

ФОНД «РОССИЙСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

**Федеральный научно-методический центр
профилактики и борьбы со СПИДом РОСПОТРЕБНАДЗОРА РФ**



**Консультирование по вопросам приверженности
высокоактивной антиретровирусной терапии при
ВИЧ-инфекции.**

Методический материал

Москва, 2006 г.

Разработчик:

Беляева Валентина Владимировна, доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник Российского Федерального научно – методического центра профилактики и борьбы со СПИДом



ПРОГРАММА «РАЗВИТИЕ СТРАТЕГИИ ЛЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, УЯЗВИМОГО К ВИЧ/СПИД»



Методический материал подготовлен при финансовой поддержке Фонда «Российское здравоохранение» в рамках Программы «Развитие стратегии лечения населения РФ, уязвимого к ВИЧ/СПИДу»

Оглавление	Стр.
Введение	
1 Успехи противоретровирусной терапии	
1.1. Проблема приверженности – важная проблема лечения ВИЧ инфекции.	
1.2. Влияние приверженности на эффективность ВААРТ.	
2 Общие положения консультирования при назначении и приеме ВААРТ	
2.1. Особенности взаимоотношений врач – пациент при ВИЧ инфекции.	
2.2 Принцип информированного согласия.	
2.3. Консультирование по вопросам приверженности терапии при ВИЧ инфекции	
2.4. Условия успешного консультирования	
3 Факторы, влияющие на приверженность ВААРТ	
4 Консультирование как способ повышения приверженности ВААРТ	
4.1. Стратегия консультирования при назначении ВААРТ на стадии острой ВИЧ инфекции.	
4.2. Стратегия консультирования при назначении ВААРТ в ситуации иммунодефицита.	
4.3. Стратегия консультирования при назначении ВААРТ на поздних стадиях ВИЧ инфекции.	
5 Особенности консультирования женщин по вопросам приверженности профилактике вертикальной передачи ВИЧ	
6 Школа для людей, принимающих ВААРТ, как система консультирования по вопросам приверженности терапии	
7 Особенности консультирования по вопросам приверженности лечению людей, имеющих опыт употребления наркотиков	

Введение

Методический материал разработан в рамках программы «Развитие стратегии лечения населения Российской Федерации, уязвимого к ВИЧ/СПИДу», которая направлена на снижение заболеваемости и смертности, связанных с ВИЧ-инфекцией, путем расширения профилактики, лечения, а также психологической и социальной поддержки людей, живущих с ВИЧ/СПИД, особенно среди уязвимых слоев населения.

Одной из задач программы является *расширение доступности комплексной антиретровирусной терапии* для людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, особенно для уязвимых групп населения. Однако обеспечение доступности терапии ВИЧ инфекции с неизбежностью ставит перед медицинскими работниками и организаторами здравоохранения вопрос о приверженности пациентов получаемому лечению. Поэтому ***целью настоящего методического материала является обоснование процедуры консультирования по вопросам приверженности высокоактивной противоретровирусной терапии при ВИЧ-инфекции в качестве одной из принципиальных стратегий, используемых при лечении этого заболевания.***

В сознании людей СПИД стоит в одном ряду с самыми опасными болезнями, которые не поддаются излечению. Представление о том, что СПИД неизлечим, может иметь негативные последствия для тех, кто уже заражен. Люди могут пренебрегать лечением, считая его неэффективным и недоступным. Это мнение отражается и в представлениях врачей, не имеющих собственного опыта специфической терапии ВИЧ инфекции, о задачах и возможностях лечения этого заболевания.

В последние годы медицина достигла значительного прогресса в области фундаментальных и клинических исследований ВИЧ-

инфекции, что в огромной степени изменило перспективы как для клиницистов и исследователей, так и для больных. Инфекция ВИЧ теперь рассматривается как заболевание, потенциально поддающееся лечению и, возможно, в конечном счете, излечению, а не как приговор к неизбежному летальному исходу.

Согласно результатам проведенного в рамках проекта «Здоровая Россия 2020» социологического исследования информированности о проблеме ВИЧ/СПИДа медицинских работников, не являющихся специалистами в этой области, большинство опрошенных были уверены в том, что любая терапия может быть направлена только на смягчение симптомов заболевания. По мнению врачей, следует укреплять иммунитет ВИЧ-инфицированных пациентов с помощью иммуномодуляторов. Термин «антиретровирусная терапия» для большинства участников опроса оказался незнакомым. Те же, кто встречался с этим термином, были уверены в том, что противоретровирусные препараты являются очень дорогостоящими, токсичными и наиболее эффективны на начальных этапах болезни.

В действительности, современные противоретровирусные препараты могут подавлять размножение вируса и препятствовать прогрессированию болезни. Понимание патогенеза ВИЧ-инфекции, процессов формирования устойчивых к препаратам штаммов вируса, использование чувствительных методов определения ВИЧ РНК привели к созданию новых концепций, которые легли в основу современной **высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ)**, способной на неопределенно долгий срок продлить жизнь ВИЧ-инфицированного пациента.

Свидетельства того, что в ответ на ВААРТ происходит, по крайней мере, некоторое восстановление иммунитета, дают реальную

надежду на то, что будущие исследования и новые знания о природе ВИЧ-инфекции позволят добиться еще более значимых результатов. *Иммунные препараты (иммуномодуляторы) пока малоэффективны – с их помощью не удастся устранить первопричину поражений;* в перспективе они будут применяться в качестве второго эшелона терапии, направленной на восстановление нарушенного иммунитета уже после подавления вируса противовирусными агентами.

Полностью излечить ВИЧ-инфекцию пока не представляется возможным. Однако уже сегодня можно не только продлить жизнь ВИЧ - инфицированного пациента на неопределенно долгий срок, но и дать ему возможность жить полноценной жизнью, трудиться, создавать семью, иметь детей.

1. Успехи противоретровирусной терапии

Противоретровирусная терапия – одно из величайших достижений в истории медицины. С 1987 г. первым широко применяемым препаратом стал зидовудин. В это же время азидотимидин начали применять и в России. Препарат был разработан компанией НПО «АЗТ-Фарма» и зарегистрирован под названием «Тимазид». За период с 1987 по 1995 гг. были зарегистрированы еще 4 препарата из этой группы. Лекарства применялись в виде монотерапии, а кратность их приема составляла 5-6 раз в сутки. За 6 лет не было достигнуто кардинальных перемен в терапии ВИЧ-инфекции: монотерапия оказалась недостаточно эффективной, больные продолжали умирать, несмотря на лечение.

Повод для оптимизма появился в 1995 г., когда были опубликованы результаты двух клинических исследований: при сочетанном применении двух противоретровирусных препаратов (битерапия) частота неблагоприятных исходов ВИЧ-инфекции (переход в стадию СПИД и смерть) оказалась значительно ниже, чем при монотерапии.

Активная разработка новых противоретровирусных препаратов, воздействующих на различные этапы жизненного цикла вируса, привела к тому, что за период с 1995 по 1998 гг. было зарегистрировано сразу шесть противоретровирусных препаратов, которые подавляют активность различных ферментов вируса, обеспечивающих образование новых вирусных частиц.

1995г. считается началом «эры **ВААРТ**» (**ВысокоАктивной АнтиРетровирусной Терапии**). ВААРТ предполагает назначение трех (тритерапия) и более препаратов из различных групп. Всего за три года – с 1994 по 1997 – в Европе доля больных, не получавших противоретровирусную терапию, сократилась с 37% до 9%, а доля получающих ВААРТ возросла с 2% до 64%. С 1994 по 1998 гг., т.е. всего за четыре года, частота перехода ВИЧ-инфекции в стадию СПИДа сократилась с 31% до 2,5%. Еще заметнее сократилась частота развития вторичных заболеваний.

Об эффективности противоретровирусной терапии можно судить, в частности, по таким показателям, как вирусная нагрузка и количество CD4-лимфоцитов. Термин «вирусная нагрузка» используется для обозначения результатов определения количества копий РНК ВИЧ в миллилитре плазмы, выполненного с помощью молекулярных методов. Применение ВААРТ позволяет довести вирусную нагрузку до уровня ниже уровня определения (нижнего порога чувствительности) и существенно увеличивать процентное содержание и абсолютное количество CD4-лимфоцитов на протяжении многих месяцев и лет.

