

**Стратегія надання соціально-психологічної підтримки
хворим на мультирезистентний туберкульоз (МРТБ)
у Полтавській та Миколаївській областях
для формування стійкої прихильності до лікування
на амбулаторному етапі**

Подяка

Глобальне бюро охорони здоров'я, Управління охорони здоров'я, інфекційних захворювань та харчування (HIDN) та Агентство США з міжнародного розвитку (USAID) підтримали створення цієї стратегії шляхом фінансування проекту «Challenge TB» на умовах договору No. AID-OAA-A-14-00029. Стратегію розроблено завдяки підтримці американського народу, наданої Агентством США з міжнародного розвитку. Зміст стратегії є відповідальністю авторів і проекту «Challenge TB» та необов'язково відображає погляди USAID чи уряду Сполучених Штатів Америки.

Стратегія є результатом колективної діяльності фахівців міжнародної організації PATH, яка за фінансової підтримки USAID впроваджує проект «Challenge TB» в Україні, у складі К. О. Гамазіної, Н. М. Жеребко, Т. В. Іваненко, О. В. Богданова, С. Л. Леонтієвої та С. С. Окремешко.

PATN висловлює окрему подяку за допомогу у підготовці стратегії партнерам проекту:

Полтавському комунальному обласному протитуберкульозному диспансеру;

Миколаївському обласному протитуберкульозному диспансеру;

Благодійній організації «Світло надії», м. Полтава;

Всеукраїнській благодійній організації «Ініціатива заради життя», м. Миколаїв;

Миколаївському місцевому благодійному фонду «Вихід»;

Товариству Червоного Хреста України.

Зміст

Скорочення	4
Вступ	5
Огляд ситуації з МРТБ в Україні, Полтавській та Миколаївській областях	8
Мета та завдання національної програми протидії туберкульозу на 2013-2016 рр.	16
Завдання та основні напрямки надання соціально-психологічної підтримки хворим на МРТБ на амбулаторному етапі лікування.....	17
Моніторинг та оцінка	31
Список літератури	32

Додаток 1: Анкета соціально-психологічного портрету хворого на МРТБ.

Додаток 2: Індивідуальний план соціального супроводу хворого на МРТБ.

Додаток 3: Поінформована угода про надання послуг.

Додаток 4: Робочі плани неурядових організацій, які втілюють пілотний проект з надання соціально-психологічної допомоги хворим на МРТБ в Полтавській та Миколаївській областях.

Додаток 5: Плани моніторингу та оцінки неурядових організацій.

Скорочення

ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ДОТ	безпосередній нагляд медичних працівників за прийомом протитуберкульозних препаратів
ДПС	державна пенітенціарна служба України
ІК	інфекційний контроль
М-	мазок негативний
М+	мазок позитивний
МДК	мультидисциплінарна команда
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
МРТБ	мультирезистентний туберкульоз
НУО	неурядові організації
ОВС	органи внутрішніх справ
ПМСД	первинна медико-санітарна допомога
ПТП	протитуберкульозні препарати
ПТД	протитуберкульозний диспансер
РРТБ	туберкульоз із розширеною резистентністю
СПП	соціально-психологічна підтримка
ТБ	туберкульоз
ТЧХУ	Товариство Червоного Хреста України
ХРТБ	хіміорезистентний туберкульоз
ФАП	фельдшерсько-акушерський пункт
ЦЛКК	центральна лікарська консультативна комісія

Вступ

У травні 2014 р. Всесвітня асамблея охорони здоров'я схвалила Глобальну стратегію «Покласти край ТБ» на період 2016 - 2035 рр. Головним завданням нової стратегії Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) є звільнення світу від туберкульозу (ТБ) з досягненням нульового рівня захворюваності, смертності та страждань від цієї хвороби. Основні компоненти стратегії: комплексне і орієнтоване на пацієнта лікування і профілактика, рішучі політичні заходи та системи підтримки, активізація досліджень та інноваційної діяльності. На виконання завдань нової стратегії Європейське бюро ВООЗ підготувало «План дій боротьби з ТБ для Європейського регіону на 2016-2020 рр.», згідно з яким до 2020 р. повинні бути досягнуті такі цілі:

- зниження смертності від ТБ на 35%;
- зниження рівня захворюваності на ТБ на 25%;
- показник ефективності лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз (МРТБ) не нижче 75%.



Хоча питання протидії ТБ в Україні є одним з пріоритетних напрямків державної політики у сфері охорони здоров'я і за останні п'ять років спостерігається тенденція до зменшення темпів захворювання та смертності, Україна входить до п'ятірки країн світу з найтяжчим тягарем МРТБ, а ефективність лікування МРТБ за даними ВООЗ складає 34,9% (що значно нижче зазначеної вище цілі ВООЗ).

Сучасний підхід до лікування ТБ, стійкому до протитуберкульозних препаратів (хіміорезистентного ТБ або ХРТБ) ґрунтується на тривалому курсі лікування (як мінімум 20 місяців) з застосуванням протитуберкульозних препаратів (ПТП), що мають значну токсичність. У майбутньому, коли короткі режими лікування МРТБ (9 місяців) будуть започатковані в Україні, загальна токсичність курсу лікування буде набагато менша. Проте з урахуванням значного поширення в Україні форм туберкульозу з розширеною резистентністю (РРТБ), які потребуватимуть довготривалих курсів лікування, підходи до формування прихильності, які запропоновані в цій стратегії, залишаться актуальними. Інші фактори, які впливають на відривки хворих від лікування включають обмежені знання та міфи про ХРТБ, негативне ставлення хворих до лікування, додаткові кошти на препарати для діагностики та лікування супутніх захворювань (побічних ефектів від ПТП), втрата роботи через лікування, стигма зі сторони медичних працівників, незадовільне забезпечення ПТП другого ряду, зловживання алкоголем чи наркотиками та психічні розлади. Відмова чи відривки від лікування є медичною та громадською проблемою, так як в таких хворих значно підвищується ризик померти або розширення спектру стійкості до ПТП – перехід від МРТБ до ТБ із розширеною резистентністю (РРТБ), і вони продовжують поширювати ХРТБ в громаді.

