



Н.А. Литвиненко¹, Ю.О. Сенько¹, Л.М. Процик¹, В.В. Давиденко¹,
С.П. Коротченко¹, Т.В. Сенько²

¹ ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології
імені Ф.Г. Яновського НАМН України», Київ

² Національний педагогічний університет імені М.П. Драгоманова, Київ

Оптимальні методики психологічної підтримки у хворих на мультирезистентний туберкульоз легень та їхній вплив на прихильність до лікування

Туберкульоз — тяжка заразна хвороба, яка негативно впливає не тільки на фізичний стан пацієнтів, а й на їхню психіку. Перший шок пацієнт відчуває, коли дізнається про свій діагноз. Другий — коли розуміє, що повинен незвично довго лікуватися.

Мета роботи — вивчити вплив надання психологічної підтримки хворим на туберкульоз у фтизіатричному стаціонарі у вигляді проведення індивідуального консультування та групових занять для хворих.

Матеріали та методи. Було проведено проспективне операційне дослідження щодо встановлення рівня знань хворих про туберкульоз, рівня прихильності до лікування та ступеня порушення їхнього психоемоційного стану на початку лікування та здійснення індивідуального консультування та групових занять для хворих. У дослідження залучили 335 хворих на мультирезистентний туберкульоз легень, котрі отримували лікування на базі клініки ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського НАМН України» за короткостроковими та індивідуалізованими режимами антимікобактеріальної терапії у рамках наукових розробок. Хворим застосовували анкетування до початку лікування та перед виписуванням, консультування щодо туберкульозу та психологічного стану, різні групові заняття.

Результати та обговорення. Комплексний підхід лікування із застосуванням різних методик психологічної підтримки дав змогу підвищити рівень прихильності до лікування на 32 % у групі пацієнтів, з якими проводили групові заняття, порівняно з тими хворими, з котрими заняття не проводили; знизити рівень стигми на 40,5 %, знизити вдвічі вираженість тривожних розладів настрою.

Висновки. Комплексна психологічна підтримка має бути обов'язковим компонентом у лікуванні хворих на мультирезистентний туберкульоз, оскільки дає змогу значно зменшити стигму, покращити психологічний стан хворих та їхню адаптацію у суспільстві.

Ключові слова

Психологічна підтримка, прихильність до лікування, хворі на мультирезистентний туберкульоз.

Наразі Україна переживає дуже складні часи. У значної частини населення суттєво знизився рівень життя, виникли економічні та психологічні труднощі, що призвело до активного розвитку в людей скрутних життєвих ситуацій. За таких обставин, коли внаслідок системної кризи різко зростає соціальна та соціально-психологічна напруга в суспільстві, особливої акту-

альності набувають теоретичні та прикладні доробки, присвячені пошуку підходів і методів, що сприятимуть подоланню труднощів особам, життєва ситуація котрих характеризується наявністю соціально-психологічної проблематики. Ідеться передусім про клієнтів соціальних і соціально-психологічних служб, кількість яких сьогодні різко зросла, а ресурси для надання матеріальної допомоги в державі є доволі обмеженими. Усе це пояснює важливість розвитку психосоціальних підходів, коли увага акценту-

ється на формуванні власного позитивного досвіду подолання проблем клієнтами шляхом підвищення їхньої психологічної компетенції, використання психолого-орієнтованих методів, спонукання до наснаги і самонаснаги, завдяки підтримці та допомозі у практичному втіленні різних продуктивних форм і стратегій долаючої поведінки [5].

Туберкульоз — тяжка заразна хвороба, яка негативно впливає не тільки на фізичний стан пацієнтів, а й на їхню психіку. Перший шок пацієнт відчуває, коли дізнається про свій діагноз. Другий — коли розуміє, що повинен незвично довго лікуватися. На хворого негативно діє інформація про те, що тривалий час він повинен проводити в стаціонарі, відриваючись від свого звичного середовища і способу життя. Часто люди втрачають роботу, нерідко трапляються випадки глибоких конфліктів з родичами і розриви сімейних відносин. У пацієнта виникає страх, що він може набути інвалідності. Багато хто соромляться свого діагнозу. Госпіталізацію, потребу в тривалому лікуванні переживають як тяжкий стрес, що пов'язаний з різкою зміною звичного стилю життя, соціального статусу, професійними обмеженнями, залежністю від медичного персоналу та супроводжується стійкими негативними емоційними реакціями. Сильним травматичним фактором стають спілкування й обмін інформацією про хворобу з іншими пацієнтами. У стаціонарі або амбулаторії пацієнт повинен довго звикати до режиму, до сусідів по палаті, свого нового статусу, тривалого лікування.