Важная особенность специфической терапии ВИЧ-инфекции заключается в том, что пациенты, получающие ВААРТ, вынуждены в течение многих месяцев и лет, ежедневно, по три-четыре раза в день принимать большое количество препаратов. Это приводит к тому, что больные, по тем или иным причинам, порой нарушают режим приема лекарств, создавая тем самым почву для формирования штаммов вируса, устойчивых к противоретровирусным препаратам.

Целями ВААРТ являются:

1. Максимальное и стойкое подавление репликации ВИЧ (снижение уровня РНК ВИЧ);
2. Восстановление и сохранение функции иммунной системы;
3. Повышение качества жизни пациентов;
4. Уменьшение частоты летальных исходов, обусловленных инфекцией ВИЧ.

Для достижения этих целей необходима максимальная *приверженность* пациентов лечению, т.е. соблюдение в максимальной степени пациентом предписаний врача по приему лекарственных средств.

1.1. Проблема приверженности – важная проблема лечения ВИЧ инфекции.

Одним из наиболее существенных проблем в комбинированной терапии является приверженность пациентов лечению, т.е. насколько правильно пациент следует рекомендациям врача по применению схем лечения. В настоящее время схем высокоактивной антиретровирусной терапии довольно много, так как сейчас в мире используется для лечения пациентов более двадцати препаратов четырех классов. Большинство комбинаций лекарственных препаратов для лечения ВИЧ-инфекции близки по эффективности.

Однако чем меньше таблеток получает пациент, меньше кратность приема препаратов и зависимость от приема пищи или жидкости, тем лучше пациент выполнит назначенную врачом схему лечения, и, соответственно, тем лучше будет эффект. Пропуск приема дозы препаратов может обусловить развитие устойчивости вируса к лекарствам. В этом случае терапия будет неэффективной, и врач будет вынужден произвести замену одного или даже всех антиретровирусных препаратов, составляющих данную схему. Кроме того, плохая приверженность режиму лечения способствует повышению риска передачи устойчивых штаммов ВИЧ.

При лечении сахарного диабета и артериальной гипертонии не случится ничего страшного, если больной забудет принять таблетку, то при ВИЧ-инфекции незначительная небрежность способна привести к серьезным последствиям.

Успех лечения непосредственно зависит от приверженности пациента лечению.

Снижение уровня РНК ВИЧ ниже порога определения (менее 400 копий/мл) наблюдали у 81% пациентов лишь при уровне приверженности 95% и выше. Т.е. пациенту необходимо принять 95% и более назначенных доз препаратов. При приеме препаратов 2 раза в сутки в течение месяца пациент может

пропустить не более 3 разовых доз лекарственных средств. Лишь в этом случае приверженность составит 95%.

1.2. Влияние приверженности на эффективность ВААРТ.

Эффективность лечения значительно ниже у пациентов с более низким уровнем приверженности. Так, при приверженности 90-95%:

- снижение уровня РНК ВИЧ менее 400 копий/мл имело место у 64% пациентов,
- при 80-90% - у 50%,
- при 70-80% - у 25% и при уровне приверженности менее 70% - только у 6%.

Иммунологическая эффективность ВААРТ (прирост числа CD4+клеток) также непосредственно зависит от приверженности лечению.

Более 1500 пациентов, ранее не получавших ВААРТ, были разделены на 3 группы по числу CD4-клеток (менее 50, 50-199 и ≥ 200 клеток/мкл) и уровню приверженности лечению ($\geq 75\%$ и $< 75\%$). Через 15 недель терапии в группе пациентов с исходным числом CD4-лимфоцитов менее 50 клеток/мкл прирост составил 200 клеток/мкл у пациентов, приверженных лечению, и 60 клеток/мкл – у неприверженных. В группе больных с уровнем CD4-клеток 50-199 в 1 мкл – 300 и 125 клеток/мкл, соответственно, а в 3 группе (более 200 клеток/мкл) - 550 и 300 клеток/мкл, соответственно.

Не только вирусологическая и иммунологическая эффективность лечения, но и выживаемость пациентов существенно выше у лиц, приверженных терапии.

У 1422 пациентов оценивали число CD4-клеток, приверженность лечению и выживаемость. У пациентов, имевших не менее 200 клеток/мл, летальность была в 2 раза выше (15,2%) при уровне приверженности лечению менее 75%, по сравнению с пациентами, у которых приверженность была 75% и выше (7,1%). Летальность была в 2,5 раза выше при отсутствии приверженности даже у пациентов с исходным уровнем CD4-клеток более 350 в 1 мкл. В Испании было показано, что при сокращении приверженности на 10% риск смерти

возрастает в 4 раза. Установлено также, что при высокой приверженности сокращается частота госпитализаций.

Важно отметить:

- Если больной не принимает 5% и более назначенных препаратов, успех лечения становится сомнительным.*
- Врач всегда переоценивает то, как пациент соблюдает режим лечения*

2. Общие положения консультирования при назначении и приеме ВААРТ.

2.1. Особенности взаимоотношений врач – пациент при ВИЧ инфекции

Проблемы, связанные с лечением длительно текущих заболеваний с неблагоприятным прогнозом, не новы для медицинской практики. Однако появление ВИЧ-инфекции потребовало от медицинских работников пересмотра привычных профессиональных стереотипов, в том числе связанных с назначением и проведением лечения. Опыт применения ВААРТ наглядно показал недостаточную эффективность обычной модели взаимоотношений врач – больной в процессе специфической терапии ВИЧ инфекции.

Традиционно:

врач, основываясь на жалобах пациента, данных анамнеза, клинической картине заболевания и результатах дополнительных методов исследования, использует свой профессиональный опыт, выносит диагностическое суждение

и принимает решение о начале терапии. Возлечение самого пациента в лечебный процесс ограничивается получением согласия на предлагаемое врачом лечением и выполнением врачебных предписаний.

“Опекунская” модель отношений между людьми теряет свои позиции в общественной жизни. Взяв старт в политике, идея партнерства проникла в самые разные стороны жизни человека. Патернализм, традиционно царивший в медицинской практике, уступает место принципу сотрудничества. Ценность автономии оказалась столь высока, что благодеяние врача вопреки воле и желанию пациента ныне считается недопустимым. На смену патернализму приходит принцип информированного согласия, что находит подтверждение в “Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан”.

2.2 Принцип информированного согласия.

Под информированным согласием понимается добровольное принятие пациентом курса лечения или терапевтической процедуры после предоставления врачом адекватной информации. Можно условно выделить два основных элемента этого процесса: 1) предоставление информации и 2) получение согласия. Первый элемент включает в себя понятия добровольности и компетентности.

Врачу вменяется в обязанность информировать пациента:

- о характере и целях предлагаемого ему лечения;
- о связанном с ним существенном риске;
- о возможных альтернативах данному виду лечения.

Добровольное согласие - принципиально важный момент в процессе принятия медицинского решения. Добровольность информированного согласия подразумевает неприменение со стороны врача принуждения, обмана, угроз и т.п. при принятии решения пациентом

Врач дает совет о наиболее приемлемом с медицинской точки зрения варианте, но окончательное решение принимает пациент, исходя из своих нравственных ценностей. Таким образом, доктор относится к пациенту как к цели,

а не как к средству для достижения другой цели, даже если этой целью является здоровье.

Одновременно с этим встает вопрос о том, как и в каком объеме, информировать пациента.

В последнее время большое внимание получает “субъективный стандарт” информирования, требующий, чтобы врачи, насколько возможно, приспособливали информацию к конкретным интересам отдельного пациента. С точки зрения этики, “субъективный стандарт” является наиболее приемлемым, так как он опирается на принцип уважения автономии пациента, признает независимые информационные потребности и желания лица в процессе принятия непростых решений.

ВИЧ-инфекция создала прецедент, когда для достижения устойчивого терапевтического результата пациентам необходимо длительное время принимать большое количество лекарств, соблюдая строго регламентированные предписания. Очевидно, что традиционно пассивная роль пациента не может обеспечить его адекватное участие в лечении, что требует от врача осознания партнерской роли пациента в терапевтическом процессе. Кроме того, пациент может плохо понимать предписания врача, иметь собственные представления об эффективном и безопасном лечении, отрицать сам факт наличия заболевания в соответствии со своими механизмами психологической защиты.

Лечение ВИЧ-инфекции представляет собой многокомпонентное явление. В нем принимают участие сам пациент, вирус иммунодефицита человека, лекарства и врач, который их назначил.

