

Л.А. Мельник, О.В. Нечосіна, Ю.В. Пилипас, М.Г. Долинська

Соціально-психологічна підтримка хворих на туберкульоз для формування прихильності до лікування*

Частина 3#

V. ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ПАЦІЄНТІВ ДЛЯ ФОРМУВАННЯ ПРИХИЛЬНОСТІ ДО ЛІКУВАННЯ (ЗУСТРІЧІ/КОНСУЛЬТУВАННЯ)

Психологічний супровід пацієнта на етапах прийняття діагнозу

Для ефективної співпраці медичного персоналу з пацієнтом важливе прийняття й усвідомлення останнім своєї хвороби. Після встановлення діагнозу і до моменту його прийняття хворим проходить певний час, який визначається ступенем тяжкості хвороби, індивідуальними особливостями людини й реакцією оточення на такий діагноз. У середньому він становить від 2 до 6 міс і має свою динаміку.

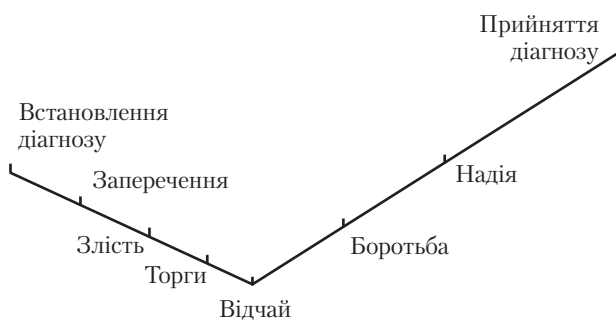


Рис. 1. Схема динаміки стадій прийняття діагнозу

У процесі прийняття діагнозу людина проходить кілька стадій (рис. 1). Ці стадії відображають горювання за втратами через хворобу і пов'язані з усвідомленням, що звичне життя різко змінилося. Необхідність перебувати в лікарні, проходити обстеження і приймати ліки, страх перед серйозними ускладненнями, труднощі у спілкуванні з близькими, зниження працездатності, —

до всіх змін, які спричиняє хвороба, адаптуватися відразу неможливо. Але потрібно. Більшість людей роблять це за кілька стадій.

Стадія заперечення

Шок — це нормальна реакція на будь-які надзвичайні події, яка швидко минає, згодом у багатьох людей настає стадія заперечення. *«Це, напевно, помилка». «Аналізи в поліклініці переплутали, буває і таке». «Це просто наслідки перевтоми: треба як слід відпочити, і все буде в порядку». «Треба попити вітаміни». «Потрібно просто забути, і все саме розсмокчеться».* Однак спокій при запереченні — це обман, насправді людина перебуває у постійному стресі, хоч його вона також може заперечувати.

Що можна порекомендувати?

На стадії заперечення головне завдання — зняття хронічного стресу та отримання інформації. По-перше, людині важливо опанувати себе, свої емоції. У цьому може допомогти підтримуюча позиція консультанта, звернення уваги на напругу й освоєння методів релаксації (дихання, молитва, медитація, контакт із природою, читання книжок, перегляд фільмів). *«Ваші плечі зараз напружені, спробуйте їх розслабити», «коли я з вами розмовляю про хворобу, ви перестаєте дихати і завмираєте. Тому просто подихаймо, спробуйте повністю ніби просканувати своє тіло і розслабити його, наскільки це можливо».*

По-друге, і це найважче, потрібно, щоб людина якомога більше дізналася про свій діагноз. Найімовірніше, її уявлення туманні й жахливі. І доки ці уявлення не зміняться, людина продовжуватиме заперечувати хворобу. Можна витратити одну годину на день для вивчення простих і достовірних матеріалів про туберкульоз або на

* Мельник Л.А., Нечосіна О.В., Пилипас Ю.В., Долинська М.Г. Соціально-психологічна підтримка хворих на туберкульоз для формування прихильності до лікування. — ФОП Бурнос С.О., 2017. — 112 с.

Продовження. Початок у № 2. — 2017. — С. 97—105.

спілкування із людьми з таким самим діагнозом. Таку годину інформації краще запланувати заздалегідь у розпорядку дня пацієнта, щоб забути про неї було складніше. Швидше за все, на цій стадії будь-яка згадка про діагноз викликати стрес, тому інформацію потрібно ретельно дозувати і супроводжувати ресурсними заняттями. Інформацію потрібно надавати без залякувань пацієнта — це не мотивує, а, навпаки, ще більше блокує.

Стадія злості

Злість — абсолютно нормальна ознака того, що людина почала усвідомлювати, що відбувається. Злість на себе, на лікарів, на умови лікування й витрати, на весь несправедливий світ, — підходящий об'єкт завжди знайдеться. *«Це нечесно, несправедливо, чому саме я, за що?», «я ж ніколи навіть не палила».*

Що можна порекомендувати?

Щоб вийти із цієї стадії, потрібно навчитися перенаправляти злість, знаходити для неї більш ефективні об'єкти. Найкращий об'єкт трансформування сили агресії — сама хвороба, тому слід спрямувати всі сили на лікування. На цій стадії можна ознайомитися з етапами лікування та його тривалістю, почати розробляти детальний план лікування, планувати дії, спрямовані на повернення здоров'я. Проте слід не перестаратися, бо можна «перегоріти» і втратити мотивацію, яка потрібна буде ще протягом щонайменше півроку.

Стадія торгів

На цій стадії людина намагається примиритися із захворюванням, уклавши так звану угоду із собою, з лікарями, з абстрактними вищими силами. *«Я прийматиму ліки, кину палити, і все пройде». Або людина намагається примиритися, даючи собі необґрунтовані поблажки. «Я прийматиму ліки, доки є симптоми, а потім можна буде перестати, — нічого поганого не трапиться».*

Що можна порекомендувати?

Важливо зрозуміти, що будь-які захворювання — це нормальні і постійні супутники людей, це не покарання за гріхи, і вони не йдуть від нас, бо ми добре поводитися. На цій стадії необхідно зайнятися «нормалізацією» захворювання — навчитися сприймати це як частину життя. Цьому сприяють: довірливі партнерські стосунки з лікарем, вивчення додаткової і більш докладної інформації про захворювання, менеджмент симптомів хвороби й видужання, досвід інших людей з аналогічним діагнозом. Наприклад, групи взаємопідтримки, спеціально створені для обміну досвідом.

Мета таких груп — нормалізувати свій досвід, спілкуючись із тими, хто може зрозуміти і не відчуватиме жалю або страху.

Стадія відчаю

Після того, як заперечення або торги не спрацьовують, криза, пов'язана із діагнозом, лікуванням і його побічними діями, наздоганяє людину — починається стадія відчаю, що в окремих випадках сягає рівня депресії. У деяких людей попередні стадії можуть пройти за кілька днів, а у деяких стадія відчаю та депресії може настати через кілька місяців. На цій стадії може здаватися, що все марно, що надії немає, можуть з'явитися самокритичні думки, охоплює відчай і апатія, виникає самозвинувачення, небезпечні суїцидальні думки.

Що можна порекомендувати?

Важливо пам'ятати, що це теж лише одна зі стадій, яку мало хто уникнув, але яка не триватиме вічно. Лише пройшовши цю стадію, люди можуть переглянути свої цінності, змінити погляди на себе, своє життя та здоров'я, пізнати важливість турботи про себе.

У період відчаю необхідно ретельно планувати заняття на кожен день, це допоможе не застрягати у нав'язливих депресивних думках. У розпорядок дня необхідно включати якомога більше зустрічей з іншими людьми — з приємними людьми, з якими можна провести разом час: поговорити, подивитися фільм, щось приготувати, прибирати. Ключ для виходу із цієї стадії — підтримка інших людей, які не бажають вас утішати або опікувати, а розуміють важливість простої присутності поруч, яка дає зрозуміти, що ваші стосунки не змінилися.

Якщо депресія занадто прогресує, необхідно звернутися до психотерапевта з приводу її лікування, — правильно підібраний метод психотерапії допоможе людині впоратися.

Стадія прийняття

П'ята стадія — це прийняття. Захворювання нікуди не подінеться, адже воно потребує тривалої терапії, проте сама людина вже змінилася, і ця нова людина, яка пройшла попередні стадії, вже здатна жити зі своїм діагнозом і поступово переключатися зі світу внутрішніх переживань у контакт із зовнішнім світом.

Що можна порекомендувати?

На цій стадії важливо заново переглянути своє життя, знайти нові пріоритети. Дуже часто криза, пов'язана з отриманням діагнозу, змушує людину знайти нові інтереси і виявити нові амбіції. Як

результат, багато людей говорять, що завдяки захворюванню їхнє життя змінилося на краще, а не навпаки. У цьому немає нічого незвичайного, якщо згадати вислів Ніцше: «Усе, що нас не вбиває, робить нас сильнішими». І щодо таких діагнозів, як туберкульоз, це насправді так, навіть якщо дорога до прийняття виявляється не з легких.

Проблемно-орієнтоване консультування пацієнтів

Завдання консультування на амбулаторній фазі лікування — підтримка прихильності до лікування й мінімізація впливу можливих ризиків її припинення.

Методологічно для виконання цього завдання за основу беруть схему проблемно-орієнтованого консультування, наведену у розділі «Алгоритм консультування» (табл. 1).

Пам'ятайте, що етапи консультування умовні. Клієнти можуть приходити і на початку зустрічі говорити про плани, а вже потім про проблеми й перешкоди. Або метою клієнта може бути не розробка плану дій, а змога поговорити про свої проблеми, отримати підтримку й розуміння, адже, можливо, кабінет спеціаліста — це єдине місце, де він може це зробити. Тому будьте чуйні до потреб клієнта і вмійте їх розпізнавати за перші 10–15 хвилин консультування.

Робота із внутрішньою стигмою та подолання депресивних реакцій

Особливої уваги у психологічному супроводі клієнта потребує робота із внутрішньою стигмою. Щодо діагнозу «туберкульоз» у суспільстві існує багато міфів і стереотипних переконань як до хвороби людей соціально неблагополучних та асоціальних. Негативна асоціація породжує у хворого почуття сорому, провини, страху, комплекс вигнання і прагнення приховувати захворювання. Зміна соціальної та особистої ідентичності пацієнтів, негативне самосприйняття як наслідок внутрішньої стигматизації супроводжуються хронічними субдепресивними настроями, постійною втомою, відчуттям внутрішнього дискомфорту, похмурими думками, поганим сном, ворожістю й підозрілістю до оточуючих, соціальною ізоляцією. Зазначені психологічні прояви стигматизації значною мірою зумовлені неможливістю інтегрувати травматичний досвід і переробити негативні переконання, які сформувалися в результаті впливу стресу через захворювання. Це вагома причина послаблення прихильності до терапії і порушення соціальних взаємодій.

Для подолання у клієнтів, хворих на туберкульоз, наслідків внутрішньої стигматизації та

задля підтримки позитивного самосприйняття важливо виокремити конкретні мішені психологічного впливу:

1. Образа і почуття несправедливості («Чому це сталося саме зі мною?»).
2. Почуття провини (також перед сім'єю і родичами за незручності, зумовлені хворобою).
3. Емоційна відчуженість від оточуючих і проблем, не пов'язаних зі здоров'ям.

У роботі із внутрішньою стигмою й депресивними реакціями можна використовувати психокорекційні техніки.

Техніки дистанціювання/відволікання від негативних думок

З цією метою можна використовувати метафору «радіо», адже за депресивних реакцій у голові постійно крутяться негативні думки (негативні новини, програми, пісні, — ніби радіо «голос депресії»). І тут варто спробувати разом із клієнтом зробити маленький перелік його найбільш типових негативних думок — своєрідний хіт-парад. Потім нагадати, що під час депресивних переживань ці думки часто помилкові, упереджені й не відповідають дійсності, а, навпаки, відображають хворобливо-негативне ставлення до себе і своєї життєвої ситуації. При цьому варто пояснити, що ми можемо прислухатися до таких думок і тому у нас може бути пригнічений настрій, почуття відчаю, сорому, провини тощо.

На подальших етапах взаємодії ми зможемо разом детально перевірити, чи «трансльоване» по метафоричному радіо було насправді фактами або лише перекрученням фактів. Важливо пояснити, що не можна беззастережно вірити думкам за депресивних переживань, бо суть цього стану полягає у тому, що «депресивне радіо» постійно транслює негативні коментарі, прогнози, інтерпретації тощо. Клієнтові пропонують подумати про наслідки такого сидіння перед радіо і безперервного слухання того, що там транслюють, і віри в почуте. Зазвичай пацієнти з легкими й помірними депресивними станами можуть критично визнати, що це лише погіршує настрій і забирає багато часу та сил. Тому їм пропонують вибудувати першу лінію захисту від потоку депресивних думок — дистанціювання. Це можна порівняти метафорично так: радіо грає, а ти його ігноруєш, — тобто чуєш, але нагадуєш собі, що це депресивне радіо і тому «я не можу сліпо вірити всьому, що воно каже». Тобто слід запропонувати навчитися метафорично вибірково слухати «радіо», не вірити сліпо всьому, навчитися обирати, які думки корисні, а які нині швидше хворобливі, депресивні, і тому є сенс вимкнути чи ігнорувати цю «передачу».

Таблиця 1. Зміст етапів консультування

Назва етапу	Приклади питань для обговорення із клієнтом
Створення атмосфери довіри	Подякуйте за те, що клієнт прийшов, як і домовлялися. Запитайте: як добралися? Приготувати вам чаю чи, може, хочете води? (поговоріть трішки не про причину візиту. Якщо людина розповідала вам про дітей/дачу/собаку і ви знаєте, що з ними у людини приємні асоціації, поговоріть про це). Що у вас нового з моменту нашої останньої зустрічі? Як почуваетесь? Як ваш емоційний стан? Як переносите ліки? Якщо були якісь домашні завдання, які пацієнт повинен був виконати для роботи над собою, поцікавтеся, чи людина думала/виконувала/виконала їх
Збір інформації	Які труднощі виникли у вас під час лікування? Розкажіть, будь ласка, детальніше. Можливо, ви щось хочете додати? Що ви відчували, коли це сталося? Розкажіть, будь ласка, що вас турбує, який настрій у вас? Чи є щось/хтось, що заважає дотримуватися режиму лікування? Чи могли б ви навести приклад, тобто якусь конкретну ситуацію? Що відчуваєте, коли розповідаєте про це? Вам потрібна додаткова допомога чи підтримка? У вас ще є до мене запитання? Ставлячи запитання, пам'ятайте правило: 20 % часу ставити запитання, 80 % — слухати і надавати допомогу
Аналіз та ідентифікація проблем	Перерахуйте основні проблеми й труднощі, що турбують вас. Що із цього списку має на вас найбільший вплив і загрожує припиненням терапії? Розкажіть детальніше. А з чим вам вдається справлятися? Розкажіть детальніше. Які труднощі у вас виникали раніше в терапії, проте ви з ними справилися? Як ви вважаєте, що могло б допомогти вам впоратися тепер? Що має змінитися або відбутися, щоб вам стало краще? Як ви вважаєте, з чого необхідно розпочати?
Надання інформації	Дайте відповіді на запитання клієнта. Якщо ці запитання не стосуються вашої компетенції, порекомендуйте звернутися до спеціаліста, надайте його контакти та повідомте про час його роботи. Обговоріть ще раз важливість дотримання курсу лікування, моніторингу і плану лікування. Підтримайте клієнта, похваліть його за те, що він дотримується режиму лікування. Зробіть акцент на покращанні його самопочуття
Пошук та постановлення рішення	Що ви думаєте про продовження лікування? Подумаймо з вами про можливі варіанти вирішення тих питань, які перешкоджають терапії. Які ви вбачаєте рішення? Які можуть бути позитивні/негативні наслідки рішення № 1? Рішення № 2? Рішення № 3?.. Яке рішення для вас здається найвдалішим? Можливо, необхідно ще подумати чи порадитися щодо варіантів рішень? Обговоріть ще раз наслідки переривання лікування та знову поясніть особливості лікування туберкульозу
Розробка плану дій	Відповідно до ухваленого клієнтом рішення складіть разом із ним план подальших дій. Отже, ви постановили рішення. Які дії сприятимуть реалізації цього рішення? Що необхідно зробити, щоб рішення втілити? Запишемо ці дії. Це буде своєрідний план із конкретними кроками. Розділіть обов'язки, запитайте: чим я можу допомогти під час виконання цього плану? Яка допомога вам потрібна? Хто або що допоможе вам дотримуватися запланованого? Що може нагадувати про ваш план? Із чого ви хотіли б розпочати? Що буде наступним етапом? Що вже сьогодні ви готові зробити? Як ви себе заохочуватимете та підкріплюватимете за виконання кожного кроку плану? Запишіть це
Зворотний зв'язок та домовленість про повторний візит	Підсумуйте: отже, ми сьогодні з вами розглянули..., обговорили..., тому ви вирішили..., ви плануєте втілити це шляхом... Як ви почуваетесь зараз? Що для вас важливо було сьогодні? З чим ідете? Чи є ще щось, що для вас важливо було обговорити? Що для вас важливо буде обговорити на наступній зустрічі? (запишіть собі, що скаже клієнт). Пропоную вам зустрітися ... числа, о ... годині. Запишіть собі в щоденник. Буду рада бачити вас на наступній зустрічі. Дякую, що завітали! Хорошого дня!

