

ПОІНФОРМОВАНІСТЬ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ ЩОДО ЇХ ЗАХВОРЮВАННЯ

Новожилова І. О., Матусевич В. Г., Тарасенко О. Р., Приходько А. М.

*ДУ “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН
України”, м. Київ, Україна*

Анотація. Визначено рівень знань хворих на туберкульоз легень щодо їх хвороби за допомогою анонімного опитування. Встановлено, що чимало хворих не ознайомлені з надзвичайно важливою та необхідною для їх лікування інформацією, незнання якої може опосередковано негативно вплинути на його результати. Оскільки обізнаність хворих на туберкульоз щодо їх захворювання є важливим чинником формування прихильності до лікування, робота зі створення відповідного інформаційного середовища повинна проводитися на всіх етапах надання їм медичної допомоги.

Ключові слова: *туберкульоз легень, хворі, захворювання, поінформованість, опитування.*

Вступ. Ефективність хіміотерапії туберкульозу (ТБ) певною мірою залежить від психологічного настрою пацієнта, його усвідомлення необхідності тривалого безперервного прийому антимікобактеріальних препаратів (АМБП). У захворілого на ТБ мусить сформуватися адекватне ставлення до своєї хвороби, з'явитися бажання активно і свідомо брати участь у лікуванні, що можливе лише за умови правильного та повного інформування пацієнта щодо його хвороби.

Хворий повинен мати вірне уявлення про шляхи поширення туберкульозної інфекції, розуміти важливість дотримання особистої гігієни, знати методи лікування ТБ і можливі його результати, а також свої права, обов'язки, умови отримання соціальної допомоги та інше [1, 2, 3, 4, 5].

Інформаційне середовище хворих на ТБ посідає важливе місце серед чинників, які формують їх прихильність до лікування, проте традиційна система його формування не забезпечує необхідного для адекватного лікування рівня знань, що може розглядатися як предиктор низької прихильності до терапії. Існує поняття “активного” та “пасивного” поширення інформаційного середовища хворих на ТБ із перевагою першого у пацієнтів із високою, а другого у пацієнтів із низькою прихильністю до лікування [6].

Оскільки обізнаність хворих на ТБ щодо їх захворювання є важливим чинником формування прихильності до лікування, **метою дослідження** було визначення рівня знань хворих на туберкульоз легень (ТБЛ) щодо їх хвороби.

Матеріали та методи досліджень. 259 осіб, які лікувалися з приводу ТБЛ, були анонімно опитані за спеціальною анкетною, що містила 16 запитань. 150 респондентів лікувалися стаціонарно (53 – нові випадки (НВ), 16 – повторне лікуванням (ПЛ), 81 – мультирезистентний ТБ (МЛС-ТБ) та 109 – амбулаторно (55 – НВ, 17 – ПЛ, 37 – МЛС-ТБ). Отримані відповіді зіставлялися за категорією випадку, місцем лікування та статистично опрацьовувалися.

Результати та їх обговорення. Аналіз даних опитування хворих на ТБЛ, свідчить, що більшість вважає ТБ виліковним – 62,7 % стаціонарних (84,9 % з НВ ($P < 0,05$), 25,0 % з ПЛ та 55,6 % з МЛС-ТБ) та 83,5 % амбулаторних хворих (89,1; 82,4; 75,7 %); $P < 0,05$. Встановлено, що стаціонарні хворі з НВ частіше розглядають ТБ, як виліковну хворобу, а багато хворих з ПЛ, МЛС-ТБ не вірять у можливість вилікування. Переважна більшість хворих зазначили вірні шляхи передачі ТБЛ: повітряний – 96,0–100,0 % ($P < 0,05$) та через спільне користування предметами вжитку – 17,7–64,7 %, лише 3,6–8,1 % вважали, що ТБЛ передається статевим шляхом, 3,6–9,8 % – через кров.

Більшість респондентів зазначили строк свого лікування – 91,3 % стаціонарних та 81,7 % амбулаторних хворих ($P < 0,05$), але вірною інформацією щодо строків свого лікування володіли відповідно лише 30,2 та 52,8 % хворих з НВ, 43,8 та 41,2 % з ПЛ, 69,1 та 73,0 % з МЛС-ТБ ($P < 0,05$). Отже, не знають терміну свого лікування 2/3 стаціонарних та біля 1/2 амбулаторно хворих з НВ, більше 1/2 усіх хворих з ПЛ, біля 1/3 усіх хворих з МЛС-ТБ.

