

Ю. О. Сенько
**ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ПАЦІЄНТІВ, ХВОРИХ
НА МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ**

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України»

Перші 2–3 міс лікування мультирезистентного туберкульозу легень емоційний стан пацієнтів визначається необхідністю адаптації до нової життєвої ситуації у зв'язку з хворобою. Госпіталізація, перспектива тривалого перебування в стаціонарі, суб'єктивне відчуття вітальної загрози, різке порушення планів і невизначеність переживаються як важкий стрес, що різко знижує якість життя. Симптоми психологічного неблагополуччя проявляються в тривожно-депресивних переживаннях, страху, емоційній неврівноваженості, підвищеній недовірливій увазі до фізичних відчуттів, сензитивності, зниженні самоконтролю аж до суїцидальних тенденцій. Інтенсивність подібного стану значно посилюється при появі побічних ефектів від протитуберкульозних препаратів, що в свою чергу, погіршує їх індивідуальну переносимість [1, 5].

Захворювання на туберкульоз легень необхідно розглядати як психотравмуючу ситуацію, що обумовлює специфічні емоційні реакції, поведінку, які здатні змінювати світогляд, ставлення людини до дійсності. «Потрясіння» при повідомленні діагнозу багато в чому обумовлено і соціальною стигматизацією захворювання ÷ поширеними стереотипними асоціаціями туберкульозу із соціальним неблагополуччям, асоціальним способом життя. Виникає страх за своє здоров'я і здоров'я близьких у зв'язку з їх потенційним зараженням, що також підсилює психологічну травматизацію [7].

На слідуючих етапах лікування (4–15 міс) не у всіх пацієнтів спостерігаються позитивні зміни в психологічному стані, не рідко відбувається кумуляція емоційного напруження і поглиблення невротичних розладів, що несприятливо відображається на ефективності медикаментозної терапії.

Особливу актуальність в ситуації інфекційного захворювання має проблема внутрішньої стигматизації, пов'язана із сприйнятливостю до існуючих в суспільстві уявлень про туберкульоз, як хвороби неблагополучних і асоціальних осіб. Негативні асоціації породжують у пацієнта почуття сорому, вини, страху, почуття себе «ізгоєм» суспільства і прагнення приховати захворювання.

Негативне самосприйняття, як наслідок внутрішньої стигматизації супроводжується ворожістю і підозрілістю до оточуючих, соціальною ізоляцією.

Тому доцільність надання психологічної підтримки пацієнтів соматичного профілю в теперішній час не викликає сумнівів. У фтизіатрії необхідність психологічного супроводу лікувального процесу досить актуальна. Проте, не дивлячись на безсумнівну затребуваність пси-

хологічної допомоги для хворих на МРТБ легень, вона надається явно в недостатньому обсязі [2, 3, 4].

Психологічний супровід пацієнтів в даний час визнається невід'ємним елементом системи відновного лікування при туберкульозі легень. Однак сучасні програми психосоціальної підтримки хворих на туберкульоз легень орієнтовані в основному на зміцнення їх прихильності до складної схеми протитуберкульозної хіміотерапії, що вирішується переважно наданням пацієнтам соціально-економічної допомоги в період лікування. Власне психологічна робота обмежується інформуванням пацієнтів про природу даного інфекційного захворювання і заходами по ослабленню стигматизації хворих в сім'ї і сфері професійної діяльності. Обсяг і зміст психотерапевтичної діяльності настільки невеликі, що не вимагають безпосередньої участі фахівця психолога і можуть успішно виконуватися лікарями фтизіатрами чи медичними сестрами, що пройшли короткий курс відповідної підготовки [7].

Приводом звернення хворих на туберкульоз легень за психологічною допомогою до фахівця, як правило, являються різні прояви астено-невротичного стану (страх, тривога, знижений фон настрою, підвищене роздратування, розлади сну і апетиту), негативний досвід міжособистісного спілкування з іншими пацієнтами, а також актуальні життєві проблеми. Системний характер реабілітаційних завдань по нормалізації психологічного статусу пацієнтів, підвищення рівня функціонування передбачає як індивідуальну, так і групову форми роботи [8].

Мета дослідження — вивчити вплив психологічної підтримки на психоемоційний стан пацієнтів та підвищення прихильності хворих до лікування, рівня знань хворих щодо туберкульозу та стигматизації.