Отже, клієнтів навчають техніки спостереження за думками, усвідомлення думок без ідентифікації себе з ними. Клієнтові пропонують зайняти позицію спостерігача своїх думок і замість того, щоб іти за ними та реагувати на них,

спробувати сприймати їх більш критично і спокійно з певної внутрішньої дистанції. Як додаткові, що можуть допомогти утримуватися від постійного слухання потоку депресивних думок, можна використовувати запропоновані техніки

поведінкової активації (знайдіть/заплануйте позитивні заняття, адже від них більше користі, і коли ви зайняті чимось, легше відволіктися від потоку негативного мислення) або техніки перенесення уваги на «тут і тепер» (схожі з медитативними техніками фокусування уваги/присутності), техніку «зупинки» негативних думок і їх заміну на певну «позитивну/корисну» думку, ресурсні думки/образи (для релігійних людей це може бути також коротка повторювана молитовна фраза) або ж певне когнітивне заняття (наприклад ментальна арифметика, наспівування про себе пісні тощо).

Техніки поведінкової активації

До них зараховують моніторинг власної активності, планування/організацію часу і призначення завдань. Мета цих технік — насамперед сприяти виходу клієнта зі зляканої апатії, за якого типові пасивність, уникання вирішення важливих завдань та розв'язання проблем. Це призводить до накопичення проблем та нового кола негативних думок і переживань. Поведінкова активація сприяє підвищенню загального тону, зменшенню кількості часу, що клієнт проводить у депресивних роздумах, вона також сприяє виявленню негативних думок, які стають на перешкоді до поведінкових змін. Організація власного часу, встановлення списку справ, їхня організація в часі, розбивання їх на маленькі фрагменти сприяє також збільшенню шансів, що клієнт зможе поступово вирішувати важливі справи, а це формує відчуття контролю над власною життєвою ситуацією, зменшує пригніченість і відчуття безпомічності. Техніки поведінкової активації дають у формі домашніх завдань. Потрібно акцентувати на тому, що домашні завдання не можуть бути виконані невдало, погано. Важливо, щоб клієнт готувався, включався у процес змін на шляху до одужання. Важлива мета технік поведінкової активації — збільшення позитивних активностей, що сприяють позитивному настрою і є ресурсними для людини.

1. Скласти або запропонувати максимальний список приємних активностей і список корисних активностей.
2. Планувати графік дня з аналізом настрою та активностей, які викликали позитивні зміни.
3. Спостереження й контроль депресивних думок.

Когнітивна реструктуризація

Визначення й оскарження ірраціональних автоматичних думок та когнітивних викривлень, пов'язаних із уявленнями про хворобу, з метою раціоналізації мислення та розвитку його адаптивних стратегій.

Цього можна досягти за допомогою таких кроків:

1. Допомога клієнтові визначити й модифікувати надмірно негативні думки, що призводять до занепокоєння та порушення функціонування. Можна запропонувати клієнтові записувати думки, що стосуються захворювання і його лікування.
2. Фокусування на визначенні та модифікації неправильного розуміння, яке призводить до переоцінювання загрози, що виникає через інтерпретацію діагнозу та його наслідків.
3. Обговорення доказів «за» і «проти» існуючої у клієнта інтерпретації. Це також важливо записувати.
4. Перевірка прогнозів, що виникають з інтерпретацій, за допомогою психолога для того, щоб клієнт зробив більш адаптивні висновки. Заохочення клієнтів відмовитися від поведінкових та когнітивних стратегій, що перешкоджають позбавленню від негативних інтерпретацій.

Розширення сфери самосвідомості клієнта і формування почуття особистого впливу на процес одужання сприяють підвищенню прихильності до терапії, подоланню негативних наслідків внутрішньої стигматизації, відновленню взаємодії людини із соціальним оточенням, збереженню інтересів і можливостей адекватної самореалізації.

Навчання пацієнтів самоконтролю (на прикладі «Щоденника пацієнта»)

Самоконтроль — це система підходів, в основі якої активна участь клієнта у визначенні мети терапії та виконанні програми позитивних змін. Консультант допомагає людині із тривалою хворобою визначити короткі, чіткі, ясні цілі, успішне досягнення яких сприяє поверненню здоров'я.

Визначення самоконтролю (Центр з поліпшення охорони здоров'я, 1996) «включає участь у заходах (людини із хронічним захворюванням), які захищають і сприяють зміцненню здоров'я, моніторингу та управлінню симптомами й ознаками хвороби, керуванню впливом хвороби на функціонування, емоції і міжособистісні стосунки та дотримання режиму лікування».

Метод самоконтролю заснований на здатності людини до самоспостереження, самооцінки і впливу на свою поведінку. Як самостійну та головну техніку самоконтроль застосовують тоді, коли помилкова поведінка розгортається в ситуації, не доступній для втручання медичного персоналу, наприклад, коли пацієнт перебуває на амбулаторному лікуванні. Найчастіше проблемна поведінка, за якої застосовують самоконтроль, виникає в результаті протиріччя короточасних і довготривалих наслідків. Наприклад, коротко-

До уваги!

Ефективний самоконтроль допомагає пацієнтам і їхнім сім'ям дотримуватися курсу лікування таким чином, що це зводить до мінімуму ймовірність ускладнень симптомів та інвалідності, пов'язаних із хронічними станами. Пацієнти та особи, які надають допомогу, потребують інформації про методи самоконтролю й мотивування їхнього застосування на повсякденній основі протягом усього часу. Здобуття навичок самоконтролю (наприклад, з метою дотримання курсу прийому ліків, послідовності, належного харчування, регулярного відпочинку та відмови від тютюну) може призвести до скорочення частоти візитів до лікаря та набуття з часом ефективності з точки зору витрат.

Медичні працівники відіграють дуже важливу роль у навчанні пацієнтів і їхніх сімей навичкам самоконтролю. Вони виконують конструктивну функцію у наданні пацієнтам допомоги у зміні поведінки. Однак ще важливіше, що медичні працівники повинні підтримувати самоконтроль з боку пацієнта увесь час. Важливість самоконтролю і профілактики хронічних станів потрібно підкреслювати під час кожної зустрічі з пацієнтом (ВООЗ, 2003).

часні наслідки відмови від прийому препарату, від якого у пацієнта неприємні побічні дії, переважно позитивні, довготривалі ж — негативні (розвиток стійкості до ліків). Короточасні наслідки вимушеного відвідування ДОТ-кабінету (наприклад, якщо людина працює або навчається) найчастіше негативні, довготривалі ж — позитивні. Методика самоконтролю дає змогу (хоч би частково) вирівняти силу короточасних і довготривалих наслідків, а також позбутися шкідливих звичок або набути корисних навичок (у довгостроковому їх вимірі).

Використання самоконтролю як поведінкової психокорекції передбачає, що сама терапія стає процесом, що виходить за рамки терапевтичних зустрічей. Ця особливість методу самоконтролю ще раз акцентує на необхідності активної участі клієнта у процесі терапії на основі усвідомлених і прийнятих ним терапевтичних цілей.

Існують міжнародні принципи ефективного самоконтролю, згідно з якими пацієнт повинен:

- володіти знаннями про свою хворобу;
- виконувати план лікування, погоджений з лікарем;
- активно постановляти рішення разом із лікарем;
- стежити за ознаками й симптомами захворювання, розуміти вплив ліків;
- керувати впливом захворювання на фізичне, емоційне й соціальне життя;
- вести здоровий спосіб життя;
- мати доступ до послуг підтримки (психологічної, соціальної, матеріальної).

Навчання самоконтролю спрямоване на засвоєння пацієнтом, що хворіє на ТБ, правил лікування, розуміння необхідності зовнішнього контролю прийому ліків, виявлення та запобігання чинникам, що призводять до стійкості збудника, на самомоніторинг побічних ефектів, рекомендацій щодо харчування та режиму дня.

У нашому випадку методологічна основа навчання самоконтролю — спеціально розроблений структурований щоденник пацієнта «Мій шлях до одужання» (далі — Щоденник), який передбачає певну послідовність викладу матеріалу.

Для кожного розділу сформульована навчальна мета й обговорюється необхідний набір наочних матеріалів, спрямованих на засвоєння, повторення та закріплення знань і навичок.

Пацієнтові наголошують про важливість внесення у Щоденник даних про зміни у загальному самопочутті, працездатності, апетиті тощо; записування будь-яких неприємних відчуттів, незалежно від того, пов'язує їх пацієнт із лікуванням чи ні; запитань, які пацієнт хоче поставити медичній сестрі або лікареві.

Щоденник містить необхідний мінімум інформації, але при цьому передбачає можливість для кожної людини, хворої на туберкульоз, отримати додаткові відомості (колонки «мої запитання» та «відповіді і рекомендації»), навіть якщо вони не входять до змісту Щоденника.

Заняття із навчання самоконтролю хворих на туберкульоз не повинні обмежуватися формальним читанням лекцій, а проходити у вигляді бесід, тому спеціалістові потрібно знаходити до кожної людини індивідуальний підхід. Хтось краще засвоює інформацію через наочні приклади та відео, для когось важливі графіки, ще для когось важливий власний позитивний досвід. Дуже ефективні у процесі навчання самоконтролю діалоги, коли пацієнти ставлять спеціалістові будь-які запитання, що їх турбують, беруть участь у дискусіях, вільно висловлюють нехай навіть нестандартні думки й побоювання.

Існує пряма залежність між рівнем знань пацієнтів про свою хворобу і адекватним самоконтролем. Але на практиці, під час навчання пацієнтів, часто доводиться спостерігати, що пацієнт, отримавши весь набір необхідних знань про причини, симптоми та перебіг захворювання, а також про лікування й самоконтроль, не використовує отримані знання у своєму житті. Можна сказати, що почув, але не зрозумів, зрозумів, але не запам'ятав, запам'ятав, але не застосував на практиці. Під час навчання необхідно активізувати внутрішню мотивацію на самоконтроль у кожного пацієнта. Упродовж навчання пацієнт повинен усвідомити ту мету, для досягнення якої

йому потрібно зберегти здоров'я, та відповідно виконувати рекомендації лікарів. Людина повинна зрозуміти, що її здоров'я насамперед необхідне їй самій для досягнення різних життєвих цілей: здобуття освіти, успішної кар'єри, змоги в майбутньому займатися улюбленою справою, для створення сім'ї, виховання дітей. Завдання медпрацівників полягає в тому, щоб не тільки дати пацієнтові весь необхідний набір знань щодо туберкульозу, а й допомогти йому визначити ті життєві цілі, досягнення яких важливе для пацієнта, але стане неможливим через брак належного лікування хвороби. Пацієнт повинен зрозуміти, що захворювання на туберкульоз — це етап життя, на якому важливим пріоритетом є здоров'я. Детальніше з мотиваційним консультуванням можна ознайомитися в розділі «Алгоритм консультування».

Крім теоретичних знань, під час навчання самоконтролю хворих на ТБ обов'язково надають практичні навички, що стосуються регулярної фіксації показників одужання: маси і температури тіла, технік забору мокротиння, навичок етикету кашлю, вибору правильного харчування, комплексу вправ для відновлення функції дихання та фізичних навантажень.

На основі Щоденника, що заповнюють пацієнти, аналізують помилки і роз'яснюють питання, які залишилися нез'ясованими під час консультування. Завдяки самоконтролю пацієнт контролює та аналізує суб'єктивні відчуття, коливання рівня маси тіла, побічні дії від прийому препаратів, а також режим харчування й фізичної активності з метою постановлення самостійних рішень. Результатом такого самоконтролю є відновлення відчуття впевненості та можливості керувати процесом видужання, інсталяція надії щодо швидкого повернення здоров'я та звичного способу життя.

Параметри самоконтролю «Щоденника пацієнта «Мій шлях до одужання» (на амбулаторному етапі терапії):

1. Відвідування ДОТ-кабінету для контрольованого прийому ліків та консультацій лікаря у зазначений термін.
2. Спостереження і запис у щоденник даних про зміни свого стану.
3. Фіксація показників одужання — температури й маси тіла.

Організація групової роботи з метою підвищення прихильності до лікування

Особливості групової роботи

Один із різновидів соціально-психологічної допомоги — проведення групових консультативних занять. Крім консультативних психологіч-

них груп, у медичній сфері також поширені освітні (інформаційні) групи, групи самодопомоги, розвитку навичок тощо.

Під груповою роботою розуміють метод надання допомоги групі осіб із подібними життєвими проблемами, об'єднаних близькими інтересами, шляхом залучення членів групи до процесу розв'язання наявних у них проблем, задоволення їхніх інтересів.

Групова робота має багато позитивних чинників, в яких є терапевтичний ефект:

- *універсалізація* — узагальнення проблем, потреб, почуттів, мотивів. Люди починають розуміти, що інші відчують подібне і мають такі самі проблеми. Зникає відчуття унікальності проблеми, почуття відчуженості й самотності, підвищується самооцінка;
- *зворотний зв'язок* — отримання від інших людей щирої і правдивої інформації про себе, свою проблему та шляхи її розв'язання. При цьому зворотний зв'язок має бути точним, конкретним та неосуджувачим, а різні думки дають простір для вибору;
- *згуртування* — відчуття підтримки з боку інших членів групи, розуміння того, що всі вас сприймають як особистість;
- *інсайт та навчання на міжособистісних взаємодіях*. Спостереження за поведінкою людей у групах доводять, що у процесі групової роботи клієнти діють так само, як і в житті, адже приходять у групи з певними патернами поведінки (нав'язливої жінки, ігноруючого чоловіка тощо). Працюючи у групі, клієнт може дійти до розуміння чогось важливого в собі, включно із поведінкою, фантазіями, очікуваннями, прагненнями, думками;
- *поява надії* (ефект позитивного настрою). Необхідно періодично звертати увагу групи на позитивні наслідки групової роботи. Принципово необхідна віра тренера (психолога, ведучого) у себе та в ефективність власної групи;
- *орієнтація на альтруїзм* дає змогу учасникам групи по-іншому глянути на себе, адже клієнти часто глибоко деморалізовані й упевнені, що їм немає чого запропонувати іншим. Кращий спосіб допомогти людині — це дозволити їй допомогти вам. Альтруїзм непрямо призводить до посилення чутливості клієнта до інших людей, до зменшення надмірної зосередженості на собі.

Загалом терапевтичні ефекти групи та групової роботи становлять основу для подальших змін клієнтів, а тому фахівець (психолог, соціальний працівник), відповідальний за групову роботу, повинен належним чином активізовувати та заохочувати вияв цих ефектів.

Таблиця 2. Етапи групового розвитку

Етап	Орієнтація групи на завдання	Розвиток структури групи
Формування	Визначення завдання; невдоволення умовами; інтелектуалізація; недоречні проблеми; спроби визначити ситуацію; взаємний обмін інформацією; підозра (замало роботи)	Значна тривога; перевірка стосунків; залежність від лідера; вагання щодо участі («чи вони дозволять мені приєднатися?»)
Бурхливі шторми	Опір цінності завдання; люди реагують емоційно на вимоги завдання; ворожнеча там, де потрібен високий рівень особистої відданості	Двоїсте ставлення до лідера; захист, змагання, ревності; виникнення конфліктів
Нормування	Висловлення думок; вміння висловлювати почуття; складання планів, які спрацюють	Розвиваються зв'язки групи; виникають норми; вирішено питання про авторитет; члени групи ідентифікують себе як групу
Виконання	Сильна орієнтація на мету; проникливість і розуміння	Зрозумілі, але гнучкі ролі; прагматизм у підтримці завдання; задоволення від досягнень
Прихильність	Пошук додаткової роботи, подальших завдань; оцінка ефективності групи	Бажання зустрітися знову; невизнання того, що групова робота може закінчитися; учасники можуть виявляти додаткову енергію або ентузіазм щодо групи

Отже, групи можуть бути корисним майданчиком для надання інформації щодо хвороби, лікування та подолання побічних ефектів, підтримки мотивації на прихильність до терапії, розв'язання проблем, надання емоційної підтримки та розвитку впевненості в собі, подоланні самотигматизації та самодискримінації.

