УДК 616.24:364.7:159.91

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

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

Проблема низької ефективності лікування і поширення мультирезистентного туберкульозу в Україні потребує негайного розв'язання. Однією з найефективніших відповідей на цю ситуацію може стати сприйняття підходів до лікування, які застосовують у всьому світі і довели високу ефективність за різних економічних, культурних та соціальних умов. Насамперед до таких підходів належить надання переваги амбулаторному лікуванню туберкульозу. Втім, таке лікування може бути ефективним і безпечним для оточення тільки за умови свідомого ставлення пацієнта до лікування, високої прихильності та співпраці із медичним працівником. Цю співпрацю потрібно постійно розвивати, а для цього потрібно, щоб хворий відчував розуміння, підтримку й співчуття. Досягнення цієї мети неможливе без урахування різних обставин життя, які можуть заважати лікуванню, та їхньої вчасної корекції, тобто надання соціально-психологічної підтримки. Цій темі присвячений посібник «Соціо-психологічна підтримка хворих на туберкульоз для формування прихильності до лікування. Навчальний посібник для студентів ВНМЗ IV рівня акредитації та лікарів» (автори — Л.А. Мельник, О.В. Нечосіна, Ю.В. Пилипас, М.Г. Долинська.— ФОП Бурнос С.О., 2017.— 112 с.), окремі глави якого ми пропонуємо до вашої уваги.

Навчальний посібник підготовлено в рамках проекту «Пліч-о-пліч: поліпшення прихильності до лікування туберкульозу через надання соціально-психологічної підтримки пацієнтам» за підтримки проекту Агентства США з міжнародного розвитку (USAID) «Посилення контролю за туберкульозом в Україні». Важливо, що в матеріалі надані рекомендації стосовно супровідних заходів для хворих на туберкульоз, які добре зарекомендували себе на практиці, що доведено результатами досліджень, наведених у посібнику. Посібник стане у пригоді не тільки студентам, а й лікарям-практикам і фахівцям, які надають соціально-психологічну допомогу, тобто психологам, соціальним працівникам, співробітникам неурядових організацій тощо.

І. РОЛЬ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ В ЛІКУВАННІ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Незважаючи на зниження загальної захворюваності, стрімко підвищується поширеність резистентних до лікування форм захворювання. У 2014 році Україна вперше ввійшла до 5 країн світу з найвищим тягарем мультирезистентного туберкульозу (МРТБ), у 2015 посіла друге місце після Індії за кількістю випадків туберкульозу з розширеною стійкістю й увійшла до четвірки країн, де зареєстровано більше ніж 20 % підвищення захворюваності на МРТБ (крім України, це Китай, Нігерія і Філіппіни). Головна причина високого рівня розповсюдження туберкульозу та МРТБ в Україні — низька ефективність лікування нових випадків, яка у 2015 році становила 64,7 % (другий найнижчий результат лікування в Європейському регіоні). Низька прихильність хворих до лікування також значно погіршує результати лікування. За даними 2015 року, майже кожен десятий хворий перервав лікування. Ще більше хворих робить тривалі перерви у лікуванні, що також впливає на ефективність. Зміна парадигми лікування туберкульозу в Україні з наданням пріоритету амбулаторному лікуванню висуває нові вимоги до забезпечення прихильності до лікування.

Це питання комплексне та складне як для пацієнта, так і для надавача послуг,— чи то медичний працівник, чи працівник соціальної сфери. Прихильність до медикаментозного лікування визначають як «прийняття та виконання пацієнтом рекомендацій надавача послуг щодо часу, дози та частоти прийому ліків у визначений період часу»[1]. Прихильність до лікування може вимірюватися як з урахуванням проміжних показників під час процесу, так і результатів лікування. Індикатори,

[1] http://www.effectivehealthcar e.ahrq.gov/ehc/products/296/1248/Evidence Report208_CQGMedAdherence_FinalReport_201209 05.pdf

пов'язані із процесом лікування, також враховують такі змінні, як дотримання плану візитів до лікаря й підрахунок ліків, які приймав пацієнт. Індикатори, пов'язані з результатами лікування, стосуються кінцевого результату, тобто рівня виліковності як індикатора успіху.

Згідно з даними ВООЗ, задокументовано певний перелік чинників, які впливають на прихильність до лікування:

1. Економічні та структурні чинники.
   Туберкульоз недаремно тісно пов'язують із соціальними чинниками. Хоч ніхто не застрахований від захворювання, проте в першу чергу страждають соціально вразливі групи населення — безпритульні, безробітні й малозабезпечені люди. Брак ефективних систем соціальної підтримки та складні життєві обставини — це додаткові чинники, що негативно впливають на прихильність до лікування.
2. Чинники, пов'язані з пацієнтом.
   У багатьох випадках на прихильність впливають соціальний статус хворого, етнічність, стать і вік пацієнта, а також обізнаність про захворювання та віра в ефективність лікування. Психологічний стан (стрес, депресія) також має істотний вплив.
3. Складність режиму лікування. Істотна кількість ліків, токсичність медичних препаратів, побічні ефекти від лікування також впливають на прихильність пацієнта.
4. Взаємини між медичним працівником і пацієнтом. Задоволення пацієнтом якістю взаємин із надавачем послуг — також важлива складова прихильності до лікування. Важливими чинниками стають навички комунікації, які ґрунтуються на емпатії медичного працівника (емоційна підтримка, здатність до співчуття). Однак тяжко розвивати емпатичні взаємини, коли працівники системи охорони здоров'я недостатньо навчені, працюють в умовах підвищеного робочого навантаження, не отримують супервізії й підтримки для виконання своїх завдань, що є типовою ситуацією в країнах із високим рівнем захворюваності на туберкульоз.
5. Організація надання послуг у системі охорони здоров'я. Організація надання клінічних послуг, професійний рівень спеціалістів, зв'язок між медичними послугами та системами підтримки пацієнта, зручність роботи та розташування медичного закладу також впливають на прихильність пацієнта до лікування[2].

Таким чином, прихильність до лікування залежить від багатьох чинників, які слід враховувати під час роботи з пацієнтом.

[2] Джерело: http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4883e /8.9.2.html

Для проведення аналізу впливу інформаційної складової на формування прихильності у 2016 році Міжнародною громадською організацією «Міжнародний інститут проблем ВІЛ/СНІДу та туберкульозу» було проведено операційне дослідження (ОД) у протитуберкульозних диспансерах та закладах первинної медико-санітарної допомоги у п'яти районах м. Києва. Метою дослідження було проаналізувати вплив навчання пацієнтів, хворих на ТБ, на формування їхньої прихильності до лікування і вивчити успіхи й можливості для поліпшення підходів до навчання пацієнтів, які проходять підтримувальну фазу лікування на амбулаторному етапі. Дослідження включало опитування медичних працівників з-поміж сімейних лікарів, лікарів і медичних сестер із протитуберкульозних диспансерів та закладів первинної медико-санітарної допомоги у п'яти районах м. Києва[3], медичних сестер Товариства Червоного Хреста України, соціальних працівників недержавних і державних організацій, а також анкетування пацієнтів, хворих на ТБ, які проходять підтримувальну фазу лікування на амбулаторному етапі.

За результатами опитування 61 пацієнта з'ясовано, що високу прихильність до лікування виявляють тільки 36,4 % хворих із високим рівнем знань. При цьому 34,4 % пацієнтів мають низький рівень знань про туберкульоз. Основним висновком дослідження було те, що менш обізнані щодо туберкульозу пацієнти більш схильні пропускати прийоми ліків. Третина пацієнтів зазначили про потребу отримувати інформацію про стратегії подолання депресії, що може бути пов'язано зі складним психоемоційним станом, який вони усвідомлюють. Кожен пацієнт як особистість може мати свої причини для пручання лікуванню. Обмежені знання призводять до небажання лікуватися або втрати мотивації для завершення лікування. Ось деякі з причин, через які у людей виникають проблеми з дотриманням режиму і як наслідок — затягується завершення курсу лікування протитуберкульозними ліками[4]:

- настає день, коли пацієнти перестають почуватися хворими, і тому вважають, що буде правильним рішенням припинити прийом ліків;
- іноді пацієнти не розуміють призначеного режиму, тривалості лікування і правил прийому ліків;

[3] Дніпровський, Деснянський, Дарницький, Святошинський та Голосіївський райони.

[4] Залучення пацієнтів до лікування туберкульозу та відповіді на запитання і ситуаційні задачі. Навчальний модуль із туберкульозу № 8 для середніх медичних працівників та лаборантів / Навчальний курс «Боротьба з туберкульозом на рівні адміністративної території» / Ю.І. Фещенко, В.М. Мельник, Л.Т. Клочко / Модуль Національної програми боротьби із захворюванням на туберкульоз в Україні, адаптований до міжнародних стандартів. — К., 2005.

- у частини пацієнтів вагомі особисті чи культурні переконання про захворювання й лікування. Вони знають, до кого можуть звернутися по допомогу. Коли лікування не збігається з їхнім уявленням, вони стають наляканими або стурбованими, уникають медичних працівників;
- у деяких пацієнтів бракує навичок і вміння виконувати інструкції медичного працівника, дотримуватися призначеного режиму (наприклад, літні пацієнти з обмеженою рухливістю або пацієнти, що зловживають алкоголем чи наркотиками, діти);
- труднощі під час отримання медичної допомоги можуть також бути істотним бар'єром для успішного завершення курсу лікування;
- недоброзичливі взаємини з медичним працівником можуть значно вплинути на залучення пацієнта до процесу лікування;
- заважає лікуванню слабка мотивація і наявність у пацієнта конкуруючих пріоритетів (наприклад, зловживання алкоголем, наркотиками, брак житла, інші захворювання тощо).