- Пациент привносит в этот процесс свои биологические и социально-психологические особенности.
- Врач – профессиональные навыки.
- ВИЧ обладает способностью к селекции штаммов, устойчивых к одному или более из принимаемых препаратов.
- Лекарства имеют различные фармакокинетические профили и особенности при сочетании друг с другом.

В специальной литературе для характеристики проблем, возникающих при назначении и приеме ВААРТ, утвердился термин *приверженность*.

2.3 Консультирование по вопросам приверженности терапии при ВИЧ инфекции

Приверженность терапии означает, что пациент

- Вовремя принимает лекарство;
- Принимает его в необходимой, предписанной врачом дозе;
- Соблюдает рекомендации по диете

Соответственно неприверженность к ВААРТ может выражаться в:

- несоблюдении графика приема препаратов;
- пропуске приема;
- приеме неправильной дозы (что может выражаться как в самостоятельном ее снижении, так и в приеме двойной дозы после пропуска приема);
- в несоблюдении диеты.

Очевидно, что идеальная цель представляет собой достижение стопроцентной приверженности, однако при любом хроническом заболевании достижение подобного результата очень трудно и употребление 80% назначенных врачом лекарств можно считать хорошей приверженностью. В случае же инфекции ВИЧ такая “хорошая приверженность” приводит в конечном итоге к развитию резистентности и терапевтической неудаче.

Во врачебной практике существует множество способов сделать так, чтобы врачебные предписания были выполнены пациентом.

Традиционной формой врачебной инструкции является рецепт. Врачи также часто используют так называемые:

- положительные директивы (указывают, что именно нужно делать пациенту) и
- отрицательные директивы (называют то, что ему не следует делать).

Существуют также такие способы усиления предписаний как врачебное внушение и предупреждение.

Однако инфекция ВИЧ принесла с собой необходимость поиска новых эффективных подходов к улучшению лечебного процесса. Одним из них является *консультирование по повышению приверженности терапии*.

Термин «консультирование» по отношению к ВИЧ инфекции представляет собой прямое заимствование из английского языка («HIV counseling»). Под ним подразумевается диалог и создание таких отношений между консультантом и обратившимся человеком, которые позволяют предотвратить распространение ВИЧ инфекции и оказать поддержку тем, кто затронут этой проблемой

Консультирование основано на сочетании

- информирования пациентов по вопросам, связанным со специфическим лечением ВИЧ-инфекции
- оказания психологической поддержки.

Важно отличать консультирование от информирования и указания. К примеру, фраза врача:

- «Вам нужно начинать принимать лекарства» представляет собой *указание*.
- «Вам нужно начинать принимать лекарства для того, чтобы улучшить состояние иммунной системы» является *информированием*.
- «Как Вы думаете, Вы готовы начать регулярный прием лекарств для того, чтобы улучшить состояние иммунной системы» отражает *консультативный подход*.

Сочетание указаний, информирования и консультирования необходимо для обеспечения качества медицинской помощи при лечении ВИЧ инфекции.

Консультирование при назначении и приеме ВААРТ позволяет:

- установить необходимый контакт с пациентами;
- информировать пациентов;

- получить представление об индивидуальной внутренней картине заболевания, сомнениях, опасениях и намерениях пациентов;
- провести коррекцию искаженных представлений;
- оказывать психологическую поддержку;
- мотивировать и поддерживать мотивацию на прием ВААРТ;
- выявлять имеющиеся ресурсы.

Таким образом, консультирование при приеме ВААРТ в конечном итоге направлено на повышение приверженности принимаемой терапии.

Элементы консультирования можно обнаружить практически в каждой беседе врача с пациентом. Однако только целостное восприятие врачами консультативного подхода может служить залогом успешного лечения.

Если информирование пациентов с некоторыми оговорками принимается большинством врачей как естественная часть лечебного процесса, то по вопросу об оказании психологической поддержки существуют разные точки зрения. С одной стороны сам характер врачебной деятельности является гуманистическим и подразумевает необходимость психологической поддержки. Но процесс специализации неизбежно сказывается и на представлениях медицинских работников о том, кто именно «должен» оказывать эту поддержку пациентам. На практике это проявляется в тенденции «переложить» функции поддержки на психологов, психотерапевтов и даже психиатров. При этом существенную роль играют и механизмы психологической защиты врачей, и недостаточное понимание сущности термина «психологическая поддержка».

Что значит поддержать кого-либо психологически? Поддержать психологически означает:

- *признать человеческую ценность пациента, его личность независимо от того, какими качествами он обладает, болен он, или здоров.*
- *создать атмосферу взаимной заинтересованности, доверия и понимания во время беседы.*

Психологическая поддержка дает возможность пациенту преодолеть тревогу и страх. Люди, охваченные этими чувствами, не способны ни

воспринимать информацию, ни принимать решения, ни рационально действовать. Любое посещение врача, особенно связанное с ухудшением состояния здоровья, сопровождается тревожными опасениями пациента по поводу исхода консультации. Это справедливо и для ситуации назначения ВААРТ, когда сам факт обсуждения необходимости лечиться ясно говорит пациенту о его неблагополучии.

Психологическая поддержка повышает степень самоуважения человека, а это позволяет уменьшить то неблагоприятное влияние, которое оказывает ВИЧ – инфекция на личность пациентов.

Психологическая поддержка предоставляет редкую возможность непосредственно влиять на личность получающих ее людей. Это та редкая форма коррекции, которая без помощи лекарств позволяет влиять на самооценку людей, их представление о самих себе.

Распространенное мнение о том, что консультирование – удел психологов и психотерапевтов во многом объясняется недостатком навыков общения у врачей широкого профиля. Сторонники такого взгляда на консультирование не учитывают то обстоятельство, что врачи любой специальности, ежедневно работая с пациентами, волей – неволей, осознанно или нет, занимаются и консультированием и психотерапией. В этой связи задачей настоящего информационного материала служит повышение информированности медицинских работников, расширение круга их профессиональных возможностей в области консультирования по вопросам приверженности ВААРТ.

У врача любой специальности в силу его профессии постепенно формируется представление о том, что именно он должен принимать решение о том, что нужно пациенту. Несомненно, что в ряде случаев, особенно при оказании неотложной медицинской помощи, так и происходит. Однако, опыт работы с людьми, так или иначе затронутыми проблемой ВИЧ-инфекции, показывает, в некоторых случаях принятие на себя всей полноты ответственности за пациента, решение проблем за него, недостаточный учет его мнения и выбора может привести врача к профессиональной неудаче. В дальнейшем у него могут

возникнуть сначала психологические, а затем и соматические проблемы, известные как синдром выгорания.

Врачи должны отдавать себе отчет в собственных чувствах и предрассудках. Эти переживания могут мешать им дать объективную оценку ситуации и, в случае работы со страдающими людьми, способны вызвать депрессию и препятствовать выполнению профессиональных обязанностей и общению с другими людьми.

2.4. Условия успешного консультирования

Конфиденциальность – основа консультирования. Консультирование невозможно, если пациент не доверяет медицинскому работнику. С пациентом нужно обязательно обсудить вопрос конфиденциальности.

Врач вправе использовать информацию о пациенте только в профессиональных целях. Врач не вправе распространять сведения о пациенте с другими намерениями.

Вся медицинская документация хранится в недоступных для посторонних местах. Результаты медицинских исследований по телефону не сообщаются.

Когда возникает необходимость поделиться полученными от пациента сведениями с его родителями, учителями, супругой/супругом, врач обязан поставить пациента в известность об этом. Если тот не возражает, то вопрос конфиденциальности из этического превращается в сугубо профессиональный.

В самом начале консультирования важно обговорить условие конфиденциальности: *«Все, о чем мы с вами будем говорить, останется между нами, если вы сами не захотите поделиться этой информацией с кем-либо еще».*

С одной стороны, это способствует уменьшению тревоги у консультируемого, а с другой – установлению контакта, необходимого для успешной беседы.

Достаточное время. Медицинский работник должен иметь достаточно времени для того, чтобы установить *контакт и взаимопонимание с пациентом*. Они необходимы как для собственно консультирования, так и для того, чтобы обратившийся человек осознал необходимость изменения своего образа жизни в отношении ВИЧ-инфекции, длительного приема терапии.