До методів групової роботи зараховують: групові інтерв'ю, групові консультації, соціально-психологічний тренінг, лекції, бесіди, дискусії, перегляд відео, організацію групи взаємодопомоги.

Групова динаміка

Ведучому групи, який планує форми і методи роботи, варто знати, що група має певні фази розвитку, тобто групову динаміку (табл. 2).

Є ще один погляд на груповий процес, згідно з яким виокремлюють три основні стадії, проте не кожен клієнт перебуває на тій самій стадії, що й інші члени групи, тому можливе повернення до попереднього етапу:

- *«всередину — назовні»* (стадія залежності від фахівця-ведучого, коли члени групи очікують інструкцій, панує невизначеність, через потребу залишатися у групі клієнт зазвичай намагається поводитися якнайліпше, але його участь поверхнева);
- *«вгору — вниз»* (стадія конфлікту, коли виникають змагання, розчарування, фрустрація, гнів, спрямовані проти працівника та інших членів групи, разом із тим клієнти дізнаються про можливість вираження гніву без негативних наслідків);
- *«далеко — близько»* (стадія появи близькості, коли члени групи демонструють довіру одне до одного, готовність поділитися переживаннями, вдатися до саморозкриття; звичайно, негативні почуття учасники теж можуть вира-

жати, але вони виникають у контексті підтримуючої робочої ситуації, побудованої на взаєморозумінні).

Організація і проведення групової роботи

Кожна конкретна групова робота унікальна й має власний невідтворюваний досвід. Разом із тим можна говорити про певні етапи групової роботи та загальний зміст діяльності на кожному з них. Групова робота складається із таких фаз: планування, проведення переговорів й узгодження діяльності, проведення зустрічей групи, завершення роботи та її оцінка.

На етапі *планування групової роботи* важливо визначити контекст, у якому вона відбуватиметься. На цьому етапі необхідно визначити мету й завдання групи, бо продуктивна тільки та група, в якій є чіткі й зрозумілі для всіх цілі, це породжує довіру до групової діяльності. Потрібне узгодження програми і методології з усіма зацікавленими сторонами, зокрема з іншими членами мультидисциплінарної команди.

Наступний етап — *фаза переговорів та узгодження діяльності*, під час якої формується група й учасники визначають, якою вона буде: відкритою чи закритою, гомогенною чи гетерогенною, довготривалою чи короткочасною, великою чи малою, спрямованою на розв'язання внутрішніх чи зовнішніх проблем, з добровільною чи обов'язковою участю. Ідеальний склад групи 5–7 осіб, оскільки така кількість дає змогу швидко її консолідувати. Якщо група збільшується, то більше уваги слід приділити організаційній роботі, аби кожен її член включився у процес, що відбувається, й не виникало фракцій усередині групи.

Ще до проведення групових зустрічей психологи або соціальні працівники часто проводять

До уваги!

Для пацієнтів соматичного профілю характерна орієнтованість на медичне трактування видужання, що певною мірою знімає відповідальність за свою участь у досягненні результату. Тому перший етап роботи важливо розпочати у контексті освітніх групових занять, що, окрім підвищення обізнаності і відповідальності пацієнта за процес видужання, сприяє зменшенню тривоги у групі та завоюванню довіри учасників ведучим.

Крім цього, на початкових етапах групової роботи можуть виникати негативні переноси на психолога чи соціально-го працівника (ведучого групи), зумовлені стереотипними уявленнями щодо психологічної допомоги. Тому під час проведення групової роботи важливо інформувати пацієнтів про теми занять, методи і форми їх проведення, використовувати тактики зі схваленням дій чи думок пацієнтів, підкріпленням їхньої віри у себе, із використанням тренінгових технік підвищення самооцінки.

індивідуальні зустрічі з потенційними учасниками групи. Це дає змогу налагодити особисті стосунки, визначити відповідні очікування й турботи, мотивувати клієнтів на активну участь у групі. Група, безумовно, — соціальний мікрокосм, і в ній відбиваються ті соціальні установки, владні відносини й форми дискримінації (наприклад, до людей, що не мають житла, СІН, жінок комерційного сексу), які превалюють у суспільстві. З огляду на це, консультанти прагнуть вжити заходів ще на підготовчому етапі, аби протидіяти упередженому ставленню.

Важливе також визначення *основних правил групи*. Хоч ці правила ухвалюють за згодою членів групи і вони можуть бути різноспрямовані, однак існують деякі правила, прийняття яких обов'язкове або дуже бажане для кожної групи:

- конфіденційність;
- розв'язання конкретних проблем;
- необхідність говорити від власного імені («Я хочу..., можу..., думаю...»);
- звертання до інших членів групи на «ти» (показник рівності всіх у групі);
- вживання імені, замість «він/вона»;
- активність членів групи під час розв'язання проблем;
- дотримання принципу «тут і тепер» (перевагу надають розгляду актуальних проблем, аналізу думок і почуттів, які виникають у ситуаціях роботи групи, навіть якщо ці думки і почуття стосуються подій, що минули).

Важливими можуть бути й такі правила, як *добровільність участі й висловлювань*, правило «*стоп*», *заборона критики інших та демонстрація поваги до інших* тощо.

Проведення зустрічей групи залежить від мети та призначення групи, а також інших чинників. Проте в кожному випадку воно сконцентроване навколо організації комунікації між учасниками. Для цього можна застосовувати:

- *аудіовізуальні засоби* (приклад: проведення групової роботи на тему «Знання про туберкульоз» чи «Прихильність до терапії» може включати перегляд відповідних навчальних фільмів);

- *друковані матеріали* (наприклад, опитувальники чи інформаційні листки);
- *емпіричні методи* (наприклад, вправи, ігри, рольові ігри);
- *графічні матеріали* (наприклад, під час групової роботи, яка допомагає виявляти стратегії, що нагадують про прийом препаратів, або щодо подолання побічних дій медикаментозної терапії, можна використовувати діаграми, фотографії, записи на фліпчарті);
- *зміну складу* (наприклад, робота в парах, трійках чи малих групах).

Одним із найпростіших і найпопулярніших методів роботи з групою є «*мозковий штурм*» — техніка групової дискусії, яка заохочує учасників групи до активного обміну інформацією та досвідом.

Кожна зустріч учасників групи може бути побудована за визначеною програмою або ж бути зосередженою на певній проблемі, привнесений членом групи. Звісно, деякі теми можуть об'єднати присутніх, а деякі — загальмувати груповий розвиток.

Використовуючи знання групової динаміки й особливості клієнтів соматичного профілю, ведучому важливо організувати змістовне наповнення групових зустрічей. Слід використовувати певні орієнтовні теми, які можна доповнювати залежно від потреб групи та можливостей ведучих (табл. 3).

На кожному занятті слід приділяти увагу груповому досвіду для підвищення мотивації всіх членів групи до позитивних змін. Кожне заняття починається з констатації досягнутих позитивних змін у пацієнтів і закінчується констатацією позитивних результатів роботи.

На первинних етапах у групі корисно використовувати мотивуючий характер тем, які покликані допомогти клієнтам глибше усвідомити власні можливості в подоланні хвороби.

Одна з важливих особливостей групової роботи — організація отримання *зворотного зв'язку* від учасників групи. Це дає змогу відстежувати те, що відбувається у групі, й коригувати її діяльність. Для цього потрібно сформулювати умови для конструктивної критики, висловлювання пози-

Таблиця 3. Орієнтовні теми для групової роботи

Завдання групової роботи	Рекомендовані теми	Методи та техніки
Інформаційна та психологічна підтримка пацієнта в його зусиллях для подолання захворювання й отримання медичної допомоги (формування прихильності до терапії)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Хвороба туберкульоз: питання, які мене турбують 2. Як я уявляю зміни у своєму житті після одужання 3. Яка соціальна та психологічна підтримка мені потрібна 4. Як проявляється моя хвороба і як я її долаю 5. Хто і що допоможе мені приймати препарати вчасно 	<ul style="list-style-type: none"> • Перегляд навчальних відео з подальшим їх обговоренням • Робота зі «Щоденником пацієнта» • Заповнення опитувальників та їх обговорення • Інформаційні буклети про спеціалістів та організації, що можуть допомогти, зокрема зменшити фінансове навантаження у зв'язку із хворобою • Робота з міфами • Листи підтримки від себе з майбутнього • Техніки цілепокладання • Проективні методики: «внутрішня картина хвороби», «образ одужання», «шлях одужання» тощо
Терапевтична робота, мета якої розвинути навички у пацієнта щодо вчасного прийому препаратів, відстежування симптомів хвороби й побічних ефектів медикаментозної терапії; планування режиму дня, відпочинку/активності, харчування	<ol style="list-style-type: none"> 6. Як змінити власну поведінку 7. Як контролювати симптоми хвороби й побічні ефекти 8. Що означає «любити себе» і як це робити 9. Як організувати режим дня 10. Моя система підтримки здоров'я 	<ul style="list-style-type: none"> • Робота зі «Щоденником пацієнта» • Техніки самоконтролю й самодисципліни • Корекція актуальних дезадаптивних переконань, переживань і поведінки щодо свого захворювання та життєвих ситуацій, пов'язаних із ним • Утворення та використання позитивних особистісних ресурсів, активація творчих можливостей (наприклад, техніка «валіза ресурсів»)
Рефлексія та усвідомлення пацієнтом обмежень/конфліктів/проблем, спричинених хворобою	<ol style="list-style-type: none"> 11. Моє життя із хворобою, — чому вона мене вчить 12. Як долати негативні емоції 13. Мої потреби та як я їх вдовольняю 14. Допомога близьких: як просити та приймати турботу інших 	<ul style="list-style-type: none"> • Розповіді, спрямовані на нормалізацію наявності хвороб у житті людини (історичні факти про туберкульоз та відомих людей, що ним хворіли) • Напрацювання навичок контролю та подолання психоемоційних аспектів хвороби (депресії, тривоги, страху та агресії) • Робота із потребами та ефективними методами їх задоволення (піраміда Маслоу) • Підвищення впевненості у власних силах (наприклад, техніка «мої ситуації успіху») • Техніки ефективної комунікації • Способи проведення дозвілля
Вміння пацієнта розв'язувати проблеми, що потенційно можуть зменшувати ймовірність видужання, або знання пацієнта, до кого можна звернутися для їх розв'язання	<ol style="list-style-type: none"> 15. Менеджмент проблем 16. Подолання стресів, зокрема конфліктів 17. Як бути здоровим 	<ul style="list-style-type: none"> • Техніки копінг-стратегій (напрацювання стратегій ефективного розв'язання проблем і ситуацій, які потенційно зменшують ймовірність видужання) • Релаксаційний тренінг • Керування стресом та підвищення стресостійкості • Інформаційні ролики про складові здоров'я • Листи підтримки інших учасників групи та ритуал прощання з випускниками групи

тивних і негативних оцінок стосовно конкретних подій у групі, тверджень тощо, надати змогу висловитися усім учасникам.

Можливо, використати різні техніки спонукання до висловлення оцінок учасниками групи: малюнки, що відображають настрій, діаграми настрою (скажімо, градусник чи барометр), опитувальники, відкриті запитання. Прикладами таких запитань можуть бути:

- Що вам вдалося найкориснішим сьогодні?
- Чи було щось таке, що заважало вам сьогодні?
- Які частини зустрічі були для вас найбільш і найменш вдалими?
- Наскільки ми зуміли залучити кожного до обговорення?
- Наскільки ми просунулися в тому напрямі, щоб навчитися краще чути одне одного?

- Які кілька порад ви можете дати ведучим групи, щоб наступного разу вони краще проходили зустрічі?

Зворотний зв'язок не повинен пробуджувати почуття провини, він має сприяти підкріпленню позитивної поведінки. Тому позитивні оцінки мають завжди передувати негативним. Критиці можна піддавати лише певні вияви поведінки, а не особистість учасника групи в цілому.

Ведучі групи повинні вчити людей висловлювати критику від першої особи (не «Ти ігнорував мене!», а «Я почувався так, ніби Марія весь час ігнорувала мене й не промовила до мене жодного слова»).

Завдання етапу завершення участі у груповій роботі:

- 1) допомогти учасникам групи побачити зв'язок між негативними почуттями, які викликає у них наближення прощання, та їхніми проблемами, які розв'язали (особистими втратами, соціальною ізоляцією);
- 2) зробити акцент на позитивних почуттях, пов'язаних із завершенням програми, підготувати групу до припинення участі в зустрічах одного з учасників;
- 3) пригадати, як відбувалася робота групи, яких особистих успіхів досяг клієнт та завдяки кому із членів групи;
- 4) визначити, яка подальша робота потрібна членові, що покидає групу, й дати за потреби рекомендації йому та його родині.

Від того, як пройдуть останні зустрічі, часто залежить ефективність групової роботи для конкретного учасника та в цілому.

Групи взаємодопомоги

Групи взаємодопомоги (групи самопомоги, самокеровані групи) згуртовують людей, що мають однаковий досвід, життєву ситуацію або проблему і збираються разом для розв'язання своїх індивідуальних проблем, одночасно допомагаючи розв'язати проблеми іншим членам групи.

Групи взаємодопомоги повинні створювати самі клієнти, але можуть це робити й за ініціативою та допомогою психологів, медичних або соціальних працівників. Такі групи — не юридичні організації, вони існують тільки для надання

відповідної інформації і психологічної допомоги своїм учасникам.

Мета роботи таких груп — підвищення само-свідомості й самооцінки, впевненості учасників у собі, надання моральної підтримки у розв'язанні психологічних, соціальних та матеріальних проблем, обмін досвідом із тими, хто подолав схожі труднощі.

Вступ до самокерованої групи — важливий крок у житті, особливо для людей, які не звикли бути в організованих групах. Потенційним членам треба знати, чи буде ця група безпечним місцем, де можна вільно висловлюватися й не зазнавати упередженого дискримінаційного ставлення.

Фахівці відзначають потенційні можливості самопомоги, яка включає, на їхню думку, елементи допоміжної психотерапії, коли людина, виступаючи в ролі помічника іншого, виявляє вміння знайти рішення у складній ситуації. Отримавши відповідні навички, навчившись бути помічником, людина поводить себе більш упевнено, демонструє нові для неї моделі поведінки. Це може стати умовою для переходу від ролі учасника групи до ролі, яку людина переносить у своє повсякденне життя. Участь соціального працівника або психолога у групах взаємодопомоги залежить від етапу, на якому перебуває група:

- створення групи (ведучий долучається до формування групи й вирішення організаційних питань);
- початок роботи групи (ведучий допомагає членам групи налагодити стосунки та розробити групові норми, визначити мету та завдання групи, планувати її дії);
- діяльність групи (ведучий бере участь у вирішенні складних ситуацій, які виникають у процесі роботи групи, виконанні обраного плану дій).

Іншими словами, ведучий сприяє зміні фокусу діяльності групи від концентрації на власних проблемах її членів через саморозвиток до зростання свідомості, коли учасники групи вчать приймати відповідальність за зміни, стають більш упевненими у власних силах, навчаючись розв'язувати власні та колективні проблеми без допомоги фахівця.

ДОДАТОК 1

Типи психологічного реагування на хворобу

Будь-яке тяжке тілесне захворювання — це стрес для психіки людини. Вона реагує по-різному на захворювання залежно від рис характеру і звичних способів справляння зі стресом, вироблених упродовж життя. А.Є. Личко і Н.Я. Іванов розробили типологію психологічного реагування на хворобу. Типи об'єднані у блоки.

Перший блок типології включає типи ставлення до хвороби, за яких соціальна адаптація істотно не порушується. Це *гармонійний*, *ергопатичний* та *анозогнозичний* типи.

У другий і третій блоки входять типи реагування на хворобу, які через захворювання характеризуються наявністю психічної дезадаптації.

Другий блок типології реагування на хворобу включає типи реагування переважно із внутрішньо-психічною спрямованістю: *тривожний*, *іпохондричний*, *неврастенічний*, *меланхолічний* та *апатичний*. Особливість цієї групи: емоційна сфера стосунків у пацієнтів із такими типами реагування клінічно проявляється в дезадаптивній поведінці, тобто притаманні реакції за типом дратівливої слабкості, тривожності, пригніченого стану, занурення у хворобу, відмова від боротьби — так звана капітуляція перед хворобою.