Стандартні строки лікування чутливого до ліків ТБ серед стаціонарних хворих зазначили вірно 46,0 % (6–8 місяців) та 21,3 % (8–12 місяців) проти 12,0 % (1–3 місяці), 7,3 % (12–14 місяців) та 12,0 % (до зникнення симптомів захворювання), у т. ч. з НВ – 53,9; 3,9 % проти 26,9; 0,0; 17,3 %; з ПЛ – 43,8; 37,5 % проти 6,3; 6,3; 0,0 %; з МЛС-ТБ – 42,5; 30,0 % проти 3,8; 12,5; 11,3 %; серед амбулаторних – 57,8; 16,5 % проти 13,8; 2,8; 11,0 %, у т. ч. з НВ – 71,1; 1,9 % проти 21,2; 0,0; 9,6 %; з ПЛ – 37,6; 43,8 % проти 12,5; 6,3; 12,5 %; з МЛС-ТБ – 57,1; 28,6 % проти 5,7; 5,7; 14,3 %. Отже, багато хворих з НВ, набагато менше з ПЛ та МЛС-ТБ не знають стандартні строки лікування чутливого до ліків ТБ.

Стандартні строки лікування стійкого до ліків ТБ серед стаціонарних хворих зазначили вірно 22,7 % (18–20 місяців) та 28,0 % (20–24 місяців) проти 7,3 % (12–14 місяців) та 6,7 % (14–18 місяців), у т. ч. з НВ – 27,3; 22,7 % проти 22,7; 18,2 %, з ПЛ – 25,0; 50,0 % проти 0,0; 12,5 %, з МЛС-ТБ – 41,9; 53,2 % проти 9,7; 8,2 %; серед амбулаторних – 32,1; 14,7 % проти 11,9; 3,7 % відповідно, у т. ч. з НВ – 46,2; 19,2 % проти 30,8; 11,5 %, з ПЛ – 66,7; 50,0 % проти 16,7; 0,0 %, з МЛС-ТБ – 63,3; 26,7 % проти 13,3; 3,3 %. Отже, більшість хворих з ПЛ (75,0 % в стаціонарі, 90,0 % амбулаторних) і МЛС-ТБ (90,0 %) та лише 50,0 % з НВ знають строк лікування стійкого до ліків ТБ.

84,9 % стаціонарних та 76,4 % амбулаторних хворих з НВ відповіли, що лікар повідомив їм строк лікування (3,8 та 9,1 % – не повідомив, 9,4 та 14,6 % – не пам'ятали). Менше їх було серед хворих з ПЛ (стаціонарних – 37,5 проти 18,8; 43,8 %, амбулаторних – 58,8 проти 17,7; 23,5 %) та МЛС-ТБ (стаціонарних – 59,3 проти 14,8; 24,7 %, амбулаторних – 73,0 проти 10,8; 16,2 %). Отже, чимало хворих з ПЛ та МЛС-ТБ зазначили, що лікар не повідомив їм термін лікування або не пам'ятали цього.

Щодо необхідності прийому відповідної кількості ліків, то здебільше хворі знали, що під дією меншої від призначеної кількості ліків МТБ не загинуть (56,0 % стаціонарних, у т. ч. 63,3 % з НВ, 50,0 % з ПЛ, 57,7 % з МЛС-ТБ та 45,9 % амбулаторних хворих, 54,7; 37,5; 42,9 %), та, що МБТ можуть стати стійкими і більш небезпечними (65,3 % стаціонарних, у т. ч. 57,1 % з НВ; 31,4 % з ПЛ; 83,3 % з МЛС-ТБ та 64,2 % амбулаторних хворих, 58,5; 87,5; 71,4 %). Проте 40,7 % стаціонарних (38,8; 75,0 %; 38,5 %) та 24,8 % амбулаторних хворих (28,3; 31,3; 20,0 %) вважали, що призначеного режиму слід дотримуватися тільки тому, що так сказав лікар – це свідчення поганої поінформованості.