Більшість випадків невдач та відривків від лікування трапляються на стадії амбулаторного лікування, особливо серед пацієнтів груп ризику (ВІЛ-інфікованих; безхатченків; осіб, які страждають від алкогольної чи наркотичної залежності; людей, що вийшли з місць позбавлення волі; безробітних). Вагомим фактором зміцнення амбулаторного лікування є надання хворим на МРТБ соціально-психологічної підтримки. Разом з відповідною діагностикою та належним лікуванням, соціально-психологічна підтримка хворих на МРТБ важливою складовою досягнення високих результатів успіху лікування та зменшення коштів на лікування.

Сьогодні в світі все сильніші позиції завоює гуманістична медицина, згідно якої в процесі лікування важливе місце відводиться відкритій комунікації, взаємній повазі між медпрацівником та пацієнтом. Цей підхід передбачає перехід від традиційної медицини, коли медпрацівники несуть повну відповідальність за здоров'я пацієнта, до залучення пацієнта до співпраці, усвідомлення ним відповідальності за своє здоров'я. З позиції «жертви обставин» пацієнт переводиться в позицію активного учасника лікувального процесу.

Пацієнт-орієнтований підхід є основоположним принципом кожної якісної системи охорони здоров'я, який полягає в наданні комплексної допомоги пацієнту з повагою до нього і відповідно до його індивідуальних потреб, вибору (преференцій) та цінностей, а також в активній участі пацієнта як проінформованого партнера у прийнятті рішень щодо діагностики та лікування. Такий підхід глибоко інтегрований в нову глобальну стратегію «Покласти край ТБ».

Пацієнт-орієнтований підхід ґрунтується на таких принципах:

- ефективне партнерство;
- повага до прав пацієнта (проінформоване рішення, прийняте самим хворим; конфіденційність; приватність життя; самовизначення; гідність; відсутність дискримінації; співчуття; врахування культуральних особливостей при наданні послуг; надання якісних медичної та соціально-психологічної допомоги);
- активна участь пацієнта та громади;
- залучення всіх партнерів;
- ефективний моніторинг.



Пацієнт-орієнтований підхід передбачає, що пацієнт знаходиться в центрі системи надання допомоги як медичної, так і соціально-психологічної. В такому випадку пацієнт розцінюється не просто як отримувач послуг, а як повноправний партнер, який може приймати проінформовані рішення. Лікар, який є експертом в діагностиці і лікуванні ХРТБ, та пацієнт, який є експертом своєї життєвої ситуації та своїх потреб, створюють тандем – команду, що доповнює один одного і залучає інших партнерів для створення комплексного «пакету підтримки лікування» при умові взаємної довіри та ефективного спілкування.

При пацієнт-орієнтованому підході ефективне контрольоване лікування досягається за рахунок створення комфортних умов для пацієнта, а перерва в прийомі ПТП сприймається як невдача системи знайти підхід до пацієнта.

Наближення місця лікування до хворого та підхід, який зосереджений на конкретному хворому та його потребах, допомагають втримати його в процесі лікування. Результати проведених у різних країнах світу досліджень (в т. ч. країн колишнього Радянського Союзу), де ДОТ проводилося з залученням громадських організацій і соціальних працівників, продемонстрували зниження показників відриву від лікування. Такий підхід може бути добрим рішенням для покращення прихильності пацієнтів до лікування та більш раціонального використання робочого часу медичних працівників, звільняючи їх для клінічної роботи. Варто підкреслити роль мотивації та постійної підтримки соціальними працівниками хворих у їх прогресі на шляху лікування. Так як соціальні працівники зустрічаються зі своїми підопічними щоденно і мають більше часу, ніж медичні працівники, вони мають більше шансів для вчасного виявлення побічних ефектів від ПТП. Там, де пацієнтам надавався всебічний пакет допомоги (психологічна та юридична допомога, кошти на транспортні витрати, харчування та інше), вдалося досягнути значного зниження рівня відривів. Хоч така допомога потребує відповідного

фінансування, це все ж більш ефективне використання коштів, ніж оплачувати стаціонарне лікування та боротися з наслідками відривів та втрати хворих.^{1,2,3,4}

Ця стратегія ґрунтується на пацієнт-орієнтованому підході в лікуванні ХРТБ. Мета стратегії – розробити спільне бачення стосовно надання соціально-психологічної підтримки хворим на МРТБ в Полтавській та Миколаївській областях для формування стійкої прихильності до лікування на амбулаторному етапі; сприяти вдосконаленню планування, впровадження, моніторингу та оцінки заходів соціально-психологічної допомоги, а також партнерству та координації зусиль протитуберкульозної служби, первинної медико-санітарної допомоги та неурядових організацій і ефективному використанню ресурсів.