Третій блок включає типи реагування із зовнішньо-психічною спрямованістю. У цей блок входять типи із вразливим ставленням до хвороби, яке в найбільшому ступені залежить від особливостей особистості: *сенситивний*, *егоцентричний*, *паранояльний* і *дисфоричний*. Пацієнти з такими типами ставлення до хвороби за різних емоційних реакцій характеризуються дезадаптивною поведінкою, яка призводить до порушення їхнього соціального функціонування.

Ставлення до хвороби включає когнітивний, емоційний і поведінковий компоненти. Когнітивний компонент містить знання про хворобу, її усвідомлення, розуміння її ролі і впливу на життєве функціонування хворого, передбачуваний прогноз. Емоційний компонент — це відчуття і переживання хвороби та всієї ситуації, що з нею пов'язана.

Поведінковий компонент — це пов'язані із хворобою реакції, які сприяють адаптації або дезадаптації до неї, і вироблення певної стратегії поведінки в життєвих ситуаціях у зв'язку із хворобою (прийняття або неприйняття ролі хворого, активна боротьба із хворобою, ігнорування, песимістична установка).

Типи психологічного реагування на захворювання за А.Є. Личко. Гармонійний. Твереза оцінка свого стану без схильності до перебільшення його тяжкості й без підґрунтя бачити все у похмурому світлі, але без недооцінки тяжкості хвороби. Прагнення у всьому активно сприяти успіху лікування. Небажання обтяжувати інших доглядом за собою. За необхідності тривалого стаціонарного лікування — переведення інтересів на ті сфери життя, які залишаються доступними пацієнтові. За несприятливого прогнозу — зосередження уваги, турботи, інтересів на долі близьких, своїй справі.

При гармонійному типі психічного реагування важливим є реалізм у сприйнятті симптомів і в розумінні тяжкості захворювання. При цьому пацієнт повинен спиратися у своїх реакціях на відомі науці (медицині) факти про можливості лікування конкретної хвороби, про походження симптомів.

Активності людини протистоїть при дисгармонійних типах психічного реагування пасивність, за якої пацієнт нібито вручає себе медичному працівникові, не докладаючи особистих зусиль для оздоровлення. Хворий при пасивному ставленні розцінює свій організм як апарат, машину, технічний механізм, річ, яку він здає в ремонт, і пасивно чекає повернення її як новенької. Безумовно, важливе й небажання хворого обтяжувати інших доглядом за собою, що витікає із принципових положень гармонічного характеру і особистості.

Тривожний. Постійне занепокоєння і підозрілість щодо несприятливого перебігу хвороби, можливих ускладнень, неефективності й навіть небезпечного лікування. Пошук нових способів лікування, потреба додаткової інформації про хворобу, можливі ускладнення, методи терапії, безперервний пошук авторитетів. На відміну від іпохондрії, цей тип більше цікавлять об'єктивні відомості про хворобу (пошуки аналізів, висновків спеціалістів), аніж особистісні відчуття. Тому віддають перевагу слухати висловлювання інших, ніж постійно пред'являти свої скарги. Настрій передусім тривожний, пригнічений внаслідок такої тривоги.

Тривожний тип психічного реагування на хворобу — один із типових. Він базується на змінах буденного перебігу життя, які з'являються внаслідок захворювання. Тривога проектується на майбутнє і викликана часто страхами, що хвороба надовго й істотно змінить звичний стереотип життя. Проявом тривоги може бути підвищений інтерес пацієнта до медичної літератури, прискіпливість

до медичного персоналу, націленість на перевірку отримуваних від лікарів відомостей про його хворобу.

Іпохондричний. Зосередження на суб'єктивних хворобливих та інших неприємних відчуттях. Прагнення постійно розповідати про них оточуючим. На такій основі — перебільшення справжніх й вишукування неіснуючих хвороб і страждань. Перебільшення побічної дії ліків. Поєднання бажання лікуватись із невірою в успіх, вимагання ретельного обстеження і страх через шкоду й болючість процедур.

Пацієнт з іпохондричним типом реагування схильний до егоцентризму. Він не може стримуватися під час бесіди з будь-якою людиною й звертає увагу співбесідника на незвичність і тяжкість хворобливих ознак. Людина відчуває полегшення, якщо співбесідник ставиться до нього добро-зичливо і співчутливо. Крім цього, при такому типі реагування з'являється схильність до деталізації свого самопочуття при описуванні його лікарям та іншим слухачам. Мотив для такого викладення особистісних скарг — страх випустити що-небудь важливе, суттєве для розуміння спеціалістом його стану і для встановлення правильної діагностики. Негативну реакцію викликає недовіра до його скарг з боку оточуючих, їхні докори в симуляції і перебільшенні тяжкості розладів з метою мати з цього зиск.

Меланхолічний. Пригніченість хворобою, зневіра у видужанні, у можливому поліпшенні, в ефекті лікування. Активні депресивні вислови дуже близькі до суїцидальних думок. Зневіра в успіху лікування навіть за сприятливих об'єктивних прогнозів.

Меланхолічний або депресивний тип реагування на хворобу часто зумовлений тим, що у пацієнта є негативна інформація про лікування від недуги. Часто він зустрічається серед медичних працівників через різноманітні знання, отримані у процесі навчання й практики. Націленість на гірший вихід, нездатність бачити й використовувати механізми раціоналізації призводять до песимістичної оцінки майбутнього, зневіри в можливість вилікуватися й суїцидальних намірів.

Апатичний. Повна байдужість до своєї долі, до виходу із хвороби, до результатів лікування. Пасивне підкорення процедурам і лікуванню за настирливого спонукання збоку. Втрата інтересу до всього, що раніше цікавило.

Апатичний тип психічного реагування правильніше називати гіпопатичним, тому що справжньої повної байдужості у хворого не спостерігають. Зазвичай байдужість зумовлена депресією і фіксацією на особистому стані. У пацієнта зникає інтерес та активність щодо всіх сторін життя за винятком здоров'я. Повністю апатичний тип, тобто із втратою інтересу до всього, зустрічається дуже рідко.

Неврастенічний. Поведінка за типом дратівливої слабкості. Спалахи роздратування, особливо під час болю, неприємних відчуттів, при невдачах лікування, за несприятливих результатів обстеження. Роздратування часто виливається на першого, хто зустрінеється, й завершується часто покаванням і сльозами. Нетерпимість до больових відчуттів. Нездатність чекати полегшення. У майбутньому — покавання за турботу і нестриманість.

Неврастенічний (правильніше — астенічний) тип реагування найбільш поширений і неспецифічний відповідно організму й особистості на захворювання. Його основа — роздратування, яке охоплює як фізичні явища (яскраве світло, сильні звуки, різкі запахи), так і ставлення оточуючих. Пацієнт стає дратівливим, вимогливим. Він шукає ласки, співчуття, заспокоювання. Схильний до спалахів гніву, якщо його очікування щодо поведінки оточуючих не виправдовуються («Ви спеціально галасуєте, хочете мене в домовину звести», «Вам байдужа доля матері»).

Обсесивно-фобічний. Тривожна підозрілість передусім стосується не реальних побоювань, а малоймовірних ускладнень хвороби, невдач у лікуванні, а також можливих (але малообґрунтованих) невдач у житті, роботі, сімейній ситуації через хворобу. Уявлювані побоювання хвилюють більше, ніж реальні. Захистом від тривоги стають прикмети й ритуали.

При обсесивно-фобічному реагуванні на хворобу домінують нав'язливі думки, побоювання і, як наслідок, — ритуали. Пацієнт стає забобонним. Він надає особливого значення дрібницям, що перетворюються для нього у своєрідні символи (наприклад, розцінює шанси свого вилікування залежно від того, в якому порядку ввійдуть до його палати лікар і медична сестра; від того, тролейбус з номером якого маршруту підійде до зупинки раніше). Невротичні ритуали пов'язані з підвищеною тривожністю пацієнта і спрямовані на захист від них.

Сенситивний. Надзвичайна заклопотаність можливим несприятливим враженням, яке можуть справити на оточуючих відомості про свою хворобу. Побоювання, що оточуючі стануть уникати, вважати неповноцінним, зневажливо ставитися, розпускати плітки або негативні відомості про

причину й природу хвороби. Страх стати тягарем для близьких через хворобу й недоброзичливе ставлення з їхнього боку через це.

Основа сенситивного ставлення до хвороби — рефлексивний стиль мислення, орієнтація на погляди й оцінку оточуючих. Тому істотними стають не особисті хворобливі або неприємні відчуття внаслідок хвороби, а реакція на інформацію про хворобу з боку референтної групи. Такі пацієнти схильні до вибачливого стилю поведінки. Вони часто, на шкоду особистому здоров'ю, соромляться звертатися до лікаря або медичної сестри («Для чого їх відволікати дрібницями?») навіть у випадках загрозливого для життя стану. Для таких пацієнтів характерна несміливість, сором'язливість, підвищена скромність.

Егоцентричний. Занурення у хворобу, виставляння напоказ близьким та оточуючим своїх страждань і переживань з метою повністю оволодіти їхньою увагою. Вимагання постійної турботи — всі повинні забути й залишити все, щоб турбуватися тільки про хворого. Розмови інших людей швидко переводяться на «себе». У людей, також вимагаючи уваги й турботи, бачать тільки конкурентів і ставляться до них неприязно. Постійно бажають наголосити на своєму особливому стані, своїй винятковості стосовно хвороби.

Егоцентричний тип реагування інколи називають істеричним, бо основним мотивом поведінки людини стає притягнення до своєї персони уваги оточуючих. Поринання у хворобу часто використовується ними для докору й шантажу оточуючих. Скарги описують хворі дуже яскраво, вони супроводжуються манерною жестикуляцією та вираженою мімікою. Емоції пацієнта мають гротескний характер.

Ейфорійний. Необґрунтовано веселий настрій, часто наганий. Зневага, легковажне ставлення до хвороби і лікування. Надія на те, що все саме собою минеться. Бажання отримати від життя все, незважаючи на хворобу. Легкість порушення режиму, хоч ці порушення можуть несприятливо відобразитись на перебігу хвороби.

Ейфорійний тип відображає безпечність людини у ставленні до особистого здоров'я. Вона стає нагано веселою, балакучою, метушливою. Подібне реагування може мати захисний характер або відображати характерологічні особливості.

Анозогнозичний. Активне відкидання думок про хворобу, про можливі її наслідки. Невизнання себе хворим. Відкидання очевидного у проявах хвороби, приписування його випадковим обставинам або іншим несерйозним захворюванням. Відмова від обстеження й лікування. Бажання обійтися своїми силами.

Невизнання себе хворим і відкидання наявності хвороби (анозогнозія) зустрічаються серед хворих дуже часто. Це може відображати внутрішнє несприйняття статусу хворого, небажання рахуватися з реальним станом речей. З іншого боку, така поведінка може відображати хибну думку людини із приводу значимості ознак хвороби. Активне невизнання себе хворим зустрічається, наприклад, при алкоголізмі, тому що сприяє ухилянню від лікування.

Ергопатичний. Вихід із хвороби в роботу. Навіть за вираженої тяжкості хвороби і при стражданнях пацієнти намагаються будь-що продовжувати роботу. Трудяться із завяттям, ще старанніше, ніж до хвороби, праці віддають увесь час, намагаються лікуватися й проводити обстеження так, щоб це залишало можливість продовжувати працювати.

Деякі пацієнти розцінюють будь-яке нездужання через призму виклику своєму «Я». Тому вони намагаються не піддаватися хворобі, активно переборювати себе, долати нездужання й біль. Їхня позиція зводиться до того, що немає такої хвороби, яку б неможливо було подолати своїми силами. При цьому часто такі пацієнти — принципи противники ліків («Я за все своє життя жодного разу анальгетиків не приймав», — пишаючись, кажуть вони).

Паранояльний. Упевненість у тому, що хвороба — це результат якогось злого наміру. Крайня підозрілість до ліків і процедур. Бажання приписувати можливі ускладнення лікування або побічну дію ліків недбалості чи злому наміру лікарів і персоналу. Тому вони постійно звинувачують лікарів і медичний персонал, вимагаючи їх покарання.

Паранояльний тип реагування відбиває світоглядну позицію хворого, який бачить таємну суть його хвороби й причини її виникнення. Такий тип виникає переважно на основі особистісних особливостей пацієнта.

ДОДАТОК 2**Форма первинної соціально-психологічної оцінки хворого на туберкульоз**

Назва закладу охорони здоров'я _____

ПІБ лікаря _____

Дата заповнення _____

ПІБ пацієнта _____

Адреса фактичного проживання _____

Телефон _____

Стать: чол./ жін. _____

Дата народження _____

Вік _____

Дані контактної особи для зв'язку із пацієнтом (ім'я, контакти, ким доводиться) _____

Дата початку лікування туберкульозу _____

Соціальні характеристики пацієнта (заповнюється зі слів пацієнта):

- ☐ Малозабезпеченість
- ☐ Безробіття
- ☐ Самотність
- ☐ Інвалідність
- ☐ Похилий вік
- ☐ Нездатність до самообслуговування

Шкідливі звички та поведінкові прояви:

- ☐ Вживає алкоголь
- ☐ Вживає наркотичні засоби і психотропні речовини
- ☐ Бродяжить
- ☐ Вчиняє правопорушення
- ☐ Має небезпечні захоплення, хобі
- ☐ Інше

Соціальна історія:

- ☐ Був засудженим (-ою), перебував (-ла) у місцях позбавлення волі

(вказати, коли звільнився (-лася) з місць позбавлення волі)

- ☐ мігрант, внутрішньо переміщена особа
- ☐ перебуває під слідством

Зайнятість:

- ☐ постійна робота
- ☐ непостійна (сезонна) робота
- ☐ безробітний (-а), нещодавно втратив (-ла) роботу
- ☐ не бажає працювати
- ☐ перебуває на обліку у центрі зайнятості
- ☐ пенсіонер

Висновки щодо необхідності соціальної підтримки:

Психологічний стан:

Для виявлення депресивних розладів у пацієнтів на початковому етапі необхідно поставити йому два запитання:

1. Чи часто у вас був поганий настрій, туга або почуття безнадійності впродовж останнього місяця?
2. Чи часто ви помічали брак інтересу або задоволення від речей, які зазвичай вас цікавили або втішали, упродовж останнього місяця?

За позитивної відповіді хоч би на одне запитання проводять подальше обстеження із використанням опитувальника пацієнта про стан здоров'я (Patient Health Questionnaire — PHQ-9) — шкала самооцінки депресії із дев'яти пунктів. Цю анкету надають пацієнтові для самостійного заповнення.

Анкета (опитувальник) пацієнта

Чи часто останніх два тижні вас турбували такі прояви? (свою відповідь позначте «V»)		Не турбували взагалі	Протягом кількох днів	Більше половини цього часу	Майже щодня
1	Дуже низька зацікавленість або задоволення від звичайних справ (брак бажання щось робити)	0	1	2	3
2	Поганий настрій, пригніченість або відчуття безпорадності	0	1	2	3
3	Труднощі із засинанням, переривчастий або занадто тривалий сон	0	1	2	3
4	Почуття втоми або знесилення (занепад сил)	0	1	2	3
5	Поганий апетит чи, навпаки, переїдання	0	1	2	3
6	Погані (негативні) думки про себе. Ви вважаєте себе невдахою або розчаровани у собі, або вважаєте, що не виправдали сподівань своєї родини	0	1	2	3
7	Труднощі концентрації уваги (наприклад, зосередитися на читанні газети чи перегляді телепередач)	0	1	2	3
8	Ваші рухи або мова були настільки повільними, що оточуючі могли помітити. Або навпаки: ви були настільки метушливі або збуджені, що рухалися більше, ніж зазвичай	0	1	2	3
9	Думки про те, що вам краще було б померти, або про те, щоб заподіяти собі шкоду будь-яким чином	0	1	2	3
Сума					
Загальний бал =					

За наявності у вас наведених вище проблем — настільки вони ускладнили виконання вами службових обов'язків, домашніх справ або спілкування з іншими людьми?

- ☐ Зовсім не ускладнили
☐ Дещо ускладнили
☐ Дуже ускладнили
☐ Надзвичайно ускладнили

Критерії оцінки результатів

Загальний бал	Тяжкість депресії
0–4	Депресії немає
5–9	Легка (субклінічна) депресія
10–14	Помірної тяжкості депресія
15–19	Середньої тяжкості депресія
20–27	Тяжка депресія

За наявності у пацієнта після проведення анкетування більше 5 балів його потрібно перенаправити до психолога.

