

**А. О. Михайлова**  
**ВПЛИВ ІНФОРМАЦІЙНО-ОСВІТНЬОЇ РОБОТИ**  
**НА ЗМЕНШЕННЯ ЧАСТОТИ ДОСТРОКОВОГО ПРИПИНЕННЯ ЛІКУВАННЯ**  
**ХВОРИМИ НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ**

*КУ СТМО «Фтизіатрія»*

З 2006 року Україна розробила та застосовує нову стратегію ефективної боротьби з туберкульозом, запроваджує нові підходи до боротьби з туберкульозом, які ґрунтуються на ДОТС-стратегії, адаптованій до українських національних умов [1, 2]. Одним із компонентів стратегії боротьби з туберкульозом в Україні є безпосередня робота з хворими, яка включає в себе гуманне та поважне відношення до пацієнта, його медико-санітарне освічення, соціальну підтримку. Цей же підхід у боротьбі з туберкульозом, який орієнтований на пацієнта, зараз є одним із шести компонентів Стратегії СТОП ТБ в Глобальному плані «Зупинити туберкульоз 2006–2015» [1, 2].

Нова стратегія ефективної боротьби з туберкульозом першочергове значення надає організації лікувального процесу за міжнародними стандартами, оскільки досягнення виліковування у 85,0 % випадків і більше серед нових хворих та на рецидив є єдиним і головним критерієм в розриві епідемічного ланцюга і суттєвого позитивного впливу на епідемічний процес. В припиненні розповсюдженості туберкульозу важливу значимість надають ефективному лікуванню бактеріовиділювачів [3]. Одна з провідних причин несприятливих наслідків туберкульозу — дострокове припинення пацієнтами протитуберкульозного лікування [3, 4, 5].

Рівень належного відношення до виконання лікарських рекомендацій в охороні здоров'я недостатній: приблизно 1/5 всіх хворих на туберкульоз не виконує призначення лікаря [6]. В працях закордонних дослідників, які висвітлюють прихильність хворого призначеній терапії, вона визначена як комплаєнтність (compliance, англ. згода), під якою розуміють ступінь готовності пацієнта виконувати лікарські рекомендації [6, 7, 8]. Доля вперше виявлених хворих на туберкульоз, які достроково припинили стаціонарне лікування, складає приблизно від 20 до 50 %. Інформаційно-освітня робота з пацієнтами є засобом формування відповідального відношення хворих на туберкульоз до лікування [4, 5].

Оцінюючи рівень захворюваності та результати лікування, ми спостерігаємо небажання хворих звертатися за допомогою, обстежуватися, лікуватися та всілякі спроби уникати контакту з лікарем. Однією з основних причин такого негативного та безвідповідального відношення до свого здоров'я є явище ігнорування туберкульозу хворими. Туберкульоз легень призводить до зміни структури особистості, порушує міжособистісні взаємовідношення. Втрата віри в сприятливий кінець захворювання створює перепони для адекватної терапії, соціальна дезадаптація проявляється в нехтуванні правилами осо-

бистої гігієни. Для підвищення ефективності лікування хворого на туберкульоз необхідна їх психологічна корекція [9].

В цьому випадку основну роль відіграють інформаційна недостатність, дезінформація, а з цього випливає стигматизація осіб, які страждають подібними захворюваннями. А це формує несприятливу атмосферу для ефективного лікування та припинення розповсюдженості туберкульозу в суспільстві [10]. Лікарям-фтизіатрам дуже важливо налагодити з хворими на туберкульоз особистий контакт, враховуючи психологічний портрет осіб, які достроково припинили лікування, та депресивний стан пацієнтів [4]. Завданням фтизіатра є правильно вибрати стратегію консультування хворого та направити пацієнта на довготривале протитуберкульозне лікування.

Мета дослідження: визначити основні перешкоди для проведення контрольованого лікування в амбулаторних умовах та довести позитивний вплив інформаційно-освітницької роботи на невилікування дострокового припинення лікування хворими на вперше діагностований туберкульоз легень.

