



USAID
ВІД АМЕРИКАНСЬКОГО НАРОДУ

RESPOND



building
local
promise.

fhi360
THE SCIENCE OF IMPROVING LIVES

ТУБЕРКУЛЬОЗ ВИЛІКОВНИЙ

СОЦІАЛЬНИЙ СУПРОВІД ЛЖВ, ЯКІ ОТРИМУЮТЬ ЛІКУВАННЯ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНИМИ ПРЕПАРАТАМИ

**ПОСІБНИК
ІЗ ВПРОВАДЖЕННЯ ВТРУЧАННЯ**

КИЇВ – 2017



RESPOND



ТУБЕРКУЛЬОЗ ВИЛКОВНИЙ

**СОЦІАЛЬНИЙ СУПРОВІД ЛЖВ,
ЯКІ ОТРИМУЮТЬ ЛІКУВАННЯ
ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНИМИ ПРЕПАРАТАМИ**

ПОСІБНИК ІЗ ВПРОВАДЖЕННЯ ВТРУЧАННЯ

Редакція – Проект USAID RESPOND

Автори:

Олена Нечосіна, Алла Бойко

Літературний редактор:

Світлана Глуцук

Туберкульоз виліковний: соціальний супровід ЛЖВ, які отримують лікування протитуберкульозними препаратами. Посібник із впровадження втручання / Олена Нечосіна, Алла Бойко. Київ: Поліграф плюс, 2017. 96 с.

ISBN

Втручання «Туберкульоз виліковний» розроблено з метою формування прихильності ЛЖВ до проходження успішного курсу лікування туберкульозу протягом амбулаторного етапу. Посібник містить опис підходів та моделей роботи з ЛЖВ, які хворіють на туберкульоз. Також посібник містить опис теорій, які лежать в основі підходів до консультування, та детальні рекомендації організації, яка планує запроваджувати таке втручання, щодо вимог до персоналу, місця роботи, співпраці з медичними закладами тощо.

У процесі ознайомлення з посібником ви зможете сформувані чітке розуміння особливостей втручання «Туберкульоз виліковний», технік та інструментів, які застосовуються в рамках цього втручання, а також отримаєте детальну інформацію про стратегії його впровадження.

Створення та публікація посібника стали можливими завдяки щирій підтримці Американського народу, наданій через Агентство США з міжнародного розвитку (USAID).

Зміст публікації не обов'язково відображає точку зору USAID або Уряду США.

© Проект USAID RESPOND, 2017

© USAID RESPOND Project, 2017

ПЕРЕДМОВА

Проект USAID RESPOND, спрямований на зниження темпів поширення ВІЛ-інфекції серед ключових груп, впроваджується в Україні міжнародною організацією Пакт Інк. (Pact Inc.) у партнерстві з ФНІЗБО. Цілями Проекту є підвищення якості послуг профілактики, догляду та підтримки у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу і посилення спроможності українських інституцій та організацій у наданні таких послуг.

Одне з основних завдань Проекту – покращенню континууму ВІЛ-послуг для представників ключових груп та людей, які живуть з ВІЛ. Протягом 2013–2017 років Проектом здійснено адаптацію та пілотування низки ефективних поведінкових втручань, які сприяють цьому покращенню.

Ефективне поведінкове втручання (ЕПВ) – це метод або процедура надання певної послуги, що базується на поведінковій теорії й має ефективність, доведена в ході наукових досліджень. Кожне окреме втручання спрямовується на конкретну цільову групу та її поведінку стосовно ВІЛ-інфекції/СНІДу, поєднує ефективні підходи до навчання та формування навичок («рівний–рівному», аутріч, рольові ігри тощо).

Центри з контролю та профілактики захворювань США підтримали тестування, документування та розповсюдження понад 75 ЕПВ у сфері ВІЛ, більшість яких успішно адаптовано і впроваджено в усьому світі (www.effectiveinterventions.org). Проект RESPOND адаптував та пілотував в Україні низку поведінкових втручань для різних ключових груп. Разом з тим, в Україні накопичився чималий досвід роботи з різними групами населення в процесі розвитку ВІЛ-сервісу. Саме це стало підставою для розробки місцевих втручань, спрямованих на підтримку континууму ВІЛ-послуг. Такі втручання враховують як кращі світові практики та рекомендації, так і досвід України.

Втручання «Туберкульоз виліковний» було розроблено Проектом RESPOND у співпраці з

БО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ» на основі найбільш успішного досвіду українських неурядових організацій. Воно поєднує залучення представників цільової групи, індивідуальне консультування та супровід клієнтів упродовж лікування. Метою втручання «Туберкульоз виліковний» є формування прихильності ЛЖВ до проходження успішного лікування туберкульозу протягом амбулаторного етапу. Довгостроковими результатами втручання є усвідомлення клієнтом необхідності регулярного обстеження на ТБ та ймовірності повторного прийому ПТП через підвищений ризик захворювання на туберкульоз у зв'язку з власним ВІЛ-статусом, а також формування певного стилю життя, пов'язаного з позитивним ВІЛ-статусом та підвищеним ризиком захворювання на ТБ. До цільової групи втручання належать ВІЛ-позитивні люди, які потребують лікування туберкульозу або мають ризик переривання такого лікування, за висновком лікаря.

Матеріали про впровадження втручання підготовлено з урахуванням українського контексту. В електронному вигляді вони доступні на сайті Проекту (www.respond.org.ua) і на Національному порталі стратегічної інформації у сфері протидії ВІЛ/СНІДу (hiv.ucdc.gov.ua).

Втручання пройшло півторарічне пілотування на базі трьох організацій: Криворізького та Миколаївського відділень БО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ і БО «Об'єднання неурядових організацій Одеської області «Разом за життя». Результати пілотування втручання засвідчили, що ми подолали чимало труднощів і досягли значних успіхів у наданні послуг клієнтам. Ми дуже вдячні партнерським організаціям за співпрацю та їхню відданість роботі з людьми, які живуть з ВІЛ, а також за конструктивний зворотний зв'язок, який ми отримували впродовж пілотування втручання.

Бажаємо успіхів у знайомстві з програмою «Туберкульоз виліковний»!

Команда Проекту RESPOND

INTRODUCTION

The USAID-funded Ukraine RESPOND Project, aimed at reducing transmission of HIV infection among key populations, is implemented in Ukraine by Pact, in partnership with FHI 360. The objectives of the program are to improve the quality of HIV/AIDS prevention, care and treatment services as well as strengthen the capacity of Ukrainian institutions and organizations to deliver quality HIV/AIDS programs.

One of the key objectives of RESPOND is to improve the continuum of HIV services for key populations and people living with HIV (PLHIV). Between the years of 2013-2017, RESPOND adapted and piloted a number of effective behavioral interventions, which focused on strengthening the continuum of services.

An effective behavioral intervention (EBI) is a method or procedure of delivery of the certain service based on the behavioral theory that has been proven effective through research studies. Each specific intervention is targeted toward specific behaviors as well as particular populations; intervention combines effective approaches to learning and skills development (e.g. “peer to peer”, outreach, role playing, etc.).

The U.S. Centers for Disease Control and Prevention supported piloting, documentation and distribution of more than 75 EBIs, many of which have been successfully adapted to local contexts and implemented worldwide (www.effectiveinterventions.org). RESPOND Project has adapted and piloted a number of behavioral interventions for various key populations in Ukraine. At the same time, Ukraine acquired sufficient experience in working with different populations in the process of HIV-services development. This served as basis for development of local interventions, aimed at supporting the continuum of HIV-services. Such interventions combine best world practices and recommendations as well as Ukraine’s experience.

“Tuberculosis is curable” intervention was developed by RESPOND staff in collaboration with

Charitable Organization “All-Ukrainian Network of People Living with HIV” based on the best practices and experience of Ukrainian NGOs. This intervention combines involvement of key populations representatives, individual counseling and case management for clients. “Tuberculosis is curable” intervention is aimed at building adherence of PLHIV to effective treatment from tuberculosis during outpatient stage. The long-term goal of intervention includes building client’s understanding, that regular examinations for TB are important and there is a possibility to repeat the intake of TB treatment because of increased risk of TB due to HIV-status; forming certain life style, as a result of HIV-positive status and increased TB risk. The intervention target group includes HIV-positive people, who need TB treatment or have the risk of breaking this treatment due to doctor’s conclusion.

Materials detailing the implementation of the intervention were prepared on the basis of Ukrainian context. Electronic materials are available at RESPOND Project website (www.respond.org.ua) and the National Portal of Strategic Information related to HIV/AIDS (hiv.ucdc.gov.ua).

The intervention was piloted over eighteen months by three NGOs: Kryvyi Rih and Mykolaiv branches of the Charitable Organization “All-Ukrainian Network of People Living with HIV” and Charity organization “Alliance of Odesa oblast NGOs “Razom za zhyttia”. Results from piloting the intervention demonstrate that while there were challenges in implementing this intervention, there are strong benefits and intervention was successfully implemented. We are grateful to all partner organizations for their cooperation and commitment to working with people who live with HIV and for the constructive feedback we were constantly receiving when piloting the intervention.

*Good luck in getting acquainted
with the “Tuberculosis is curable” program!*

RESPOND Project team

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА	3
INTRODUCTION	4
СКОРОЧЕННЯ	7
РОЗДІЛ 1. ВСТУП	8
Загальна інформація про втручання	8
Основні елементи та ключові характеристики втручання	9
Аналіз захворюваності на туберкульоз та смертності від нього в Україні	11
Гендерні аспекти впровадження втручання	15
Ефективність втручання «Туберкульоз виліковний»	16
РОЗДІЛ 2. ПОПЕРЕДНІЙ ЕТАП ВПРОВАДЖЕННЯ	17
Вимоги до персоналу	17
Ресурси і матеріали	18
РОЗДІЛ 3. ПЛАН ОЦІНКИ	19
Структурно-логічна модель зміни поведінки та схема програми	19
Моніторинг та оцінка впровадження втручання	22
РОЗДІЛ 4. ВПРОВАДЖЕННЯ ВТРУЧАННЯ	25
Критерії та алгоритм залучення клієнта до участі у втручанні	25
Взаємодія з медичними працівниками під час впровадження втручання	25
Критерії завершення участі у втручанні	27
ПЕРЕЛІК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	28
ПОСІБНИК ФАСИЛІТАТОРА	29
Загальний огляд сесій програми та застосування інструментів	29
Сесія 0. Включення клієнта у програму	31
Сесія 1. Організація процесу лікування туберкульозу та аналіз його впливу на життєвий уклад	34
Сесія 2. Режим хворого та побічна дія препаратів	40
Сесія 3. Індивідуальна безпека та інфекційний контроль у побутових умовах	45
Сесія 4. Планування власних ресурсів для подальшого лікування та обстеження	49
Сесія 5. Коло підтримки	54

ДОДАТКИ	58
ПЕРЕЛІК ІНСТРУМЕНТІВ ТА ФОРМ	58
Інструменти втручання	59
Додаток І1. Вправа «Але чому?»	59
Додаток І2. Вправа «Мій день, коли я хворію»	61
Додаток І3. Вправа «Коло підтримки»	62
Форми втручання	64
Додаток Ф0. Форма відбору клієнта для участі у втручанні	64
Додаток Ф1. Картка учасника втручання	65
Додаток Ф2. Анкета для виявлення ставлення клієнта до захворювання на туберкульоз	67
Додаток Ф3. Щоденник пацієнта	71
Додаток Ф4. Форма нотаток фасилітатора	72
Додаток Ф5. Форма фінальної оцінки втручання	74
Пам'ятки та інформація для фасилітатора	75
Додаток П1. Інформація «Туберкульоз у людей, які живуть з ВІЛ»	75
Додаток П2. Інформація «Режим хворого на туберкульоз»	78
Додаток П3. Деякі рекомендації щодо побічних ефектів лікування	80
Додаток П4. Пам'ятка «Заходи інфекційного контролю на побутовому рівні»	81
Додаток П5. Інформація «Міфи і факти про туберкульоз»	84

СКОРОЧЕННЯ

АРТ	Антиретровірусна терапія
ВІЛ	Вірус імунодефіциту людини
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ЛЖВ	Люди, які живуть з ВІЛ
Заклад DOTS	Заклад лікування під безпосереднім наглядом (directly observed treatment, short-course)
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я (України)
МРТБ	Мультирезистентний туберкульоз
МБТ	Мікобактерія туберкульозу
ПТП	Протитуберкульозні препарати
РРТБ	Туберкульоз із розширеною резистентністю
СНІД	Синдром набутого імунодефіциту
ТБ	Туберкульоз
ЦЛКК	Центральна лікарська консультативна комісія

РОЗДІЛ 1

ВСТУП

ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ ПРО ВТРУЧАННЯ

Втручання «Туберкульоз виліковний» розроблено для клієнтів з чутливим туберкульозом (ТБ), які проходять амбулаторне лікування. Втручання передбачає етап включення клієнта у програму та проведення сесій для усунення або мінімізації індивідуальних чинників, які можуть зумовлювати ризик переривання прийому протитуберкульозних препаратів (ПТП) під час лікування на амбулаторному етапі.

Метою втручання є формування прихильності ЛЖВ до проходження успішного (за висновком лікаря) курсу лікування туберкульозу¹ протягом амбулаторного етапу.

Довгострокові результати (наслідки) втручання щодо поведінки клієнта

- 1) Усвідомлення клієнтом необхідності регулярного обстеження на ТБ та ймовірності повторного прийому ПТП через підвищений ризик захворювання на туберкульоз у зв'язку з власним ВІЛ-статусом.
- 2) Формування певного стилю життя, пов'язаного з позитивним ВІЛ-статусом та підвищеним ризиком захворювання на ТБ.

Цільова група втручання – ЛЖВ віком від 18 років, які:

- перебувають на диспансерному обліку у зв'язку з ВІЛ-інфекцією;
- потребують лікування ТБ (1-3 категорії)²;
- за висновком лікаря-фтизіатра, мають ризик переривання лікування.

Детальні критерії відбору клієнтів для участі у втручанні наведено в **Розділі 4 «Впровадження втручання»**.

ТЕРМІН РЕАЛІЗАЦІЇ ВТРУЧАННЯ

З початку амбулаторного лікування до завершення курсу (орієнтовну тривалість лікування визначає лікар-фтизіатр), у середньому – 4-6 місяців³. Перші 3-4 тижні – інтенсивний період втручання, решта часу – підтримувальний період.

¹ Відповідно до клінічного протоколу, «вилікований» або «лікування завершено».

² Відповідно до клінічного протоколу.

³ Виняток можуть становити клієнти, яким підтверджено монорезистентність і змінено схему прийому ліків, але **вони відповідають усім критеріям** участі у втручанні.

Графік сесій визначає фасилітатор відповідно до тривалості амбулаторного лікування (пропорційно кількості тижнів лікування). Детально про планування графіка сесій див. **Розділ 3 «Схема програми»**.

Кількість сесій втручання (6) може не збігатися з кількістю зустрічей фасилітатора з клієнтом. Наприклад, можливе проведення в один день сесій 0 та 1 (тобто всього відбудеться 5 зустрічей), або, навпаки, часткове перенесення тем сесії на іншу зустріч (тобто одна сесія буде проводитися протягом двох зустрічей).

Умови завершення втручання наведено в **Розділі 4 «Впровадження втручання»**.

ОСНОВНІ ЕЛЕМЕНТИ ТА КЛЮЧОВІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ВТРУЧАННЯ

1. Ключове повідомлення, яке має звучати на всіх сесіях: «Туберкульоз – це небезпечна інфекційна хвороба, але вона виліковна, якщо дотримуватися режиму лікування і пройти повний курс. Люди, які живуть з ВІЛ, мають вищий ризик захворювання на туберкульоз, тому мають проходити регулярне обстеження та профілактичне лікування».

2. Інструменти втручання

Використання інструментів оцінювання, протоколів сесії та спеціальних форм до завдань допомагає чітко структурувати програму, яка складається з оцінки ризику, підкріплення мотивації та планування власних ресурсів. Запропоновані форми допомагають клієнтові з'ясувати готовність до прийому препаратів, сприяють посиленню мотивації та визначенню плану дій.

3. Формування довіри клієнта до процесу лікування

Оскільки туберкульоз – це соціально небезпечне інфекційне захворювання, яке передбачає стандартизоване контрольоване лікування, хворий має усвідомлювати/вірити, що проходження повного курсу лікування приведе до виліковування. Отже, втручання передбачає участь клієнта у процесі лікування, розуміння всіх процесів, що сприяє формуванню/підтримці довіри до стандартизованого контрольованого лікування.

4. Підтримка зв'язку з лікуючим фтизіатром та медичним працівником, який видає ПТП

Фасилітатор втручання може надавати інформацію та проводити консультування клієнту тільки з питань, які належать до його компетенції. Всі питання щодо лікувального процесу (діагностика, схеми та дозування препаратів, порядок прийому, дії у випадку виникнення побічних реакцій тощо) належать до компетенції лікуючого лікаря. Фасилітатор сесії може допомогти клієнтові сформулювати питання стосовно лікувального процесу та адресувати їх лікареві.

5. Проведення втручання одним фасилітатором

Важливо забезпечити, щоб усі сесії втручання проводила одна й та сама особа⁴. Це дозволить забезпечити сприятливу атмосферу спілкування під час сесії та підтримку між сесіями.

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВТРУЧАННЯ

Основна мета цього поведінкового втручання – сприяти формуванню у ЛЖВ, хворої на туберкульоз, прихильності до лікування шляхом мінімізації ризиків порушення режиму лікування. Для досягнення мети втручання під час сесії проводяться інформування та мотиваційне консультування клієнта, формування довіри до процесу лікування та до лікаря.

⁴ I.M.Rosenstock. Why people use health services. URL: <http://lawrencelizewski.com/attachments/File/HBM.pdf>; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690262/LarryLizewskiTheHealthBeliefModel>.

Основа втручання складають такі теоретичні моделі: модель віри у здоров'я та модель «Ідеальна поведінка від кашлю до одужання».

Модель віри у здоров'я (Health belief model)

Модель віри у здоров'я запропонувала в 50-х роках минулого століття група американських психологів для пояснення та прогнозування поведінки людей щодо питань здоров'я, зокрема користування послугами системи охорони здоров'я⁵. Вперше цю модель було застосовано для проведення скринінгу на туберкульоз та імунізації проти поліомієліту. Ця модель намагається пояснити поведінку людини і передбачити здорову поведінку, фокусуючись на її ставленні та переконаннях/віруваннях. Ключовими факторами моделі віри у здоров'я є такі:

- **усвідомлення загрози:** усвідомлення можливості захворіти і серйозності стану здоров'я;
- **усвідомлена можливість ризиків:** якщо люди усвідомлюють небезпеку, то прагнуть уникнути її;
- **усвідомлена серйозність:** почуття, пов'язані з серйозністю наявного захворювання, та усвідомлення наслідків у разі відсутності лікування (медичних, клінічних та можливих соціальних наслідків);
- **усвідомлена користь:** віра в ефективність стратегій, розроблених для зменшення загрози захворювання. Коли людина бачить ризик, на який наражається, вона має також усвідомлювати переваги бажаної поведінки та ефективності обраних стратегій, покликаних знизити загрозу захворіти;
- **усвідомлення перешкод** – потенційних негативних умов, які можуть впливати на зміну поведінки, включаючи фізичні, психологічні, фінансові потреби;
- **спонукання людини до дій:** події будь-якого походження (наприклад, фізичні симптоми щодо стану здоров'я) або оточення (наприклад, публікації в медіа), які можуть мотивувати людей почати діяти;
- **самоефективність:** віра у здатність успішно впровадити необхідну поведінку, щоб отримати бажаний результат.

Таким чином, людина, хвора на туберкульоз, пройде повний курс лікування, якщо віритиме в його ефективність, у те, що стан її здоров'я покращиться за умови дотримання нею рекомендацій з прийому препаратів (режиму лікування), і якщо виконання рекомендованих заходів буде для неї зручним (комфортним).

Особливість застосування моделі віри у здоров'я в цьому втручанні полягає в тому, що від ЛЖВ також очікується формування певного стилю життя і ставлення до власного здоров'я, які дозволять запобігти повторному захворюванню на туберкульоз.

Модель «Ідеальна поведінка від кашлю до одужання»

Основою побудови системи послуг для контролю за туберкульозом є модель ідеальної поведінки людини, що кашляє. Модель запропонувала американська організація Academy for Educational Development (з 2011 року інтегрована в організацію Family Health International – FHI360).

Модель ідеальної поведінки передбачає шість кроків, які має пройти людина з кашлем для того, щоб з'ясувати свій діагноз та у випадку туберкульозу пройти лікування. На кожному кроці існують певні проблеми і перешкоди як індивідуального/групового, так і системного характеру, що можуть вплинути на процес діагностики та лікування. Для подолання цих проблем та перешкод плануються послуги та здійснюються різноманітні заходи впливу (адвокація, комунікація та соціальна мобілізація).

⁵ I.M.Rosenstock. Why people use health services. URL: <http://lawrencelizewski.com/attachments/File/HBM.pdf>; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690262/LarryLizewskiTheHealthBeliefModel>.

РІВНІ	ПЕРЕШКОДИ					
Індивідуальний та груповий	<ul style="list-style-type: none"> Недостатні знання симптомів ТБ Недостатні знання про лікування ТБ Стигматизація ТБ Сприйняття власного ризику інфікування 	<ul style="list-style-type: none"> Вартість Переважа лікування в іншому закладі Ставлення до служб охорони здоров'я Стигма Соціальні норми 	<ul style="list-style-type: none"> Недостатні знання про діагностику Невиправдані очікування 	<ul style="list-style-type: none"> Недостатні знання про тривалість лікування Стигма 	<ul style="list-style-type: none"> Недостатні знання про тривалість лікування Стигма 	<ul style="list-style-type: none"> Недостатні знання про тривалість лікування Стигма
ІДЕАЛЬНА ПОВЕДІНКА	1. Своєчасно звернутися по допомогу	2. Звернутися в заклад DOTS	3. Отримати точний діагноз	4. Почати лікування	5. Продовжити лікуватися	6. Завершити повний курс лікування
Системний		<ul style="list-style-type: none"> Час, вартість, відстань до закладу DOTS Недостатня співпраця між DOTS та іншими службами (ВІЛ) Пропущений діагноз та відсутність направлень іншими службами 	<ul style="list-style-type: none"> Недостатні знання медпрацівників Погані навички міжособистісної комунікації Відсутність ресурсів, включаючи людські Погана якість обслуговування (години, черги) Час, вартість, відстань 	<ul style="list-style-type: none"> Час, вартість, відстань Погана якість обслуговування Медпрацівники не надають необхідної інформації Відсутність ліків 	<ul style="list-style-type: none"> Час, вартість, відстань Погана якість обслуговування Медпрацівники не надають необхідної інформації Відсутність ліків 	<ul style="list-style-type: none"> Час, вартість, відстань Погана якість обслуговування Медпрацівники не надають необхідної інформації Відсутність ліків

Це втручання передбачає підтримку клієнта на етапах з четвертого по шостий кроки ідеальної поведінки: розпочати лікування, продовжити лікування і завершити повний курс лікування. Сесії втручання орієнтовані на подолання індивідуальних та групових перешкод, які має клієнт під час лікування туберкульозу.

АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ТА СМЕРТНОСТІ ВІД НЬОГО В УКРАЇНІ⁶

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), в Україні розрахункові показники поширеності ТБ і захворюваності на ТБ з 2007 року мають тенденцію до зниження щорічно в середньому на 4,4% і 3,3% відповідно.

У регіонах України спостерігається значне коливання захворюваності на ТБ (від 50,1 до 123,8 на 100 тис. населення). Найвищі показники захворюваності на ТБ зареєстровано в Одеській (123,8), Херсонській (106,1), Дніпропетровській (99,6), Кіровоградській (92,3) областях; найнижчі – в Тернопільській (50,1), Харківській (53,4), Луганській (53,8), Чернівецькій (54,6) областях та місті Києві (53,9).

Захворюваність на ТБ, включно з новими випадками та рецидивами, серед дітей 0–14 років становить 8,8 на 100 тис. відповідного населення (568 випадків), серед підлітків 15–17 років – 24,4 на 100 тис. відповідного населення (284 випадки), дорослого населення (18 років і старших) – 83,4 на 100 тис. відповідного населення (29 299 випадків).

⁶ Туберкульоз в Україні. Аналітично-статистичний довідник. Київ, 2016.

Соціальна структура хворих на ТБ

Серед усіх осіб, які захворіли на ТБ, 77% становлять особи працездатного віку (18–54 роки), в тому числі вікова група 25–44 роки – 52,5%, що свідчить про високий соціальний вплив та економічне навантаження, які зумовлює ТБ.

Аналіз соціальної структури нових випадків ТБ у 2015 році демонструє, що серед пацієнтів, які вперше захворіли на ТБ, майже 75% становлять представники соціально незахищених верств населення (58,4% – непрацюючі особи працездатного віку, 12,2% – пенсіонери, 1% – особи, які повернулися з місць позбавлення волі, 2,5% – особи без постійного місця проживання).

Коінфекція ВІЛ/ТБ

Суттєве зростання кількості випадків поєднаної інфекції ВІЛ/ТБ (2014 р. – 5 210 випадків, 2015 р. – 5 572 випадки) свідчить про посилення тягаря епідемії ВІЛ-інфекції в країні.

Залишається низьким показник охоплення АРТ хворих на ТБ/ВІЛ – 64,2% (рекомендований ВООЗ – 100%). Найнижчим цей показник у 2015 році виявився у Рівненській (45%), Херсонській (51%) та Київській (52%) областях. Краще за інші регіони України в напрямі призначення АРТ спрацювали Волинська (90%), Закарпатська та Житомирська (82%) області.

Резистентний туберкульоз

У 2014 році Україна стала однією з п'яти країн світу з найвищим тягарем мультирезистентного туберкульозу (МРТБ). Завдяки впровадженню стандартизованих методик діагностики ТБ з використанням інноваційних методів досліджень зареєстровано зростання кількості випадків МРТБ з 3 482 у 2009 р. до 8 440 у 2015 р., що підтверджує високу ефективність такого підходу.

З іншого боку, зростання частки хворих з хіміорезистентністю мікобактерії туберкульозу (МБТ) до ПТП значною мірою зумовлене неналежною організацією лікування хворих на ТБ з переважним лікуванням в умовах стаціонару, дефіцитом ПТП для хворих на мультирезистентний ТБ або ТБ з розширеною резистентністю (МРТБ/РРТБ), недостатнім безпосереднім контролем за лікуванням, відсутністю системи соціально-психологічної підтримки хворих під час лікування та управління побічними реакціями на ПТП.

За результатами першого національного епідеміологічного дослідження щодо хіміорезистентного ТБ в Україні, рівень МРТБ серед хворих, яким уперше в житті встановлено діагноз ТБ, становить 24,3%, серед хворих з повторними випадками ТБ цей показник більш як удвічі вищий – 58,2%. Частка осіб з РРТБ становить 13,9% від загальної кількості хворих на МРТБ.

Рівень МРТБ серед нових випадків значно вищий у південно-східних регіонах, ніж у центральних і західних регіонах України.

Результати лікування ТБ

Результат успішного лікування всіх випадків ТБ в Україні має тенденцію до зростання і становить 69,6% когорти 2014 р. (індикатор ВООЗ – 85%). Причинами низької ефективності лікування є перерване лікування (8,5%), невдача лікування (8,9%) та смерть (11,3%), що зумовлюється:

- неналежною організацією лікування хворих на ТБ з переважним лікуванням в умовах стаціонару, що сприяє внутрішньолікарняному інфікуванню хворих на ТБ резистентними до ПТП штамами МБТ;
- неналежною організацією безпосереднього контролю за лікуванням;
- відсутністю системи соціально-психологічної підтримки хворих під час лікування та управління побічними реакціями на ПТП.