Стратегія розроблена для підтримки виконання завдань обласних та національної програм протидії ТБ. Вона описує причини, що викликають відмови та відриви від лікування хворих на ХРТБ (бар'єри на шляху до успішного вилікування), і визначає пріоритети та заходи для подолання цих бар'єрів. Документ був розроблений міжнародною організацією PATH в рамках Проекту «Challenge TB» у тісній співпраці з партнерами проекту: Полтавським та Миколаївським комунальними обласними протитуберкульозними диспансерами, Благодійною організацією «Світло надії» (Полтава), Всеукраїнською благодійною організацією «Ініціатива заради життя» (Миколаїв), Миколаївським місцевим благодійним фондом «Вихід», районними та дільничними фтизіатрами та медсестрами ДОТ-кабінетів та Товариства Червоного Хреста України. Проект Challenge TB фінансується Агентством США з міжнародного розвитку (USAID) і впроваджується в Україні організацією PATH у співпраці з міжнародною організацією KNCV Tuberculosis Foundation, Міністерством охорони здоров'я (МОЗ) України та Українським центром контролю за соціально небезпечними хворобами. Мета проекту – покращення результатів лікування хворих на МРТБ завдяки зниженню показників смертності, відривів від лікування, покращення виявлення та діагностики випадків МРТБ і розширення доступу до отримання послуг та лікування.

Основні етапи розробки стратегії:

- 26-28 жовтня 2015 р. – семінар для партнерів проекту, в рамках якого було обговорено структуру, мету, основні завдання, пріоритети та заходи соціально-психологічної підтримки хворих на МРТБ;
- листопад 2015 р. – розробка та обговорення першого варіанту стратегії, отримання коментарів від партнерів проекту;
- грудень 2015 р. – внесення змін відповідно до коментарів партнерів та доопрацювання фінальної версії стратегії.

¹ A. Toczec, H. Cox, P. du Cros, G. Cooke, N. Ford «Strategies for reducing treatment default in drug-resistant tuberculosis: systematic review and meta-analysis», The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, 2012, №17, стор. 299-307.

² A. Skrahina, V. Rusovich, M. Dara, L. Zhylevich, H. Hurevich «MDR-TB in Belarus, the Role of Outpatient Care Strengthening and Social Support», International Journal of Mycrobiology, 2015, №4, стор. 79.

³ G. Kaliakbarova, S. Pak, N. Zhaksylykova, G. Raimova, B. Temerbekova, S. van den Hof, «Psychosocial Support Improves Treatment Adherence Among MDR-TB Patients: Experience from East Kazakhstan», The Open Infectious Diseases Journal, 2013, 7: 60-64.

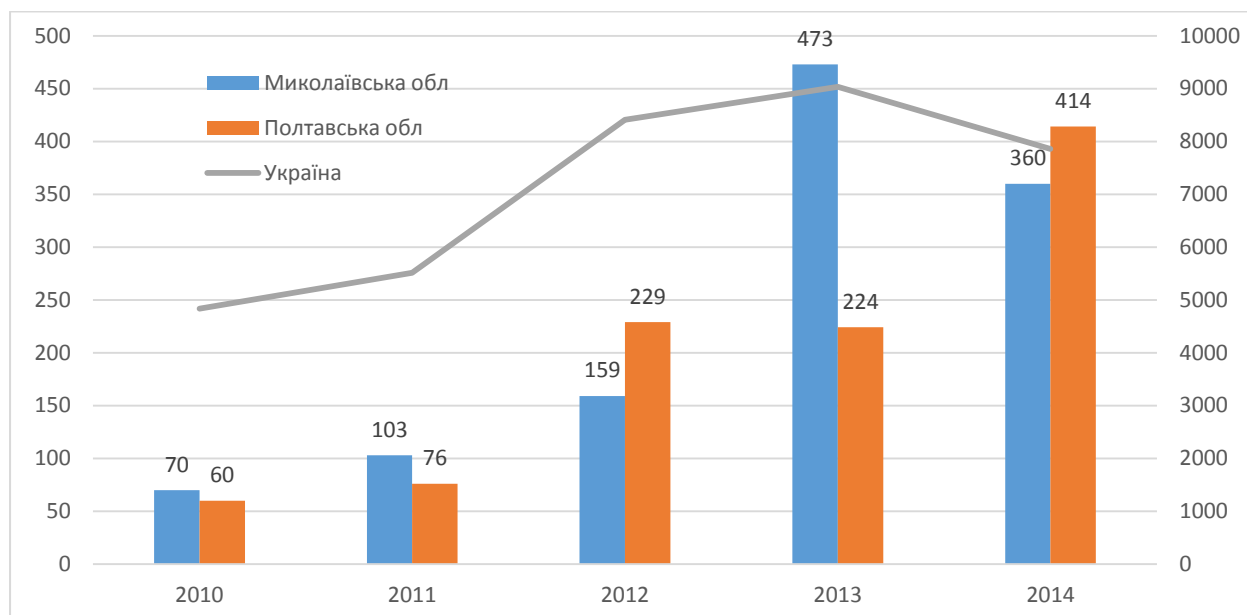
⁴ М. Кужко, А. Михайлова, О. Ахтирський «Вплив комплексу соціально-психологічної підтримки на ефективність лікування хворих на туберкульоз легень», Запорізький медичний журнал, 2011, том 13, №2, 10-13.