Захворювання на туберкульоз легень однозначно оцінюється особистістю як психотравматична подія, яка розриває життєвий континуум і переживається як складний цілісний негативно забарвлений стан, що охоплює актуальний інтенсивний травматичний стрес, який супроводжується страхом, жахом і безпорадністю перед хворобою, пролонгований тривалий стрес, зумовлений невизначеністю, тривалістю й агресивністю терапевтичного процесу, соціально-психологічний стрес, спричинений вимушеною ізоляцією, страхом заразити близьких людей, залученням до нової низької статусної групи, трансформацією ідентичності, а також соціальний стрес, пов'язаний зі стигматизацією, втратою репутації, зниженням матеріального і соціального статусу особистості, зміною способу життя [15, 28].

У науковій літературі останніх років багато робіт, присвячених психологічним аспектам цієї гострої комплексної медико-соціальної проблеми. Деякі з них спрямовані на вивчення соціально-демографічного статусу хворих на туберкульоз [6], їхніх індивідуальних психологічних

особливостей [17], особистісних властивостей [2, 8], поведінкового малюнка [9, 20], а також соціально-психологічних характеристик людей із захворюванням на туберкульоз легень [3]. Інші дослідження орієнтовані на вивчення специфіки реабілітаційного процесу хворих на туберкульоз на різних етапах лікування [4, 18, 25], виявлення психологічних чинників ризику захворіти на туберкульоз і його рецидивів [14], конструювання моделей організації роботи з пацієнтами фтизіатричного стаціонару з метою підвищення прихильності до лікування та профілактики ухилення від нього [24].

Н.І. Кривоконь [5] під соціальною підтримкою розуміє «почуття, що тебе підтримують інші», причому для людей важливішою є не сама підтримка, скільки відчуття підтримки. Підтримка містить чотири основних складники, такі як: 1) емоційна підтримка (упевненість у тому, що про тебе хтось дбає, любить, піклується); 2) оціночна підтримка (соціальне зіставлення і відповідь на запитання, чи правильно я ставлюсь до того чи іншого явища); 3) інформаційна підтримка (інформація про те, як сприймати явище); 4) інструментальна підтримка (отримання конкретної дієвої допомоги).

Структура психологічної підтримки та соціальної допомоги (ППСД) [13]:

1. Підтримка, пов'язана з медикаментозним лікуванням туберкульозу:
 - ДОТ (контрольоване лікування);
 - наближення місця лікування до пацієнта;
 - своєчасне виявлення і купірування побічних реакцій;
 - доступ пацієнтів до повноцінного лікування супутніх захворювань;
 - підтримка прихильності до антимікобактеріального лікування.
2. Психологічна підтримка:
 - комунікація та консультування;
 - підходи в наданні психологічної підтримки.
3. Соціальна підтримка:
 - інформаційна підтримка;
 - доброзичливе ставлення персоналу до пацієнта й емоційна підтримка;
 - матеріальна підтримка;
 - допомога друзів;
 - правова та інші види підтримки.
4. Соціальний супровід.

Підтримати психологічно (емоційно) означає:

- виявити повагу до людини, яка звернулася по допомогу незалежно від її особистісних якостей, способу життя, поведінкових стереотипів, а також від того, хвора вона чи здорова;
- створити під час бесіди атмосферу взаємної зацікавленості, довіри і розуміння.

Основними завданнями психологічної реабілітації хворих на туберкульоз (ТБ) на першому етапі терапії у фазі інтенсивного лікування є [13]:

- діагностика особливостей соціально-психологічного статусу хворої людини;
- допомога пацієнтам у виробленні моделей конструктивної поведінки на етапі адаптації до стаціонарних умов;
- корекція неадекватних типів ставлення до хвороби;
- зміцнення співпраці з лікарем, формування оптимістичного ставлення до процесу лікування;
- зменшення страху, тривоги, невизначеності та інших негативних емоційних реакцій, підтримання в пацієнта почуття контролю над тим, що відбувається;
- профілактика розладів, що провокуються власне захворюванням;
- навчання пацієнтів прийомам психологічної самодопомоги;
- формування адекватного ставлення до реакцій організму на приймання протитуберкульозних препаратів;
- створення мотивації на обговорення й усвідомлення психологічних причин, що сприяли виникненню туберкульозного процесу.

Загальний психокорекційний вплив на хворих на мультирезистентний туберкульоз (МРТБ) виявляється безпосередньо психологом, у непрямій формі — усім медичним персоналом закладу і спрямований на:

- прийняття пацієнтом необхідності тривалого перебування в стаціонарі і дотримання лікувального режиму;
- формування впевненості в одужанні, довіри до дієвості лікарської терапії;
- корекцію дисгармонічних типів ставлення до хвороби (недовірливого, ейфорійного, анозонозичного тощо);
- формування позитивного психологічного клімату в лікувально-профілактичних установах;
- протидія негативному індукуванню з боку інших хворих.