Враховуючи результати опитування й визначені ВООЗ чинники ризику, які впливають на прихильність до лікування, слід зосереджувати увагу на навчанні пацієнтів з питань лікування туберкульозу та на забезпеченні їх соціально-психологічною підтримкою. При цьому принципово важливо змінювати підходи до участі пацієнтів у лікувальному процесі та активно залучати їх не лише як отримувачів послуг, а як активних учасників, які ухвалюють рішення стосовно свого здоров'я, отримання медичних, соціальних і психологічних послуг, планування подальшого життя.

Для пацієнтів надзвичайно важлива довіра до лікаря, знання його професійних якостей, змога висловити думки, відчуття, страхи й отримати розуміння лікаря. При цьому важливо враховувати, що основне завдання лікарів — лікувати, і час, відведений для одного пацієнта, — обмежений. У зв'язку з цим дуже важливо сформувати тристоронній зв'язок: пацієнт/родичі — лікар — психолог/соціальний працівник. Саме психолог та/або соціальний працівник можуть надати необхідну психоемоційну підтримку пацієнтові, допомогти у вирішенні певних життєвих труднощів, визначити подальшу життєву мету, якої можна буде досягти завдяки розв'язанню проблем зі здоров'ям.

Відповідно до вимог Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Туберкульоз», затвердженого наказом МОЗ від 04.09.2014 р. № 620, лікар має використовувати різні форми втручання, зокрема інформаційні й навчальні, з метою поліпшення дотримання режиму лікування ТБ, якщо пацієнт його порушує. Основні положення про навчання пацієнтів викладені в інструкціях ВООЗ та національних навчальних модулях і можуть бути узагальнені таким чином:

- з моменту встановлення діагнозу пацієнт повинен одержати основну інформацію про туберкульоз та шляхи його поширення;
- хворий може бути наляканий, тому його слід переконати, що туберкульоз виліковний;
- необхідно розповісти пацієнтові про курс лікування і пояснити необхідність прийому ліків під наглядом медичного працівника;
- деякі пацієнти вважають, що приймати препарати щодня дуже обтяжливо. У такому разі медичний працівник повинен переконати хворого;
- зустрічі із хворим для прийому препаратів щодня чи три рази на тиждень надають багато можливостей для інформаційно-просвітницької роботи. Медичний працівник повинен щоразу демонструвати доброзичливе ставлення до хворого, щоб той охоче приходив для прийому наступної дози антимікобактеріальних препаратів;
- просвітницька робота з пацієнтом особливо важлива під час початкової фази лікування, однак для досягнення успіху слід продовжувати навчання протягом усього курсу.

II. ПСИХОСОЦІАЛЬНИЙ СТАН ОСОБИ, ХВОРОЇ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ (ТБ)

Туберкульоз — тяжка інфекційна хвороба, яка впливає на психіку пацієнтів. Хворі на туберкульоз соціально неоднорідні, а отже — по-різному можуть реагувати на одні й ті самі ситуації. Будь-яку хворобу можна розцінювати як втрату здоров'я, що призводить до певних наслідків: страх за життя і здоров'я, тривога від можливості зараження близьких, сором через діагноз «туберкульоз», фінансові обмеження у зв'язку із витратами на додаткові медпрепарати, загроза втрати або руйнування планів на майбутнє, обмеження соціальної активності, необхідність тривалого лікування (що часто має побічні дії), переживання стресу через реакцію оточення на діагноз «ТБ».

Кожна людина має різні психосоціальні резерви та стратегії, щоби впоратися із фактом встановлення їй діагнозу «туберкульоз». Соціально благополучні пацієнти, які мають сім'ю, роботу, хороші умови проживання і роками налагоджене стабільне життя, володіють більшою кількістю ресурсів для формування достатнього рівня мотивації на видужання. Проте серед пацієнтів є соціально дезадаптовані хворі (безпритульні,

Рис. 1. **Діаграма інших причин переривання лікування**

особи, які нещодавно звільнилися з місць позбавлення волі, безробітні, особи, які вживають алкоголь, наркотики тощо), які ще до встановлення діагнозу мали низку психосоціальних особливостей, що не дають змоги їм адаптуватися в житті та отримати можливість впоратися із хворобою. Це люди з негативним життєвим досвідом, часто зневірені і в житті, і в людях, або які з різних причин втратили житло й рідних.

Такі пацієнти часто радіють діагнозу «туберкульоз», оскільки можуть отримати їжу, тепле ліжко і дах над головою під час стаціонарного лікування. Тобто наявність хвороби дає змогу забезпечити базові потреби людини. Водночас їхня поведінка часто виражає низький рівень мотивації на видужання. За певних обставин вони прагнуть до лікування у стаціонарі, але з легкістю покидають його, щойно їхні інтереси й звички вступають у протиріччя із режимом перебування в лікарні. Під час фази лікування на амбулаторному етапі такі пацієнти частіше переривають та/або припиняють курс лікування, і прихід за ліками може бути зумовлений тільки можливістю отримання будь-якої вигоди (набір продуктів, медична довідка, предмети гігієни тощо). Причини припинення лікування — часто брак віри в одужання, прагнення до вільного способу життя, зловживання алкоголем, втрата самокритики, байдуже ставлення до свого здоров'я тощо.