Огляд ситуації з МРТБ в Україні, Полтавській та Миколаївській областях

За даними звіту ВООЗ про глобальну боротьбу з туберкульозом за 2015 р. Україна продовжує бути країною з високим тягарем МРТБ та другою за поширеністю поєднаної ко-інфекції ТБ/ВІЛ у Європейському регіоні. Передача МРТБ продовжується, про що свідчить ріст кількості нових випадків: у 2014 р. було зареєстровано 7735 випадків МРТБ порівняно з 3186 у 2009 р.⁵ В 2013-14 рр. в Україні вперше проведено епідеміологічне дослідження з хіміорезистентного ТБ. За попередніми даними розповсюдження МРТБ серед нових випадків ТБ складає 23,4%, а серед випадків повторного лікування – 58,6%.⁶ У 2014 р. Україна вперше увійшла до п'яти країн світу з найвищим тягарем МРТБ.

У 2014 р. в Миколаївській області було зареєстровано 360 випадків МР/РРТБ, з них 312 хворих розпочали лікування. У Полтавській області зареєстрували 414 випадків МРТБ, а лікування розпочали – 275 пацієнтів (Рис. 1).

Рисунок 1. Кількість випадків ТБ, що були зареєстровані до 4 категорії.



За даними реєстру станом на 01.07.2015 року в Полтавській області на лікуванні перебуває 320 хворих на хіміорезистентний ТБ.⁷

Високий рівень захворюваності та поширення МРТБ зумовлений неналежним забезпеченням ліками, порушеннями у дотриманні режиму та стандартів лікування, недостатнім фінансуванням, відривами та невисокою прихильністю хворих до лікування, проблемами з виявленням ТБ на рівні первинної медико-санітарної допомоги, незадовільним інфекційним контролем, стигмою в суспільстві та серед медичних працівників, низькою мотивацією та недостатнім доступом уразливих верств населення до медичних послуг (безхатченків,

⁵ «Звіт про глобальну боротьбу з туберкульозом», ВООЗ, 2015 р.

⁶ «Туберкульоз в Україні. (Аналітично-статистичний довідник)», Український центр контролю за соціально-небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України, 2015 р.

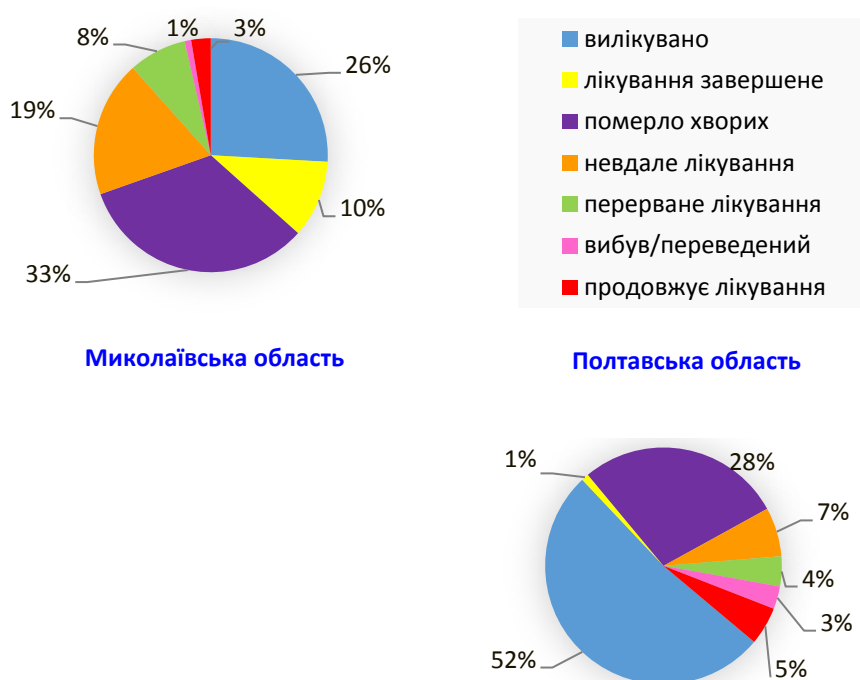
⁷ Довідка про виконання завдань та заходів Обласної цільової соціальної програми протидії туберкульозу в Полтавській області на 2013-2016 р. в I півріччі 2015 року.

тимчасово переміщених осіб, споживачів ін'єкційних наркотиків та осіб, що зловживають алкоголем). В умовах соціально-економічної кризи, яка поглиблюється через військовий конфлікт на сході України, ситуація з МРТБ може погіршитися.

Особливу небезпеку становить поєднання МРТБ з ВІЛ-інфекцією. ТБ залишається основною причиною смерті серед ВІЛ-інфікованих. На нього припадає приблизно одна третя смертей, пов'язаних зі СНІДом.⁸

Результат успішного лікування МРТБ в Україні підвищився з 27,5% для когорти 2009 р. до 34,9% для когорти 2012 р., проте це один з найнижчих показників у регіоні. Показники ефективності лікування МРТБ для когорти 2012 р. дещо вищі у Миколаївській (36%) та Полтавській (53%) областях (Рис. 2).

Рисунок 2. Результати лікування усіх типів випадків ТБ, які були зареєстровані до 4 категорії у 2012 році.



Для когорти 2012 р. відривки від лікування коливалися від 4% в Полтавській області до 8% в Миколаївській області, а рівень смертності сягнув 28% і 33% відповідно. В 2014 р. 58 з 414 зареєстрованих випадків МРТБ Полтавській області склали відмови від лікування (14%).

Основними причинами неефективного лікування були перебої із забезпеченням препаратами, супутні патології, незадовільне лікування побічних ефектів, неякісний інфекційний контроль, стигма, відмова від лікування і втрата для спостереження, особливо серед уразливих груп населення.