Причини перерваного лікування серед хворих на хіміорезистентний туберкульоз в Україні⁷:

- перерви в забезпеченні препаратами II ряду;
- недостатнє формування прихильності хворих до лікування: роз'яснювальної роботи, залучення психологів, соціальних працівників, священиків тощо;
- асоціальна поведінка хворих;
- незадоволеність хворих умовами перебування у протитуберкульозному диспансері (ПТД);
- зuboжілий стан хворих, відсутність засобів існування та потреба заробляти.

Дослідження в Таджикистані щодо частоти і причин переривання лікування серед хворих на мультирезистентний туберкульоз на амбулаторному етапі⁸

Загалом було досліджено 70 випадків порушення режиму лікування (із 885 хворих, які проходили лікування на амбулаторному етапі). Результати показали, що частіше переривають лікування чоловіки, ніж жінки (82,8% проти 17,2%). Основними причинами порушення режиму були неадекватна оцінка свого стану і ставлення до власного здоров'я: 49 хворих із 70 припинили прийом препаратів через те, що вважали себе здоровими, «втомились» від лікування, продовжували працювати або зникли, 4 хворих відмовились від лікування через непереносність, 17 хворих – через прогресування хвороби. Аналіз показав, що переривання переважно відбувалось на восьмому місяці лікування.

Ефективність психосоціальної підтримки хворих на МРТБ у Східному Казахстані⁹

Програма психосоціальної підтримки хворих спрямована на зміцнення комплексного лікування та догляду через створення та підтримку комунікації між медичними працівниками і пацієнтами, що сприяє підвищенню прихильності хворих до лікування та запобіганню порушенню режиму.

Основні складові пацієнт-орієнтованого підходу: клінічний підхід, психологічна підтримка, соціально-економічна підтримка. Підхід має застосовуватися до всіх хворих протягом усього періоду лікування, забезпечувати індивідуальні потреби та комплексність.

За результатами програми відмічається зменшення пропусків прийому препаратів на амбулаторному етапі з 18% до 4%. Серед учасників програми не зафіксовано жодного відриву від лікування (всього 190 учасників, з них 44 особи постійно порушували режим лікування).

За результатами анкетування хворих на МРТБ (190 хворих, з них 18% – на стаціонарному лікуванні, 82% – на підтримувальній фазі), на успішність лікування впливають такі фактори: медичні (81,5%), соціально-економічні (70%), психологічні (50%), особисті (17%).

Гендерні особливості поведінки та життєдіяльності пацієнтів, хворих на туберкульоз¹⁰

Як правило, пацієнтам властиві невеликі перерви в прийомі основного курсу протитуберкульозних препаратів: мінімальні – на один-два дні і незначні – від трьох днів до двох тижнів, що за стандартами ВООЗ вважається прийнятним у лікуванні ТБ. Згідно з результатами досліджень, більш прихильними до лікування є жінки: серед пацієнтів, які мають досвід стаціонарного ліку-

⁷ В. Мельник. Шляхи поліпшення організації виявлення і лікування хворих на хіміорезистентний туберкульоз в Україні. Презентація, 24.06.2014.

⁸ Д.З. Мухтаров, Ш.М. Саидова. Причини порушення режима на амбулаторном етапе лечения больных множественным лекарственно-устойчивым туберкулезом / Український пульмологічний журнал. 2013. № 4.

⁹ Эффективность психосоциальной поддержки больных МЛУ туберкулезом в Восточном Казахстане. Презентация, 5–6 декабря 2013 года. Проект USAID TB CAP, TB CARE I, представительство KNCV в Центральной Азии.

¹⁰ Див: Демченко І., Пивоварова Н. Гендерні особливості поведінки та життєдіяльності пацієнтів, хворих на туберкульоз. Аналітичний звіт. 2013.

вання ТБ, показник відриву від лікування становить 2,5% серед чоловіків та 1,3% – серед жінок. Чоловіки становлять основну частку хворих, які або допускають значні перерви у прийомі препаратів, або взагалі переривають курс лікування, чим наражають себе на ризик ускладнень хвороби та сприяють формуванню мультирезистентного/резистентного ТБ.

Більшість жінок переривала прийом основного курсу протитуберкульозних препаратів у стаціонарі з об'єктивних причин (насамперед через погіршення стану здоров'я), тоді як у відповідях більшості чоловіків переважають суб'єктивні причини переривання лікування (свавільне покидання стаціонару на кілька днів, вживання алкоголю/наркотиків, небажання приймати препарати без будь-якої аргументації).

При амбулаторному лікуванні єдиним об'єктивним поясненням переривання прийому препаратів є погіршення стану здоров'я – побічні ефекти (цю причину вказала однакова кількість чоловіків та жінок). Найбільш часто згадувана суб'єктивна причина переривання амбулаторного прийому протитуберкульозних препаратів – вживання алкоголю/наркотиків (цю причину вказали дещо більше чоловіків, ніж жінок). Такі причини перерв у лікуванні, як «Не було можливості прийти по ліки» і «Забули прийняти або загубили препарати», властиві тільки чоловікам (поодинокі випадки).

Результати дослідження підтвердили наявні в суспільстві уявлення про гендерні особливості ставлення до хвороби (гендерні стереотипи), такі як:

- «Жінки серйозніше ставляться до свого здоров'я»;
- «Жінки більш акуратні в дотриманні схем лікування»;
- «Чоловіки більш легковажні та нестримані в лікуванні»;
- «Чоловікам більш властива свавільна поведінка та/або шкідливі, небезпечні її прояви, зокрема алкоголь, наркотики».

Загалом фактори, що впливають на ефективність лікування хворих на туберкульоз, поділяються на соціальні та медичні. До найбільш значущих соціальних факторів належать: ставлення до лікування, дотримання режиму лікування, перебування у стаціонарі, а також рівень освіти, рівень доходів, соціальний статус, сімейний стан, рівень санітарної культури, умови життя. До медичних факторів належать: контакт із хворим на туберкульоз, вид резистентності до ліків, час її виникнення, якість лабораторної діагностики, адекватність терапії, тривалість лікування і прихильність до нього, наявність супутньої патології.

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

Оцінюючи свою соціальну значущість, учасники дослідження вказали, що хвороба вплинула насамперед на їхнє ставлення до самих себе. У більшості опитаних спостерігається відчуття втрати сил та енергії – типовий для туберкульозу симптом.

Деякі опитані відповіли, що через хворобу в них погіршилися стосунки в сім'ї, вони відчують, що набридли своїм рідним і стали для них тягарем. Це свідчить про те, що існує частина психологічно нестійких хворих (таких дещо більше серед чоловіків), у яких спостерігається різке зниження самооцінки та своєї значущості, що необхідно враховувати при лікувально-профілактичній роботі у спеціалізованих фтизіатричних закладах.

Частина пацієнтів вважає, що через хворобу вони не можуть зробити кар'єру. Вона заважає їм досягти бажаного становища в суспільстві й не дозволяє працювати там, де вони хотіли б. Деякі опитані також сказали, що хвороба завдає їм матеріальних збитків, тому що через неї вони не можуть заробляти більше, оскільки відчувають фізичне нездужання, втому, млявість.

Невеликій кількості опитаних чоловіків та жінок властива надмірна трагічність. Такі хворі належать до істеричного типу реагування на хворобу, тому в роботі з ними необхідно проявляти толерантність, доброзичливість, чуйність і уважність.

Можна констатувати, що частина чоловіків і жінок, які мають діагноз туберкульозу, схильні до очікування несправедливості від оточення та соціуму. Подібне недовірливо-неприятне ставлення до людей у поєднанні з невпевненістю в соціальній значущості та стабільності свого становища зумовлює знижену соціальну адаптацію хворих на туберкульоз після закінчення курсу лікування.

ГЕНДЕРНІ АСПЕКТИ ВПРОВАДЖЕННЯ ВТРУЧАННЯ

З початку цього століття ВООЗ рекомендує застосовувати в програмах громадського здоров'я гендерний підхід, у рамках якого передбачається, що кожна стать має певні стереотипи поведінки та побудови взаємовідносин. Стереотипи формуються на спілкуванні з конкретною особою та переносяться на групу людей за певною гендерною ознакою. Гендерний стереотип – це переконання соціуму, що люди мають фізичні, анатомічні та психологічні відмінності, які пов'язані з їхньою статтю. Застосування гендерного фактору в процесі організації лікування різних хвороб (зокрема, коінфекції ВІЛ/ТБ) може сприяти суттєвій оптимізації поведінки хворої особи в лікувальному процесі, прихильності до лікування та адаптації після лікування.

У контексті ВІЛ-інфекції/СНІДу гендер – один з ключових факторів, який визначає ризик особи інфікуватися ВІЛ; наслідки інфікування ВІЛ; вплив ВІЛ-асоційованої хвороби та смерті особи на сім'ю і суспільство; соціально-економічні наслідки для країни.

Жінки більш вразливі до ВІЛ. При цьому вони менше здатні захищати себе від впливу ВІЛ-інфекції/СНІДу через економічні, соціальні, правові, політичні і культурні перепони, з якими вони стикаються. Але чоловічі гендерні ролі також шкодять чоловічому здоров'ю. Гендерні проблеми прийнято вважати тільки жіночими, проте чоловіки так само, як і жінки, страждають від гендерної дискримінації.

За результатами дослідження «Гендерні особливості поведінки та життєдіяльності пацієнтів, хворих на туберкульоз»¹¹ було підтверджено наявні стереотипи про гендерні особливості ставлення до хвороби на туберкульоз.

Аналіз отриманих даних виявив, що серед чоловіків дещо переважають такі емоційні та ціннісно-мотиваційні характеристики: емоційна напруженість/стриманість, домінування негативних емоцій, песимістична оцінка і певна фаталістичність життєвої перспективи. Хворі на туберкульоз пацієнти зі зниженим самоконтролем частіше трапляються серед чоловіків, ніж серед жінок. Чоловікам більше, ніж жінкам, притаманний невисокий рівень вербальної культури, замкнутість і неконтактність, відсутність навичок аналізу причинно-наслідкових зв'язків.

Наведені гендерні особливості щодо ВІЛ-інфекції та захворювання на туберкульоз слід враховувати при проведенні втручання, а саме побудови консультування і вправ, які формують навички аналізу (особливо серед чоловіків) та сприяють підвищенню мотивації.

¹¹ Демченко І., Пивоварова Н. Гендерні особливості поведінки та життєдіяльності пацієнтів, хворих на туберкульоз. Аналітичний звіт. 2013.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВТРУЧАННЯ «ТБ ВИЛКОВНИЙ»

Паралельно із впровадженням втручання «Туберкульоз виліковний» Проектом було проведено імплементаційне дослідження, метою якого було вивчення сумлінності та можливості впровадження, а також його ефективності. Дослідження показало значуще короткотривале покращення прихильності до протитуберкульозної терапії на основі самозвіту клієнтів, а також покращення знань про ризики переривання цієї терапії. За іншими очікуваними результатами, такими як довгострокова прихильність, регулярне отримання препаратів, знання про шляхи передачі та профілактики туберкульозу, а також зміна ін'єкційної та статевої поведінки, втручання не показало переваг перед стандартним пакетом послуг для пацієнтів з коінфекцією ВІЛ/ТБ. Із результатами дослідження можна ознайомитися на сайті Проекту RESPOND (respond.org.ua) та Національному порталі стратегічної інформації.



РОЗДІЛ 2 ПОПЕРЕДНІЙ ЕТАП ВПРОВАДЖЕННЯ

ВИМОГИ ДО ПЕРСОНАЛУ

Важливою частиною забезпечення ефективності втручання є залучення до його впровадження кваліфікованого персоналу, насамперед фасилітаторів.

До обов'язків фасилітатора втручання належать, зокрема, такі:

- проводити сесії втручання відповідно до протоколу та посібника;
- вести документацію, передбачену втручанням;
- підтримувати зв'язок з клієнтом упродовж усього часу його участі у втручанні;
- взаємодіяти з медичними працівниками, які забезпечують лікування клієнта;
- додаткові обов'язки (за потреби).

Ключові навички фасилітатора втручання:

- ефективний слухач, готовий висловити співчуття та підтримати;
- добрий комунікатор;
- має навички консультування;
- організований;
- хороший посередник у розв'язанні конфліктів;
- обізнаний з питань ВІЛ-інфекції та туберкульозу, але не виходить за рамки своєї компетенції (не втручається в лікувальний процес).

Рекомендоване навчання для фасилітаторів: тренінг-інструктаж щодо впровадження втручання та подальша технічна підтримка.

РЕСУРСИ І МАТЕРІАЛИ

Для впровадження втручання вашій організації знадобляться такі матеріали:

- файли (документи, які долучаються до особової справи клієнта);
- форми для клієнта і фасилітатора до кожної сесії (можна використовувати різнокольоровий папір для кожної окремої форми для легкого розпізнавання);
- брошури з питань ВІЛ-інфекції та туберкульозу (тематику вказано в кожній сесії);
- «Щоденник пацієнта»;
- ручки або олівці.

Приміщення для сесії

Втручання передбачає проведення співробітником програми індивідуальних сесій з клієнтом у захищеному приміщенні, яке дозволяє забезпечити конфіденційність. Якщо клієнт прийшов на сесію з другом або членом родини, потрібно мати додаткове приміщення для очікування. У випадку відсутності приміщення для очікування варто заздалегідь повідомити про це клієнта.

Варіантами приміщення для проведення сесій можуть бути:

- офіс вашої організації;
- кімната для сесій або хол іншої громадської організації;
- кабінет закладу охорони здоров'я (наприклад, центру СНІДу);
- інше місце, що відповідає вимогам для ефективного та безпечного консультування.

Домовляючись із клієнтом про місце проведення сесії, перевірте:

- Чи легко ваш клієнт дістанеться до цього місця? Чим легше клієнту дістатися до місця, тим легше йому прийти на сесію.
- Чи зможе ваш клієнт дістатися сюди громадським транспортом?
- Чи має ваш клієнт особливі потреби (наприклад, чи доступне це місце для осіб з обмеженими можливостями)?
- Чи безпечно це місце для вашого клієнта?
- Чи безпечно та доступне це місце для вас як співробітника проекту?
- Чи почуватиметься ваш клієнт комфортно в цьому місці? Наприклад, якщо це приміщення центру СНІДу, чи буде клієнтові зручно, якщо його тут побачать?
- Чи конфіденційне це приміщення?
- Чи не занадто публічне і гамірне це місце, чи не відволікатиме воно від сесій?

Графік сесій

Призначаючи клієнтові дату й час кожної наступної сесії, необхідно врахувати можливість клієнта зустрітися. Деякі клієнти вільні тільки у вихідні дні або ввечері. Доступне місце для сесій також може впливати на планування графіка.

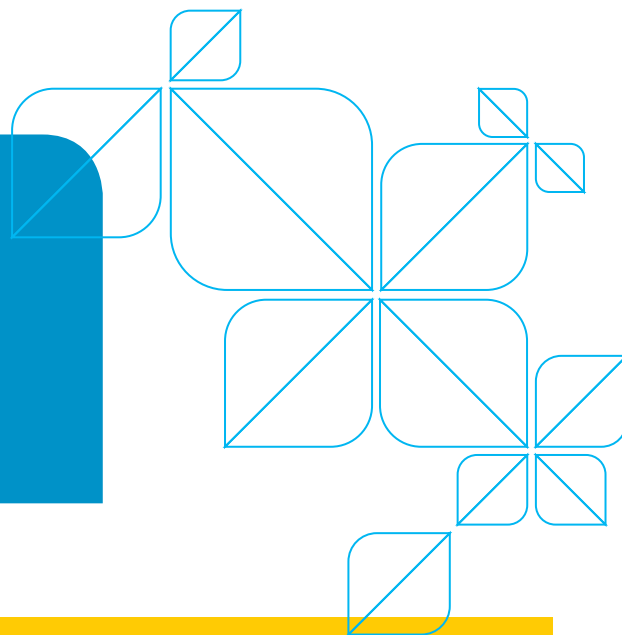
Заохочення

Для впровадження втручання за наявності ресурсів доцільно передбачити мотиваційні набори для заохочення клієнта. Склад мотиваційного набору може визначити керівництво організації, яка впроваджує втручання, відповідно до своїх процедур та бюджетних можливостей.

Але на початку втручання варто запитати клієнта, чи хоче він отримувати щоразу маленьке заохочення (наприклад, після кожної сесії, тобто загалом п'ять подарунків), чи один великий подарунок ближче до завершення лікування.

Рекомендується, щоб загальна цінність/вартість п'яти маленьких заохочень дорівнювала цінності/вартості одного великого подарунка.

РОЗДІЛ 3 ПЛАН ОЦІНКИ



СТРУКТУРНО-ЛОГІЧНА МОДЕЛЬ ЗМІНИ ПОВЕДІНКИ ТА СХЕМА ПРОГРАМИ

Структурно-логічна модель зміни поведінки

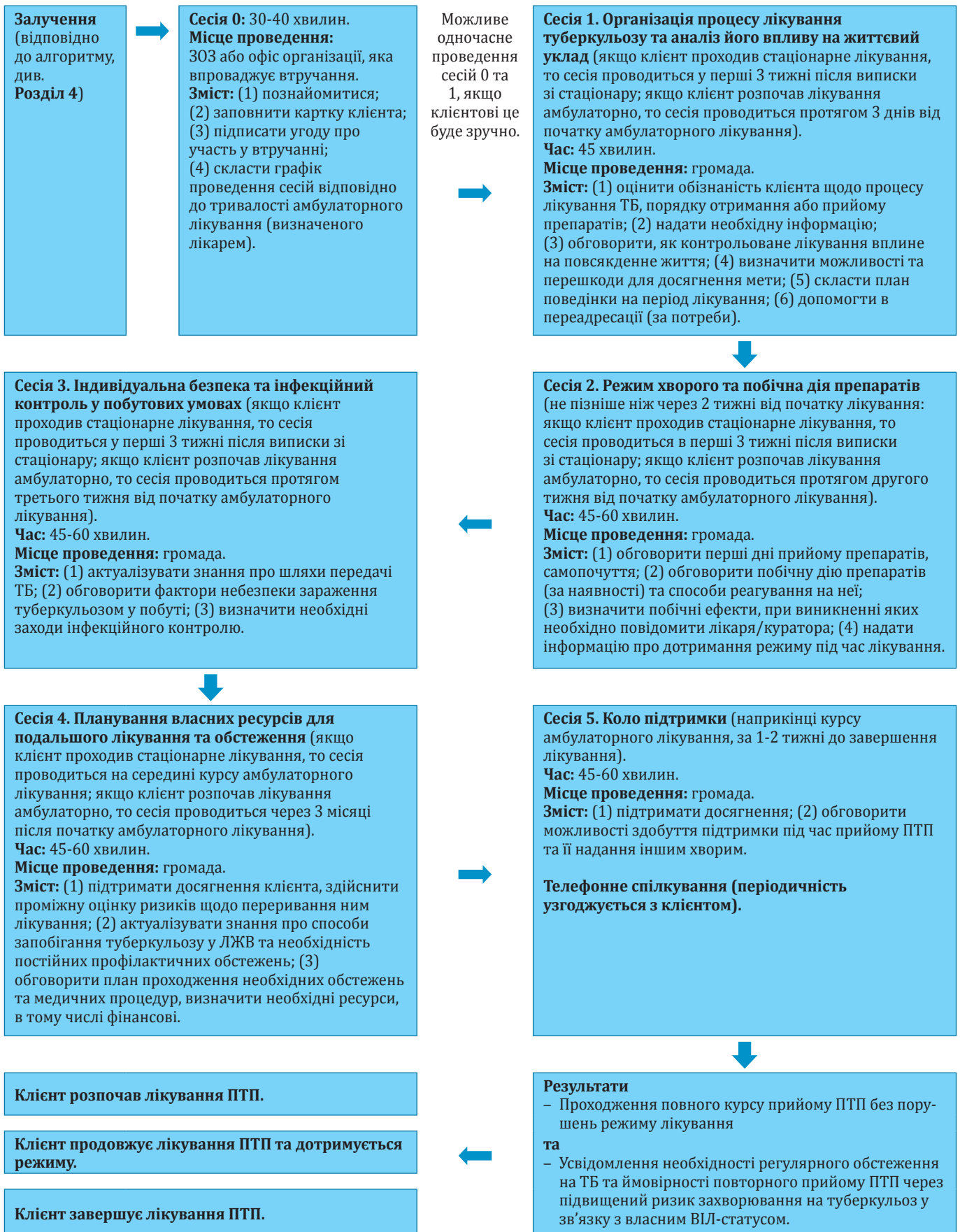
Визначення проблеми	Діяльність
<p>ЛЖВ мають підвищений ризик захворювання на туберкульоз та потребують регулярного медичного обстеження і (в разі потреби) лікування протитуберкульозними препаратами під безпосереднім наглядом медичного працівника. Особи, яким призначено ПТП, мають ризик переривання лікування в силу різних причин.</p> <p>Індивідуальні причини</p> <ul style="list-style-type: none"> • Недовіра до медичної системи, лікаря або схеми лікування. • Погіршення самопочуття, в тому числі через побічні ефекти. • Самовільне рішення про припинення лікування. • Наявність шкідливих звичок, які впливають на процес лікування. • Залежності (алкогольна та наркотична). <p>Соціальні причини</p> <ul style="list-style-type: none"> • Самостигматизація. • Суб'єктивне сприйняття негативного ставлення інших осіб. • Дискримінація. <p>Економічні причини</p> <p>Відсутність або брак ресурсів (фінансів, часу, організаційних можливостей).</p>	<p>Проведення первинної оцінки залучення клієнтів для участі у втручанні відповідно до медичних та соціальних критеріїв (включаючи анамнез лікування туберкульозу та АРТ).</p> <p>Інтенсивний період (3 індивідуальні сесії протягом 1-2 місяців)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Обговорити, яким чином буде організовано лікування ПТП, в тому числі спосіб отримання ПТП, як це вплине на життєвий уклад учасника втручання. • Визначити план змін на період лікування. • Обговорити вплив ПТП, можливих побічних ефектів та підготуватися до них. • Визначити необхідні побутові заходи інфекційного контролю на період лікування. • Надати інформацію про ризик розвитку резистентних форм ТБ у разі порушення режиму лікування. • Обговорити звички, які можуть становити ризик переривання лікування. <p>Підтримувальний період (2 індивідуальні сесії та телефонні нагадування протягом 4 місяців або до завершення курсу лікування)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Проводити регулярну оцінку ризиків переривання лікування. • Розвинути практичні навички планування ресурсів (у тому числі часу та коштів), необхідних для лікування та проходження обстежень. • Сформувати соціальне коло підтримки на період лікування (як для здобуття підтримки, так і для надання її іншим). • Визнати досягнення, надати підтримку. • Надати допомогу в переадресації.

Результати

Поведінкові зміни, які очікуються під час впровадження втручання та після його завершення.
Визначення та усвідомлення учасником втручання індивідуальних причин (об'єктивних та суб'єктивних), які можуть становити ризик переривання лікування ПТП.

Негайні результати <i>(негайно або через 1-2 тижні після початку участі в програмі)</i>	Короткострокові результати <i>(протягом 2 місяців після початку участі в програмі)</i>	Довгострокові результати <i>(через 9-12 місяців після початку втручання)</i>
<ol style="list-style-type: none"> 1) Реалістична оцінка причин, які можуть становити ризик переривання прийому ПТП. 2) Підвищення рівня обізнаності про лікування та побічні ефекти. 3) Підвищення рівня обізнаності про наслідки переривання прийому ПТП. 4) Сформований намір проходження лікування ПТП. 5) Отримані знання і сформовані навички щодо заходів інфекційного контролю на побутовому рівні. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Сформована довіра до процесу лікування та необхідності проходження повного курсу лікування. 2) Сформована мотивація до проходження повного курсу лікування. 3) Підтримка поведінки для дотримання режиму лікування: прийом ПТП, проходження необхідних медичних обстежень. 4) Сформоване індивідуальне коло підтримки процесу лікування. 5) Сформовані навички планування ресурсів (у тому числі часу та коштів), необхідних для лікування. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Усвідомлення необхідності регулярного обстеження на ТБ та ймовірності повторного прийому ПТП через підвищений ризик захворювання на туберкульоз у зв'язку з власним ВІЛ-статусом. 2) Формування певного стилю життя, зумовленого позитивним ВІЛ-статусом та підвищеним ризиком захворювання на ТБ.

Схема програми



Примітка. Для клієнтів, які пройшли перший етап лікування туберкульозу в стаціонарі, фасилітатор спільно з клієнтом планує графік проведення сесій 0–3 в перші 3 тижні з початку амбулаторного лікування (тобто після виписки зі стаціонару).

МОНІТОРИНГ ТА ОЦІНКА ВПРОВАДЖЕННЯ ВТРУЧАННЯ

Втручання впроваджується на підтримку лікувального процесу з метою забезпечення прихильності клієнта до лікування. Отже, результати впровадження втручання мають співвідноситися з основними критеріями прихильності до лікування, які, у свою чергу, можуть бути наслідками/впливом впровадження втручання.

Зв'язок результатів впровадження втручання з критеріями прихильності до лікування

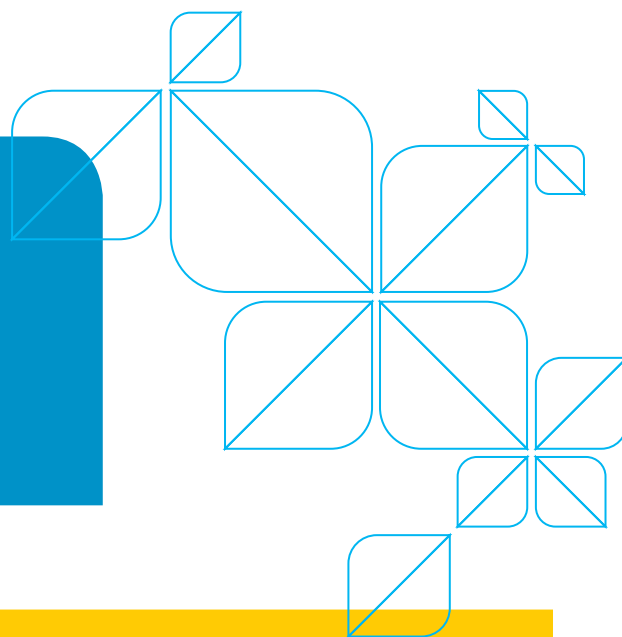
Критерії прихильності до лікування	Результати впровадження втручання, спрямовані на досягнення прихильності до лікування
<ul style="list-style-type: none"> Пацієнт вчасно приймає ліки. 	<p>Негайні:</p> <ol style="list-style-type: none"> Підвищення рівня обізнаності про процес лікування та побічні ефекти. Намір пройти лікування ПТП. <p>Короткострокові:</p> <ol style="list-style-type: none"> Підтримка поведінки для дотримання режиму лікування – прийому ПТП, проходження необхідних медичних обстежень.
<ul style="list-style-type: none"> Пацієнт завершує повний курс антимікобактеріальної терапії, як інтенсивної, так і підтримувальної фази, яка проводиться переважно в амбулаторних умовах. 	<p>Негайні:</p> <ol style="list-style-type: none"> Реалістична оцінка причин, які можуть становити ризик переривання прийому ПТП. Підвищення рівня обізнаності щодо наслідків переривання ПТП. <p>Короткострокові:</p> <ol style="list-style-type: none"> Сформована довіра до процесу лікування та необхідності проходження повного курсу лікування. Сформована мотивація до проходження повного курсу лікування.
<ul style="list-style-type: none"> Пацієнт дотримується рекомендацій щодо режиму хворого. 	<p>Негайні:</p> <ol style="list-style-type: none"> Знання і навички щодо заходів інфекційного контролю на побутовому рівні. <p>Довгострокові:</p> <ol style="list-style-type: none"> Формування певного стилю життя, зумовленого позитивним ВІЛ-статусом та підвищеним ризиком захворювання на ТБ.
<ul style="list-style-type: none"> Пацієнт дотримується призначеного лікарем режиму лікування (кратності прийому ліків, їх дозування, обстеження, інших спеціальних рекомендацій). 	<p>Короткострокові:</p> <ol style="list-style-type: none"> Підтримка поведінки для дотримання режиму лікування – прийому ПТП, проходження необхідних медичних обстежень. Сформовані навички планування ресурсів (у тому числі часу та коштів), потрібних для лікування. <p>Довгострокові:</p> <ol style="list-style-type: none"> Формування певного стилю життя, зумовленого позитивним ВІЛ-статусом та підвищеним ризиком захворювання на ТБ.

