению больных туберкулезом по отдельным признакам, без учета их комплексного воздействия. В России проводилось лишь несколько исследований по определению количественного влияния различных факторов на отношение к противотуберкулезной терапии [Филлипсон О. Н., 2000; Борисов С. Е. с соавт., 2008], и они не предусматривали анализа личностных особенностей пациентов. Для мотивации больных к лечению существуют различные направления воздействия: от поощрения за выполнение врачебных назначений до жестких принудительных мер [Sockrider M. M. et al., 2005; Лебедева Н. О. с соавт., 2006; Богородская Е. М. с соавт., 2000; Смердин С. В., 2008; Якубовяк В. с соавт., 2009]. В последние годы при лечении хронических

заболеваний все большая роль отводится программам терапевтического обучения пациентов. Многие авторы указывают на необходимость проведения санитарно-просветительской работы среди больных туберкулезом [Перельман М. И., 2005; Ishhan V. et al., 2005; Трифонова А. Ю. с соавт., 2005]. Несмотря на значительный опыт применения образовательных программ в противотуберкулезной деятельности [Fanning A., 2000; Сухова Е. В., 2004; Лисицин Ю. П. с соавт., 2006; Богородская Е. М. с соавт., 2007], в литературе не освещены особенности информационно-образовательной работы с пациентами, имеющими низкую приверженность обучению и лечению. До сих пор остается неясным вопрос влияния воздействия информации на эффективность лечения и комплаентность больных с впервые выявленным туберкулезом.

**Цель исследования.** Совершенствование информационно-образовательной работы с больными впервые выявленным туберкулезом легких и оценка ее влияния на приверженность и эффективность противотуберкулезной терапии.

**Задачи:**

1. Выявить маркеры низкой приверженности лечению больных впервые выявленным туберкулезом легких на основании изучения социально-психологических факторов, показателей качества жизни, уровня знаний пациентов о заболевании и особенностей течения туберкулезного процесса.

2. Разработать диагностический комплекс показателей для определения потенциала преодоления болезни и применить его у пациентов с впервые выявленным туберкулезом легких.

3. Изучить особенности формирования информационной среды больных впервые выявленным туберкулезом легких с высокой и низкой приверженностью лечению.

4. С учетом особенностей формирования информационной среды пациентов с различной приверженностью лечению разработать методику информационно-образовательного воздействия на больных впервые выявленным туберкулезом легких, основанную на раннем определении потенциала преодоления болезни.

5. Оценить влияние методики информационно-образовательного воздействия на приверженность лечению и эффективность терапии на больных впервые выявленных туберкулезом легких.

**Научная новизна работы.** Впервые на основании изучения социальных характеристик пациента, его качества жизни, психологического статуса, а также особенностей течения туберкулезного процесса определены наиболее значимые факторы, влияющие на приверженность лечению больного впервые выявленным туберкулезом органов дыхания.

Впервые изучены особенности психологического статуса и качества жизни пациентов с низкой приверженностью лечению.

Впервые изучены особенности формирования информационной среды у пациентов с высокой и низкой приверженностью лечению.

Впервые разработан диагностический комплекс, дающий возможность определения потенциала преодоления болезни у пациента еще до начала химиотерапии и включающий в себя критерии оценки психологического статуса, качества жизни, социальных характеристик пациента и особенностей течения туберкулезного процесса.

Впервые разработана и применена система информационно-образовательного воздействия на больного впервые выявленным туберкулезом легких.

**Практическая значимость.** Данная методика информационно-образовательного воздействия является универсальной и доступной для противотуберкулезных учреждений различного уровня. Разработанный диагностический комплекс позволяет осуществлять раннее выявление лиц с низким потенциалом преодоления болезни еще до начала химиотерапии. Составлена оригинальная анкета, используемая для определения уровня знаний больных о туберкулезе. Для врачей противотуберкулезных учреждений Кемеровской области проведены обучающие семинары по организации «Школы пациента».

**Положения диссертации, выносимые на защиту:**

1. Социально-психологические факторы, показатели качества жизни, уровень знаний пациентов о заболевании и особенности течения туберкулезного процесса являются маркерами низкой и высокой приверженности лечению больных впервые выявленным туберкулезом легких.

2. Разработанный диагностический комплекс показателей позволяет определять потенциал преодоления болезни пациентов с впервые выявленным туберкулезом еще до начала химиотерапии.

3. Информационная среда больных впервые выявленным туберкулезом легких с высокой приверженностью лечению формируется активным путем, а с низкой – пассивным.

4. Предлагаемая методика информационно-образовательного воздействия, основанная на определении потенциала преодоления болезни и особенностях формирования информационной среды пациентов различной приверженности лечению, позволяет повышать уровень знаний о заболевании, приверженность лечению и эффективность терапии больных с впервые выявленным туберкулезом легких на стационарном этапе лечения.

**Апробация работы.** Основные положения диссертации доложены на 14-м Национальном Конгрессе по болезням органов дыхания, 3-м Конгрессе Европейского региона международного союза по борьбе с туберкулезом и болезнями легких (Москва, 2004), на межрегиональной научно-практической конференции «Социально значимые болезни» (Кемерово, 2004), на межрегиональных научно-практических конференциях «Проблемы медицины и биологии» (Кемерово, 2004, 2007, 2009), на 11-й Областной научно-практической конференции «Современные вопросы пульмонологии» (Кемерово, 2005), на научно-практической конференции «Организация медицинской помощи работающему населению» (Кемерово, 2006).