Ефективність лікування хворих МРТБ в значній мірі залежить від соціального супроводу. За даними Полтавського ПТД близько 70% хворих, які отримують підтримку соціальних

⁸ UNAIDS. Інформаційний бюлетень 2016. <http://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>.

працівників Червоного Хреста, через рік абацильовані, а для хворих без супроводу цей показник складає 45%.

В квітні 2015 р. експертами Європейського регіонального бюро ВООЗ та бюро ВООЗ в Україні було проведено оцінку ефективності виконання заходів Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на ТБ на 2012-2016 роки. За попередніми висновками експертної комісії поряд з такими досягненнями як зменшення темпів захворювання та смертності на ТБ, оптимізація лабораторної мережі, покращення діагностики МРТБ та інші, наголошується, що тривале та непотрібне перебування хворих в стаціонарі все ще є поширеною практикою. Тому необхідно розробити і впровадити ефективні моделі амбулаторного лікування з активним залученням закладів первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД). Це допоможе значно скоротити кількість випадків втрат для спостереження і таким чином покращити показники ефективності лікування. Мета амбулаторного лікування МРТБ – зручність для хворого, економія коштів на утримання ліжок та коштів хворого на лікування.

Для того, щоб запобігти розповсюдженню МРТБ і дати надію на вилікування хворим на МРТБ, необхідно посилити три складові: ретельне утримання на лікуванні хворих до повного закінчення курсу лікування; доступність сучасних методів діагностики для своєчасного виявлення МРТБ та невідкладне лікування якісними ПТП другого ряду з наданням соціально-психологічної підтримки хворим на МРТБ.

ПРИЧИНИ ВІДРИВІВ ВІД ЛІКУВАННЯ МРТБ (БАР'ЄРНИЙ АНАЛІЗ)

Утримання на лікуванні хворих на МРТБ – складний і динамічний процес з низкою факторів, які впливають на поведінку хворого. Успіх лікування вимагає певної поведінки від хворого (щоденний прийом ліків, закінчення повного курсу лікування і т. д.) та від лікаря (моніторинг лікування, надання якісних ліків і т. д.). В силу різних об'єктивних та суб'єктивних причин це часто не відбувається, тому чітке розуміння поведінки кожного хворого (і медпрацівника) і причин, чому він не дотримується рекомендацій лікаря, є фундаментальними для розробки ефективних заходів соціально-психологічної підтримки. Ці причини є бар'єрами на шляху до одужання. Усуваючи їх, ми зможемо покращити прихильність пацієнта до лікування і таким чином вплинути на ефективність лікування.

На семінарі з розробки стратегії надання соціально-психологічної підтримки хворим на МРТБ на амбулаторному етапі лікування (26-28 жовтня 2015 р., Київ) партнери проекту провели ретельний аналіз та обговорення причин відривів від лікування в Миколаївській та Полтавській областях за допомогою аналітичного інструменту «Від кашлю до одужання: шлях ідеальної поведінки хворого в контролі за туберкульозом».⁹ Він демонструє ідеальний шлях, який повинен пройти хворий від виникнення симптомів ТБ до одужання, а також вказує на необхідні фактори для успішного завершення цього шляху. Інструмент дає можливість оцінити, що заважає хворому дотримуватися ідеальної поведінки. Такий підхід був цілеспрямовано вибраний для того, щоб поставити пацієнта в центрі обговорення і подивитися на проблему відривів від лікування з перспективи самого хворого. Адапована версія цього інструменту представлена на Рисунку 3. Партнери проаналізували причини низької прихильності до лікування за трьома категоріями:

1. індивідуальні (причини, що залежать від самого хворого; наприклад: брак коштів для транспорту);

⁹ Адаповано з оригінального документу «Шлях від кашлю до одужання», розробленого Американською академією розвитку освіти спільно з партнерством «Зупинити ТБ».

2. суспільні (причини, які виникають на рівні громади, суспільства; наприклад: стигма);
3. системні (недоліки системи охорони здоров'я; наприклад: закупка ліків низької якості, професійне «вигорання» медпрацівників).

Рисунок 3. Від кашлю до одужання: шлях ідеальної поведінки хворого в контролі за ТБ.