План моніторингу та оцінки впровадження втручання

Індикатор	Джерела інформації	Періодичність збору даних	Застосування індикатора
Оцінка ситуації на початку впровадження втручання (формативна оцінка)			
Кількість випадків переривання лікування туберкульозу у ЛЖВ	Статистична інформація (дані когортного аналізу) Дані програмного моніторингу дотичних проектів Дотичні дослідження	Щороку	Проаналізувати зміни частки та причин переривання лікування туберкульозу для розуміння загальної ситуації та планування проекту. За потреби внести необхідні корективи у зміст сесій втручання (у випадку суттєвих змін причин переривання лікування з боку пацієнтів).
Основні причини переривання лікування туберкульозу у ЛЖВ	Статистична інформація (когортний аналіз) Дані програмного моніторингу дотичних проектів Дотичні дослідження	Щороку	Визначається кількість правильних та неправильних відповідей. Неправильні відповіді обговорюються під час проведення сесій.
Рівень знань клієнта про туберкульоз (співвідношення правильних та неправильних відповідей) та готовність пройти повний курс лікування	Анкета оцінки рівня знань (заповнюється на початку і наприкінці втручання)	Під час залучення клієнта до втручання (Сесія 0)	Визначається кількість правильних та неправильних відповідей. Неправильні відповіді обговорюються під час проведення сесій.
Моніторинг процесу впровадження втручання: оцінка короткострокових результатів			
1) Сформована довіра до процесу лікування та необхідності проходження повного курсу лікування. 2) Сформована мотивація до проходження повного курсу лікування. 3) Підтримка поведінки для дотримання режиму лікування (прийому ПТП, проходження необхідних медичних обстежень). 4) Сформоване індивідуальне коло підтримки процесу лікування. 5) Сформовані навички планування ресурсів (у тому числі часу та коштів), потрібних для проходження лікування.			
Кількість порушень клієнтом режиму лікування (пропуски прийому препаратів та/або необхідних обстежень)	Інформація від медпрацівника, який забезпечує контрольоване лікування	Кожні 2 тижні	Ідеальна ситуація – це відсутність випадків пропуску прийому препаратів. У разі пропусків – зв'язатися з клієнтом, з'ясувати причини, врахувати їх під час наступної сесії для запобігання пропускам.
Кількість і зміст запитань клієнта до лікаря, сформульованих з допомогою фасилітатора	Нотатки фасилітатора	У загальненні інформації про всіх клієнтів щомісяця	Проаналізувати найбільш типові запитання. Обговорити з лікарем, яким чином можна покращити інформування клієнта про медичні аспекти лікування туберкульозу у ЛЖВ.
Кількість сесій, проведених відповідно до протоколу та графіка	Нотатки фасилітатора База даних клієнтів	Щомісяця	У разі недотримання протоколу та графіка сесій, проаналізувати причини і прийняти управлінські рішення.
Кількість та види додаткових ресурсів, наданих конкретному клієнтові (кількість розданих інформаційних матеріалів, кількість мотиваційних наборів)	Облікова форма наданих додаткових ресурсів	У загальненні інформації про всіх клієнтів щомісяця	Для планування потреб у додаткових ресурсах

Індикатор	Джерела інформації	Періодичність збору даних	Застосування індикатора
<p>Оцінка результатів/наслідків впровадження втручання: оцінка довгострокових результатів</p> <p>1) Усвідомлення необхідності регулярного обстеження на ТБ та ймовірності повторного прийому ППТ через підвищений ризик захворювання на туберкульоз у зв'язку з власним ВІЛ-статусом.</p> <p>2) Формування певного стилю життя, зумовленого позитивним ВІЛ-статусом та підвищеним ризиком захворювання на ТБ.</p>	<p>Анкета оцінки рівня знань (заповнюється на початку і наприкінці втручання)</p>	<p>Заповнюється під час останньої сесії з клієнтом.</p> <p>Узагальнення вихідних анкет усіх клієнтів щопівроку</p>	<p>Визначити кількість правильних та неправильних відповідей, порівняти зі вхідною анкетною.</p> <p>Якщо кількість правильних відповідей більша, ніж на початку втручання, можна говорити про підвищення рівня знань.</p> <p>Проаналізувати типові неправильні відповіді для внесення змін у зміст сесій.</p> <p>Дослідити причини припинення лікування.</p>
<p>Кількість випадків припинення лікування за рішенням клієнта</p>	<p>Інформація від лікаря-фтизіатра та медпрацівника, який забезпечує контрольоване лікування</p>	<p>Щомісяця</p>	<p>Обговорити в команді результати конкретного втручання.</p> <p>Узагальнити і проаналізувати всі форми фінальної оцінки для визначення позитивних аспектів реалізації втручання та можливостей удосконалення.</p>
<p>Рівень задоволеності клієнта участю у втручанні</p>	<p>Форма фінальної оцінки втручання</p>	<p>Заповнюється під час останньої сесії з клієнтом.</p> <p>Узагальнення форм фінальної оцінки всіх клієнтів щопівроку</p>	<p>Проаналізувати кількість та зміст скарг і подяк для прийняття управлінських рішень.</p>
<p>Кількість і зміст скарг та/або подяк від клієнтів</p>	<p>Скарги та/або подяки клієнтів у письмовому вигляді</p>	<p>Щомісяця</p>	<p>Проаналізувати кількість та зміст скарг і подяк для прийняття управлінських рішень.</p>

РОЗДІЛ 4 ВПРОВАДЖЕННЯ ВТРУЧАННЯ



КРИТЕРІЇ ТА АЛГОРИТМ ЗАЛУЧЕННЯ КЛІЄНТА ДО УЧАСТІ У ВТРУЧАННІ

Відбір клієнтів для участі у втручанні відбувається відповідно до алгоритму та критеріїв, які наведено нижче. Рішення про відбір потенційних учасників втручання приймають спільно лікуючий фтизіатр і фасилітатор втручання на підставі згоди клієнта. Результати відбору потенційних клієнтів для участі у втручанні фіксуються у **формі Фо**.

Критерії відбору для участі у втручанні

- Клієнтові підтверджено діагноз ВІЛ/ТБ.
- Клієнтові призначено прийом протитуберкульозних препаратів амбулаторно з метою лікування туберкульозу.
- Клієнт не хворіє на множинні лікарсько-стійкі форми туберкульозу (1-3 категорії).
- Клієнт ніколи раніше не лікувався від туберкульозу.
- Клієнт надав два контакти для зв'язку та перевірки.
- Клієнт підписав інформовану згоду на участь у втручанні/дослідженні.

Або

- Клієнт раніше лікувався від туберкульозу, але перервав лікування за власною ініціативою.

ВЗАЄМОДІЯ З МЕДИЧНИМИ ПРАЦІВНИКАМИ ПІД ЧАС ВПРОВАДЖЕННЯ ВТРУЧАННЯ

Одним з ключових елементів втручання є підтримка постійного зв'язку з лікуючим фтизіатром та медичним працівником, який проводить контрольоване лікування (видає препарати).

Відповідно до Уніфікованого протоколу з туберкульозу¹², для всіх пацієнтів рекомендується проводити оцінку ризиків щодо дотримання режиму лікування, сприяти виробленню прихильно-

¹² Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дорослим «Туберкульоз» (затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України від 04.09.2014 № 620).

сті до лікування, надавати хворому психологічну підтримку під час лікування, для чого можуть залучатися психологи протитуберкульозних закладів, неурядових організацій тощо. Таким чином, це втручання відповідає вимогам клінічного протоколу та сприяє його дотриманню.

Етап впровадження втручання	Ключові аспекти взаємодії фасилітатора втручання з медичними працівниками	
	лікуючий фтизіатр	медпрацівник, який забезпечує контрольоване лікування (видає препарати)
Відбір потенційних учасників втручання	Аналіз відповідності потенційних учасників критеріям втручання. Прийняття остаточного рішення спільно з фасилітатором втручання щодо конкретних учасників.	
Включення учасника у втручання (Сесія 0)	Спільно з фасилітатором повідомлення учаснику про участь у втручанні. Досягнення інформованої згоди від учасника на отримання фасилітатором від лікаря окремих даних про процес лікування.	Повідомлення про включення пацієнта у втручання. Домовленість про регулярну взаємодію під час проходження лікування.
Впровадження втручання	Взаємодія у разі виникнення проблем	Регулярний обмін інформацією про проходження лікування та дотримання режиму. У разі пропусків клієнтом прийому препаратів – обговорення причин та варіантів вирішення проблеми.
Завершення втручання	Повідомлення про планове завершення втручання (проходження всіх сесій). У випадку інших причин, з яких втручання має бути завершено достроково, – спільне прийняття рішення про завершення втручання.	Повідомлення про завершення втручання (планове або дострокове).

За результатами впровадження втручання може бути використано такий порядок взаємодії.

Етапи процесу лікування туберкульозу (відповідно до протоколу)	Порядок впровадження втручання (дії організації)
Перебування пацієнта з коінфекцією ВІЛ/ТБ на лікуванні у стаціонарі	Інформування пацієнта про можливість участі у втручанні на амбулаторному етапі (розповсюдження інформаційних листків, взаємодія з лікуючим фтизіатром та психологом тубдиспансеру).
Підготовка документів пацієнта для розгляду на засіданні центральної лікарської консультативної комісії (ЦЛКК) для переведення пацієнта зі стаціонарного на амбулаторне лікування	Відбір клієнтів у втручання відповідно до критеріїв (заповнення форми Ф0; здійснюється спільно представником організації та лікуючим фтизіатром). Лікуючий фтизіатр пропонує пацієнтові, який відповідає критеріям, узяти участь у втручанні. У разі згоди пацієнта – підписання ним інформованої згоди.
Початок амбулаторного лікування (1 тиждень)	Фасилітатор втручання інформує клієнта (телефоном або особисто при нагоді) про першу зустріч з інтерв'юером (одразу після засідання ЦЛКК), уточнює деталі зустрічі (місце, час). Повідомляє орієнтовну тривалість зустрічі (від 1 до 2,5 години), яка залежить від того, чи погоджується клієнт провести одразу сесії 0 та 1.

Продовження амбулаторного лікування	<p>Проведення сесій 2–5 втручання відповідно до графіка (визначається фасилітатором у формі Ф1 «Картка клієнта»).</p> <p>Регулярний обмін інформацією між медичним працівником, який видає препарати, та представником організації щодо проходження лікування та дотримання режиму конкретним клієнтом.</p> <p>У разі порушення клієнтом графіка відвідування – обговорення причин та пошук варіантів вирішення проблеми.</p>
Завершення амбулаторного лікування	<p>Повідомлення про планове завершення втручання (проходження всіх сесій).</p> <p>У випадку інших причин, з яких втручання має бути завершено достроково, – спільне прийняття рішення про завершення втручання.</p>

КРИТЕРІЇ ЗАВЕРШЕННЯ УЧАСТІ У ВТРУЧАННІ

Передбачається, що втручання може завершуватися у плановому порядку та достроково.

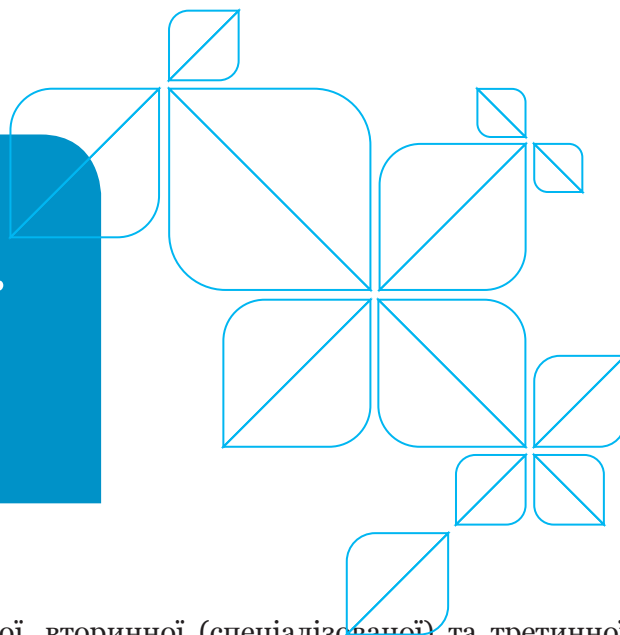
Критерії планового завершення втручання

- Проходження всіх сесій втручання та повного курсу лікування туберкульозу без порушення режиму прийому препаратів.

Критерії дострокового завершення

- Припинення лікування за рішенням лікаря з клінічних або інших причин, не пов'язаних з поведінкою клієнта.
- Припинення лікування за рішенням лікаря через порушення клієнтом режиму лікування.
- Відмова клієнта від участі у втручанні з особистих причин (при цьому лікування туберкульозу триває).
- Припинення втручання з об'єктивних причин (в тому числі через ув'язнення клієнта, його смерть).
- Втрата зв'язку з клієнтом більше ніж на чотири тижні та припинення ним лікування.

ПЕРЕЛІК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ



Протоколи

1. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дорослим «Туберкульоз» (затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України від 04.09.2014 № 620).
2. Туберкульоз. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. 2014.
3. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Коінфекція туберкульоз/ВІЛ» (затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України від 31.12.2014 № 1039).

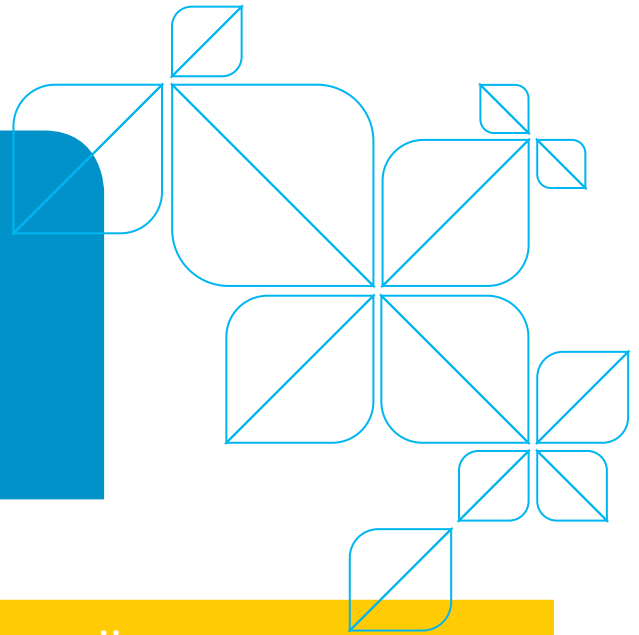
Методичні рекомендації та посібники

1. Организация борьбы с туберкулезом. Руководство по выполнению основного минимума стандартов. Международный союз по борьбе с туберкулезом и болезнями легких, 2003.
2. Богородская Е.М., Ломакина О.Б. Создание у больных туберкулезом стимулов к выздоровлению и соблюдению режима химиотерапии. Пособие для врачей. 2006.
3. О. Сметанина, О. Денисюк. Инфекционный контроль по туберкулезу и другим заболеваниям, передающимся воздушно-капельным путем, на базе общественных организаций, Киев, 2014.
4. ВООЗ. Обучение пациентов. Модуль 11.
5. Консультування з питань туберкульозу. Керівництво для лікарів. URL: <http://ucdc.gov.ua/pages/diseases/tuberculosis/materials>.

Матеріали для клієнтів

1. Щоденник пацієнта «Мій шлях до одужання» / Проект USAID «Посилення контролю за туберкульозом в Україні». 2014.
2. Брошура для пацієнтів та родичів «Що потрібно знати про туберкульоз» / Програма «Зупинимо туберкульоз в Україні» за фінансової підтримки Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією.

ПОСІБНИК ФАСИЛІТАТОРА



ЗАГАЛЬНИЙ ОГЛЯД СЕСІЙ ПРОГРАМИ ТА ЗАСТОСУВАННЯ ІНСТРУМЕНТІВ

Сесія 0. Включення клієнта у програму

Перед початком втручання необхідно познайомитися, встановити початковий контакт з клієнтом, стисло надати інформацію про втручання, розповісти про мету та основні завдання. Клієнт підписує інформовану згоду на участь у втручанні.

Можна провести Сесію 1 того ж дня, коли проведено Сесію 0, якщо клієнтові це зручно.

Після цього проводиться п'ять **чітко структурованих сесій**.

Сесії 1-3 проводяться в перші три тижні після початку амбулаторного лікування (тобто після виписки зі стаціонару): Сесія 1 проводиться впродовж трьох днів від початку амбулаторного лікування, сесії 2 і 3 – впродовж трьох тижнів від початку втручання.

Сесія 1. Організація процесу лікування туберкульозу та аналіз його впливу на життєвий уклад: (1) оцінити обізнаність клієнта щодо процесу лікування туберкульозу, порядку отримання або прийому препаратів; (2) надати необхідну інформацію; (3) обговорити, як контрольоване лікування вплине на повсякденне життя; (4) визначити можливості та перешкоди для досягнення мети; (4) скласти план поведінки на період лікування; (5) допомогти в переадресації (за потреби).

Сесія 2. Режим хворого та побічна дія препаратів¹³: (1) обговорити перші дні прийому препаратів, самопочуття; (2) обговорити побічну дію препаратів (за наявності) та способи реагування на неї; (3) визначити побічні ефекти, при виникненні яких необхідно повідомити лікаря/куратора; надати інформацію про дотримання режиму під час лікування.

Сесія 3. Індивідуальна безпека та інфекційний контроль у побутових умовах (не пізніше ніж через три тижні від початку амбулаторного лікування): (1) актуалізувати знання про шляхи передачі ТБ; (2) обговорити фактори небезпеки зараження туберкульозом у побуті; (3) визначити необхідні заходи інфекційного контролю.

¹³ Тема «Побічні ефекти» розглядається на Сесії 2 (не пізніше ніж через два тижні від початку амбулаторного лікування), але переважна більшість клієнтів починає участь у втручанні на тому етапі лікування, коли побічна дія препаратів уже минула. Якщо деякі клієнти мають побічні ефекти, то вони часто пов'язані з іншими захворюваннями або препаратами.

Таким чином, для клієнтів, які пройшли перший етап лікування туберкульозу в стаціонарі, рекомендовано використовувати цей компонент як факультативний. При цьому на початку кожної сесії варто запитати клієнта про його самопочуття, проявити співчуття, порадити, яким чином можна зменшити/полегшити неприємні відчуття.

Для клієнтів, які розпочинають лікування туберкульозу амбулаторно (не в умовах стаціонару), компонент обговорення побічної дії препаратів визначити як додатковий, за умови наявності в них побічної дії під час втручання.

Сесія 4. Планування власних ресурсів для подальшого лікування та обстеження (проводиться через три місяці після початку амбулаторного лікування): (1) підтримати досягнення клієнта, здійснити проміжну оцінку ризиків щодо переривання ним лікування; (2) актуалізувати знання про способи запобігання туберкульозу у ЛЖВ та необхідність постійних профілактичних обстежень; (3) обговорити план проходження необхідних обстежень та медичних процедур, визначити необхідні ресурси, в тому числі фінансові.

Сесія 5. Коло підтримки (проводиться через п'ять місяців після початку амбулаторного лікування): (1) підтримати досягнення; (2) обговорити можливості здобуття підтримки під час прийому ПТП та її надання іншим хворим.

Під час кожної сесії, якщо у клієнта виявляються додаткові потреби, проводиться перенаправлення до відповідних служб, які надають необхідні клієнтам послуги.

Інструменти, форми і пам'ятки, що використовуються при впровадженні втручання

Назва сесії	Інструменти для проведення вправ (номер додатка)	Форми для заповнення (номер і назва додатка)	Пам'ятки та інформація для фасилітатора (номер і назва додатка)
Сесія 0. Включення клієнта у програму	-	Ф1. Картка учасника втручання	
Сесія 1. Організація процесу лікування туберкульозу та аналіз його впливу на життєвий уклад	За потреби: І1. Вправа «Але чому?»	Ф2. Анкета визначення ставлення пацієнта до захворювання на туберкульоз Ф3. Щоденник пацієнта Ф4. Форма нотаток фасилітатора	П1. Інформація «Туберкульоз у людей, які живуть з ВІЛ» За потреби: П5. Інформація «Міфи і факти про туберкульоз»
Сесія 2. Режим хворого та побічна дія препаратів	І2. Вправа «Мій день, коли я хворію» За потреби: І1. Вправа «Але чому?»	Ф4. Форма нотаток фасилітатора	П2. Інформація «Режим хворого на туберкульоз» За потреби: П5. Інформація «Міфи і факти про туберкульоз» П3. Деякі рекомендації щодо побічних ефектів лікування
Сесія 3. Індивідуальна безпека та інфекційний контроль у побутових умовах		Ф4. Форма нотаток фасилітатора	П4. Пам'ятка «Заходи інфекційного контролю на побутовому рівні» За потреби: П5. Інформація «Міфи і факти про туберкульоз»
Сесія 4. Планування власних ресурсів для подальшого лікування та обстеження	За потреби: І1. Вправа «Але чому?»	Ф2. Анкета визначення ставлення пацієнта до захворювання на туберкульоз Ф4. Форма нотаток фасилітатора	За потреби: П1. Інформація «Туберкульоз у людей, які живуть з ВІЛ»
Сесія 5. Коло підтримки	І3. Вправа «Коло підтримки»	Ф4. Форма нотаток фасилітатора Ф5. Форма фінальної оцінки втручання За потреби: Ф2. Анкета визначення ставлення пацієнта до захворювання на туберкульоз	

Сесія 0. Включення клієнта у програму

Коли проводиться сесія: одразу після призначення лікування.

Завдання сесії

- Познайомитися.
- Заповнити картку клієнта.
- Підписати угоду про участь у втручанні.
- Скласти графік проведення сесій відповідно до тривалості амбулаторного лікування (визначеного лікарем).

Основні результати сесії

Клієнт надав згоду на участь у втручанні та підписав відповідну угоду.

Ключові повідомлення сесії

- *«Туберкульоз виліковний за умови чіткого дотримання режиму лікування».*
- *«Основна мета втручання – допомогти пройти весь курс лікування туберкульозу».*

План сесії

- Крок 1. Знайомство – 5-10 хвилин.
- Крок 2. Надання інформації про втручання – 5-10 хвилин.
- Крок 3. Заповнення картки клієнта та підписання угоди про участь у втручанні – 15-20 хвилин.
- Крок 4. Завершення сесії – 5-10 хвилин.

Загальна тривалість сесії: 45-60 хвилин.

Матеріали для фасилітатора

Ф1. Картка учасника втручання

Ф2. Анкета для виявлення ставлення клієнта до захворювання на туберкульоз

Роздаткові матеріали для клієнта: на цій сесії не використовуються.

Протокол сесії

Порядок залучення клієнта до участі у втручанні визначено в **Розділі 4** (див. «Залучення клієнтів у програму»). За результатами відбору клієнта заповнюється **форма Фо**.

Перед початком сесії необхідно узгодити з клієнтом, чи буде зручно йому одразу пройти сесію та 1, чи запланувати зустріч для Сесії 1 на інший день.

□ Крок 1. Знайомство

Назвіть своє ім'я та назву організації. За потреби (наприклад, якщо клієнт вперше у вашій організації), поінформуйте про діяльність організації та послуги, що надаються ЛЖВ.

З'ясуйте, чи отримує клієнт інші послуги / бере участь у програмах, які впроваджує ваша організація. Якщо так, то уточніть, які саме послуги отримує / в яких програмах бере участь, як часто відвідує організацію, з ким із соціальних працівників контактує.

□ Крок 2. Надання інформації про втручання

Розкажіть про втручання.

Приклад

«Втручання «Туберкульоз виліковний» проводиться для людей, які живуть з ВІЛ та яким лікар-фтизіатр призначив прийом протитуберкульозних препаратів для лікування туберкульозу.

Головна мета втручання – формування прихильності до прийому препаратів та проходження повного курсу лікування.

Втручання передбачає кілька зустрічей протягом усього періоду прийому препаратів, в ході яких ми обговоримо різні аспекти Вашого життя під час лікування.

Усі медичні аспекти лікування буде вирішувати Ваш лікар та/або куратор».

Поясніть, чому клієнтові пропонується участь у цьому втручанні.

Приклад

«Вам було призначено протитуберкульозні препарати для лікування туберкульозу.

ЛЖВ мають більший ризик, ніж люди з ВІЛ-негативним статусом, захворіти на туберкульоз, отже, повинні регулярно проходити необхідні обстеження і за призначенням лікаря приймати ліки.

Прийом протитуберкульозних ліків потребує безумовного дотримання режиму, який називається «контрольоване лікування».

Порушення режиму прийому ПТП призведе до резистентності, а внаслідок цього – до більш складного і тривалого лікування.

Отже, мета участі у втручанні – допомогти Вам пройти весь процес лікування туберкульозу.

Чи є у Вас запитання?»

□ Крок 2а. Обговорення умов надання заохочень у рамках втручання

Повідомте клієнтові, що для того щоб допомогти йому пройти процес лікування, в рамках цього проекту передбачено мотиваційні набори. Він може отримувати один маленький подарунок після кожної сесії, тобто загалом п'ять маленьких подарунків, або один великий подарунок – наприкінці вручення, на останній сесії. Вартість/цінність п'яти маленьких подарунків дорівнює вартості/цінності одного великого. Також повідомте клієнтові про зміст подарунків (визначається відповідно до процедур вашої організації).

Запитайте клієнта, який спосіб буде для нього зручнішим. Вкажіть у **картці клієнта (форма Ф1)** його вибір.

□ **Крок 3. Заповнення картки клієнта та підписання угоди про участь у втручанні**

Надайте загальну інформацію про втручання. Заповніть **картку клієнта (форма Ф1)**. Ознайомте клієнта з типовою угодою про участь у втручанні (форма Ф2).

Запитайте клієнта, чи є в нього запитання, і надайте чіткі відповіді на них.

Підпишіть угоду про участь у втручанні.

□ **Крок 4. Завершення сесії**

Якщо клієнт погодився одразу пройти Сесію 1, переходьте до наступного протоколу (Сесія 1, крок 2).

Якщо клієнтові зручніше зустрітися для Сесії 1 іншим разом, домовтесь про дату, час та місце наступної зустрічі: орієнтовно через 1-3 дні після цієї зустрічі (не пізніше ніж через три дні від початку амбулаторного лікування).

Запитайте клієнта, чи потрібно йому зателефонувати до наступної зустрічі. Уточніть контактну інформацію клієнта (телефон мобільний, стаціонарний, адресу або електронну пошту), який спосіб зв'язку буде зручним (в тому числі в який час). Також попросіть надати контакти іншої особи (члена родини або іншої близької людини) на випадок, якщо буде втрачено контакт.

Приклад

«А тепер сплануймо нашу наступну зустріч. За планом вона має відбутися через 1-3 дні. Чи підійде Вам _____ число о _____ годині? Ви зможете прийти?»

Чудово. Може Вам нагадати, подзвонити? Бо можна й забути. Але в будь-якому випадку я на зв'язку. То Ви мені зателефонуєте чи мені варто нагадати Вам? _____ (відповідь клієнта). Добре. Домовились.

Також нагадую, що Ви мені завжди зможете подзвонити, і я телефонуватиму Вам під час обстежень.

Скажіть, чи є у Вас є якісь запитання?»