Рівень прихильності до лікування. Негативний вплив на результативність проведеного в стаціонарі основного курсу хіміотерапії призводить до дострокового його припинення вперше виявленими хворими, частота реєстрації якого варіює від 20–30 до 45–53 %. Проблема незгоди пацієнта з лікуванням зумовлює як клінічні, так і економічні втрати, подовжуючи перебіг захворювання, збільшуючи тривалість госпіталізації, ризик інвалідизації, розвитку ускладнень і смерті [24].

На сьогодні описано соціальні причини відривів від лікування хворих на туберкульоз,

зокрема й самотність, відсутність постійного місця роботи, перебування в минулому в місцях позбавлення волі, низький освітній рівень тощо [1, 7, 16, 21, 26]. Іншими предикторами низької прихильності до лікування в пацієнтів зазначеної категорії є наявність психологічних особливостей особистості (алекситимія, стигматизація, низька стресостійкість, ворожість, образливість тощо) і схильності до розвитку психічних захворювань [10–12, 19, 23, 27].

До маркерів загрози прихильності до лікування віднесено [13, 24]:

1. Наявність в анамнезі пацієнта вказівок на психічні розлади.
2. Суїцидальні тенденції в анамнезі.
3. Когнітивна неспроможність пацієнта, що призводить до дезадаптації в житті і в стаціонарі.
4. Неодноразові відриви (ухилення) від лікування в анамнезі.
5. Стійке безсоння.
6. Відсутність позитивної динаміки в лікуванні туберкульозу після 2 міс терапії.
7. Неодноразове порушення правил перебування в стаціонарі з відсутністю критики до власного стану.
8. Наявність психотичної симптоматики.
9. Емоційно-вольові порушення, що призводять до відриву від лікування.
10. Різка стійка зміна «малюнка» поведінки на тлі приймання протитуберкульозних препаратів.
11. Алкоголізація у непитушого пацієнта.
12. Домінуюча мотивація на отримання групи інвалідності.
13. Схильність до залежностей від психоактивних речовин в анамнезі.
14. Бажання пацієнта отримати консультацію фахівця психічного здоров'я.

Основний принцип пацієнт-орієнтованого підходу, рекомендованого ВООЗ, — вирішення проблеми прихильності за допомогою підвищення якості надання медичної допомоги, всебічної психосоціальної підтримки, навчання пацієнта і його близького оточення і, як наслідок, поліпшення результату лікування при впровадженні пацієнт-орієнтованого підходу програм ППСД, створення умов, за яких пацієнт може користуватися своїми правами і виконувати свої зобов'язання в атмосфері поваги і дотримання почуття власної гідності, коли в першу чергу враховуються його інтереси, а не тільки потреби системи медичної служби. Цей підхід ґрунтується на потребах хворого і взаємній повазі між пацієнтом і медичним працівником.

Важливу роль у підтримці прихильності до протитуберкульозного лікування можуть відіграти такі механізми:

- Нагадування за допомогою SMS-повідомлення про необхідність відвідування медичного закладу для приймання чергової дози протитуберкульозних препаратів.
- Телефонні дзвінки співробітників програми ППСД для нагадування про необхідність приймання чергової дози протитуберкульозних препаратів і вирішення питань порушення режиму антимікобактеріального лікування.
- «Телефон довіри» дає можливість анонімного інформування зацікавлених осіб з ключових питань, пов'язаних з дотриманням режиму протитуберкульозного лікування та іншими актуальними питаннями.
- «Гаряча лінія» дає змогу в цілодобовому режимі отримувати інформацію про складні життєві ситуації клієнтів програми ППСД, надавати інформацію про можливі шляхи вирішення виниклих обставин і надавати психологічну підтримку в кризових ситуаціях.
- Інформаційно-освітні матеріали (ІОМ) також підвищують прихильність до антимікобактеріального лікування в тих випадках, коли вони містять усі рекомендовані цільові послання для хворого на туберкульоз і його оточення та відповідають критеріям доступності в мовному і культурному аспектах. Забезпечення доступу пацієнтів до фахівців, обстеження та лікування супутніх захворювань має бути додано до державних, обласних та районних планів із чітким зазначенням того, де і яку допомогу можуть отримати пацієнти з туберкульозом. Комплексне використання ІОМ у формі друкованої, аудіо- та відеопродукції має найбільшу ефективність.
- Використання інтернет-технологій для забезпечення інформаційної взаємодії хворих на туберкульоз і їхнього оточення як із фахівцями програм ППСД, так і між собою, зокрема й інших вигод, дає змогу використовувати потенціал позитивного впливу успішних активістів лікувального процесу на хворих на туберкульоз, які перебувають на ранніх стадіях лікування та/або мають досвід порушення режиму лікування.

Разом з тим усі перераховані цікаві, важливі і потрібні дослідження акцентують увагу тільки на одній з можливих площин інтеракції людей із захворюванням легень: особистість і хвороба, особистість і терапія, особистість і оточення. Ми пропонуємо комплексний суб'єктно-системний підхід до аналізу впливу різних методик психологічної підтримки на прихильність хворих до лікування.