Зачастую медицинские работники сомневаются в том, что при нехватке времени, которую они испытывают, им удастся должным образом консультировать пациентов. Эти сомнения могут быть связаны

- *с недостатком практических навыков,*
- *с психологической защитой врачей и медсестер от попыток изменить их профессиональные стереотипы и расширить навыки.*

С опытом, как правило, приходит и осознание выгоды от применения консультирования в повседневной практике, и умение структурировать беседу, распределяя время таким образом, чтобы его хватило и на работу с первично обратившимся пациентом, и на повторные консультации.

В некоторых случаях полезно заранее обговорить время, которым консультант располагает для беседы. *«У нас сегодня есть 10 минут. Какие вопросы вы считаете наиболее важными?»*

Доброжелательное и благосклонное отношение. Важно поддерживать у обратившегося за консультацией человека ощущение того, что консультант настроен по отношению к нему доброжелательно и благосклонно независимо от его образа жизни, сексуальных предпочтений, этнических и религиозных особенностей.

Вполне естественно, что медицинский работник может отрицательно относиться к некоторым формам поведения, например, к употреблению наркотиков. Однако **привнесение личных мотивов в консультирование, как, впрочем, и в любую другую профессиональную деятельность, не позволяет осуществлять ее на должном уровне.**

Доступность изложения информации. Любая информация, которую сообщает консультант, должна быть последовательна, и изложена простым, понятным языком.

Опытные консультанты просят своих пациентов коротко повторить основные положения беседы. Это придает им уверенность в том, что их информация была правильно понята.

Доступность консультации. Консультация должна быть **доступной**. Люди, нуждающиеся в консультации, должны знать, что они всегда могут попросить о встрече или связаться с врачом.

Владение навыками установления контакта. Одним из важных условий успешного консультирования по вопросам ВИЧ-инфекции является владение навыками установления и поддержания контакта.

Таблица 1

Правила продуктивного слушания

Старайтесь сдерживать попытку прервать собеседника	Прежде чем ответить, дайте собеседнику возможность высказаться. Своим поведением подчеркните, что вам интересно его слушать. Если вам недостаточно полученной информации, попросите повторить или пояснить то, что не совсем понятно.
Предоставьте время	Чтобы человек выразил свою мысль до конца, предоставьте ему время и возможность высказаться.
Не давайте собеседнику понять, что его трудно слушать	Напротив, проявите по отношению к нему полное внимание и расположение. Случайного кивка, восклицания или замечания будет достаточно, чтобы подчеркнуть вашу заинтересованность.
Избегайте поспешных выводов	Это один из главных барьеров для эффективного общения. Воздержитесь от скороспелых оценок и постарайтесь до конца понять точку зрения собеседника или ход его мыслей.
Не заостряйте внимания на речевых особенностях собеседника	Иногда собеседник может казаться вам слишком медлительным, монотонным, надоедливым. Однако это не повод для того, чтобы проявлять нетерпение в общении с ним. Вас не должны отвлекать манеры и особенности речи пациента.
Спокойнее реагируйте на высказывания	Если один из собеседников чрезмерно возбуждён, это влияет на восприятие другого. В таком случае срабатывают эмоциональные

	барьеры. Врач может найти себе моральную поддержку в полном отрицании того, о чем говорит пациент. Хороший слушатель сдерживает волнение, не отвлекается на мелочи, а извлекает суть из высказываний собеседника.
Не отвлекайтесь	Плохого слушателя всё отвлекает: звуки с улицы, телефонные звонки, хождение людей мимо открытой двери. Хороший слушатель либо сядет так, чтобы не отвлекаться, либо сконцентрирует своё внимание только на словах собеседника.

Труд медицинского работника неизбежно связан с общением. Для достижения успеха в профессии важно осознавать необходимость владения навыками эффективного ведения беседы с пациентами.

Пациенты безошибочно чувствуют внутренний настрой врача, его к ним отношение. Нет, и не может быть такой техники, которая могла бы заменить настоящее внимание к человеку.

3. Факторы, влияющие на приверженность ВААРТ.

К *пациент– независимым факторам*, обладающим несомненным влиянием на приверженность, относятся кратность и число единиц приема лекарств, а также наличие побочных эффектов. Поэтому одной из перспективных стратегий повышения приверженности ВААРТ является использование однократных схем приема 1-2 единиц лекарственных препаратов, обладающих минимальными побочными эффектами, особенно такими, как тошнота, рвота, диарея.

Пациент – зависимые факторы, которые могут оказать влияние на приверженность, с некоторой долей условности можно разделить на:

- социо - демографические (невысокий образовательный уровень, бездомность, молодой возраст);
- связанные с наличием психических заболеваний (депрессии и наркозависимости). Следует также учитывать, что такие особенности психического состояния пациентов, как переживание тревоги, подавленности, болевых ощущений могут привести к

снижению приверженности. Пониженная самооценка и употребление алкоголя тоже являются неблагоприятными.

- *На приверженность ВААРТ может оказать влияние и хорошее самочувствие пациентов, когда они не видят смысла начинать или продолжать лечение.*
- *Если за пропущенной дозой препарата гипотензивного, спазмолитического, сахароснижающего действия может незамедлительно последовать «расплата» в виде ухудшения самочувствия, то пропуск дозы препарата ВААРТ не приводит к быстрой «обратной связи», что отрицательно влияет на приверженность.*

Знание этих факторов может оказаться полезным при прогнозировании приверженности терапии.

Приверженность терапии зависит от:

- Уровня стресса, который испытывает пациент и эффективности его преодоления;
- Веры в эффективность терапии;
- Состояния баланса между ощущаемой выгодой от приема терапии и наличием ограничений, которые накладывает ее прием;
- Наличия социальной поддержки.

Нетрудно заметить, что врач может реально повлиять три из четырех составляющих, от которых зависит приверженность к терапии. Это возможно благодаря консультированию, т.е. собеседованию по вопросам приверженности ВААРТ.

4. Консультирование как способ повышения приверженности ВААРТ

При назначении терапии важно оценить психологическую готовность пациента к ее приему. Поэтому, консультируя пациентов перед началом ВААРТ, мы спрашиваем о том, *что думает пациент по поводу предстоящего лечения и готов ли он начать прием лекарств.* В нашей практике встречались случаи,

когда, уже имея на руках препараты для ВААРТ, больные еще не определились со своим отношением к лечению.

Практика также показывает, что наличие таких особенностей как *употребление наркотиков и алкоголя, подавленное настроение* целесообразно выявлять до начала комбинированной терапии. 24% пациентов, которые прерывали терапию, указывали на подавленное настроение в качестве причины такого решения.

Во многих случаях врачи не знают об этих проблемах только потому, что просто не спрашивают об этом.

Поэтому перед началом ВААРТ следует проконсультировать пациента у психиатра и нарколога. На практике депрессивные расстройства могут не диагностироваться, т.к. медицинские работники ставят себя на место пациентов и думают, что в подобных обстоятельствах у любого человека «была бы депрессия». Считая это «психологически понятным» они тем самым игнорируют болезненную природу нарушений настроения, что приводит к ограничению доступа пациентов к получению необходимой помощи.

Заключение специалистов позволит врачу составить представление о наличии у больного депрессии, а также актуальной зависимости от наркотиков или алкоголя, что важно для прогнозирования приверженности ВААРТ и эффективности терапии. В целом можно отметить, что решение о начале терапии при потреблении наркотиков в каждом случае принимается индивидуально.

В качестве способа повышения приверженности можно рекомендовать *информирование пациентов*. Информирование

- стимулирует принятие решения о начале ВААРТ
- поддерживает мотивацию на продолжение лечения.

Наш опыт работы школы для пациентов, принимающих комбинированную терапию, показал, что сочетание информирования пациентов по различным вопросам, связанным с ВИЧ – инфекцией с элементами групповой психотерапии позволяет повысить мотивацию на лечение.

Большое значение имеет консультирование по повышению приверженности ВААРТ *для самооценки пациентов*. В их самоотчете отмечались высказывания, свидетельствующие о появлении чувства удовлетворения от усилий, направленных на улучшение своего состояния, от уменьшения ощущения беспомощности перед лицом болезни. У отдельных пациентов в процессе

консультирования отмечались признаки изменения отношения к себе на более положительное.

Одна из наших пациенток рассказывала, что она «стала нравиться самой себе», когда в процессе ВААРТ стала заботиться о своем здоровье и изменила образ жизни на более упорядоченный.

Консультирование по вопросам приверженности ВААРТ способствует созданию устойчивых положительных отношений между врачом и пациентом, что необходимо для поддержания и повышения приверженности в процессе длительного лечения. Важную роль при этом играют согласованные усилия специалистов различного профиля.