Від кашлю до одужання: шлях ідеальної поведінки хворого в контролі за туберкульозом					
Ідеально	<ul style="list-style-type: none"> Члени громади знають симптоми ТБ Члени громади знають коли, куди та як звернутися за допомогою Громада підтримує поведінку людей з симптомами ТБ Медичні установи надають інформацію стосовно ТБ симптомів і де отримати допомогу безкоштовно 	<ul style="list-style-type: none"> Члени громади знають, у якому медичному закладі можна пройти обстеження Члени громади ввічливі, що кваліфіковану допомогу Громада підтримує поведінку, направлену на отримання медичної допомоги Медичний заклад розташований поблизу та у ньому відповідно підготовлений персонал 	<ul style="list-style-type: none"> Люди з симптомами ТБ мають достовірну інформацію, куди звернутися для обстеження і як здати аналіз мокротиння Люди з симптомами ТБ довіряють медичному закладу у справі встановлення правильного діагнозу Для діагностики ТБ та тестування на ВІЛ існують відповідні лабораторні обладнання та витратні матеріали 	<ul style="list-style-type: none"> Люди з ТБ отримали знання як пацієнти та розуміють важливість лікування Для кожного хворого на ТБ визначено, хто буде його підтримувати у процесі лікування Для лікування доступні якісні препарати Надається підтримка при лікуванні ІДОТ надається у тому місті і у той час, коли це зручно для пацієнта 	<ul style="list-style-type: none"> Люди з ТБ отримують постійну підтримку та відповідну навчальну інформацію від медичного персоналу та волонтерів громади Проводиться регулярний моніторинг лікування Побічні ефекти швидко виявляються та приймаються заходи для зменшення їх негативного впливу
Шлях від кашлю до одужання	Визнати наявність захворювання та необхідність звертання за медичною допомогою.	Звернутися до спеціалізованого медичного закладу для діагностики ТБ.	Пройти повну діагностику на ТБ, виключаючи консульства та тестування на ВІЛ.	Розпочати лікування ТБ.	Продовжувати та завершити лікування.
Індивідуальні бар'єри	<ul style="list-style-type: none"> Відсутність знань про симптоми ТБ Відсутність знань про те, куди, коли і як звертатися за медичною допомогою Здоров'я не є пріоритетом Само-стигма 	<ul style="list-style-type: none"> Відсутність знань про те, куди звертатися Відсутність часу Відсутність грошей на транспорт Невіра у систему охорони здоров'я Помилкова інформація про витрати 	<ul style="list-style-type: none"> Відсутність знань про те, куди звертатися Відсутність знань про те, як продукувати виділення мокротиння Відсутність часу для звертання у медичний заклад Відсутність грошей на транспорт Само-стигма 	<ul style="list-style-type: none"> Дезінформація про вартість лікування Турбота про можливі побічні ефекти ПТП препаратів Інші нагальні особисті пріоритети Страх втратити роботу Само-стигма 	<ul style="list-style-type: none"> Відсутність розуміння необхідності продовжувати лікування до його завершення Почувається краще Само-стигма
Суспільні бар'єри	<ul style="list-style-type: none"> Стигма Боротьба з ТБ не є пріоритетним завданням громади 	<ul style="list-style-type: none"> Стигма 	<ul style="list-style-type: none"> Стигма 	<ul style="list-style-type: none"> Стигма 	<ul style="list-style-type: none"> Стигма
Бар'єри системи	<ul style="list-style-type: none"> Відсутність освітніх послуг та матеріалів по ТБ для громади 	<ul style="list-style-type: none"> Відсутність медичних закладів за місцем проживання Години роботи медичних закладів, що не вліщують громади 	<ul style="list-style-type: none"> Відсутність кваліфікованих медичних працівників Відсутність лабораторного обладнання та витратних матеріалів 	<ul style="list-style-type: none"> Низький рівень освіти пацієнтів Недостатні запаси ліків 	<ul style="list-style-type: none"> Відсутність підтримки громадою людей, що лікуються від ТБ Низький рівень освіти пацієнтів Відсутність підтримки під час лікування Недостатні запаси ліків

Використовуючи цей інструмент та на основі результатів поглиблених інтерв'ю з постачальниками медичних послуг та пацієнтами, партнери визначили основні бар'єри, які спричиняють відмови хворих на МРТБ від лікування, незавершеність курсу лікування і відповідно впливають на успішність лікування та смертність. Вони приведені в таблиці 1 нижче.

Таблиця 1. Бар'єри, які спричиняють відмови хворих на МРТБ та відрив від лікування.

Пріоритетна проблема контролю за МРТБ	Причини відмов та відривів від лікування (бар'єри)
Низька успішність лікування	<p>Індивідуальні:</p> <ul style="list-style-type: none"> соціальна дезадаптація: <ul style="list-style-type: none"> відсутність житла; відсутність коштів на проїзд; хімічна залежність; емоційне виснаження від прийому препаратів; брак грошей на проїзд, харчування; безвідповідальне ставлення до свого здоров'я; відсутність або нестача знань щодо протікання та лікування МРТБ, наслідків незавершеності лікування; побічні дії ПТП; страх втратити роботу; залежність від алкоголю, наркотиків; самостигматизація;

Пріоритетна проблема контролю за МРТБ	Причини відмов та відривів від лікування (бар'єри)
	<ul style="list-style-type: none"> • відсутність мотивації до лікування; • власне здоров'я не пріоритет – на першому місці діти, батьки; • релігійні переконання; • тимчасове покращення самопочуття; • недовіра до медперсоналу; • правові проблеми; • проблеми з проживанням.
	Суспільні: <ul style="list-style-type: none"> • відсутність розуміння та підтримки з боку сім'ї; • стигма зі сторони близького оточення і громади; • відсутність психологічної підтримки; • міфи та стереотипи (народні методи лікування);
	Системні: <ul style="list-style-type: none"> • стигма серед медпрацівників; • нестача знань про МРТБ серед медпрацівників ПМСД; • синдром професійного згорання медпрацівників; • недосконала нормативна база; • відсутність соціального захисту на рівні держави та району; • проблеми ТБ не є пріоритетом місцевої політики.

В процесі обговорення на семінарі партнери проекту старалися відповісти на питання, чому ці бар'єри існують, щоб виявити корінь проблеми. Відповіді, отримані в процесі такого бар'єрного аналізу, заклали фундамент для розробки мети, завдань та заходів стратегії надання соціально-психологічної підтримки хворим на МРТБ, які детально описані в наступних розділах. Для кожного бар'єра, що перешкоджає регулярному і правильному лікуванню хворих на МРТБ, необхідно розробити захід, який допоможе його усунути. В цій стратегії ми зосередилися тільки на бар'єрах, які можна усунути за допомогою заходів соціально-психологічної підтримки хворих.