Мета роботи — вивчити вплив надання психологічної підтримки хворим на туберкульоз у

фтизіатричному стаціонарі у вигляді проведення індивідуального консультування та групових занять для хворих.

Матеріали та методи

Було проведено проспективне операційне дослідження щодо встановлення рівня знань, рівня прихильності до лікування хворих про туберкульоз та ступеня порушення їхнього психоемоційного стану на початку лікування та проведення індивідуального консультування і групових занять для хворих. У дослідження залучили 335 хворих на мультирезистентний туберкульоз легень, котрі отримували лікування на базі клініки ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського НАМН України» (далі — НІФП) за короткостроковими та індивідуалізованими режимами антимікобактеріальної терапії відповідно до наукових розробок НІФП. Дослідження проводили шляхом первинного (на початку лікування) анкетування. Анкетування здійснювали за такими формами: первинної соціально-психологічної оцінки — шкала самооцінки депресії (Опитувальник пацієнта про стан здоров'я — Patient Health Questionnaire, PHQ-9); анкета визначення прихильності пацієнта до медикаментозного лікування за методикою Моріського (Morisky Medication Adherence Scale, MMAS-8); опитувальник для визначення рівня знань та стигми пацієнтів щодо туберкульозу (4 блоки запитань). Усі хворі, залучені в дослідження, мали мультирезистентний туберкульоз. У 164 (49 %) із них було визначено розширену резистентність мікобактерій туберкульозу (МБТ) та в 136 (40,6 %) від загальної кількості хворих встановлено невіддале застосування антимікобактеріальних препаратів 2-го ряду в минулому.

Серед хворих, у яких не виділено МБТ методом мікроскопії мазка мокротиння, проводили групові заняття. Серед тих, у кого виділено МБТ методом мікроскопії мазка, — індивідуальне консультування.

У процесі лікування в НІФП проводили цикл групової психологічної корекції, що складався з лекційних занять про туберкульоз тривалістю 1,5–2 год, під час яких обговорювали актуальні для більшості учасників питання: очікування від лікування, психологічні фактори ефективності і переносності хіміотерапії, перспективи повернення до повноцінного соціального функціонування після виписування, можливості збереження або переорієнтації професійної діяльності тощо.

Також проводили арт-терапевтичні заняття. Арт-терапія сприяє покращенню інтуїтивних здібностей і розкриттю креативного мислення,

Таблиця. Розподіл пацієнтів за характеристиками

Показник	Хворі (n = 335)	
Стать	Чоловіки	183 (54,6 %)
	Жінки	152 (54,6 %)
Вік	15–19 років	21 (6,3 %)
	20–25 років	46 (13,7 %)
	26–65 років	257 (76,7 %)
	66–82 років	11 (3,3 %)
Освіта	Немає	1 (0,3 %)
	Базова загальна середня	22 (6,6 %)
	Повна загальна середня	76 (22,7 %)
	Професійно-технічна (технікум, училище, коледж)	138 (41,2 %)
	Базова вища освіта (бакалавр)	19 (5,7 %)
	Повна вища освіта	79 (23,5 %)
Випадок захворювання	Новий	172 (51,3 %)
	Рецидив	71 (21,2 %)
	Невдача лікування	88 (26,3 %)
	Лікування після перерви	4 (1,2 %)
Сімейний стан	Перебуваю в зареєстрованому шлюбі	125 (37,2 %)
	Ніколи не перебував(-ла) у шлюбі	99 (29,5 %)
	Перебуваю у фактичному, незареєстрованому шлюбі	48 (14,3 %)
	Розлучений(-а) офіційно	41 (12,2 %)
	Розійшовся(-лася), хоч офіційно не розлучений(-а)	9 (2,6 %)
	Вдівець (вдова)	13 (3,9 %)
Фінансове становище сім'ї	Нам не вистачає грошей навіть на їжу	17 (5,0 %)
	Нам вистачає грошей на їжу, але купувати одяг вже важко	117 (35 %)
	Нам вистачає грошей на їжу, одяг і ми можемо дещо відкласти, але цього не вистачає, щоб купувати дорогі речі (наприклад, холодильник або телевізор)	117 (35 %)
	Ми можемо дозволити собі купувати деякі дорогі речі (такі як холодильник або телевізор)	71 (21,1 %)
	Ми можемо дозволити собі купити все, що захочемо	13 (3,9 %)

що дає змогу приймати нестандартні рішення в складних ситуаціях. Правопівкульне малювання дає можливість легко і якісно малювати будь-які картини з навколишнього середовища або із уяви. Арт-терапія — це можливість швидко позбавитись страхів, отримати вражаючий результат уже на першому занятті.