Практика назначения ВААРТ на различных стадиях ВИЧ-инфекции свидетельствует о том, что существуют **взаимосвязь между стадией заболевания и особенностями консультирования по поводу ВААРТ.**

4.1. Стратегия консультирования при назначении ВААРТ на стадии острой ВИЧ инфекции

В случае назначения ВААРТ на острой стадии ВИЧ-инфекции, пациенты нуждаются в специальных мероприятиях по подготовке к началу терапии.

При проведении консультирования было выявлено, что пациенты испытывали разнообразные отрицательные переживания в связи с обнаружением у них ВИЧ-инфекции, не смотря на то, что с момента установления диагноза у некоторых из них прошло 6 месяцев.

Отмечалось также наличие реакций психологической защиты по типу отрицания, когда пациенты не могли признать сам факт наличия у них заболевания и высказывали сомнения в своей инфицированности.

В этих случаях рекомендации врача начать прием ВААРТ не встречали энтузиазма, т.к. создавалась ситуация, когда человеку рекомендовали лечить болезнь, в существование которой пациенты отказывались верить. Кроме того, необходимость начала лечения на ранней стадии заболевания встречала отрицательное отношение со стороны окружения пациента.

В нашей практике регистрировались случаи, когда пациенты в качестве аргумента против начала приема ВААРТ ссылались на мнение пациентов «со стажем», которым доверяли и которые высказывались против терапии, приводя целы ряд доводов от трудностей бесперебойного обеспечения препаратами до принципиальной «нецелесообразности» «пожизненного» приема большого количества «тяжелых» лекарств.

В этой ситуации врачу особенно важно не терять инициативы и выявлять препятствия приверженности терапии с последующим разъяснением неверных представлений.

*Отсутствие психологической готовности к приему ВААРТ приводит к недостаточной приверженности лечению. Это потребовало разработки стратегии консультирования пациентов, которая опиралась **на включение терапии в процесс совладания с болезнью.***

Опыт работы с людьми, живущими с ВИЧ-инфекцией, показывает, что одним из наиболее значимых переживаний наших пациентов в периоде установления диагноза заболевания является ощущение *беспомощности перед лицом болезни*. Обычно в подобной ситуации психологического конфликта между неотъемлемым правом на жизнь и препятствием в виде заболевания, человек обращается за медицинской помощью, или занимается самолечением и в результате выздоравливает, конфликт устранен. При инфекции ВИЧ выздоровление невозможно и чувство бесплодности своих усилий по выходу из создавшейся ситуации является для наших пациентов наиболее травмирующим.

Методика.

*В процессе консультирования по приверженности с пациентами обсуждается та установка, при которой **сам прием терапии рассматривается как способ контролировать вирус, как инструмент совладания с болезнью.***

В результате отмечалось уменьшение остроты проявлений психологического кризиса, связанного с установлением диагноза ВИЧ-инфекции, пациенты осознавали ВААРТ как способ влиять на состояние своего здоровья, и в конечном итоге удавалось ослабить отрицательное влияние стрессовой ситуации на готовность к началу лечения.

4.2. Стратегия консультирования при назначении ВААРТ в ситуации иммунодефицита

При назначении ВААРТ в ситуации иммунодефицита также важно учитывать, тот факт, что для наших пациентов эта ситуация может являться психотравмирующей. Пациент получает объективное подтверждение своего соматического неблагополучия, испытывает тревожные опасения по поводу перспектив. У него имеется индивидуальная картина болезни, знакомство с которой дает врачу представление о том, насколько иногда его представление о мыслях и чувствах пациента расходится с реальными представлениями больного.

Примеры из практики.

В процессе постановки диагноза ВИЧ инфекции молодая женщина обнаруживала редкое спокойствие в этой ситуации. Свое отношение к заболеванию она объяснила тем, что была готова к этой новости, т.к. раньше болела сифилисом, а «сифилис переходит в ВИЧ». В качестве аргумента пациентка использовала данные, содержащиеся в брошюре, посвященной инфекциям, передаваемым половым путем. Содержащуюся там информацию о том, что у людей, страдающих венерическими заболеваниями высок риск обнаружения ВИЧ-инфекции, она интерпретировала как возможность «мутации» возбудителя сифилиса в ВИЧ.

Другая пациентка была проконсультирована в связи с постоянными нарушениями режима лечения, что привело к выраженному ухудшению ее состояния. Знакомство с внутренней картиной болезни показало, что женщина знала о том, что ее плохое самочувствие на тот момент было связано с развитием туберкулезного процесса, однако считала эту болезнь «несерьезной» по сравнению со «СПИДом», пренебрегала требованиями врачей и высказывала намерение лечиться, «когда будет совсем плохо и разовьется СПИД». При этом те факты, которые не укладывались в концепцию сосуществования у нее двух заболеваний, лечением одного из которых можно пренебречь (длительный период инфицированности ВИЧ, наличие в анамнезе перенесенных оппортунистических инфекций, низкие показатели иммунного статуса) пациенткой в расчет не принимались.

(По-видимому, в данном случае речь шла не только об особенностях внутренней картины болезни, но и о психологической защите, позволяющей пациентке игнорировать действительное положение дел).

Очевидно, что консультирование, опирающееся на доверие и осознание партнерских отношений с пациентом в процессе терапии, имеет первоочередное значение и позволяет в конечном итоге работать эффективно.

Методика «подведения баланса».

Обсуждая с пациентом необходимость приема ВААРТ, врач помогает «взвесить» все «за» и «против». В групповой, семейной и индивидуальной работе по повышению приверженности мы обычно используем образ весов.

Вместе с пациентами

- *на одну чашу весов «складывается» выгода от лечения (снижение вирусной нагрузки, увеличение количества CD4 клеток, снижение заболеваемости оппортунистическим инфекциями, увеличение продолжительности и повышение качества жизни),*
- *а на другую – все возможные доводы «против» начала и продолжения лечения. В их числе тревожные опасения, ожидания и сомнения пациентов, их психологические барьеры.*

Так, для некоторых наших пациентов большое значение имел барьер «пожизненности» в приеме терапии, когда наиболее тяжело воспринималась перспектива «несвободы» от лекарств, «зависимости» от их наличия. Другие пациенты были обеспокоены возможным развитием побочных эффектов препаратов и тем влиянием, которое могла бы оказать ВААРТ на их повседневную жизнь.

Пример из практики.

Один из наших пациентов, по профессии промышленный альпинист, узнав о том, что среди побочных действий препаратов отмечено учащение стула, склонен был отказаться от терапии. В процессе консультирования пациент был информирован о том, что подобные явления встречаются не у всех пациентов, в основном в начале приема ВААРТ и выработана тактика, позволившая ему приспособиться к ситуации.

В результате использования методики подведения баланса пациент принимает осознанное решение о начале или продолжении терапии,

уменьшаются его негативные переживания и в конечном итоге повышается приверженность ВААРТ.

Следует отметить, что первый месяц приема терапии для многих наших пациентов оказался достаточно сложным периодом приспособления, что потребовало от нас проводить вводные групповые и индивидуальные занятия по вопросам приверженности накануне начала терапии и через месяц приема.

4.3. Стратегия консультирования при назначении ВААРТ на поздних стадиях ВИЧ-инфекции.

Учитывая особенности психической деятельности пациентов, снижение памяти и объема слухоречевого восприятия (при котором хорошо воспринимается только четко артикулированная речь в несколько замедленном темпе), наряду с консультированием целесообразно использовать **внешние ресурсы приверженности**. При этом широко используются различные памятки, схемы. С пациентами проводится обучение, примером которого может служить методика раскладывания препаратов в коробочки по времени приема (утро-день-вечер) на несколько дней вперед. Во время пребывания больного в стационаре помимо медицинских работников, контролирующих прием препаратов, к лечению привлекаются родственники и соседи по палате. В дальнейшем в домашних условиях помощь родственников в приеме ВААРТ становилась основным ресурсом приверженности.

5. Особенности консультирования женщин по вопросам приверженности лечению ВИЧ инфекции и химиопрофилактике вертикальной передачи ВИЧ.

5.1. Женщины как особо уязвимая группа в условиях эпидемии ВИЧ-инфекции

В 2002 г., впервые за 20 лет истории эпидемии ВИЧ/СПИДа, число ВИЧ-инфицированных женщин в мире сравнялось с числом заразившихся мужчин. В Российской Федерации прослеживается аналогичная тенденция.