За даними Центру громадського здоров'я МОЗ України[5], аналіз соціальної структури вперше виявлених хворих на туберкульоз у 2015 році демонструє, що серед пацієнтів, які вперше захворіли, майже 75 % — представники соціально незахищених верств населення:

58,4 % — безробітні особи працездатного віку;

12,2 % — пенсіонери;

2,5 % — особи без постійного місця проживання;

1,0 % — особи, які повернулися з місць позбавлення волі.

Серед уперше зареєстрованих хворих на туберкульоз I та III категорій обліку 12,5 % — хворі, які зловживають алкоголем, та 3 % — споживачі ін'єкційних наркотиків, що свідчить про нагальну потребу подальшого впровадження програм соціальної підтримки пацієнтів, зокрема за умови активної участі інститутів громадянського суспільства.

За результатами дослідження особливостей поведінки та життєдіяльності хворих на туберкульоз[6], чинники, що впливають на ефективність лікування таких хворих, поділяють на соціальні та медичні. До найбільш значущих соціальних чинників зараховують: ставлення до лікування, дотримання режиму лікування, перебування у стаціонарі, а також рівень освіти, рівень доходів, соціальний статус, сімейний стан, рівень санітарної культури, умови життя. Медичні чинники: контакт із хворим на туберкульоз, вид медикаментнозної стійкості, час її виникнення, якість лабораторної діагностики, адекватність терапії, яку проводять, тривалість лікування і прихильність до курсу, наявність супутньої патології.

Чинники, що ускладнюють перебіг туберкульозного процесу і знижують ефективність лікування: належність до чоловічої статі, низький рівень доходів, куріння і зловживання алкоголем, важкі умови праці, низький рівень освіти, брак постійної роботи, самотність, неадекватне ставлення до лікування, супутні захворювання.

Також результати дослідження підтвердили існуючі в суспільстві уявлення про гендерні особливості ставлення до хвороби (гендерні стереотипи), а саме: «жінки серйозніше ставляться до свого здоров'я», «жінки більш акуратні в дотриманні схем лікування», «чоловіки більш поверхневі і невитримані у процесі лікування», «чоловікам більш властива свавільна поведінка та/або такі шкідливі й небезпечні її прояви, як алкоголь, наркотики».

За даними іншого дослідження з оцінки задоволеності хворих на туберкульоз доступністю та якістю ДОТ[7], прояви побічних ефектів переважають серед причин переривання лікування. Але ця причина зазвичай зумовлює короткострокові перерви в лікуванні (від 1—2 днів до 1 тиж).

Інші причини переривання лікування наведено рис. 1.

[5] Аналітично-статистичний довідник «Туберкульоз в Україні», 2015 рік.

[6] Демченко І., Пивоварова Н. Аналітичний звіт «Гендерні особливості поведінки та життєдіяльності пацієнтів, хворих на туберкульоз», 2013.

[7] Аналитический отчет «Оценка удовлетворенности пациентов доступностью и качеством предоставления ДОТС-ориентированных услуг в сфере ТБ», Аналитический центр «Социоконсалтинг» по заказу проекта USAID «Посилення контролю за туберкульозом в Україні».— К., 2013.

Причини переривання лікування осіб серед тих, хто переривав прийом основного курсу лікування (n = 79)

Більшість респондентів, які обрали альтернативу «інше», говорили про те, що їм стало краще, вони вирішили заробити гроші, «відпочити від лікарні», «відпочити від пігулок», «поїхати у відпустку» або у них «не витримали нерви».

Отже, серед хворих на туберкульоз переважають представники соціально незахищених верств населення, а саме — безробітні, малозабезпечені особи. Незначна кількість хворих на туберкульоз (близько 5—7 %) перебувають у складних життєвих обставинах: безпритульні, після позбавлення волі тощо. Близько 20 % хворих на туберкульоз зловживають алкоголем та наркотиками.

Крім того, значну частку причин переривання лікування або порушення режиму становлять причини психологічного характеру. Раптова інформація про хворобу неминуче породжує сильне потрясіння, страхи, невпевненість у завтрашньому дні, посилює занепокоєння і тривожність. Часто люди втрачають роботу, трапляються випадки загострення конфліктів із родичами і розривів сімейних стосунків. Хворі відчувають себе несправедливо викинутими зі звичного соціального середовища. У стаціонарі й під час амбулаторного лікування пацієнт повинен звикнути до режиму, до сусідів по палаті, свого нового статусу і тривалого лікування. Фізичні страждання від туберкульозу (інтоксикація, больовий синдром, порушення функцій органів) тільки погіршують психологічні проблеми.