Матеріали і методи

Було проведено проспективне операційне дослідження щодо визначення прихильності хворих до медикаментозного лікування, встановлення рівня знань пацієнтів про туберкульоз, рівня стигматизації та ступеня порушення їх психоемоційного стану на початку стаціонарного лікування, та перед випискою із стаціонару. У дослідження включили 172 пацієнти на мультирезистентний та з розширеною резистентністю туберкульоз, котрі отримували лікування на базі клініки ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМНУ» (далі — НІФП НАМНУ) за індивідуалізованими режимами антимікобактеріальної терапії (АМБТ) відповідно до рекомендацій ВООЗ із включенням бедаквіліну в рамках проекту ChallengeTB, що реалізується в Україні організацією PATH за кошти USAID.

Дослідження проводили шляхом первинного (на початку лікування) анкетування усіх хворих, що отримували лікування із бедаквіліном, та повторного анкетування — на момент виписки з НІФП НАМНУ.

Анкетування проводилось за наступними формами (однакові для первинного та повторного анкетування): 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) [6].

В процесі лікування в НІФП НАМНУ проводився цикл групової психологічної корекції, що складався з лекційних занять про туберкульоз тривалістю 1,5–2 години, в ході яких обговорювалися актуальні для більшості учасників питання: очікування від лікування, психологічні фактори ефективності і переносимості хіміотерапії, перспективи повернення до повноцінного соціального функціонування після виписки, можливості збереження або переорієнтації професійної діяльності тощо.

Групове психологічне консультування допомагає учасникам групової роботи заглиблюватися у власний досвід, досліджувати як позитивні, так і негативні його сторони. Досвід відкритого спілкування призводить до зміни стереотипів поведінки й до більш неупередженого та безпосереднього сприйняття, сприяє глибшому розумінню членами групи самих себе.

Також проводилися арт-терапевтичні заняття. Арт-терапія сприяє покращенню інтуїтивних здібностей і розкриттю креативного мислення, що дозволяє приймати нестандартні рішення в складних ситуаціях. Правопівкульне малювання дозволяє легко і якісно малювати будь-які картини з оточуючого середовища або із уяви. Арт-терапія — це можливість швидко позбавитись страхів, отримати вражаючий результат вже на першому занятті.

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

Проводились вправи:

- техніка «Цілепокладання». Ця техніка сприяє побудові конкретних цілей для вирішення питань, пов'язаних із хворобою та необхідністю довготривалої терапії, а також для перспективних планів досягнення визначеної мети;

- вправа «Тематичний життєвий багаж», метою якої є визначення пріоритетних напрямів роботи з того, що можна самовдосконалити;

- вправа «Мої сильні сторони» — ця вправа спрямо-

вана не лише на визначення власних сильних сторін, але й на уміння мислити про себе позитивно.

Перед випискою пацієнтам проводилось повторне анкетування за тією ж методикою для визначення ризиків відриву від лікування.

Усі хворі, що увійшли у дослідження, мали мультирезистентний туберкульоз (МРТБ). Жінок було 75 (43,6 %), чоловіків — 97 (56,4 %). Рівень освіти пацієнтів наступний: із базовою загальною середньою освітою — 7,0 %, із повною загальною середньою освітою — 26,7 %, із професійно-технічною освітою було 43,6 %, базовою вищою освітою (бакалавр) — 7,0 %, із повною вищою освітою — 16,9 % хворих, відповідно. І 1 пацієнт (0,6 %) романського походження не мав ніякої освіти. Були виявлені такі соціальні характеристики: безробітними були 37,2 % хворих, інвалідність мали 24,4 % пацієнтів, малозабезпеченими вважали себе 25,6 % хворих. Вважали себе нездатними до самообслуговування 2,3 % пацієнтів. В декретній відпустці і самотні — по 2,9 % пацієнтів відповідно.

Серед хворих, котрі не виділяли МБТ методом мікроскопії мазка мокротиння, проводились групові заняття. Серед тих, хто виділяв МБТ методом мікроскопії мазка — індивідуальне проблемно-орієнтоване консультування.

Результати

За результатами анкетування більшість хворих мали високий рівень прихильності до початку медикаментозного лікування, котра оцінювалась за методикою Моріського (у 69,8 % пацієнтів), середній — у 27,3 %, низький — у 2,9% хворих, відповідно.

У більшості хворих рівень знань щодо туберкульозу середній — у 68,6 %, низький у 23,8 %, та високий лише у 7,6 % хворих, відповідно.