**Матеріали і методи дослідження.** Об'єктом вивчення стали пацієнти протитуберкульозних закладів Запорізької області, з якими проводили анкетування методом випадкового відбору.

Критерії включення — цільовими групами соціологічного опитування є:

- вперше виявлені хворі на туберкульоз легень з деструкцією та бактеріовиділенням, які тільки розпочали основний курс лікування;
- вперше виявлені пацієнти з туберкульозом легень з деструкцією та бактеріовиділенням, що закінчили основний курс лікування і отримували інформаційно-психологічну допомогу на всіх етапах лікування;
- вперше виявлені хворі на туберкульоз легень з деструкцією та бактеріовиділенням, які достроково припинили лікування.

Критерії виключення — небажання пацієнта брати участь в опитуванні.

Для пацієнтів розроблена анкета за технічної підтримки ВООЗ, що включала соціально-демографічні дані, інформацію про рівень обізнаності пацієнтів, причини відмови від лікування та ін. Анкетування проводилось інтерв'юером, анонімно (без збору персональної інформації про хворих).

Відомості про хворих отримані при вивченні наступних документів: медична карта хворих на туберкульоз (форма № 081/0); журнал реєстрації хворих на туберкульоз (форма № 03-ТБ/0); статистичних карт вибулих із стаціонару (форма № 066/0); медична карта лікування

хворого на туберкульоз (форма № 01-ТБ/0); медичних карт стаціонарних хворих (форма № 003/0); щорічних звітів закладу; щомісячних звітів з соціальної підтримки хворих на туберкульоз, які знаходяться на амбулаторному етапі лікування.

Для обробки первинної соціологічної інформації використано комп'ютерний програмний продукт «SPSS під Windows 8,0».

В дослідження включені 195 пацієнтів Запорізької області, у яких вперше виявили туберкульоз легень з деструкцією та бактеріовиділенням, що були зареєстровані для лікування з 2007 до 2010 рр. Першу групу склали 70 пацієнтів, з якими проводили інформаційно-освітню роботу в протитуберкульозних закладах. Другу, контрольну, групу склали 65 пацієнтів, які отримували інформацію про туберкульоз традиційним методом (самостійно із засобів масової інформації, від пацієнтів, друзів та родичів). Третю групу склали 60 пацієнтів, які перервали основний курс лікування. При аналізі використовувалися такі критерії перерваного лікування: виписка із стаціонару за самовільне припинення лікування або порушення лікарняного режиму пацієнтом, який не отримав 90 доз протитуберкульозних препаратів.

### Результати дослідження

Середній вік обстежених першої та другої груп хворих складав приблизно ( $39 \pm 4,3$ ) років (без суттєвих розбіжностей між групами). З них чоловіки склали 73,5 %, жінки — 26,5 %. Освіта середня та нижче середньої була у 50,0 % респондентів, середня технічна — 38,0 %, незакінчена та закінчена вища освіта — 12,0 %. Соціально-професійний статус респондентів: робітники — 32,0 %, фахівці — 8,0 %, службовці — 6,6 %, медичні працівники, викладачі — 5,0 %, підприємці — 4,4 %, непрацюючі (пенсіонери, інваліди, безробітні, домогосподарки) — 44,0 %. Місце проживання: м. Запоріжжя — 32,5 %, інші міста — 32,7 %, село — 34,8 %.

Соціальний портрет третьої групи — особи, які достроково припинили лікування, складався таким чином: середній вік приблизно ( $45 \pm 4,6$ ) років, 89,1 % опитаних склали чоловіки, 68,2 % — непрацюючі, 56,2 % зловживали алкогольними напоями, 35,1 % у минулому знаходились в місцях позбавлення волі, 5,1 % не мали постійного місця проживання.

Серед клінічних форм провідною була інфільтративна форма — 78,9 % в першій, 78,5 % — у другій та 78,0 % — у третій групах.