Причина этого явления заключается в повышенной уязвимости женщин в условиях эпидемии ВИЧ-инфекции.

Уязвимость женщин в условиях эпидемии ВИЧ-инфекции обусловлена не только повышенной опасностью заражения ВИЧ, но и большей вероятностью пострадать от последствий заражения.

Таблица 2

Факторы повышенной уязвимости женщин в условиях эпидемии
ВИЧ-инфекции

Биологические факторы	<p>Объем семенной жидкости, попадающей во влагалище женщины при незащищенном половом контакте, в 2-4 раза больше, чем количество секрета, выделяемого женским организмом, а значит, и вирусных частиц женщина получает больше.</p> <p>В семенной жидкости ВИЧ содержится в большей концентрации, чем во влагалищном секрете.</p> <p>Площадь поверхности, через которую может проникнуть вирус, у женщины больше, а гигиенические процедуры после полового акта ей провести труднее: сперма может оставаться во влагалище в течение нескольких дней и служить источником заражения.</p>
Социальные факторы	<p>Насилие, принуждение, экономическая и финансовая зависимость, одиночество в несении забот.</p>
Культурные факторы	<p>В условиях патриархальной культуры к женщине предъявляются более строгие требования.</p> <p>Общество возлагает на нее ответственность за детей; на всех возрастных этапах женщина должна решать многие социальные проблемы, в том числе и проблемы, связанные с созданием семьи, рождением и воспитанием детей.</p>

Многие женщины часто находятся в неравноправных отношениях со своими половыми партнерами-мужьями. Традиционно женщина выступает в роли человека, который оказывает, а не получает помощь. Собственные потребности

не являются для нее первостепенными. Женщины часто берут на себя всю ответственность и вину за то, что происходит в семье.

При рассмотрении вопросов, связанных с повышенной уязвимостью женщин в условиях эпидемии ВИЧ-инфекции, следует особое внимание уделить особенностям женской психологии.

5.2. Психологические особенности женщин в аспекте консультирования по вопросам приверженности лечению.

Психологические особенности женщин заключаются в том, что они, как правило, воспринимают себя как личность в контексте своих взаимоотношений с другими людьми. Для женщины очень важно, что подумают о ней окружающие, как будут восприняты ее слова и поступки. Знание этих психологических особенностей позволяет медицинским работникам ориентироваться в ситуации и прогнозировать результаты своей работы.

Опыт консультирования женщин после получения положительного результата тестирования на антитела к ВИЧ и в процессе установления диагноза ВИЧ-инфекции показывает, что именно изменение в отношениях с окружающими являются для них наиболее значимым и травматичным.

Примеры из практики:

Одна из наших пациенток наиболее тяжело переживала то, что ее половой партнер прекратил их взаимоотношения, в то время как ей представлялось естественным, что при наличии у них обоих ВИЧ-инфекции совместная жизнь будет продолжена, они будут поддерживать друг друга. При этом переживания по поводу наличия у нее неизлечимого заболевания, утраты работы, обиды на партнера, послужившего источником заражения, не были так значимы.

Другая пациентка испытывала наибольшие переживания в связи с тем, что вынуждена будет каким-то образом объяснить матери смену своей специальности, после всех лет, на протяжении которых мать «отказывала себе во всем» ради ее образования.

Третья пациентка во время консультирования перед началом ВААРТ была настолько поглощена недавним семейным конфликтом, что попытка врача проверить, как она усвоила информацию, обнаружила смутные представления о

предстоящем лечении

Наиболее частыми проблемами, с которыми приходится встречаться при консультировании женщин, живущих с ВИЧ инфекцией, являются:

- Страх быть покинутой;
- Чувство вины за то, что на нее тратятся время и деньги;
- Низкая самооценка, ощущение беспомощности и неуверенности в себе;
- Сложные личные обстоятельства, включая жестокое обращение в семье;
- Ответственность за детей и других членов семьи;
- Социальная неустроенность, продолжение рискованного поведения;
- Употребление наркотиков, алкоголя, психотропных препаратов.

Те женщины, которые заражены или опасаются, что заражены ВИЧ, могут остро чувствовать свою изолированность. Боязнь осуждения часто заставляет их скрывать свою ВИЧ – серопозитивность, они опасаются быть покинутыми и в результате часто оказываются лишенными поддержки друзей и близких. Женщины, живущие с ВИЧ, могут испытывать страдание из-за утраты здоровья, ожидаемых или реальных изменений внешнего облика, а также из-за тех ограничений, которые касаются половой жизни, рождения детей и выполнения материнских обязанностей.

При прогрессировании ВИЧ – инфекции мужчины часто высказывают опасения стать зависимыми от окружающих. Женщины чаще страшатся расставаний, беспокоятся о том, что они не смогут в должной мере ухаживать за теми, кто от них зависит. Мужчины могут утратить самоуважение, если перестанут работать. Нам приходилось сталкиваться с тем, что они испытывали озлобленность и желание отстраниться от других людей, которые, по их мнению, были “вынуждены” за ними ухаживать. Женщины могут потерять самоуважение, если они не смогут ухаживать за другими людьми, смириться с тем, что служат мишенью для выплескивания гнева, смириться с насилием, подавить собственный гнев ради того, чтобы не остаться в одиночестве.

Пример из практики:

Одна из наших пациенток решившая «разделить судьбу» своего инфицированного партнера, в последствии страдала от его рукоприкладства, но не пыталась изменить ситуацию. Заразившись, она объясняла свое долготерпение собственной «никому ненужностью» и страхом одиночества.

Зная присущие женщинам психологические особенности в процессе консультирования в некоторых случаях *можно усилить мотивацию заботиться о других людях до такой степени, что это приводит к изменению нежелательного поведения.* Например, принятое женщиной решение о сохранении беременности может стать стимулом для лечения по поводу употребления наркотиков.

У женщин, живущих с ВИЧ инфекцией, много *значимых отношений*, а само заболевание представляет собой семейную проблему. Ухудшение здоровья не сопровождается уменьшением нагрузок. Особую проблему представляет наличие наркозависимости, депрессии, насилия в семье. Недостаток материальных ресурсов и душевных сил, а также сниженная самооценка ограничивают способность женщины получать необходимую медицинскую помощь и поддержку. Поэтому в работе с женщинами, инфицированными ВИЧ, очень *важно понять их специфические приоритеты.* Необходимо спрашивать о состоянии дел в семье, оценивать степень вовлеченности пациенток в ситуацию обследования и лечения.

Во время консультирования по вопросам приема ВААРТ врачу целесообразно упоминать, как важно для пациентки начать заботиться о себе. Со временем этот прием может оказаться важнее наставлений о том, каких конкретных форм поведения необходимо придерживаться.

Для повышения приверженности терапии также можно использовать мотив необходимости заботы о близких.

При несоблюдении режима лечения врач, конечно, вправе указывать на негативные стороны поведения пациентки. Однако это будет ею воспринято как забота и поддержка со стороны врача только в том случае, когда между ними установлен достаточный уровень доверия и женщина чувствует, что к ее ценностям проявляется уважение. В противном случае замечания врача могут быть восприняты как критика ее личности, как разрыв отношений, что в дальнейшем приведет к трудностям в работе с пациенткой.

5.3. Консультирование по вопросам профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку

У женщины, инфицированной ВИЧ, при наступлении беременности существует вероятность (от 28 до 50 процентов) что ее будущий ребенок тоже будет инфицирован. Заражение происходит во время беременности или во время родов, кроме того, возможно заражение ребенка через материнское молоко, при грудном вскармливании. Наличие у беременной женщины значительного иммунодефицита и высоких показателей вирусной нагрузки повышают вероятность заражения ребенка.

Результаты многочисленных исследований показали, что из числа детей, получивших вирус от матери:

- в III триместре беременности инфицируются, в среднем, 30%;
- во время родов – 50%;
- при кормлении грудью – 20%.

Так как ребенок может заразиться болезнью от своей матери, ВИЧ - инфицированным женщинам традиционно не советуют беременеть. Однако женщины имеют право и должны сами делать выбор, получив от врачей полную и понятную для них информацию.

Врач не может разделять предрассудки относительно того, что ВИЧ - позитивные женщины это безответственные наркоманки, стремящиеся взвалить на государство заботу о своем ребенке.