За результатами анкетування було отримано наступне. Почуття оптимізму при думці про майбутнє почували 56,4 % пацієнтів, радість — 33,7 %, впевненість 36,0 %, задоволеність 23,8 %, інтерес 40,7 %. З надією думають про майбутнє більшість хворих (58,7 %). Песимістичні настрої було зафіксовано майже у 3,5 %, безвихідь — у 2,9 %, страх перед майбутнім — у 7,6 %, розгубленість, тривога — у 10,5 % пацієнтів, відповідно.

За критеріями оцінки тривоги і депресії отримані наступні результати: норма (0–7 балів) отримано у 44,8 % пацієнтів, у решти пацієнтів (55,2 %) були зміни настрою (8–10 балів) субклінічно виражений імовірний тривожно-депресивний розлад настрою — у 26,7 % хворих; (11 і вище балів) клінічно виражений імовірний тривожно-депресивний розлад настрою — у 28,5 % пацієнтів.

За опитувальником для визначення рівня стигми пацієнтів щодо туберкульозу на питання «Чи відчуваєте ви сором через хворобу?» — «так» відповіло 48,8 % хворих, майже половина хворих (44,8 %) звинувачують себе, що захворіли й ізолюють себе від друзів, сім'ї. Страху й побоювання через хворобу, якщо хтось про неї дізнається відчувають 41,3 % хворих. Бажання відмовитись від освіти/навчання через хворобу мають 15,7 %, бажання не претендувати на роботу, працевлаштування або підвищення по службі через хворобу має 16,9 % пацієнтів.

На запитання «Яку необхідну допомогу протягом лікування туберкульозу ви маєте потребу отримувати?» отримали наступні відповіді:

1. Продуктові набори для посилення режиму харчування потребує 34,9 % хворих. Серед пацієнтів, які вважають себе малозабезпеченими, потребували продуктивних наборів лише третина (35,2%);

2. Консультації психолога для покращення емоційного стану — 17,4 %;

3. Консультації з питань лікування туберкульозу (дотримання режиму лікування, побічні дії препаратів і як з цим впоратися, режим харчування тощо) — 72,7 %;

4. Консультації і допомогу соціальної служби для вирішення певних життєвих труднощів (пошук роботи, покращення/відновлення стосунків з близькими людьми, допомога в організації лікування інших хвороб, вирішення інших сімейних питань) — 9,3 %;

5. Юридичні консультації з питань оформлення необхідних документів, отримання пільг, соціальних виплат — 16,9 %;

Перед випискою 30 пацієнтам проводилось повторне анкетування за тією ж методикою для визначення ризиків відриву від лікування.

Прихильність до лікування у даної когорти пацієнтів не змінився: як при вступі в НІФП НАМНУ, так і при виписці був високий рівень прихильності у 76,6 % пацієнтів, середній — 23,4 %.

Рівень знань щодо туберкульозу у пацієнтів підвищився на 13,4 % (рис.1).

За критеріями оцінки тривоги і депресії отримані наступні результати (рис. 2): при вступі в НІФП НАМНУ «норма» отримано у 50,0 % пацієнтів, а при виписці — у 60,0 % у решти пацієнтів були зміни настрою субклінічно виражений імовірний тривожно-депресивний розлад настрою при вступі в НІФП НАМНУ — у 36,7 % хворих, при виписці — 16,7 %; клінічно виражений імовірний тривожно-депресивний розлад настрою при вступі в НІФП НАМНУ — у 13,3 % пацієнтів, а при виписці — збільшився на 10% (23,3 %).

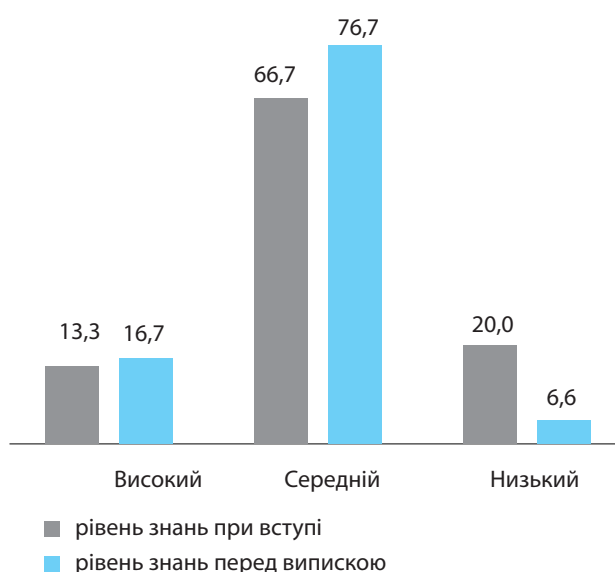


Рис. 1. Рівень знань пацієнтів щодо туберкульозу.