Методика «людина під дощем», метою якої є вивчення сили Я людини, її здатності долати несприятливі ситуації, протистояти їм, дає можливість здійснити діагностику особистісних резервів та особливостей захисних механізмів, стійкості людини до впливу різноманітних стресових ситуацій; типу реагування на перешкоди, проблеми, які виникають, дає змогу визначити, як людина почувається за несприятливих ситуацій, розкрити уявлення про проблеми і труднощі, що виникають у житті людини (які заважають, стимулюють до діяльності).

Проводили такі вправи:

- техніка «Цілепокладання». Ця техніка сприяє побудові конкретних цілей для вирішення

питань, пов'язаних із хворобою та потребою в довготривалій терапії, а також для перспективних планів досягнення визначеної мети;

- вправа «Тематичний життєвий багаж», метою якої є визначення пріоритетних напрямів роботи з того, що можна самовдосконалити;
- вправа «Мої сильні сторони» спрямована не лише на визначення власних сильних сторін, а й на вміння мислити про себе позитивно.

Перед виписуванням пацієнтам проводили повторне анкетування за тією самою методикою для визначення ризиків відриву від лікування.

Результати та обговорення

За результатами анкетування виявлено такі соціальні характеристики: безробітними є 34,3 % хворих, інвалідність мають 22,1 % пацієнтів, малозабезпеченими є 19,1 % хворих. Самотність відмічають 5,7 % пацієнтів, похилий вік — у 2,7 %, нездатність до самообслуговування — 1,2 % відповідно. Несприятливі фактори за соціальними

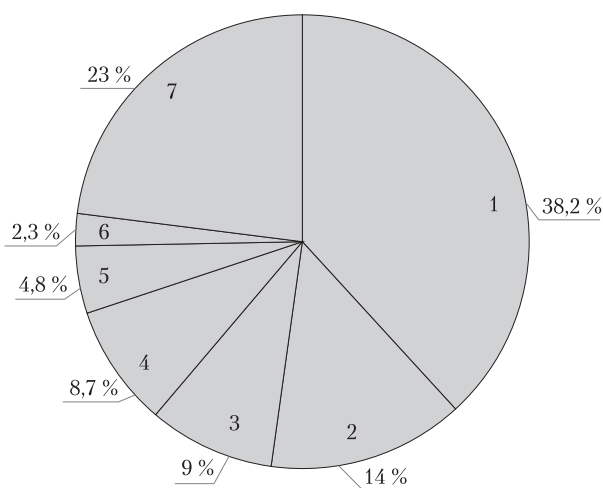


Рис. 1. Психологічний стан. Ступінь вираженості тривожно-депресивних розладів

Примітка. 1 — нормальний психологічний стан; 2 — субклінічно виражений імовірний розлад настрою депресивний; 3 — субклінічно виражений імовірний розлад настрою тривожний; 4 — субклінічно виражений імовірний розлад настрою тривожно-депресивний; 5 — клінічно виражений імовірний розлад настрою депресивний; 6 — клінічно виражений імовірний розлад настрою тривожний; 7 — клінічно виражений імовірний розлад настрою тривожно-депресивний

характеристиками від 1 до 5 в одного пацієнта мали 66 % хворих.

Більшість хворих мали високий рівень прихильності до початку медикаментозного лікування, що оцінювали за методикою Моріського, — 70,7 % пацієнтів, середній — 26,3 %, низький — 3,0 % хворих відповідно. Після здійснення індивідуального консультування та групових занять для хворих рівень прихильності до лікування збільшився на 32 % у групі пацієнтів, з якими проводили групові заняття, порівняно з тими хворими, котрим заняття не проводили.

У більшості хворих рівень знань щодо туберкульозу середній — у 71,9 %, низький — у 20,3 %, високий — лише у 7,8 % хворих відповідно.

Рівень освіти пацієнтів був таким: із середньою спеціальною (технікум, училище, коледж) освітою були 41,2 % хворих, повну вищу освіту мали 23,5 % пацієнтів, із середньою повною освітою — 22,7 %, із початковою, неповною середньою — 6,6 %, вищою освітою першого ступеня (бакалавр) — 5,7 %, не мали жодної освіти 0,3 % хворих відповідно (таблиця).

Критерії оцінки тривоги і депресії наведено на рис. 1. Отримано такі результати: нормальний психологічний стан спостерігався лише у 38,20 % пацієнтів, субклінічно виражений імовірний розлад настрою депресивний — у 14,00 % хворих; субклінічно виражений імовірний розлад настрою тривожний — у 9,00 %; субклінічно виражений імовірний розлад настрою тривожно-депресивний — у 8,70 % пацієнтів; клінічно виражений