Результати психологічного обстеження:

ДОДАТОК 3

Анкета визначення прихильності пацієнта до медикаментозного лікування за методикою Моріського (Morisky Medication Adherence Scale, MMAS-8)

1. Чи ви інколи забуваєте прийняти ліки, призначені лікарем для лікування туберкульозу?
1) _____ так; 2) _____ ні.
2. Інколи люди пропускають прийом ліків не тому, що забули, а з інших причин. Чи були за два останніх тижні випадки, коли ви пропускали прийом ліків?
1) _____ так; 2) _____ ні.
3. Чи ви колись припиняли приймати ліки, не повідомивши про це лікаря, тому що почувалися гірше після їх прийому?
1) _____ так; 2) _____ ні.
4. Коли ви їхали з дому на певний час, чи траплялися випадки, що ви забували взяти із собою ліки?
1) _____ так; 2) _____ ні.
5. Чи ви приймали ліки вчора?
1) _____ так; 2) _____ ні.
6. Чи ви колись припиняли приймати ліки, коли відчували поліпшення самопочуття?
1) _____ так; 2) _____ ні.
7. Щоденний прийом ліків є дуже незручним для деяких людей. Чи відчували ви колись роздратування щодо необхідності дотримуватися безперервного лікування?
1) _____ так; 2) _____ ні.
8. Чи часто ви забуваєте про прийом ліків?
☐ Ніколи або майже ніколи
☐ Дуже рідко
☐ Час від часу
☐ Доволі часто
☐ Дуже часто

Рівень прихильності розраховують як суму відповідей на запитання анкети. Кожна відповідь «так» дорівнює одному балу, чим більше балів пацієнт отримує у сумі, тим менший його/її рівень прихильності. Відповідно до методики виокремлюють три рівні прихильності до лікування: високий рівень (0 балів), середній рівень (1–2 бали) і низький рівень (3–8 балів).

ДОДАТОК 4

Перелік запитань для визначення рівня знань пацієнтів щодо туберкульозу

1. Чи погоджуєтесь ви із наступним твердженням: «Туберкульоз — це хвороба, щовиліковується»?
1) так; 2) ні; 3) не знаю.
2. Який термін становить ваш курс лікування від туберкульозу? (зазначте, будь ласка, термін); не знаю.
3. Яким чином легеневий туберкульоз поширюється від людини до людини (будь ласка, зазначте все, що вважаєте за потрібне): 1) повітряним шляхом; 2) при незахищеному статевому контакті; 3) через кров; 4) через спільне користування предметами вжитку; 5) не знаю.
4. Стандартний термін лікування туберкульозу, чутливого до ліків, становить... (будь ласка, зазначте все, що вважаєте за потрібне): 1) 1–3 міс; 2) 6–8 міс; 3) 8–12 міс; 4) 12–14 міс; 5) доки не зникнуть симптоми захворювання; 6) не знаю.
5. Термін лікування туберкульозу, стійкого до ліків, становить... (будь ласка, зазначте все, що вважаєте за потрібне): 1) 12–14 міс; 2) 14–18 міс; 3) 18–20 міс; 4) 20–24 міс; 5) не знаю.
6. Чи сказав вам лікар, який термін становить ваш курс лікування туберкульозу (будь ласка, зазначте все, що вважаєте за потрібне): 1) так; 2) ні; 3) не пам'ятаю.
7. Необхідно приймати ту кількість ліків, яку призначив лікар, тому що... (будь ласка, зазначте все, що вважаєте за потрібне): 1) бактерії туберкульозу можуть не загинути під дією меншої кількості ліків; 2) бактерії туберкульозу можуть виробити стійкість до ліків, тобто стати більш небезпечними; 3) тому що лікар так сказав; 4) не знаю.

8. Якщо перервати лікування туберкульозу передчасно, наслідки для здоров'я будуть такими (будь ласка, зазначте все, що вважаєте за потрібне): 1) може сформуватися стійкість до ліків; 2) хвороба може виявитися невиліковною; 3) лікування триватиме довше; 4) серйозних негативних для здоров'я наслідків не буде; 5) не знаю.
9. Якщо людина почала лікування призначеними лікарем препаратами, у неї зменшується виділення кількості мікобактерій у повітря і така людина зазвичай не заразна для інших (будь ласка, зазначте все, що вважаєте за потрібне): 1) через три дні після початку лікування; 2) через три тижні після початку лікування; 3) через три місяці після початку лікування; 4) через шість місяців після початку лікування; 5) не знаю.
10. Щоб дізнатися, чи поширює хвора на туберкульоз людина інфекцію, проводять дослідження шляхом... (будь ласка, зазначте все, що вважаєте за потрібне): 1) мазка мокротиння; 2) рентгенологічного дослідження легень; 3) туберкулінової проби (реакція Манту); 4) аналізу крові; 5) не знаю.
11. Людина, інфікована мікобактерією туберкульозу, не обов'язково захворіє на туберкульоз: 1) так; 2) ні; 3) не знаю.
12. Ви отримуєте інформацію про туберкульоз, яка вас цікавить, від... (будь ласка, зазначте все, що вважаєте за потрібне): 1) лікаря; 2) медичної сестри; 3) соціального працівника громадської організації; 4) працівника Червоного Хреста; 5) інших пацієнтів; 6) із брошур та буклетів, які є в медичному закладі; 7) з Інтернету; 8) плакатів, які є у медичному закладі; 9) інше (будь ласка, вкажіть, що саме).
13. Яку інформацію про туберкульоз ви отримували під час лікування (будь ласка, зазначте те, що вважаєте за потрібне): 1) до кого можна звернутися при виникненні запитань, пов'язаних із лікуванням; 2) що потрібно робити, щоб не заразити оточуючих; гігієна кашлю (як правильно кашляти); 3) яким чином здійснюють лікування туберкульозу, які є фази лікування; 4) чому важливо не пропускати прийом ліків і дотримуватися схеми лікування; 5) які можуть бути побічні ефекти від лікування; 6) якого режиму слід дотримуватися під час лікування; 7) як потрібно харчуватися під час лікування; 8) як стежити за вагою, температурою тіла; 9) у яких випадках та за яких симптомів важливо консультуватися з лікарем; 10) про різні додаткові соціальні й психологічні послуги, які можна отримати за потреби (особливо у разі виникнення певних життєвих труднощів).
14. Яке джерело інформації про туберкульоз для вас найбільш корисне (будь ласка, зазначте все, що вважаєте за потрібне): 1) лікар; 2) медична сестра; 3) соціальний працівник; 4) працівник Червоного Хреста; 5) інші пацієнти; 6) Інтернет; 7) плакати, які є у медичному закладі; 8) брошури та буклети, які є в медичному закладі; 9) інше (будь ласка, вкажіть, що саме).
15. Яку інформацію ви хотіли б отримувати (наприклад, про перебіг захворювання, лікування, побічні ефекти, права пацієнтів, стратегії подолання депресії тощо)?

16. Який формат отримання інформації був би для вас найбільш зручним? 1) індивідуальні бесіди з лікарем; 2) індивідуальні бесіди з медичною сестрою; 3) індивідуальні бесіди із соціальним працівником; 4) групові заняття з іншими пацієнтами; 5) буклети; 6) плакати на стінах медичного закладу; 7) спеціальний мобільний додаток; 8) інше (будь ласка, зазначте, що саме).

ДОДАТОК 5

Анкета пацієнта

БЛОК 1

1. Як Ви вважаєте, від чого головним чином залежить те, як складається ваше життя?
 - 1) головним чином від зовнішніх обставин, на які я не можу вплинути; 2) певною мірою від мене, але більше від зовнішніх обставин; 3) однаковою мірою від мене і від зовнішніх обставин; 4) більшою мірою від мене, ніж від зовнішніх обставин; 5) головним чином від мене.
2. Скільки вам повних років?
3. Ваша стать: 1) чоловіча; 2) жіноча.
4. Ваша освіта:
 - 1) початкова, неповна середня; 2) середня повна; 3) середня спеціальна (технікум, училище, коледж); 4) перша ступінь вищої освіти (бакалавр); 5) повна вища освіта (спеціаліст, магістр, аспірантура, вчений ступінь).
5. Професійна зайнятість:
 - 1) працюю; 2) безробітний; 3) пенсіонер; 4) студент; 5) перебуваю у відпустці по догляду за дитиною.
6. Ваш сімейний стан:
 - 1) ніколи не перебував (-ла) у шлюбі; 2) перебуваю в зареєстрованому шлюбі; 3) перебуваю у фактичному, незареєстрованому шлюбі; 4) розлучений (-на) офіційно; 5) розійшовся (-лася), хоч офіційно не розлучений (-а); 6) вдівець (вдова).
- 6а. Який склад вашої сім'ї?
 - 1) живу один (одна); 2) подружжя без дітей; 3) подружжя без дітей, але з батьками (або одним із батьків); 4) подружжя з дитиною (дітьми); 5) подружжя з дитиною (дітьми) і батьками (або одним із батьків); 6) мати (батько) з дитиною (дітьми); 7) мати (батько) з дитиною (дітьми) і батьками (або одним із батьків); 8) інше (напишіть).
7. Будь ласка, подивіться на перелік тверджень і підкресліть те, яке з них найточніше відповідає фінансовому становищу вашої сім'ї?
 - 1) нам не вистачає грошей навіть на їжу; 2) нам вистачає грошей на їжу, але купувати одяг вже важко; 3) нам вистачає грошей на їжу, одяг, і ми можемо дещо відкласти, але цього не вистачає, щоб купувати дорогі речі (наприклад, холодильник або телевізор); 4) ми можемо дозволити собі купувати деякі коштовні речі (такі як телевізор або холодильник); 5) ми можемо дозволити собі купити все, що захочемо.
8. Скільки місяців ви отримуєте лікування від туберкульозу?
9. Які види реальної соціальної допомоги ви отримали за останніх 12 міс? (відзначте всі відповіді, які вас стосуються):
 - 1) одноразові грошові виплати; 2) щомісячні грошові виплати; 3) пільги; 4) послуги соціальних працівників; 5) допомога психолога; 6) співчутлива допомога родичів, друзів, сусідів, колег; 7) отримання путівки для оздоровлення; 8) допомога в госпіталізації; 9) інше (вказіть); 10) потребував (-ла) допомоги, але не отримав (-ла) жодної підтримки; 11) не мав (-ла) потреби в допомозі.

БЛОК 2. Т-Д

Запитання цього блоку анкети розроблені для того, щоб допомогти нам зрозуміти, як ви почуваєтеся. Прочитайте уважно кожне твердження та оберіть ту відповідь, яка найбільше відповідає стану, в якому ви перебували протягом минулого тижня. Відзначте цифру, що знаходиться перед відповіддю, що ви обрали. Не думайте надто довго щодо кожного твердження, оскільки ваша перша реакція буде завжди найправильнішою.

Т1. Я відчуваю напругу, мені не по собі: 3 — увесь час; 2 — часто; 1 — час від часу, іноді; 0 — зовсім не відчуваю.

Д1. Те, що давало мені велику втіху, і нині викликає в мене таке саме відчуття: 0 — це так; 1 — напевно, це так; 2 — у дуже незначній мірі так; 3 — це зовсім не так.

Т2. Я відчуваю страх, здається, що ось-ось щось жахливе може трапитися: 3 — це так, страх дуже сильний; 2 — це так, але страх не дуже сильний; 1 — іноді, але це мене не турбує; 0 — зовсім не відчуваю.

Д2. Я здатний розсміятися й углядіти у тій чи іншій події смішне: 0 — це так; 1 — напевно, це так; 2 — у дуже незначній мірі так; 3 — це зовсім не так.

Т3. Метушливі думки крутяться у мене в голові: 3 — постійно, більшу частину часу; 1 — час від часу, не часто; 0 — тільки іноді.

Д3. Я відчуваю бадьорість: 3 — зовсім не відчуваю; 2 — дуже рідко; 1 — іноді; 0 — практично весь час.

Т4. Я можу легко сісти та розслабитися: 0 — це так; 1 — напевно, це так; 2 — зрідка це так; 3 — зовсім не можу.

Д4. Мені здається, що я став робити все дуже повільно: 3 — практично весь час; 2 — часто; 1 — іноді; 0 — зовсім ні.

Т5. Я відчуваю внутрішню напругу чи тремтіння: 0 — зовсім не відчуваю; 1 — іноді; 2 — часто; 3 — дуже часто.

Д5. Я не стежу за своєю зовнішністю: 3 — це так; 2 — я не приділяю цьому стільки часу, скільки слід було б; 1 — мені здається, я став (-ла) менше приділяти цьому уваги; 0 — я стежу за собою так, як і раніше.

Т6. Я відчуваю непосидючість, мені постійно треба рухатися: 1 — це так; 2 — напевно, це так; 1 — у певній мірі так; 0 — зовсім не відчуваю.

Д6. Я вважаю, що мої справи (заняття, хобі) можуть дати мені відчуття задоволення: 2 — так само, як і звичайно; 3 — так, але не в тій мірі, як раніше; 4 — значно менше, ніж звичайно; 5 — зовсім так не вважаю.

Т7. У мене буває раптове відчуття паніки: 3 — дуже часто; 2 — доволі часто; 1 — не надто часто; 0 — зовсім не буває.

Д7. Я можу отримати задоволення від цікавої книжки, радіо- чи телепрограми: 0 — часто; 1 — іноді; 2 — зрідка; 3 — дуже рідко.

Т8. Що ви могли б сказати про свій настрій останніми днями? (дайте одну відповідь): 1 — чудовий настрій; 2 — нормальний, рівний стан; 3 — відчуваю напругу, роздратування; 4 — відчуваю страх, тугу; 5 — тяжко відповісти.

Д8. Чи часто ви відчуваєте себе самотньою людиною? 1 — практично ніколи; 2 — зрідка; 3 — час від часу (не дуже часто, але й не рідко); 4 — доволі часто; 5 — постійно.

Т9. Які почуття переважають, коли ви думаєте про ваше майбутнє? (відзначте всі підходящі відповіді): 1 — оптимізм; 2 — байдужість; 3 — радість; 4 — безвихідь; 5 — упевненість; 6 — розгубленість; 7 — задоволеність; 8 — песимізм; 9 — надія; 10 — тривога; 11 — інтерес; 12 — страх; 13 — інше; 14 — тяжко відповісти.

БЛОК 3

1. Чи відчуваєте сором через хворобу? 1) так; 2) ні.
 2. Чи звинувачуєте себе у тому, що захворіли? 1) так; 2) ні.
 3. Чи є у вас страхи й побоювання через хворобу, якщо хтось про неї дізнається? 1) так; 2) ні.
 4. Чи ізолюєте себе від друзів, сім'ї через хворобу (психологічно)? 1) так; 2) ні.
 5. Чи є у вас бажання відмовитися від освіти/навчання або вирішити не продовжувати освіту/навчання через хворобу? 1) так; 2) ні.
 6. Чи є у вас бажання не претендувати на роботу/працевлаштування або підвищення по службі через хворобу? 1) так; 2) ні.
 7. Як поведуться члени вашої сім'ї, друзі через хворобу (відмітьте все, що підходить):
 - 1) проявляють турботу та підтримку;
 - 2) близькі люди емоційно віддалилися;
 - 3) поведуться так, наче бояться заразитися;
 - 4) проявляють надмірну і нав'язливу турботу;
 - 5) рівень конфліктів у сім'ї зріс;
 - 6) ставлення таке саме, як і до хвороби;
 - 7) члени сім'ї, друзі відреагували по-різному (будь ласка, уточніть, як саме).
-
8. Члени моєї родини не знають, що я хворію на туберкульоз: 1) так; 2) ні.
 9. Яку допомогу протягом лікування туберкульозу ви маєте потребу отримувати (відмітьте, будь ласка, все, що хотіли б отримувати):
 - 1) продуктові набори для посилення режиму харчування;
 - 2) консультації психолога для поліпшення емоційного стану;

- 3) консультації з питань лікування туберкульозу (дотримання режиму лікування, побічні дії препаратів та як із цим упоратися, режим харчування тощо);
- 4) консультації і допомогу соціальної служби для вирішення певних життєвих труднощів (пошук роботи, поліпшення/відновлення стосунків із близькими людьми, допомога в організації лікування інших хвороб, вирішення інших сімейних питань);
- 5) юридичні консультації з питань оформлення необхідних документів, отримання пільг, соціальних виплат;
- 6) інше (уточніть, будь ласка, що саме).

БЛОК 4. Стосунки з медичним персоналом, задіяним у лікуванні туберкульозу

Нижче наведено низку тверджень, які описують стосунки між лікарем і пацієнтом. Беручи до уваги ваш досвід лікування туберкульозу, будь ласка, оцініть, наскільки ви погоджуєтесь або не погоджуєтесь із кожним із них за шкалою від 1 до 5, де 1 = «повністю не погоджуюсь», 5 = «повністю погоджуюсь».