Надайте відповіді на запитання клієнта.

Дайте свій контактний робочий номер телефону (на візитці або буклеті організації), запропонуйте клієнтові звертатися до вас у разі потреби.

Сесія 1. Організація процесу лікування туберкульозу та аналіз його впливу на життєвий уклад

Коли проводиться сесія: відповідно до графіка.

Завдання сесії

- Оцінити обізнаність клієнта щодо процесу лікування туберкульозу, порядку отримання або прийому препаратів.
- Надати необхідну інформацію про процес лікування туберкульозу у ЛЖВ.
- Обговорити, як контрольоване лікування вплине на повсякденне життя.
- Визначити можливості та перешкоди для досягнення мети.
- Скласти план поведінки на період лікування.
- Допомогти в переадресації (за потреби).

Основні результати сесії

- Клієнт чітко знає, які протитуберкульозні препарати він приймає (їхні назви та дози, режим прийому, включаючи час та місце), і демонструє намір пройти лікування.
- Клієнт має основні знання про лікування туберкульозу у ЛЖВ.

Ключові повідомлення сесії

- «Туберкульоз виліковний за умови чіткого дотримання режиму лікування».
- «Лікування туберкульозу у пацієнтів з ВІЛ-інфекцією дуже подібне до лікування пацієнтів без ВІЛ».
- «Прийом/початок¹⁴ антиретровірусної терапії зменшує ризик розвитку опортуністичних захворювань, зокрема туберкульозу».
- «Лікування туберкульозу є тривалим».
- «Лікування туберкульозу відбувається під контролем медпрацівників».

План сесії

- Крок 1. Відновлення контакту з клієнтом – 5-10 хвилин.
- Крок 2. Оцінка обізнаності клієнта щодо процесу лікування – 10-15 хвилин.
- Крок 3. Надання інформації про лікування туберкульозу у ЛЖВ – 15-20 хвилин.
- Крок 4. Обговорення особистого плану прийому протитуберкульозних препаратів – 10-15 хвилин.
- Крок 5. Завершення сесії – 5-10 хвилин.

Загальна тривалість сесії – 45-60 хвилин.

¹⁴ Це повідомлення озвучується залежно від того, призначено вже клієнтові АРТ чи ні.

Матеріали для фасилітатора

Ф2. Анкета визначення ставлення пацієнта до захворювання на туберкульоз

Ф3. Щоденник пацієнта

Ф4. Форма нотаток фасилітатора

П1. Інформація «Туберкульоз у людей, які живуть з ВІЛ»

За потреби:

П5. Інформація «Міфи і факти про туберкульоз»

І1. Вправа «Але чому?»

Протокол сесії

□ Крок 1. Відновлення контакту з клієнтом

Привітайтеся з клієнтом, нагадайте своє ім'я. Запитайте клієнта про його самопочуття та загальний настрій. Попросіть розповісти, як минули перші дні прийому препаратів.

Приклад

«Доброго дня. Радий/а знову вас бачити! Як самопочуття?»

Нагадую, що Ви є учасником програми «Туберкульоз виліковний», мета якої – формування у людей, які живуть з ВІЛ, прихильності до лікування туберкульозу.

Сьогодні ми проводимо першу зустріч, яка триватиме близько години. Під час зустрічі я пропоную обговорити такі питання:

- *як відбувається лікування туберкульозу, які особливості лікування у випадку коінфекції туберкульоз/ВІЛ;*
- *яким чином лікування туберкульозу вплине на Ваше повсякденне життя: я попрошу Вас заповнити спеціальну анкету, щоб визначити Ваше ставлення до хвороби;*
- *яким чином Ви зможете контролювати прийом протитуберкульозних препаратів: я запропоную Вам «Щоденник пацієнта», який допоможе Вам контролювати процес лікування.*

Чи є у Вас запитання?»

□ Крок 2. Оцінка обізнаності клієнта щодо процесу лікування

Поставте наведені далі запитання, щоб з'ясувати, наскільки клієнт обізнаний про процес лікування.

Приклад

«Для початку пропоную поговорити, як відбувається Ваше лікування туберкульозу.

- *Як зветь Вашого лікуючого фтизіатра? Як зветь Вашого лікуючого інфекціоніста? Коли Ви останнього разу були на прийомі? На коли у Вас заплановано наступний візит до цих лікарів?*
- *Які ліки Ви приймаєте? Які з них для лікування туберкульозу? Які з них для лікування ВІЛ-інфекції? Які з них для поліпшення самопочуття, профілактики та лікування побічних ефектів?*
- *Де та коли (як часто) Ви отримуєте протитуберкульозні препарати? Хто саме видає Вам ці препарати? Як зветь медпрацівника, який видає Вам препарати?*

- Як Ви розрізняєте препарати (протитуберкульозні, АРТ, інші)?
- Чи контролюєте Ви час та умови прийому кожного препарату? Якщо так, чим Ви користуєтесь для контролю прийому препаратів?»

У ході бесіди ви зможете скласти уявлення, наскільки клієнт орієнтується у своєму лікуванні, а також визначити теми, на яких слід сфокусуватися під час сесії.

Варіант 1. Клієнт приймає свій діагноз, говорить про очікування від лікування. Свідченням цього є те, що клієнт доволі спокійно говорить про свій діагноз, має невеликий рівень тривоги з приводу лікування, готовий пристосовуватися до нових обставин, будує плани тощо.

Підтримайте, наснажте та перейдіть до наступного кроку – заповнення анкети для визначення ставлення до хвороби.

Варіант 2. Якщо клієнт розгублений, каже, що йому складно прийняти те, що в нього туберкульоз, у нього помітні негативні емоції з цього приводу (сором, страхи, провина, агресія), або, навпаки, він виказує ознаки апатії, байдужості, консультант повинен надати підтримку і пояснити, що прийняття діагнозу може забрати багато часу.

Запитайте клієнта:

- Що найбільше вас лякає/пригнічує/засмучує у діагнозі туберкульозу? У діагнозі ВІЛ-інфекції?

Необхідно уважно слухати клієнта і в разі його висловлювань на зразок: «Це смертельна хвороба», «Кінець життя», «Все втрачено» тощо – наголосити, що туберкульоз – це інфекційне захворювання, яке є небезпечним, алевиліковним за умови чіткого дотримання режиму лікування.

Наведіть приклади, успішні історії, якщо це доречно. Обговоріть питання та страхи, якщо клієнт буде їх озвучувати, і надайте правильну інформацію.

Наголосіть на тому, що якщо клієнт прийшов у програму, це означає, що він дбає про своє здоров'я, і це дуже важливий крок у його житті.

Запитайте у клієнта, хто підтримує його в турботі про його здоров'я, адже підтримка дуже важлива для будь-кого в такій ситуації. Якщо клієнт каже про те, що його ніхто не підтримує, він нікому не розповідав про свій ВІЛ-статус і захворювання на туберкульоз, будьте готові сказати, що ви підтримуєте його на цьому шляху.

Надайте відповіді на всі запитання та переконайтеся, що клієнт добре усвідомив усю необхідну інформацію.

ВАЖЛИВО ЗАУВАЖИТИ: якщо клієнт перебуває у вкрай важкому емоційному стані через неприйняття діагнозу і ви не можете з цим впоратися, або ви спостерігаєте сильні прояви агресії до себе самого, суїцидальні думки, депресивний стан, коли клієнт не може опанувати себе, необхідно обов'язково перенаправити/супроводити клієнта до психолога, психотерапевта або психіатра і переконатися, що він отримав у нього консультацію.

Запропонуйте клієнтові заповнити **анкету (форма Ф2 «Анкета визначення ставлення пацієнта до захворювання на туберкульоз»)** для того, щоб оцінити його ставлення до захворювання на туберкульоз.

Приклад

«Перш ніж перейти до наступних тем нашої зустрічі, я прошу Вас заповнити анкету для того, щоб визначити Ваше ставлення до захворювання на туберкульоз. Ваші відповіді важливі для проведення сесій. А після проходження трьох сесій втручання Ви знову заповните цю анкету і ми разом оцінимо, наскільки змінилось Ваше сприйняття хвороби».

□ Крок 3. Надання інформації про лікування туберкульозу у ЛЖВ

Проведіть інформаційний блок сесії щодо лікування туберкульозу у ЛЖВ (використовуйте **Додаток П1. Інформація «Туберкульоз у людей, які живуть з ВІЛ»**). Найкращий спосіб проведення цього блоку – діалог: ви ставите запитання клієнтові, і якщо він дає неправильну або неповну відповідь, надаєте йому правильну інформацію. Також мотивуйте клієнта ставити запитання про процес його лікування.

Приклад

«Пропоную поговорити про те, що Ви вже знаєте про лікування туберкульозу, перебіг хвороби у людей, які живуть з ВІЛ, про те, як відбувається лікування, чому так важливо дотримуватися режиму лікування. Це допоможе мені зрозуміти, що Ви вже знаєте про туберкульоз, а що було б важливим пояснити додатково.

- *Що Ви знаєте про туберкульоз? Як туберкульоз впливає на організм?*
- *Що викликає туберкульоз? Як поширюється туберкульоз?*
- *Як відбувається лікування туберкульозу? Що Ви знаєте про препарати для лікування туберкульозу?*
- *Як довго триватиме Ваше лікування туберкульозу? Які фази лікування Ви можете назвати? Чи чули Ви термін «контрольоване лікування туберкульозу»? Як Ви розумієте, що він означає?*
- *Що трапиться, якщо припинити лікування раніше призначеного лікарем часу? Що таке «стійкість» (або резистентність) до препаратів? Як розвивається стійкість до ліків? Чому це небезпечно?*
- *Чому ймовірність захворіти на туберкульоз у людей, які живуть з ВІЛ, вища, ніж у людей з негативним ВІЛ-статусом?*
- *Чи відбувається лікування туберкульозу у ВІЛ-позитивних пацієнтів по-іншому, ніж у ВІЛ-негативних пацієнтів?*

Чи є у Вас запитання стосовно туберкульозу та Вашого лікування?»

Запропонуйте роздаткові матеріали (буклети, листівки, які є в організації).

Допоможіть клієнтові чітко сформулювати (краще навіть записати) запитання, що не належать до вашої компетенції як фасилітатора втручання, щоб він поставив їх лікареві.

Усі запитання стосовно лікувального процесу: діагностика, призначення схем, дозування препаратів та інші – мають бути адресовані лікареві!

□ Крок 4. Обговорення особистого плану прийому протитуберкульозних препаратів

Попросіть клієнта повторити основні моменти його особистого плану прийому протитуберкульозних препаратів.

Запропонуйте **«Щоденник пацієнта» (форма ФЗ «Щоденник пацієнта»)** для контролю прийому протитуберкульозних препаратів або інший формат для самоконтролю (наприклад, нагадування в телефоні, у звичайному щоденнику або інший спосіб).

Приклад

«Як ми з Вами обговорили, найголовніше в лікуванні туберкульозу – це дотримуватися режиму прийому препаратів. Тому дуже важливо контролювати весь процес лікування.

Я пропоную Вам «Щоденник пацієнта», який Ви зможете використовувати для ведення нотаток та спостережень. У щоденнику також є корисна інформація для хворих на туберкульоз – щодо режиму, рекомендації щодо харчування, «етикету кашлю». Сподіваюсь, що щоденник буде корисним для Вас.

Ви можете одразу записати у щоденнику, які протитуберкульозні препарати Ви приймаєте, як часто, о котрій годині, умови прийому (зокрема харчування).

Також у щоденнику варто записувати:

- всі спостереження за станом здоров'я під час прийому препаратів (покращення стану або виникнення побічних ефектів);
- запитання до лікаря;
- нагадування про наступний візит до лікаря і для обстежень.

Чи є у Вас запитання?»

Зауважте, що в екстрених випадках та при зміні стану здоров'я необхідно звернутися до лікуючого фтизіатра.

□ Крок 5. Завершення сесії

Підбийте підсумки сесії та нагадайте її ключові повідомлення.

Приклад

«Наша сьогоднішня сесія добігає кінця. Сьогодні ми обговорили багато важливих питань. Я хочу ще раз подякувати Вам за Вашу відкритість. Згадайте, будь ласка, про що ми говорили сьогодні. Чи є щось, що все ще непокоїть Вас і Ви хочете обговорити це пізніше?»

Вислухайте відповіді, стисло обговоріть запитання і побажання, якщо вони є; запишіть їх у нотатки.

Приклад

«Хочу зауважити: мені приємно розуміти Ваш вибір – берегти своє здоров'я, лікуватись. Пропоную ще раз повторити ключові моменти сьогоднішньої сесії:

- туберкульоз виліковний за умови чіткого дотримання режиму лікування;
- лікування туберкульозу у пацієнтів з ВЛІ-інфекцією дуже подібне до лікування пацієнтів без ВЛІ;
- прийом/початок¹⁵ антиретровірусної терапії зменшує ризик розвитку опортуністичних захворювань, зокрема туберкульозу;
- лікування туберкульозу є тривалим;
- лікування туберкульозу відбувається під контролем медпрацівників.

Дякую, що знайшли час, дякую за Вашу відвертість і довіру. Підтримую Ваш вибір – пройти обстеження та лікуватись, адже це важливий крок до повноцінного, якісного життя».

Домовтесь про дату, час та місце наступної зустрічі (орієнтовно через 8-10 днів після цієї зустрічі, але не пізніше ніж через два тижні від початку лікування). Запропонуйте клієнтові записати дату наступної зустрічі у щоденнику.

Запитайте клієнта, чи потрібно, щоб ви зателефонували йому до наступної зустрічі. Уточніть контактну інформацію клієнта (телефон мобільний, стаціонарний, адресу або електронну пошту), який спосіб зв'язку буде зручним (в тому числі в який час). Також попросіть надати контакти іншої особи (члена родини або іншої близької людини) на випадок, якщо буде втрачено контакт.

¹⁵ Це повідомлення озвучується залежно від того, призначено вже клієнтові АРТ чи ні.

Нагадайте свій контактний робочий номер телефону (на візитці або буклеті організації), запропонуйте клієнту звертатися до вас за потреби.

Приклад

«А тепер ми сплануємо нашу наступну зустріч. Тема зустрічі: «Режим хворого на туберкульоз та побічна дія препаратів».

За планом вона має відбутися через 8-10 днів. Чи підійде Вам _____ число о _____ години? Ви зможете прийти?

*Чудово. Може, Вам нагадати, подзвонити? Бо можна й забути. Але все одно я на зв'язку. То Ви мені зателефонуєте чи мені варто нагадати Вам? _____ (відповідь клієнта).
Чудово! Домовились.*

Також нагадую, що Ви мені завжди зможете подзвонити, і я телефонуватиму Вам під час обстежень.

Скажіть, чи є у Вас якісь запитання?»

Надайте відповіді на запитання клієнта.

Подякуйте клієнтові за його участь і роботу, завершіть сесію.

Сесія 2. Режим хворого та побічна дія препаратів

Коли проводиться сесія: відповідно до графіка.

Завдання сесії

- Обговорити перші дні прийому препаратів, самопочуття.
- Обговорити побічну дію препаратів (за наявності) та способи реагування на неї.
- Визначити побічні ефекти, при виникненні яких необхідно повідомити лікаря/куратора.
- Надати інформацію про дотримання режиму під час лікування.

Основні результати сесії

- Клієнт знає вимоги до режиму лікування та висловлює готовність їх дотримуватися.
- Клієнт ідентифікує побічну дію препаратів і знає, що робити в цьому випадку.

Ключові повідомлення сесії

- *«Туберкульоз виліковний за умови чіткого дотримання режиму лікування».*
- *«Під час хвороби необхідно дотримуватися щадного режиму».*
- *«Якщо під час прийому препаратів виникають побічні ефекти, зверніться до лікаря, але в жодному разі самостійно не припиняйте лікування!»*

План сесії

- Крок 1. Відновлення контакту з клієнтом – 5-10 хвилин.
- Крок 2. Обговорення режиму дня хворого – 10-15 хвилин.
- Крок 3. Обговорення рекомендацій щодо оптимального режиму хворого – 20-30 хвилин.
- Крок 4. Завершення сесії – 5-10 хвилин.

Загальна тривалість сесії: 30-45 хвилин.

Матеріали для фасилітатора

I2. Вправа «Мій день, коли я хворію»

Ф4. Форма нотаток фасилітатора

П2. Інформація «Режим хворого на туберкульоз»

За потреби:

I1. Вправа «Але чому?»

П5. Інформація «Міфи і факти про туберкульоз»

П3. Деякі рекомендації щодо побічних ефектів лікування

Роздаткові матеріали для клієнта: інші інформаційні матеріали на тему лікування туберкульозу.

Протокол сесії

□ Крок 1. Відновлення контакту з клієнтом

Привітайте клієнта. Запитайте про його самопочуття і загальний настрій. Попросіть розповісти, як минув перший тиждень прийому препаратів. Якщо у клієнта минулого разу були запитання до лікаря, поцікавтесь, чи отримав клієнт на них відповіді. Можливо, в нього виникли нові запитання? Які саме?

Приклад

«Доброго дня. Радий/а знову вас бачити! Як самопочуття? Як відбувається лікування?»

Чи були Ви у лікаря? Які рекомендації він надав? Чи були у Вас до нього запитання? Чи всі відповіді Ви отримали? Може, щось залишилося незрозумілим?»

Сьогодні ми проводимо наступну зустріч, яка триватиме близько години. Під час зустрічі я пропоную обговорити такі питання:

- якого режиму слід дотримуватися, щоб вилікувати туберкульоз;
- які неприємні відчуття та побічні ефекти можуть виникнути під час лікування і як на них реагувати.

Чи є у Вас запитання?»

Якщо клієнт одразу говорить про неприємні відчуття через побічні ефекти, змініть порядок обговорення тем: спочатку пройдіть крок 4, а потім – кроки 2, 3.

□ Крок 2. Обговорення режиму дня хворого

Попросіть клієнта розказати, як минає його день під час лікування. Ставте запитання, щоб з'ясувати, чи дотримується клієнт належного режиму для успішного одужання.

Приклад

«Для того щоб лікування туберкульозу проходило легше та Ви успішно одужали, необхідно дотримуватися щадного режиму: відпочивати, уникати перевтоми, гуляти на свіжому повітрі та правильно харчуватися.

- Як Ви вважаєте, Ваш режим дня є сприятливим для лікування туберкульозу?
- Скільки годин Ви спите? Чи є у Вас можливість відпочити вдень?
- Скільки разів на день Ви харчуєтесь? Які продукти Ви споживаєте щодня? Чи є у Вашому раціоні молоко, риба, яйця, сир? Чи приймаєте Ви вітаміни?
- Як часто Ви буваєте на свіжому повітрі? Ви виходите з дому у справах чи просто прогулюєтесь? Чи перебуваєте Ви часто і довго на сонці? Або на холоді?
- Ви зараз на лікарняному чи працюєте? Чи пов'язана Ваша робота з фізичним навантаженням?
- Наскільки часто Ви відчуваєте стрес?
- Чи курите Ви? Чи вживаєте Ви алкоголь?»

У ході бесіди ви можете отримати уявлення про режим, якого дотримується клієнт, і визначити основні моменти, що не сприяють успішному лікуванню.

Повторіть запитання:

- Як Ви вважаєте, чи є Ваш режим дня сприятливим для лікування туберкульозу? Якщо ні, то що саме необхідно змінити?

□ Крок 3. Обговорення рекомендацій щодо оптимального режиму хворого

Проведіть **вправу «Мій день, коли я хворію» (Додаток І2).**

Проведіть інформаційний блок сесії щодо режиму хворого на туберкульоз (**Додаток П2. Інформація «Режим хворого на туберкульоз»**). Найкращий спосіб проведення цього інформаційного блоку – діалог: ви ставите запитання клієнтові, і якщо він дає неправильну або неповну відповідь, надаєте йому правильну інформацію. Також мотивуйте клієнта ставити запитання.

Приклад

«Ми обговорили Ваш режим дня і з'ясували, що для успішного одужання Вам необхідно відпочивати, уникати перевтоми, гуляти на свіжому повітрі та правильно харчуватися. Ми проаналізували Ваш день і побачили, як саме Вам необхідно змінити свій розклад для того, щоб дотримуватися режиму.

Зараз я пропоную обговорити, як правильно харчуватися під час лікування туберкульозу.

- *Які продукти бажано їсти щодня? В яких продуктах харчування є найбільше білків? Чи всі білкові продукти однаково добре засвоюються організмом?*
- *Скільки та яких жирів необхідно вживати щодня? Яких «поганих» жирів варто уникати?*
- *У яких продуктах є вуглеводи? Яка добова норма вуглеводів?*
- *Які вітаміни та мікроелементи корисні під час лікування туберкульозу?*
- *У яких продуктах є найбільше калію? Кальцію? Вітаміни А, С, Е?*
- *Яких продуктів слід уникати під час лікування?»*

Для клієнтів, які мають дієтичні обмеження (наприклад, хворіють на цукровий діабет або гепатит):

- *Чи дотримуетесь Ви спеціальної дієти? Що рекомендував Вам лікар змінити в дієті під час лікування туберкульозу?*

Клієнтам, які палять, поясніть, у чому полягає шкідливий вплив тютюну, і запитайте, чи може клієнт припинити курити або зменшити кількість цигарок на день. Зауважте, що куріння зменшує апетит, а хворому на туберкульоз вкрай необхідно нормально харчуватися.

Клієнтам, які вживають алкоголь, поясніть, у чому полягає шкідливий вплив алкоголю, обговоріть, чи може клієнт зменшити/припинити вживання алкоголю на період лікування. За потреби запропонуйте інформацію про групи підтримки для алкозалежних.

Запропонуйте роздаткові матеріали (буклети, листівки, які є в організації).

Заохочуйте клієнта ставити запитання. Якщо клієнт демонструє скептицизм щодо своїх можливостей дотримання рекомендованого режиму, наприклад, забезпечити належне харчування або достатню кількість годин відпочинку, обговоріть із ним ці аспекти (за потреби проведіть **вправу «Але чому?»**, **Додаток І1**). Разом обговоріть, що саме заважає йому дотримуватися режиму, а також його пріоритети на цей період його життя і місце здоров'я серед них.

Тема за запитом: як реагувати на побічні ефекти

Запитайте клієнта:

- *Чи з'явилися у Вас з початку лікування якісь неприємні відчуття? Які саме? Чому Ви впевнені, що вони пов'язані з прийомом протитуберкульозних препаратів?*

- Що Ви зробили, коли у Вас з'явилися ці неприємні відчуття? Чи звернулись Ви до лікаря? Чи продовжуєте Ви приймати препарати? Чи зафіксували Ви це у своєму «Щоденнику пацієнта»?
- Що Ви знаєте про побічні ефекти від прийому протитуберкульозних препаратів? Звідки у Вас ця інформація? Від лікаря? Від інших пацієнтів? Від людей, які не хворіли на туберкульоз? З інших джерел, наприклад, з Інтернету?

Ще раз запитайте клієнта, яку інформацію та рекомендації про побічні ефекти він отримав від лікаря-фтизіатра та лікаря-інфекціоніста. Численні препарати, що застосовуються для лікування резистентного туберкульозу з визнаними ризиками високої токсичності, у випадку поєднання з АРТ дають високий показник побічних ефектів. Певна токсичність характерна для АРТ і для протитуберкульозного лікування, що може призводити до додаткових рівнів побічних ефектів.

Вислухайте клієнта, висловіть своє співчуття, морально підтримайте його. Нагадайте, що якщо під час прийому препаратів виникають побічні ефекти, необхідно звернутися до лікаря, але в жодному разі самостійно не припиняти лікування! Використовуйте **Додаток ПЗ «Деякі рекомендації щодо побічних ефектів лікування»**.

Пояснить клієнтові, що більшість неприємних відчуттів можна полегшити завдяки дотриманню режиму хворого, правильному харчуванню та відпочинку.

Допоможіть клієнтові чітко сформулювати (краще навіть записати) запитання, що не належать до вашої компетенції як фасилітатора втручання, щоб він поставив їх лікареві.

Усі запитання стосовно лікувального процесу: діагностика, призначення схем, дозування препаратів та інші – мають бути адресовані лікареві!

□ Крок 4. Завершення сесії

Підбийте підсумки сесії та нагадайте її ключові повідомлення.

Приклад

«Наша сьогоднішня сесія добігає кінця. Сьогодні ми обговорили багато важливих питань. Я хочу ще раз подякувати Вам за Вашу відкритість. Пригадайте, будь ласка, про що ми говорили сьогодні. Чи є щось, що все непокоїть Вас і Ви хочете обговорити це пізніше?»

Вислухайте відповіді, стисло обговоріть запитання і побажання, якщо вони є; запишіть їх у нотатки.

Приклад

«Хочу зауважити: мені приємно розуміти Ваш вибір – берегти своє здоров'я, лікуватись. Пропоную ще раз повторити ключові моменти сьогоднішньої сесії:

- туберкульоз виліковний за умови чіткого дотримання режиму лікування;
- під час хвороби необхідно дотримуватися щадного режиму;
- якщо під час прийому препаратів виникають побічні ефекти, зверніться до лікаря, але в жодному разі самостійно не припиняйте лікування!

Дякую, що знайшли час, дякую за Вашу відкритість і довіру. Підтримую Ваш вибір – пройти обстеження та лікуватись, адже це важливий крок до повноцінного, якісного життя».

Домовтесь про дату, час та місце наступної зустрічі (орієнтовно через 6-7 днів після цієї зустрічі, але не пізніше ніж через три тижні від початку лікування). Запропонуйте клієнтові записати дату наступної зустрічі у щоденнику.

Запитайте клієнта, чи потрібно, щоб ви зателефонували йому до наступної зустрічі. Уточніть контактну інформацію клієнта (телефон мобільний, стаціонарний, адресу або електронну пошту), який спосіб зв'язку буде зручним (в тому числі в який час). Також попросіть надати контакти іншої особи (члена родини або іншої близької людини) на випадок, якщо буде втрачено контакт.

Нагадайте свій контактний робочий номер телефону (на візитці або буклеті організації), запропонуйте клієнту звертатися до вас за потреби.

Приклад

«А тепер ми сплануємо нашу наступну зустріч. Тема зустрічі: «Індивідуальна безпека та інфекційний контроль у побутових умовах».

За планом вона має відбутися через 6-7 днів. Чи підійде Вам _____ число о _____ години? Ви зможете прийти?

*Чудово. Може, Вам нагадати, подзвонити? Бо можна й забути. Але все одно я на зв'язку. То Ви мені зателефонуйте чи мені варто нагадати Вам? _____ (відповідь клієнта).
Чудово! Домовились.*

Також нагадую, що Ви мені завжди зможете подзвонити, і я телефонуватиму Вам під час обстежень.

Скажіть, чи є у Вас якісь запитання?»

Надайте відповіді на запитання клієнта.

Подякуйте клієнтові за його участь і роботу, завершіть сесію.

Сесія 3. Індивідуальна безпека та інфекційний контроль у побутових умовах

Коли проводиться сесія: відповідно до графіка.

Завдання сесії:

- Актуалізувати знання про шляхи передачі ТБ.
- Обговорити фактори небезпеки зараження туберкульозом у побуті.
- Визначити необхідні заходи інфекційного контролю.

Основні результати сесії:

- Клієнт володіє основною інформацією про шляхи передачі туберкульозу та необхідні заходи інфекційного контролю в побуті.

Ключові повідомлення сесії

- *«Туберкульоз передається повітряно-крапельним шляхом».*
- *«Туберкульоз виліковний за умови чіткого дотримання режиму лікування».*
- *«Для того щоб захистити близьких від туберкульозу, необхідно дотримуватися простих правил інфекційного контролю».*
- *«Етикет кашлю запобігає поширенню туберкульозу».*

План сесії

- Крок 1. Відновлення контакту з клієнтом – 5-10 хвилин.
- Крок 2. Актуалізація знань про туберкульоз – 10-15 хвилин.
- Крок 3. Обговорення основних заходів інфекційного контролю вдома – 10-15 хвилин.
- Крок 4. Завершення сесії – 5-10 хвилин.