Дослідження, проведені у 2012 р.[8] показали, що у 61 % опитаних пацієнтів відзначали тугу, тривогу, відчуття внутрішньої напруги, зниження самооцінки, депресію, слабкість, уникнення контактів, відмову від розваг, відчуття непотрібності, зниження інтересу до навколишнього світу. Їм було притаманне невдоволення собою, дратівливість, очікування біди, їх переслідували похмурі, негативні думки про себе і своїх близьких. Усі ці симптоми характерні для пацієнтів, які мають іпохондричне ставлення до хвороби. Для 10 % опитаних були притаманні надмірна емоційність, трагічність. Такі пацієнти сприймають хворобу як трагедію, живуть нею і прагнуть привернути увагу оточуючих. Ці хворі належать до істеричного типу реагування на хворобу. 7 % опитаних мали ейфорично-анозогнозичний тип реакції. Для них було притаманне ігнорування недуги, вони не виконували призначень лікаря, грубо порушували режим і завдавали шкоди своєму здоров'ю. Психастенічний тип реагування характеризується тривогою, суїцидальними думками й песимізмом. Серед опитаних цей тип виявлено у 7 % хворих. Для 15 % опитаних було характерне депресивноастенічне ставлення до хвороби, його ознаки: пригніченість, емоційна лабільність, розбитість, чутливість і роздуми.

Розглядаючи оцінку хворими своєї соціальної значущості за тестом А.І. Сердюка, хвороба впливає насамперед на їхнє ставлення до самого себе. У всіх опитаних спостерігалося відчуття втрати сили й енергії. Це зумовлено також тим, що туберкульоз супроводжується такими самими симптомами. 75 % опитаних відповіли, що через хворобу у них погіршилися стосунки в родині, вони відчували, що набридли своїм рідним і стали для них тягарем. Це означає, що хворі психологічно не стійкі, у них спостерігається різке зниження самооцінки і своєї значущості. 53 % опитаних змушені були відмовлятися від задоволень: уникали походів у гості, відмовляли собі в розвагах. 40 % пацієнтів вважали, що через хворобу не можуть побудувати кар'єри. Хвороба заважала їм досягти кращого становища у суспільстві і не давала змоги працювати там, де вони хотіли. 80 % опитаних сказали, що хвороба завдає їм матеріальних збитків і тому вони не можуть більше заробляти, адже відчувають фізичне нездужання, втому, млявість. 74 % опитаних зізналися в тому, що після захворювання помітили зміни у своїй зовнішності, вони стали неприємними для оточення. 90 % опитаних, хворих на туберкульоз, зазначили, що хвороба зробила їх нещасними і змусила почуватися не такими, як усі. Вони відчували, що віддаляються від людей, що хвороба заважала їм спілкуватися з оточенням.

Результати іншого дослідження[9] показали високий рівень особистісної тривожності, яка відображає схильність людини до емоційно негативних реакцій на різні життєві ситуації, що спричиняють загрозу для свого «Я» (самооцінки, рівня домагань, ставлення до себе). Люди з вираженою особистісною тривожністю мають стабільну схильність до реагування на подібні соціальні ситуації підвищенням тривоги та емоційною напруженістю, що супроводжується страхами, занепокоєнням, побоюваннями, які перешкоджають нормальній діяльності й спілкуванню з людьми. У 74,2 % хворих на туберкульоз середній рівень розвитку особистісної тривожності, у 14,5 % — високий, у 11,3 % — низький.

Також серед хворих (50 % респондентів) діагностовано легкий ступінь депресії невротичного

[8] Горбунова Н.В. Социально-психологические особенности пациентов, больных туберкулезом // Молодой ученый.— 2012.— № 11.— С. 350—353.

[9] Клинико-психологические особенности у больных различными формами туберкулеза легких. Сухоносов Г.В., Рублева Н.В., Коломиец В.М., ОГУЗПТД г. Белгород, кафедра фтизиопульмонологии ГОУВПОКГМУ, 2009.

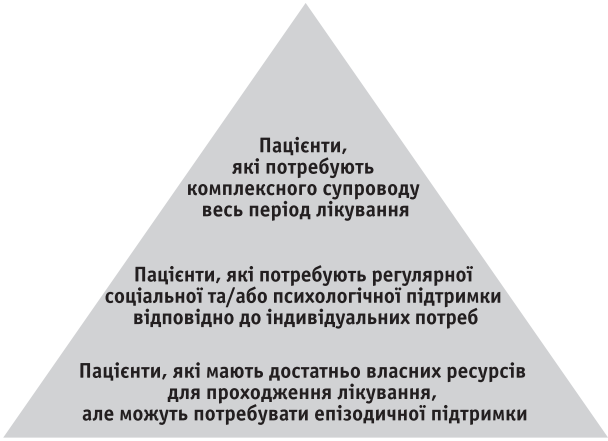

Рис. 2. **Піраміда прихильності лікування туберкульозу**

або ситуативного характеру, у 16,7 % — маскована депресію.

Психологічні стани, що розвиваються при захворюванні на туберкульоз, можна умовно поділити на психогенні, пов'язані із фактом виявлення хвороби, та органічні, що розвиваються у структурі самої хвороби. Також необхідно брати до уваги наявність групи ризику із психологічними порушеннями в анамнезі: черепно-мозкові травми, органічні захворювання головного мозку, алкогольна та наркотична залежності, патологія ендокринної системи, конверсійні розлади.