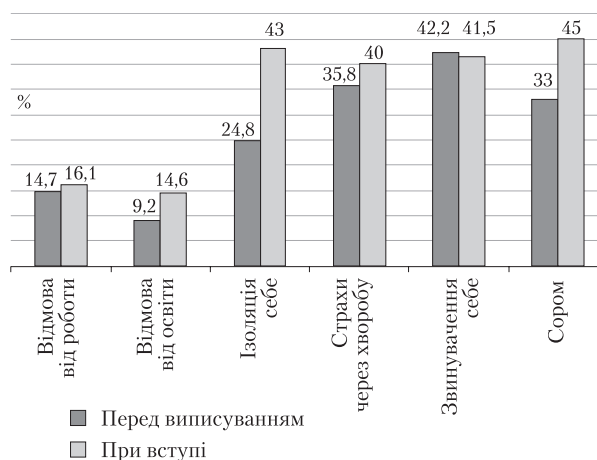


Рис. 2. Розподіл рівня стигми при госпіталізації та при виписуванні

імовірний розлад настрою депресивний — у 4,80 % хворих; клінічно виражений імовірний розлад настрою тривожний — у 2,30 %; клінічно виражений імовірний розлад настрою тривожно-депресивний — у 23,00 %.

Після проведення групових занять з пацієнтами відмічено зменшення вдвічі рівня тривожних розладів настрою як субклінічного, так і клінічного ступеня вираженості.

За опитувальником для визначення рівня стигми пацієнтів щодо туберкульозу на питання «Чи відчуваєте ви сором через хворобу?» «Так» відповіли 45,0 % хворих, 41,5 % хворих звинувачують себе, що захворіли, й ізолюють себе від друзів, сім'ї. Страхи й побоювання через хворобу, якщо хтось про неї дізнається, відчувають 40,0 % хворих. Бажання відмовитись від освіти/навчання через хворобу мають 14,6 %, бажання не претендувати на роботу, працевлаштування або підвищення по службі через хворобу мають 16,1 % пацієнтів. Перед виписуванням, відповідаючи на ті самі запитання, відмічається значне зменшення рівня стигматизації (рис. 2) на 40,5 %. Найбільш значуще вплинули групові заняття на зменшення самоізоляції (на 18,2 %; $p < 0,05$) та рівня сорому через хворобу (на 12,0 %; $p < 0,05$), що є важливими результатами покращення психосоціального статусу хворих на туберкульоз.

Висновки

На початковому етапі нормальний психосоціальний стан у хворих, котрі розпочинають лікування, зафіксовано тільки у 38,2 %. Решта мали ті чи інші тривожно-депресивні розлади настрою різного ступеня вираженості.

Психологічна підтримка хворих на туберкульоз призвела до значного поліпшення психосо-

ціального статусу: рівень стигми знизився на 40,5 %, підвищилася прихильність до лікування на 32,0 %. Отримані результати стали можливі завдяки зниженню у хворих інтенсивності переживань психічного і соматичного неблагополуччя, поліпшенню здатності до саморегуляції власного стану і міжособистісної взаємодії в умовах стаціонару, що дала системна психологічна підтримка.

Джерело фінансування: роботу виконано за кошти державного бюджету.

Конфлікту інтересів немає. Участь авторів: концепція і дизайн дослідження — Н.А. Литвиненко, Ю.О. Сенько; збір матеріалу — Ю.О. Сенько, Л.М. Процик, В.В. Давиденко, С.П. Коротченко; обробка матеріалу — Ю.О. Сенько, Л.М. Процик, Т.В. Сенько; написання тексту — Н.А. Литвиненко, Ю.О. Сенько, Л.М. Процик; статистичне опрацювання даних — Н.А. Литвиненко, Ю.О. Сенько; редагування тексту — Н.А. Литвиненко, Ю.О. Сенько.