Загальна тривалість сесії: 30-45 хвилин.

Матеріали для фасилітатора

Ф5. Форма нотаток фасилітатора

П4. Пам'ятка «Заходи інфекційного контролю на побутовому рівні»

За потреби:

П5. Інформація «Міфи і факти про туберкульоз»

- Папір та фломастери

Роздаткові матеріали для клієнта: на цій сесії не використовуються.

Протокол сесії

□ Крок 1. Відновлення контакту з клієнтом

Привітайте клієнта. Запитайте клієнта про його самопочуття та загальний настрій. Попросіть розповісти, як проходить його лікування.

Приклад:

«Доброго дня! Радий/а знову Вас бачити! Як самопочуття?»

- *Як проходить Ваше лікування? Чи отримуєте Ви лікування щодня? Чи дотримуєтесь Ви режиму?*
- *Коли востаннє Ви були на прийомі у лікаря-фтизіатра та лікаря-інфекціоніста? З якою метою (плановий візит чи виникли якісь проблеми, наприклад, побічні ефекти)?*
- *Якщо виникли побічні ефекти від лікування, то що Вам порадив лікар? Чи виконали Ви призначення лікаря?»*

Якщо у клієнта минулого разу були запитання до лікаря, поцікавайтесь, чи отримав клієнт на них відповіді. Можливо, в нього виникли нові запитання? Які саме?

Приклад

«Сьогодні ми проводимо наступну зустріч, яка триватиме близько години. Під час зустрічі я пропоную обговорити такі питання:

- *як передається туберкульоз;*
- *як захистити себе та інших від туберкульозу в побуті, іншими словами, як забезпечити інфекційний контроль.*

Чи є у вас запитання?»

□ Крок 2. Актуалізація знань про туберкульоз

Запропонуйте клієнтові пригадати, яким чином передається туберкульоз та що необхідно зробити, щоб запобігти інфікуванню інших осіб.

Ставте запитання, щоб з'ясувати, наскільки клієнт володіє основною інформацією про туберкульоз та шляхи його передачі (використовуйте **Додаток П4. Пам'ятка «Заходи інфекційного контролю на побутовому рівні»**). Найкращий спосіб проведення цього інформаційного блоку – діалог: ви ставите запитання клієнтові, і якщо він дає неправильну або неповну відповідь, надаєте йому правильну інформацію. Також мотивуйте клієнта ставити запитання.

Приклад

«Для того щоб забезпечити заходи захисту від туберкульозу (тобто інфекційний контроль), пригадаймо, що таке туберкульоз та як він передається.

- *Яким чином можна заразитися туберкульозом? Що викликає туберкульоз?*
- *Які властивості туберкульозної палички? За яких умов туберкульозна паличка гине?*
- *Чи можна заразитися туберкульозом на відкритому повітрі? У закритому приміщенні разом з хворим на туберкульоз? У закритому приміщенні, в якому нікого немає?*
- *Чи можна заразитися туберкульозом через їжу? Через предмети побуту, які використовує хвора людина?*

Заразитися (інфікуватися) туберкульозом може кожна людина, але захворіти на туберкульоз можуть не всі, а лише ті, хто має певні ризики.

- *Які групи найбільш уразливі до захворювання на туберкульоз?»*

Нагадайте клієнтові, що найбільший ризик захворіти на туберкульоз мають контактні особи, тобто люди, що тривалий час перебувають поруч із хворим, який виділяє бактерії. Також значний ризик захворіти на туберкульоз мають:

- люди з певними захворюваннями (такими, як цукровий діабет, ВІЛ-інфекція, онкологічні захворювання тощо);
- хворі, які приймають певні ліки, що пригнічують імунітет;
- особи, які перебувають у різних складних умовах (безпритульність, малозабезпеченість тощо).

Оскільки клієнт має позитивний ВІЛ-статус, його ризик захворіти на туберкульоз вищий, ніж у інших людей. Отже, дуже важливо уникати небезпечних з точки зору туберкульозу ситуацій та дотримуватися правил інфекційного контролю.

□ Крок 3. Обговорення основних заходів інфекційного контролю вдома

Поясніть клієнтові, що базові знання про туберкульоз та шляхи передачі інфекції – це ключ до розуміння того, як її можна контролювати. Заходи для запобігання туберкульозу в місцях перебування людей називають «інфекційний контроль». У домашніх умовах також необхідно дотримуватися простих заходів для профілактики інфікування туберкульозом своїх близьких та людей, які мешкають поруч.

Запропонуйте клієнтові проаналізувати умови, в яких він мешкає, з точки зору безпеки туберкульозу та спланувати необхідні заходи профілактики. Для початку клієнт має визначити, що саме може викликати ризик передачі туберкульозу у нього вдома. Запропонуйте клієнтові намалювати схему приміщення, в якому він мешкає, щоб визначити ризики та засоби їх усунення.

Приклади факторів ризику

- Приміщення, в якому перебуває хворий, не провітрюється або провітрюється неправильно (з «брудної» зони на «чисту»).
- Мокротиння спльовується на підлогу, в раковину або посуд.
- Двері в кімнату хворого не зачинено.
- Використані маски або носовички/серветки хворого знаходяться «всюди».
- Вологе прибирання в кімнаті проводиться раз на тиждень.

Можна зазначити всі фактори ризику на схемі помешкання, яке намалював клієнт.

При обговоренні ризиків намагайтесь конкретизувати їхню небезпеку для близьких клієнта. Наприклад: *«При провітрюванні з кімнати хворого повітря переміщується у вітальню, в якій багато часу проводять члени родини хворого».*

Після того як було визначено фактори ризику в конкретних умовах проживання клієнта, обговоріть із ним, яких заходів необхідно вжити для мінімізації цих ризиків. Робіть позначки на схемі приміщення іншим кольором. Заходи інфекційного контролю мають бути простими та реалістичними для впровадження вдома.

□ Крок 4. Завершення сесії

Підбийте підсумки сесії та нагадайте її ключові повідомлення.

Приклад

«Наша сьогоднішня сесія добігає кінця. Сьогодні ми обговорили багато важливих питань. Я хочу ще раз подякувати Вам за Вашу відкритість. Пригадайте, будь ласка, про що ми говорили сьогодні. Чи є щось, що все ще непокоїть Вас і Ви хочете обговорити це пізніше?»

Вислухайте відповіді, стисло обговоріть запитання і побажання, якщо вони є; запишіть їх у нотатки.

Приклад

«Хочу зауважити: мені приємно розуміти Ваш вибір – берегти своє здоров'я, лікуватись. Пропоную ще раз повторити ключові моменти сьогоднішньої сесії:

- туберкульоз виліковний за умови чіткого дотримання режиму лікування;*
- для того щоб захистити близьких від туберкульозу, необхідно дотримуватися простих правил інфекційного контролю;*
- етикет кашлю запобігає поширенню туберкульозу.*

Дякую, що знайшли час, дякую за Вашу відвертість і довіру. Підтримую Ваш вибір – пройти обстеження та лікуватись, адже це важливий крок до повноцінного, якісного життя».

Повідомте клієнтові, що наступна зустріч планується через два місяці. Узгодьте з ним орієнтовну дату проведення сесії або тиждень місяця. Про точну дату зустрічі ви домовитесь за тиждень телефоном.

Також скажіть клієнтові, що ви будете регулярно контактувати з медичним працівником, який видає протитуберкульозні препарати, отже, ви будете в курсі того, як клієнт дотримується режиму, і за потреби телефонувати йому або контактним особам, яких він вказав під час першої зустрічі.

Запропонуйте клієнтові інформацію про послуги вашої організації або інших партнерських організацій, які можуть бути йому корисні та підтримати його в період лікування.

Уточніть контактну інформацію клієнта (телефон мобільний, стаціонарний, адресу або електронну пошту), який спосіб зв'язку буде зручним (в тому числі в який час). Також попросіть надати контакти іншої особи (члена родини або іншої близької людини) на випадок, якщо буде втрачено контакт.

Нагадайте свій контактний робочий номер телефону (на візитці або буклеті організації), запропонуйте клієнтові звертатися до вас за потреби.

Приклад

«А тепер сплануймо нашу наступну зустріч. Тема зустрічі: «Планування власних ресурсів для подальшого лікування та обстеження».

За планом вона має відбутися через два місяці. Пропоную домовитися про зустріч в _____ тиждень _____ місяця та узгодити точну дату зустрічі за тиждень у телефонному режимі. Я Вам зателефоную.

Чудово! Домовились.

Також нагадую, що Ви мені завжди зможете зателефонувати. Також я буду регулярно спілкуватися з Вашим лікарем-фтизіатром та медпрацівником, який видає Вам препарати, тобто я буду в курсі того, чи дотримуєтесь Ви режиму лікування.

Скажіть, чи є у Вас якісь запитання? (Надайте відповідь).

Я також хочу запропонувати Вам скористатися іншими послугами нашої організації, вони можуть бути Вам корисні під час проходження лікування».

Подякуйте клієнтові за його участь і роботу, завершіть сесію.

Сесія 4. Планування власних ресурсів для подальшого лікування та обстеження

Коли проводиться сесія: відповідно до графіка.

Завдання сесії

- Підтримати досягнення клієнта, здійснити проміжну оцінку ризиків переривання ним лікування.
- Актуалізувати знання про способи запобігання туберкульозу у ЛЖВ та необхідність постійних профілактичних обстежень.
- Обговорити план проходження необхідних обстежень та медичних процедур, визначити необхідні ресурси, в тому числі фінансові.

Основні результати сесії

- Клієнт висловлює готовність продовжувати лікування протитуберкульозними препаратами та дотримуватися режиму.

Ключові повідомлення сесії

- *«Туберкульоз виліковний за умови чіткого дотримання режиму лікування».*
- *«Люди, які живуть з ВІЛ, можуть жити повноцінним життям та почуватися добре за умови своєчасного обстеження та профілактичного лікування».*

План сесії

- Крок 1. Відновлення контакту з клієнтом – 5-10 хвилин.
- Крок 2. Проміжна оцінка ризику переривання лікування – 15-20 хвилин.
- Крок 3. Актуалізація знань про запобігання туберкульозу у ЛЖВ та необхідність постійних профілактичних обстежень – 15-20 хвилин.
- Крок 4. Завершення сесії – 5-10 хвилин.

Загальна тривалість сесії: 45-60 хвилин.

Матеріали для фасилітатора

Ф2. Анкета визначення ставлення пацієнта до захворювання на туберкульоз

Ф4. Форма нотаток фасилітатора

За потреби:

П1. Інформація «Туберкульоз у людей, які живуть з ВІЛ»

І1. Вправа «Але чому?»

Роздаткові матеріали для клієнта: на цій сесії не використовуються.

Протокол сесії

□ Крок 1. Відновлення контакту з клієнтом

Привітайте клієнта. Запитайте клієнта про його самопочуття та загальний настрій. Попросіть розповісти, що відбулося в його житті за останні два місяці (як позитивні події, так і негативні), що вплинуло на стан його здоров'я, роботу, стосунки. Це краще робити за допомогою відкритих запитань.

Вислухайте уважно, не перебивайте та не починайте відразу надавати інформацію. Краще робити нотатки ключових моментів, на які звернете увагу трохи пізніше, вже під час консультації. **Пам'ятайте: для встановлення контакту та довірчої атмосфери важливо дати людині виговоритися та уважно вислухати її!**

Резюмування бесіди

Варіант 1

Якщо скарги та розповідь клієнта стосуються теми лікування туберкульозу, перейдіть до наступного кроку.

Варіант 2

Якщо клієнт висловлює проблему, яка не стосується лікування туберкульозу та відвідувань лікаря (наприклад, сварка в родині, проблеми на роботі, фінансові труднощі, побутові негаразди, конфлікти та інше) або говорить про низку складнощів, висловіть співчуття, підтримайте і зазначте, що всі ці негаразди можуть дуже негативно позначитися на його стані здоров'я, тому їх потрібно вирішувати.

Для цього запропонуйте клієнтові переадресацію. Перенаправте клієнта до відповідного фахівця у вашій організації (психолога, кейс-менеджера і т. д.). Ще раз наголосіть на тому, що різні побутові негаразди та стреси (стосунки з близькими, втрата/відсутність роботи, конфлікти тощо) можуть негативно вплинути на процес одужання. Треба бути уважним до себе, щоб вчасно звернутися по допомогу.

Запитайте клієнта, чи користувався він іншими послугами організації. Чи допомогли йому ці послуги?

Приклад

«Сьогодні ми проводимо чергову зустріч, яка триватиме близько години. Під час зустрічі я пропоную:

- обговорити, чи змінилось Ваше ставлення до хвороби (Ви заповните анкету);
- пригадати основну інформацію про туберкульоз та особливості захворювання у людей, які живуть з ВЛЛ.

Чи є у Вас запитання?»

□ Крок 2. Проміжна оцінка ризиків переривання лікування

Попросіть клієнта розповісти, як проходить його лікування.

Приклад

- *Як проходить Ваше лікування? Як і де Ви отримуєте протитуберкульозні препарати? Від кого?*
- *Коли Ви востаннє були на прийомі у лікаря-фтизіатра? У лікаря-інфекціоніста? Це було планове обстеження чи у Вас виникли проблеми?*

- Чи було Вам призначено прийом нових препаратів? Якщо так, яких саме? З якою метою (лікування туберкульозу, АРТ або інших захворювань)? Якого режиму прийому потребують ці препарати?
- Як Ви впоралися з побічними ефектами? Чи звертались Ви до лікаря? Що Вам порадив лікар? Чи виконали Ви його рекомендації?
- Як Ви контролюєте прийом препаратів? Чи допомагає Вам «Щоденник пацієнта»?

Якщо вам відомо з інформації лікаря, що клієнт порушував режим прийому препаратів, обговоріть, чому так сталося.

Приклад

- Чи були у Вас ситуації, коли Ви були змушені пропустити прийом протитуберкульозних препаратів? Коли це було? Скільки разів? Чому це сталося?
- Скільки ще часу Вам необхідно приймати протитуберкульозні препарати? Чи готові Ви продовжувати лікування? Ви дотримувались режиму лікування?

Запропонуйте клієнтові заповнити **анкету для визначення ставлення до захворювання на туберкульоз (Додаток Ф2)**. Використовуйте анкету, заповнену під час Сесії 1, щоб з'ясувати, чи змінилося ставлення клієнта до певних аспектів лікувального процесу.

Приклад

«Під час нашої першої зустрічі Ви заповнили анкету щодо Вашого ставлення до захворювання на туберкульоз. Минуло три місяці від початку амбулаторного лікування, Ви пройшли майже половину шляху від кашлю до одужання. Тому пропоную Вам знову заповнити анкету і порівняти Ваші відповіді на початку лікування і тепер».

Після заповнення анкети разом з клієнтом порівняйте відповіді та обговоріть зміни.

□ Крок 3. Актуалізація знань про запобігання туберкульозу у ЛЖВ та необхідність постійних профілактичних обстежень

Запропонуйте клієнтові пригадати, яким чином туберкульоз впливає на стан здоров'я ЛЖВ та що необхідно зробити, щоб унеможливити/мінімізувати шанси розвитку туберкульозу в майбутньому.

Ставте запитання, щоб з'ясувати, наскільки клієнт володіє основною інформацією про коінфекцію ВІЛ/ТБ. Заохочуйте клієнта ставити запитання. Якщо у клієнта виникає питання щодо лікувального процесу (не в компетенції фасилітатора втручання), допоможіть сформулювати це запитання та адресуйте його до лікаря.

За потреби використовуйте **інформацію «Туберкульоз у людей, які живуть з ВІЛ» (Додаток П1)**.

Приклад

«Пропоную пригадати, що таке туберкульоз, яким є перебіг хвороби у людей, котрі живуть з ВІЛ, як відбувається лікування, чому так важливо дотримуватися режиму лікування. А також нам треба обговорити, як Вам мінімізувати ризик захворювання на туберкульоз у майбутньому».

- Що Ви знаєте про туберкульоз? Як туберкульоз впливає на організм?
- Що викликає туберкульоз? Як поширюється туберкульоз?
- Як відбувається лікування туберкульозу? Скільки триває лікування туберкульозу?
- Що станеться, якщо припинити лікування раніше призначеного лікарем часу? Чому це небезпечно?

- Чому ймовірність захворіти на туберкульоз у людей, які живуть з ВІЛ, вища, ніж у людей з негативним ВІЛ-статусом?
- Які заходи профілактики туберкульозу серед ЛЖВ є найбільш ефективними? Яка ефективність хіміопротекції ізоніазидом?

Чи є у Вас запитання?»

Запитайте клієнта, які медичні обстеження йому необхідно регулярно проходити у зв'язку з ВІЛ-статусом і туберкульозом. Важливо обговорити перелік необхідних досліджень, місце, а також ресурси для проходження обстежень (чи є безкоштовні дослідження; якщо ні, то скільки коштують ці дослідження, чи є можливість отримати знижки тощо).

Приклад

«Зважаючи на особливості коінфекції туберкульозу/ВІЛ, кожна ВІЛ-позитивна людина повинна регулярно проходити обстеження та відвідувати лікаря-інфекціоніста для контролю за власним здоров'ям. Сплануйте подальші кроки отримання медичних послуг:

- До кого звертатись?
- Як часто?
- Які аналізи та обстеження проходити?
- Скільки вони коштують? Та ін.
- Що Ви вже знаєте про регулярні обстеження? Як часто вони проводяться? Які саме обстеження?»

Запропонуйте скласти орієнтовний графік обстежень та відвідувань лікаря і записати його в «Щоденник пацієнта».

Для фасилітатора довідково наведено витяг з Клінічного протоколу. Але порядок і терміни проходження всіх медичних обстежень призначає лікар!!!

Порядок спостереження за пацієнтами, які отримують високоактивну антиретровірусну терапію та антимікобактеріальну терапію¹⁶

Оцінка	Тижні				Місяці											
	0	2	4	8	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
Анамнез ТБ та ВІЛ-інфекції	x													x		
Фізикальне обстеження	x	x	x	x	x			x						x		
Супутні захворювання	x				x			x						x		
Лабораторні дослідження: • гемоглобін; • лейкоцити і формула; • АЛТ (білірубін, АСТ за можливості); • креатинін; • загальний аналіз сечі.	x	x	x	x	x			x						x		
Кількість CD4	x			x				x			x			x		
Вірусне навантаження (якщо дослідження доступне)	x							x						x		
Гінекологічний огляд	x							x						x		
Рентгенограма органів грудної клітки	x													x		
Тест на вагітність	x													x		
Мазок мокротиння	x			x		x	x			x				x		
Прихильність (до АРТ та АМБТ)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		

¹⁶ Витяг з Клінічного протоколу надання медичної допомоги хворим на поєднані захворювання – туберкульоз та ВІЛ-інфекцію (затверджено наказом МОЗ України від 28.05.2008 № 276).

□ Крок 4. Завершення сесії

Підбийте підсумки сесії та нагадайте її ключові повідомлення.

Приклад

«Наша сьогоднішня сесія добігає кінця. Сьогодні ми обговорили багато важливих питань. Я хочу ще раз подякувати Вам за Вашу відкритість. Пригадайте, будь ласка, про що ми говорили сьогодні. Чи є щось, що все ще непокоїть Вас і Ви хочете обговорити це пізніше?»

Вислухайте відповіді, стисло обговоріть запитання і побажання, якщо вони є; запишіть їх у нотатки.

Приклад

«Хочу зауважити: мені приємно розуміти Ваш вибір – берегти своє здоров'я, лікуватись. Пропоную ще раз повторити ключові моменти сьогоднішньої сесії:

- туберкульоз виліковний за умови чіткого дотримання режиму лікування;
- люди, які живуть з ВЛЛ, можуть жити повноцінним життям та почуватися добре за умови своєчасного обстеження та профілактичного лікування.

Дякую, що знайшли час, дякую за Вашу відвертість і довіру. Підтримую Ваш вибір – пройти обстеження та лікуватись, адже це важливий крок до повноцінного, якісного життя».

Повідомте клієнтові тему наступної сесії: «Коло підтримки», – яка планується через три місяці. Узгодьте з клієнтом орієнтовну дату проведення сесії або тиждень місяця. Про точну дату зустрічі ви домовитесь за тиждень телефоном.

Також скажіть клієнтові, що ви будете регулярно контактувати з медичним працівником, який видає протитуберкульозні препарати, отже, ви будете в курсі того, як клієнт дотримується режиму, і за потреби телефонувати йому або контактним особам, яких зазначив клієнт під час першої зустрічі.

Запропонуйте клієнту інформацію про послуги вашої організації, які можуть бути йому корисні та підтримати його в період лікування. Надайте інформацію про зустрічі груп самопомоги.

Уточніть контактну інформацію клієнта (телефон мобільний, стаціонарний, адресу або електронну пошту), який спосіб зв'язку буде зручним (в тому числі в який час). Також попросіть надати контакти іншої особи (члена родини або іншої близької людини) на випадок, якщо буде втрачено контакт.

Нагадайте свій контактний робочий номер телефону (на візитці або буклеті організації), запропонуйте клієнту звертатися до вас за потреби.

Приклад

«А тепер сплануймо нашу наступну зустріч. Тема зустрічі: «Коло підтримки». За планом вона має відбутися через три місяці. Пропоную домовитися про зустріч в _____ тиждень _____ місяця та узгодити точну дату зустрічі за тиждень у телефонному режимі. Я зателефоную Вам.

Чудово. Домовились.

Також нагадую, що Ви мені завжди зможете подзвонити. Я буду регулярно спілкуватися з Вашим лікарем-фтизіатром та медпрацівником, який видає Вам препарати, тобто я буду в курсі того, чи дотримуетесь Ви режиму лікування.

Скажіть, чи є у Вас якісь запитання? (Надайте відповідь).

Я також хочу запропонувати Вам скористатися іншими послугами нашої організації, вони можуть бути Вам корисні під час проходження лікування.

Подякуйте клієнтові за його участь і роботу, завершіть сесію.

Сесія 5. Коло підтримки

Коли проводиться сесія: відповідно до графіка.

Завдання сесії

- Підтримати досягнення клієнта в лікуванні туберкульозу.
- Обговорити можливості здобуття підтримки під час прийому ПТП та її надання іншим хворим.

Основні результати сесії

- Клієнт висловлює готовність завершити лікування протитуберкульозними препаратами.
- Клієнт має інформацію про можливості підтримки під час лікування.
- Клієнт висловлює готовність надавати підтримку іншим ЛЖВ, які проходять лікування туберкульозу (за згодою).

Ключові повідомлення сесії

- *«Туберкульоз виліковний за умови чіткого дотримання режиму лікування».*
- *«Люди, які живуть з ВЛІ, можуть жити повноцінним життям та почуватися добре за умови своєчасного обстеження та профілактичного лікування».*

План сесії

- Крок 1. Відновлення контакту з клієнтом – 5-10 хвилин.
- Крок 2. Підтримка хворих на туберкульоз – 15-20 хвилин.
- Крок 3. Завершення сесії, фінальна оцінка втручання – 5-10 хвилин.

Загальна тривалість сесії: 45-60 хвилин.

Матеріали для фасилітатора

- І3. Вправа «Коло підтримки»
- Ф4. Форма нотаток фасилітатора
- Ф5. Форма фінальної оцінки втручання

За потреби:

- Ф2. Анкета визначення ставлення пацієнта до захворювання на туберкульоз

Роздаткові матеріали для клієнта: на цій сесії не використовуються.

Протокол сесії

□ Крок 1. Відновлення контакту з клієнтом

Привітайте клієнта. Запитайте клієнта про його самопочуття та загальний настрій. Попросіть розповісти, що відбулося в його житті за останні три місяці (як позитивні події, так і негативні), що вплинуло на стан його здоров'я, роботу, стосунки. Це краще робити за допомогою відкритих запитань.

Приклад

- Як проходить Ваше лікування?
- Чи було Вам призначено прийом нових препаратів? Якщо так, яких саме? З якою метою (лікування туберкульозу, АРТ або інших захворювань)? Якого режиму прийому потребують ці препарати?
- Як Ви контролюєте прийом препаратів? Чи допомагає Вам «Щоденник пацієнта»?
- Чи були у Вас ситуації, коли Ви були змушені пропустити прийом протитуберкульозних препаратів? Коли це було? Скільки разів? Чому це сталося?
- Скільки ще часу Вам необхідно приймати протитуберкульозні препарати? Чи готові Ви продовжувати лікування? Чи дотримувалися Ви режиму лікування?

Вислухайте уважно, не перебивайте та не починайте відразу надавати інформацію. Краще робити нотатки ключових моментів, на які звернете увагу трохи пізніше, вже під час консультації. **Пам'ятайте: для встановлення контакту та довірчої атмосфери важливо дати людині виговоритися та уважно вислухати її!**

Запитайте клієнта, чи користувався він іншими послугами організації. Чи допомогли йому ці послуги?

Приклад

«Сьогодні ми проводимо останню зустріч, яка триватиме близько години. Під час зустрічі я пропоную обговорити, яка підтримка Вам потрібна для завершення лікування і турботи про власне здоров'я в майбутньому.

Чи є у Вас запитання?»

□ Крок 2. Підтримка хворих на туберкульоз

Запитайте клієнта, до кого він може звернутися по підтримку під час лікування. Кому він розповів або планує розповісти про свій ВІЛ-статус, про захворювання на туберкульоз (членам родини, друзям, колегам, іншим пацієнтам, незнайомим людям, фахівцям)?

Що клієнт очікує від людей, яким він розповість про своє захворювання: співчуття, жалість, матеріальну допомогу, консультації?

Приклад

- Чи відчували Ви негативне ставлення до себе через хворобу на туберкульоз або ВІЛ-статус? Це був особистий досвід чи ставлення до всіх хворих взагалі? Як Ви реагуєте на такі випадки?
- Чи чули Ви про принцип «рівний–рівному»? Як Ви розумієте цей принцип?
- Чи звертались Ви до «рівних» консультантів? З яких питань?
- Чи готові Ви надавати консультації як «рівний» консультант? Час від часу чи регулярно?
- Чи брали Ви участь у групах самопомоги? Які Ваші враження? Яка тематика груп?

На цій сесії консультанту важливо посилити для клієнта позитивні мережі соціальної підтримки. Проведіть **вправу «Коло підтримки» (Додаток ІЗ)**.

Мета вправи – допомогти клієнтові усвідомити наявні власні та зовнішні ресурси, закріпити навички визначення потреб та пошуку необхідної допомоги, відпрацювати спроможність звертатись по підтримку та здобувати її. Також важливим є закріплення віри клієнта в здоров'я, усвідомлення необхідності побудови робочого альянсу з лікарем, підтримка мотивації до лікування, наснаження на завершення лікування туберкульозу, прийом АРТ і регулярну диспансеризацію.

Більш ефективним буде виконання цієї вправи у вигляді діалогу.

Приклад

«У центрі внутрішнього кола впишіть слово «Я».

- Хто з близького оточення знає про Ваш ВІЛ-статус?*
- Хто Вас підтримує у збереженні здоров'я? Прихильності до АРТ?*
- Хто може допомогти Вам у реалізації Вашого плану дій?*

Назвіть цих людей і впишіть їхні імена в інших колах. Розташуйте їхні імена відносно кола «Я» так, як саме Ви відчуваєте підтримку цих людей. Якесь ім'я буде ближче, якесь – далі».

При обговоренні результатів необхідно звернути увагу, чи вказав клієнт лікаря в колах підтримки.

Варіант 1

Якщо клієнт визначає лікаря в колах підтримки, зробіть акцент на цьому та запропонуйте обговорити його вибір.

Приклад

«Я помітив, що Ви вказали лікаря у своєму колі підтримки. Скажіть, а чому Ви його включили?»