Аналіз причин відсутності ефекту від лікування в 2007 р. у хворих на вперше діагностований туберкульоз показав, що більш ніж у половини випадків (52,3 %) були відривки хворих від лікування. Розуміння проблем, з якими зустрічається хворий на туберкульоз в період хіміотерапії, може поліпшити організацію протитуберкульозної допомоги хворим. Після анкетного опитування пацієнтів третьої групи ( $n=60$ ) виявили наступні основні причини дострокового припинення лікування (рис. 1) (хворі могли надати різні відповіді на питання в декількох комбінаціях):

– необхідність заробляти кошти на прожиття — 43,1 % (треба заробляти гроші, необхідність бути на роботі);

– недостатнє проведення медико-санітарного інформування хворих на туберкульоз — недостатні знання про туберкульоз та його лікування — 23,2 % (вважають себе здоровими);

– відсутність комфортних умов перебування в цілодобових протитуберкульозних стаціонарах — 22,1 %;

– сімейні обставини (довготривале відлучення від сім'ї на період лікування, незмога залишити домашнє господарство) — 16,2 %;

– зловживання спиртними напоями (замість ліків віддають перевагу алкоголю) — 10,1 %;

– не бажають лікуватися без пояснення причин — 2,1 %.



Рис. 1. Відповіді хворих, які достроково припинили лікування, на питання: «Чому Ви достроково припинили лікування?», %

Вивчення цього питання показало, що найчастішою причиною припинення лікування була нестача грошей (пошук роботи, відсутність коштів для прожиття, страх втратити роботу) — 43,3 %. Це означає, що хворі на туберкульоз, які припиняють лікування, це особи, які відносяться до більш вразливих та соціально-дезадаптованих груп населення (непрацюючі, ті що не мають постійного місця проживання, звільнені в минулому з місць позбавлення волі, зловживали алкоголем). А ці висновки вказують на необхідність впровадження програми соціальної підтримки хворих на туберкульоз для підвищення мотивації до одужання та виконання режиму лікування.

На другому місці серед причин самовільного припинення лікування була велика питома вага хворих, які заперечували своє захворювання (23,0 %). В літературі така поведінка хворих пояснюється запереченням свого захворювання із-за стигматизації, страху втратити роботу, страху дискримінації в суспільстві. В цьому випадку основну роль відіграють інформаційна недостатність, дезінформація, з чого і випливає стигматизація осіб, які страждають подібними захворюваннями.

Вивчення факторів, що впливають на відношення до лікування вперше виявленого хворого на туберкульоз, направило на пошук засобів, які б скоротили дострокову виписку пацієнта із стаціонару, та було основою для розробки системи формування інформаційного поля пацієнта. В даній методиці фактором впливу на пацієнта є інформація, яка містить всю логічну модель картини хвороби. Цикл навчання включає 6 занять по 20-25 хвилин кожне, яке проводилося 1 раз на тиждень в умовах Запорізького обласного протитуберкульозного клінічного диспансеру індивідуально. В структурі занять 70,0 % займало вербальне навчання — надання інформації та 30,0 % інтерактивне — відповіді на питання пацієнта, анкетування. Лікувальна інформація надавалась

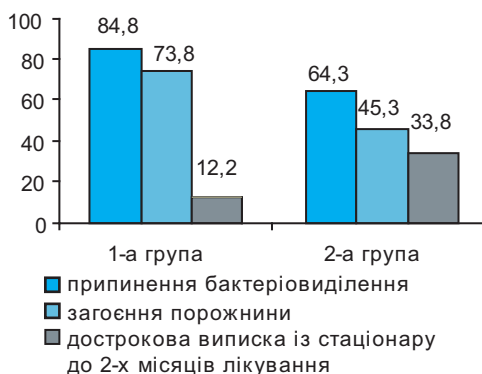
вербальним та візуальним засобами (наглядні матеріали, фільми, брошури). На кожному занятті обговорювались питання щодо працевлаштування, бесіди щодо корекції сімейних відношень.

