МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

НАЦИОНАЛЬНАЯ ПАЛАТА ИННОВАЦИОННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Национальный клинический протокол по оказанию психосоциальной помощи больным туберкулёзом

Ташкент 2021

«СОГЛАСОВАНО»
Председатель Национальной палаты инновационного здравоохранения Республики Узбекистан

_____ Ш.Р. Изамов

«____»_____ 2021 г.

Протокол №__

Национальный клинический протокол по оказанию психосоциальной помощи больным туберкулёзом

Вводная часть

Клиническая проблема:	Фтизиатрия
Название документа:	Национальный клинический протокол по оказанию психосоциальной помощи больным туберкулёзом
Этапы оказания помощи:	Амбулаторный
Дата создания:	30.12. 2020г.
Планируемая дата обновления:	1 квартал 2024 года
Адрес для переписки:	Узбекистан, г. Ташкент, ул. Мажлисий, д 1. 100086 Тел: (+71) 278-44-70 Моб: (+93) 184-42-82 E-mail: k_safaev@mail.ru

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ....6
Глоссарий....7
Состав рабочей группы по созданию клинического протокола....8
Руководитель рабочей группы....8
Ответственные исполнители....9
Рецензенты....9
Методологическая поддержка....9
Цели и задачи....9
Список сокращений....9
Предназначение клинического протокола....9
Категория пациентов....10
Целевая группа....10
ГЛАВА 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ....11
1.1. Факторы, негативно влияющие на приверженность к лечению:....11
1.2. Методы психологической поддержки и социальной помощи....12
1.3. Механизмы поддержки приверженности больного ТБ лечению....13
1.4. Мониторинг приверженности лечению за больным, уклоняющимся от прохождения курса лечения....14
ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ КОНТРОЛИРУЕМОГО ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ....16
2.1. Мероприятия для универсального способа решения проблем приверженности.....16
2.2. Пирамида приверженности....17
2.3. Организация помощи на селе....19
2.4. Мультидисциплинарные команды при лечении больных туберкулезом....21
ГЛАВА 3. РОЛЬ РАЗЛИЧНЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ В СОПРОВОЖДЕНИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ И ФОРМИРОВАНИИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОМУ ЛЕЧЕНИЮ....23
3.1. Роль медицинской сестры в повышении приверженности лечению....23
3.2. Роль социального работника в сопровождении больного туберкулезом....24
3.4. Роль психолога и/или психотерапевта в сопровождении больного туберкулезом....25
ГЛАВА 4. ПОДХОДЫ К ФОРМИРОВАНИЮ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ТЕРАПИИ СРЕДИ УЯЗВИМЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ....27
4.1. Уязвимая группа....27
4.2. Проблемы уязвимых групп:....27
4.3. Основополагающие принципы работы с уязвимыми группами:....28
4.4. Психологический климат в медицинском учреждении....28
ГЛАВА 5. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ....29

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....31
ПРИЛОЖЕНИЯ.....32
Приложение №1. Опросник депрессии анкеты состояния здоровья (PHQ-9).....32
Приложение №2. Диагностика приверженности больных к лечению с помощью шкалы - MMAS-8...33

ВВЕДЕНИЕ

Всемирная организация здравоохранения ставит перед собой цель покончить с эпидемией туберкулеза в мире к 2030 году. В настоящее время туберкулез является одной из 10 причин смертности в мире. Для достижения данной цели необходимы планомерные действия со стороны медицинского сообщества, государственных и социальных служб в плане обеспечения своевременной диагностики, профилактики и лечения туберкулеза.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ при поддержке правительства и международных партнеров в Республике Узбекистан эффективно реализуются противотуберкулезные мероприятия. Для достижения таких целей Национальной программы по борьбе с туберкулёзом, таких как выявление 70% новых случаев заболевания и успешное излечение 85% случаев, необходимо выйти за пределы медицинских проблем и уделить внимание многочисленным экономическим, юридическим и психосоциальным проблемам больных ТБ, которые влияют на их приверженность лечению и соответственно на результаты лечения.

Формула эффективного лечения туберкулеза описана подробно в работах известных авторов и состоит в том, что пациент должен регулярно и в полном объеме принимать качественные противотуберкулезные препараты, назначенные в соответствии с формой, фазой, распространенностью и тяжестью течения заболевания, а также с учетом массы тела пациента и индивидуальной переносимости лечения [1]. Однако в реальной ситуации у пациента при приеме препаратов возникают обстоятельства, которые лежат за пределами контроля и компетенции медицинских работников и преодолеть которые не могут ни сам пациент, ни пациент совместно с лечащим врачом. В результате у пациента возникают отрывы от лечения, появляется разочарование в медицинской помощи, усугубляемые прогрессирующим заболеванием и его осложнениями. Медицинские работники при этом также не видят положительного эффекта от своей деятельности, что приводит к синдрому выгорания, снижению или потере мотивации и, в свою очередь, снижению качества противотуберкулезной помощи населению.

В настоящее время принято считать, что абсолютная численность больных туберкулезом в Республике Узбекистан в последние годы снижается [2], смертность от туберкулеза уменьшается. Однако эффективность лечения больных с лекарственной устойчивостью по-прежнему остается недостаточной [3], и неудачи лечения далеко не всегда связаны с лекарственной устойчивостью возбудителя и непереносимостью терапии. Возможно, что одна из причин неудач в лечении больных туберкулезом – это проявление последствий десоциализации в ее классическом понимании, так как среди больных (65 %) преобладают лица трудоспособного возраста, не занятые в экономике [4, 5].

Неизлеченный туберкулез у представителей десоциализированных групп населения может представлять угрозу в сфере общественного здоровья. Государство создает правовое поле для решения проблем профилактики, выявления и лечения больных туберкулезом [6-8], включая меры принудительного характера для обеспечения социально адекватного поведения. Меры принудительного характера применяются, но малоэффективны. Побуждение же является более эффективным методом как с точки зрения правовой практики, так и социальной помощи [9]. Добиваясь приверженности в лечении, специалисты зачастую подходят к пациенту с позиции выполнения его обязанностей, а не обеспечения его прав. Известно, что у пациентов, находящихся на амбулаторном лечении без надлежащего контроля, невыполнение предписаний врачей не всегда носит преднамеренный характер, а зачастую является непреднамеренным: пациент не в состоянии выполнить предписания в силу субъективных и объективных обстоятельств [10]. Точки зрения на проблемы пациента и то, как их обсуждать, у врача и пациента могут различаться, при этом, как было отмечено в работах психологов, стороны не придут к согласию без посторонней помощи [11, 12].

Личность пациента многогранна – как и проблемы, с которыми он сталкивается при приеме противотуберкулезной терапии. Возможно, еще до начала лечения больного туберкулезом следует проводить оценку риска нарушения регулярности лечения или отрыва от лечения, а также делать прогноз исхода по нескольким составляющим (медицинским, социальным и психологическим), с последующим оформлением диагностической карты пациента и многомерным диагнозом - по аналогии с подходом Американской ассоциации психиатров (APA) [13], в котором учитывается влияние всех факторов, имеющих существенное значение для происхождения и формирования клинической структуры болезни (наследственность, конституция, внешние и внутренние повреждающие мозг факторы, психотравмирующая ситуация, соматическое состояние, интоксикации).

Внедрение мероприятий по оказанию психосоциальной помощи (ППСП) как части комплексного пациент-ориентированного подхода, адаптированного под нужды пациентов и основанного на уважении и соблюдении чувства достоинства больных, создает необходимые условия для лечения и повышает шансы на успешность курса противотуберкулёзной терапии.

Таким образом, приверженность определяется целым рядом факторов, объединяемых в четыре группы: факторы, связанные с заболеванием, лечением, системой оказания медицинской помощи (включая отношение медицинского персонала к больному) и с самим пациентом.

Глоссарий

Волонтер - человек, добровольно занимающийся социально значимой деятельностью.

Кризисное консультирование - оказание психологической помощи в переживании критической ситуации.

МЛУ-ТБ - туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью, вызванный микобактериями, устойчивыми к действию противотуберкулезных препаратов первой линии, например, двух наиболее важных противотуберкулезных препаратов: изониазида и рифампицина. Лечение МЛУ-ТБ может продолжаться до 2-х лет с использованием гораздо более токсичных и дорогостоящих препаратов.

Мульти дисциплинарная команда (МДК) - организационная модель медикосоциального сопровождения больных с хроническими заболеваниями, основанная на принципах разделения ответственности и направленная на развитие ресурсов пациента в условиях хронической болезни и/или продолжительного лечения.

Непосредственно контролируемое лечение (лечение под непосредственным наблюдением) - организация лечения, при которой больной принимает каждую дозу лекарственного средства под непосредственным наблюдением работника здравоохранения или консультанта.

Паллиативная помощь - комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных пациентов.

Пациент «равный равному» - пациент перенесший туберкулез.