57,3 % стаціонарних (59,2 % з НВ, 18,8 % з ПЛ, 70,1 % з МЛС-ТБ) та 54,1 % амбулаторних хворих (49,1; 60,0; 63,9 %) знали, що передчасне переривання лікування може сформувати стійкість МБТ до ліків; 73,3 % (61,2; 93,8; 84,4 %) та 60,6 % (63,65; 73,3; 55,6 %) відповідно зазначили, що хвороба може стати невиліковною; 48,0 % (61,2; 25,0; 49,4 %) та 58,7 % (61,8; 66,7; 55,6 %) відмітили, що тоді лікування триватиме довше. Лише 4,0 % стаціонарних (4,1; 0,0; 5,2 %) та 0,9 % амбулаторних хворих не вбачали серйозних негативних для здоров'я наслідків. Більше 1/2 зазначили усі три вірні відповіді, але лише 18,7 % стаціонарних хворих з ПЛ знали, що припинення лікування може призвести до стійкості МБТ до ліків, а 25,0 % з них, що тоді лікування триватиме довше.

Більшість респондентів знали, що розпочате лікування зменшує кількість виділення МБТ у повітря і хворий є менш заразним для оточуючих через три тижні (42,0 % стаціонарних, у т. ч. 65,5 % з НВ, 53,9 % з НВ, 54,4 % з МЛС-ТБ та 42,2 % амбулаторних хворих, у т. ч. 55,6; 50,0; 43,3 %) та не заразним через три місяці (30,0 % стаціонарних, у т. ч. 31,0; 38,5; 45,6 %, та 26,6 % амбулаторних хворих, у т. ч. 31,1; 37,5; 30,0 %). 19,2 % амбулаторних хворих (у т. ч. 30,0 % з МЛС-ТБ та 20,0 % з НВ) відповіли не вірно (через три дні або через шість місяців від початку лікування).

90,7 % стаціонарних (100,0 % з НВ та ПЛ, 96,1 % з МЛС-ТБ) та 96,3 % амбулаторних (98,1; 100,0; 97,37 %) хворих знали, що для визначення поширення МБТ необхідно дослідити мазок мокротиння. Невірно вважали, що для цього потрібно провести рентгенологічне дослідження легень 39,3 % стаціонарних (34,8; 31,3; 49,4 %) та 47,7 % амбулаторних хворих (50,9; 41,2; 48,7 %), зробити туберкулінову пробу – 6,0 % стаціонарних (4,4; 6,3; 7,8 %) та

10,1 % амбулаторних хворих (9,4; 11,8; 10,8 %), зробити аналіз крові – 4,0 % стаціонарних (6,5; 6,3; 2,6 %) та 13,8 % амбулаторних хворих (17,0; 17,7; 8,1 %). Отже, хоча здебільше хворі знали, що для визначення поширення МТБ досліджують мазок мокротиння, проте чимало невірно вважали, що для цього необхідно зробити рентгенологічне дослідження легень (до 50,9 %), туберкулінову пробу (до 11,8 %) або аналіз крові (до 17,7 %).

Про можливість не захворіти на ТБ при інфікуванні МБТ знали 1/3 хворих: 29,3 % стаціонарних (30,2 % з НВ, 12,5 % з ПЛ, 32,1 % з МЛС-ТБ) та 37,6 % амбулаторних (36,4; 35,3; 40,5 %); відповіли невірно – 13,3 % стаціонарних (7,6; 18,8; 16,1 %) та 16,5 % амбулаторних (20,0; 0,0, 18,9 %); не змогли надати відповіді – більше 1/2 хворих: 57,3 % стаціонарних (62,3; 68,8; 51,9 %) та 45,9 % амбулаторних (43,6; 64,7; 40,5 %).

Більшість хворих отримує будь-яку інформацію щодо ТБ (94,1–100,0 %, $P < 0,05$), у т. ч. від лікаря – 99,3 % стаціонарних (100,0 % з НВ та з ПЛ, 98,8 % з МЛС-ТБ) та 96,3 % амбулаторних хворих (94,6; 100,0; 100,0 %), від медичної сестри – 30,9–68,8 % (найбільше з ПЛ), від соціального працівника громадської організації – 1,8–16,1 % (найбільше з МЛС-ТБ), від працівника Товариства Червоного Хреста (ТЧХ) – 1,9–17,3 % (найбільше стаціонарних з МЛС-ТБ), від інших пацієнтів – 24,3–75,0 % (найбільше стаціонарних з ПЛ), з брошур, буклетів у медичному закладі – 21,8–50,0 %, з ресурсів Інтернету – 31,3–47,3 %, з плакатів у медичному закладі – 21,0–50,0 %. Отже, здебільше хворі отримують інформацію щодо ТБ із надійних джерел (лікар, медсестра, брошури, буклети та плакати у медичних закладах), нечасто від працівників соціальних організацій та ТЧХ, нерідко послуговуючись сумнівними, неперевіреними джерелами (інші пацієнти, ресурси Інтернету).

