**Психологическое сопровождение больных туберкулезом легких в условиях стационара**

***Петунова С.А. (Чебоксары, Россия)***

|  |  |
| --- | --- |
| Петунова Светлана Александровна | **Петунова Светлана Александровна**–  кандидат психологических наук, доцент; федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова», Московский пр., 15, Чебоксары, 428015, Россия. Тел.: (8352) 58-30-36.E-mail: petunova75@mail.ru |

**Аннотация.** В статье представлены результаты оценки уровня социальной, эмоциональной и поведенческой комплаентности и преобладающих поведенческих реакций 90 пациентов с туберкулезом легочной локализации. Отношение пациентов к своему заболеванию и степень их приверженности лечению оценивались с помощью опросника «Уровень комплаентности» для людей, страдающих хроническими заболеваниями (Р.В. Кадыров, О.Б. Асриян, С.А. Ковальчук), и методики для психологической диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ). Результаты исследования указывают на недостаточную приверженность пациентов лечению, обусловленную дезадаптивными установками по отношению к болезни, а именно снижением значимости или отрицании диагноза, подавлением эмоциональных переживаний, наличием тревоги, пессимизма, погружением в образ больного и т.д. Далее в статье представлен анализ проблемы повышения приверженности лечению пациентов с туберкулезом легочной локализации. Предложены способы стимуляции позитивных установок больного на лечение и обучения способам самомотивации.

**Ключевые слова:** приверженность лечению; больные туберкулезом легких; психологические факторы комплаентности.

**Ссылка для цитирования** размещена в конце публикации.

**Введение**

Всемирная организация здравоохранения ставит перед собой цель покончить с эпидемией туберкулеза в мире к 2030 году [4]. В настоящее время туберкулез является одной из 10 причин смертности в мире. Для достижения данной цели необходимы планомерные действия со стороны медицинского сообщества, государственных и социальных служб в плане обеспечения своевременной диагностики, профилактики и лечения туберкулеза. С 2012 по 2016 год отмечено значительное снижение смертности от туберкулёза — на 26,4%, с 12,5 до 9,2 на 100 тыс. населения. Долгие годы считалось, что туберкулез — это заболевание социально неблагополучных слоев населения. Но, согласно отчетным данным, лица БОМЖ составляют незначительную долю среди всех заболевших туберкулезом в стране (к примеру, в 2014 г. — 2084 чел., или 2,4% от всех заболевших), что может быть связано как с их сравнительно небольшой численностью, так и с трудностями выявления заболевания среди данной категории населения. Больные, выявленные медицинской службой ФСИН, продолжают оказывать определенное влияние на показатель заболеваемости туберкулезом в стране в целом, хотя это влияние ежегодно уменьшается (9,3%, или 8079 больных, в 2014 г.). Одна треть людей в мире, страдающих ВИЧ, инфицирована туберкулезом [Там же]. Пациенты данных категорий могут использовать диагноз с целью получения инвалидности и других льгот, но в большинстве случаев не соблюдают предписаний врача, ставя под угрозу свою жизнь и здоровье окружающих, так как туберкулез заразен, а при срывах лечения может принимать устойчивую форму. В работе с такими пациентами требуется поддержка социальных и правоохранительных органов и служб.

Туберкулез в первую очередь поражает людей в самом трудоспособном возрасте (20—30 лет). Среди пациентов тубдиспансеров есть люди с высшим образованием, специалисты различных профессий, студенты и дети в возрасте до 14 лет. Столкнувшись с подобным диагнозом, многие испытывают шок, отрицают случившееся, а осознав, испытывают чувство стыда и обиды, многие скрывают свой диагноз от родственников, друзей и сослуживцев. Подобный комплекс деструктивных эмоций в совокупности с социальной изолированностью является не самым благоприятным фактором для формирования положительной установки на процесс лечения.