Психосоциальная помощь больным – оказание социальной и психологической помощи и поддержки, необходимой больному в процессе лечения; складывается из последовательного выполнения набора социальных и психологических услуг на протяжении времени, которое необходимо больному для адаптации в обществе.

Психотерапия - психологическое воздействие с целью лечения больных или коррекции их поведения.

Реабилитация - комплекс медицинских, психологических, педагогических мероприятий, направленных на устранение или компенсацию ограничений жизнедеятельности, утраченных функций с целью возможно более полного восстановления социального и профессионального статуса.

Синдром профессионального выгорания - синдром, развивающийся на фоне хронического стресса и ведущий к истощению эмоционально-энергетических и личностных ресурсов работающего человека. Сопровождается синдромом эмоционального выгорания, который проявляется в виде эмоционального истощения, физического утомления, личной отстраненности и снижения удовлетворенности от своей деятельности.

Социальная помощь - система мер по оказанию помощи нуждающимся людям, содействие им в преодолении жизненных трудностей. Различают материальную, физическую, социально-бытовую, правовую, психологическую, педагогическую и другие виды социальной помощи.

Социальное сопровождение - комплекс мер и действий, направленных на поддержание процессов активной жизнедеятельности и развитие потенциальных возможностей и способностей человека, а также создание условий для предупреждения и решения различных кризисных и проблемных ситуаций.

Стигма - «клеймо», метка, несущая отрицательную социальную нагрузку. Люди, подвергающиеся стигматизации, воспринимаются окружающими как девиантные не потому, что они нарушают социальные нормы, а потому, что им присущи некоторые характеристики (например, заболевание туберкулезом), заставляющие общество исключать их из своей среды.

Супервизия - метод повышения квалификации (в теоретической и практической сферах) для специалистов в области психотерапии, клинической психологии и др. в форме профессионального консультирования, анализа целесообразности и качества используемых ими практических подходов и методов психотерапии.

Управление случаем (кейс-менеджмент) - технология медико-социального развивающего сопровождения мультипроблемного клиента, основанная на бесконфликтном взаимодействии с клиентом (пациентом), который рассматривается как эксперт по своей проблеме/жизни и является активным участником и партнером специалиста по выстраиванию стратегии решения проблем с учетом их актуальности в момент обращения за помощью.

Состав рабочей группы по созданию клинического протокола

1. Абдусаматова Б.Э. – зам. начальника ГУОМИД Министерства здравоохранения
2. Ливерко И.В. – д.м.н., зам. директора РСНПМЦ фтизиатрии и пульмонологии
3. Белоцерковец В.Г. – к.м.н., специалист РСНПМЦ фтизиатрии и пульмонологии
4. Сафаев Х.А. – специалист РСНПМЦ фтизиатрии и пульмонологии
5. Юлдашев Ш.С. – координатор гранта Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (компонент туберкулез)
6. Гадоев Ж.Т. – сотрудник программы по туберкулезу представительства ВОЗ в Узбекистане
7. Ибатов Х.Б. - сотрудник программы по туберкулезу представительства ВОЗ в Узбекистане

Руководитель рабочей группы

1. Парпиева Н.Н. – д.м.н., директор РСНПМЦ фтизиатрии и пульмонологии, главный фтизиатр МЗ Руз

Ответственные исполнители

1. Ливерко И.В. – д.м.н., зам. директора РСНПМЦ ФиП
2. Белоцерковец В.Г. – к.м.н., специалист РСНПМЦ ФиП

Рецензенты

1. Никитина Т.С. – директор ННО РИОЦ «INTILISH»

Методологическая поддержка

1. Ядгарова К.Т. - к.м.н., начальник отдела разработки медицинских стандартов и протоколов, Национальная палата инновационного здравоохранения Республики Узбекистан

Цели и задачи

Цель:

Цель документа состоит в создании условий для развития новых программ и усовершенствования уже имеющихся программ помощи больным туберкулезом, повышения эффективности лечебно-профилактических мероприятий в сфере туберкулеза через профессиональное развитие специалистов и активизацию ресурсов внутреннего потенциала больных туберкулезом и их близкого окружения на борьбу с заболеванием.

Задачи:

1. Улучшение доступа и расширение комплекса существующих мероприятий по психологической поддержке и социальной помощи больным туберкулезом.
2. Более широкое вовлечение партнерских организаций в достижение целей Национальной программы борьбы с туберкулезом.

Список сокращений

ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ИОМ	Информационно-образовательные материалы
ЛУ-ТБ	Лекарственно-устойчивый туберкулёз
ЛЧ-ТБ	Лекарственно-чувствительный туберкулёз
МБТ	Микобактерия туберкулёза
МДК	Мульти дисциплинарная команда
МЗ	Министерство здравоохранения
МЛУ-ТБ	Туберкулёз с множественной лекарственной устойчивостью
НКЛ	Непосредственно-контролируемое лечение
НПТ	Национальная программа по борьбе с туберкулёзом
ОЛС	Общая лечебная сеть
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ППСП	Психологическая поддержка и социальная помощь
СВП	Сельский врачебный пункт
СП	Семейная поликлиника
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
ТБ	Туберкулёз

Предназначение клинического протокола

Внедрение протокола внесет положительный вклад в улучшение доступа и расширение комплекса существующих мероприятий по психологической поддержке и социальной помощи больным туберкулезом, будет способствовать более широкому вовлечению всех партнерских организаций в достижение целей Национальной программы

борьбы с туберкулезом.

Для больных ТБ и их близких внедрение и применение методик, описанных в документе станет возможностью повысить уровень качества жизни и ее продолжительности. Для общества станет полезным укрепление гуманистических основ через повышение толерантности к лицам, затронутым ТБ, и положительный сдвиг в эпидемиологической ситуации по ТБ в республике.

Категория пациентов

Больные ТБ с лекарственно-чувствительной и лекарственно-устойчивой формой МБТ их близкое окружение и общество в целом.

Целевая группа

Фтизиатры, медицинские сестры фтизиатрических учреждений, семейные врачи поликлиник, психотерапевты, психологи, специалисты и менеджеры государственных и негосударственных, общественных, национальных и международных благотворительных организаций, оказывающих медицинские и социальные услуги больным ТБ и членам их семей в Республики Узбекистан.

ГЛАВА 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Психологическая поддержка и социальная помощь – это комплекс мероприятий, помогающих в достижении целей и задач борьбы с ТБ на национальном, областном и местном уровнях. Он включает в себя мероприятия по планированию, оценке, обоснованию расширения и развитию системы ППСП с определением необходимого финансирования психосоциальных программ, с вовлечением в борьбу с заболеванием всего общества и в первую очередь – людей, которых коснулась проблема ТБ. Мероприятия по ППСП могут оказать помощь в борьбе со стигмой и дискриминацией, изменить неправильное представление о ТБ и создать новые социальные механизмы для обеспечения контроля над заболеванием.

ВОЗ считает обязательной организацию психосоциальной поддержки пациентам в деятельности любой противотуберкулезной программы с целью усиления приверженности лечению, улучшения качества жизни и облегчения их страданий, что основано на принципах соблюдения прав человека, этических нормах общества, защиты пациентов от возможного финансового кризиса, связанного с заболеванием, а также данных исследований, указывающих на высокую эффективность данных мероприятий по профилактике и лечению ТБ.

Одним из инновационных подходов в решении проблем недостаточной приверженности противотуберкулёзному лечению, стигмы и дискриминации является выполнение программы ППСП, способствующей более эффективному использованию возможностей государственных и негосударственных организаций, общественных организаций и гражданских сообществ и более активному их вовлечению в реализацию мероприятий по борьбе с ТБ.

Соблюдение режима противотуберкулёзного лечения – нелегкая задача, как для пациента, так и медицинского работника. Медикаментозная терапия МЛУ-ТБ сопровождается большим количеством побочных эффектов: практически все пациенты отмечают тошноту и рвоту, у многих развиваются изменения со стороны психики, начиная от бессонницы и заканчивая серьезными случаями депрессий и психозов, повышением тревоги, усилением страха за свою жизнь и здоровье близких людей. Противотуберкулёзная терапия может серьезно мешать планам пациентов, их жизненному устою, противоречить их убеждениям. Даже пациенты, не отягощенные сложными жизненными ситуациями, настаивают на отмене ряда препаратов, а зачастую сдаются и ищут возможность временно или вообще прекратить лечение. Для пациентов, имеющих социальные проблемы, противотуберкулёзное лечение и вовсе становится непосильной ношей.

В пациент-ориентированном подходе ответственность за приверженность лечению переносится с пациента на команду, включающую в себя пациента, медицинский персонал, социальную службу, а также соответствующие ННО входящие в систему органов и организаций в области социальных услуг. Сформировавшаяся команда совместно решает возникающие у пациента проблемы, препятствующие его лечению, составляется индивидуальный план медицинского и психосоциального сопровождения пациента, выделяются необходимые ресурсы для его внедрения.