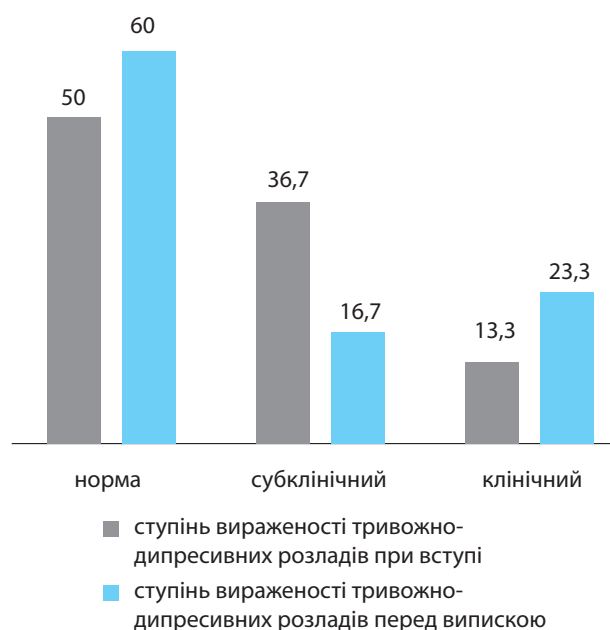


Рис. 2. Ступінь вираженості тривожно-депресивних розладів.

На думку учасників групових дискусій, отриманий ними досвід участі в навчально-інтерактивній роботі сприяв емоційній активізації, зменшення почуття тривоги і напруження, подолання соціальної ізоляції, підвищення самооцінки і якості відносин з оточуючими.

Переживання з приводу майбутньої виписки із стаціонару, труднощів ресоціалізації, здійснення значимих планів і цілей, гіпертрофоване побоювання втрати престижу в сфері міжособистісних стосунків, песимістична оцінка майбутнього опосередковано посилюють вираженість психологічного неблагополуччя і визначають підвищену потребу пацієнтів у співчутті, увазі, соціальній підтримці.

За опитувальником для визначення рівня стигми пацієнтів щодо туберкульозу на питання «Чи відчуваєте ви сором через хворобу?» — «так» відповіло 50,0 % хворих, половина хворих (53,3 %) звинувачують себе, що захворіли й ізолюють себе від друзів, сім'ї. Страхи й побоювання через хворобу, якщо хтось про неї дізнається відчувають 43,3 % хворих. Бажання відмовитись від освіти/навчання через хворобу мають 16,7 %, бажання не претендувати на роботу, працевлаштування або підвищення по службі через хворобу має 23,4 % пацієнтів. Перед випискою, відповідаючи на ті ж самі запитання, відмічається значне зменшення рівня стигматизації (рис. 3) на 33,3 % зменшення сорому та психологічної ізоляції себе.

В результаті проведених заходів вдалося вибудувати програму психологічної реабілітації, щоб охопити основні аспекти особистості хворого, і направити реабілітаційний вплив на позитивний розвиток її когнітивної, емоційної і конативної (поведінкової) сфер. Окрім того, вдалося підвищити дисципліну лікування, оптимізувати взаємовідносини з медичним персоналом, створити нову позитивну мотивацію, що проявлялося у відсутності відривів від лікування в усіх хворих та бажанню вилікуватися.