Лечение туберкулеза имеет свою специфику, так пациент вынужден находиться длительное время в условиях стационара, принимать по нескольку препаратов в день, которые к тому же имеют ряд побочных эффектов, на протяжении 6—8 месяцев без перерыва. Эффективность лечения туберкулеза во многом обусловлена способностью пациента строго соблюдать режим приема лекарственных препаратов, так как срывы в лечении могут привести к устойчивым формам заболевания. Согласно определению ВОЗ, приверженность к лечению — явление сложное и недостаточно изученное, и ни одно из его определений нельзя считать абсолютно точным. В частности, во время съезда ВОЗ было постановлено, что приверженность любому виду лечения определяет следующее поведение: обращение за медицинской помощью, выполнение предписаний, ответственный прием лекарств, проведение иммунизаций, строгое соблюдение назначений, изменение поведения, направленное на соблюдение личной гигиены, самоконтроль астмы или диабета, курение, контрацепция, исключение беспорядочных половых связей, здоровое питание и повышение уровня физической активности — все это примеры приверженности лечению. При этом подчёркивается, что роль врача не ограничивается озвучиванием предписаний, а роль пациента — пассивным их восприятием. Высокая приверженность к лечению проявляется открытым сотрудничеством врача и пациента, свободным обсуждением всех возможных аспектов лечения (не только медикаментозного), нюансов и затруднений, возникающих в его процессе. Очевидно, что для достижения такого уровня взаимодействия необходимы усилия самого пациента, лечащего врача и системы здравоохранения. Кроме того, само заболевание, в силу собственных клинических особенностей, может влиять на приверженность лечению. Таким образом, приверженность определяется целым рядом факторов, объединяемых в четыре группы: факторы, связанные с заболеванием, лечением, системой оказания медицинской помощи (включая отношение медицинского персонала к больному) и с самим пациентом [2; 16; 19].

В настоящее время наиболее эффективной является модель взаимоотношений между пациентом и врачом, в основе которой лежит принцип партнерства, что подразумевает совместное преодоление болезни и разделение ответственности [1; 8]. Доказано, что даже при использовании современных препаратов и эффективных методов лечения у пациентов могут возникать проблемы в ходе лечения. Одной из причин является низкая мотивация пациентов к лечению. Особенно остро эта проблема встает в ситуации хронических заболеваний, в частности туберкулеза легких, когда строгое соблюдение врачебных предписаний является залогом успеха терапии.

На пути лечения задача пациента — не только вовремя принимать лекарства, но и сформировать установки, способствующие адаптивному преодолению болезни. А задача врача заключается в своевременном отслеживании дезадаптивных стратегий в поведении пациента и их трансформации [5; 14; 20].

В настоящее время существует целый спектр психосоциальных практик, используемых в нашей стране с целью повышения приверженности лечению больных туберкулезом легких: материальные поощрения пациентов в виде выдачи продуктовых и гигиенических наборов, оплата проезда к месту лечения, организация горячего питания при проведении амбулаторной терапии, внедрение стационарзамещающих технологий, обучение пациентов, развитие психологической помощи, интеграция медицинских учреждений уголовно-исполнительной системы и гражданского здравоохранения [5; 9]. Особый интерес представляет опыт Кемеровской области по повышению приверженности лечению больных туберкулезом, где применение комплекса различных методов позволило значительно снизить показатель преждевременного прекращения лечения впервые выявленных больных. Главной особенностью данного проекта является гибкий подход к организации лечебного процесса, командная работа персонала, разрушение барьеров в лечении, тесное взаимодействие с другими службами (наркологическая, социальная и т.д.), толерантное отношение к пациентам [11; 15; 17].

**Цель** данной работы — исследовать уровень социальной, эмоциональной и поведенческой комплаентности и преобладающих поведенческих реакций пациентов с туберкулезом легочной локализации. Разработать рекомендации по использованию методов и приемов стимуляции позитивных установок больного на лечение и обучению способам самомотивации, контроля негативных эмоций, связанных с болезнью и лечением в условиях стационара.