	Повністю не погоджуюсь				Повністю погоджуюсь			
Мені комфортно спілкуватися із моїм лікарем	1	2	3	4	5			
Лікар завжди приділяє достатньо часу спілкуванню зі мною	1	2	3	4	5			
Мені було надано достатньо інформації щодо можливих варіантів лікування, дотримання режиму лікування	1	2	3	4	5			
Під час зустрічі з лікарем я можу поділитися тим, що мене турбує в лікуванні ТБ, і мене завжди вислухають	1	2	3	4	5			

Нижче наведено низку тверджень, які описують стосунки з медичною сестрою (або іншим представником медичного персоналу), яка щодня видає вам ліки. Беручи до уваги ваш досвід лікування туберкульозу, будь ласка, оцініть, наскільки ви погоджуєтесь або не погоджуєтесь із кожним із тверджень за шкалою від 1 до 5, де 1 = «повністю не погоджуюсь», 5 = «повністю погоджуюсь».

	Повністю не погоджуюсь				Повністю погоджуюсь			
Мені комфортно спілкуватися з медсестрою	1	2	3	4	5			
Медсестра завжди приділяє достатньо часу спілкуванню зі мною	1	2	3	4	5			
Якщо в мене виникають запитання щодо лікування, медсестра надає мені достатньо інформації	1	2	3	4	5			

Щодо Блоку 2. Т-Д бали підраховують окремо за шкалою тривоги (Т) і депресії (Д). Критерії оцінки даних: 0–7 балів — норма; 8–10 балів — субклінічно виражений імовірний розлад настрою (тривожний/депресивний); 11 і вище — клінічно виражений імовірний розлад настрою (тривожний/депресивний).

ДОДАТОК 6

Етапи консультивання

Назва етапу	Завдання етапу	Необхідні навички	Час	Результат
Створення атмосфери довіри	Створіть спокійну дружню атмосферу спілкування. Запропонуйте зайти, сісти. Поясніть можливість збереження конфіденційності. Запитайте, що привело пацієнта до вас. Відкладіть усі папери та інші справи, сконцентруйте увагу на пацієнтові	Невербальні навички встановлення контакту (контакт очей, відкриті жести, міміка). Вербальні навички встановлення контакту	25 %	Клієнт відкритий для спілкування
Збір інформації	Збирайте необхідну інформацію для визначення проблем клієнта. Для цього варто приділяти увагу емоційному стану людини, її поведінці й думкам у ході бесіди. За потреби та при достатньому рівні довіри поцікавтеся, що у людини відбувається в найближчому оточенні, як це впливає на прихильність до терапії. Мета — зрозуміти ситуацію пацієнта й оцінити чинники ризику переривання лікування. Крім того, на цьому етапі необхідно визначити думки та почуття пацієнта стосовно його стану, можливостей лікування	Відкриті запитання, активне слухання, відображення, заохочення, перефразування та підсумовування розповіді	15 %	У вас є необхідна інформація для визначення ймовірних проблем клієнта
Аналіз та ідентифікація проблем	Якомога точніше охарактеризуйте проблеми клієнта, виокремлюючи при цьому як думки, так і емоції клієнта. Уточнюйте проблеми доти, доки ви з клієнтом не досягнете однакового розуміння ситуації. Проблеми мають бути визначені у конкретних поняттях. Точне розуміння проблем дає змогу зрозуміти причини їхнього виникнення, а іноді вказує на шляхи розв'язання. Якщо при визначенні проблем виникають труднощі, варто повернутися на попередній етап	Відкриті та закриті запитання, слухання. Прояснення, інтерпретація, перефразування та підсумовування розповіді, зворотний зв'язок	20 %	Названа конкретна проблема, клієнт і ви однаково розумієте спільну мету майбутніх кроків
Надання інформації	Відповідно до рівня освіти та рівня розуміння проблеми надайте інформацію з використанням правила трьох повторень. Отримайте зворотний зв'язок, упевніться, що вас правильно зрозуміли. Якщо ні — поясніть ще раз, використайте наочні матеріали, якщо вони є. При наданні інформації орієнтуйтеся на уявлення й упередження пацієнта, приділіть більше уваги розвіюванню його міфів	Інформування, наведення прикладів, надання рекомендацій. Саморозкриття та конфронтація	10 %	Ви надали інформацію, обґрунтували її та надали буклети чи клієнт записав її до свого щоденника
Пошук та постановлення рішення	Розкажіть пацієнтові про всі можливі варіанти розв'язання його проблеми. Разом із ним проаналізуйте наслідки прийняття кожного з варіантів рішень. Скажіть, що остаточне рішення мусить прийняти він сам. Проте ви готові ще раз обговорити позитивні та негативні сторони цих варіантів рішень. Запитайте, яке рішення пацієнт прийняв. Дайте йому час на обдумування, будьте терплячі. Можливо, йому необхідно буде ще раз порадитися та обговорити можливі рішення, — допоможіть йому. Якщо пацієнт усе-таки не може прийняти рішення, дайте йому можливість подумати, порадитись із близькими, тому просто призначте час для наступної зустрічі	Інформування, постановка цілей, логічна послідовність і підкріплення (заохочення)	15 %	Обрані та обговорені альтернативи розв'язання проблеми, клієнт має інформацію і мотивацію для подальших дій
Розробка плану дій	Відповідно до прийнятого пацієнтом рішення складіть разом план подальших дій із урахуванням його життєвої ситуації. Розгляньте ті ресурси, що допоможуть клієнтові його дотримуватися, чи є якісь перешкоди, як можна уникнути/подолати/зменшити їхній вплив. Розподіліть обов'язки, запитайте, чого саме чекає від вас пацієнт, яка допомога йому потрібна. Поясніть йому, що відповідальні за результат ви обоє	Планування поетапного досягнення цілей, підкріплення (заохочення)	10 %	Складений разом із клієнтом план подальших дій

Зворотний зв'язок та домовленість про повторний візит	Запитайте про самопочуття клієнта. Що він отримав від сьогоднішньої бесіди з вами. Чи є ще запитання, які турбують його. Обговоріть мету наступної зустрічі. Призначте час та місце, попросіть пацієнта записати дату в щоденник. Наголосіть на важливості цієї зустрічі для вас, і на початку наступного візиту подякуйте пацієнтові, що він прийшов, як і домовлялися. Це створює додаткову мотивацію для прихильності до лікування. Подякуйте за візит та побажайте хорошого дня.	Зворотний зв'язок, інформування й заохочення	5 %	Підбитий підсумок консультації, досягнута домовленість про подальші консультації
---	--	--	-----	--

ДОДАТОК 7

Навички консультування

Навички слухання. Консультанти особливо активно використовують навички слухання під час збирання інформації про клієнта та його проблему.

1. *Пасивне слухання*, позитивні заохочення, мінімальні заохочувальні стимули спрямовані на підтримку викладу клієнтом його історії й забезпечення спокійного плину бесіди. Ці стимули бувають як невербальними (кивки, доброзичливий і зацікавлений вираз обличчя, відкриті жести тощо), так і вербальними (фрази типу «так-так», «звичайно», «я слухаю»).
2. *Просте повторення ключових слів чи фраз*, які промовляє клієнт. «Просте» дослівне повторення спрямоване насамперед на уточнення сказаного й на підтримку монологу клієнта. Також необхідно пам'ятати, що в нашій культурі більше цінують передачу думки співрозмовника своїми словами, ніж дослівне повторення, що може викликати подив чи навіть роздратування.
3. *Перефразовування* (переформулювання) повідомлення клієнта — прийом, який використовують для уточнення змісту повідомлення чи для того, щоб акцентувати на певному моменті. Із цією метою консультант повторює деякі з останніх висловлювань клієнта, використовуючи синоніми до його слів і додаючи власну фразу. Перефразовування містить у собі елементи інтерпретації, яка у деяких випадках може бути доволі успішною, а в інших — сприйматися негативно. Перефразовування особливо корисне тоді, коли клієнта переповнюють емоції.
4. *Відображення очевидного*. Консультант зрозумілими словами висловлює почуття чи стосунки клієнта, що були очевидні в його поведінці, але до цього моменту їх лише мали на увазі, а не висловлювали відкрито. Цей прийом особливо корисно використовувати з тими клієнтами, які тяжко усвідомлюють власні емоції чи погляди.
5. *Прояснення* — повернення клієнтові суті когнітивного змісту його висловлювання у більш стислій і зрозумілій формі. Цей прийом, з одного боку, є перевіркою правильності розуміння консультантом повідомлення клієнта і заохоченням до подальшого розвитку тієї самої теми, з іншого — сприяє чіткішому розумінню самим клієнтом власного внутрішнього світу, а також своїх взаємодій із зовнішнім світом.
6. *Відображення почуттів* — це відображення і словесне позначення консультантом висловлених клієнтом емоцій з метою полегшення їхнього вираження й осмислення.
Ви відчуваєтеся (самотнім, забутим, стомленим, зрадженим...);
Вас це скривдило (насторожило, стривожило, розлютило...);
Вам це цікаво (нудно, байдуже...);
Ви були роздратовані (ображені, стривожені...), коли це трапилось.
Відображення почуттів і змісту базується не тільки на підбадьоренні й стимулюванні клієнта до продовження розповіді, а й допускає активну участь психолога в усвідомленні проблеми.
7. *Підбиття підсумків*. Залежно від виконуваних функцій, у процесі бесіди підбиття підсумків може бути у формі переказу та підсумовування (резюме). Переказ — це виклад клієнтові суті його розповіді у стислому, короткому й точному вигляді. Правильний переказ не тільки переконує клієнта в тому, що ви його слухаєте й чуєте, а й дасть йому змогу не повертатися до своєї розповіді багаторазово.

Підсумовування (резюме) — це повтор у стислому вигляді й зв'язування в єдине ціле основних ідей розповіді клієнта для того, щоб наголосити на найбільш значущих темах чи підбити підсумки (результати), досягнуті під час певного відрізка бесіди або всієї бесіди, навіть цілої низки зустрічей. Корисно повторювати вислови клієнта періодично під час бесіди й обов'язково наприкінці зустрічі.

Навички дослідження. Нарівні з навичками слухання під час консультації консультант активно використовує навички дослідження: інтерв'ю, зворотний зв'язок, саморозкриття, інтерпретацію, конфронтацію. Саме ці навички дають змогу консультантові виявити проблеми клієнта, сприяти їх усвідомленню й досліджувати думки та почуття клієнта.

1. *Інтерв'ю* — це запрошення про щось розповісти, засіб збирання інформації чи уточнення досвіду клієнта. З цією метою консультант використовує різні запитання: відкриті, закриті, короткі, прямі, непрямі.

Відкрите запитання. Це запитання, на яке не існує єдиної правильної відповіді або на яке зазвичай неможливо дати однозначну відповідь.

Навіть у тих випадках, коли клієнт говорить охоче, відкриті запитання сприяють вільному обговоренню проблеми і залишають значний простір для розмови. Крім того, більшість людей починає із загальної розповіді про своє життя, опускаючи деталі й приклади, а відкриті запитання допомагають прояснити чи уточнити конкретні факти із життя клієнта.

Закрите запитання. Це запитання, на яке відповідають однозначно — «так/ні».

Закриті запитання використовують не тільки для уточнення фактів, а і для їх підтвердження: «Ви стверджуєте, що вчора їздили в село, тому не прийшли у ДОТ-кабінет?», «Ви палите?». Вони корисні, наприклад, тоді, якщо консультант працює з «мовчазним» клієнтом. Серія закритих запитань у таких випадках може забезпечити одержання необхідних відомостей і задати темп консультації.

Прямі запитання. Це запитання, орієнтовані на прояснення суті тієї чи іншої з обговорюваних тем.

Непрямі запитання. Це запитання, що дають змогу оцінити, визначити подію чи стан клієнта шляхом одержання детальної інформації про різні аспекти, при цьому суть таких запитань залишається незрозумілою. Інакше кажучи, непрямі запитання дають змогу крок за кроком вивчати складні для клієнта почуття чи ситуації й дають змогу аналізувати один епізод за іншим, до того ж ці епізоди можуть бути пов'язані як із далеким минулим, так і зі щойно пережитими подіями.

2. *Зворотний зв'язок* — це спроба перевести увагу на «тепер», прокоментувати особливості побудови стосунків під час сесії й описати стан клієнта. Зворотний зв'язок дає клієнтові змогу зрозуміти, як його поведінку і стиль мислення сприймає консультант та оточуючі. Це спосіб, що створює можливість іншого самосприйняття й допомагає клієнтові задуматися над корекцією своєї поведінки. К. Ягнюк подає критерії «корисного зворотного зв'язку»:

- Зворотний зв'язок описовий і безоцінний. Опис поведінки клієнта надає йому свободу вибору у тому, як реагувати на нього. Уникаючи оцінок, ми тим самим зменшуємо потребу клієнта захищатися.
- Надання точної і конкретної інформації про ті чи інші аспекти поведінки клієнта спонукають до їх дослідження.
- Зворотний зв'язок спрямований на той аспект поведінки, з яким клієнт здатний що-небудь зробити. Вказівка на недоліки, з якими клієнт неспроможний впоратися через об'єктивні причини, лише фруструють його.
- Зворотний зв'язок своєчасний. Він максимально корисний, якщо проявляється відразу, тобто слідом за тією чи іншою реакцією клієнта.

3. *Саморозкриття* — це передача клієнтові особистого досвіду консультанта, надання інформації про себе, про події із власного життя чи безпосереднє вираження у стосунках із клієнтом пережитих почуттів, бажань, ідей, фантазій. Саморозкриття побудоване на «Я-висловлюваннях» психолога й тісно пов'язане із прийомом зворотного зв'язку, що дає змогу створити атмосферу довіри і сприяє встановленню контакту.

До уваги!

- 1) зворотний зв'язок і саморозкриття дають змогу клієнтові почуватися комфортніше, але занадто часте використання може перешкодити йому виговоритися;
- 2) деяким клієнтам дуже подобається психолог, який розкривається, але іншим він може здатися нав'язливим

4. *Інтерпретація* — це процес пов'язування між собою розрізнених ідей, емоційних реакцій, вчинків і різних елементів досвіду клієнта, це спроба надати іншого значення чи нового пояснення внутрішнім переживанням, зовнішнім подіям життя клієнта, спроба дати змогу клієнтові по-новому побачити ситуацію й викликати інсайт за допомогою розкриття справжнього змісту, що криється за деякими патернами поведінки.

Незважаючи на те, що інтерпретацію завжди пропонує консультант, вона є спільним процесом для консультанта і клієнта. Інтерпретація створює нові рамки, в яких клієнт може побачити «альтернативну реальність», і пропонує нові підходи до проблеми. Доволі часто інтерпретація — своєрідний виклик погляду клієнта, тоді як нове бачення реальності сприяє зміні поглядів, що може змінити думки, настрій, поведінку.

Використовують не більше однієї-двох інтерпретацій під час консультації, щоб не викликати так званого передозування чи опору з боку клієнта.

5. *Конфронтація* — це звертання уваги клієнта на те, чого він уникає, не усвідомлює чи не бажає змінювати, це виявлення й демонстрація протиріч (розбіжностей) між різними елементами його досвіду:

- 1) між тим, що він казав раніше, і тим, що говорить зараз («На початку бесіди ви стверджували, що дружина вас не підтримує, але зараз ви визнаєте, що самі не даєте їй змоги проявляти турботу про вас»);

- 2) між тим, що він говорить і що робить («Ви говорите, що у вас хороший настрій, проте на консультації ви майже весь час плакали»);

- 3) між тим, що клієнт говорить про себе, і тим, що бачите ви («Ви постійно говорите про те, що не знаєте, чи впораєтеся з побічними діями, але я бачу, наскільки для вас важливо бути здоровою і видужати, що ви використовуєте всі поради лікаря для зменшення побічних дій препаратів»).

У всіх наведених прикладах консультант використовує доволі просту модель: «З одного боку, ви думаєте (почуваєте, дієте)... але з іншого — ви думаєте (почуваєте, дієте)...». У цій моделі — вся сутність конфронтації, що допомагає прояснити конфліктну ситуацію, з якою стикається клієнт.

Навички дій. На корекційному й заключному етапах консультування використовують навички дій.

1. *Інформування* (забезпечення інформацією) — надання конкретної, точної та актуальної інформації у формі пояснень, викладу фактів, що дає змогу розвіяти міфи, викликає у клієнта інтерес і створює певну структуру процесу терапії.