- Наскільки важливою Ви бачите роль лікаря у процесі збереження Вашого здоров'я?*
- В яких ситуаціях або з яких питань лікування, на Ваш погляд, варто звертатись тільки до лікаря?»*

Обговоріть усі питання, надайте інформацію, підтримайте і похваліть клієнта.

Варіант 2

Якщо клієнт не вказує лікаря в колах підтримки або висловлює негативні відгуки про нього, попросіть клієнта обґрунтувати свою позицію та обговоріть причини.

Приклад

«Отже, Ви зараз активно займаєтесь поліпшенням свого здоров'я, приймаєте препарати. Скажіть, а чи є хтось, хто ще міг би кваліфіковано надати необхідну допомогу, інформацію?»

- Як вважаєте, це може бути Ваш лікар?*
- Можливо, є якісь складнощі у Вашому спілкуванні з лікарем?*
- З якими запитаннями можна звернутися до лікаря?*
- Чи завжди Вам вдається обговорити з лікарем усі важливі питання та отримати необхідну інформацію? Якщо так, то що допомагає Вам у цьому? Якщо ні, то, можливо, є щось, що заважає?»*

Обговоріть усі питання, надайте інформацію, підтримайте і похваліть клієнта.

Якщо клієнт не визначив такої особи, перегляньте разом з ним потенційні мережі підтримки і спробуйте визначити особу, яка могла б виконувати цю роль.

Приклад

- *Хто з близького оточення міг би Вам допомогти в покращенні стану Вашого здоров'я?*
- *Яким чином Ви могли б отримати допомогу, підтримку від цієї людини?*

□ Крок 3. Завершення сесії

Підбийте підсумки сесії та нагадайте її ключові повідомлення.

Приклад

«Наша остання сесія добігає кінця. Сьогодні ми обговорили багато важливих питань. Я хочу ще раз подякувати Вам за Вашу відкритість. Пригадайте, будь ласка, про що ми говорили сьогодні».

Вислухайте відповіді, стисло обговоріть запитання і побажання, якщо вони є; запишіть їх у нотатки.

Приклад

«Хочу зауважити: мені приємно розуміти Ваш вибір – берегти своє здоров'я, лікуватись. Пропоную ще раз повторити ключові моменти сьогоднішньої сесії:

- *туберкульоз виліковний за умови чіткого дотримання режиму лікування;*
- *люди, які живуть з ВЛЛ, можуть жити повноцінним життям та почуватися добре за умови своєчасного обстеження та профілактичного лікування.*

Дякую, що знайшли час, дякую за Вашу відвертість і довіру. Підтримую Ваш вибір – пройти обстеження та лікуватись, адже це важливий крок до повноцінного, якісного життя».

Попросіть клієнта надати зворотний зв'язок за результатами сесії та втручання загалом. Для цього попросіть його заповнити **форму фінальної оцінки втручання (Додаток Ф5)**.

Скажіть клієнтові про те, що його лікування буде завершуватися, отже, втручання також завершується. Ви будете продовжувати спілкування періодично в телефонному режимі, щоб надати інформацію, підтримати його або щось порадити (за потреби).

Запропонуйте клієнтові інформацію про послуги вашої організації, які можуть бути йому корисні та підтримати його в період лікування. Надайте інформацію про зустрічі груп самопомоги.

Приклад

«Дякую Вам за участь у програмі. Маю надію, що наше спілкування було корисним для Вас і допомогло при проходженні курсу лікування туберкульозу. Зараз Ви на останньому етапі лікування туберкульозу, і, сподіваюсь, Ви успішно пройдете його.

Якщо Вам буде необхідна моя допомога, Ви можете завжди зателефонувати мені.

Скажіть, чи є у Вас якісь запитання? (Надайте відповідь).

Я також хочу запропонувати Вам скористатися іншими послугами нашої організації, вони можуть бути Вам корисні під час проходження лікування.

Бажаю Вам гарного настрою, скорішого одужання та міцного здоров'я!»

Подякуйте клієнтові за його участь і роботу, завершіть сесію.

Додатки

ПЕРЕЛІК ІНСТРУМЕНТІВ ТА ФОРМ

Інструменти втручання

Додаток І1. Вправа «Але чому?»

Додаток І2. Вправа «Мій день, коли я хворію»

Додаток І3. Вправа «Коло підтримки»

Форми

Додаток Ф0. Форма відбору клієнта для участі у втручанні

Додаток Ф1. Картка учасника втручання

Додаток Ф2. Анкета для визначення ставлення пацієнта до захворювання на туберкульоз

Додаток Ф3. Щоденник пацієнта

Додаток Ф4. Форма нотаток фасилітатора

Додаток Ф5. Форма фінальної оцінки втручання

Пам'ятки та інформація для фасилітатора

Додаток П1. Інформація «Туберкульоз у людей, які живуть з ВІЛ»

Додаток П2. Інформація «Режим хворого на туберкульоз»

Додаток П3. Деякі рекомендації щодо побічних ефектів лікування

Додаток П4. Пам'ятка «Заходи інфекційного контролю на побутовому рівні»

Додаток П5. Інформація «Міфи і факти про туберкульоз»

ІНСТРУМЕНТИ ВТРУЧАННЯ

ДОДАТОК І1. ВПРАВА «АЛЕ ЧОМУ?»

Вправа «Але чому?» виконується з метою аналізу причин та наслідків поведінки індивідів або груп¹⁷. Застосування вправи буде доцільним:

- для поділу «великих загальних» проблем на більш «дрібні конкретні» проблеми;
- для вивчення можливих причин існування проблеми поведінки;
- для того, щоб почати вирішувати проблему.

Виконувати вправу пропонується у випадках, коли є потреба допомогти клієнтові проаналізувати загальну проблему та визначити конкретні кроки для її вирішення.

Наприклад, клієнт стверджує: «Я не можу дотримуватися режиму хворого». Ця проблема звучить дуже загально, тому варто з'ясувати, дотримання яких саме аспектів режиму хворого є проблемою і що можна зробити в цьому випадку.

За допомогою вправи «Але чому?» можна швидко отримати уявлення про зміст проблеми з точки зору клієнта, а також допомогти йому подивитися на проблему з різних боків. Але необхідно відстежувати напрям «причини–наслідки», щоб не переплутати їх. Для цього можна малювати стрілки в різних напрямках, які показуватимуть зв'язок причини та її наслідку.

Матеріали для проведення вправи: аркуш паперу, ручка (або маркери).

Порядок проведення вправи

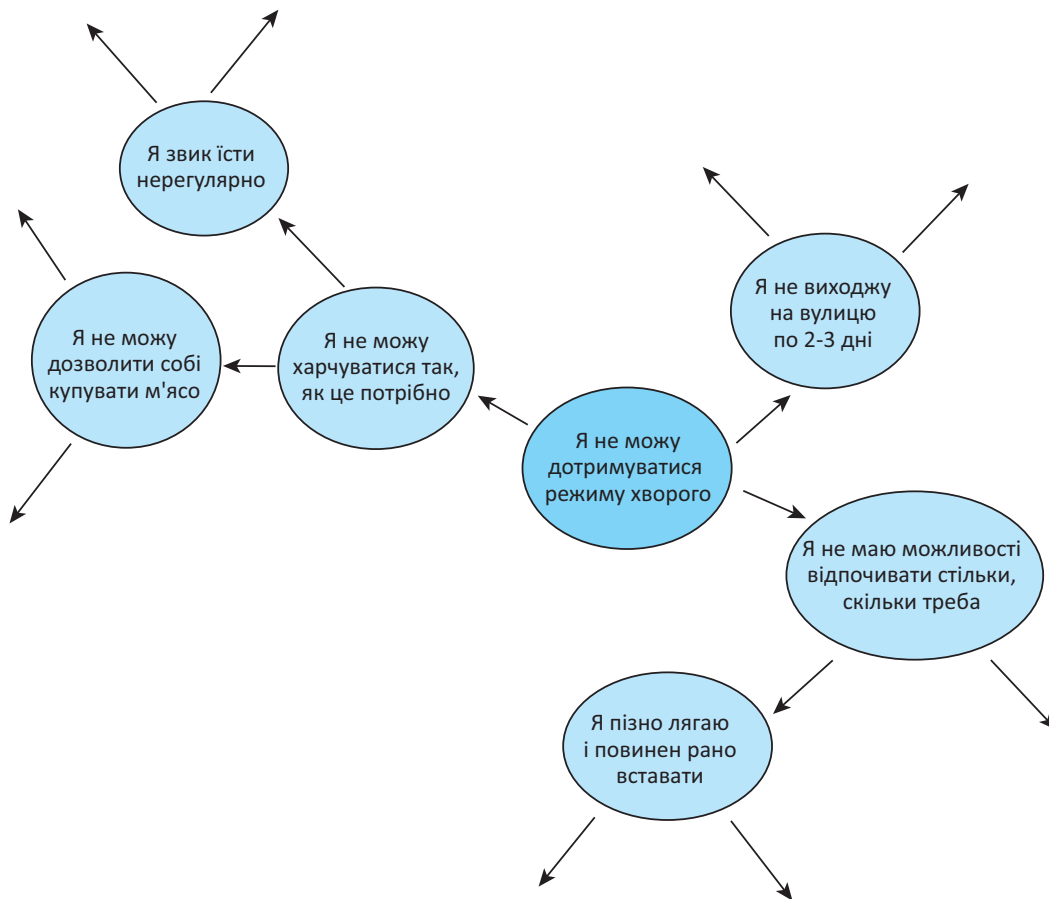
Напишіть проблему, яку ви збираєтесь обговорити з клієнтом, на аркуші паперу в центрі: «Я не можу дотримуватися режиму хворого». Обведіть написане колом.

Запитайте: «Але чому це відбувається?» Запишіть кожну відповідь в окремому колі. Наприклад: «Я не можу харчуватися як слід», «Я не можу відпочивати скільки треба».

Коли визначено перше коло конкретних проблем, можна переходити до кожної з них. Знову запитайте: «Але чому так відбувається?» Запишіть відповідь в окремому колі. Наприклад: «Але чому ви не можете харчуватися як слід?» – «Я не можу дозволити собі купувати ці продукти», «Я звик харчуватися нерегулярно» тощо.

Продовжуйте ставити запитання до кожної проблеми, поки не вичерпаються відповіді. Щодо деяких проблем буде довга низка відповідей, які конкретизують проблему, деякі будуть обмежуватися однією-двома відповідями.

¹⁷ Як основу цієї вправи було використано інструмент оцінки з залученням до участі, розроблений Міжнародним Альянсом з ВІЛ/СНІДу (зараз – Альянс громадського здоров'я). Див.: Оценка с привлечением к участию (методические рекомендации). Международный Альянс по ВИЧ/СПИД. Киев, 2001. URL: www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/assessment/pdf/mg.pdf.



Приклад виконання вправи «Але чому?»

Після того як буде надано відповіді на всі конкретні проблеми, запропонуйте клієнтові розглянути схему та визначити, на які проблеми він може вплинути: наприклад, почати харчуватися регулярно, змінити режим сну. Обведіть ці конкретні проблеми іншим кольором як такі, що можна вирішити. Обговоріть, як можна мінімізувати вплив решти проблем, яких не можна вирішити (наприклад: «Я не можу дозволити собі купувати м'ясо, тому що це дорого» – запропонуйте переглянути раціон харчування і знайти доступніші варіанти).

Після завершення вправи підбийте підсумок: чи можна вирішити проблему цілком або частково? Що можна зробити для того, щоб вирішити проблему?

ДОДАТОК І2. ВПРАВА «МІЙ ДЕНЬ, КОЛИ Я ХВОРІЮ»

Вправа «Мій день, коли я хворію», або добовий годинник¹⁸, демонструє як люди проводять свій час протягом доби. Час можна вказати в годинах або частинах доби (ранок, день, вечір, ніч).

Добовий годинник доцільно використовувати для:

- порівняння того, як на життєвий уклад впливають хвороба і необхідність дотримання режиму;
- визначення факторів розкладу дня, які можуть негативно вплинути на процес лікування туберкульозу;
- обговорення коректив, які необхідно внести в режим дня під час лікування для того, щоб одужати.

Матеріали для проведення вправи: аркуш паперу, ручка (або маркери).

Порядок проведення вправи

Вирішіть спільно з клієнтом, що краще використовувати: круглий циферблат чи лінійний графік (24 години). Намалюйте цей годинник на аркуші паперу.

Обговоріть типовий день хворого, напишіть або намалюйте у вигляді символів різні види діяльності протягом дня (наприклад, сон, харчування, прийом препаратів, прогулянки, домашні вправи тощо).

Обговоріть з клієнтом, наскільки його типовий день відповідає всім вимогам щадного режиму хворого. Іншим кольором позначте ті періоди або види діяльності, які порушують режим хворого, та обговоріть необхідні зміни.

Після завершення вправи підбийте підсумок: наскільки день клієнта сприяє його одужанню? Якщо є якісь періоди протягом дня, які необхідно змінити, обговоріть, яким чином це можливо.

¹⁸ Як основу цієї вправи було використано інструмент оцінки з залученням до участі, розроблений Міжнародним Альянсом з ВІЛ/СНІДу (зараз – Альянс громадського здоров'я). Див.: Оценка с привлечением к участию (методические рекомендации). Международный Альянс по ВИЧ/СПИД. Киев, 2001. URL: www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/assessment/pdf/mg.pdf.

ДОДАТОК ІЗ. ВПРАВА «КОЛО ПІДТРИМКИ»

Вправа «Коло підтримки» допомагає клієнтові проаналізувати своє оточення з точки зору рівня можливої підтримки, необхідної для подолання його проблем (зокрема лікування туберкульозу).

Вправу доцільно використовувати для:

- усвідомлення власних ресурсів та можливостей для проходження лікування, а також потреби в підтримці від інших людей;
- аналізу різних індивідів та груп, які можуть вплинути на життя клієнта, стану стосунків з ними;
- планування побудови та/або підтримки стосунків з оточенням у процесі одужання та подальшої підтримки здоров'я.

Матеріали для проведення вправи: аркуш паперу, ручка (або маркери).

Порядок проведення вправи

Перший етап

«Подивіться, будь ласка, на просту схему з кіл. Це сфери ресурсів та підтримки. Наше оточення від самих близьких до віддаленого соціуму – це система стосунків. У кожній системі є свій порядок і кожен має своє місце.

Уявіть собі ситуацію (проблему), яка стосується збереження Вашого здоров'я.

Що перше спадає на думку? _____

Коло посередині – це Ви. Подумайте і запишіть:

Що можна зробити самому? _____

На які Ваші сили, можливості, риси характеру, особистісні якості Ви можете розраховувати? _____

Другий етап

Навколо «Вас» є два кола. Вам необхідно подумати і визначити:

У першому колі (близьке оточення) – найважливіших людей, які можуть надати Вам підтримку, яким Ви довіряєте, можете звернутися для отримання поради або необхідної допомоги. Які перші імена спадають Вам на думку при запитанні «До кого я можу звернутися в цій ситуації?»?

Для чого саме можна до них звернутися?

Чим саме кожен з них може допомогти?

Третій етап

Друге коло (зовнішнє оточення/соціум): вкажіть інших осіб, до яких можна звернутися. Також це можуть бути організації або установи, де можна отримати допомогу.

Визначте, будь ласка, зовнішні ресурси:

По яку допомогу Ви можете звернутися?

Що для Вас буде результативним?

Четвертий етап

Проаналізуйте результати вправи.

Що Ви відчуваєте, коли дивитесь на Ваші кола підтримки?

Що важливо зробити для здобуття бажаної підтримки та необхідної допомоги?

Що може Вам завадити отриманню бажаного?

Які висновки для себе Ви можете зробити після вправи?

Подумайте, що б Ви побажали собі на майбутнє:

ФОРМИ ВТРУЧАННЯ

ДОДАТОК Фо. ФОРМА ВІДБОРУ КЛІЄНТА ДЛЯ УЧАСТІ У ВТРУЧАННІ

Додаток Фо

**Форма відбору клієнта для участі у втручанні
«Туберкульоз виліковний. Соціальний супровід ЛЖВ, які отримують лікування
протитуберкульозними препаратами»**

Прізвище, ініціали потенційного клієнта		Організація	
		Прізвище, ініціали фасилітатора	
Дата заповнення		Прізвище, ініціали фтизіатра	
Відповідність потенційного клієнта медичним та соціальним критеріям			
<input type="checkbox"/>	Клієнтові підтверджено діагноз ВІЛ/ТБ.		
<input type="checkbox"/>	Клієнтові лікар призначив прийом протитуберкульозних препаратів амбулаторно з метою лікування туберкульозу.		
<input type="checkbox"/>	Клієнт не хворіє на мультирезистентний туберкульоз (1-3 категорії).		
<input type="checkbox"/>	Клієнт ніколи не лікувався раніше від туберкульозу.	АБО <input type="checkbox"/>	Клієнт раніше лікувався від туберкульозу, але перервав лікування за власною ініціативою.
<input type="checkbox"/>	Клієнт надав два контакти для зв'язку та перевірки.		
<input type="checkbox"/>	Клієнт підписав інформовану згоду на участь у втручанні.		

ДОДАТОК Ф1. КАРТКА УЧАСНИКА ВТРУЧАННЯ

Опис	Мета цієї форми – нотування необхідної інформації про клієнта втручання, контактних осіб та медичних працівників, а також іншої інформації про процес лікування туберкульозу.
Застосування	Заповнюється під час Сесії 0 зі слів учасника втручання. Після сесії за потреби можна перевірити інформацію у медичних працівників.
Хто заповнює форму	Фасилітатор втручання.

Додаток Ф1					
Картка учасника втручання «Туберкульоз виліковний. Соціальний супровід ЛЖВ, які отримують лікування протитуберкульозними препаратами»					
Код клієнта		Організація	_____		
Відмітка про участь клієнта в дослідженні	<table border="1"><tr><td>Так</td><td>Ні</td></tr></table>	Так	Ні	Прізвище, ініціали фасилітатора	_____
Так	Ні				
Дата заповнення картки _____					
Інформація про клієнта					
Прізвище, ініціали клієнта	_____	Дата народження клієнта	_____		
Контактна інформація клієнта					
Адреса постійного проживання	_____	Мобільний телефон	_____		
	_____	Стаціонарний телефон	_____		
Контактні особи					
Прізвище, ініціали контактної особи	_____	Прізвище, ініціали контактної особи	_____		
Ким доводиться клієнту	_____	Ким доводиться клієнту	_____		
Мобільний телефон	_____	Мобільний телефон	_____		
Стаціонарний телефон	_____	Стаціонарний телефон	_____		
Медичні працівники					
Прізвище, ініціали лікуючого фтизіатра	_____	Прізвище, ініціали лікуючого інфекціоніста	_____		
Назва закладу	_____	Назва закладу	_____		
Мобільний телефон	_____	Мобільний телефон	_____		
Стаціонарний телефон	_____	Стаціонарний телефон	_____		

Прізвище, ініціали медпрацівника, який видає ПТП	_____	Адреса закладу, де клієнт отримує препарати	_____
Назва закладу	_____		_____
Мобільний телефон	_____		_____
Стаціонарний телефон	_____		_____
Лікування			
Дата початку амбулаторного лікування туберкульозу (Визначається лікарем)	_____	Орієнтовна дата завершення лікування туберкульозу (Визначається лікарем)	_____
Інформація про отримання АРТ	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Планується (Зазначте запланований початок)
Нотатки щодо особливих потреб клієнта	Зі слів клієнта		Зі слів лікаря
	_____		_____
Впровадження втручання			
	Орієнтовні дати проведення сесій (Визначаються фасилітатором на початку втручання залежно від тривалості лікування)		Фактичні дати проведення сесій (Вказуються після проведення кожної сесії)
Сесія 1	_____		_____
Сесія 2	_____		_____
Сесія 3	_____		_____
Сесія 4	_____		_____
Сесія 5	_____		_____
Завершення втручання			
Відмітка про причини завершення	_____		Дата завершення _____
<input type="checkbox"/> Планове завершення	<input type="checkbox"/> Дострокове завершення		
(Проходження всіх сесій втручання та проходження повного курсу лікування туберкульозу)		Вкажіть потрібний варіант:	
		<input type="checkbox"/>	Припинення лікування за рішенням лікаря з клінічних або інших причин, не пов'язаних з поведінкою клієнта
		<input type="checkbox"/>	Припинення лікування за рішенням лікаря через порушення режиму лікування з боку клієнта
		<input type="checkbox"/>	Відмова клієнта від участі у втручанні з особистих причин, але продовження лікування туберкульозу
		<input type="checkbox"/>	Припинення втручання з об'єктивних причин (в тому числі через ув'язнення клієнта, його смерть)
		<input type="checkbox"/>	Втрата зв'язку з клієнтом більше ніж на 4 тижні та припинення ним лікування
			Інше (вказіть): _____

ДОДАТОК Ф2. АНКЕТА ДЛЯ ВИЯВЛЕННЯ СТАВЛЕННЯ КЛІЄНТА ДО ЗАХВОРЮВАННЯ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ¹⁹

Опис	Мета цієї форми – оцінка змін ставлення клієнта до власного захворювання на туберкульоз та перспектив дотримання режиму лікування. Анкета використовується насамперед для побудови консультацій з клієнтом.
Застосування	Заповнюється на сесіях 1 і 4. За необхідності (зокрема в разі порушення режиму лікування) можна також запропонувати заповнити цю анкету на Сесії 5.
Хто заповнює форму	Клієнт. Фасилітатор аналізує результати анкети спільно з клієнтом під час сесії та використовує їх для проведення сесії (для визначення основних акцентів консультування). Повторні анкети фасилітатор також аналізує та порівнює з першою анкеткою.
Інструкції щодо аналізу	<p>Рахуються всі позитивні та негативні відповіді. Нейтральні відповіді свідчать про невизначену позицію клієнта.</p> <p>Якщо загальна кількість негативних та нейтральних відповідей більша, ніж позитивних, це може означати, що клієнт належить до групи ризику та може порушити режим лікування або припинити його.</p> <p>При проведенні сесій слід звернути увагу на негативні та нейтральні відповіді для обговорення цих питань.</p> <p>При повторному заповненні анкети (під час Сесії 4) варто порівняти відповіді, які надав клієнт при першому заповненні. Обговорити, які зміни відбулись під час лікування туберкульозу та завдяки чому.</p>

¹⁹ Підготовлено на основі анкети з посібника для лікарів: Богородская Е.М., Данилова И.Д, Ломакина О.Б. Формирование у больных туберкулезом стимулов к выздоровлению и соблюдению режима химиотерапии. Москва, 2006.

Анкета для виявлення ставлення клієнта до захворювання на туберкульоз

Прізвище, ініціали клієнта _____

Код клієнта _____

Дата заповнення _____

Номер сесії _____

	Запитання	Варіанти відповіді
1.	Чим Ви займаєтесь?	1 – Маю постійну роботу 2 – Займаюсь підприємницькою діяльністю (самозайнятість) 3 – Не працюю, навчаюсь 4 – Не працюю, отримую пенсію 5 – Безробітний 0 – Не знаю
2.	Де Ви мешкаєте?	1 – Окрема квартира 2 – Приватний будинок 3 – Кімната у квартирі/будинку 4 – Гуртожиток 5 – У мене немає житла 0 – Не знаю
3.	Які у Вас зараз є захворювання, крім ВІЛ-інфекції?	1 – Туберкульоз 2 – Бронхіт 3 – Пневмонія 4 – Грип, ГРЗ 5 – Я здоровий/а 0 – Не знаю
4.	Чи можна зараз від Вас заразитися туберкульозом?	1 – Так 2 – Ні 0 – Не знаю
5.	Чи вживаєте Ви алкоголь? Якщо так, то як часто?	1 – Щодня 2 – Щотижня 3 – У свята 4 – Не вживаю 0 – Не знаю
6.	Чи є туберкульозні палички у Вашому мокротинні?	1 – Так 2 – Ні 0 – Не знаю
7.	Чи приймаєте Ви препарати, які Вам призначив лікуючий лікар?	1 – Так 2 – Приймаю частково 3 – Ні 0 – Не знаю
8.	Чи були у Вас перерви в лікуванні туберкульозу?	1 – Так 2 – Ні 0 – Не знаю

9.	Чи були у Вас перерви в лікуванні будь-якої іншої хвороби?	1 – Так 2 – Ні 0 – Не знаю
10.	Чи спілкуєтесь Ви з іншими хворими на туберкульоз?	1 – Так 2 – Ні 0 – Не знаю
11.	Чи проходили Ви лікування в протитуберкульозному стаціонарі?	1 – Так 2 – Ні 0 – Не знаю
12.	Як вплинуло спілкування з іншими хворими на Ваше бажання лікуватися?	1 – З'явилося бажання лікуватися 2 – Бажання лікуватися не змінилось 3 – Бажання лікуватися зникло 4 – Приймаю не всі препарати 5 – Регулярно обманюю медичний персонал 0 – Не знаю
13.	Уявіть собі, що Ви не переривали лікування ні на день. Що треба зробити, щоб це стало реальністю?	1 – Отримати один великий подарунок за весь курс лікування 2 – Отримувати середній подарунок раз на місяць 3 – Отримувати маленький подарунок щодня 4 – Нічого 5 – Інше (що саме): _____ 0 – Не знаю
14.	Чи жалієте Ви себе?	1 – Так 2 – Ні 0 – Не знаю
15.	Який Ваш сімейний стан?	1 – Одружений/заміжня 2 – Розлучений/а 3 – Вдівець/удова 4 – Неодружений/незаміжня 5 – Цивільний шлюб 0 – Не знаю
16.	Чи жалієте Ви своїх близьких?	1 – Так 2 – Ні 0 – Не знаю
17.	Чи вірите Ви, що можетевилікуватися від туберкульозу?	1 – Так 2 – Ні 0 – Не знаю
18.	Хто має Вам допомогтивилікуватися від туберкульозу?	1 – Лікар/медична сестра 2 – Родичі та близькі 3 – Друзі 4 – Соціальний працівник 5 – Ніхто (я сам) 0 – Не знаю
19.	Де Ви бажаєте проходити лікування туберкульозу?	1 – У лікарні 2 – Жити вдома, але щодня приходити по ліки 3 – Хочу, щоб препарати привозили мені додому 4 – Не має значення 0 – Не знаю
20.	Чи отримуєте Ви завдяки хворобі увагу, якої Вам бракувало все життя?	1 – Так 2 – Ні 0 – Не знаю

21.	Чи були Ви в місцях позбавлення волі?	1 – Так 2 – Ні 0 – Не знаю
22.	Чи вживаєте Ви наркотики?	1 – Так 2 – Ні 0 – Не знаю
23.	Чи маєте Ви бажання допомагати іншим хворим?	1 – Так 2 – Ні 0 – Не знаю
24.	Який у Вас настрій?	1 – Оптимістичний 2 – Хороший 3 – Мінливий 4 – Поганий 5 – Дуже поганий 0 – Не знаю
25.	Чи бажаєте Ви продовжувати лікування туберкульозу?	1 – Так 2 – Ні 0 – Не знаю

Дякуємо!

ДОДАТОК Ф3. ЩОДЕННИК ПАЦІЄНТА

Опис	Мета цієї форми – допомогти клієнтові організувати планування процесу лікування туберкульозу (прийом препаратів, проходження обстежень, візити до лікаря). Також щоденник містить корисну інформацію про лікування туберкульозу, режим хворого тощо.
Застосування	Щоденник пацієнта слід надати клієнтові на Сесії 1 для ведення протягом всього періоду лікування туберкульозу.
Хто заповнює форму	Клієнт.
Інструкції	На Сесії 1 запропонуйте заповнити першу частину щоденника (контактну інформацію, перелік призначених препаратів). Розділи «Мій щоденник» та «Календар» заповнюються під час проходження лікування. Нагадуйте клієнтові приносити щоденник на кожну сесію. Зверніть увагу клієнта на корисну інформацію про туберкульоз та режиму хворого, яку наведено у щоденнику.