**Материалы и методы исследования**

Исследование проводилось на базе Республиканского противотуберкулезного диспансера Минздрава Чувашии (г. Чебоксары), а также туберкулезного кабинета БУ «Мариинско-Посадская центральная районная больница им. Н.А. Геркена» Минздрава Чувашии. Выборку исследования составили пациенты стационара и амбулаторного отделения в количестве 90 чел. с диагнозом «Туберкулез легких», из них — 55 мужчин и 35 женщин, возраст — от 20 до 79 лет.

Отношение пациентов к своему заболеванию и степень их приверженности к лечению оценивались с помощью опросника «Уровень комплаентности» Р.В. Кадырова, О.Б. Асриян, С.А. Ковальчук для людей, страдающих хроническими заболеваниями [2] и методики для психологической диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ).

**Результаты исследования**

Результаты оценки общего уровня комплаентности (ОК) показали, что средний показатель по выборке составляет 65,8 балла, что характерно для средне-выраженного уровня ОК. Это характеризует исследуемых как пациентов, пессимистично относящихся к лечению, не уверенных в положительном результате, они не стремятся точно соблюдать режим, так как постоянно сомневаются в его необходимости. Высокий уровень ОК присутствует лишь у 7,77% (7 чел.), низкий уровень ОК выражен у 3,33% (3 чел.) пациентов.

Результаты сравнительного анализа трех составляющих комплаентности, а именно социальной, эмоциональной и поведенческой, указывают на среднюю степень их выраженности у большинства опрошенных. Причем наибольшие значения получены по шкале «Социальная комплаентность» (22 балла), и наименьшие — по шкале «Поведенческая комплаентность» (20,3 балла), по данной шкале высокие оценки не получил ни один из исследуемых. Это свидетельствует о том, что стремление следовать предписаниям врача обусловлено у большинства пациентов желанием получить некую выгоду (материальную) или социальное одобрение. Их поведение эмоционально неустойчивое, в нем отсутствует целенаправленность в соблюдении врачебных предписаний, стабильность, готовность несмотря ни на что справиться с болезнью.

Анализ результатов оценки преобладающего типа отношения к болезни (ТОБ) указывает на то, что у большинства опрошенных пациентов преобладает эргопатический тип (35,55% — 32 чел.), который характеризуется стремлением продолжать работу, сохранить профессиональный статус и возможность продолжения активной трудовой деятельности в прежнем качестве. По мнению больных, их тревожит неопределенность дальнейшей профессиональной карьеры, так как наличие туберкулеза в диагнозе может стать причиной утраты трудоспособности или невозможности работы по своей специальности. Беспокойство за свою дальнейшую судьбу, наличие материальных проблем негативно сказываются на эмоциональном состоянии, заставляет их скрывать болезнь от сослуживцев, знакомых [9; 10].

Вторым по степени выраженности является анозогнозический тип отношения к болезни (17,77% — 16 чел.). Пациенты с данным ТОБ в ходе интервью указывают на отсутствие у них каких-либо клинических симптомов болезни, имея в анамнезе отрицательные результаты бактериального посева, сомневаются в точности диагноза, необходимости приема препаратов и стационарного лечения. Группу риска составляют безработные пациенты, так как по оценкам врачей, именно безработные больные чаще нарушают больничный режим и имеют перерывы в приеме лекарств. Отсутствие необходимости в листе нетрудоспособности, а также тяжелых клинических проявлений болезни (в особенности на начальных этапах) субъективно создает восприятие себя как здорового и, как следствие, приводит к срывам в лечении. Кроме того, именно данная категория больных имеет вредные привычки и, несмотря на диагноз, не желает от них отказываться. По данным исследования, 87,77% (79 чел.) пациентов курят, и на момент лечения никто из них не отказался от данной зависимости [10].

У больных с сенситивным типом отношения к болезни (12,22% — 11 чел.) на первый план в структуре болезни выступает эмоциональный уровень. Они отмечают колебания в настроении, опасаясь неблагожелательного отношения со стороны знакомых, скрывают диагноз, вынуждены перестраивать свои отношения с окружающими [9; 10].