До психологічного симптомокомплексу, що найчастіше зустрічається у клініці туберкульозу, зараховують:

1. Астенічний синдром — як психогенно-реактивна астенія, що виникає на тлі відносно благополучного фізичного стану, так само, як і екзогенно-органічні астенічні стани, що виникають у міру прогресування захворювання і є одним із основних симптомів туберкульозу легень. Найбільш типова соматогенна астенія. Її виявляють значно раніше за будь-яку іншу симптоматику. Основні скарги в цей період: млявість, слабкість, підвищена виснаженість, наростаюче зниження працездатності — як розумової, так і фізичної, підвищена дратівливість, вегетативні порушення.
2. Депресивний синдром спостерігається зазвичай в легкому варіанті, хоч розвиток симптоматики туберкульозу, безробіття, обмежена соціальна підтримка обтяжують цей синдром. Депресивні реакції найчастіше виражені пригніченим станом, що нерідко супроводжується відчуттям тривоги, неспокою, пов'язаних із захворюванням, думками про безнадійність, приреченість, занепокоєнням і страхом не тільки за своє здоров'я, а й за здоров'я близьких людей, особливо дітей. У таких випадках депресивні реакції можуть супроводжуватися ідеями самозвинувачення і самопринижения. Іноді ці реакції досягають рівня вираженої реактивної депресії із суїцидальними думками і спробами. Часто буває тяжко диференціювати депресивні та астенічні порушення, у таких випадках використовують термін «астено-депресивний синдром».
3. У хворих на туберкульоз доволі часто спостерігається ейфорія, тобто невмотивовано гарний настрій, що не відповідає тяжкому загальному стану людини. Пацієнти стають добросердими, надзвичайно товариськими, багатослівними, рухливими, будують нереальні плани. Їм властива переоцінка своєї особистості, власних здібностей і можливостей, бракує критичного ставлення до власного хворобливого стану. Характерно, що такі стани можуть змінюватися дратівливістю аж до агресивних спалахів або байдужістю, так само як рухове занепокоєння — швидкою стомлюваністю і виснаженням. Вважають, що поява ейфорії, особливо при тяжких соматичних симптомах — несприятлива ознака, бо зазвичай свідчить про погіршення стану, пов'язаного посилення інтоксикації.
4. Спостерігаються також (особливо при інтоксикації) апатія, байдужість. Такі пацієнти майже весь час лежать, не виявляють жодних бажань і прагнень, ні до кого не звертаються, односкладно відповідають на запитання, справляють враження людей, глибоко байдужих як до свого стану, так і до оточуючих. Таким чином, психічні порушення, що виникають у клініці туберкульозу легень, в основному мають психогенний характер. Динаміка і характер цих розладів значно залежать від індивідуальних особливостей пацієнтів та умов їхньої соціальної адаптації. У міру погіршення соматичного стану на перший план виступають клінічні прояви астенічного синдрому.

Зважаючи на зазначені вище соціальні характеристики та психологічні причини, необхідно забезпечувати надання послуг соціально-психологічної підтримки пацієнтів, які хворіють на туберкульоз.

Однією з моделей формування прихильності до лікування туберкульозу є піраміда прихильності для пацієнтів, які мають різні чинники ризику порушення режиму лікування. Принцип організації протитуберкульозної допомоги відображено у вигляді піраміди, у верхній частині якої розміщені ресурсовитратні види допомоги, які спрямовані на утримання «складних» пацієнтів, більш схильних до відриву від лікування, або тих, які раніше мали перерви в лікуванні. Результати когортного дослідження пацієнтів демонструють, що переважна більшість хворих

мають достатньо власних ресурсів для проходження та завершення лікування, значна кількість пацієнтів потребують періодичної додаткової підтримки залежно від їхніх індивідуальних потреб (психологічна підтримка або соціальна). Але завжди існує певна кількість пацієнтів, які потребують комплексного супроводу й патронажу весь період лікування.

На наступному рисунку (рис. 3) як приклад наведено досвід діяльності БО «Партнери заради здоров'я»[10]. У нижній частині піраміди наведено перелік послуг для основної категорії пацієнтів, які більш адаптовані й мають змогу щодня приходити на пункти контрольованого лікування. Залежно від складності випадку пацієнта застосовують додаткові послуги та заходи.

Таким чином, завдання лікаря — оцінити у кожного пацієнта ризик порушення режиму лікування, його причини й визначити потреби в обсягах та формах соціально-психологічної підтримки. Для складних випадків необхідно залучити фахівців інших спеціалізацій, зокрема психологів і соціальних працівників.