1.1. Факторы, негативно влияющие на приверженность к лечению:

Приверженность к лечению – это, прежде всего, осознанное желание начать лечение и успешно его завершить. Исследования уровня приверженности пациентов к лечению указывают, что на приверженность влияет целый ряд факторов/обстоятельств:

- Пол и возраст: низкая приверженность к лечению чаще у мужчин, пожилых людей старше 65 лет и молодых пациентов до 35 лет;

- Психологические особенности пациента, уровень его образования: отрицание заболевания, плохая память, «нетерпеливость», невысокие волевые качества, низкий уровень образования и интеллекта;
- Особенности течения заболевания: больные перестают принимать препараты после исчезновения клинических симптомов заболевания;
- Схемы лечения: для некоторых людей количество таблеток, частота приема и определенные требования к диете также могут усложнять прием препаратов;
- Сложность в организации контролируемого лечения: медицинские услуги труднодоступны для получения пациентом (отсутствие средств на транспорт, удаленность кабинета НКЛ, сопутствующие заболевания, осложняющие передвижения пациента, неудобный для пациента график работы кабинета);
- Побочные эффекты от приема противотуберкулезных препаратов может привести к отказу от лечения;
- Социальное окружение: нестабильные отношения в семье, с друзьями и коллегами могут негативно влиять на приверженность к лечению;
- Нестабильный образ жизни: прием наркотиков и алкоголя повышает вероятность пропуска приема препарата и отрыв от лечения;
- Вера человека в эффективность лечения: более вероятно, что люди, которые верят в эффективность своего лечения, достигнут высших уровней приверженности, чем те, чье отношение скептично или переменчиво.
- Наличие депрессии и психического здоровья в целом.

1.2. Методы психологической поддержки и социальной помощи

Поддержка , связанная с медикаментозным лечением ТБ

- НКЛ (Непосредственно контролируемое лечение)
- Приближение места лечения к пациенту
- Своевременное выявление и купирование побочных реакций
- Доступ пациентов к полноценному лечению сопутствующих заболеваний
- Поддержка приверженности противотуберкулёзному лечению

Психологическая поддержка

- Коммуникация и консультирование
- Подходы в оказании психологической поддержки

Социальная поддержка

- Информационная поддержка
- Дружелюбное отношение персонала к пациенту и эмоциональная поддержка
- Материальная поддержка
- Помощь друзей
- Правовая и другие виды поддержки

Социальное сопровождение

1.3. Механизмы поддержки приверженности больного ТБ лечению

Принципиально важным является создание психологически благоприятной среды, содействующей привлечению и удержанию пациентов в рамках НПТ. Доверительная атмосфера создает более искренние и устойчивые отношения пациента с врачом, пациент будет расположен к более откровенному обсуждению особенностей своего лечения.

Под приверженностью к лекарственному лечению понимается:

- Готовность пациента к началу терапии.
- Способность пациента к правильному выполнению режима лечения.
- Постоянство в выполнении предписанной схемы и дозы препаратов.

Приверженность к лечению состоит из комплекса составляющих:

- Регулярное посещение врачей;
- Сдача всех необходимых анализов в установленные сроки;
- Прохождение всех назначенных врачом процедур;
- Прием препаратов в правильных дозах, в указанное время и согласно правилам Приема и предписаний врача;
- Учет взаимодействия противотуберкулезных препаратов с другими препаратами

Важную роль в поддержке приверженности противотуберкулёзному лечению могут сыграть следующие механизмы:

- Напоминание посредством смс о необходимости посещения медицинского учреждения для приёма очередной дозы противотуберкулёзных препаратов.
- Телефонные звонки сотрудников программы ППСП для напоминания о необходимости приёма очередной дозы противотуберкулёзных препаратов и решения вопросов нарушений режима противотуберкулёзного лечения.
- «Телефон доверия» даёт возможность анонимного информирования заинтересованных лиц по ключевым вопросам, связанным с соблюдением режима противотуберкулёзного лечения и другим актуальным вопросам.
- «Горячая линия» позволяет в круглосуточном режиме получать информацию о сложных жизненных ситуациях клиентов программы ППСП, предоставлять информацию о возможных путях разрешения сложившихся обстоятельств и оказывать психологическую поддержку в кризисных ситуациях.
- Информационно-образовательные материалы (ИОМ) также повышают приверженность противотуберкулёзному лечению в тех случаях, когда они содержат все рекомендованные целевые послания для больного ТБ и его значимого окружения и отвечают критериям доступности в языковом и культуральном аспектах.

Использование интернет-технологий для обеспечения информационного взаимодействия больных ТБ и их значимого окружения, как со специалистами программ ППСП, так и между собой, в числе прочих выгод позволяет использовать потенциал позитивного влияния успешных активистов лечебного процесса на больных ТБ, находящихся на ранних стадиях лечения и / или имеющих опыт нарушений режима лечения.

Объем социальной поддержки определяется степенью доступности четырех типов ресурсов – информационной и эмоциональной поддержки, материальной и дружеской помощи. Суть информационной поддержки сводится к предоставлению любой полезной информации, которая помогает человеку преодолеть возникшие проблемы и нейтрализовать источники стресса. Сюда же входит учебно-просветительская работа.

Обучение пациентов и их близкого окружения обеспечивается силами:

- Врачей и медсестер;
- Представителями общественных организаций;
- Инициативными группами лиц (группы поддержки) больных ТБ и др.

Учебные материалы должны строго соответствовать образовательным уровням пациента и должны быть адаптированы с учетом соответствующей государственной политики, гендерной принадлежности, возраста, а также культурологического профиля. Эмоциональная поддержка ассоциируется со всевозможными проявлениями заботы, которые вносят свой вклад в повышении самооценки, в том числе через сопереживание, доверительные отношения, воодушевление и участие в судьбе другого человека, и которые помогают справиться с психологической стороной жизненных невзгод.

- Дружеская поддержка связана с оказанием помощи, благодаря которой человек ощущает свою принадлежность к системе социальных взаимоотношений между людьми и может положиться на нее при удовлетворении определенных запросов.
- Материальная поддержка предполагает оказание помощи в виде всевозможных предметов потребления, включая продукты питания, которые человек получает для преодоления повседневных трудностей через свою социальную сеть или махаллинские комитеты.

1.4. Мониторинг приверженности лечению за больным, уклоняющимся от прохождения курса лечения

Если пациенту не удается явиться на встречу в связи с проведением НКЛ или же он отказывается принимать назначенные препараты, то задействуют сестринский персонал клиники или участковую медсестру, врача или куратора, который помогает лицу, оказывающему поддержку в лечении ЛУ-ТБ под НКЛ, путем посещения пациента на дому в тот же день, чтобы выяснить, почему больной уклонился от прохождения терапии, и тем самым своевременно и эффективно возобновить лечебный процесс.

Патронажный визит медработника, участвующего в работе программы лечения ЛУ-ТБ	Медсестра клиники по лечению ТБ или участковая медсестра, врач или куратор должны посетить больного на дому самостоятельно или вместе с лицом, оказывающим поддержку в НКЛ лечении ТБ, поскольку во время такого визита можно будет выяснить клинические проблемы в дополнение к результатам ежемесячного обследования в клинике.
Ведение побочных эффектов	Побочные эффекты - одна из наиболее распространенных причин выхода больного ТБ из-под последующего наблюдения. Медперсоналу необходимо стараться выявлять побочные эффекты на ранних этапах их возникновения.
Консультирование	У пациента может пропасть желание продолжать лечение, так как он или она начинают чувствовать себя лучше, и поэтому у них складывается впечатление о ненужности дальнейшей терапии. Кроме того, следует провести оценку отношения пациента к перспективе ухода за ним. Пациент может ощущать больше доверия к традиционной или народной медицине. Если это так, то лицо, оказывающее поддержку в НКЛ лечении ТБ, наряду с медсестрой, врачом или местным куратором обязаны изыскать возможности для удовлетворения потребностей пациента и, в конечном итоге, обеспечить возобновление курса его лечения.
Поиск решения экономических проблем	Из-за болезни многие пациенты не могут продолжать свою трудовую деятельность, но они могут быть основными кормильцами в семье. Следует провести оценку элементарных условий проживания и питания и возможностей приобретения предметов одежды, а также постараться оказать содействие в преодолении этих проблем с помощью лидеров махалли или

	представителей других организаций, реализующих свою деятельность в данной сфере.
Организация лечения в месте, удобном для пациента и в удобное для него время	Ежедневное посещение центра НКЛ может являться непреодолимым препятствием для ряда пациентов. Организация пунктов НКЛ рядом с местом проживания пациента, а ещё лучше – организация НКЛ на дому у пациента, являются эффективным методом повышения приверженности пациента. Лечение на дому значительно повышает частоту соблюдения режима среди наиболее социально-сложных групп пациентов, включая пациентов с алкогольной и наркотической зависимостью.
Поиск решения проблем зависимости от психоактивных веществ или других социальных проблем	Употребление алкоголя и наркотическая зависимость относятся к числу известных проблем, оказывающих негативное воздействие на приверженность больного к лечению. Следует поощрять пациентов к тому, чтобы они отказались от этого или уменьшили употребление таких веществ, если последние мешают лечебному процессу. Необходимо проанализировать эти проблемы с участием медперсонала или лица, оказывающего поддержку в лечении ТБ. Более того, социальные проблемы могут помешать соблюдению режима лечения, в частности, в ситуации, когда к пациенту либо плохо относятся в лечебном учреждении, либо он полагает, что это происходит на самом деле. Визит лица, оказывающего поддержку в лечении ТБ, может оказаться запоздалым, что равносильно недооценке положения больного.
Подключение членов семьи	Семья является самым важным источником психосоциальной поддержки больного. Если же у пациента нет семьи, то необходимо определить кандидатуру человека, который будет выступать в роли лица, проявляющего о нем заботу.
Подключение лидеров махалли	Лидеры махалли и религиозных конфессий могут прийти на помощь, если имеют место такие бытующие в общине проблемы, как проявление стигмы в отношении больных ТБ. Этот вариант выбора не всегда бывает доступным, если пациент желает сохранять конфиденциальность информации о своем состоянии здоровья.

ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ КОНТРОЛИРУЕМОГО ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Существует более 200 факторов, влияющих на приверженность пациентов к лечению, которые условно можно разделить на 5 групп:

- Социально-экономические;
- Факторы системы здравоохранения;
- Факторы, связанные с состояния пациента, включая его личностные характеристики
- Факторы, связанные с самой терапией.

2.1. Мероприятия для универсального способа решения проблем приверженности.

A. Системный мониторинг всех пациентов, который должен обеспечивать отслеживание каждого больного и преемственность между различными учреждениями противотуберкулезной службы (например, между пенитенциарным и гражданским секторами, стационаром и подразделениями амбулаторного звена).
B. Непосредственно контролируемое лечение (лечение под непосредственным наблюдением), внедренное в Республике Узбекистан с 90-е годы прошлого века, стало наиболее эффективным механизмом противодействия туберкулезу в стране. В настоящее время принятые в здравоохранении процедуры также ориентированы на прием препаратов больными в присутствии медицинских работников диспансеров или общей лечебной сети.
C. «Приближение» терапии к пациентам за счет предоставления контролируемого лечения в таких местах и в такое время, которые являются для них наиболее комфортными. Рекомендуется организация разветвленной сети пунктов контролируемого лечения с графиком работы, удобным для всех категорий пациентов, включая работающих. Необходимо организовать лечение на дому для лиц, не имеющих возможности посещать пункты контролируемого лечения, либо организовать видео контролируемое лечение по согласованию с больным.
D. Уважительное отношение медицинского персонала к пациентам, в том числе из «асоциальных» групп населения. Информирование о процессе лечения и возможных последствиях его прерывания является важной частью работы с пациентом, однако такие беседы должны проводиться «на равных», без излишнего давления, обвинений и морализаторства.
E. Адекватная схема химиотерапии туберкулеза и эффективное купирование побочных эффектов, лечение сопутствующих заболеваний. Рекомендуется организовать консультации психолога и нарколога для пациентов, злоупотребляющих алкоголем или потребляющих наркотики, пропускающих прием противотуберкулезных препаратов (ПТП), а также находящихся в депрессивном состоянии. Настоятельно рекомендуется консультирование психолога для всех первичных больных, поскольку сообщение о диагнозе, как правило, является для пациента сильным стрессом.
F. Применение методов поощрения и стимуляции. В качестве методов социальной поддержки может использоваться раздача продуктовых наборов после принятия противотуберкулезных препаратов под контролем медперсонала, а также решение социально-бытовых проблем пациента (обеспечение жильем, одеждой, восстановление паспорта и других документов, помощь в трудоустройстве)[1].
G. Оперативное реагирование персонала фтизиатрической службы в случаях пропуска приема противотуберкулезных препаратов пациентами. В таких случаях не позднее чем через 1-3 дня к пациенту выезжает патронажная или участковая медицинская сестра,

[1] Применение методов поощрения и стимуляции могут быть осуществлены за счет территориальных управлений Махаллинских Комитетов или международных и негосударственных неправительственных организаций

чтобы разыскать пациента, установить причину перерыва в лечении и убедить продолжить лечение.

2.2. Пирамида приверженности

В результате многолетней работы построена комплексная система обеспечения приверженности, включающая полный комплекс вышеперечисленных компонентов (Рисунок 1).

В верхней части пирамиды расположены более ресурсоемкие виды помощи, нацеленные на удержание «сложных» пациентов, более склонных к отрыву от лечения или ранее уже допускавших перерывы в лечении. В нижней части пирамиды представлены услуги для основной категории пациентов, которые являются более самостоятельными и в состоянии ежедневно приходить на пункт контролируемого лечения. Более подробно все компоненты «пирамиды приверженности» описаны ниже. Лечение туберкулеза может быть начато в стационаре, дневном стационаре, в процедурном кабинете, а также на дому. Вне зависимости от места начала лечения с пациентом проводится ряд мероприятий, направленных на формирование приверженности к лечению: разъяснительные беседы с врачом, консультации узких специалистов, цикл обучающих занятий по туберкулезу, обследования для выявления состояний, связанных с зависимостью от алкоголя и наркотиков, и определения лиц, нуждающихся в помощи психиатра-нарколога или психолога.

Рисунок 1. «Пирамида приверженности»



«Пирамида приверженности», уровень 1–3: мероприятия общего характера на амбулаторном этапе

Преемственность между службами обеспечивается тесным взаимодействием и своевременной подачей документации. Например, перед освобождением пациента из лечебного исправительного учреждения системы ГУИН медицинская документация передается в гражданское лечебное учреждение амбулаторного звена. Больные туберкулезом после освобождения из мест лишения свободы обращаются во фтизиатрические учреждения по месту жительству или прописки.

Информация о пациентах, готовящихся к выписке из областной фтизиатрической больницы, за две недели до выписки передается районному фтизиатру. Пациентов, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, мотивируют пройти весь курс лечения в условиях стационара. Участковый фтизиатр после консультации с пациентом принимает решение о направлении пациента в кабинеты НКЛ при СВП/СП по месту жительства. О случаях трехдневного отсутствия пациентов старшие медсестры всех пунктов НКЛ при СВП/СП сообщают во фтизиатрическое отделения/диспансер старшей медицинской сестре.

Старшая медицинская сестра фтизиатрического отделения/диспансера ежедневно:

- Уточняет данные о пациентах у участковых фтизиатров (адреса, телефоны, контактная информация родственников) для передачи в патронажную службу;
- Передает информацию патронажной службе соответствующей части города/района для розыска пациентов, собирает информацию о результатах поиска от всех патронажных служб (бригад), осуществляет обмен информацией между бригадами в течение дня (передача информации от утренней бригады вечерней);
- Передает информацию о поступивших на лечение пациентах из стационара в районное отделение;
- Передает участковым фтизиатрам запросы о необходимости купирования побочных эффектов и другую срочную информацию, полученную от медсестер патронажной службы.

Кроме того, еженедельно старшая патронажная сестра докладывает о работе за неделю участковому фтизиатру, а он в свою очередь на заседании лечебного консилиума. На заседаниях лечебного консилиума обсуждаются дела пациентов, принимающих менее 75 % доз противотуберкулезных препаратов, и разрабатывается план по улучшению приверженности к лечению. Решения принимаются коллегиально и регистрируются в специальном журнале и в амбулаторных картах пациентов.

Психологи и психиатры-наркологи помимо консультирования пациентов в приемные часы могут проводить экстренное консультирование на дому с бригадой патронажной службы. При необходимости проведения дезинтоксикационных мероприятий пациента госпитализируют в стационар.

«Пирамида приверженности», уровень 4: социальная помощь

Социальная помощь больным туберкулезом может быть осуществлена территориальных управлений Махаллинских Комитетов или международных и негосударственных неправительственных организаций. Они совместно с участковым врачом-фтизиатром составляет план сопровождения пациента на всех этапах лечения. Специалисты по социальной работе консультируют по вопросам восстановления документов, оформления инвалидности, назначения и выплаты пенсионных пособий.

Для повышения мотивации для посещения пункта контролируемого лечения больным могут выдаваться ежедневные продуктовые наборы. Так как роль продуктовые наборы играют большую роль для формирования приверженности к противотуберкулезной терапии

у пациентов из сельских территорий, позволяя свести отрывы в лечении у этого контингента практически к нулю.

«Пирамида приверженности», уровень 5: лечение на дому (патронажная служба)

В зависимости от количества больных, нуждающихся в непосредственном контролируемом лечении, и их места проживания, в дневную смену (с 9:00 до 16:00) маршрут можно разделить на несколько частей. На первый план в работе патронажной службы выходит поиск пациентов, которые по каким-либо причинам (алкоголизм, неудобный график работы, проблемы в семье и т. д.) не явились на лечение или выпали из поля зрения противотуберкулезной службы более чем на 3 дня.