2. *Рекомендації* — це повідомлення клієнтові думки, що ґрунтується на досвіді, наукових дослідженнях та спостереженнях, втручання у формі практичних пропозицій зробити щось чи не робити чогось.

3. *Директива* (вказівка) — це найсильніший метод впливу. Директиви — це фрази консультанта, висловлені безпосередньо (прямо): що робити клієнтові, що йому говорити, як діяти в тих чи інших ситуаціях; це вказівка на виконання певних дій чи конкретних завдань у проміжку між зустрічами чи під час їх проведення.

Механізмами такого впливу у процесі консультації можуть бути навіювання, наслідування й переконання.

Навіювання — це цілеспрямований неаргументований вплив консультанта на клієнта. Цей процес супроводжується зниженням усвідомлення й критичності сприймання у клієнта, браком чіткого розуміння й розгорнутого логічного аналізу.

Наслідування — це поведінка за зразком, прикладом.

Переконання — це цілеспрямований аргументований вплив консультанта на клієнта, що становить собою вербальний доказ ідей, обґрунтування рішень, планів і вчинків. Під час переконання, на відміну від навіювання, як правило, передбачають врахування позиції, думки, заперечень клієнта, які консультант намагається подолати за допомогою особистого впливу.

4. *Постановка цілей* — це визначення напрямку руху, планування майбутніх дій, визначення основи для зміни ступеня успішності й взяття клієнтом на себе зобов'язань щодо здійснення необхідних змін.

5. *Парадоксальна реакція* — це створення незвичайної перспективи, заклик до альтернативного, нерідко протилежного очевидному й раціональному для клієнта, сприймання ситуації чи способу реагування на неї. Парадокс і гумор — часто вживані у консультуванні засоби.

6. *Логічна послідовність* — це прийом, що допомагає клієнтам прийняти можливі наслідки своїх дій. За своєю структурою ця техніка схожа на переказ і відображення почуттів, але із доповненням логічних висновків.

7. *Підкріплення* — це забезпечення підтримки й заохочень з боку консультанта для того, щоб збільшити ймовірність бажаної поведінки клієнта.

ДОДАТОК 8

Психологічні техніки, які можуть застосовуватися для формування й підтримки прихильності до лікування та мінімізації впливу можливих ризиків

Аналіз переваг та недоліків. Когнітивний метод аналізу переваг і недоліків розроблений з метою подолання низької фрустраційної толерантності (низької готовності долати труднощі) та поведінки, що перешкоджає видужанню. Клієнтові пропонують поміркувати над перевагами та недоліками думок, які він має щодо процесу терапії, своєї поведінки, ухвалених рішень. Можна використовувати бланк аналізу переваг та недоліків:

Ситуація:					
Рішення 1:		Рішення 2:		Рішення 3:	
Переваги:	Недоліки:	Переваги:	Недоліки:	Переваги:	Недоліки:
1.	1.	1.	1.	1.	1.
2.	2.	2.	2.	2.	2.
3.	3.	3.	3.	3.	3.
4.	4.	4.	4.	4.	4.
5.	5.	5.	5.	5.	5.
6.	6.	6.	6.	6.	6.

Техніка «Квадрат Декарта». Сенс її полягає у тому, що під час розгляду проблемної ситуації необхідно поставити клієнтові 4 запитання і посприяти самоаналізу у відповідях та ухваленню більш корисного рішення.

1. Що буде, якщо це трапиться? (які плюси від того, що я розпочну терапію).
2. Що буде, якщо цього не трапиться? (які плюси від того, що я все залишу так, як є, й не розпочну терапію).
3. Чого не відбудеться, якщо це трапиться? (мінуси від того, що я розпочну терапію).
4. Чого не відбудеться, якщо цього не трапиться? (які мінуси від того, що я все залишу так, як є, й не розпочну терапію).

Що буде, якщо це трапиться? _____ _____	Що буде, якщо цього не трапиться? _____ _____
Чого не відбудеться, якщо це трапиться? _____ _____	Чого не відбудеться, якщо цього не трапиться? _____ _____

Рис. 1. Приклад бланка для заповнення клієнтом

Техніка «Декатастрофізації». Техніка призначена для дослідження дійсних подій і наслідків, які в уяві клієнта завдають йому психологічної шкоди й викликають відчуття тривоги. Ця техніка допомагає клієнтам упоратися з результатом події, пов'язаної зі страхом. Наприклад, коли клієнт схильний катастрофізувати наслідки діагнозу «туберкульоз»: «я помру», «я тягар для своїх близьких», «тепер мені ніколи не знайти нормальної роботи», «я не стерплю побічних дій препаратів».

У бесіді із психологом розглядають ситуацію, яка лякає клієнта і сприймається ним як катастрофічна. Психолог ставить клієнтові запитання: «А що відбудеться, коли ця ситуація настане?» Клієнт перераховує можливі наслідки цієї ситуації. Психолог повторює запитання: «А що відбудеться, якщо?..» Під час розгляду всіх наслідків ситуації клієнт робить висновок, що ситуація не настільки страшна, як він уявляв на початку бесіди.

Також можна застосувати дослідження найгіршого і найкращого сценаріїв розвитку подій в уяві клієнта з метою напрацювання найбільш реалістичного: «Що найгірше може трапитися у цій ситуації?», «Що найкраще?», «А що є найбільш реалістичним?».

Важливо обговорювати із клієнтом думки, що його лякають, адже ігнорування таких думок сприяє ще більшій тривозі та тілесній напрузі. Ви, можливо, єдина людина, з якою клієнт може ними поділитися.

Далі наведено приклад бланка для заповнення клієнтом.

Програма самоконтролю. Методика самоконтролю послідовно включає кілька етапів (кожен із яких за потреби можна використовувати як окрему техніку):

1) Аналіз проблемної і визначення цільової поведінки: визначають конкретну помилкову/шкідливу/неефективну поведінку, яку потрібно виправити, змінити або припинити, і поведінку, під час виконання якої мету самоконтролю вважатимуть досягнутою. Якщо в деяких ситуаціях (наприклад, забування прийняти ліки або паління) визначити цільову і помилкову поведінку — справа проста, то в інших випадках перший етап самоконтролю вимагатиме значних зусиль і часу. Скажімо, за фразою «Я надмірно агресивно реагую на турботу з боку близьких» може бути приховано безліч особливостей поведінки, які важливо конкретизувати. Наприклад, звички «злитися, коли дружина нагадує робити записи в щоденник, робить критичні зауваження щодо прибирання в моїй кімнаті», «хворий сприймає запитання дружини «чим сьогодні займався?» як докір, що він тимчасово не працює», — ці звички вже більшою мірою дають змогу вибудувати програму самоконтролю.

2) Аналіз стимулів: детально аналізують ситуацію, в якій спрацьовує хибна поведінка, або ситуацію, що перешкоджає напрацюванню цільової поведінки. Від точності такого аналізу істотно залежить успіх усієї програми самоконтролю. Основоположне значення у цьому аналізі мають стимули, що передували появі або перешкоджають напрацюванню поведінки. Якщо заповню завжди передують полум'я, а в компанії близької подруги тяжко втриматися від кількох цигарок, — це і є стимули, які потрібно контролювати й аналізувати на наступному етапі.

3) Розробка програми самоконтролю орієнтована на ціль або на запобігання неефективній поведінці. Для цього етапу клієнт повинен мати чітке формулювання та опис цільової (або неефективної) поведінки і знати про стимули, які гальмують цільову й запускають неефективну поведінку. Ці знання допоможуть психологові в активному діалозі із клієнтом скласти план самоконтролю. Також важливо запланувати методи, які допомагатимуть дотримуватися розробленої програми: самопідкріплення (заохочення) та контроль стимулів.

Формами самопідкріплення можуть бути: вербальна похвала у внутрішній мові, домовленість із собою про певні бонуси (щось собі придбати, приготувати смачну їжу, запланувати подорож після проходження повного курсу терапії), але тільки після виконання взятих на себе зобов'язань. Оскільки людина сама краще знає, що їй приємно, вона може затвердити певні правила заохочення, які сама і виконуватиме. Зовнішнім заохоченням може бути домовленість із близькими про систему підтримки. Також сюди можна долучити мотивацію медичним персоналом: заохочувальні слова, прояв підтримки та турботи, видачу талонів на харчування, проїзних квитків тощо.

Контроль стимулів також можна використовувати як метод підтримки під час виконання програми самоконтролю. Попередній аналіз часто дає змогу виявити цілком конкретні матеріальні або нематеріальні стимули, які «запускають» неефективну поведінку або перешкоджають цільовій. Ці стимули може контролювати сам клієнт, наприклад, рідше зустрічаючись із друзями, які полюбляють випити. Чітке визначення стимулів, яких слід уникати або які потрібно переструктурувати, — це теж одна із частин програми самоконтролю.

4) Визначення індикаторів ефективної реалізації програми самоконтролю. На цьому етапі важливо домовитися із клієнтом про показники, за яких самоконтроль буде успішним. Наприклад: 0 пропущених прийомів препаратів, щоденне виконання дихальної гімнастики, зменшення кількості цигарок (не більше чотирьох у день). Проте не слід встановлювати занадто високі цілі, адже довгострокові цілі мотивують на виконання програми самоконтролю доволі умовно. Ніщо не завадить після виконання міні-програми поставити нові цілі і зробити новий крок.

Артметодика «Створення образу хвороби і здоров'я». Мета цієї техніки — допомогти побачити клієнтові себе здоровим, візуалізувати і зафіксувати образ здоров'я, пережити позитивні емоції, що супроводжують здоров'я, усвідомити хворобу як частину життя.

Психолог просить клієнта на одному аркуші паперу намалювати свою хворобу і своє здоров'я. Психолог тут виступає не тільки як спостерігач та аналітик процесу, а й впливає на хід виконання завдання. На що слід звернути увагу? По-перше, образи хвороби і здоров'я повинні істотно відрізнятися. Якщо клієнт намалював два майже однакових засохлих дерева, потрібно запитати, чому здоров'я для нього має настільки непривабливий вигляд. Попросіть клієнта додати яскравості у здоров'я, оживити його. По-друге, внутрішня картина здоров'я не повинна містити зимової симво-

ліки: холодних кольорів, тему смерті, небуття тощо. Картина здоров'я повинна викликати позитивні емоції. Психолог допомагає клієнтові видозмінити картину здоров'я у приємний для очей образ. Стандартним є таке колірне рішення клієнта: ВКХ виконана в синьому кольорі, ВКЗ — в зеленому. Це можна пояснити символікою кольорів: синій колір притаманний хворобі, а зелений — здоров'ю.

По-третє, якщо клієнт зображує на аркуші образ хвороби більшим за образ здоров'я або образ хвороби домінує над образом здоров'я, необхідно видозмінити образ здоров'я: розширити, домалювати густі зелені гілки здоров'я, що пронизують і ламають хворобу.

Коли обидві картини будуть готові і картинка здоров'я істотно відрізнятиметься від образу хвороби, попросіть клієнта зануритися в образ здоров'я, деталізуючи всі його прояви на рівні тіла, емоцій, мислення, відчуття здоров'я у своєму тілі, побути у здоров'ї. Таку вправу можна виконувати кілька разів.

Далі можна аналізувати образ хвороби. Для цього клієнтові надають 15 хвилин, упродовж яких йому слід написати всі асоціації, які виникають, на тему його хвороби. Аналізуючи асоціації, важливо надати значення емоційно забарвленим словам, темам, що повторюються, та тим, що можуть вказувати на вторинну користь існування хвороби.

Для клієнтів, які не хочуть малювати, можна використати колаж — запропонувати вирізати із журналів картини та написи для формування образів здоров'я та хвороби.

Розширення копінг-стратегій на прикладі карток. Для складання копінг-карток використовують аркуші паперу для записів розміром приблизно 8 × 12 см. Заповнені копінг-картки пацієнт зберігає в межах досяжності — в шухляді письмового столу, в гаманці, прикріплює на дзеркалі, на холодильнику або приладовій панелі свого автомобіля. Психолог пропонує клієнтові перечитувати копінг-картки раз у день і щоразу за потреби. Копінг-картки можуть бути кількох типів, три з яких представлено нижче. Це запис дисфункційної автоматичної думки або переконання з одного боку картки і адаптивної відповіді — з іншого; опис поведінкових стратегій (варіантів дій) в певній проблемній ситуації і складання інструкцій, що активізують клієнта.

Копінг-картка 1-го типу: автоматична думка — адаптивна відповідь.

Я не витримаю побічних дій препаратів, краще припинити терапію.

Мені може здаватися, що я не впораюся, проте це не обов'язково правда. Я зараз так думаю, бо мені тяжко і боляче. Моє тіло ще не адаптувалося до ліків у ньому, йому необхідно дати час. Найгірше, що може трапитися, — мене змудить, і я знову змушена буду випити ліки. Проте минулого разу я так само думала, але впоралася

Копінг-картка 2-го типу: перелік поведінки, яка зазвичай допомагає подолати стрес від терапії.

Стратегії, які допоможуть мені впоратися з нудотою

1. Лягти відпочити.
2. Згадати слова лікаря, що побічні дії зазвичай минають через 2–3 тиж після початку прийому ліків.
3. З'їсти м'ятку цукерку.
4. Записати в щоденник реакцію організму на препарати.
5. Попросити маму побути поряд

Копінг-картка 3-го типу: мотивуючі самоінструкції.

1. Згадати, чому для мене важливо бути здоровою.
2. Згадати, що побічні дії минуть, щойно мій організм звикне.
3. Згадати, чому важливо пройти повний курс терапії.
4. Якщо мені потрібна підтримка, я можу зателефонувати мамі, подрузі, кураторові (тел.:), лікареві (тел.:).

Техніка «Цілепокладання». Ця техніка сприяє побудові конкретних цілей для вирішення питань, пов'язаних із хворобою та необхідністю довготривалої терапії, а також для перспективних планів досягнення визначеної мети. Вона складається з кількох етапів, які необхідно разом із клієнтом обговорити і записати отримані відповіді у бланк.

1. Запишіть ціль, мету або бажання, яких ви хочете досягнути найближчим часом (слід сформулювати у стверджувальних виразах без частки «не»):

2. Скільки вам необхідно часу для реалізації запланованого?

3. План дій. Напишіть 5 пунктів дій, які необхідно виконати найближчим часом для досягнення цілі:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

4. Які риси вашої особистості допомагатимуть під час реалізації мети? _____

5. Які люди можуть надати вам підтримку у досягненні мети? _____

6. Які перешкоди або втрати можливі у процесі досягнення мети? _____

7. Що практично зміниться, коли ви досягнете своєї мети? Яким буде ваше життя після досягнення мети? _____

Техніка «План турботи про себе». Ця техніка сприяє виробленню навичок піклування про своє здоров'я й підтримує позитивне ставлення до себе. Важливо мотивувати клієнта включати у щоденний план певну діяльність для себе. Разом із клієнтом ви напрацьовуєте перелік улюблених справ:

1. Чим я люблю займатися? _____

2. Місця, де мені добре. _____

3. Події, що мене надихають. _____

4. Люди, які мене підтримують. _____

5. Діяльність, що підтримує мене. _____

Цей список повинен бути довгим, 30–50 пунктів. Клієнт може його постійно доповнювати.

Нехай клієнт переглядає список улюблених справ і складе на найближчий тиждень план турботи про себе. Мотивуйте цей план виконувати: «Спробуйте строго протриматися тиждень, щодня щось роблячи для себе. Почніть це робити хоч би по 15–20 хв у день».

Мій план турботи про себе на тиждень:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

Потім напишіть такий план на місяць.

Мій план турботи про себе на місяць:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

Потім напишіть план турботи про себе на півроку.

Мій план турботи про себе на півроку:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

Потім на рік...

Мій план турботи про себе на рік:

1. _____

2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

Напишіть план турботи про себе, якого ви завжди дотримуватиметеся незалежно від віку, ситуації тощо.

Мій план турботи про себе назавжди:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

ДОДАТОК 9

Правила поведінки напряду під час надання соціальних і психологічних послуг

Ці правила є додатковим документом до угод про працевлаштування, угод про надання послуг та технічного завдання.