**Внедрение в практику.** Результаты диссертационного исследования внедрены в практику работы Государственного учреждения здравоохранения «Областной клинический противотуберкулезный диспансер» (г. Кемерово) и противотуберкулезных учреждений Кемеровской области. Разработаны и утверждены программа занятий и механизм работы «Школы пациента», назначены ответственные лица. Утверждены отчетные формы (ф–1, ф–2) работы «Школы пациента» для противотуберкулезных учреждений Кемеровской области в виде дополнения к годовому отчету. Проведено два обучающих семинара по организации «Школы пациента» для врачей противотуберкулезных учреждений Кемеровской области. Разработаны методические рекомендации «Организация информационно-образовательной работы с больными впервые выявленным туберкулезом в противотуберкулезном учреждении». Результаты данного исследования используются в учебно-педагогическом процессе при подготовке студентов, клинических ординаторов и врачей–интернов, а также на циклах повышения квалификации кафедры фтизиатрии Кемеровской

государственной медицинской академии.

**Публикации.** По теме диссертации опубликовано 16 научных работ, из них 2 – в ведущих рецензируемых научных журналах и изданиях, рекомендуемых ВАК для публикаций основных результатов диссертации.

**Структура и объем работы.** Диссертационная работа изложена на 163 страницах машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, главы о методах обследования, 2 глав о результатах собственных исследований, главы обсуждения результатов, а также выводов, практических рекомендаций и приложения. Диссертация иллюстрирована 11 рисунками и содержит 17 таблиц. Список литературы включает 308 источников (175 отечественных и 133 зарубежных авторов).

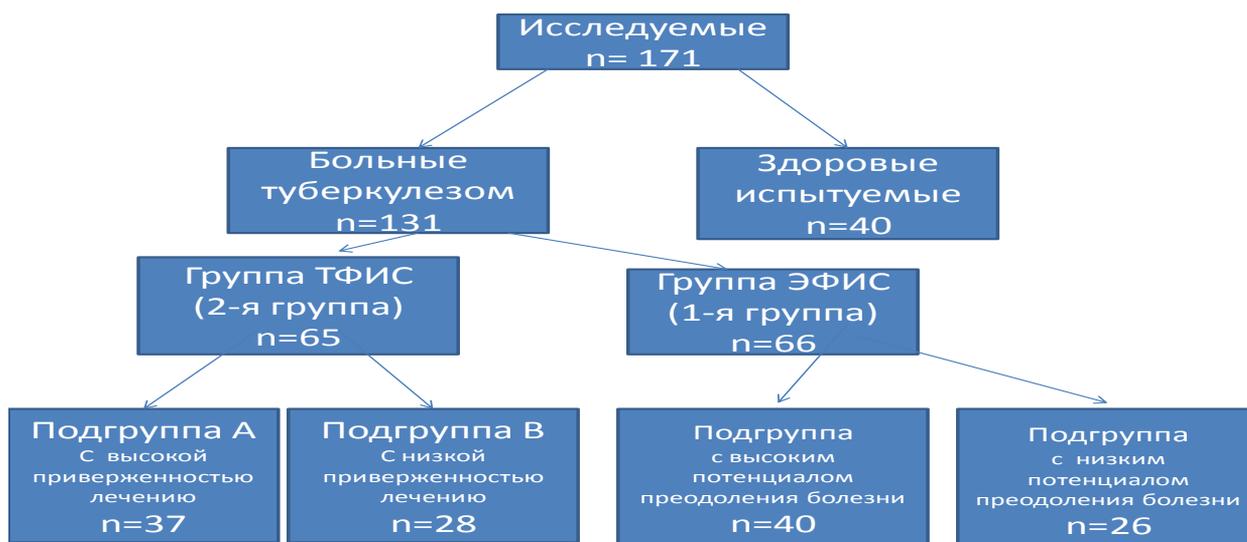
**Личный вклад автора.** Автором самостоятельно разработан диагностический комплекс и методика информационно-образовательного воздействия, осуществлялось планирование и проведение занятий с пациентами, составлены анкеты для определения уровня знаний о туберкулезе, проведено исходное и итоговое анкетирование всех пациентов, принимающих участие в исследовании, статистический анализ и обработка результатов.

## **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Исследование одобрено комитетом по этике и доказательности научных исследований Кемеровской государственной медицинской академии. Объектом исследования явился 131 взрослый больной впервые выявленным туберкулезом легких, находившийся на лечении в терапевтических отделениях Государственного учреждения здравоохранения «Областной клинический противотуберкулезный диспансер» (г. Кемерово) в 2005 – 2007 гг. Все пациенты имели деструктивные формы туберкулеза легких с наличием бактериовыделения. Контрольную группу составили 40 практически здоровых мужчин и женщин в возрасте от 18 до 55 лет. Критериями отбора лиц для контрольной группы являлось отсутствие хронических заболеваний и туберкулеза в анамнезе.

На рисунке 1 представлена схема деления испытуемых на группы. В зависимости от характера информационного воздействия все больные туберкулезом разделены на 2 группы: 1-я группа – экспериментального формирования информационной среды (ЭФИС) и 2-я группа – традиционного

формирования информационной среды (ТФИС). В 1-ю группу включены 66 больных, лечение которых осуществлялось с применением системы воздействия на информационную среду пациентов. Во 2-ю группу вошли 65 пациентов, информационная среда которых была сформирована традиционными методами, то есть информационная работа с пациентом проводилась лечащими врачами и медицинскими сестрами при выявлении туберкулеза и в процессе лечения.