Ежедневно персонал согласовывает с пациентом время и место лечения. Сотрудники бригады (водитель и медсестра) несут ответственность за проведение контролируемого лечения: они ведут интенсивный поиск, обеспечивают лечение под непосредственным наблюдением, активно выявляют клинические, психологические, социальные проблемы пациентов и способствуют их решению, привлекая нужных специалистов. Мониторинг приверженности к лечению в городе осуществляют ответственные координаторы. Вместе со старшей медсестрой они контролируют работу персонала бригад во время совместных выездов, проводимых один раз в месяц.

Кроме того, еженедельно проводятся собрания с разбором наиболее сложных случаев. Фтизиатр продолжает вести больного, посещая его на дому каждые 10–14 дней. Каждая бригада за 6 часов обслуживает 20–25 пациентов, на посещение каждого пациента отводится в среднем около 15 минут.

2.3. Организация помощи на селе

По сравнению с городом, где противотуберкулезная служба может предложить пациенту различные варианты организации лечения, в сельской местности обеспечить контролируемое лечение туберкулеза значительно сложнее. За пределами районного центра оно осуществляется специалистами общей лечебной сети (фельдшерами, медсестрами), для которых лечение туберкулеза не является основной должностной обязанностью. Кроме того, большие расстояния, которые пациентам необходимо преодолеть, чтобы добраться из дома до медицинского пункта, при отсутствии общественного транспорта приводят к частым пропускам в приеме лекарств.

Нередко в населенном пункте вообще нет ни медицинского работника, ни медицинского пункта. Ограниченные возможности для проведения биохимических анализов, консультаций узких специалистов также усложняют ведение пациентов с туберкулезом. Наконец, пожалуй, самое главное - чаще всего отсутствует административная поддержка со стороны глав районов и главных врачей центральных районных больниц. Своевременное выявление туберкулеза возложено на общую лечебную сеть. Однако лечение туберкулеза до настоящего времени являлось задачей исключительно специализированной противотуберкулезной службы, поэтому представители общей лечебной сети не оказывали ей необходимого внимания и содействия.

В районном центре или крупном селе, как и в городе, идеальный способ лечения - это лечение пациента на дому медработниками, для передвижения которых используется автомобиль. При таком способе пациенту практически не приходится менять свой распорядок жизни, и риск нарушения режима значительно снижается. Создаются комфортные условия работы для медицинских работников, увеличивается скорость обслуживания и количество пациентов.

За пределами районного центра, если нет возможности использовать автомобиль для выезда специалистов для лечения на дому, нужно объяснять медперсоналу и администрации

села необходимость лечения пациента под непосредственным наблюдением, желательно в домашних условиях, и постараться найти медработника, проживающего поблизости от пациента. Если пациент живет рядом и ему удобно посещать медпункт, он может это делать ежедневно.

Однако если пациент живет далеко от медпункта, то ежедневные посещения маловероятны (даже если фельдшер утверждает обратное), и в конечном итоге препараты, скорее всего, будут просто выдаваться ему на руки. В сложных ситуациях, когда в селе нет медработника либо пациент проживает далеко от медпункта, можно найти **волонтера**. Узнать у пациента, кто мог бы помочь в его лечении, привлечь социально сохранных пациентов или обратиться за помощью к администрации населенного пункта.

Каждого волонтера необходимо обучить: рассказать о туберкулезе и лечении, объяснить, почему нужно обязательно принимать все препараты регулярно и какие могут быть побочные эффекты (в помощь волонтеру оставить специальный опросник). Очень хорошо, если есть возможность обеспечить волонтеру вознаграждение и/или моральное поощрение за его работу.

Волонтером может стать немедицинский работник. В этом случае проверка контролируемости лечения и побочных эффектов проводится фельдшером еженедельно, районным фтизиатром - не реже 1 раза в две недели в начале лечения, затем 1 раз в месяц.

Как убедиться в том, что лечение контролируется?

Необходимо, что бы кураторы районов (из областного центра фтизиатрии и пульмонологии) своевременно проводили кураторские визиты в районные отделения фтизиатрии, в СВП/СП, врачебные амбулатории в селах, которое позволяет повысить качество лечения. Кураторские визиты проводит районный фтизиатр (1 раз в 2 недели в начале лечения, затем ежемесячно) и куратор (в зависимости от доступности и отдаленности района - один раз в 3-6 месяцев, при необходимости - чаще). Чтобы выявить проблемы, нужно во время посещения медицинского центра понаблюдать, как выдает препараты медицинский работник, проверить заполнение документации, подсчитать остаток препаратов, имеющихся в медцентре. Наблюдение за клинико-рентгенологической динамикой и бактериовыделением также помогает сделать вывод о достаточном контроле за приемом препаратов.

Посещение пациента на дому является очень информативным и должно проводиться обязательно. Простые вопросы: «Как проходит ваше лечение?», «В какое время и как часто посещаете медпункт?» или «Когда приходит медсестра?», «Где вы храните препараты?» — позволяют выявить выдачу препаратов на руки. Необходимо провести опрос пациента для выявления побочных эффектов. Их отсутствие, особенно у пациентов с лекарственно устойчивыми формами туберкулеза, получающих препараты второго ряда, может быть основанием для предположения, что препараты не принимаются, либо принимаются выборочно или нерегулярно.

Можно считать, что лечение под непосредственным контролем отсутствует, в следующих случаях:

- Пациенты говорят об этом куратору или другим пациентам;
- По бактериограмме видно, что в стационаре у пациента произошло прекращение бацилловыделения, но через несколько месяцев амбулаторного лечения в сельской местности в мокроте вновь появляются микобактерии туберкулеза;

Во время кураторского визита выявляется выдача препаратов на руки. Результаты лечения по районам показывают, где действительно проводилось лечение под непосредственным наблюдением и осуществлялся контроль. В тех районах, где по отчетам

кураторских визитов отмечается отличная организация контролируемого лечения, доля излеченных пациентов выше.

2.4. Мультидисциплинарные команды при лечении больных туберкулезом

В современных условиях реформирования системы здравоохранения в целом и противотуберкулезной службы, в частности, вопросы о повышении эффективности лечения, оценки качества работы врачей и медперсонала выходят на первый план. Актуальность этих вопросов также повышается в связи с такими объективными факторами, как дефицит врачей-фтизиатров, комплексный характер проблем больных туберкулезом и их крайне низкая мотивация на лечение. Эти факторы создают дополнительные препятствия для эффективного лечения пациентов.

С клинической точки зрения возможности улучшения лечения туберкулеза (как и других нозологий), как правило, ограничиваются существующим набором лекарственных средств, технологий инвазивного вмешательства и финансовыми возможностями учреждения. По нашим наблюдениям, возможности улучшения лечения за счет расширения списка лекарственных препаратов и увеличения финансирования крайне ограничены. Тем не менее, в настоящее время поставлена задача по модернизации здравоохранения и внедрению инновационных технологий. Одной из наиболее эффективных инноваций в этой сфере считается новый метод организации лечебного процесса лечения туберкулеза.

Международными партнерами совместно с РСНПМЦ ФиП в течение нескольких лет изучаются и внедряются инновационные модели медико-социального сопровождения больных с туберкулезом. Наиболее подходящей моделью организации лечебного процесса для пациентов с широким спектром разнообразных проблем и отсутствием мотивации на лечение является модель, так называемая «мультидисциплинарная команда» (МДК). Распространение опыта работы МДК, полученного в сфере лечения туберкулеза, вполне оправдано. Применение технологий МДК началось в пилотных регионах.

Говоря о мультидисциплинарной команде, мы подразумеваем целый комплекс ее обязательных компонентов, включая:

- Единый пациент-ориентированный подход: работа команды направлена на пациента с его конкретными актуальными потребностями;
- Применение инновационных подходов контроля за лечением больных туберкулезом посредством проведения видео сопровождаемого лечения туберкулеза;
- Единую цель работы МДК;
- Использование методики мультипрофессионального сопровождения;
- Применение мотивационных техник консультирования;
- Использование методологии кейс-менеджмента (управления случаем в социальном сопровождении в соответствии с конкретными задачами и потребностями клиента);
- Наличие партнерской сети у каждого специалиста МДК.

Только при наличии всех этих компонентов применение модели МДК будет эффективным в качестве стратегии организации лечебного процесса.

Основной концепцией работы МДК является **пациент-ориентированный подход**. В отличие от опекающего патерналистского подхода, применение которого обоснованно в медицине катастроф, реанимации и других критических для жизни пациента случаях, пациент-центрированный подход направлен на развитие пациента.

Основной целью применения модели МДК является формирование приверженности к лечению и диспансеризации. В модели МДК мы анализируем результаты своей деятельности, оценивая изменения поведения пациента в контексте лечения туберкулеза. Именно динамика изменения поведения пациента является основным индикатором достижения поставленной цели. Модель МДК предусматривает процесс воздействия и его

оценку - изменение приверженности пациента к лечению и диспансеризации как количественное изменение поведения пациента в отношении своего здоровья.