Загальні положення

1. Неприпустимі жодні інші відносини із клієнтом, крім ділових та партнерських.
2. При встановленні контакту необхідно розповісти клієнтам про роботу соціального працівника, психолога, завдання й послуги, які вони можуть отримувати з його допомогою.
3. Уся інформація про клієнта є конфіденційною і не підлягає розголошенню родичам/друзям чи іншим стороннім особам.
4. Документація, яка містить дані клієнтів та інші персональні дані, має зберігатися в приміщенні організації, в окремому місці, з обмеженим доступом. Або якщо документація в роботі — вона має бути недоступною для читання клієнтом (картки клієнтів перевернені зворотною стороною, монітори комп'ютерів відвернені від клієнта або файли з інформацією згорнуті).
5. У присутності клієнта медичні або соціальні працівники не повинні обговорювати робочі моменти та випадки ведення інших клієнтів.
6. У присутності клієнта забороняється з'ясовувати особисті стосунки між будь-ким.
7. Під час надання соціальних послуг медичний або соціальний працівник має одягатись просто й демократично, щоб не підкреслювати дистанцію і не створювати додаткових перепон у спілкуванні.
8. Задля власної безпеки не слід одягати коштовні прикраси, дорогі речі, провокуючий одяг (занадто відкрите декольте, відкриті плечі, живіт, закороткі спідниці, одяг, який обтягує фігуру тощо).
9. При спілкуванні з клієнтом необхідно враховувати його рівень розвитку, спілкуватися з ним необхідно на доступній йому мові, не викликати у клієнта відчуття неповноцінності, проявляти розуміння й толерантність.

Поведінка під час інформаційних консультацій

1. Соціальні та медичні працівники надають консультації в приміщенні сайту (кабінету соціальної роботи тощо) або у безпечному місці (у громадському місці).
2. Якщо хворий є бактеріовиділювачем, медичний або соціальний працівник має одягнути респіратор та запропонувати клієнтові одягнути хірургічну маску. Якщо клієнт відмовляється — консультацію потрібно завершити. Якщо дозволяють погодні й соціальні умови, альтернативою може бути консультування на відкритому повітрі.

Поведінка під час телефонних консультацій

1. Кількість телефонних консультацій на місяць має бути попередньо узгоджена з клієнтом і відповідати етапу супроводу клієнту.
2. Якщо клієнт знервований або висловлює невдоволення великою кількістю телефонних дзвінків соціального працівника — потрібно дипломатично завершити розмову. Подальша частота дзвін-

ків залежить від етапу супроводу та результатів контрольної діагностики: при позитивній динаміці клінічних показників кількість дзвінків рекомендується зменшити; при негативній — продовжити контроль.

3. У разі якщо соціальний працівник телефонує клієнту, але слухавку піднімає стороння особа, соціальний працівник має представлятися таким чином, щоб не ідентифікувати організацію та не розголосити факт отримання клієнтом послуг. Якщо людина уточнює подробиці чи назву організації — посилатися на конфіденційність та просити, щоб сам клієнт зателефонував своєму соціальному працівникові.
4. Під час телефонних/інформаційних консультацій слід уникати голосного проговорення особистих даних клієнта.

Поведінка під час патронажних візитів

1. У випадку коли соціальний або медичний працівник їде на патронажний візит до клієнта (додому тощо), він зобов'язаний попередити свого безпосереднього керівника, куди саме він прямує, скільки часу планує там перебувати. Після закінчення патронажного візиту він телефонує безпосередньому керівникові й повідомляє про закінчення патронажу.
2. Патронажний візит до клієнта може здійснюватися лише за умови, коли працівник упевнений, що його здоров'ю та життю не загрожує ані клієнт, ані його родичі/співмешканці/люди, які перебувають у будинку.
3. Фахівець не входить у квартиру (інше приміщення), якщо в квартирі розпивають алкогольні напої, вживають ПАР, проходять святкування, бійка, конфлікт, зібрались гості. У такому випадку потрібно наполягти на зустрічі з клієнтом у безпечному громадському місці (на вулиці, біля парадних дверей у під'їзді тощо).
4. Соціальний або медичний працівник не має права проводити патронажний візит, якщо власники житла заперечують. Працівник може поговорити з клієнтом біля квартири/дому і домовитись про наступну зустріч.
5. Перед тим, як увійти у квартиру, працівник може поцікавитися, чи є в домі/господарстві собака, і за наявності такого попросити закрити тварину в окремому приміщенні. Якщо в квартирі є великий собака і господар не погоджується на його ізоляцію, працівник має право не входити у квартиру, а поспілкуватися з клієнтом біля дверей/біля паркану.
6. При вході до квартири необхідно пропустити спочатку господарів і зайняти таке місце під час бесіди, щоб можна було в будь-який момент без перешкод покинути квартиру.
7. Під час патронажу соціальний і медичний працівник має стежити за власними речами.

Поведінка під час агресії чи зміненого стану клієнта

1. У всіх випадках соціальний або медичний працівник повинен поводитися спокійно, уникати конфліктів, не проявляти засудження поведінки клієнта. Якщо конфлікт виник, не можна погрозувати, демонструвати образи. Слід зберігати спокій, розібрати ситуацію разом із клієнтом. Якщо ж клієнт налаштований агресивно, краще завершити спілкування.
2. Колеги, які присутні під час виникнення конфліктної ситуації, можуть втрутитись у конфліктну ситуацію у ролі медіатора.
3. Під час надання соціальних або психологічних послуг можна зіштовхнутись:
 - а) з клієнтом у стані алкогольного сп'яніння. Соціальний працівник повинен припинити спілкування/завершити патронажний візит. Клієнтові пропонується перенести зустріч на інший раз/зателефонувати і домовитись про зустріч.
 - б) з клієнтом у стані наркотичного сп'яніння. У такому стані спілкування має бути короткотривалим, не більше 10 хвилин. Клієнтові пропонується перенести зустріч на інший раз/зателефонувати і домовитись про зустріч.
4. Якщо відбувається сварка або бійка, працівник не повинен фізично втручатися, розбороняти тощо. У разі якщо така ситуація набуває загрозливого характеру, працівник повинен викликати поліцію.
5. Якщо клієнт поводить як психічно хвора людина і його поведінка загрожує його життю та здоров'ю або оточенню, працівник повинен викликати швидку допомогу.
6. У ситуації, коли здоров'ю чи життю працівника загрожує небезпека з боку клієнта чи іншої людини, потрібно вийти в більш безпечне людне місце, імітувати розмову по телефону, щоб відволікти від ситуації. Відразу зателефонувати в поліцію.
7. Якщо конфліктна ситуація сталася з працівником партнерської організації (лікарем, соцпрацівником, психологом тощо) потрібно дотримуватися нейтралітету та повідомити про це безпосередньому керівникові.

ДОДАТОК 10

Інфекційний контроль під час надання немедичних послуг

Надавачі немедичних послуг під час роботи у приміщенні повинні використовувати персональний захист органів дихання для запобігання зараженню під час спілкування з клієнтом.

Для цього соціальні працівники мають використовувати респіратори. Респіратори кардинальним чином відрізняються від хірургічних масок, які не захищають від передачі туберкульозної інфекції.

Маски для захисту від туберкульозу відомі як корпускулярні респіратори або прості респіратори. Ці респіратори мають затримувати дрібнодисперсні частинки розміром 1–5 мікрон. Респіратори мають щільно прилягати до обличчя в ділянці носа та перенісся. Прилягання респіратора до обличчя має бути індивідуально підібраним.

Альтернативою роботі в респіраторі є зустрічі з хворим на відкритому повітрі. Такі умови унеможливають передачу туберкульозу і тому не потребують використання респіратора.



Рис. 2. Схема використання респіратора

ДОДАТОК 11

Опис діяльності основних установ та організацій, які надають соціальні та інші види послуг

В Україні система соціального захисту й надання соціальних послуг складається з державного та недержавного сектора, включає розгалужену мережу установ та організацій, які спеціалізуються на різних аспектах роботи з людьми, які перебувають у складних життєвих обставинах. Як було зазначено вище, переважна кількість пацієнтів, які проходять лікування туберкульозу, мають різні соціальні проблеми й можуть отримати соціальні послуги та іншу допомогу в установах та організаціях, які перелічені нижче. У цьому розділі наведено загальну інформацію про діяльність таких установ, відомості про контакти та порядок надання послуг необхідно уточнювати на місцях у рамках формування системи переадресації та перенаправлення.

Центри соціальних служб для дітей, сім'ї та молоді:

Центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді — спеціальний заклад, що проводить соціальну роботу із сім'ями, дітьми та молоддю, які перебувають у складних життєвих обставинах та потребують сторонньої допомоги. Безпосередніми надавачами послуг сім'ям, дітям та молоді, які перебувають у складних життєвих обставинах, є районні центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, які виконують багато завдань, серед яких:

- виявлення та облік сімей, дітей та молоді, які перебувають у складних життєвих обставинах і потребують сторонньої допомоги;
- проведення оцінки потреб сімей, дітей та молоді, які перебувають у складних життєвих обставинах і потребують сторонньої допомоги, визначення видів соціальних послуг та методів соціальної роботи з ними;
- надання соціальних послуг сім'ям, дітям та молоді, які перебувають у складних життєвих обставинах і потребують сторонньої допомоги, зокрема особам, які постраждали від насильства в сім'ї, торгівлі людьми та за потреби здійснення їх соціального супроводу;
- за повідомленням установ виконання покарань здійснення соціального патронажу осіб, які відбували покарання у вигляді обмеження волі або позбавлення волі на певний строк.

Територіальні центри соціальних послуг забезпечують безоплатне соціальне обслуговування громадян, які не мають рідних працездатного віку, що повинні забезпечити їм догляд і допомогу, а також можуть надавати платні соціальні послуги громадянам, які мають рідних, що повинні забезпечити їм догляд і допомогу.

Головні напрями діяльності територіальних центрів:

- виявлення та облік самотніх непрацездатних малозабезпечених громадян, які мають право на соціальне обслуговування;
- організація соціального обслуговування громадян, надання їм соціально-побутових, психологічних, соціально-педагогічних, соціально-медичних, соціально-економічних, юридичних та послуг із працевлаштування, послуг із професійної реабілітації осіб з обмеженими фізичними можливостями, інформаційних, інших соціальних послуг.

Основні соціальні послуги, які надають територіальні центри:

Соціальна допомога вдома — надання соціального обслуговування (надання соціальних послуг) одиноким громадянам, які не здатні до самообслуговування у зв'язку із частковою втратою рухової активності (мають III, IV, V групу рухової активності) і потребують сторонньої допомоги, соціального обслуговування (надання соціальних послуг) у домашніх умовах згідно з медичним висновком.

Соціально-медичні послуги — обслуговування громадян незалежно від їхнього сімейного стану, які не мають медичних протипоказань для перебування в колективі та потребують соціально-медичних послуг із метою запобігання виникненню та розвитку можливих органічних розладів особи та для підтримки її здоров'я. Соціально-побутова адаптація — обслуговування громадян незалежно від їхнього сімейного стану, які мають часткове порушення рухової активності, не мають медичних протипоказань для перебування в колективі та потребують соціально-побутової і психологічної адаптації; надання соціально-побутових, соціально-педагогічних, психологічних послуг із метою усунення обмежень життєдіяльності, підтримання соціальної незалежності, відновлення знань, умінь та навичок з орієнтування в домашніх умовах, ведення домашнього господарства, самообслуговування, поведінки у суспільстві, сприяння розвитку різнобічних інтересів і потреб осіб, організації дозвілля і відпочинку.

Організація надання адресної натуральної та грошової допомоги включає надання натуральної допомоги (одяг, взуття, продовольчі та промислові товари, ліки, гарячі обіди тощо) та побутових послуг (послуги перукаря, швачки, ремонту вікон, дверей, санвузлів, побутової техніки та взуття) на платній та безоплатній основі тим людям, яким ця допомога вкрай необхідна.

Неурядові недержавні організації:

Неурядові недержавні організації (НДО) соціальної сфери — самоврядні організації (благодійні фонди або об'єднання громадян), що зосереджують свої зусилля на вирішенні актуальних для всього суспільства питань.

У своїй роботі НДО керуються потребами й інтересами своїх клієнтів, мають великий досвід допомоги їм, користуються істотною довірою місцевих громад. Завдяки безпосередній наближеності до клієнтів вони можуть виконувати специфічні функції, які держава або не може виконувати, або їхня організація вимагатиме більших адміністративних і фінансових ресурсів. Ці організації найчастіше першими відповідають на потреби вразливих груп і беруть на себе розв'язання нових соціальних проблем. Завдяки своїй мобільності й творчим підходам вони здатні забезпечити виявлення та задоволення потреб різних соціальних груп, одночасно сприяючи розвитку конкурентоспроможних соціальних послуг.

Найбільш типові функції, які виконує недержавна організація:

- безпосереднє адресне надання соціальних послуг громаді;
- вивчення потреб та очікувань клієнтів;
- збір та акумулювання інформації про попит на послуги і зміни соціальної ситуації у громаді;
- участь у формуванні місцевих соціальних програм та планування розвитку системи соціальних послуг на місцевому рівні;
- здійснення громадського контролю за якістю надання соціальних послуг та ефективністю місцевих соціальних програм.

Недержавні організації самостійні у виборі форм, методів та послуг, які вони надають. Залучення фінансування для надання послуг — це відповідальність кожної недержавної організації.

ДОДАТОК 12

Перелік основних складних життєвих обставин і послуг, що потребують хворі на туберкульоз

Надання соціальних послуг в Україні регулюється Законом «Про соціальні послуги» та державними стандартами соціальних послуг, які визначає складні життєві обставини особи, види соціальних послуг та порядок їх надання. Сам собою факт хвороби на туберкульоз не є підставою для надання соціальних послуг, але, як було зазначено вище, переважна кількість хворих на туберкульоз мають різні соціальні проблеми, що заважають їм успішно пройти курс лікування.

У переліку зазначені послуги, які допоможуть хворому на туберкульоз вирішити певні життєві труднощі, виникнення яких може бути пов'язане як із довготривалим прийомом препаратів для лікування туберкульозу, так і з іншими життєвими чинниками, які виникли до того, як особа захворіла. Оскільки ці життєві труднощі впливають на якість життя і відповідно — на ставлення пацієнта до лікування туберкульозу, вирішення їх за допомогою додаткових послуг соціальних служб, організацій соціального спрямування — важлива передумова для формування прихильності до лікування.

Потреби пацієнтів/ належність до інших соціальних груп, які потребують підтримки	Послуги	Організації, заклади, установи
Нарко- та алкозалежність	Реабілітація Детоксикація Замісна підтримувальна терапія Зменшення шкоди Групи самопомоги/підтримки	Наркодиспансери ЗОЗ, на базі яких надають послуги ЗПТ НУО, що впроваджують реабілітаційні програми НУО, які реалізують програми зменшення шкоди Групи підтримки/самопомоги

Безробіття	Працевлаштування Навчання/перенавчання для отримання професії	Центри зайнятості
ВІЛ-інфекція	Консультавання та тестування на ВІЛ-інфекцію Диспансерне спостереження АРТ-лікування Догляд та підтримка ЛЖВ (дорослі та діти) Групи підтримки/самопомоги	Центри СНІДу Кабінети «Довіра» НУО, які реалізують програми догляду та підтримки Групи підтримки/самопомоги
Безпритульність	Надання притулку Реєстрація та відновлення документів Соціальна адаптація та реінтеграція Харчування Матеріальна допомога	Територіальні центри надання соціальних послуг Центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді Центри надання адміністративних послуг Центри обліку бездомних осіб Будинки тимчасового перебування (нічліжки) НУО, які надають послуги безпритульним
Звільнення після позбавлення волі	Реєстрація та відновлення документів Соціальна адаптація та реінтеграція Працевлаштування	Територіальні центри надання соціальних послуг Центри соціальних служб НУО, які надають послуги особам, звільненим із місць позбавлення волі Центри зайнятості
Малозабезпеченість	Державна допомога та соціальні виплати Матеріальна допомога	Центри надання адміністративних послуг Центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді НУО, які надають матеріальну допомогу
Порушення прав та юридичні проблеми	Юридичні консультації Встановлення (відновлення) опіки над дітьми Представництво інтересів у суді Встановлення (відновлення) необхідних документів	Центри надання адміністративних послуг НУО, які займаються захистом прав та правовою підтримкою Центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді
Психологічні проблеми	Психологічна підтримка і допомога Подолання шоку від отримання інформації про діагноз Підтримка у горюванні за втратою здоров'я Прийняття діагнозу Подолання депресивних реакцій, супровід у лікуванні	Психолог медичного закладу (за наявності) (протитуберкульозний диспансер, ДОТ-кабінет) Центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді НУО, які надають послуги з догляду та підтримки, психологічні послуги
Туберкульоз	Інші послуги, крім лікування Отримання необхідної інформації про туберкульоз, режим лікування, про побічну дію препаратів та шляхи подолання	Лікар, медична сестра медичного закладу (протитуберкульозний диспансер, ДОТ-кабінет) НУО, які працюють із хворими на туберкульоз