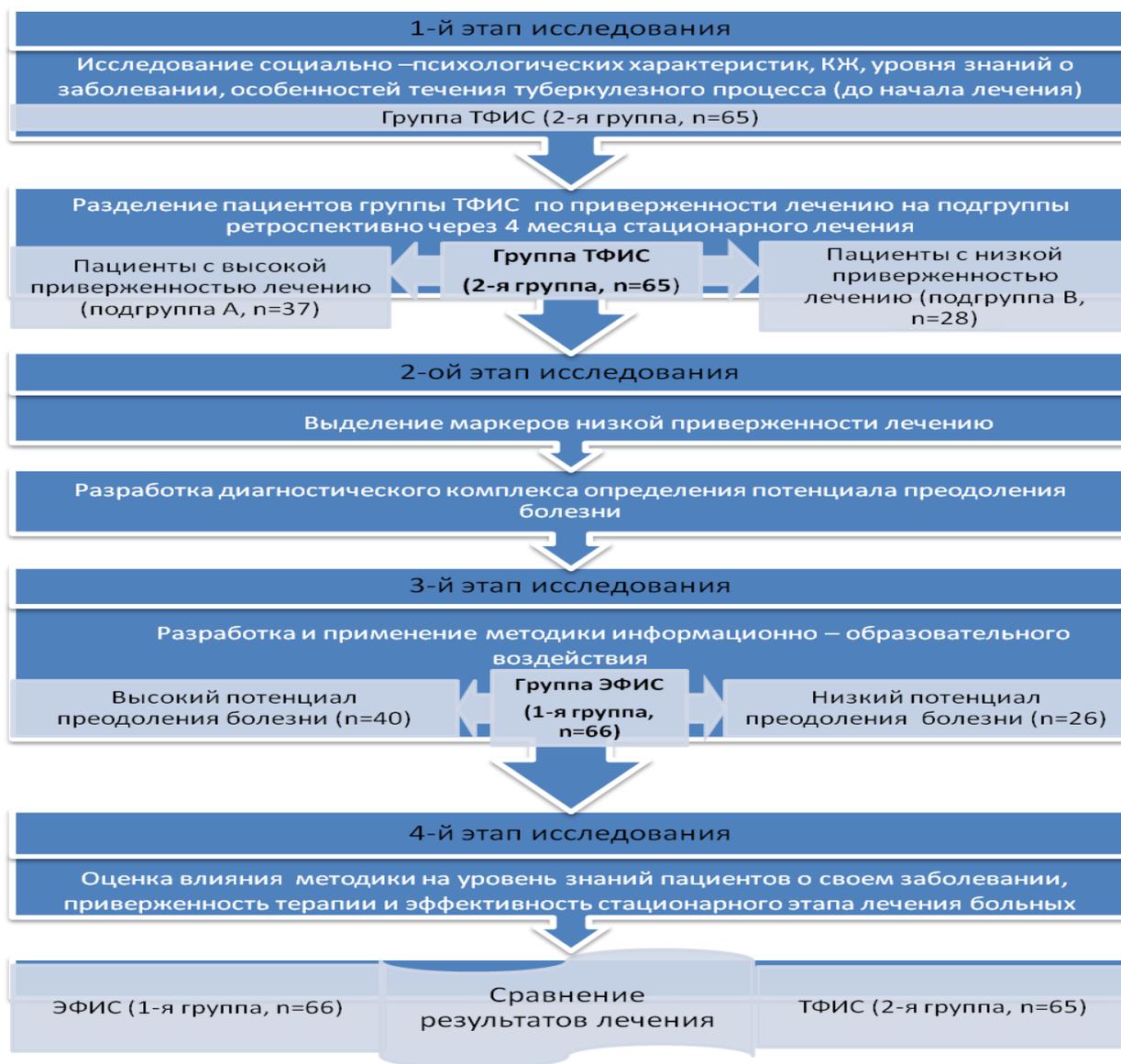


**Рис. 1.** Объект исследования

Группы формировались методом случайной выборки. Критериями включения больных служили следующие характеристики туберкулезного процесса: наличие бактериовыделения и деструкции легочной ткани, первичное выявление туберкулеза, отсутствие в анамнезе указаний на прием противотуберкулезных препаратов. Критерием исключения являлось состояние пациента при поступлении в стационар, расцениваемое лечащим врачом как тяжелое или средней степени тяжести.

На рисунке 2 представлена схема этапов исследования. На 1-м этапе в начале химиотерапии при поступлении в стационар проводилось изучение социально-психологических характеристик пациентов группы традиционного формирования информационной среды, качество жизни (КЖ) и уровень знаний о туберкулезе. На 2-ом этапе (через 4 месяца противотуберкулезной терапии) эти пациенты с помощью метода ретроспективной стратификации разделены на подгруппы: А – больные с высокой приверженностью лечению ( $n = 37$ ), В – с

низкой (n = 28). Тогда же осуществлялась идентификация факторов, сопровождающих низкую приверженность лечению больных впервые выявленным туберкулезом, выделение маркеров низкой приверженности лечению, разработка диагностического комплекса определения потенциала преодоления болезни.



**Рис. 2.** Схема исследования

На третьем этапе с помощью разработанного диагностического комплекса группа ТФИС разделена на подгруппы с высоким и низким потенциалом преодоления болезни (рис. 2) и применена методика информационно-образовательного воздействия. На четвертом этапе установлено ее влияние на уровень знаний пациентов о своем заболевании, приверженность терапии и

эффективность стационарного этапа лечения больных впервые выявленным туберкулезом легких. Критериями низкой приверженности лечению считали самовольный уход из стационара ранее получения пациентом 120 доз противотуберкулезных препаратов или выписку за нарушение больничного режима. Использовалась специально разработанная анкета, состоящая из следующих блоков вопросов: социальная характеристика пациента, отношения с близким окружением после выявления туберкулеза, основные источники получения больным информации о заболевании, тест на знание основных мер по предупреждению и лечению туберкулеза. Пациенты тестировались при поступлении в стационар (1-й этап) и после информационного воздействия (2-й этап).

Всем больным проводилась диагностика психологического статуса стандартизированным многофакторным методом исследования личности (СМОЛ) [Зайцев В.П., 1981], который представляет собой модификацию теста ММРІ. Интерпретация личностного профиля осуществлялась по 8 основным шкалам: 1-я - «сверхконтроля», 2-я - «пессимистичности», 3-я - «эмоциональной лабильности», 4-я - «импульсивности», 6-я - «ригидности», 7-я - «тревожности», 8-я - «индивидуалистичности», 9-я - «оптимистичности». При изложении результатов исследования использовалось графическое изображение и кодирование профиля по Уэлшу. Также всем пациентам обеих групп проводилось исследование качества жизни с применением неспецифического опросника для оценки качества жизни Health Status Survey - SF-36. Перевод на русский язык и апробация методики проведена Санкт-Петербургским Институтом клинико-фармакологических исследований. Все 36 пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал: физическое функционирование (PF), ролевая деятельность (RP), телесная боль (BP), общее здоровье (GH), жизнеспособность (VT), социальное функционирование (SF), эмоциональное состояние (RE) и психическое здоровье (MH). Показатели каждой шкалы варьировали между 0 и 100 условных единиц (у. е.)