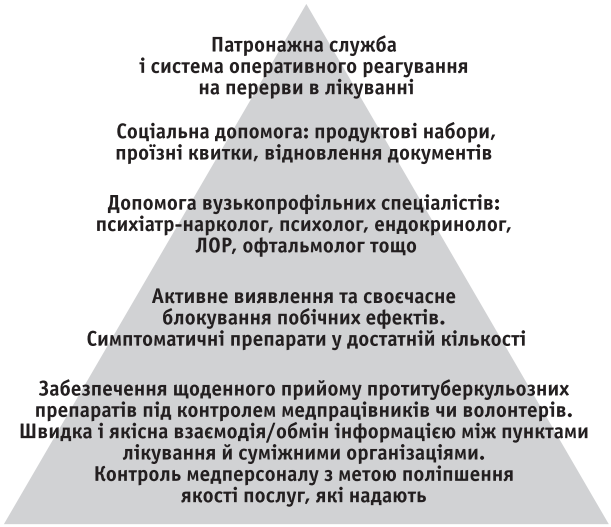

Рис. 3. **Програма «Супровід» або «Супутник»**

III. ОРГАНІЗАЦІЯ ПЕРЕНАПРАВЛЕННЯ ХВОРИХ МІЖ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА СОЦІАЛЬНИМИ СЛУЖБАМИ

Як було зазначено в попередніх розділах, усі пацієнти, які проходять лікування туберкульозу, потребують підтримки. Але зміст і форми надання такої підтримки залежать від стану конкретного пацієнта та його особистих мотивів проходження лікування.

Соціально-психологічна підтримка хворого на туберкульоз — це система заходів допомоги хворому, що включає надання консультативної, психологічної, інформаційної допомоги й матеріальне заохочення (за наявності ресурсів). Соціально-психологічна підтримка насамперед спрямована на дотримання режимів лікування та сприяє розв'язанню деяких соціально-економічних проблем пацієнтів, що мають ризик порушення режиму або припинення лікування. Надання соціальної та/або психологічної підтримки обов'язково починається з індивідуальної оцінки стану й потреб пацієнта.

Первинна оцінка пацієнтів, які проходять лікування туберкульозу, щодо ризиків переривання лікування

На початку амбулаторного лікування туберкульозу рекомендується проводити первинну оцінку для визначення можливих ризиків відмови від лікування, включно з оцінкою психоемоційного стану та потреби в інформації. До первинної оцінки також мають бути включені показники основних складних життєвих обставин, які дадуть змогу визначити, чи потребує пацієнт перенаправлення до соціальної служби, психолога для надання допомоги у подоланні труднощів.

Орієнтовний перелік складних життєвих обставин[11]:

- нарко- та алкозалежність;
- безробіття;
- ВІЛ-інфекція;
- безпритульність;
- звільнення після відбування покарання у місцях позбавлення волі;
- малозабезпеченість;
- порушення прав та юридичні проблеми;
- психологічні проблеми.

Мета первинної оцінки — визначити основні соціальні й психологічні чинники у конкретного пацієнта, що можуть становити ризики для порушення режиму або переривання лікування.

Первинну оцінку проводять за стандартною формою, яка включає контактну інформацію пацієнта, соціальні характеристики, наявність складних життєвих обставин, оцінку психологічног о стану для виявлення депресивних розладів, що можуть вплинути на подальше лікування.

Первинну оцінку ризиків переривання лікування робить фтизіатр, який проводить медичне спостереження за пацієнтом під час амбулатор-

[10] Детальніше з методологією та результатами проекту можна ознайомитися в публікації «Психосоциальная помощь больным туберкулезом в Российской Федерации», сборник статей. М., 2013. Розроблено в рамках проекту «Ефективний контроль за туберкульозом в РФ», який реалізовували Фонд «Российское здравоохранение» та БО «Партнеры во имя здоровья».

[11] У форми первинної документації та звітності з туберкульозу також включені деякі соціальні характеристики хворого на туберкульоз (тобто форма ТБ01-1), але цю інформацію використовують переважно як статистичну, вона не передбачає комплексного соціально-психологічного обстеження пацієнта й подальших рекомендацій щодо супроводу під час лікування.

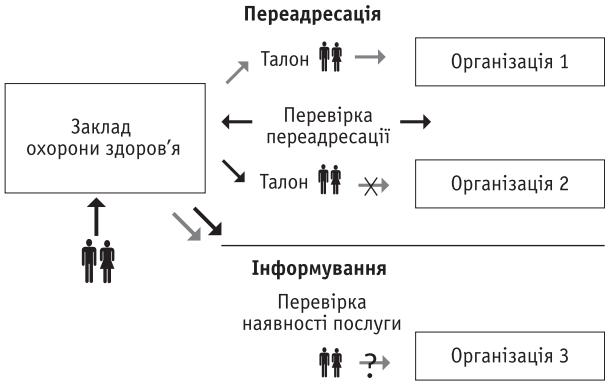

Рис. 4. **Перенаправлення клієнта**

ного лікування. Первинну оцінку проводять на початку амбулаторного лікування.

За результатами первинного оцінювання фтизіатр робить висновки щодо необхідності соціальної підтримки пацієнта або надання допомоги психолога. Залежно від наявності складних життєвих обставин й інших соціальних характеристик пацієнтові пропонують ознайомитися з інформацією щодо чинних соціальних та інших послуг і контактами надавачів цих послуг для звернення за отриманням необхідної допомоги.