Тревожный тип отношения к болезни присутствует в основном у женщин (5,55% — 5 чел., причем все они с высшим образованием). В отношении болезни и лечения испытывают постоянное беспокойство, думают обо всех возможных осложнениях, связанных с болезнью, ищут новые способы лечения, но, к сожалению, во всех них постоянно разочаровываются, новые лекарства, процедуры и операции вызывают бесконечные мысли об осложнениях и опасностях, с ними связанных, считают, что из-за их болезни близких ждут трудности и невзгоды. У женщин вызывает беспокойство здоровье детей, присутствует чувство вины, что им придется принимать лекарства, которые могут нанести вред их здоровью. Тревога становится источником конфликтов с окружающими, исследуемые признаются, что «бывают нетерпеливыми и раздражительными с врачами и медперсоналом и потом сожалеют об этом», им кажется, что окружающие их сторонятся и не могут понять их страданий. Из беседы с медицинским персоналом установлено, что данная категория пациентов чаще остальных вступает в конфликты, часто ведет себя раздражительно. В структуре ВКБ особое место занимает когнитивный компонент: постоянный поиск дополнительной информации о болезни, ее дальнейших последствиях и о возможностях лечения. Часто общаются с другими пациентами, причем сами же отмечают, что в результате таких бесед «желание лечиться пропадает» [9; 10].

**Обсуждение**

Результаты исследования указывают на недостаточную приверженность пациентов лечению, обусловленную дезадаптивными установками по отношению к болезни, а именно снижением значимости или отрицанием диагноза, подавлением эмоциональных переживаний, наличием тревоги, пессимизма, погружением в образ больного и т. д. В связи с этим важна система комплексного воздействия на пациента, направленная на изменение отношения к болезни, формирование стойкой мотивации к лечению, принятие личной ответственности пациента, основанного на уверенности в излечимости заболевания [7; 12; 13]. Особое значение здесь приобретает работа медицинского психолога по психологическому сопровождению пациентов, находящихся на лечении в стационаре [3; 6].

В качестве основных мишеней психологической помощи можно выделить следующие показатели в работе с пациентами: признание диагноза и необходимости лечения, работа с тревогой и самоконтроль лечения. Далее перечислены примерные техники и приемы в работе с пациентами с туберкулезом легочной локализации, направленные на повышение самомотивации к лечению.

1. Пример построения клинической беседы с пациентом [2]. Условно беседу можно разделить на три блока: признание диагноза, тревога и вселение надежды. Ниже приведен примерный список вопросов для использования в беседе с пациентами.

*Признание диагноза (болезни, необходимости лечения).* «Как давно вам поставили диагноз туберкулез?» В случае, если пациент сомневается в поставленном диагнозе (частый случай, если больной находится в диагностическом отделении и анализы на бакпосев еще не готовы или у него закрытая форма), задать вопрос: «А какие предположения у вас могут быть? Как изменилось ваше состояние за последние 3 месяца? Что вы сейчас делаете, чтобы справиться с болезнью? Согласны ли вы с назначениями врача? От чего вам пришлось отказаться в связи с болезнью? Знают ли ваши друзья, родственники, сослуживцы о вашей болезни? Какова была их реакция?» В случае, если пациент утаивает свой диагноз, уточнить почему, с какой целью.

*Тревога (опасения).* «Какова была ваша реакция на поставленный диагноз? Что вас больше всего беспокоит (пугает)? Что может случиться, если вы прервете лечение?» Варианты ответов: «лечение не поможет», «узнают сослуживцы», «знакомые узнают о диагнозе» и т.п.

*Вселение надежды (необходимость изменений).* «Ситуация болезни требует изменений в вашей жизни. Чем ваша жизнь должна отличаться от сегодняшней? Что вы хотите в ней изменить? Какие стороны вашей жизни еще не затронуты в связи с болезнью? Какие действия со своей стороны вы могли бы предпринять, чтобы помочь процессу выздоровления?»