До початку навчання проводиться тестування пацієнта з використанням розробленого діагностичного комплексу для виявлення осіб з підвищеним ризиком відриву від лікування. На основі тестування із 70 осіб із першої групи виділена група із 19 осіб (27,1 %) з низькою прихильністю до лікування. З цими пацієнтами проводили додатково індивідуальну роботу у вигляді бесід по 10-15 хвилин з метою закріплення інформації.

Програма навчання включає загальні поняття про захворювання та детальне висвітлення питань лікування, правил профілактики, поведінки хворого в стаціонарі та в сім'ї. При зіставленні початкового рівня знань пацієнтів про туберкульоз в середній кількості вірних відповідей на першому етапі між першою та другою групами суттєвих розбіжностей не виявлено. А при кінцевому тестуванні було отримано 93,0 % правильних відповідей в першій групі та 54,0 % — у другій.

Порушували стаціонарний режим 22 пацієнти (33,8 %) другої групи та 9 (12,2 %) першої групи. При порівнянні показників частоти «самовільно покинули стаціонар» та «вживання алкоголю» в якості причин виписки із стаціонару виявлено, що у другій групі вони зустрічалися з однаковою частотою, тоді як у першій перевищувало самовільне залишення відділення — 16 (24,6 %). Можна думати, що система формування інформаційного поля впливає на прихильність лікування, але не змінює відношення хворого до супутніх зловживань. Тому, до таких пацієнтів необхідно застосовувати і інші методи впливу для мотивації зміни їх поведінки.

Результати порівняння ефективності стаціонарного етапу лікування хворих першої та другої груп за основними критеріями її оцінки на момент виписки із стаціонару показані на рис. 2.

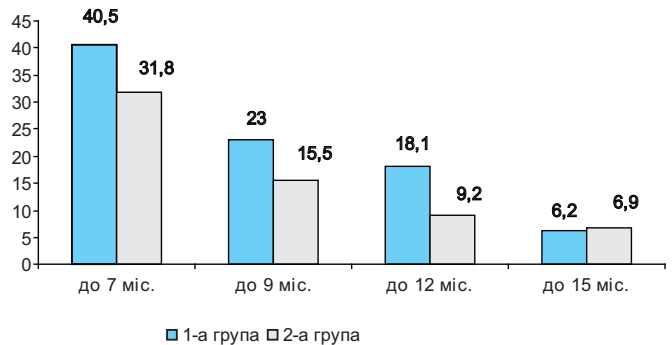


**Рис. 2. Основні показники ефективності стаціонарного лікування хворих, %**

Проведений порівняльний аналіз тривалості лікування за стандартними схемами хіміотерапії у хворих основної та контрольної груп. При цьому аналізували такі критерії: завершення лікування після 15 місяців, ефективність лікування, відрив від лікування, смертність та вибуття хворого із району (області).

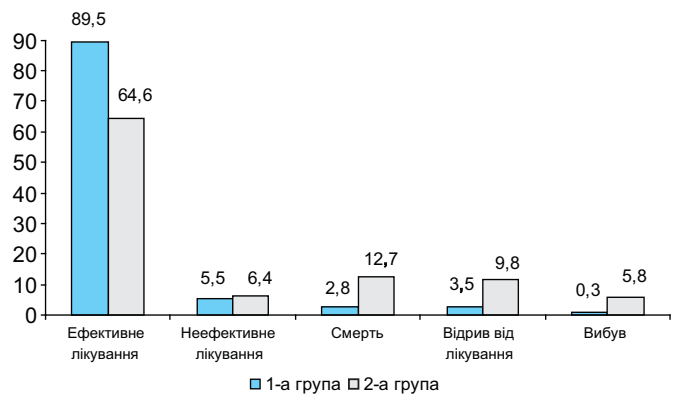
Дані, які видно на рисунку 3, наглядно показують відповідність строків лікування у пацієнтів 1-ої групи

спостереження. При наданні інформаційно-консультаційної допомоги хворим відмічається скорочення строків лікування хворих на туберкульоз. Кількість пацієнтів, які повністю завершили лікування в строки до 7 місяців, була вищою в 1-ій групі (40,5 %), порівняно з даними у 2-ій групі (31,8 %).