Володіють інформацією: про можливість звернення при виникненні запитань пов'язаних з лікуванням – лише 37,5–52,8 %, як не заразити оточуючих – 73,6–100,0 %, про процес лікування ТБ та його фази – 46,9–72,3 %, про запобігання розвитку МЛС-ТБ – 71,7–93,6 %, про побічні ефекти лікування і важливість їх вчасного виявлення – 25,0–66,7 % (найменше з НВ – 39,6 % та ПЛ – 25,0 %), про дотримання загального режиму – 56,6–93,8 %, про харчування під час лікування – 69,8–93,8 %, про важливість слідкувати за вагою, температурою тіла – 25,0–52,8 % (найменше з НВ – 26,4 % та ПЛ 25,0 %), про які випадки та симптоми слід сповіщати лікаря – 12,5–47,2 % (найменше амбулаторні хворі з НВ – 12,5 %), про можливість отримання соціально-психологічних послуг – 9,4–30,6 % (найменше – амбулаторні хворі з НВ – 9,4 % та ПЛ – 6,3 %). Отже, чимало хворих не ознайомлені з надзвичайно важливою, необхідною для кращої організації їх лікування інформацією, незнання якої може опосередковано негативно вплинути на його результати.

Найкориснішим джерелом інформації щодо ТБ для хворих є лікар (зазначили 97,5–100,0 %), роль інших важливих джерел (медсестра – 11,1–31,3 %, плакати – 10,8–26,4 % та

брошури, буклети у медичному закладі – 13,6–25,0 %, соціальні працівники – до 8,1 %, працівники ТЧХ – до 7,4 %) недостатня, а такі джерела як інші пацієнти (до 10,8 %) та ресурси Інтернету (до 37,7 %) є недостовірними, шкідливими.

67,6–100,0 % хворих бажають отримувати більше інформації щодо ТБ ($P < 0,05$), особливо: щодо його перебігу (12,5–50,0 %), лікування (12,5–44,7 %), побічної дії ліків (до 33,3 %), прав пацієнтів (до 33,3 %), подолання депресії (до 12,0 %). Особливо її бракує амбулаторним хворим, оскільки 31,2 % з них не зазначили корисне джерело інформації. 93,6–100,0 % вказали, що найзручнішим форматом отримання інформації є індивідуальні бесіди з лікарем, до 18,9 % бажали отримувати інформацію у індивідуальних бесідах з медичною сестрою, до 13,5 % – із соціальним працівником, до 13,5 % – у групових заняттях, до 18,8 % – з буклетів, до 14,6 % – з плакатів у медичних закладах, до 16,2 % – через спеціальний мобільний додаток.

Висновки та перспективи.

1. Опитування хворих на ТБ встановило задовільний рівень їх знань щодо цієї недуги, проте існує багато прогалин у даному інформаційному просторі. Виявлено незнання багатьма хворими, як загальних питань щодо ТБ (ймовірність не захворіти при інфікуванні МБТ, можливість вилікуватися від ТБ, вплив ліків на МБТ та строки незаразності хворого), так і питань, які безпосередньо пов'язані з лікуванням та його організацією (стандартні строки лікування чутливого та стійкого до ліків ТБ, термін власного лікування, потреба вживання призначеної кількості ліків, умови формування стійкості МБТ до ліків, небезпека перерваного лікування, фази лікування ТБ та побічна дія ліків, загальний режим та харчування під час лікування, отримання соціально-психологічних послуг тощо). Здебільше отримуючи інформацію щодо ТБ із надійних джерел (лікарі, медичні сестри, брошури, буклети та плакати у медичних закладах, рідше – соціальні працівники громадських організацій та ТЧХ), вони нерідко послуговуються й сумнівними (інші пацієнти, ресурси Інтернету).