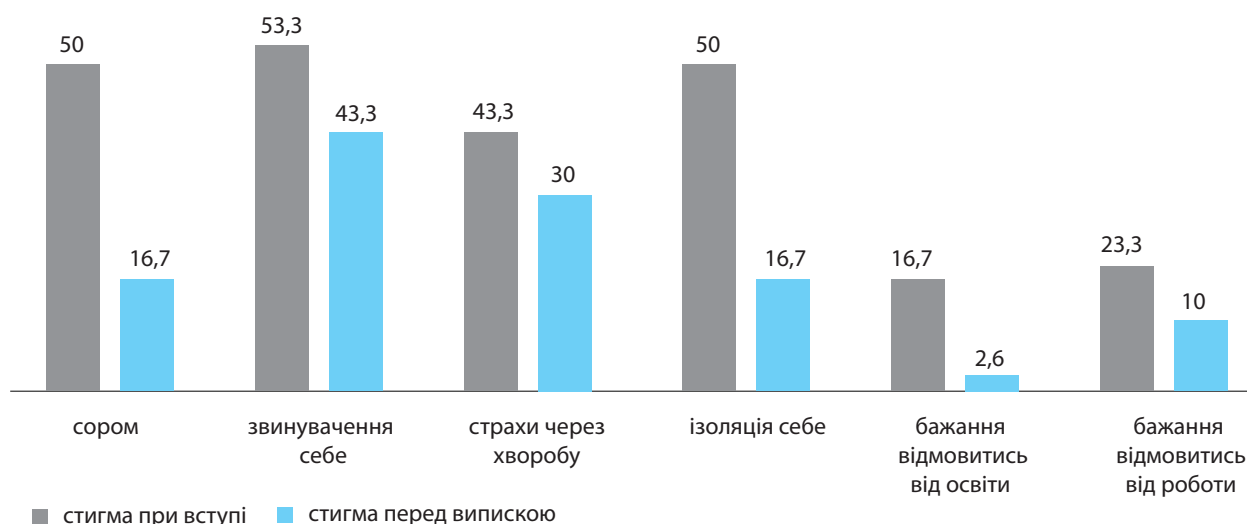


Рис. 3. Рівень стигми серед пацієнтів.

Надання психологічної підтримки хворим на мультирезистентний туберкульоз легень допомагає виявити хворому власні способи і прийоми взаємодії з іншими людьми; розвинути організаційно-комунікативні навички; розширити коло інтересів, підвищити ціннісні орієнтації; сприяти його більш активному включенню в суспільне життя; знайти зовнішні і внутрішні ресурси у хворих для досягнення цілей.

Висновки

За результатами анкетування пацієнтів на мультирезистентний та з розширеною резистентністю туберкульоз, що отримували лікування за новими рекомендаціями ВООЗ із включенням бедаквіліну та перепрофільованих

ліків отримано, що у 17,4 % хворих є потреба в психологічній підтримці.

Проведення різних видів психологічної підтримки підвищує рівень знань хворих щодо туберкульозу на 13,4 %, зменшує вираженість симптомів тривожно-депресивних розладів настрою на 30 % та зменшує рівень стигматизації на 33,3 %.

Враховуючи те, що у людей є потреба в психологічній підтримці, а не в матеріальних благах, враховуючи приріст знань щодо туберкульозу, зменшення вираженості симптомів тривожно-депресивних розладів настрою та стигматизації, доцільно обов'язково включати в соціальний супровід хворих на МРТБ та РРТБ різні види психологічної підтримки.

ЛІТЕРАТУРА

1. Баранова Г. В. Структура личностных черт у больных туберкулезом легких / Баранова Г. В., Золотова Н.В., Столбун Ю.В. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012. N 3 (14). URL: <http://medpsy.ru>.
2. Мордовкина М. А. Психологическое сопровождение фтизиатрических пациентов / Мордовкина М. А., Юдин С. А. // Фундаментальные исследования. 2014. № 10-8. С. 1532-1535.
3. Петунова С. А. Психологическое сопровождение больных туберкулезом легких в условиях стационара // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. 2017. Т. 5, № 3(17) [Электронный ресурс]. URL: <http://medpsy.ru/climp>.
4. Петунова С. А. Психологические факторы комплаентности больных туберкулезом / Петунова С. А. // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 3. URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=18727>.
5. Психологическая реабилитация больных туберкулезом легких на различных этапах терапии / В.В. Стрельцов и др. // Консультативная психология и психотерапия. 2015. № 2. С. 57-77.
6. Соціо-психологічна підтримка хворих на туберкульоз для формування прихильності до лікування / Навчальний посібник для студентів і лікарів-інтернів ВНМЗ ІV рівня акредитації та лікарів / Л. А. Мельник, О. В. Нечосіна, Ю. В. Пилипас, М. Г. Долинська — ФОП Бурнос С. О., 2017. 112 с.
7. Стрельцов В. В. Психологическая реабилитация больных туберкулезом легких в фазе интенсивного лечения / Стрельцов В. В., Золотова Н. В. // Консультативная психология и психотерапии. 2013. № 1. С. 10-19.
8. Ясинов Д. А. Эффективность психологического сопровождения приверженности к лечению туберкулеза на стационарном этапе / Ясинов Д. А., Половинко И. А., Смагина Л. Т. // Туберкулез, легеві хвороби, ВІЛ-інфекція. 2014. №1 (16). С. 55-59.