В команду должны входить:

1. Врач-фтизиатр;
2. Медицинская сестра;
3. Психолог;
4. Специалист по социальной работе;
5. Пациент «равный равному».

Работа с рисками разрушения приверженности позволяет проанализировать, какие ресурсы, технологии и партнеры необходимы для планирования эффективного сопровождения пациента. Благодаря анализу рисков разрушения приверженности, специалисты МДК совместно с пациентом могут разработать актуальный и приемлемый для пациента план медико-социального сопровождения по формированию и укреплению приверженности.

В мультидисциплинарной команде взаимодействие сотрудников между собой и с пациентом осуществляется на основе технологий «кейс-менеджмента» или управления случаем. Речь идет именно об управлении случаем, а не клиентом - ведь каждый психолог знает, что человека изменить практически невозможно, но можно оказать ему необходимую квалифицированную помощь для того, чтобы он изменился сам. Основной алгоритм управления случаем состоит из нескольких этапов:

а) Открытие случая
б) Предварительная оценка случая
в) Диагностика и проба вмешательства
г) Вмешательство.
д) Оценка промежуточных результатов,
е) Корректировка индивидуального плана
ж) Закрытие случая

ГЛАВА 3. РОЛЬ РАЗЛИЧНЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ В СОПРОВОЖДЕНИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ И ФОРМИРОВАНИИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОМУ ЛЕЧЕНИЮ

Лечение туберкулеза, будучи само по себе длительным и сложным процессом, налагает на медицинских специалистов фтизиатрических лечебно-профилактических учреждений дополнительные функции по формированию и поддержанию приверженности к лечению. Зачастую это требует от врача-фтизиатра дополнительных знаний и навыков, а также больших затрат времени. Это выходит за пределы функциональных обязанностей врача-фтизиатра. Поэтому возникает необходимость привлечения к данному процессу других специалистов.

3.1. Роль медицинской сестры в повышении приверженности лечению.

Медицинская сестра-исполнитель и организатор условий для выздоровления больного. Успех лечения больного туберкулезом во многом зависит от профессионализма медицинской сестры и ее взаимоотношений с больными.

Задачи медицинской сестры:

- Построить доверительные взаимоотношения с больным;
- Проявить понимание трудностей и проблем больного;
- Сделать больного активным борцом за поддержание и восстановление собственного здоровья.

Медицинская сестра должна понимать, что госпитализация в стационар, необходимость длительного лечения с приемом большого количества медицинских препаратов, углубляет стресс, связанный с диагностикой и лечением туберкулеза и часто способствует появлению неадекватного отношения к болезни.

Правила общения с больным требуют, чтобы медсестра:

- Не оценивала поведение больного как личное отношение к себе;
- Говорила понятно, четко, просто и неторопливо.
- Понимала, что первая встреча больного с медсестрой определяет дальнейшие взаимоотношения с ним:
- Устанавливала доверительные отношения
- Располагала к себе больного, начиная с внешнего вида;
- Не обращалась «больной», как будто больной потерял право на имя и отчество;
- Информировала о диагнозе, особенностях заболевания, не выходя за рамки, обозначенные лечащим врачом;
- Выполняла обязанность- быть честной и правдивой по отношению к больному.
- Умела выбрать время для разговора с больным: если он не готов к разговору (устал, плохо себя чувствует, раздражен), не следует начинать беседу.

В ходе лечения больного туберкулезом необходимо учитывать роль слова и психологической установки: «нельзя лечить тело, не леча душу», поэтому, медсестра наряду с физическим уходом за больным, должна осуществлять психологическое воздействие на больного. Должен быть доверительный конфиденциальный диалог, во время которого медсестра получает сведения:

- Об особенностях личности больного;
- О его знаниях о ТБ;
- Надеждах на выздоровление;
- Планах на будущее;
- Проблемах больного.

В современных условиях в связи с пациент-ориентированной направленностью помощи больным ТБ, большое значение приобретает психологическое сопровождение больных на уровне СВП. Медсестры должны проводить постоянные беседы обо всем, что беспокоит больного, вызывает опасения и страхи не только при лечении в стационаре, но и на предстоящем амбулаторном этапе лечения.

Основные практические задачи психологической реабилитации больных ТБ предусматривают:

- Обучению адекватному отношению к заболеванию;
- Коррекцию неадекватных типов отношения к болезни;
- Создание мотивации на активное сотрудничество с лечащим врачом, формирование оптимистического отношения к процессу лечения;
- Уменьшения страха, тревоги, неопределенности и других негативных эмоциональных реакций, поддержание у больного чувства контроля над происходящим;
- Обучение больных приемам психологической самопомощи;
- Формирование адекватного отношения к реакциям организма на прием противотуберкулезных препаратов.

Компетентное психологическое сопровождение медикаментозной терапии способствует снижению у больных интенсивности переживаний психического и соматического неблагополучия, улучшению способности к саморегуляции собственного состояния.

3.2. Роль социального работника в сопровождении больного туберкулезом

Для многих медицинских служб круг обязанностей социального работника, его функции и возможности применения знаний на практике остаются по-прежнему не совсем понятными.

В некоммерческих организациях, работающих в сфере противодействия СПИДу, социальные работники появились давно. Функции соцработников многогранны: зачастую в силу ограниченного бюджета проектов они являются не только социальными работниками, но и выполняют роль менеджеров проекта, консультантов, специалистов по логистике.

Должность социального работника нередко занимают люди, у которых есть личный опыт решения проблем, схожих с проблемами клиентов проектов. Среди таких консультантов, работающих на основе подхода «равный равному», можно встретить людей с ВИЧ-положительным статусом, или с эффективным опытом избавления от наркозависимости, или с опытом приема высокоактивной антиретровирусной терапии, или с непосредственным знанием проблем секс-работников.

Список задач, в решении которых принимает участие социальный работник:

Социально-медицинские услуги:

- Содействие в оказании медицинской помощи;
- Содействие в проведении медико-социальной экспертизы;
- Содействие в проведении реабилитационных мероприятий (медицинских, социальных), в том числе для инвалидов на основании индивидуальных программ реабилитации;
- Оказание первичной психологической помощи (осознание и принятие диагноза, беседа с родственниками и т.д.);
- Помощь в получении путевок на санаторно-курортное лечение, в том числе льготных;
- Содействие в получении образования и/или профессии инвалидами в соответствии с их физическими возможностями и умственными способностями.

Содействие в трудоустройстве

Правовые услуги:

- Помощь в оформлении документов, кроме оформления документов, затрагивающих интересы третьих лиц;
- Содействие в получении установленных законодательством льгот и преимуществ;
- Оказание помощи по вопросам пенсионного обеспечения и предоставления других социальных выплат;
- Содействие в получении бесплатной помощи адвоката в порядке, установленном законодательством;
- Содействие в получении иных правовых услуг.

Содействие в организации ритуальных услуг:

- Оформление документов на предоставление ритуальных услуг в случае смерти одиноких граждан или оказание помощи в организации похорон их нетрудоспособным родственникам.

Пациенты делятся на две категории:

- Больные с крайне низкой приверженностью к лечению, находящиеся на амбулаторном этапе лечения;
- Больные с крайне низкой приверженностью к лечению, находящиеся на стационарном лечении.

Важных моменты, эффективной деятельности социальных работников:

1. Консультирование по принципу «равный-равному»;
2. Желательно наличие опыта работы в учреждениях социальной защиты населения;
3. Знание национальной и региональной законодательной базы в области социальной защиты населения;
4. Постоянный контакт со старшим медицинским звеном лечебного учреждения;
5. Навыки ведения учетной и отчетной документации (для оформления социальных карт пациентов, направлений для получения услуг и др.);
6. Налаженная система взаимодействия с органами социальной защиты населения, миграционной службой, другими профильными медицинскими учреждениями, реабилитационными центрами, группами анонимных наркоманов и анонимных алкоголиков;
7. Наличие высокого уровня толерантности и навыков эффективной коммуникации;
8. Наличие удостоверения либо другого иного документа, подтверждающего полномочия и профессиональную принадлежность социального работника.

3.4. Роль психолога и/или психотерапевта в сопровождении больного туберкулезом

Психотерапевт – это специалист с высшим медицинским образованием, прошедший интернатуру или клиническую ординатуру по психиатрии и имеющий первичную специализацию или прошедший клиническую ординатуру по психотерапии.

Психолог – это специалист, получивший гуманитарное образование по психологии и специализацию в рамках естественнонаучного подхода в сфере изучения функционирования психики. Психолог, основываясь на психодиагностике, подтверждает клинический диагноз, дает заключение о функционировании психики и рекомендации, осуществляет консультирование и психокоррекцию.

В общемировой практике эти две специальности практически тождественны. В сопровождении пациентов, страдающих туберкулезом, направленность образования имеет вторичное значение по отношению к квалификации специалиста.

Туберкулез, несмотря на очевидные успехи современной терапии, остается тяжелым заболеванием. Человек, узнавший, что он болен туберкулезом, переживает тяжелейший кризис.