Зразок «Щоденника пацієнта» для використання див., напр.:

http://tb.ucdc.gov.ua/uploads/files/2014_05_01_nevnik_acienta_170x240.pdf



ДОДАТОК Ф4. ФОРМА НОТАТОК ФАСИЛІТОРА

Опис	Форма використовується для ведення та впорядкування нотаток фасилітатора втручання.
Застосування	Заповнюється на кожній сесії.
Хто заповнює форму	Фасилітатор під час проведення сесії. Перед початком сесії доцільно переглянути нотатки з попередніх сесій.

ФОРМА НОТАТОК ФАСИЛІТАТОРА ВТРУЧАННЯ

«Туберкульоз виліковний. Соціальний супровід ЛЖВ, які отримують лікування протитуберкульозними препаратами»

Прізвище, ініціали клієнта _____

Код клієнта _____

Організація _____

Прізвище, ініціали фасилітатора _____

Сесія 1. Організація процесу лікування туберкульозу та аналіз його впливу на життєвий уклад	
Дата сесії _____	Нотатки
Місце проведення _____	
Час початку _____	
Час завершення _____	
Сесія 2. Режим хворого та побічна дія препаратів	
Дата сесії _____	Нотатки
Місце проведення _____	
Час початку _____	
Час завершення _____	
Сесія 3. Індивідуальна безпека та інфекційний контроль у побутових умовах	
Дата сесії _____	Нотатки
Місце проведення _____	
Час початку _____	
Час завершення _____	
Сесія 4. Планування власних ресурсів для подальшого лікування та обстеження	
Дата сесії _____	Нотатки
Місце проведення _____	
Час початку _____	
Час завершення _____	
Сесія 5. Коло підтримки	
Дата сесії _____	Нотатки
Місце проведення _____	
Час початку _____	
Час завершення _____	

ДОДАТОК Ф5. ФОРМА ФІНАЛЬНОЇ ОЦІНКИ ВТРУЧАННЯ²⁰

- Опис** Це дослідження призначається для оцінки декількох аспектів, у тому числі ефективності подання інформації фасилітаторами, їхньої здатності чітко відповідати на запитання, а також сфер, які потребують удосконалення. Зібрана інформація може знадобитися для визначення напрямів удосконалення, від чого лише виграють майбутні учасники втручання.
- Цю форму можна використовувати як зразок для створення власної форми фінальної оцінки, якщо сесії були суттєво змінені або адаптовано для задоволення потреб цільової групи.
- Застосування** Дослідження треба проводити на останній сесії втручання.
- Хто заповнює форму** Учасники. Переконайтеся в тому, що учасники подають форму анонімно.

Форма Ф5									
Форма фінальної оцінки втручання «Туберкульоз виліковний. Соціальний супровід ЛЖВ, які отримують лікування протитуберкульозними препаратами»									
Код клієнта	<input type="text"/>			Організація	<input type="text"/>				
Прізвище, ініціали клієнта	<input type="text"/>			Дата заповнення анкети	<input type="text"/>				
<i>Дякуємо Вам за участь у втручанні! Просимо Вас заповнити анкету. Ваші щирі та ретельні відповіді допоможуть нам покращити втручання для подальшої реалізації.</i>									
1) Наскільки ефективним виявилось втручання загалом? (Оберіть один варіант відповіді)									
<input type="checkbox"/> Дуже ефективним	<input type="checkbox"/> Частково	<input type="checkbox"/> Не дуже ефективним	<input type="checkbox"/> Неефективним						
2) Чи багато Ви дізнались під час втручання? (Оберіть один варіант відповіді)									
<input type="checkbox"/> Багато	<input type="checkbox"/> Достатньо	<input type="checkbox"/> Трохи	<input type="checkbox"/> Нічого						
3) Наскільки зрозумілими були наші відповіді на Ваші запитання? (Оберіть один варіант відповіді)									
<input type="checkbox"/> Дуже зрозумілими	<input type="checkbox"/> Достатньо зрозумілими	<input type="checkbox"/> Не дуже зрозумілими	<input type="checkbox"/> Взагалі незрозумілими						
4) Як би Ви оцінили роботу фасилітатора загалом? (Обведіть цифру)									
Незадовільна		Нормальна				Зразкова			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5) Як би Ви оцінили втручання загалом? (Обведіть цифру)									
Незадовільне		Нормальне				Зразкове			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6) Як можна покращити втручання?									
<input type="text"/>									
7) Чи є у Вас інші коментарі?									
<input type="text"/>									

Бажаємо Вам міцного здоров'я та гарного настрою!

²⁰ Підготовлено на основі втручання STREET SMART.

ДОДАТОК П1. ІНФОРМАЦІЯ «ТУБЕРКУЛЬОЗ У ЛЮДЕЙ, ЯКІ ЖИВУТЬ З ВІЛ»

Чи є ймовірність захворіти на туберкульоз вищою серед людей, які живуть з ВІЛ?

Так. Якщо для людини з негативним ВІЛ-статусом імовірність захворіти на туберкульоз становить до 10% протягом життя, для ЛЖВ шанси зростають до 5-8% протягом року або до 30% протягом життя.

Лікування туберкульозу у ВІЛ-позитивних пацієнтів відбувається по-іншому, ніж у ВІЛ-негативних пацієнтів?

Лікування ТБ та резистентного ТБ у пацієнтів з ВІЛ-інфекцією дуже подібне (тобто здійснюється за тими самими схемами та рекомендаціями) до лікування пацієнтів без ВІЛ із такими винятками:

- **АРТ** відіграє вирішальну роль, оскільки смертність серед пацієнтів з ВІЛ/ТБ без застосування АРТ може бути дуже високою.
- **Побічні ефекти** є частішими серед пацієнтів з ВІЛ. Численні препарати, що застосовуються для лікування резистентного туберкульозу з визнаними ризиками високої токсичності, у випадку поєднання з АРТ дають високий показник побічних ефектів. Деяка токсичність є характерною для АРТ і для протитуберкульозного лікування, що може призводити до додаткових рівнів побічних ефектів.
- **Моніторинг** має бути більш інтенсивним як щодо реакції на терапію, так і щодо побічних ефектів.

Як відбувається лікування?

Лікування туберкульозу складається з двох фаз. Мета першої – *інтенсивної* – фази – «вбити» найактивніші бактерії, які викликають симптоми захворювання. Протягом інтенсивної фази вам доведеться приймати не менше ніж чотири різні препарати. Це необхідно тому, що бактерії туберкульозу дуже стійкі й не тільки не гинуть під дією меншої кількості ліків, але й можуть виробити стійкість до ліків, тобто стати більш небезпечними.

Звичайна *тривалість* інтенсивної фази лікування – *два місяці*. Але якщо під час лікування було виявлено бактерії, які вже мають стійкість (резистентність) до протитуберкульозних препаратів, інтенсивна фаза й увесь курс лікування триватимуть довше.

Незабаром після початку лікування ваше самопочуття значно поліпшиться. Водночас можуть виникнути неприємні відчуття, пов'язані з прийомом ліків. Це так звані *побічні ефекти* лікування. Більшість із них, хоча й неприємні, але не несуть серйозної загрози для здоров'я. **Припиняти чи переривати лікування в жодному разі не можна.** Адже туберкульоз вбиває, а видалення навіть одного препарату зі схеми лікування значно знижує ймовірність одужання. Обов'язково скажіть про побічні ефекти лікареві, а також скористайтесь нашими порадами, щоб подолати ці тимчасові негаразди.

Після закінчення інтенсивної фази ви будете почуватися значно краще. Більшість хворих на другому місяці лікування зовсім не відчуває жодних проявів захворювання. Це, звісно, добре, але несе в собі певну небезпеку. *Адже лікування ще не закінчено*, запалення в легенях триває, в організмі ще багато бактерій. Вони менш активні (деякі з них називаються «сплячими»), ніж ті, що загинули під час інтенсивної фази лікування, тому й менш уразливі до ліків. Якщо передчасно

перервати лікування, захворювання швидко повернеться, і, скоріше за все, бактерії ще й набудуть резистентності. Отже, друга фаза – *продовження лікування* – потрібна для того, щоб закріпити ефект лікування, не допустити розвитку резистентності та рецидиву. **Зазвичай підтримувальна фаза триває чотири місяці** (при резистентності – довше) і передбачає прийом тільки двох найбільш ефективних препаратів. Лікування на цьому етапі переноситься значно легше.

Що трапиться, якщо припинити лікування раніше призначеного лікарем часу?

Якщо перервати лікування, туберкульоз повернеться у більш небезпечній і несприятливій формі:

- може розвинути́ся резистентність до ліків: хвороба може виявитись невиліковною;
- погіршиться стан;
- лікування триватиме довше;
- знизиться ймовірність повного одужання.

Як розвивається резистентність до ліків?

Серед будь-яких бактерій може знайтись декілька, в яких є здатність виживати в умовах, коли решта гине під впливом антибіотика. Гинучи, «сусіди» вивільняють місце для таких стійких форм, тобто під час лікування одночасно відбувається відбір найбільш стійких бактерій, і внаслідок цього лікування стає неефективним. **Щоб уникнути цього, потрібно:**

- приймати ту комбінацію ліків, яку призначив лікар: якщо з'являться бактерії, стійкі до одного з препаратів, вони загинуть під дією інших;
- пройти весь призначений курс лікування без перерв; якщо лікування перервано, бактерії «відпочивають» від дії ліків, при цьому стійкі форми активно розмножуються.

Хворий з резистентним туберкульозом (або хворий, у якого туберкульоз викликаний штамом мікобактерії, стійким до антибактеріальних препаратів) поширює більш небезпечну хворобу, адже її важче лікувати. Деякі люди заражаються одразу резистентними формами туберкульозу, тому в них може бути виявлено стійкий до ліків туберкульоз, навіть якщо вони ніколи раніше не лікувались.

Як дізнатись, чи не поширюю я інфекцію?

Для того щоб дізнатися, чи поширюєте ви інфекцію, проводиться дослідження харкотиння. Зазвичай застосовуються різні методи цього дослідження, вони розрізняються за чутливістю, а також за часом, якого потребують. Найчастіше в Україні застосовуються:

- *Молекулярно-генетичне дослідження за допомогою апарата Gene Xpert.* Результати можна отримати за півтори години, при цьому буде встановлено не тільки те, чи виділяєте ви мікобактерії, але й чи є ризик стійких форм захворювання. Метод є досить чутливим, але призначається тільки при встановленні діагнозу і не може бути використаний для того, щоб дізнатися, чи перестав хворий бути заразним (або бактеріовиділювачем). **Цей метод застосовується для діагностики туберкульозу у ЛЖВ та правильного розподілу потоків пацієнтів.**
- *Мікроскопічне дослідження.* Цей метод є менш чутливим, але дозволяє виявити найбільш заразні форми захворювання і його результати також можна отримати в день обстеження. Мікроскопічне дослідження обов'язково застосовується при встановленні діагнозу та для того, щоб оцінити, наскільки ефективно лікування. Залежно від типу вашого захворювання, лікар може призначати цей аналіз після другого, третього, четвертого, шостого місяців лікування або один раз на місяць.
- *Дослідження культури бактерій.* Це дослідження є найбільш чутливим, воно дозволяє дослідити здатність бактерій розмножуватись, а також визначити їхню чутливість до лікування. Такий аналіз обов'язково робиться перед початком, у процесі та після завершення лікування. Але дослідження культури триває від двох тижнів до трьох місяців.

Які заходи профілактики туберкульозу серед ЛЖВ є найбільш ефективними?

Світова практика, підсумована у даних доказової медицини та рекомендаціях ВООЗ, визнає ефективність тільки одного методу профілактики – **хіміопрофілактики ізоніазидом**.

Яка ефективність хіміопрофілактики ізоніазидом?

За даними досліджень, не менш ніж 6-місячний курс профілактичного лікування ізоніазидом *знижує ризик розвитку туберкульозу на 68%*, якщо попередня туберкулінова проба була позитивною. Існують також дані про зниження ризику захворювання на 75%.

Тут важливо розуміти, що туберкулінова проба – це метод визначення так званого латентного туберкульозу, тобто стану, коли людина інфікована туберкульозом, але активного захворювання не виникло. Оскільки в Україні триває епідемія, більшість громадян інфікується туберкульозом вже у віці до 14 років. У дорослої людини туберкулінова проба з 95% ймовірністю буде позитивною, тож навіть немає сенсу проводити її для визначення потреби у хіміопрофілактиці серед ЛЖВ.

Чи не загрошують побічні ефекти хіміопрофілактики здоров'ю?

Як і всім іншим лікам, ізоніазиду притаманні побічні ефекти, насамперед – токсичний гепатит. Але ймовірність ураження печінки під час хіміопрофілактики мізерна (за найбільш песимістичними даними – до 3%); вона може дещо підвищитися, якщо людина вже страждає на захворювання печінки або вживає алкоголь. У будь-якому випадку, ризик захворювання на туберкульоз і смерті у людини, яка живе з ВІЛ і не отримує хіміопрофілактику, набагато вищий за ризик побічних ефектів від прийому ізоніазиду.

Чи може у людини, яка отримує хіміопрофілактику, розвинути резистентність до ізоніазиду?

Резистентність бактерій розвивається через селекцію: під впливом антибактеріальної терапії чутливі організми гинуть, звільняючи місце для мутованих клітин, на які цей препарат не діє завдяки випадковому дефекту обміну речовин. Але для того щоб селекція відбулася, ці мутантні організми повинні бути в організмі людини. Частота спонтанних мутацій, що призводять до нечутливості до ізоніазиду, не перевищує рівень однієї мутації на 10⁶ клітин. Тож для того щоб така клітина потрапила в організм, бактеріальна популяція повинна налічувати мільйон туберкульозних бактерій. Це можливо тільки у випадку, коли в людини дуже поширений активний туберкульоз, що трапляється вкрай рідко. Коли людина здорова, але є носієм інфекції, такого не відбувається.

Отже, щоб хіміопрофілактика не призвела до хіміорезистентності, перед її призначенням слід переконатися, що в людини немає активного туберкульозу, тобто обстежити її всіма доступними способами. Зазвичай таке обстеження включає ретельне дослідження скарг і загального стану, аналіз мокротиння та рентгенологічне дослідження (за потреби – із залученням комп'ютерної або магнітно-резонансної томографії).

ДОДАТОК П2. ІНФОРМАЦІЯ «РЕЖИМ ХВОРОГО НА ТУБЕРКУЛЬОЗ»

Зазвичай у стаціонарі хворому на туберкульоз призначають постільний режим. У більшості випадків призначають так званий **щадний режим**.

Цей режим включає:

- уникання фізичного перевантаження, стресів;
- щонайменше 8-10 годин сну;
- денний відпочинок;
- прогулянки на свіжому повітрі;
- уникання тривалого перебування на сонці, перегріву (зокрема в сауні або солярії) та переохолодження.

Якщо у хворого є робота або захоплення, які приносять задоволення та не втомлюють, туберкульоз не є перешкодою для того, щоб ними займатися. Але протипоказано втомлення, тому якщо робота навіть не пов'язана з фізичним навантаженням, але потребує тривалої ретельної уваги, розумової та емоційної напруги, її слід уникати.

Одразу після поліпшення самопочуття, після консультацій з лікарем можна починати комплекс вправ для **відновлення функцій дихання**.

Харчування

Харчування для хворого на туберкульоз – це невід'ємна частина лікувального процесу. Туберкульоз виснажує організм, сприяє переважанню процесу розпаду тканин над їх відновленням.

Хворому потрібно надавати перевагу джерелам білка, який легко засвоюється: *нежирне м'ясо, риба, молочні продукти, яйця*. До третини жиру, що вживається, має бути рослинного походження (будь-яка натуральна олія); з тваринних жирів найбільш корисні *вершкове масло, вершки, сметана*. Слід уникати синтетичних жирів, маргарину. Вуглеводи краще отримувати у вигляді *каш, картоплі, макаронних виробів*, і тільки не більше 10% має припадати на цукор, варення, цукерки чи мед (краще надати перевагу меду).

Середня добова потреба в енергії – 2500-3000 ккал. Рекомендується споживати 15-30% у вигляді білка, 25-35% – у вигляді жиру, 45-65% – вуглеводів. Дуже важливо не вживати «зайвих» жирів та вуглеводів, тому що це призводить до негативних результатів: перевантаження обміну речовин, ослаблення захисних властивостей організму, зростання алергізації.


Крім головних поживних речовин, зростає потреба в мінералах, зокрема таких, як *кальцій і калій*. Найкращі джерела кальцію – молочні продукти, особливо сир, риба; джерела калію – банани, сухофрукти, каші. Особливу увагу слід приділяти *вітамінам*: А (вершкове масло, яйця, печінка, обліпиха, морква, зелені листові овочі), В (каші, печінка, банани), С (капуста, у тому числі квашена, смородина, обліпиха, зелені листові овочі), Е (олія, обліпиха).

У разі коли від ліків страждає печінка, необхідно тимчасово обмежити споживання масла, яєчних жовтків, печінки. Регулярно запитуйте у лікаря про *стан вашої печінки та зміни в дієті*.

Якщо у хворого на туберкульоз є *інші захворювання* (наприклад, цукровий діабет, захворювання шлунка, серця), є потреба у *спеціальній дієті* за призначенням лікаря.

Як впливає тютюнопаління на перебіг захворювання?

Шкідливий вплив тютюнопаління для хворого на туберкульоз посилюється внаслідок того, що:
– куріння пригнічує місцевий імунітет дихальних шляхів; курці частіше хворіють на ГРВІ, бронхіт, навіть пневмонію. Це також погіршує ефективність лікування туберкульозу;

- 
- куріння зменшує так звану життєву ємність легень, тобто їхню здатність забезпечувати киснем інші органи; ця функція і так обмежена через ураження легень, загальний вплив інфекції на організм, обмеження фізичної активності; отже, куріння уповільнює повернення до нормального життя;
 - куріння погіршує розсмоктування запалення, посилюючи заміщення легеневої тканини рубцевою;
 - куріння погіршує апетит, а для хворого на туберкульоз вкрай необхідно нормально харчуватися.

Чому алкоголь особливо небезпечний для хворого?

- Алкоголь, як і протитуберкульозні препарати, переробляється в печінці; уражена алкоголем печінка гірше справляється з цим завданням; отже, вплив ліків на печінку посилюється, і алкоголь переробляється довше і спричинює більшу шкоду.
- Там, де алкоголь, там і брак сну, і погане харчування, і нерегулярне лікування; це смертельно небезпечно для хворого на туберкульоз.

ДОДАТОК ПЗ. ДЕЯКІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПОБІЧНИХ ЕФЕКТІВ ЛІКУВАННЯ

Лікування туберкульозу та прийом антиретровірусних препаратів, скоріше за все, викликати-муть у хворого неприємні відчуття та побічні ефекти. Але рішення про відміну препаратів приймає лікар!!!!

Далі наведено рекомендації, які допоможуть полегшити стан хворого та неприємні відчуття.

Нудота, блювота

Не приймайте ліків натщесерце, запивайте їх склянкою води або напоями, від яких не нудить (це можуть бути чай, сік, фруктовий напій, молоко, кефір, йогурт).

Намагайтесь їсти часто, дрібними порціями, лежати протягом 30-40 хвилин після прийому їжі.

Слабкість, запаморочення, головний біль

Відпочивайте якомога більше.

Вживайте продукти, які містять багато вітаміну В (каші, печінка, банани).

Біль у суглобах

Можна застосовувати знеболювальні мазі та гелі.

Біль у шлунку

Не приймайте ліків натщесерце.

Дотримуйтесь дієти, відмовтесь від гострих, смажених страв.

Їжте 5-6 разів на день.

Один із протитуберкульозних препаратів – рифампіцин – має яскраво-червоне забарвлення. Цей барвник виділяється із сечею і (значно рідше) зі слиною та сльозами. Це зовсім не шкідливо і не пов'язано з жодним негативним впливом ліків. Після завершення лікування цей ефект зникне.

Погіршення зору у пацієнтів, які приймають етамбутол

Необхідно негайно провести обстеження у лікаря!

Висип на шкірі

Необхідно звернутися до лікаря.

ДОДАТОК П4. ПАМ'ЯТКА «ЗАХОДИ ІНФЕКЦІЙНОГО КОНТРОЛЮ НА ПОБУТОВОМУ РІВНІ»

Як можна заразитися туберкульозом?

Головний шлях передачі туберкульозу – через повітря (аерогенний). *Серйозний ризик зараження туберкульозом виникає при перебуванні в закритому приміщенні одночасно з хворою на туберкульоз людиною, яка кашляє. Ризик зростає, якщо регулярно проводити з такою людиною тривалий час (зазвичай щонайменше 8 годин на день).* Після зараження тільки у 10% осіб виникає захворювання. Найчастіше туберкульоз розвивається у людей зі слабкою імунною системою (наприклад, у ВІЛ-позитивних людей або у хворих на цукровий діабет).

На жаль, рівень поширення туберкульозу в Україні такий, що кожен житель країни неодноразово перебуває в контакті з хворими: у громадському транспорті, магазинах, кафе тощо, навіть не підозрюючи про це. Слід зазначити також, що якщо людина не кашляє, вона не поширює інфекції, навіть якщо хворіє на туберкульоз.

Властивості туберкульозної палички

- Збудник туберкульозу поширюється повітряно-крапельним шляхом, тобто у вигляді крапельок, які виділяються при чханні, кашлі або під час розмови з хворим.
- Діаметр крапель, які містять інфекцію, близько 1-5 мікрон, у звичайному повітрі вони можуть бути впродовж кількох годин, у пилу – кілька місяців.
- Туберкульозні палички стійкі у зовнішньому середовищі: витримують високі температури, кип'ятіння, заморожування, вплив кислот, лужних розчинів, спирту. Але вони *гинуть на сонці та під ультрафіолетовим випромінюванням.*
- З початком протитуберкульозного лікування (через 1-2 тижні) здатність мікобактерії викликати захворювання різко знижується.
- Як правило, через 2-4 тижні після початку лікування припиняється виділення туберкульозних паличок, тобто хворий є безпечним для оточення.

Чи можна заразитися туберкульозом на відкритому повітрі?

Ні, на відкритому повітрі туберкульоз не передається. Більше того, навіть у закритому приміщенні можна зменшити ймовірність зараження, забезпечивши *регулярне провітрювання приміщення та вологе прибирання.*

Чи захищають від туберкульозу марлева або ватно-марлева пов'язка, хірургічна маска та застосування оксолінової мазі?

Ні, ці засоби не захищають здорових людей від зараження туберкульозом. Але хворий на туберкульоз повинен носити маску для того, щоб не поширювати інфекцію. Тобто *маска «працює на видих».*

Чи можна заразитися туберкульозом через їжу, предмети побуту?

Такий спосіб передачі є малоімовірним. Хоча збудник туберкульозу може певний час залишатися живим у продуктах харчування і на різних поверхнях, його концентрація недостатня для зараження. Додатковим заходом безпеки є термічна обробка продуктів харчування: в такий спосіб вбивається збудник туберкульозу та інших інфекцій, що можуть передаватись через їжу.

Чим небезпечний кашель? Що робити, якщо «закашлявся»?

Крапельки слизу, що виділяються під час кашлю, є потужним чинником передачі інфекції. Йдеться не тільки про туберкульоз, а й про вірусні інфекції, які передаються набагато легше. Тому

коли ви кашляєте, особливо в закритому приміщенні, прикривайте ніс і рот хустинкою або кашляйте в лікоть.

Якщо це можливо, краще вийти з приміщення на відкрите повітря.

Запропонуйте клієнтові інформаційний буклет щодо етикету кашлю.

Що робити, щоб не захворіти на туберкульоз?

Уникати перебування в одному приміщенні з хворими, які кашляють, раціонально харчуватися (вживати достатню кількість білкової їжі та вітамінів), загалом вести здоровий спосіб життя.

Хто є найбільш уразливим до туберкульозу?

Туберкульоз є особливо небезпечним для таких категорій людей:

- діти віком до п'яти років, підлітки, особи похилого віку, вагітні жінки;
- люди, які живуть з ВІЛ;
- хворі на цукровий діабет;
- хворі, які отримують лікування, що пригнічує імунітет;
- хворі на злоякісні новоутворення.

Коли слід запідозрити туберкульоз?

Симптоми, що можуть свідчити про наявність туберкульозу, такі:

- кашель, що триває понад два тижні;
- незначне підвищення температури тіла;
- втрата ваги;
- пітливість уночі;
- слабкість і втома.

За наявності цих симптомів необхідно звернутися для лікаря для проходження обстеження та встановлення діагнозу.

Які органи вражає туберкульоз, крім легень? Як відбувається зараження таким туберкульозом? Чи поширює інфекцію хворий на нелегневий туберкульоз?

Вважається, що туберкульоз може вражати будь-який орган, окрім нігтів та волосся. Ураження інших органів, крім легень, трапляється досить рідко. Проте в будь-якому випадку зараження відбувається через органи дихання. Звідти разом з плином крові мікобактерії можуть потрапляти до інших органів.

Частіше вражаються ті органи, які вже страждають від інших захворювань (наприклад, запалення). Це так званий *позалегневий туберкульоз*. Хворі на будь-які форми позалегневого туберкульозу **ІНФЕКЦІЮ НЕ ПОШИРЮЮТЬ**, тобто вживати додаткових заходів, щоб захистити свою родину, вам не потрібно. Але їм рекомендується в будь-якому разі пройти профілактичне обстеження.

Як не заразити туберкульозом оточення: поради для клієнта

Якщо у вас виявили туберкульоз, насамперед необхідно обстежити ваших близьких. Туберкульоз – заразне захворювання, яке передається найлегшим – повітряно-крапельним – шляхом. Усі, з ким ви проводите щодня тривалий час, перебувають у зоні ризику. Цілковито можливо, що ви або заразились від когось у родині, хто не підозрює про своє захворювання, або самі встигли заразити когось. Тому всі дорослі, які мешкають разом з вами, повинні пройти рентгенологічне обстеження грудної клітки (флюорографію), а діти – туберкулінову пробу (реакцію Манту). Підліткам від 15 до 18 років, швидше за все, доведеться пройти обидва обстеження.

Якщо ви виділяєте бактерії туберкульозу (лікарі називають їх мікобактеріями) і у вашому оточенні є особливо уразливі люди, краще за все розпочати лікування у стаціонарі. При ефективному лікуванні вже через два-три тижні кількість мікобактерій у повітрі, яке ви видихаєте, значно зменшиться, а ще невдовзі вони зникнуть зовсім.

Найбільш небезпечним з точки зору поширення захворювання є кашель. Людина, яка кашляє, виділяє в повітря десятки тисяч найдрібніших часточок слизу, які містять бактерії. Ці часточки проникають глибоко в дихальні шляхи здорових людей. За рівнем небезпеки для оточення кашель дорівнює п'яти хвилинам голосної розмови. Отже, якщо у вас почався кашель, дотримуйтеся так званого етикету кашлю (запропонуйте клієнтові буклет на цю тему).

Удома намагайтеся відчиняти вікна якомога частіше, а влітку тримайте їх відчиненими увесь час, адже свіже повітря – це найбільш ефективний метод запобігання поширенню інфекції. Завдяки руху повітря концентрація інфекції у приміщенні значно зменшується. За можливості упродовж дня, а краще за все постійно, вам потрібно перебувати в окремому приміщенні.

Також пам'ятайте про такі правила:

- Не спльовуйте мокротиння на підлогу, в раковину, на землю (на вулиці) – скористайтесь паперовою серветкою.
- Спілкуючись із людьми у приміщенні, надягайте маску.
- Щодня змінюйте маску на чисту.
- Не користуйтеся чужими масками.
- На відкритому повітрі можна перебувати без маски.
- Якомога частіше провітрюйте приміщення.
- Тримайте двері у свою кімнату зачиненими.