Список літератури

- Богородская Е.М. Пути совершенствования организации лечения больных туберкулезом: дис. ...д-ра мед. наук.— М., 2009.— 278 с.
- Гурова Я.В., Удалова Т.Ю., Мордык А.В. и др. Личностные особенности пациентов с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких // Медико-социальная экспертиза и реабилитация.— 2016.— Т. 19, № 3.— С. 143–148.
- Добровольская О.Э., Хабарова Т.Ю. Социально-психологические особенности пациентов, больных туберкулезом // Центральный научный вестник.— 2016.— Т. 1, № 3.— С. 11–13.
- Золотова Н.В., Стрельцов В.В. Психологическая реабилитация больных туберкулезом легких в фазе интенсивного лечения // Консультативная психология и психотерапия.— 2013.— № 1.— С. 10–19.
- Кривоконь Н.І. Соціально-психологічна підтримка як чинник подолання скрутних життєвих ситуацій // Проблеми сучасної психології.— 2015.— Вип. 29.— С. 319–328.
- Любаева Е.В., Ениколопов С.Н. Роль индивидуальных психологических характеристик пациентов в формировании приверженности терапии туберкулеза и ВИЧ // Консультативная психология и психотерапия.— 2011.— № 2.— С. 111–127.
- Малеев А.И. Научное обоснование медицинской помощи больным туберкулезом с сопутствующей патологией: Автореф. дис. канд. мед. наук.— СПб, 2008.— 148 с.
- Малышкина М.И., Кузнецова А.П. Психологические аспекты формирования низкой приверженности лечению у больных туберкулезом // Бюллетень медицинских интернет-конференций.— 2016.— Т. 6, № 5.— С. 1035.
- Мордовкина М.А., Юдин С.А. Психологическое сопровождение фтизиатрических пациентов // Фундаментальные исследования.— 2014.— № 10 (8).— С. 1532–1535.
- Панкратова Л.Э. Расстройства психики при туберкулезе // Рос. мед. журнал.— 2005.— № 5.— С. 17–20.
- Панкратова Л.Э., Волчкова И.Л. Изучение отношения больных туберкулезом к заболеванию // Мат. V III Рос. съезда фтизиатров.— М., 2007.— С. 424.
- Паролина Л.Е., Баринбойм О.Н., Локторова Н.П. Приверженность к лечению впервые выявленных больных лекарственно-устойчивым туберкулезом // Туб. и болезни легких.— 2011.— Т. 88, № 5.— С. 100–101.
- Руководство по оказанию психологической поддержки и социальной помощи при туберкулезе в Республике Узбекистан.— Ташкент: Baktriapress, 2018.— 184 с.
- Русановская Г.Ф., Камаев И.А., Шпрыков А.С. Психосоциальная характеристика женщин репродуктивного возраста, больных туберкулезом органов дыхания // Рос. психол. журн.— 2015.— Т. 12, № 1.— С. 70–80.
- Рягузова Е.В., Черняева Т.И., Черняева К.О. Коммуникативное пространство личности с диагнозом «туберкулез легких» // Изв. Саратов. ун-та. Нов. сер. Сер. Акмеология образования. Психология развития.— 2018.— Т. 7, вып. 4 (28).— С. 368–376. doi: 10.18500/2304-9790-2018-7-4-368-376.
- Свиштунова В.А. Анализ факторов, определяющих приверженность к лечению больных туберкулезом // Бюллетень мед. интернет-конференций.— 2013.— Т. 3, № 2.— С. 415.
- Севостьянова М.С. Личностные детерминанты формирования особенностей адаптации к болезни у пациентов с активной формой туберкулеза легких: сравнительный анализ с позиций гендерного подхода // Психологическая наука и образование.— 2014.— Т. 6, № 2.— С. 271–280.
- Стрельцов В.В., Золотова Н.В., Баранова Г.В., Ахтямова А.А. Психологическая реабилитация больных туберкулезом легких на различных этапах терапии // Консультативная психология и психотерапия.— 2015.— Т. 23, № 2.— С. 57–77.
- Стрельцов В.В., Сиресина Н.Н., Золотова Н.Н. Изменение психоэмоционального состояния больных туберкулезом легких на фоне психологического и нейропсихологического сопровождения противотуберкулезной терапии // Туб. и болезни легких.— 2009.— Т. 86, № 4.— С. 31–36.
- Сухова Е.В. Поведенческий ответ больных на «клеймо» туберкулеза // Социальная психология и общество.— 2015.— Т. 6, № 1.— С. 127–136.
- Сухова Е.В., Сухов В.М., Корнев А.В. Социальные последствия туберкулеза легких // Пульмонология.— 2005.— № 6.— С. 101–104.
- Терлеева Я.С. Бар'єри лікування туберкульозу в Україні / Терлеева Я.С., Гончарова М.І., Кузін І.В., Серeda Ю.В. // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція.— 2020.— № 3 (42).— С. 7–16.
- Трифонов Н.Ю., Кузьмишин Л.Е. Необходимость психологической коррекции у больных туберкулезом легких // Мед.-социал. экспертиза и реабилитация.— 2006.— № 1.— С. 53–54.
- Шерстнева Т.В., Скорняков С.Н., Подгаева В.А. и др. Мультидисциплинарный подход в работе по формированию приверженности к лечению больных туберкулезом // Туберкулез и болезни легких.— 2017.— Т. 95, № 1.— С. 34–41.
- Юдин С.А., Барканова О.Н., Борзенко А.С., Деларю В.В. Комплементарность оказания медицинской, социальной и психологической помощи во фтизиатрии (в оценках врачей и пациентов) / Юдин С.А., // Туберкулез и болезни лёгких.— 2017.— Т. 95, № 4.— С. 7–10.
- Якубовяк В.Я. Программа социальной поддержки и обеспечение мотивации больных туберкулезом к лечению // Пробл. туб.— 2009.— № 3.— С. 18–22.
- Kae Nagahiro Shiratani. Psychological changes and associated

factors among patients with tuberculosis who received directly observed treatment short-course in metropolitan areas of Japan: quantitative and qualitative perspectives // BMC Public Health.— 2019.— Vol. 19. doi: 10.1186/s12889-019-8001-9.