РЕЗУЛЬТАТИ ОЦІНКИ СИТУАЦІЇ

Дуже важливо не допускати припущень стосовно причин відривів від лікування, а опиратися на факти, отримані від самих хворих, а також людей, які надають їм допомогу. Тому в жовтні 2015 р. Благодійна організація «Світло надії» (Полтава), Всеукраїнська благодійна організація «Ініціатива заради життя» (Миколаїв) та Миколаївський місцевий благодійний фонд «Вихід» за допомогою поглиблених інтерв'ю провели оцінку ситуації в Полтавській та Миколаївській областях з метою збору та аналізу інформації про соціально-психологічні, правові та інші проблеми, які є причиною відривів від лікування та перешкоджають хворим на МРТБ завершити повний курс лікування.

Всього було проведено 36 інтерв'ю, як показано в таблиці 2 нижче:

Таблиця 2. Респонденти, що взяли участь у поглиблених інтерв'ю.

НУО/ Місто	Хворі на МРТБ	Хворі на МРТБ, що припинили лікування	Хворі на МРТБ, звільнені з місць позбавлення волі	Звільнені з місць позбавлення волі, що припинили лікування	Медсестри «Червоного хреста»	Районні/ дільничні фтизіатри	Медпра- цівники установ виконання покарань
«Світло надії» Полтава	4	4			2	2	
«Вихід» Миколаїв	4	4			2	2	
«Ініціатива заряди життя» Миколаїв			4	4		2	2
Всього:	8	8	4	4	4	6	2

Основні питання оцінки:

1. Які основні проблеми спонукають хворих на МРТБ припиняти лікування?
2. Яка допомога потрібна хворим на МРТБ, щоб вони не припиняли лікування?
3. З якими труднощами стикаються медичні заклади, надаючи допомогу хворим на МРТБ на амбулаторній фазі?
4. Які оптимальні шляхи співпраці медичних закладів, установ виконання покарань та громадських організацій для зменшення відривів хворих від лікування та покращення ефективності їх лікування?

Респонденти називали такі причини відриву від лікування хворих на МРТБ:

- Соціальна дезадаптація (відсутність житла, їжі, роботи і доходів, документів, проблем із працевлаштуванням).
- Брак коштів (на придбання медичних препаратів для зменшення проявів побічної дії МРТБ препаратів, повноцінне харчування, проїзд до місця отримання препаратів, на покупку вітамінів, одягу, тощо).
- Прояви побічних ефектів від препаратів лікування МРТБ – на сьогодні держава не відшкодовує вартість препаратів підтримуючої терапії, які зменшують побічні дії та дають змогу краще перенести лікування.
- Недооцінка ризику для свого здоров'я і життя через недостатню поінформованість хворих про наслідки переривання лікування і можливість заразити близьких.
- Прояви стигми з боку медичного персоналу, сусідів, колег по роботі, близького оточення, а також самостигматизація хворих на МРТБ.
- Недовіра до медперсоналу і інформації, що надається ним.

«Людам не говорю, что ТБ, потому что тогда все село «на ухах будет» (сплетни, косые взгляды)»

«Но я к Мифодичу (областной ТБ диспансер) на 5 этаж ни за что не вернусь – он садист, там тюрьма – отношение к больному как к скоту, мне плохо, а им все по барабану»

«Инвалидность не могу оформить. Мне «Зайчиха» прямым текстом сказала – 100 баксов и будет тебе пенсия»

«Стал слепнуть и глохнуть из-за лекарств – это главная причина. Говорил фтизиатру – она молчит или говорит, что это пройдет. В Сливино лежал – там все глухие, слепые. Я решил, что лучше бросить пить лекарства и остаться не совсем глухим и слепым, т.к. кто меня будет потом из ложечки кормить? Кому я нужен? Живу один. Сколько мне отмерено – столько и проживу».

При плануванні виписки хворого зі стаціонару лікар-фтизіатр телефонує в медичний заклад, куди планують передати хворого на амбулаторне лікування. Після отримання ПТП для цього хворого медичний заклад повідомляє стаціонар і уточнює дату виписки хворого. Проте трапляються випадки, коли хворі «губляться» і не доходять до медичного закладу, щоб продовжити лікування.

При підготовці засудженого до звільнення адміністрація колонії за 3 місяці до звільнення подає інформацію до органів внутрішніх справ про повернення звільненого до заявленого місця проживання. Також за місяць до звільнення хворого на МРТБ його починають готувати до продовження лікування в умовах свободи і направляють запит до лікувального закладу за місцем проживання. На жаль, відповіді з органів міліції до колонії, як правило, не приходять. Тому дуже часто звільнені хворі на активній фазі лікування можуть змінити своє заявлене місце проживання, не доїхати до місця і відповідно не стати на облік для продовження лікування.

За словами респондентів схема контрольованого лікування на амбулаторному етапі часто порушується: ліки видаються хворим на тиждень або і на місяць. Крім того, хворі часто не приходять на щомісячні моніторингові візити до районного фтизіатра.