В настоящем исследовании разработана методика информационно-образовательного воздействия, основанная на дифференцированном подходе к обучению лиц с различным потенциалом преодоления болезни. Фактором воздействия являлась информация, адресованная одновременно группе больных на первом этапе и индивидуально направленная с учетом особенностей

формирования информационной среды пациентов с различной приверженностью лечению – на втором. Методика применялась в условиях стационарного лечения пациентов группы ЭФИС. Групповой этап обучения состоял из 6 занятий по 40-45 минут каждое с группами пациентов из 4 – 6 человек. В структуре занятий 70 % времени занимало как вербальное, так и невербальное обучение, то есть изложение материала преподавателем речевым, безречевым (мимика, жесты, интонация) и визуальным (наглядные материалы) путем, а 30 % учебного времени составляло интерактивное обучение. До начала обучения все пациенты группы ЭФИС тестировались для определения потенциала преодоления болезни. При помощи разработанного диагностического комплекса среди этих пациентов выделены подгруппы высокого и низкого потенциала преодоления болезни. С последними проводилась индивидуальная работа в виде 5 – 6 индивидуальных бесед по 15 – 20 минут для закрепления информационного материала. У лиц с высоким потенциалом преодоления болезни индивидуальный этап обучения состоял в самостоятельном изучении рекомендованной преподавателем научно-популярной литературы о туберкулезе.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью методов описательной, вариационной непараметрической статистики, построения доверительных интервалов для средних значений, корреляционного анализа. Для определения взаимосвязи между выделенными факторами и приверженностью лечению использован критерий согласия Пирсона  $\chi^2$ , на основе которого выявлена зависимость факторного признака от приверженности лечению. Оценка статистических различий величин рассматриваемых переменных осуществлялась по t-критерию Стьюдента и критерию U, предназначенного для сравнения относительных частот двух независимых выборок. Характеристики зависимых факторов подвергнуты корреляционному анализу, на основании результатов которого проведена типологическая группировка характеристик по силе взаимосвязи. В работе использована программа Microsoft Excel, интегрированный пакет анализа статистических данных.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

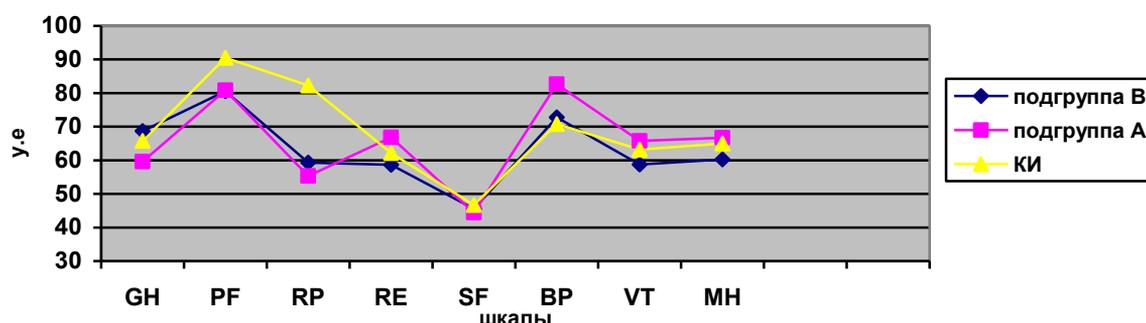
Изучено влияние ряда признаков на приверженность лечению больных группы традиционного формирования информационной среды (ТФИС, 2-я

группа), частота встречаемости каждого из которых среди пациентов подгрупп А и В легла в основу выделения маркеров низкого потенциала преодоления болезни. Установлено статистически значимое преобладание среди больных туберкулезом с низкой приверженностью лечению следующих характеристик: возраст 36-40 лет, отсутствие работы в трудоспособном возрасте, отсутствие собственной семьи и детей, курение более 10 сигарет в день, злоупотребление и частый прием алкоголя (как факты, указанные самим пациентом), наркозависимость, выявление заболевания туберкулезом при профилактическом осмотре, бессимптомное его течение, наличие осложнений, клиническая форма туберкулеза в виде диссеминированного процесса.

Согласно результатам проведенного исследования (рис. 3), качество жизни больных туберкулезом отличается от такового у здоровых людей. Наибольшие различия выявлены по шкале ролевого функционирования – RP (А –  $55,3 \pm 12,47$  у. е., В –  $59,3 \pm 14,21$  у. е.), что связано с ограничением повседневной деятельности из-за необходимости изоляции бактериовыделителей и проведения длительного лечения в условиях круглосуточного стационара. Различия по шкале общего состояния здоровья (GH) между больными туберкулезом и здоровыми лицами (оценка больными своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения) оказались сравнительно небольшими ( $8,1 \pm 2,1$  у. е.). При сравнении показателей качества жизни у лиц с различной комплаентностью выявлено, что недисциплинированные пациенты выше оценивают общее состояние своего здоровья и перспективы лечения (GH), чем соблюдающие режим терапии (в подгруппе А –  $59,6 \pm 7,04$  у. е., в подгруппе В –  $68,7 \pm 5,71$  у. е.).