Как правило, заболевание туберкулезом влияет на человека следующим образом:

- Изменяет самооценку (человек по-другому оценивает свои возможности и место среди других людей);
- Влияет на самоуважение;
- Снижает уверенность в себе;
- Влияет на самоосознание (изменяет образ себя и отношение к себе).

Возможное снижение или утрата социальной идентичности человека объясняются происходящей в ряде случаев стигматизацией, дискриминацией, дегуманизацией, что ведет к обесцениванию личности, ущемлению прав, снижению социального статуса, «приклеиванию ярлыков».

Таким образом, социально-психологические последствия туберкулеза проявляются на нескольких уровнях: индивидуальном, семейном, общественном, а также на уровне организаций и структур, задействованных в процессе.

Цели и задачи взаимодействия в команде «психолог - психотерапевт - пациент - врач»:

- Оказание эмоциональной поддержки (безоценочное принятие пациента как личности с индивидуальным набором личностных качеств и особенностей);
- Оказание информационной поддержки и практической помощи;
- Психологическая и психотерапевтическая коррекция нарушений;
- Мотивация на изменение поведения.

Человек, узнавший о том, что у него диагностирован туберкулез, может быть не готов к восприятию этого диагноза. Спектр эмоциональных реакций может быть широким: от бездействия до полного контроля над ситуацией, могут проявляться и такие реакции как шок, тревога и страх, гнев, чувство вины и обиды, и др. Сила реакции пациента при объявлении диагноза зависит от возраста, личностных особенностей, информированности, социального окружения, взаимоотношений со значимыми людьми.

При грамотном ведении диалога с пациентом адаптация к диагнозу происходит легче и быстрее. Внимание пациента (даже при не самом благоприятном течении заболевания) переводится от эмоциональных переживаний к рациональным действиям, необходимым для противостояния заболеванию. Профессиональная помощь должна быть направлена на активизацию собственных ресурсов человека.

ГЛАВА 4. ПОДХОДЫ К ФОРМИРОВАНИЮ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ТЕРАПИИ СРЕДИ УЯЗВИМЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

Низкая приверженность к противотуберкулезной терапии остается серьезным препятствием для обеспечения эффективности мероприятий по контролю над туберкулезом в Республике Узбекистан. Это объясняется тем, что значительная часть больных туберкулезом относится к уязвимым группам населения.

4.1. Уязвимая группа

Уязвимая группа – это группа, члены которой подвержены наиболее высокому риску, могут понести ущерб от определенных социальных обстоятельств или влияния окружающей среды; группа, в которой проводятся или внедряются программы воздействия. Представители уязвимых групп в силу социально-экономических или поведенческих причин в большей степени подвержены риску инфицирования туберкулезом и другими социально обусловленными заболеваниями. У представителей этих групп существует большое количество проблем, которые препятствуют проведению профилактических мероприятий, диспансерного наблюдения, лечения и сохранения приверженности к лечению.

К основным группам, подверженным наиболее высокому риску инфицирования туберкулезом, относятся:

- Потребители инъекционных наркотиков
- Лица, страдающие алкогольной зависимостью
- Мигранты
- Безработные
- Лица, освободившиеся из мест лишения свободы
- Лица, не имеющие постоянного места жительства (лица БОМЖ)
- Лица с иммуносупрессивным состоянием (например: ВИЧ).

4.2. Проблемы уязвимых групп:

A. Медицинские: туберкулез, ВИЧ-инфекция, наркозависимость, хронические вирусные гепатиты В и С, инфекции, передающиеся половым путем, сопутствующие соматические и психические заболевания (нередко с сочетанными патологиями);
B. Психологические: нарушение психологических механизмов самоотождествления и самооценки, общения, регуляции деятельности и др.;
C. Социальные: утрата социальных связей, утрата документов, необходимых для получения помощи (включая документы, удостоверяющие личность, медицинские полисы, документы временной регистрации по месту жительства и др.), отсутствие жилья, работы, плохое питание, повторяющиеся периоды тюремного заключения, проблемы юридического характера и др.

Кроме того, существуют проблемы, связанные с медицинскими и социальными учреждениями, которые препятствуют получению медико-социальной помощи для уязвимых групп населения:

A. Недоступность служб и неприемлемость услуг (необходимость предоставления документов, постановка на учет, которая влечет в дальнейшем ограничение в правах, неудобные часы работы, платность услуг);
B. Культурные и языковые барьеры для мигрантов из стран ближнего и дальнего зарубежья; вертикальное разделение систем оказания наркологической и фтизиатрической помощи, служб по профилактике и борьбе со СПИДом в рамках системы здравоохранения;
C. Отсутствие преемственности и интеграции в оказании помощи между различными службами и организациями (учреждениями здравоохранения, социальной защиты

населения, служб занятости, некоммерческими организациями, реабилитационными центрами, миграционной службой, учреждениями исполнения наказаний и др.);

D. Проявления стигмы и дискриминации;
E. Отсутствие анонимности, конфиденциальности и доброжелательного отношения в некоторых сервисных службах.

Для того чтобы программы профилактики и лечения приносили положительный результат, необходимо учитывать потребности уязвимых групп, реалии жизни людей, которым эти программы адресованы, снижая порог доступности услуг и создавая дополнительные возможности для получения помощи уязвимыми группами населения. Без решения первоочередных, жизненно важных для пациента проблем невозможно заставить его заботиться о собственном здоровье и здоровье окружающих, принимать лечение и сохранять приверженность к лечению на протяжении длительного времени.

4.3. Основополагающие принципы работы с уязвимыми группами:

- ДОСТУПНОСТЬ (простота обращения, безвозмездность оказания помощи, комплексный подход в оказании помощи и возможность получения необходимой информации);
- ДОБРОВОЛЬНОСТЬ (создание условий, способствующих осознанному обращению человека за помощью и получению услуг на добровольной основе);
- ДОБРОЖЕЛАТЕЛЬНОСТЬ (понимание и принятие особенностей целевой группы, максимально доброжелательное отношение к пациентам);
- ДОВЕРИЕ – этот четвертый принцип реализуется при соблюдении первых трех «Д».
- КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ (обязательное для выполнения лицом, получившим доступ к определённой информации, требование не передавать такую информацию третьим лицам без согласия её обладателя)

Кроме того, большое значение в работе с уязвимыми группами населения играет клиент-ориентированный подход и соблюдение конфиденциальности оказываемых услуг.

В последние годы, учитывая тяжесть двойной эпидемии – туберкулеза и ВИЧ-инфекции, - особую актуальность приобретает разработка стратегии оказания помощи и поддержки для пациентов, находящихся на длительном лечении туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией.

Такая стратегия должна быть направлена на достижение согласованности действий между различными государственными учреждениями и некоммерческими организациями для лечения и социальной поддержки данной категории пациентов.

4.4. Психологический климат в медицинском учреждении

Благоприятная обстановка в противотуберкулезных учреждениях начинается с квалифицированной помощи и человеческого понимания медицинского персонала. Информационную и эмоциональную поддержку со стоны фтизиатра и медсестер, а также создание соответствующей атмосферы во фтизиатрическом лечебном учреждении, необходимо рассматривать в качестве важнейших реабилитационных психологических факторов в процессе выздоровления и восстановления социально-психологического статуса личности больных.

Положительное влияние на эмоциональное состояние больных оказывает взаимодействие медицинского персонала с больными, основанное на понимании их переживаний и особенностей реагирования на всех этапах лечения. Атмосфера доброжелательного, уважительного отношения к больному, направленного на поддержку его самооценки способствует повышению приверженности терапии.

ГЛАВА 5. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ

Настоящие критерии оценки качества психосоциальной помощи (далее - критерии качества) применяются по условиям оказания медицинской помощи в амбулаторных (РМО, СВП, СП, фтизиатрические отделения/кабинеты) и стационарных условиях (фтизиатрические больницы).

Необходимо учитывать нижеперечисленные аспекты качества:

- Защищенность/безопасность;
- Доступность;
- Техническая компетентность и соответствие профессиональным стандартам;
- Реагирование услуг на потребности и ожидания пациента;
- Взаимоотношения между медицинским сотрудником и пациентом (доверие, конфиденциальность, уважение);
- Вовлеченность и участие пациента/сообщества;
- Постоянство услуг без перерывов;
- Эффективный мониторинг услуг и использование.

Защищенность/безопасность является ключевым требованием для любой услуги психосоциальной помощи, она означает, насколько безопасно чувствуют себя пациенты при использовании конкретной услуги, например, не опасаясь ограничительных мер и преследования со стороны административных органов, милиции, профессионального сообщества по месту работы и махаллинского сообщества по месту проживания. Безопасность относится к наличию и систематическому соблюдению техники безопасности, а также означает защищенность и безопасность сотрудников и волонтеров, оказывающих услуги психосоциальной помощи.