На практике часто приходится встречаться с тем, что информация по вопросам профилактики вертикальной передачи ВИЧ предоставляется тенденциозно, данные об успехах химиопрофилактики замалчиваются. Помимо недостаточной осведомленности о реальном положении дел, в оказании на женщину давления с целью прерывания беременности принимают участие факторы

- психологической защиты врачей, нежелающих иметь «лишние проблемы»,
- а также профессиональной деформации медицинских работников, «лучше знающих» как следует жить их пациентам.

Таблица 3.

Консультирование беременных женщин с положительным результатом анализа на ВИЧ

<p>Врач обязан предоставить женщине всю информацию, четко дать разъяснения относительно существующего риска и возможных перспектив.</p>	<p>Никакие решения нельзя навязывать.</p> <p>Бывает очень сложно не поддаться искушению принять решение за пациентку. Тем более что иногда сами женщины могут, осознанно или нет, стремиться “переложить ответственность” на врача.</p>
<p>Врач должен объяснить, что химиопрофилактика передачи ВИЧ от матери ребенку во время беременности и родов (при отказе от последующего грудного вскармливания) значительно снижает риск заражения ребенка, и прямо сказать, что выбор в конечном итоге остается за женщиной.</p>	<p>Врач указывает на недопустимость скоропалительных решений.</p>
<p>Учитывая возможное волнение и растерянность женщины, врач должен быть готов повторно обсудить ситуацию, повторить основную информацию.</p>	<p>Врач не может позволить себе поддаться на “провокацию” в том случае, если от него требуют каких-либо гарантий.</p>
<p>Каждый врач должен иметь информацию о тех учреждениях, где женщина может получить квалифицированную помощь.</p>	<p>Женщина вправе требовать применения медикаментозной схемы снижения риска рождения ВИЧ-инфицированного ребенка.</p>
<p>Необходимо обратить внимание женщины на то, что ВИЧ-инфекция может повлиять на ее семейное, социальное положение и тем самым ограничить возможности воспитания ребенка.</p>	<p>Необходимо обсудить состояние здоровья беременной женщины вне контекста ВИЧ-инфекции и связанные с ним возможные исходы беременности.</p>
<p>В то же время следует обратить внимание пациентки на то, что у многих инфицированных женщин беременность протекала без существенных осложнений и дети, благодаря вовремя проведенной химиопрофилактике, родились</p>	<p>Многие ВИЧ-инфицированные женщины в настоящее время воспитывают здоровых детей; у них самих пока нет СПИДа, они рассчитывают продлить свою жизнь с</p>

здоровыми.	помощью существующих методов антиретровирусной терапии.
------------	---

Решение женщины о сохранении или прерывании беременности имеет в первую очередь *эмоциональную основу*. Поэтому, прежде чем рассказывать пациентке о частоте вертикальной передачи, врач должен быть готов к тому, чтобы уделить время и проанализировать весь спектр ее *переживаний* по этому поводу.

Врач должен

- объяснить, что применение химиопрофилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку во время беременности и родов (при отказе от последующего грудного вскармливания) значительно снижает риск заражения ребенка с 28-50 до 8 процентов и прямо сказать, что выбор в конечном итоге остается за женщиной.
- осознавать, что принятие такого решения иногда требует времени и не настаивает на немедленном ответе, напротив, указывает на недопустимость скоропалительных решений.

Опытный профессионал проявляет терпение. Учитывая возможное волнение и растерянность женщины, врач должен быть готов повторно обсудить ситуацию, повторить основную информацию. Врач не позволяет себе поддаться на “провокацию” в том случае, если от него требуют каких – либо гарантий. Дальнейшая тактика врача обычно строится сообразно решению, принятому женщиной.

Врач должен обсудить с пациенткой проведение химиопрофилактики с помощью противовирусных препаратов. Женщина вправе требовать применения медикаментозной схемы снижения риска рождения ВИЧ – инфицированного ребенка и каждый врач должен иметь информацию о тех учреждениях, где женщина может получить квалифицированную помощь и куда можно ее направить.

С другой стороны необходимо обратить внимание женщины на то, что ВИЧ-инфекция может повлиять на ее семейное и социальное положение, что может ограничить ее возможности вырастить ребенка. Необходимо обсудить с пациенткой, что может случиться с ребенком, если через несколько лет она заболит СПИДом или погибнет, есть ли у нее родственники, которые могли бы в этом случае взять на себя заботу о ребенке. Целесообразно проинформировать беременную с ВИЧ, что в поздних стадиях ВИЧ-инфекции беременность может усиливать иммунный дефицит, и тем самым ускорить прогрессирование ВИЧ-инфекции. Необходимо обсудить и состояние здоровья беременной женщины вне контекста ВИЧ-инфекции и связанные с ним возможные исходы.

В то же время, следует отметить, что у многих женщин с ВИЧ беременность протекала без существенных последствий, дети благодаря проведенной химиопрофилактике, родились у них здоровыми. Многие ВИЧ-инфицированные женщины в настоящее время воспитывают здоровых детей; у них самих пока нет СПИДа, они рассчитывают продлить свою жизнь с помощью существующих методов химиотерапии ВИЧ-инфекции и дождаться того времени, когда дети станут взрослыми (что вполне возможно при нынешнем уровне развития методов лечения ВИЧ-инфекции).

В любом случае каждый врач, в практике которого вероятно встретится подобная ситуация должен проводить консультирование, а не отправлять женщину в центр профилактики и борьбе со СПИДом без всяких объяснений.

6. Школа для людей, принимающих ВААРТ, как система консультирования по вопросам приверженности терапии

Предпосылкой для использования групповых форм работы с людьми, живущими с ВИЧ инфекцией, являются хорошо изученные явления группового воздействия на поведение человека.

Феномен группы заключается в том, что даже простое присутствие других людей влияет на результаты деятельности.

Одной из наиболее важных предпосылок разработки групповых методов стал знаменитый эксперимент К. Левина, направленный на изменение привычек питания. С этой практической проблемой американцы столкнулись во время

Второй мировой войны. Попытки влияния на сознание людей привычными способами - через средства массовой информации, просветительские меры, разные формы агитации - не дали результата.

Левин предложил использовать принцип дискуссионных групп. Сама процедура была необычайно простой. После небольшого вступления ведущего участники группы обсуждали между собой, как можно побудить людей к использованию новых продуктов питания.

Результаты оказались впечатляющими. После весьма информативной лекции лишь 3% присутствующих решились попробовать хотя бы одно из новых блюд, а из тех домохозяек, которые участвовали в дискуссии, - 30%.

Исходя из результатов этого и ряда других экспериментов, К. Левин пришел к выводу, 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.

При проведении занятий в школе для людей, принимающих ВААРТ, мы также используем метод групповой дискуссии.

Методика проведения занятия.

- *В начале **первого занятия**, которое, как правило, проводится перед началом лечения, происходит знакомство участников.*
- *Затем врач инфекционист рассказывает пациентам о приверженности, о том, какое влияние она оказывает на эффективность лечения, а также о тех конкретных препаратах, которые предстоит принимать. При этом подчеркивается настрой на сотрудничество и командный подход к предстоящему лечению, в котором пациентам отводится активная роль.*
- *После обсуждения вопросов, которые возникают у слушателей, врач-психотерапевт проводит групповую дискуссию, во время которой у участников есть возможность выразить отношение к предстоящему лечению, высказать имеющиеся*

сомнения и опасения.

Средняя продолжительность занятия составляет 50-60 минут. При необходимости после группового занятия проводится индивидуальное консультирование. Целью этого этапа является формирование и поддержание мотивации на соблюдение режима приема препаратов. В некоторых случаях первое занятие имеет значение и для поддержания решения о начале лечения.

Практика показывает, что первый месяц приема ВААРТ является наиболее сложным для наших пациентов. Поэтому

Второе занятие проводится через месяц после начала лечения. Обсуждаются вопросы индивидуальной адаптации пациентов к лечению, а также нефармакологические способы поддержания здоровья, в частности вопросы питания при ВИЧ-инфекции.

Третье занятие, как правило, посвящено проблеме распознавания стресса и совладания с ним.

Следует подчеркнуть гибкий характер занятий, сравнительно небольшое время и доступный уровень изложения информации.