28. Saqib S.E. et al. Care and social support from family and community in patients with pulmonary tuberculosis in Pakistan // Fam. Med Com. Health.— 2019.— Vol. 7.— P. e000121. doi: 10.1136/fmch-2019-000121.

Н.А. Литвиненко¹, Ю.А. Сенько¹, Л.Н. Процик¹, В.В. Давыденко¹, С.П. Коротченко¹, Т.В. Сенько²

¹ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии имени Ф.Г. Яновского НАМН Украины», Киев

²Национальный педагогический университет имени М.П. Драгоманова, Киев

Оптимальные методики психологической поддержки у больных мультилекарственно-устойчивым туберкулезом легких и их влияние на приверженность к лечению

Туберкулез — тяжелая заразная болезнь, которая негативно влияет не только на физическое состояние пациентов, но и на их психику. Первый шок пациент испытывает, когда узнает о своем диагнозе. Второй — когда понимает, что должен долго лечиться.

Цель работы — изучить влияние оказания психологической поддержки больным туберкулезом во фтизиатрическом стационаре в виде проведения индивидуального консультирования и групповых занятий для больных.

Материалы и методы. Было проведено проспективное операционное исследование по установлению уровня знаний, уровня приверженности к лечению больных туберкулезом и степени нарушения их психоэмоционального состояния в начале лечения, проведение индивидуального консультирования и групповых занятий для больных. В исследование включили 335 больных мультилекарственно-устойчивым туберкулезом легких, которые получали лечение на базе клиники ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии имени Ф.Г. Яновского НАМН Украины» краткосрочными и индивидуализированными режимами антимикобактериальной терапии в рамках научных разработок. К больным применяли анкетирование до начала лечения и перед выпиской, консультирование по туберкулезу и их психологическому состоянию, различные групповые занятия.

Результаты и обсуждение. Комплексный подход лечения с применением различных методик психологической поддержки позволил повысить уровень приверженности к лечению на 32,0 % в группе пациентов, которым проводились групповые занятия, по сравнению с теми больными, которым занятия не проводились; снизить уровень стигмы на 40,5 %, снизить в два раза выраженность тревожных расстройств настроения.

Выводы. Комплексная психологическая поддержка должна быть обязательным компонентом в лечении больных мультилекарственно-устойчивым туберкулезом, поскольку позволяет значительно уменьшить уровень стигмы, улучшить психологическое состояние больных и их адаптацию в обществе.

Ключевые слова: психологическая поддержка, приверженность к лечению, больные с мультилекарственно-устойчивым туберкулезом.

N.A. Lytvynenko¹, Yu.O. Senko¹, L.M. Protsyk¹, V.V. Davydenko¹, S.P. Korotchenko¹, T.V. Senko²

¹SI «National Institute of Phthisiology and Pulmonology named after F.G. Yanovsky NAMS of Ukraine», Kyiv, Ukraine

²National Pedagogical Dragomanov University, Kyiv, Ukraine

Optimal methods of psychological support in patients with multidrug-resistant pulmonary tuberculosis and their effect on adherence to treatment

Tuberculosis is a severe infectious disease that negatively affects not only the physical condition of patients, but also the psychological condition of patients. The first thing — the shock of the first diagnosis of tuberculosis for the patient. The second thing — when the patient realizes that he must be treated for an unusually long time.

Objective — to learn the impact of providing psychological support for the patients with tuberculosis in a phthisiatric hospital in the form of individual counseling and group classes for patients.

Materials and methods. A prospective surgical study was provided to establish the level of knowledge, level of adherence to treatment of patients with tuberculosis and the degree of violation of their psycho-emotional state at the beginning of treatment, and individual counseling and group classes for patients. The study included 335 patients with multidrug-resistant pulmonary tuberculosis, who received treatment at the clinic of the National Institute of Phthisiology and Pulmonology named after F.G. Yanovsky NAMS of Ukraine on short-term and individualized regimens of antimycobacterial therapy in the framework of scientific developments. Patients received questionnaires before treatment and before discharge, counseling on tuberculosis and their psychological state, various group classes.

Results and discussion. A comprehensive approach of treatment using different methods of psychological support allowed increasing the level of adherence to treatment by 32% in the group of patients who received a group classes, compared with those patients who didn't; reduce the level of stigma by 40.5%, halve the severity anxiety disorders.

Conclusions. Comprehensive psychological support should be a mandatory component in the treatment of patients with multidrug-resistant tuberculosis, which can significantly reduce stigma, improve the psychological state of patients and their adaptation in society.

Key words: psychological support, adherence to treatment, patients with multidrug-resistant tuberculosis.

Контактна інформація:

Литвиненко Наталія Анатоліївна, д. мед. н., ст. наук. співр. відділу хіміорезистентного туберкульозу
03038, м. Київ, вул. М. Амосова, 10
Тел. (044) 275-41-33
E-mail: dr.n.lytvynenko@gmail.com

Стаття надійшла до редакції 18 лютого 2021 р.