2. Работа с тревогой. Необходимо дать понять пациенту, что в ситуации болезни состояние тревоги — это нормальная реакция на стрессовую ситуацию. Симптомами нормальной тревоги являются как телесные проявления, связанные с дыханием, учащенным сердцебиением, тремор, расстройства сна и т. п., так и нарушения когнитивной сферы, например, навязчивые мысли. Подавление тревоги способствует накоплению негативных чувств. Поэтому достаточно эффективным способом преодоления данного состояния может быть «вербализация тревожных мыслей». В беседе с пациентом необходимо выяснить, какие мысли провоцируют тревогу, так как они вызывают тревожные ощущения, а те, в свою очередь, усиливают чувство беспокойства. Поскольку тревога часто не имеет «материальной оболочки», необходимо помочь пациенту сделать эти мысли более конкретными. Например, высказывание пациента «Я опасаюсь лечения химическими препаратами», переформулировать на «Я боюсь длительно принимать лекарства, так как возможны побочные эффекты», или «Я испытываю беспокойство, общаясь с родственниками (сослуживцами, друзьями)» на «Я боюсь, что окружающие люди, узнав о моем диагнозе, отвернутся от меня». Поскольку туберкулез, как правило, затрагивает наиболее трудоспособную часть населения, то большинство страхов связано с дальнейшей профессиональной деятельностью этих людей. И здесь очень важна уверенная позиции врача, что вовремя начатое лечение и строгое соблюдение врачебных предписаний обеспечивают возможность сохранения трудоспособности. Здесь также важно получение пациентом высококвалифицированной медицинской информации о лечении, его возможных последствиях. Необходимо также рассмотреть возможность проведения группового обсуждения проблемных вопросов с пациентами, которые имеют положительные результаты в лечении. Информация, не прошедшая через призму медицинской цензуры, вселяет надежду, создавая ощущение, что больные не одиноки в своих страхах.

У женщин частая причина страхов связана с детьми, возможностью их инфицирования. Длительное нахождение в стационаре увеличивает тревожные симптомы. Во многом состояние пациенток зависит от поддержки семьи. Здесь необходимо рассматривать возможность нахождения пациенток на условиях дневного стационара. Поскольку тревога может маскироваться за раздражительностью и демонстрацией агрессии по отношению к медицинскому персоналу, спокойная и авторитетная позиция врача помогает справиться с подавляемым чувством страха пациентов за свою жизнь.

Использование активной деятельности снижает уровень тревоги и позволяет отвлечься от тревожных мыслей. С этой целью можно использовать гимнастику, дыхательные упражнения, релаксацию, аутотренинг. В целом психологическая помощь в работе с тревогой должна быть направлена на создание для пациента системы самопомощи, способов самоуспокоения; при этом используется индивидуальный подход.

На стадии отрицания необходимо помочь пациенту признать свой диагноз, сформулировав это в виде «Я-высказывания»: «Да, у меня диагноз — туберкулез, я готов принять это и буду действовать, я смогу преодолеть болезнь». Но признать болезнь — это не значит всецело впустить ее в свою жизнь. Здесь возможно использование способов визуализации: например, представить, какова будет жизнь после выздоровления. Придумать название «новой жизни». Можно применить техники арт-терапии, создать коллаж или рисунок, ассоциируемый с преодолением болезни.

Прием лекарств может вызывать ряд негативных симптомов (тошнота, слабость, раздражительность, в особенности при имеющихся сопутствующих хронических заболеваниях), что также приводит к проявлению негативных эмоций либо к отрицательному отношению к лечению. В данном случае можно предложить пациенту представить (нарисовать, записать), что каждая таблетка (процедура) — это элемент паззла, который выстраивает «картину» здорового органа и ежедневно приближает к выздоровлению.