Доступность услуг означает, насколько адекватны услуги, и насколько легко пациентам пользоваться услугами с точки зрения следующих факторов:

- Расположение услуг облегчает доступ к ним для пациентов;
- Часы работы подходят для пациентов и удовлетворяют их потребности;
- Профессиональные сотрудники и волонтеры эффективно общаются с пациентами, учитывая их социальные и культурные традиции;
- Баланс между мужским и женским персоналом и волонтерами подходит для клиентов – мужчин и/или клиентов-женщин;

Техническая компетентность и соответствие профессиональным стандартам – этот аспект относится к профессиональным стандартам услуг, а не к ожиданиям пациентов. Конкретные вопросы включают в себя:

- Наличие стандартов обслуживания для конкретной услуги психосоциальной помощи;
- Знания, навыки и опыт сотрудников и добровольцев в отношении конкретных услуг;

Реагирование услуг на потребности и ожидания пациента – означает необходимость быть гибкими и реагировать на изменяющиеся потребности.

Взаимоотношения между поставщиком услуг и пациентом – этот аспект относится к важности уважения, доверия и конфиденциальности в отношениях между поставщиками услуг и клиентами, так как дружелюбное и открытое отношение персонала имеют важное значение для привлечения клиентов к любым услугам психосоциальной помощи, и они часто играют решающую роль в успехе или неудаче конкретной услуги.

Вовлеченность и участие пациента /сообщества – этот аспект относится к уровню активной вовлеченности и участия клиентов и местных общин в разработку, осуществление и оценку услуг психосоциальной помощи. Участие клиента и чувство принадлежности особенно важны для обеспечения комфортности услуг для клиентов. Вовлечение местных сообществ имеет ключевое значение для обеспечения благоприятной среды, которая вносит

свой вклад в безопасность, защищенность и общее качество услуг.

Постоянство услуг означает непрерывное предоставление услуг и соответствующие системы закупок и поставок, что гарантирует постоянное наличие препаратов, без образования дефицита, подготовку и переподготовку кадров и т.п. Нехватка финансовых ресурсов может привести к прерванным услугам и разрушить отношения с клиентами, на которые часто уходят недели или месяцы тщательной подготовки**.**

Эффективная система направления для предоставления услуг и сотрудничество с другими поставщиками услуг – этот аспект относится к важности интеграции конкретной услуги психосоциальной помощи в широкой сети услуг и поставщиков услуг. Важно гарантировать эффективное партнерство, сотрудничество и механизмы направлений между различными поставщиками услуг и услугами, в том числе услугами, не являющимися услугами ППСП, такими как доступ к АРВ-терапии, в случае необходимости.

Эффективный мониторинг услуг и их использование относятся к систематическому сбору и использованию данных МиО и оперативных исследовательских данных исследований по оценке охвата услугами ППСП, их качества и результата.

№	Критерии качества ППСП	Оценка выполнения
1	Организация контролируемой химиотерапии во фтизиатрических учреждениях	Да/Нет
2	Выбор места лечения в соответствии с медицинскими, эпидемиологическими и социальными показаниями	Да/Нет
3	Приближение места лечения больного к месту его проживания, в т.ч. организация амбулаторного лечения и лечения на дому	Да/Нет
4	Доступное и полностью бесплатное лечение	Да/Нет
5	Своевременная и доступная информация о болезни, сроках лечения, исходах и др.	Да/Нет
6	Грамотное обучение пациентов соблюдению лечения и гигиенических мероприятий	Да/Нет
7	Гуманное и уважительное отношение медицинского персонала к пациентам	Да/Нет
8	Социальная поддержка больных туберкулезом	Да/Нет
9	Установлена ли связь с доступными источниками поддержки	Да/Нет

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Психосоциальная помощь больным туберкулезом в Российской Федерации, Сборник статей, Москва, 2013.
2. Реализация Национальной противотуберкулезной программы в Республике Узбекистан: достижения и дальнейшие цели. Доклад директора РСНПМЦ ФиП, Ташкент, 2019.
3. Global Tuberculosis Report, 2020. Geneva: World Health Organization. WHO/HTM/TB/2020.
4. Ковалева А. И. Концепция социализации молодежи: нормы, отклонения, социализационная траектория // Социологические исследования. 2003. № 1. Сс. 109–114.
5. Федоренко Л. П. О путях коррекции социализации личности вне правовых систем // Историческая и социально-образовательная мысль. 2010. № 2 (4). Сс.91–93.
6. Закон Республики Узбекистан «О социальном партнерстве» от 25 сентября 2014 сентября №ЗРУ-376.
7. Приказ Министерство здравоохранения Республики Узбекистан №383 от 24 октября 2014г. «О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН».
8. «Руководство по оказанию психологической поддержки и социальной помощи при туберкулезе в республике Узбекистан». -2018 год. Стр 199.
9. Стерликов С.А., Кучерявая Д.А., Богородская Е.М., Гордина А.В., Социальная помощь больным в туберкулезных кабинетах: формы и источники финансирования [электронный ресурс] //Фтизиатрия и пульмонология. 2011. № 2 (2). Сс. 171-172. URL: http://ftiziopulmo.ru/fp/i/full/2_2011_100_sotsialnaya_.pdf (дата обращения: 17.11.2012 г.).
10. Cochrane G. M., Horne R, Chanez P. (1999) «Compliance in asthma therapy» Respir Med Nov 93:763–769.
11. Gordis, L. (1979). Conceptual and methodologic problems in measuring patient compliance. Compliance in Health Care. Haynes R. B.,. Taylor D. W and D. L. Sackett. Baltimore, Johns Hopkins University Press: 23–45.
12. Gulbrandsen P., Hjortdahl P., Fugelli P. General practitioners' knowledge of their patients' psychosocial problems: multipractice questionnaire survey // BMJ. — 1997; 314: 1014.
13. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth Edition, Text Revision: DSM-IV-TR. — Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc., 2000.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение №1. Опросник депрессии анкеты состояния здоровья (PHQ-9)

Заполняется психологом, врачом-фтизиатром.

Ф.И.О._____ Возраст _____

№	Как часто Вас беспокоили следующие проблемы за последние 2 недели?	Ни разу	Несколько дней	Более половины времени	Почти каждый день
1	У Вас был снижен интерес или удовольствие от выполнения ежедневных дел	0	1	2	3
2	У Вас было плохое настроение, Вы были подавлены или испытывали чувство безысходности	0	1	2	3
3	Вам было трудно заснуть или у Вас прерывистый сон, или Вы слишком много спали	0	1	2	3
4	Вы были утомлены или у Вас было мало сил	0	1	2	3
5	У вас плохой аппетит или Вы переедали	0	1	2	3
6	Вы плохо о себе думали: считали себя неудачником (неудач-ницей) или были разочарованы, или считали, что подвели семью	0	1	2	3
7	Вам было трудно сосредоточиться на каждодневных делах таких как, чтение газет или просмотр передач	0	1	2	3
8	Вы двигались или говорили так медленно, что другие это отмечали, или наоборот, Вы были настолько суетливы или беспокойны, что двигались гораздо больше обычного	0	1	2	3
9	Вас посещали мысли о том, что Вам лучше было бы умереть, или о том, чтобы причинить себе какой-либо вред	0	1	2	3
10	Если у Вас были какие-нибудь из вышеперечисленных про-блем, то оцените, насколько сложно Вам было работать, зани-маться домашними делами или общаться из-за этих проблем	Совсем не сложно	Достаточно сложно	Очень сложно	Чрезвычайно сложно
Суммируйте:					
Итого:					

Общий балл	Выраженность депрессии
1-4	Минимальная депрессия
5-9	Легкая депрессия
10-14	Умеренная депрессия
15-19	Тяжелая депрессия
20-27	Крайне тяжелая депрессия

Приложение №2. Диагностика приверженности больных к лечению с помощью шкалы - MMAS-8

Заполняется пациентом

№	Вопросы	ДА	НЕТ
1	Вы иногда забываете принимать лекарства?	0	1
2	Иногда люди пропускают прием лекарств по причинам, не связанным с забыванием. Если подумать, были ли за последние 2 недели дни, когда вы не принимали лекарства?	0	1
3	Вы когда-нибудь сокращали или прекращали прием лекарства, не сказав своему врачу, потому что вам стало хуже о тприема лекарств?	0	1
4	Когда вы путешествуете или уезжаете из дома, вы иногда забываете взять с собой лекарства?	0	1
5	Принилили Вы вчера все лекарства?	1	0
6	Когда вы чувствуете себя хорошо, что заболевание под контролем, перестаете ли вы иногда принимать лекарство?	0	1
7	Ежедневный прием лекарств для некоторых - настоящее неудобство. Вы когда-нибудь беспокоились о том, чтобы придерживаться своего плана лечения?	0	1
8	Вам сложно не забыть принять все лекарства?	0	1
	Суммируется:		

По 1 баллу начисляется за каждый отрицательный ответ, за исключением вопроса о приеме всех препаратов за вчерашний день (1 балл за ответ «да»).

Общий балл	Приверженность
0-5	Низкая
6-7	Средняя
8	Высокая