При этом индекс ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием, у них значительно ниже, чем в подгруппе А (рис. 3). Данный факт означает, что эмоциональное состояние мешало выполнению повседневной деятельности. В то же время, у пациентов с низкой комплаентностью отмечалась низкая физическая активность в сравнении с подгруппой А и здоровыми людьми. При сопоставлении значений шкалы психическое здоровье выявлены значимые различия (МН в подгруппе А –  $66,7 \pm 5,27$  у. е., в подгруппе В –  $60,25 \pm 6,4$  у. е.). В целом, психологический компонент качества жизни у больных подгруппы В имел более низкие показатели, чем у дисциплинированных пациентов при неадекватной оценке

пациентами состояния своего здоровья, о чем свидетельствуют завышенные показатели шкалы GH (выше, чем у здоровых людей).



Примечания: 1. По оси Y – условные единицы (у. е.); 2. По оси X – шкалы: GH - общее состояние здоровья, PF – физическое функционирование, RP – ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, RE – ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, SF – социальное функционирование, BP – интенсивность боли, VT – жизненная активность, MN – психическое здоровье.

**Рис. 3.** Графическое изображение показателей качества жизни больных туберкулезом в зависимости от комплаентности

При исследовании психологического статуса стандартизированным методом исследования личности (СМОЛ) [Зайцев В. П., 1981], представляющем собой модификацию Миннесотского многоаспектного личностного опросника (ММРП) [Собчик Л. Н., 2001], выявлено, что у досрочно выписанных пациентов (подгруппа В) код усредненного профиля по Уэлшу – 9'2\_134/768:L/ФК. Ведущий пик по 9-й шкале «оптимистичности» означает склонность к вытеснению из сознания неприятной информации с включением механизма отрицания. Тип адаптивного поведения в психотравмирующей ситуации у пациентов подгруппы В – стенический, характеризующийся беспечностью, завышенной самооценкой, уверенностью в будущем. Трудности таким пациентом воспринимаются как легко преодолимые, в противном случае их значимость легко обесценивается. Защитный механизм – отрицание проблем. Эти пациенты отличаются позитивной самооценкой перспектив, что может сопровождаться снижением способностей к усвоению и использованию принятых норм поведения [Собчик Л. Н., 2001].

У больных, выписанных из стационара с достаточным сроком лечения (подгруппа А), код усредненного профиля по Уэлшу следующий: 2'3\_169748/L/ФК. Это означает, что ведущим типом реагирования в

психотравмирующей ситуации у большинства пациентов этой группы является гипостенический (тормозные реакции на стресс, преобладание пассивной личностной позиции). Преобладал вербальный стиль мышления, то есть эти пациенты в переработке и восприятии информации опирались на слово, смысловую основу и содержательный анализ [Собчик Л. Н., 2001].

В ходе исследования выявлено влияние уровня информированности на комплаентность. Статистически значимым оказалось преобладание верных ответов пациентов подгруппы А на 5 из 7 вопросов анкеты: о заразности туберкулеза, его излечимости, прививках, продолжительности лечения и противотуберкулезных препаратах. В целом, получено 57,5 % верных ответов в подгруппе А и 38,7 % – в подгруппе В ( $p < 0,05$ ).

Таблица 1

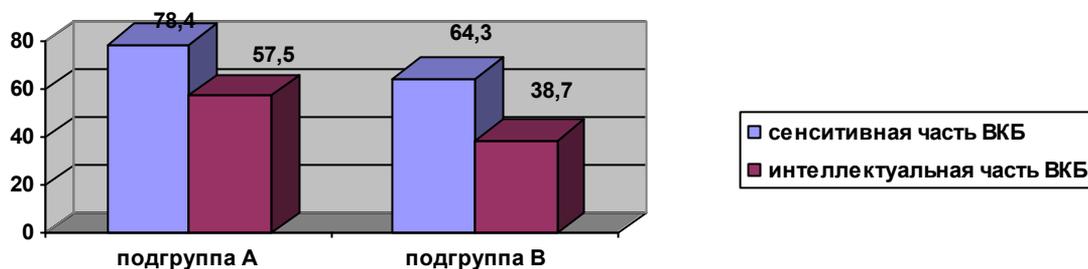
**Характеристика ответов пациентов с различной приверженностью лечению на вопросы о туберкулезе**

Вопросы	Всего n = 65		Подгруппа А n = 37		Подгруппа В n = 28	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Заразность туберкулеза	33	50,8	22	59,4	11	39,3*
Пути передачи инфекции	40	61,5	25	67,6	15	53,6
Излечимость туберкулеза	43	66,15	29	78,4	14	50,0*
Противотуберкулезная прививка	10	15,4	9	24,3	1	3,6*
Время излечения	22	33,8	18	48,6	4	14,2*
Метод раннего выявления	51	78,5	32	86,5	19	67,85*
Количество ПТП	26	40,0	14	37,8	12	42,85
Итого верных ответов	225	50,5	149	57,5	76	38,7*