За результатами обстеження психологічного стану пацієнта, яке передбачене у формі первинної оцінки, пацієнтові можуть порекомендувати звернутися до психолога, який працює в закладі охорони здоров'я, або до психолога соціальної служби, громадської організації.

Надалі психологічну діагностику пацієнтів проводить психолог.

Під час візитів пацієнта для проходження регулярного медичного обстеження лікар може провести повторну оцінку ризиків у разі змін соціально-психологічного стану пацієнта (як позитивних, так і негативних). За результатами повторної оцінки пацієнтові можуть запропонувати звернутися за іншими соціальними послугами, в яких виникла потреба у процесі лікування.

Алгоритм перенаправлення пацієнтів для отримання інших послуг

Зрозуміло, що забезпечити повний спектр послуг (і медичних, і соціальних) неможливо у рамках однієї організації/установи. Отже, для задоволення різноманітних потреб клієнта необхідно організувати систему перенаправлення.

Перенаправлення здійснюють у тих випадках, коли послуга за запитом клієнта не може бути надана суб'єктом надання послуги. Залежно від потреб клієнта перенаправлення може бути реалізовано як інформування про наявні послуги або переадресація.

Якісна переадресація включає контакт з установою/закладом/організацією, куди здійснюють перенаправлення, домовленість про прийом конкретного клієнта, транспортування або супровід клієнта до установи (за потреби), а також перевірку факту і результату надання послуги.

Перенаправлення відрізняється від інформування — простого надання інформації про наявність послуги в іншій установі. Надання інформації, зокрема по телефону, про інші партнерські установи й організації, де клієнт може отримати послугу без супроводу цього процесу, є інформаційною послугою.

Ключові принципи перенаправлення

- Перенаправлення здійснюють лише за умови згоди пацієнта та за нагальної потреби в домовленості про його прийом чи супровід до відповідної організації/закладу.
- Пацієнт має усвідомлювати можливість повідомлення сторони, куди здійснюють направлення, про його статус і бути до цього готовим. У всіх випадках, коли пацієнта потрібно перенаправити, але контакт із установою, до якої здійснюють перенаправлення, неможливий через відмову хворого відкрити третім особам інформацію про хворобу або життєві обставини, йому надають інформаційну послугу — повідомляють, де він може отримати необхідну допомогу і як туди звернутися.
- Перенаправлення здійснюють заклади, установи й організації незалежно від форми власності. Між суб'єктами надання послуг, які здійснюють перенаправлення, має бути узгоджено порядок взаємодії (талони, комунікація, перевірка факту отримання послуги тощо). Ці питання можуть бути врегульовані у дво- або багатосторонніх угодах про співпрацю, в яких зазначають можливість надання послуг із перенаправлення.
- Пацієнт, що потребує послуги, яка не може бути надана суб'єктом надання послуг, до якого він звернувся, але надається іншою установою/закладом/організацією, отримує талон перенаправлення.
- Регулярно потрібно проводити перевірку кількості виданих талонів перенаправлення та кількість послуг, наданих за результатами перенаправлення.

Для ефективного впровадження послуг на рівні області (райцентрів, міст і сіл) важливо враховувати територіальний аспект.

На базі центральної районної лікарні районного центру зазвичай існує власне протитуберкульозне диспансерне відділення. У протитуберкульозному відділенні лікарі-фтизіатри проводять діагностику й амбулаторне лікування хворих на

туберкульоз. На базі міських амбулаторій загальної практики — сімейної медицини (ЗПСМ), сільських амбулаторій ЗПСМ та фельдшерсько-акушерських пунктів (ФАП) створено пункти контрольованого лікування туберкульозу (ДОТ), де забезпечують контроль за прийомом ліків у пацієнтів. Дільничний фтизіатр, який лікує і спостерігає пацієнта, повинен передати до ЗПСМ (дільничному терапевту або відповідальному представнику) необхідні препарати на місяць (які зберігаються у відповідальної особи закладу) та індивідуальну картку обліку хворого (ТБ01), в якій медична сестра ЗПСМ, дільничного терапевта або фельдшер ФАПу відмічає прийом хворим на ТБ ліків. Не рідше ніж 1 раз на місяць пацієнт, який отримує контрольоване лікування в закладах ПМД, має бути оглянутий дільничним фтизіатром для моніторингу та корекції лікування. Форма надання ДОТ-послуг повинна бути орієнтована на пацієнта. Умови лікування, періодичність лікування організовуються таким чином, щоб лікування було якомога зручнішим для хворого на ТБ. Хворий на ТБ, лікар, і за необхідності, соціальний працівник беруть участь у прийнятті рішення з цього приводу. Таким чином забезпечується процес контрольованого лікування та формування прихильності до лікування у зручному для пацієнтів місці. Після завершення лікування пацієнта скеровують до дільничного фтизіатра й передають йому форму ТБ01.

Далі буде