**Рис. 3. Розподіл хворих за тривалістю лікування, %**

Ефективність через 12-15 місяців лікування була також вищою серед пацієнтів 1-ої групи (89,5 %) порівняно з 2-ою групою (64,6 %) (рис. 4).



**Рис. 4. Розподіл хворих за критеріями дослідження, %**

На момент завершення курсу хіміотерапії лікування було ефективним за критеріями припинення бактеріовиділення та загоєння деструкції легеневої тканини у 89,5 % пацієнтів 1-ої групи та 64,6 % хворих 2-ої групи. Дані про неефективне лікування у хворих обох груп розрізняються не дуже, що можна пояснити індивідуальними особливостями перебігу специфічного процесу та характером стійкості МБТ до протитуберкульозних препаратів.

Суттєво відрізняється кількість відривів від лікування та число вибулих хворих в основній та контрольній групах.

Таким чином проведення інформаційно-освітньої роботи з пацієнтами має позитивний вплив на зменшення частоти дострокового припинення лікування хворими. Аналіз результатів впровадження системи інформаційного впливу продемонстрував її високу ефективність в підвищенні рівня знань хворих про своє захворювання, що привело до збільшення кількості пацієнтів, які регулярно отримують протитуберкульозну терапію, та зниженням осіб, які достроково виписані із стаціонару.

**Висновки**

1. Серед пацієнтів, які достроково припиняють лікування, значну частку складають уразливі та соціально-дезадаптовані групи населення: 68,0 % — непрацюючі, 56,0 % — зловживали алкогольними напоями, 35,0 % — у минулому знаходились в місцях позбавлення волі, 5,0 % — не мали постійного місця проживання.

2. Найчастішими причинами припинення лікування були фінансові труднощі (43,0 %) та інформаційна недостатність і дезінформація (23,0 %). На прихильність до лікування хворих на туберкульоз найбільше впливають особливості психологічного та соціального статусу.

3. Система інформаційного навчання пацієнтів дозволила підвищити рівень їх обізнаності до 93,0 % при контрольному тестуванні проти 54,0 % при традиційній системі інформування.

4. Доведено, що застосування системи інформаційного впливу на вперше виявлених хворих на туберкульоз легень дозволило понизити кількість осіб, які порушують режим стаціонарного лікування в 2,77 разу, або з 33,8 % в другій (контрольній) групі до 12,2 % в першій (основній) групі; підвищити ефективність стаціонарного лікування на 28,5 % за закриттям деструкцій та на 20,5 % за негативацією мазка мокротиння методом простої бактеріоскопії.

5. При наданні інформаційно-консультативної допомоги хворим відмічається скорочення строків лікування хворих на туберкульоз: кількість пацієнтів, які повністю завершили лікування в строки до 7 місяців, була вищою в 1-й групі (40,5 %) порівняно з 2-ю групою (31,8 %).

6. Ефективність лікування через 12–15 місяців лікування була також вищою серед пацієнтів 1-ої групи (89,5 %) порівняно з 2-ю групою (64,6 %).