3. Развитие самомотивации. В ситуации болезни пациент стоит перед необходимостью строгого соблюдения предписаний врача, отказа от вредных привычек, ограничения межличностных контактов и т. п. Помочь справиться с внутренним сопротивлением позволит переформулирование установок «надо» и «должен» в «хочу». Например, «Я должен (мне надо) не пропускать прием лекарств (не курить)» переформулировать в «Я хочу регулярно принимать лекарства и отказаться от курения, так как я хочу вылечиться (избавиться от болезни, быть рядом с близкими, снова работать и т.п.)».

В качестве инструмента для самоконтроля лечения можно предложить ведение дневника самонаблюдения, где выделяются соответствующие параметры: настроение (с указанием причин как положительных, так и отрицательных эмоций), физическое самочувствие, прием лекарств, дополнительные процедуры и т.п.

Ответственное и деловое отношение к своему лечению является важным организационным ресурсом, так как контроль над ситуацией позволяет справиться с чувством тревоги. Необходимо ознакомить пациента с планом лечения, возможностью получения социальных льгот в случае соблюдения им всех врачебных предписаний, а также с дополнительными источниками квалифицированной информации о болезни.

**Вывод**

Таким образом, комплексная реализация методов медицинской, социальной и психологической помощи и поддержки, командная работа специалистов разного уровня, направленная на формирование положительных установок по отношению к лечению, снятие психологических барьеров, обучение способам самомотивации пациентов могут способствовать повышению мотивации к лечению пациентов с диагнозом «Туберкулез легочной локализации».

**Литература**

1.   Гартфельдер Д.В., Николаев Е.Л., Лазарева Е.Ю. Клинико-психологические характеристики личности больных сердечно-сосудистыми заболеваниями в связи с задачами профилактики // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. – 2014. – Т. 14. – № 4. – С. 60–62.

2.   Голубев В.Л., Данилов А.Б., Добрушина О.Р. Применение стратегии повышения мотивации пациента в лечении хронической боли // Русский медицинский журнал. – 2011. – № 0 (Специальный выпуск) [Электронный ресурс] – URL: http://www.rmj.ru/articles/bolevoy\_sindrom/ Primenenie\_strategii\_povysheniya\_motivacii\_pacientav\_lechenii\_hronicheskoy\_boli/#ixzz4HaAlzgsh (дата обращения: 13.08.2017).

3.   Григорьева Н.В. Особенности психических состояний у пациентов, перенесших инсульт различной степени тяжести // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 5. – С. 234–240.

4.   Информационный бюллетень ВОЗ N°104. Март 2016 г. [Электронный ресурс] – URL: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/ru/ (дата обращения: 16.08.2017).

5.   Кадыров Р.В., Асриян О.Б., Ковальчук С.А. Опросник «Уровень комплаентности»: монография. – Владивосток: Мор. гос. ун-т, 2014. – 74 с. [Электронный ресурс] – URL: http://www.medpsy.ru/library/library208.php (дата обращения: 20.08.2016).

6.   Николаев Е.Л., Петунова С.А. О подготовке медицинских психологов для учреждений здравоохранения // Актуальные проблемы формирования компетентностно ориентированной образовательной среды: материалы III Междунар. учеб.-метод. конф. – Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2012. – С. 287–289.

7.   Петунова С.А. Социально-психологическая адаптация безработных. – Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2006. – 187 с.

8.   Петунова С.А. О формировании коммуникативной компетентности врача в профессиональной деятельности // Вопросы повышения эффективности профессионального образования в современных условиях: материалы VI Междунар. учебно-методической конференции. – Чебоксары, 2014. – С. 252–257.

9.   Петунова С.А. Психологические факторы комплаентности больных туберкулезом // Современные проблемы науки и образования. – 2015a. – № 3. – С. 78–85 [Электронный ресурс] – URL: www.science-education.ru/123-18727 (дата обращения: 21.08.2016).

10.   Петунова С.А. Психосоциальные особенности отношения к заболеванию у больных туберкулезом легочной локализации // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2015b. – Т. 11. – № 4. – С. 60–78.