ДОДАТОК П5. ІНФОРМАЦІЯ «МІФИ І ФАКТИ ПРО ТУБЕРКУЛЬОЗ»

Далі наведено інформацію з різних джерел про різні міфи щодо туберкульозу.

□ Міфи про потенційних хворих

«На туберкульоз хворіють тільки бідні або малозабезпечені люди»

Твердження про, що багаті, благополучні, задоволені собою люди, які добре харчуються, не хворіють на туберкульоз, – міф. Свідчення цього – численні випадки захворювань в елітних столичних колах, а також довгий список знаменитостей, які в різні часи хворіли на туберкульоз. Паличка Коха не розрізняє соціального статусу і з однаковою ефективністю заражає бідних і багатих. Високий темп життя, інформаційний пресинг, постійний брак часу, а отже, неорганізоване і незбалансоване харчування – це всі стресові моменти, які ведуть до зниження захисних сил організму і сприяють розвитку хвороби. Разом з тим, туберкульоз – безумовно, соціальна хвороба. Туберкульоз – хвороба, яка прямо залежить від способу життя населення, якості харчування. Складна економічна ситуація, яка поки ще існує в нашій країні, велика кількість людей, які не можуть повноцінно харчуватися, стреси, соціальна невлаштованість – усе це істотно підвищує ризик зараження і розвитку туберкульозу.

«На туберкульоз хворіють тільки безхатченки, мене це не торкнеться»

На жаль, від хвороби ніхто не застрахований, хоча б тому, що безхатченко може переночувати і покашляти на лавочці, на яку сяде молода мама з коляскою; з хворим можна зустрітися в метро. Насправді причин для ослаблення імунітету і захворювання дуже багато.

«Зворотний бік медалі – страх перед хворими»

Не всі форми туберкульозу заразні, і по-справжньому можна заразитися тільки при безпосередньому контакті з пацієнтом або з великою кількістю його мокротиння (як у випадку з безхатченками на лавочці). Заразитися через посуд, рушники, побутові предмети неможливо.

«Мені соромно навіть подумати, що в мене туберкульоз, адже я почуваюся цілком нормально»

Сьогодні вже не соромно. Дуже часто сьогодні людям ніколи звертати увагу і замислюватися про причини втоми або просто нездужання, і коли виявляється хвороба, то зазвичай це вже форма туберкульозу, яка «далеко зайшла» у своєму розвитку. Чим раніше ви у себе виявите причини нездужання, тим більше шансів повернути здоров'я.

За якими ознаками можна запідозрити туберкульоз?

- Це різка втрата у вазі (5-10 і більше кг), слабкість, розбитість, пітливість, особливо вночі, зниження працездатності, зниження апетиту.
- На підвищення температури тіла хворий може і не звернути увагу, тому що при туберкульозі вона не буває високою, зазвичай 37-37,5 °C і частіше підвищується надвечір.
- Біль у грудній клітці й кашель не завжди супроводжують початок захворювання, але при подальшому розвитку туберкульозного процесу в легенях ці прояви можуть почати непокоїти хворого.

Усі наведені симптоми можуть бути викликані й іншими захворюваннями, але при збереженні будь-якого з них протягом трьох тижнів і більше необхідно подумати про туберкульоз і провести спеціальне обстеження. Як відомо, хворобі легше запобігти, ніж її лікувати.

«На туберкульоз хворіють лише «маргінали» – люди, які ведуть асоціальний спосіб життя, алкоголіки, наркомани, – або люди, що живуть у бідності»

Туберкульозній паличці все одно, хто перед нею: успішний бізнесмен, знаменитість, цілком пересічний громадянин чи злидар. Приблизно третина людства інфікована мікобактерією туберкульозу. Але це не означає, що всі інфіковані обов'язково захворіють. Для того щоб захворювання розвинулося, потрібен поштовх – ослаблення імунітету, до якого призводять стреси, нерегулярне і незбалансоване харчування, часті застуди, слабка фізична підготовка. Так, більше шансів захворіти в того, хто живе в поганих умовах, погано харчується, оскільки це негативно позначається на імунітеті. Але багатство саме по собі не є гарантією від туберкульозу, втім, як і від інших захворювань. Якби це було так, то від туберкульозу не померли б Вів'єн Лі, Елеонора Рузвельт, багато інших досить відомих і заможних людей (наприклад, у 2009 році від туберкульозу помер український письменник Павло Загребельний, Герой України, лауреат Державної премії СРСР, автор знаменитої «Роксолани»).

«В'язні та безхатченки – розсадник туберкульозу»

У більшості країн пострадянського простору захворюваність на туберкульоз тюремного населення вища, ніж цивільного населення. Але це далеко не завжди туберкульоз, набутий у стінах виправних установ. Насамперед, більшість хворих серед ув'язнених виявляють майже відразу при надходженні до слідчого ізолятора, що дозволяє стверджувати, що це туберкульоз, принесений з волі. У пенітенціарних установах зазвичай вживаються заходи з ізолювання хворих на туберкульоз, щоб уникнути поширення хвороби. У багатьох країнах у тюрмах працюють спеціальні проекти щодо посилення контролю над туберкульозом, завдяки яким упорядковують тюремні лікарні, хворі на туберкульоз ув'язнені отримують додаткове харчування тощо. Лікувати хворих на туберкульоз з числа ув'язнених легше, ніж тих із них, хто перебуває на волі. Вихід на свободу осіб, які не завершили курсу лікування туберкульозу, не може мати істотного впливу на епідемічну ситуацію з туберкульозу хоча б тому, що між медичними службами налагоджено контакти, які дозволяють не випускати з уваги хворих на туберкульоз осіб, котрі звільнилися.

□ Міфи про шляхи зараження

«На туберкульоз можна заразитися тільки від хворої людини, яка виділяє паличку туберкульозу, при безпосередньому контакті з цією людиною»

Так, справді, здорова людина, як правило, заражається від хворого і частіше – повітряно-крапельним шляхом. Але заразитися можна і від хворої тварини (при догляді за твариною або при споживанні від хворих тварин м'яса, молока, сметани, масла, сиру, кисломолочних продуктів). Хворі на туберкульоз тварини виділяють мікобактерії з харкотинням, слиною, фекаліями, сечею, заражаючи пасовища. Заразитися можна де завгодно: в магазині, у громадському транспорті, в гостях. Розносити туберкульоз можуть мухи і таргани. Зараження можливе при поцілунку, докурюванні чужої сигарети або через книгу.

Збудника цієї небезпечної хвороби – мікобактерію туберкульозу – відкрив у 1882 році німецький вчений Роберт Кох. Відтоді вона має назву «паличка Коха». Мікобактерії туберкульозу вкрай стійкі до холоду, тепла, вологи та світла. У вуличному пилу палички Коха зберігаються протягом трьох місяців, стільки ж вони можуть залишатися живими на сторінках книг. У воді мікобактерії туберкульозу зберігаються протягом 150 днів, а в молоці і молочних продуктах – 8-10 місяців, у річковій воді живуть до 5 місяців, у ґрунті – 1-2 місяці, у фекаліях і на пасовищах – понад рік. При температурі -23 градуси палички Коха зберігають життєздатність упродовж... семи років. Але прямі сонячні промені вбивають їх протягом 2-6 годин, і при нагріванні до температури вище +85 градусів мікобактерії гинуть через півгодини. Паличка Коха гине при впливі на неї хлорвмісних речовин.

«Якщо в організм потрапила туберкульозна паличка, то людина обов'язково захворіє на туберкульоз»

Не кожен, хто отримав паличку Коха, негайно занедужує. Зі ста осіб, заражених туберкульозною паличкою, захворіє лише п'ять, інші спокійно співіснують з нею, їхня імунна система протягом тривалого часу тримає туберкульозну паличку під контролем. Медики їх називають «інфіковані туберкульозом». Але у випадку ослаблення захисних сил організму паличка Коха, яка досі дрімала, може почати розмножуватися і викликати хворобу. Це як міна уповільненої дії. Що ж сприяє «вибуху» цієї «міни»?

- Якість харчування. Існують вагомі докази того, що голодування або недостатнє, незбалансоване харчування знижують опірність організму. Адже підвищене споживання в їжу білків (м'яса, молока, сиру, яєць), тваринних жирів (вершкового масла) та вітамінів в усі часи було одним з основних методів лікування туберкульозу.
- Куріння тютюну і вживання великої кількості алкоголю, а також продуктів, що містять консерванти, харчові барвники, стабілізатори, значно знижують захисні сили організму.
- Інші захворювання. Туберкульоз також вражає ВІЛ-інфікованих, хворих на діабет, лейкоз.
- Стрес. Доведено, що стрес і депресія негативно впливають на стан імунної системи. А ми всі зараз перебуваємо в стані хронічного стресу.

«Достатньо проїхати в громадському транспорті поруч із хворим на туберкульоз, щоб заразитися і захворіти»

Туберкульозна паличка погано переносить сонячне світло, свіже повітря і протяги. Для інфікування необхідні три умови: тривале перебування в одному приміщенні з хворим на туберкульоз, який виділяє мікобактерію туберкульозу, висока концентрація мікобактерій у повітрі та ослаблений імунітет людини. У громадському транспорті немає ні першого, ні другого. Через постійне відчинення дверей повітря тут не застоюється, умови для «життя» мікобактерії погані. Пасажири проводять у транспорті нетривалий час. Проте щоб уникнути інфікування будь-якими бактеріями та вірусами, що передаються повітряно-крапельним шляхом, необхідно знати і дотримуватися нескладних правил, які називають гігієною (або етикетом) кашлю:

- не кашляти на когось;
- не дозволяти, щоб хтось кашляв на вас;
- не дозволяти, щоб хтось кашляв на інших;
- якщо все ж стався напад кашлю, то відвернутися вбік від оточуючих, трохи нахилити голову, прикрити рот і ніс хустинкою, зовнішнім боком руки або зігнутою в лікті рукою;
- не перебувати довго в приміщенні, в якому хтось кашляє;
- якомога частіше провітрювати приміщення, якщо в ньому хтось кашляє.

□ Міфи про діагностику

«Україна постраждала від аварії на Чорнобильській АЕС, і рентген-обстеження шкідливе для жителів України, його потрібно проводити тільки у виняткових випадках, тому що це несе додаткове променеве навантаження»

Якщо говорити про профілактику туберкульозу, то для цього грізного захворювання «виняткових» випадків не буває. А якщо «він» настає, то, як правило, це вже далеко запущений, поширений, «квітучий» туберкульоз. Тому для своєчасного виявлення туберкульозу необхідно хоча б раз на два роки, а ще краще – щороку – проводити флюорографічне обстеження легень. Одне-два рентгенівські обстеження впродовж року абсолютно безпечні для здоров'я людини, навіть для того, хто безпосередньо постраждав від аварії на ЧАЕС. Адже, як ми вже говорили, туберкульоз може протікати без явних клінічних симптомів, і його початкові стадії можна виявити лише при своєчасному рентгенологічному обстеженні.

Віраж – як багато в цьому слові!

Чомусь його дуже люблять наші фтизіатри, називаючи віражем усе, що завгодно, але віраж – це коли негативна проба стає позитивною. Тобто не було нічого, і раптом стало 5 мм і більше. Все, що було позитивним,росло в динаміці і так далі, може бути приводом для консультації і навіть профлікування, але віражем не є.

«У мене все життя була велика Манту, і я не захворіла» (з інтернет-форумів)

Вітаємо! Але ризик захворіти, по-перше, знижується з віком, по-друге, особистий досвід не є доказом: є люди, які все життя працюють з хворими і не хворіють, а деякі хворіють, проїхавши з пацієнтом у маршрутці.

«Проба Манту неточна і неінформативна»

А ось це вже не зовсім міф, тому що з'явився точніший метод перевіркою діагностики – Діаскінтест, який, скоріше за все, в найближчі роки замінить пробу Манту, тому що дає достовірніші результати.

«Для успішної боротьби з туберкульозом потрібно повернути масові флюорографічні обстеження населення»

Флюорографія є не методом лікування туберкульозу, а лише одним з методів обстеження, який дозволяє припустити наявність туберкульозу або інших захворювань легень. Це досить витратний метод і в той же час не настільки ефективний, як здається. Обстежити потрібно всіх, а захворювання виявиться у кількох тисяч. Отже, вартість виявлення кожного такого хворого становитиме тисячі доларів. До того ж флюорографію роблять раз на рік, а туберкульоз може розвинутися невдовзі після того, як людина пройшла флюорографічне обстеження, яке показало, що вона здорова. Це означає, що вона може не звернути уваги на появу симптомів, вважаючи, що недавно пройшла обстеження і в неї нічого не було виявлено. Це призведе до пізнього звернення до лікаря і зволікання з початком лікування. Не можна забувати і сумнозвісний «людський фактор». Флюорографія не такий наочний метод дослідження, як рентгенографія, і помилки при «читанні» флюорограм, на жаль, трапляються досить часто. Флюорографічне обстеження бажано проводити більш «прицільно» – у групах підвищеного ризику захворювання на туберкульоз. Крім того, виявлення туберкульозу методом мікроскопії мокротиння не означає, що радіографічні методи дослідження зовсім виключаються. При підозрі на туберкульоз пацієнта обов'язково направлять на рентгеноскопію грудної клітки. І, нарешті, ніхто не забороняє громадянам, які дбають про своє здоров'я, самостійно пройти флюорографію, не чекаючи добровільно-примусового масового обстеження.

□ Міфи про хворобу

«Туберкульоз вражає тільки легені у людини»

Туберкульоз вражає всі органи і тканини людини: очі, кістки, шкіру, сечостатеву систему, кишечник, головний мозок і т. д. Але найчастіше трапляється туберкульоз легень. Тому залежно від місця ураження, мікобактерії можуть виділятися в зовнішнє середовище від хворого на туберкульоз із харкотинням (при туберкульозі органів дихання), калом (при туберкульозі шлунково-кишкового тракту), сечею або спермою (при туберкульозі сечостатевої системи), з молоком при годуванні дітей і тварин (при туберкульозі молочної залози), з менструальними виділеннями (при туберкульозі жіночих статевих органів), зі сльозами (при туберкульозі очей), з виразок, свищів (при туберкульозі шкіри, лімфатичних вузлів або кісток зі свищами) тощо.

□ Міфи про лікування

«Давно минули ті часи, коли хвороба, яку раніше називали «сухоти», була невиліковною, а сьогодні туберкульоз добре лікується»

Ви глибоко помиляєтеся: туберкульоз не переможено досі. На жаль, він серед нас. Цієї миті, коли ви читаєте цю статтю, десь на землі від туберкульозу помирає одна людина. Причому зараз, коли з'явилися різні ефективні лікарські препарати, туберкульоз повернувся до людей у своїй новій формі, стійкій до більшості ліків. Адаже раніше, коли не було створено протитуберкульозних препаратів, сухоти лікували посиленням харчуванням та кліматом (це Південний берег Криму). Вживали тільки ті, в кого захисні сили організму змогли «мобілізувати» себе і справитися з туберкульозною інфекцією.

У лікуванні туберкульозу найголовніше – чітке дотримання всіх рекомендацій лікаря. Неправильне лікування (нерегулярний прийом препаратів, прийом не всіх призначених лікарем ліків, раннє припинення лікування) завдає більше шкоди, ніж користі, тому що воно перетворює легковиліковну форму хвороби на важковиліковний лікарсько-стійкий туберкульоз. І тоді вже вилікувати туберкульоз – довга, болісна, дорога і не завжди успішна процедура. І якщо такий хворий заразить когось своїми лікарсько-стійкими паличками туберкульозу, то шанси на одужання у цієї людини теж невеликі. Сьогодні для лікарів-фтизіатрів це проблема! Правильне лікування звичайного (чутливого) туберкульозу майже завжди закінчується повним одужанням. На жаль, сьогодні лише 65% хворих виліковуються від лікарсько-стійкого туберкульозу.

«Схема лікування повинна бути індивідуальною!!! Всі люди різні!!!»

Тільки в тому випадку, якщо ми **точно** знаємо чутливість, можна **точно** призначити індивідуальні схеми. Все решта – «мічурінські» дослідження з виведення стійкого туберкульозу. А в нього вже зовсім інші перспективи.

«Туберкульоз можна залікувати, але не вилікувати»

Ця думка, цілком ймовірно, пов'язана з тим, що довгий час ліків від туберкульозу не існувало. Хворобу лікували свіжим повітрям і посиленням харчуванням. Тому смертність від туберкульозу тривалий час була дуже високою. Поява перших лікарських препаратів проти туберкульозу зробила революцію в лікуванні захворювання. Сучасна медицина досягає повного вилікування у 70-80% випадків. Туберкульоз – це не вирок, а одне з серйозних захворювань, яке піддається лікуванню. Успіх лікування багато в чому залежить від самого пацієнта. Якщо він звертається по медичну допомогу при перших тривожних симптомах, не перериває лікування, дотримується всіх приписів лікаря, то його шанси на повне одужання дуже високі.

«Лікування туберкульозу триває роками»

Тривалість лікування «класичного» туберкульозу – 6-8 місяців. При цьому, згідно з чинним зараз протоколом лікування (стратегією DOTS), хворий не повинен весь цей час перебувати в лікувальному закладі. У лікарні він перебуває до моменту припинення виділення мікобактерії туберкульозу. Щойно це стається, він не становить небезпеки для оточення і може продовжувати лікування в амбулаторних умовах, тобто перебуваючи вдома. Щоб забезпечити проходження пацієнтом повного курсу лікування, прийом ліків проходить під безпосереднім наглядом медичного персоналу.

Успіх лікування також багато в чому залежить від своєчасного виявлення захворювання. Чим раніше виявлено туберкульоз і розпочато лікування, тим більше шансів на повне одужання.

.....

«Безкоштовні ліки, якими лікують у туберкульозних лікарнях, – найдешевші, зроблені в країнах «третього» світу і неефективні. Є сильні дорогі ліки, які звичайним пацієнтам не дають»

В основі цього міфу лежить, напевно, поширене у всьому світі переконання про те, що «лікуватися безкоштовно – марно лікуватися», а також віковична надія людства на «чарівну» таблетку, прийнявши яку, можна моментальновилікуватися від будь-якого захворювання. Дійсність далека від цього.

На жаль, справді, набір основних протитуберкульозних ліків, так званих ліків 1-ї лінії, невеликий і дуже давно не поповнювався. Перший із цих препаратів – стрептоміцин – з'явився в 1945 (за іншими джерелами – в 1943) році. Останній – рифампіцин – у 1965 році. Однак саме ці препарати в різних комбінаціях найбільш ефективні при лікуванні «класичного» туберкульозу. Більшість антибіотиків, що з'явилися в останні роки, належать до так званих резервних препаратів (або препаратів 2-ї й наступних ліній) для лікування туберкульозу. Вони високотоксичні, і тому їх не можна використовувати довго. Вони впливають не на всі штами мікобактерій і коштують дуже дорого. Тому їх використовують тільки тоді, коли можливості застосування препаратів 1-ї лінії вичерпано. При цьому їх застосування далеко не завжди приводить до успіху лікування. Починати лікування відразу ж цими препаратами немає сенсу.

Протитуберкульозні ліки 1-ї лінії, котрі закупають або отримують країни як міжнародну допомогу, виробляються невеликою групою фармацевтичних компаній, сертифікованих Всесвітньою організацією охорони здоров'я, що гарантує їхню якість.

«Туберкульоз можнавилікувати народними засобами»

В основі цього міфу, можливо, лежить історична пам'ять про той час, коли протитуберкульозних ліків ще не було і лікування туберкульозу зводилося до ізоляції хворих у санаторіях, де вони довго перебували у спокої на свіжому повітрі і посилено харчувалися. Ніхто не заперечує позитивного впливу свіжого повітря і правильного збалансованого харчування на процес лікування туберкульозу. Проте знищити мікобактерію туберкульозу таким чином неможливо. Тому, відкладаючи початок хіміотерапії або уникаючи її, хворий на туберкульоз завдає непоправної шкоди собі та загрожує здоров'ю оточення.

Іноді можна почути розповіді про чудесне зцілення від туберкульозу за допомогою собачого м'яса (!) або борсукового (ведмежого) жиру. Міф про цілющі властивості собачого м'яса дуже поширений серед ув'язнених та безхатченків і, швидше за все, пов'язаний з тим, що вони чули, що при туберкульозі рекомендується включати в раціон велику кількість білків тваринного походження, тобто м'яса. Не маючи можливості купувати повноцінні м'ясні продукти, вони вдавалися до таких варварських способів поповнення раціону. Міф про лікувальний вплив борсукового жиру на туберкульоз також, імовірно, пов'язаний з інформацією про необхідність включати в раціон хворого на туберкульоз достатню кількість тваринних жирів.

Слід пам'ятати, що деякі народні засоби можуть служити підмогою в хіміотерапії туберкульозу, але не більше того.

«Краще не лікуватися і прожити скільки дано, ніж лікуватися і руйнувати організм протитуберкульозними препаратами»

Найчастіше це можна почути або від хворих людей, які втратили всякий інтерес до життя, втомилися від тривалого лікування, озлобилися на весь світ, або від тих, хто прагне отримати вигоду зі своєї хвороби (наприклад, поліпшити свої житлові умови там, де хворим ще надаються такі пільги). Так, за великим рахунком рішення про те, лікуватися чи ні, приймає сам пацієнт, але в ситуації з туберкульозом мова йде про небезпечне інфекційне захворювання, яке реально загрожує іншим членам суспільства. Тому необхідно докласти всіх зусиль для того, щоб переконати пацієнтів у необхідності проходження курсу лікування, використовувати всі наявні для цього важелі впливу – від заходів заохочення до заходів примусу, хоча останні вкрай неефективні.

«Не існує дієвої вакцини від туберкульозу, тому вакцинація дітей БЦЖ безглузда і навіть шкідлива»

Вакцинація БЦЖ дозволяє зменшити ризик захворювання на туберкульоз і найголовніше – не допустити розвитку важких форм туберкульозу. Вакцинацію БЦЖ справді не проводять у низці країн з низьким рівнем інфікування туберкульозом або проводять тільки дітям з груп ризику. Але в країнах Східної Європи рівень інфікованості населення не дозволяє відмовитися від вакцинації дітей. Тому батьки, які відмовляються від вакцинації БЦЖ, наражають дітей на серйозну небезпеку.

❑ Міфи про побічні ефекти

«Протитуберкульозні препарати «садять» печінку». Або ще краще: «Я не хочу труїти дитину»

Правда в тому, що при прийомі ліків не дуже хорошої якості може розвинути лікарський гепатит. Саме з метою контролю функції печінки потрібно раз на місяць здавати кров на трансамінази. Лікарські гепатити лікуються дуже добре і загалом трапляються приблизно у 5% хворих, далеко не завжди вимагають навіть скасування ліків.

«Треба разом з протитуберкульозними препаратами приймати гепатопротектори»

Так, але тільки якщо є проблеми з печінкою.

«Треба починати приймати препарати по одному: раптом будуть побічні дії і не буде зрозуміло, на що саме?»

А ось і ні! Раптом їх не буде? А вже якщо буде, то тоді вже все скасуємо і подивимося, хто, так би мовити, винен.

❑ Міфи про дієту

«Треба їсти більше жирної їжі, а ще краще – собачий, борсуковий або ще якийсь жир»

Немає жодних доказів того, що їжа, багата на тугоплавкі жири, корисна для організму. Це фактор ризику атеросклерозу, хвороб жовчного міхура та підшлункової залози. Тому жодні обмеження в харчуванні та інші жири не потрібні. Їжте за смаком нормальну їжу.

Правда в тому, що якщо проданий жир справді належить борсукам або собакам, то можна ненароком завести собі ще й глистів.

❑ Міфи про життя з туберкульозом та після нього

«Тим, хто перехворів на туберкульоз, не можна засмагати»

Немає жодних даних про те, що сонце може спровокувати рецидив.

Правда в тому, що не можна засмагати тим, хто приймає фторхінолони (офлоксацин, левофлоксацин, пефлоксацин): може статися опік шкіри.

«Тим, хто перехворів на туберкульоз, не можна піднімати важке»

Зрозуміло, якщо вас недавно прооперували, то розумне обмеження фізичної активності потрібне. Якщо у вас великі залишкові зміни і задишка – теж. Решта – живіть звичайним життям. Все вже добре!

.....

«Туберкульоз можна буде взяти під контроль тільки тоді, коли зміниться соціально-економічна ситуація в країні, зростуть доходи громадян, всім буде надано комфортабельне житло»

Міф, який існує серед тих, хто вважає, що «раніше туберкульозу не було» і що в багатьох країнах туберкульозу немає. Безперечно, погані соціально-економічні умови позначаються на здоров'ї людей. Будь-яка хвороба, не лише туберкульоз, швидше за все «знайде» людину, яка живе в поганих умовах, недоїдає, ослаблена непосильною працею. Але спалахи туберкульозу траплялися і трапляються навіть у багатих країнах. Достатньо згадати епідемію туберкульозу в одному з найбагатших міст планети – Нью-Йорку – наприкінці 80-х років минулого століття. У спеціалізованих медичних журналах можна знайти чимало статей, у яких описано спалахи захворювання у престижних навчальних закладах країн, які ми відносимо до економічно розвинених. Для того щоб зупинити виділення мікобактерії туберкульозу, яка є причиною зараження здорових людей хворими, не слід чекати реалізації програми боротьби з бідністю, підвищення ВВП на скількись відсотків або у скількись разів, надання безкоштовного житла всім, хто його потребує, та підвищення середньої заробітної плати до еної кількості доларів. Потрібно тільки виявити цього хворого і допомогти, щоб він пройшов повний курс лікування. А ось у цьому якраз державі можуть допомогти всі громадяни, якщо вони не будуть байдужі до того, що відбувається навколо, з тими, хто їх оточує. Запитаймо себе і свою аудиторію: хто порадив колезі, сусідові, родичеві з тривалим кашлем, незрозумілою слабкістю звернутися по консультацію до фахівця? Поміркуймо, а чи все ми робимо, щоб навіть у важких умовах подбати про своє здоров'я і здоров'я оточення? Один з найбільш простих і надійних способів уберегти людей навколо від будь-яких інфекцій, що передаються повітряно-крапельним шляхом, – прикривати рот і ніс при кашлі та чханні носовичком, не плювати на підлогу, на тротуар, на землю. Ви часто бачите це на вулицях нашого міста, в громадському транспорті? Куріння – один з найсерйозніших чинників ризику для виникнення будь-яких легеневих захворювань. Куріння не допоможе бідному стати багатшим. Чому навіть ті скромні гроші, які можна витратити на пакет молока, склянку соку, хлібину, тисячі наших малозабезпечених співгромадян витрачають на те, що не приносить ніякої користі здоров'ю? Тож не чекаймо манни небесної і не сподіваймося на економічне диво, а намагаймося змінити свідомість – свою, своїх близьких, знайомих і незнайомих нам людей. Варто припинити лякати одне одного та усвідомити просту істину: «Туберкульоз можнавилікувати! Потрібно тільки лікувати і лікуватися!»



ТУБЕРКУЛЬОЗ ВИЛІКОВНИЙ

**Соціальний супровід ЛЖВ,
які отримують лікування
протитуберкульозними препаратами**

Посібник із впровадження втручання

Підписано до друку 04.10.2017. Формат 60×84 1/8
Друк офсетний. Папір офсетний. Гарнітура Georgia.
Обл. вид. арк. 12,00. Умов. друк. арк. 11,16.
Тираж 1000 прим. Замовлення № 041017.

ТОВ «Поліграф плюс»
03062, м. Київ, вул. Туполева, 8.
Тел./факс: (044) 466-14-42
e-mail: office@poligraph-plus.kiev.ua
www.poligraph-plus.kiev.ua

Свідоцтво про внесення до Державного реєстру суб'єктів видавничої справи
№ 5041 (серія ДК) від 26.01.2016 р.