**ЛІТЕРАТУРА**

1. *Фещенко, Ю. І.* Сучасна стратегія боротьби з туберкульозом в Україні: [Виробниче видання] / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник // *К.: Здоров'я*, 2007. — С. 55–82.
2. *Фещенко, Ю. І.* Перспективи контролю за туберкульозом в Україні [Текст] / Ю. І. Фещенко, Л. В. Турченко, В. М. Мельник // *Український пульмонологічний журнал*. — 2005. — № 3. — С. 5–10.
3. *Борисов, С. Е.* Досрочное прекращение лечения в противотуберкулёзных стационарах [Текст] / С. Е. Борисов, Е. М. Белиловский, Ф. Кук, Ш. Шайкевич // *Пробл. туб.* — 2007. — № 6. — С. 17–25.
4. *огородская, Е. М.* Формирование у больных туберкулёзом стимулов к выздоровлению и соблюдению режима химиотерапии [Текст] / Е. М. Богородская, И. Д. Данилова, О. Б. Ломакина // *Пробл. туб.* — 2007. — № 3. — С. 46–64.
5. *Сухова, Е. В.* «Фтиза-школа» — система комплексного воздействия на больного туберкулёзом [Текст] / Е. В. Сухова // *Пробл. туб.* — 2004. — № 12. — С. 35–40.

6. *Cuneo, W. D.* Enhancing patient compliance with tuberculosis therapy [Text] / W. D. Cuneo, D. E. Snider // *Clin. Chest. Med.* — 1998. — № 10. — P. 375–380.
7. *Сенкевич, Н. Ю.* Оценка влияния образовательных программ в пульмонологии (астма-школ) на качество жизни больных бронхиальной астмой [Текст] / Н. Ю. Сенкевич, А. С. Белевский, А. Г. Чучалин // *Пульмонология*. — 1997. — № 3. — С. 18–22.
8. *Johansson, E.* Staff and patient attitudes to tuberculosis and compliance with treatment: an explanatory study in a district in Vietnam [Text] / E. Johansson, V. K. Diwan, N. D. Huong, B. M. Ahlberg // *Tub. and Lung Diseases*. — 1996. — Vol. 77, № 2. — P. 178–183.
9. *Гнездилова, Е. В.* Фтиза-школа как способ психологической и социальной коррекции больных туберкулёзом лёгких [Текст] / Е. В. Гнездилова // *Пробл. туберкулёза*. — 2002. — № 8. — С. 11–12.
10. *Dimitrova, B., Balabanova D., Atun R.* et al. Health service providers perceptions of barriers to tuberculosis care in Russia [Text] / B. Dimitrova, D. Balabanova, R. Atun // *Health Policy Plan.* — 2006. — Vol. 21, № 4. — P. 265–274.

**ВЛИЯНИЕ ИНФОРМАЦИОННО-ПРОСВЕТИТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ НА УМЕНЬШЕНИЕ ЧАСТОТЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО СОКРАЩЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВПЕРВЫЕ ДИАГНОСТИРОВАННЫМ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ**

**А. А. Михайлова**

*Резюме*

Установлено, что в 23,0 % случаях причинами прекращения лечения туберкулёза лёгких является информационная недостаточность и дезинформация больных. Система информационного обучения пациентов позволила повысить уровень осведомлённости пациентов до 93,0 % при контрольном тестировании против 54,0 % при традиционной системе информирования. Применение системы информационного влияния на больных с впервые диагностированным туберкулёзом лёгких позволило снизить количество лиц, которые нарушают режим стационарного лечения с 33,8 % во второй (контрольной) группе до 12,2 % в первой (основной) группе; повысить эффективность стационарного лечения на 28,5 % по закрытию деструкций и на 20,5 % по негативации мазка мокроты методом простой бактериоскопии.

**INFLUENCE OF EDUCATION ON THE RATE OF EARLY TERMINATION OF TREATMENT IN PATIENTS WITH NEWLY DIAGNOSED PULMONARY TUBERCULOSIS**

**A. A. Michajlova**

*Summary*

It is recognized that 23% cases of early termination of treatment are due to poor patient' information. An educational system have helped to raise the level of knowledge up to 93% of versus 54% in the control group of patients which used to get information in traditional way. The use of educational system allowed to reduce the number treatment violations from 33.8 % in control group to 12.2 % in study group, and to increase an effectiveness of in-patient treatment on 28.5 % (healing of destructive lesions) and 20.5 % (smear conversion).