\* статистическая достоверность различий с подгруппой А при  $p < 0,05$

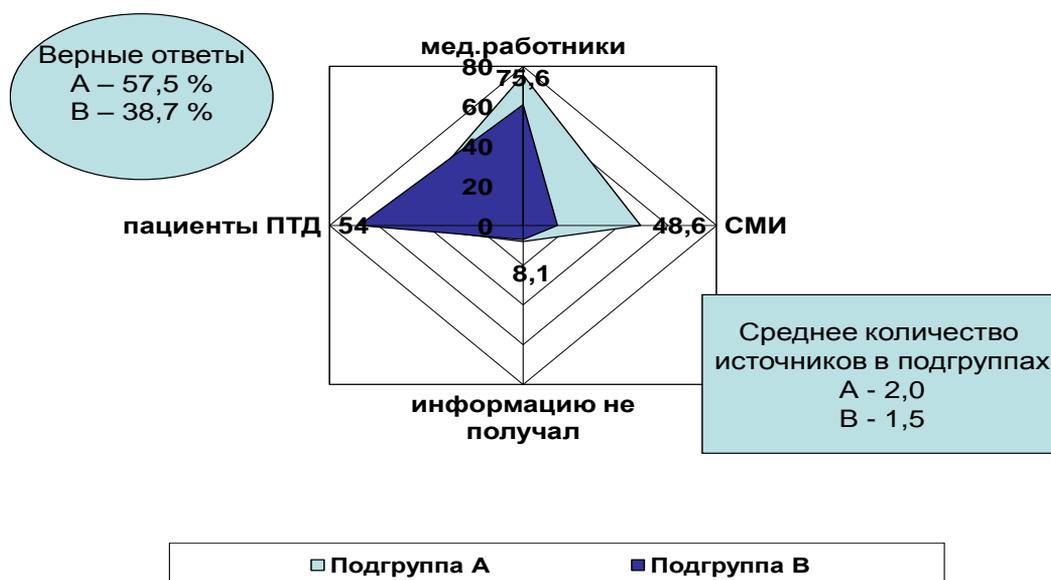
Проведен сравнительный анализ особенностей формирования внутренней картины болезни у пациентов с различной приверженностью лечению (рис. 4). К лицам, имевшим сенситивную часть ВКБ, отнесены пациенты с субъективными клиническими проявлениями туберкулеза до начала химиотерапии. Интеллектуальная часть оценивалась по совокупности верных ответов каждой из подгрупп на вопросы о туберкулезе. Выявлено статистически значимое преобладание интеллектуальной и сенситивной частей ВКБ у пациентов с

высокой приверженностью лечению, что означает получение ими большего объема как сенситивной, так и интеллектуальной информации. Данный факт доказывает влияние особенностей формирования ВКБ больных впервые выявленным туберкулезом на приверженность назначаемой им терапии.



**Рис. 4.** Особенности формирования информационного поля внутренней картины болезни (ВКБ) у лиц с различной приверженностью лечению

Проведен сравнительный анализ источников получения информации о туберкулезе, формирующих интеллектуальную (логическую) часть ВКБ у пациентов различной комплаентности (рис. 5).



**Рис. 5.** Источники информации о туберкулезе для пациентов различной приверженности лечению

В подгруппе А 48,6 % больных указали следующие источники информации: научно-популярные брошюры, стенгазеты в поликлинике, периодическая печать, телевидение и радио. В подгруппе В только 14,2 % пациентов использовали эти источники информации. Выявленная зависимость

свидетельствует о том, что пациенты с высокой приверженностью лечению имели тенденцию к самостоятельному расширению информационного поля внутренней картины болезни и использовали для этого все доступные способы. Такую позицию можно назвать активным расширением информационного поля ВКБ.

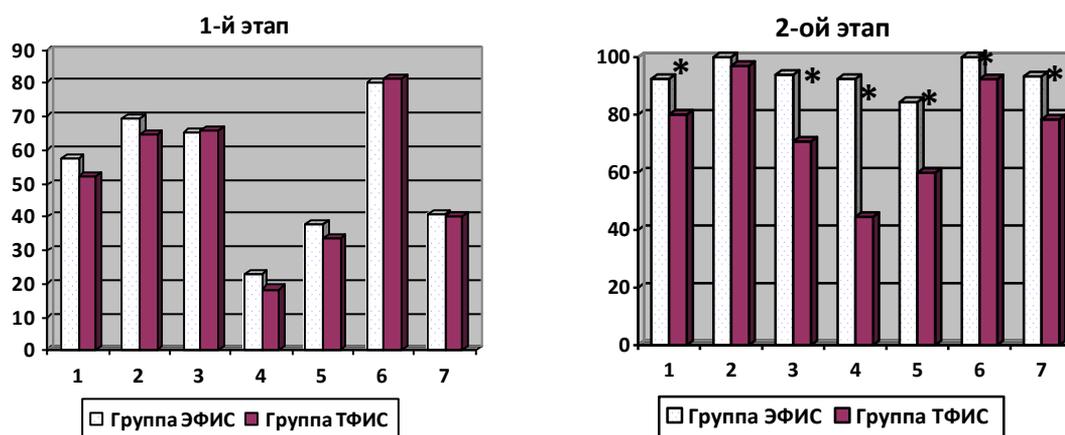
Больные подгруппы В преимущественно получали информацию от врачей и медицинских сестер противотуберкулезных учреждений (60,7 %) и других больных (67,8 %), что можно назвать пассивным расширением информационного поля ВКБ.

Сравнительный анализ частоты распространения исследуемых признаков среди пациентов с низкой и высокой приверженностью лечению позволил выбрать факторы с наиболее отличающимися параметрами. Степень их корреляции с характером отношения к терапии легла в основу балльной оценки влияния каждого из них. Количество баллов для каждого признака установлено в диапазоне от 1 до 5 в зависимости от степени корреляции. Для оценки веса балла проведена типологическая группировка рассчитанных коэффициентов корреляции [Елисеева И. И., 1988] и выделены интервалы, соответствующие тому или иному количеству баллов. Процедура диагностики основана на балльной оценке 19 характеристик пациента. Сумма баллов определяет уровень потенциала преодоления болезни. Итоговая сумма от 0 до 14 являлась критерием высокого потенциала преодоления болезни, а сумма баллов более 14 – низкого.

В ходе исследования выявлено, что показатель опросника оценки качества жизни (SF-36) GH выше 68,7 у. е. соответствовал 5 баллам. Корреляция в 4 балла определена у шкал MH ниже 60,25 у. е. и RE ниже 55,3 у. е., у пиковых показателей СМОЛ по 9-й шкале, при низком уровне знаний о туберкулезе (3 и менее верных ответов на вопросы анкеты), при злоупотреблении алкоголем и наркотиками; 3 баллам соответствовали: отсутствие работы в трудоспособном возрасте, курение более 10 сигарет в день; 2 баллам – отсутствие детей, выявление заболевания при профилактическом осмотре, наличие осложнений туберкулеза, бессимптомный характер течения болезни; 1 баллу – отсутствие собственной семьи, проживание в общежитии, давность флюорообследования, предшествующего выявлению туберкулеза (более двух лет), диссеминированная форма заболевания, указание на употребление алкоголя несколько раз в месяц.