11.   Петунова С.А. Отношение пациента к лечению как психологическая проблема // Современные проблемы здоровья и благополучия личности: коллективная монография / Д.В. Гартфельдер, Е.Ю. Лазарева, Ф.В. Орлов [и др.]; под ред. Е.Л. Николаева. – Чебоксары, 2017. – С. 29–42.

12.   Петунова С.А., Ермакова И.В. Фазы развития специфических реакций больных туберкулезом легких // Теоретичесике и прикладные вопросы науки и образования: сборник научных трудов по материалам международной научно-практической коференции 31 января 2015 г. Часть 3. – Тамбов: Консалтинговая компания Юком, 2015. – С. 91–93.

13.   Петунова С.А., Николаев Е.Л. Вопросы организации психотерапевтического и информационно-образовательного воздействия на больных туберкулезом // Современные подходы к продвижению здоровья: материалы V Международной научно-практической конференции (Гомель, 15–16 мая 2014 года). Выпуск 5. – Гомель: ГомГМУ 2014. – С. 183–185.

14.   Петунова С.А., Николаев Е.Л., Викторов О.Н. Роль личности больного туберкулезом в формировании приверженности лечению // Проблемы современного педагогического образования. Сер.: Педагогика и психология: cборник научных трудов. – Ялта: РИО ГПА, 2017. – Вып. 56. – Ч. 3. – С. 315–321.

15.   Пьянзова Т.В., Вежнина Н.Н. Мероприятия по повышению приверженности лечению больных туберкулезом в Российской Федерации // МвК. – 2014. – № 3. – С. 5–10 [Электронный ресурс] – URL: http://cyberleninka.ru/article/n/meropriyatiya-po-povysheniyu-priverzhennosti-lecheniyu-bolnyh-tuberkulezom-v-rossiyskoy-federatsii (дата обращения: 17.08.2016).

16.   Рыбалко В.О., Собенников В.С., Аитов К.А. Непсихотические психические расстройства и приверженность к лечению восокоактивной антиретровирусной терапией у ВИЧ-инфицированных // Сиб. мед. журн. (Иркутск). – 2013. – Т. 119. – № 4. – С. 10–15 [Электронный ресурс] – URL: http://cyberleninka.ru/article/n/nepsihoticheskie-psihicheskie-rasstroystva-i-priverzhennost-k-lecheniyu-vosokoaktivnoy-antiretrovirusnoy-terapiey-u-vich (дата обращения: 17.08.2016).

17.   Современные проблемы здоровья и благополучия личности: коллективная монография / Д.В. Гартфельдер, Е.Ю. Лазарева, Ф.В. Орлов [и др.]; под ред. Е.Л. Николаева. – Чебоксары, 2017. – 160 с.

18.   Antecedents of adherence to medical recommendations: Results from the medical outcomes study / C.D. Sherbourne, R.D. Hays, L. Ordway [et al.] // Journal of Behavioral Medicine. – 1992. – Vol. 15. – № 5. – P. 447–468.

19.   Barber N. Should we consider non-compliance a medical error? // Qual Saf Health Care. – 2002. – Vol. 11. – № 1. – Р. 81–84.

20.   Petunova S.A., Nikolaev E.L. Mental health risks in unemployed residents of Chuvashia // Psihijatrija Danas. – 2012. – Vol. 44. – № S. – P. 147.

**Ссылка для цитирования**

УДК 159.9:616-002.5

Петунова С.А. Психологическое сопровождение больных туберкулезом легких в условиях стационара // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. – 2017. – Т. 5, № 3(17) [Электронный ресурс]. – URL: http://medpsy.ru/climp (дата обращения: чч.мм.гггг).

Все элементы описания необходимы и соответствуют ГОСТ Р 7.0.5-2008 "Библиографическая ссылка" (введен в действие 01.01.2009). Дата обращения [в формате число-месяц-год = чч.мм.гггг] – дата, когда вы обращались к документу и он был дост