2. Доведено, що чимало хворих не ознайомлені з надзвичайно важливою та необхідною для кращої організації їх лікування інформацією, незнання якої може опосередковано негативно вплинути на його результати. Часто вони висловлюють бажання отримувати таку інформацію (у тому числі щодо перебігу ТБ, його лікування, побічної дії ліків, прав пацієнтів, подолання депресії), особливо їй бракує амбулаторним хворим; найзручнішим форматом для цього вони вважають індивідуальні бесіди з лікарем, не виключаючи й інші засоби (бесіди з медичною сестрою, соціальним працівником, групові заняття, буклети та плакати у медичних закладах, спеціальний мобільний додаток).

3). Для попередження неефективного лікування хворого на туберкульоз робота з формування відповідного інформаційного середовища повинна проводитися на всіх етапах надання йому медичної допомоги.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Горбач Л. А., Занько Т. С. Уровень знаний больных туберкулезом о своем заболевании // *Вестник ВГМУ*. 2005. Т. 4. № 3. 64–69.
2. Сухова Е. В. Программа психологической коррекции больных хроническим туберкулезом легких // *Пульмонология*. 2004. № 3. С. 89–93.
3. Амлаев К. Р., Зафирова В. Б., Узденов И. М. Санитарное просвещение и формирование приверженности у социально-уязвимых групп фтизиатрических больных // *Туберкулёз и болезни лёгких*. 2014. № 10. С. 11–13.
4. Свистунова В. А. Анализ факторов, определяющих приверженность к лечению больных туберкулезом // *Бюллетень медицинских Интернет-конференций*. 2013. № 2. С. 415.
5. Соціально-психологічна підтримка хворих на туберкульоз для формування прихильності до лікування / Л. А. Мельник та ін. // *Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція*. 2017. № 2. С. 97–105.
6. Пьянзова Т. В. Информационная среда больных туберкулезом и ее влияние на приверженность терапии // *Туберкулёз и болезни лёгких*. 2012. № 5. С. 33–36.

REFERENCES

1. Gorbatsch L. A., Zanko T. S. The level of knowledge in patients with tuberculosis about of theirs disease / *Vestnik VGMU*. 2005. Т. 4. № 3. P. 64–69.
2. Sukhova E. V. Program of psychological correction of patients with pulmonary tuberculosis // *Pulmonology*. 2004. № 3. P. 89–93.
3. Amlyayev K. R., Zafirova V. B., Uzdenov I. M. Sanitary education and the formation of adherence in socially vulnerable groups in patients with tuberculosis // *Tuberculosis and lung diseases*. 2014. № 10. P. 11–13.
4. Svystunova V. A. Analysis of factors determining adherence to the treatment in patients with tuberculosis // *Bulletin of Medical Internet Conferences*. 2013. № 2. p. 415.
5. Socio-psychological and psychological support to patients with tuberculosis for forming a adherence to the treatment / L. A. Melnyk et al. // *Tuberculosis, lung disease, HIV-infection*. 2017. № 2. P. 97–105.
6. Pyanzova T. V. Information surroundings among patients with tuberculosis and its impact on adherence to therapy // *Tuberculosis and lung disease*. 2012. № 5. P. 33–36.

INFORMATION OF PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS ABOUT THEIR DISEASE

Novozhylova I. O., Matusevych V. G., Tarasenko O. R., Prykhodko A. M.

Annotation. The level of knowledge of patients with pulmonary tuberculosis in relation to their disease by an anonymous questioning has been determined. It is established that many patients are not familiar with extremely important and necessary information for their treatment, ignorance of which can indirectly negatively affect on its results. Since informing tuberculosis patients about their disease is an important factor in the formation of adherence to treatment, the work on the formation of an appropriate information surroundings should be carried out at all stages to rendering of medical aid for their.

Key words: *pulmonary tuberculosis, patients, disease, information, questioning*

Новожилова Ірина Олексіївна ORCID ID 0000-0003-3754-3482, +380 962761662,
novozhilova@ifp.kiev.ua

Матусевич В.Г. ORCID ID 0000-0001-6069-1948

Тарасенко О.Р. ORCID ID 0000-0002-6382-0554

Приходько А.М. ORCID ID /0000-0002-2989-1615