Разработанный диагностический комплекс применялся для выявления лиц с низкой комплаентностью еще до начала химиотерапии. Из 66 больных впервые выявленным туберкулезом легких выделены подгруппы высокого (40 человек – 60,7 %) и низкого (26 человек – 39,3 %) потенциала преодоления болезни.

При оценке методики информационно-образовательного воздействия выявлено, что в группе ЭФИС удалось достичь достоверно более значимого прироста знаний (рис. 6). На втором этапе тестирования получено 92,4 % верных ответов в группе экспериментального и 72,5 % в группе традиционного формирования информационной среды ( $p < 0,05$ ). Нарушения больными стационарного режима лечения имели место в обеих группах. Однако количество пациентов, выписанных преждевременно, достоверно выше в группе ТФИС – 28 (43,0 %) против 7 (10,6 %) группы ЭФИС. Всего нарушали стационарный режим 31 (47,6 %) пациент из группы ТФИС и 11 (16,6 %) – из группы ЭФИС.



Примечания:

1. По оси Y – доля верных ответов, %.
2. По оси X – № вопроса анкеты: 1 – заразность туберкулеза, 2 – пути передачи, 3 – излечимость, 4 – противотуберкулезная прививка, 5 – длительность лечения, 6 – метод раннего выявления, 7 – количество ПТП.
3. \* Статистическая значимость различий при  $p < 0,05$ .

**Рис. 6.** Уровень знаний о туберкулезе пациентов групп ЭФИС и ТФИС на 1-м и 2-м этапах тестирования

Основные показатели эффективности стационарного лечения пациентов сравниваемых групп, представленные в таблице 2, иллюстрируют, что система информационно-образовательного воздействия, основанная на определении потенциала преодоления болезни, позволила улучшить исходы стационарного этапа лечения на 29,8 % по закрытию полостей распада и на 17,2 % по

негативации мазка мокроты методом простой бактериоскопии.

Таблица 2

### Основные показатели стационарного лечения больных туберкулезом

Показатель эффективности лечения	Группа ЭФИС n = 66		Группа ТФИС n = 65	
	Абс.	%	Абс.	%
Прекращение бактериовыделения	54	81,8	42	64,6*
Закрытие полости распада	49	74,2	24	36,9*

\* достоверность различий с группой ЭФИС ( $p < 0,05$ )

Таким образом, анализ результатов внедрения методики информационно-образовательного воздействия, основанной на определении потенциала преодоления болезни пациентов с впервые выявленным туберкулезом легких, продемонстрировал ее высокую эффективность в повышении уровня знаний больных, что сопровождалось увеличением в группе ЭФИС, в сравнении с группой ТФИС, доли пациентов, получающих регулярную противотуберкулезную терапию, и в снижении количества лиц, выписанных из стационара преждевременно. Логическим следствием данных результатов явилось значительное улучшение исходов стационарного лечения.

### ВЫВОДЫ

1. Выявлены чувствительные маркеры низкой приверженности лечению больных впервые выявленным туберкулезом легких, включающие социально-психологические характеристики пациента, показатели качества жизни, уровень знаний о заболевании и особенности течения туберкулезного процесса, которые в совокупности представляют собой диагностический комплекс определения потенциала преодоления болезни.

2. Разработанный принципиально новый диагностический комплекс определения потенциала преодоления болезни у больных впервые выявленным туберкулезом легких позволяет выявлять лиц с высокой и низкой приверженностью лечению еще до начала химиотерапии.

3. Выявленные особенности формирования информационной среды больных впервые выявленным туберкулезом легких с высокой и низкой приверженностью лечению обосновывают дифференцированный подход к информационно-образовательной работе с пациентами.

4. Разработанная методика информационно-образовательного воздействия, базирующаяся на дифференцированном подходе к обучению лиц с различным потенциалом преодоления болезни, позволила существенно расширить информационное поле внутренней картины заболевания у пациентов с впервые выявленным туберкулезом легких и достигнуть итогового уровня знаний больных до 92,4 %.

5. Применение методики информационно-образовательного воздействия на больных впервые выявленным туберкулезом легких позволило повысить эффективность стационарного этапа лечения: по закрытию полостей распада на 29,8 % и по негативации мазка мокроты методом простой бактериоскопии на 17,2 % в сравнении с группой традиционного формирования информационной среды, что достигнуто за счет увеличения в группе экспериментального формирования информационной среды приверженности противотуберкулезной терапии на 32,4 %.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. Разработанная методика информационно-образовательного воздействия, основанная на дифференцированном подходе к обучению лиц с различным потенциалом преодоления болезни, рекомендуется к использованию в стационарных отделениях противотуберкулезных учреждений для всех впервые выявленных больных туберкулезом.

2. Информационно-образовательную работу с больными туберкулезом целесообразно проводить в группах из 4 – 6 человек, формируемых по мере поступления пациентов в стационар. Рекомендуемый цикл обучения состоит из 6 занятий продолжительностью не более 40 – 45 минут с интервалом в неделю и предусматривает получение от врача-фтизиатра общих сведений об этиопатогенезе заболевания и подробное освещение вопросов лечения, профилактики, правил поведения в стационаре и семье. В процессе обучения следует проводить прямой контроль знаний путем использования принципа обратной связи и анкетирования пациентов.

3. Для раннего выявления пациентов групп риска низкой приверженности лечению еще до начала химиотерапии следует использовать диагностический комплекс определения потенциала преодоления болезни, включающий в себя чувствительные маркеры: социально-психологический статус, показатели

качества жизни, уровень знаний пациентов о заболевании и особенности течения туберкулезного процесса.

4. При наличии у больного впервые выявленным туберкулезом легких низкого потенциала преодоления болезни показано проведение врачом-фтизиатром индивидуальной информационно-образовательной работы в виде собеседований по 15 – 20 минут с использованием информационных акцентов. При высоком потенциале преодоления болезни индивидуальная информационно-образовательная работа может проводиться в виде самостоятельного изучения пациентом рекомендуемой преподавателем научно-популярной литературы по туберкулезу.