Если в начале работы в групповых занятиях участвовали только пациенты, непосредственно получающие ВААРТ, то с 2003 года в работе участвуют и их родственники. Темы последующих дискуссий возникают в процессе обсуждения. Так, по инициативе слушателей обсуждался вопрос целесообразности занятий спортом при ВИЧ инфекции, а в другой раз возникла тема отношения к ВИЧ как к «возмездью за греховную жизнь», которая интерпретировалась инициатором дискуссии как выбор между сопротивлением болезни (в том числе путем приема ВААРТ) и принятием ее как «наказания».

Закрепление знаний достигается на индивидуальных занятиях, а также путем предоставления литературы.

3- летний опыт работы в школе для людей, живущих с ВИЧ инфекцией, позволяет говорить о повышении активности и уровня открытости участников групповых занятий. Если начало занятий сопровождалось настороженностью, пациенты были формальны и немногословны в высказываниях, то уже к

завершению первого занятия пациенты с большей готовностью и более подробно говорили о своих надеждах и опасениях. В дальнейшем обнаруживалась заинтересованность в групповой работе, пациенты активно участвовали в групповых дискуссиях, обращались с просьбами об индивидуальных консультациях. С пациентами устанавливался контакт, что проявилось в желании обсудить с врачами эпизоды, когда прием ВААРТ был временно прекращен. Согласно самоотчету в качестве основной причины прерывания терапии были отмечены внезапные отъезды из дома с недоступностью лекарств. Большинство случаев нарушения приверженности обсуждались во время групповых занятий. При этом отмечалось желание участников помочь друг другу, поделиться собственными стратегиями поведения.

К примеру,

при обсуждении намерения одной из пациенток прервать терапию из-за выраженной тошноты, сопровождающей в течение первого месяца прием ВААРТ, участники занятия активно высказывались о тех приемах, которые позволили им смягчить подобные явления. Результатом занятия было решение пациентки продолжить лечение, что было подтверждено катamnестически.

В процессе занятий происходит постепенное *изменение отношения к своему заболеванию.*

В качестве основного «приобретения» в процессе лечения пациенты называют не только уменьшение слабости и появление физических сил, но и появление ощущения уверенности в себе, которое прямо связывают с принимаемым лечением. Многие говорят о чувстве защищенности, которое испытывают, принимая ВААРТ.

Однако следует учитывать и тот факт, что некоторые пациенты формально относятся к занятиям, а в некоторых случаях и тяготятся ими. Большинство таких слушателей являются потребителями наркотиков. В некоторых случаях удается привлечь их внимание к обсуждаемым темам и вызвать интерес, но в целом эта группа людей, живущих с ВИЧ инфекцией, представляет трудности, как в групповой, так и индивидуальной работе.

7. Особенности консультирования по вопросам приверженности лечению людей, имеющих опыт употребления наркотиков.

В основе оказания медицинской помощи лежат отношения, основанные на доверии, что особенно важно для людей, принадлежащих такой социально уязвимой группе населения, как потребители наркотиков. На получение результата могут рассчитывать только те действия медицинских работников, которые направлены на

- восстановление достоинства пациентов
- и их права на получение необходимой помощи.

Одной из причин недоверчивого и даже враждебного отношения к медицинским работникам может являться предшествующий отрицательный опыт общения с представителями этой специальности. К примеру, для потребителей инъекционных наркотиков этот опыт приобретает в течение многократных безуспешных или малоэффективных попыток прекратить употребление наркотиков. Одним из препятствий на пути установления доверительных отношений является также ощущение пациентами недостатка поддержки со стороны медицинских работников.

Употребление наркотиков само по себе не может служить причиной отказа от назначения ВААРТ.

Организация лечебного процесса при ВИЧ инфекции и работа по поддержанию приверженности к обследованию и лечению, **требует создания команд, состоящих из разных специалистов.**

*Задача **обеспечить своевременный прием всех назначенных препаратов** такими низко мотивированными пациентами, как потребители наркотиков, может быть решена за счет использования **мультипрофессионального подхода**. Этот подход опирается на деятельность команд специалистов, которые объединены единой идеологией, методической базой, документацией, количественными и качественными критериями эффективности.*

Важной задачей вовлечения и удержания потребителей наркотиков в такие долгосрочные программы, как специфическое лечение ВИЧ инфекции, является создание вокруг пациента *реабилитационного пространства*, в котором каждый специалист несет терапевтическую нагрузку, создавая у пациента чувство уверенности в возможности получения долговременной бесперебойной помощи. Эта задача может быть выполнена на основании командного подхода.

Для эффективной работы с ВИЧ - позитивными пациентами, имеющими в анамнезе клинические признаки зависимости от наркотиков, и нуждающихся в получении специфической терапии ВИЧ инфекции нагрузка на врача – инфекциониста не должна превышать 200 человек, на медицинскую сестру, (которая должна иметь навыки работы с наркопотребителями) – не более 100 пациентов.

Учитывая большое количество потребителей инъекционных наркотиков среди людей, живущих с ВИЧ, на каждые 1000 пациентов, которых нужно привлечь, обеспечить специфической терапией и обследованием и впоследствии удержать на лечении, необходимо иметь подготовленную команду, включающую:

- 5 врачей – инфекционистов,
- 10 врачей – наркологов,
- 10 медицинских психологов или психотерапевтов,
- 10 специалистов по социальной работе,
- 10 медицинских сестер и
- 20 социальных работников.

При назначении ВААПТ каждый пациент, имеющий в анамнезе указание на употребление наркотиков, должен быть проконсультирован наркологом. Если такой находится в ремиссии, то консультации нарколога проводятся 1 раз в 24 недели. Нарколог:

- Устанавливает наличие и актуальность зависимости от психоактивных веществ.
- Проводит диагностику эмоционального состояния пациента.
- Дает рекомендации по достижению воздержания от наркотиков.
- Мотивирует на соблюдение режима лечения.

Психотерапевт или психолог:

- Оценивает психологический статус пациента.
- Знакомится с его внутренней картиной болезни.
- Выявляет ведущие мотивы и установки, связанные с употреблением наркотиков и приемом ВААРТ.
- Выявляет тех людей, мнение которых важно и которые могут повлиять на приверженность терапии.
- Обсуждает с пациентом «за» и «против» начала, продолжения терапии ВИЧ инфекции.
- Подводит итоги.

С учетом командного подхода формирование приверженности пациентов лечению выглядит следующим образом.

На до - врачебном этапе обученная медицинская сестра:

- Мотивирует пациента на визит к врачу во время беседы с ним лично или по телефону. Напоминает о дате следующего посещения, держится доброжелательно, с готовностью предоставляет необходимую информацию.
- Осуществляет мониторинг приверженности, предлагая пациенту во время визита заполнить специальную анкету, помогающую оценить приверженность. Проводит подсчет таблеток.

На врачебном этапе лечащий врач:

- Устанавливает /поддерживает контакт с пациентом.
- Определяет наличие показаний для начала терапии, либо оценивает динамику субъективных, клинических и лабораторных показателей в процессе лечения.
- Оценивает уровень информированности пациента, его готовность начать (продолжать) лечение.
- Знакомит пациента с информированным согласием. Отвечает на вопросы.
- Получает информированное согласие на обследование, консультации специалистов, психологическое тестирование, прием противоретровирусных препаратов, диспансерное наблюдение.
- Консультирует по приему препаратов.
- Направляет на консультацию к психотерапевту (психологу).

- При наличии показаний направляет на консультацию к наркологу.

Осознание преимуществ командного подхода в вопросах консультирования по приверженности лечению встречается среди медицинских работников определенные трудности. Можно отметить две крайности, которые можно встретить, проводя занятия, посвященные внедрению навыков консультирования при приеме терапии.

- Одни врачи берут «на себя» все функции мультидисциплинарной команды и мотивируют свой подход тем, что могут самостоятельно ориентироваться в психологических проблемах и проблемах зависимого поведения своих пациентов.
- Другие придерживаются прямо противоположных взглядов и любые вопросы, связанные с консультированием, считают непосредственной обязанностью других специалистов, отстраняясь от участия в этой работе. Часто приходится слышать объяснения подобного подхода недостатком времени.

В действительности только согласованная консультативная работа по приверженности лечению позволяет рассчитывать на получение результата.

В заключение важно подчеркнуть роль самого пациента, его собственных стратегий в достижении приверженности лечению. Консультирование по вопросам приверженности лечению не является процессом, в котором активная роль отведена только специалистам. Успех проводимого лечения в конечном итоге зависит от степени вовлеченности пациента, которую можно повысить путем создания партнерских отношений на основе консультирования.