5. Разработанную методику информационно-образовательного воздействия рекомендуется применять одновременно с комплексной терапией больных впервые выявленным туберкулезом для повышения приверженности лечению и его эффективности.

### **СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

1. Копылова И. Ф., Печерина И. В., Пьянзова Т. В. Совершенствование организации деятельности стационарных отделений противотуберкулезных учреждений // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2009 (перечень ВАК). – № 6. – С. 34-37, автора – 0,17 п.л.

2. Пьянзова Т. В. Влияние информационно-образовательной работы с впервые выявленными больными туберкулезом на эффективность лечения // Туберкулез и болезни легких. – 2009 (перечень ВАК). – № 10. – С. 32-36, автора – 0,6 п.л.

3. Пьянзова Т. В. Особенности формирования информационного поля внутренней картины болезни у больных впервые выявленным туберкулезом легких с различной приверженностью лечению // Омский научный вестник. – 2009. – № 1 (84). – Прил. – С. 124-127, автора – 0,5 п.л.

4. Пьянзова Т. В., Копылова И. Ф. Повышение эффективности лечения больных туберкулезом путем совершенствования подходов к информационной работе // Вестник Российской Военно-медицинской академии. – 2009. – № 1 (25). – Прил. – Ч. II. – С. 517-518, автора – 0,13 п.л.

5. Вежнина Т. В., Копылова И. Ф. Причины преждевременного прекращения лечения и знания больных о туберкулезе // Pulmonology : сб. тез. – М., 2004. – С. 387, автора – 0,06 п.л.

6. Вежнина Т. В., Копылова И. Ф., Зимина В. Н. Основные причины преждевременного прекращения лечения больными туберкулезом // Проблемы туберкулеза и современные пути их решения : сб. тр. междунар. науч.-практ. конф. – Томск, 2004. – С. 28-29, автора – 0,08 п.л.

7. Пьянзова Т. В., Вежнина Н. Н. Особенности качества жизни больных с впервые выявленным туберкулезом и низкой приверженностью лечению // A1 IV Ief Congres National De Ftizio pneumologie din Republica Moldova (cu participare internationala) consacrat jubileului de 50 de ani al Institutului de Ftizio pneumologie "Chiril Draganiuc". Actualitati in etiologia, patogenia, profilaxia, diagnosticul si tratamentul tuberculoze, si afectiunilor pulmonare nespecifice. : rezumate – Chisinsu, 2009. - P.65, автора – 0,06 п.л.

8. Вежнина Т. В., Копылова И. Ф. Причины преждевременного прекращения лечения больными туберкулезом // Социально значимые болезни : сб. материалов межрегион. науч.-практ. конф. – Кемерово, 2004. – С. 30-31, автора – 0,13 п.л.

9. Вежнина Т. В. Почему больные туберкулезом преждевременно прекращают лечение // Медицина в Кузбассе. – 2004. – Спецвып. № 5. – С. 36-37, автора – 0,25 п.л.

10. Вежнина Т. В., Бабичук Г. И. Анализ причин смертей больных туберкулезом в туберкулезном стационаре // Современные вопросы пульмонологии : материалы 11-й обл. науч.-практ. конф. – Кемерово, 2005. – С. 30, автора – 0,063 п.л.

11. Вежнина Т. В., Бабичук Г. И., Ломова Л. А. Эффективность лечения заболевших туберкулезом работающих в сравнении с незанятыми трудом // Актуальные вопросы подростковой медицины. Проблемы и перспективы лекарственного обеспечения. Проблемы и перспективы оказания медицинской помощи работающему населению : сб. материалов науч.-практ. конф. – Кемерово, 2006. – С. 275-276, автора – 0,09 п.л.

12. Вежнина Т. В., Беликова О. А. Влияние уровня информированности населения о туберкулезе на предупреждение заболевания // Формирование здорового образа жизни как личностного и национального приоритетов. Проблемы и перспективы развития первичной медико-санитарной помощи

населению. Обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью – ведущее направление приоритетного национального проекта «Здоровье». Достижения и перспективы скорой медицинской помощи в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье»: сб. материалов науч.-практ. конф. – Кемерово, 2007. – С. 8-10, автора – 0,187 п.л.

13. Вежнина Т. В., Бабичук Л. Д. Особенности психологического статуса впервые выявленных больных туберкулезом легких // Медицина в Кузбассе. – Кемерово, 2007. – Спецвып. № 2. – С. 38, автора – 0,063 п.л.

14. Пьянзова Т. В., Копылова И. Ф. Диагностический комплекс для прогнозирования риска преждевременного прекращения лечения впервые выявленным больным туберкулезом // Медицина в Кузбассе. – Кемерово, 2008. – Спецвыпуск № 8. – С. 33 – 34, автора – 0,13 п.л.

15. Vezhnina T. Problems of medical – social rehabilitation of TB patients // The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease. – 2005. – Vol. 9. – № 11, Supp. 1. – P. 135, автора – 0,125 п.л.

16. P`yanzova. T. Factors determining TB patients adherence and cooperation in forecasting treatment adherence // The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease. – 2008. – Vol. 12. – № 11. – P. 136, автора – 0,13 п.л.

### СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВКБ	– внутренняя картина болезни
КЖ	– качество жизни
КИ	– контрольные испытуемые
ПТП	– противотуберкулезные препараты
СМОЛ	– стандартизированный многофакторный метод исследования личности
ТФИС	– традиционное формирование информационной среды
ЭФИС	– экспериментальное формирование информационной среды
ВР	– интенсивность боли
GH	– общее состояние здоровья
MH	– психическое здоровье
MMPI	– Миннесотский многоаспектный личностный опросник
PF	– физическое функционирование
RE	– ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием
RP	– ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием
SF	– социальное функционирование
VT	– жизненная активность