Для того, щоб хворі не переривали лікування, необхідна така допомога:

- Близькість закладу, де хворі отримують ПТП, до місця роботи та отримання щоденних/щотижневих продуктивних наборів.
- Запровадження ефективної моделі супроводу хворих на МРТБ, яка передбачає націлений на результат індивідуальний і комплексний підхід в наданні медичної та соціально-психологічної допомоги із врахуванням потреб конкретної людини.
- Підтримка мотивації хворих щоденно приймати ліки і завершувати лікування мотиваційними продуктивними наборами (мінімум 2 рази в місяць), медикаментами для зменшення проявів побічних ефектів, послугами діагностики (за потребою), коштами на проїзд в поліклініку.
- Допомога у вирішенні соціальних проблем (вирішення проблем з житлом, оформленням інвалідності або пенсії, працевлаштуванням, відновленням документів).
- Інформаційна та психологічна допомога (підвищення рівня обізнаності про лікування МРТБ, побічні дії ПТП; зменшення негативних наслідків втоми від тривалого прийому ліків).
- Посилення координації та взаємодії протитуберкульозної служби та НУО шляхом створення мультидисциплінарних команд (МДК) в місцях надання послуг з чітким визначенням функцій учасників, порядку взаємодії та регулярними зустрічами. До складу МДК повинні входити районний/дільничний фтизіатр, медсестра кабінету ДОТ, соціальний працівник, психолог і юрист.
- Вчасне виявлення хворих на МРТБ з високим ризиком відривів від лікування на амбулаторному етапі та розробка для них індивідуальних планів соціального супроводу, включаючи при необхідності доставку ліків у зручне для хворого місце.

«Получаю сам на месяц. Живу в селе – 20 км от Снигиревки».

«...каждый день ходил получать таблетки. Иногда на неделю давали. Лечение бросил осенью 2014 г.»

«Психологическая помощь нужна, а то я стесняюсь спросить лишнее».

«Уважение и доброта от медработников нужна, понимание и гибкость в предоставлении услуг. Бог с ними с наборами, лишь бы по-человечески относились».

-
- Формування толерантності у медпрацівників, які задіяні в процесі лікування хворих на МРТБ, шляхом проведення навчання з питань ефективного спілкування та консультування хворих на МРТБ.
 - Формування місцевої політики щодо інституалізації моделі супроводу хворих на МРТБ (інформування громади та влади щодо ефективності моделі супроводу хворих на МРТБ, включення до місцевих цільових програм заходів супроводу хворих на МРТБ).
 - Залучення ресурсів місцевих громад для забезпечення стійкості моделі (забезпечити соціальним працівникам можливість безкоштовного проїзду з метою доставки препаратів лікування хворим на МРТБ).

Починаючи з 2011 року Україна отримує підтримку від Глобального Фонду за програмами «Розвиток довгострокової системи надання комплексних послуг з профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування, догляду та підтримки серед груп високого ризику та ЛЖВ в Україні» та «Зниження захворюваності туберкульозом в Україні шляхом розширення та покращення доступу до високоякісних послуг з профілактики та лікування туберкульозу». Соціально-психологічна допомога хворим на МРТБ у Полтавській та Миколаївській областях в основному фінансується Глобальним Фондом і USAID в рамках проекту Challenge TB і надається Товариством Червоного Хреста України. Вона полягає у видачі продуктових наборів та гігієнічних засобів тим хворим, які не пропускають лікування, а також у допомозі з одягом із банку одягу. Проте таких послуг потребують значно більше хворих на МРТБ, а також Товариство Червоного Хреста не може надавати ширшого спектру послуг, які потрібні хворим на МРТБ, наприклад послуги юриста, допомога у виробленні документів тощо.

Державні служби соціального захисту отримують державне фінансування для підтримки малозабезпечених громадян (відшкодування коштів на проїзд, харчування, одяг тощо) і мають мережу спеціальних закладів (центри реабілітації, притулки для безхатченків тощо). Неурядові організації «Світло надії» (Полтава), «Ініціатива заради життя» (Миколаїв) та «Вихід», які будуть впроваджувати цю стратегію в Полтавській та Миколаївській областях, вже співпрацюють з державними службами соціального захисту, але цю співпрацю потрібно посилити, щоб більш ефективно використовувати кошти і уникати дублювання.

Мета та завдання національної програми протидії туберкульозу на 2013-2016 рр.

Загальнодержавна цільова соціальна програма протидії захворюванню на ТБ розрахована на 2012-2016 роки. Метою програми є поліпшення епідемічної ситуації в напрямі зменшення кількості хворих на туберкульоз, зниження рівня захворюваності та смертності від нього, ко-інфекції (туберкульоз/ВІЛ-інфекція), темпів поширення МРТБ шляхом реалізації державної політики, що ґрунтується на принципах забезпечення загального та рівного доступу населення до високоякісних послуг з профілактики, діагностики і лікування туберкульозу.

Одним з пріоритетних завдань національної програми є необхідність оптимізації системи надання медичної допомоги хворим на ТБ. Стара система, яка базувалася на стаціонарному лікуванні всіх хворих на ТБ, не забезпечувала належну якість лікування хворих, створювала передумови для внутрішньо-лікарняної передачі ТБ та вимагала значних фінансових витрат на утримання протитуберкульозних закладів. У таких умовах головним завданням стає реформування протитуберкульозної служби, використовуючи пацієнт-орієнтований підхід у наданні медичної допомоги хворим на ТБ, та підвищення якості ДОТ-лікування хворих на амбулаторному етапі.

Розв'язання проблеми МРТБ можливе шляхом виконання ряду завдань, серед яких лікування хіміорезистентного туберкульозу та розвитку системи амбулаторної допомоги; підвищення якості контрольованого лікування МРТБ через розширення мережі кабінетів контрольованого лікування в закладах охорони здоров'я та впровадження елементів такого лікування в систему первинної медичної допомоги; та залучення громадських організацій до активної участі у протидії захворюванню на МРТБ, забезпечення захисту населення, що має обмежений доступ до медичної допомоги, формування у суспільстві толерантного ставлення до осіб, хворих на туберкульоз, і ВІЛ-інфікованих осіб та запобігання їх дискримінації в системі закладів охорони здоров'я.

В рамках реформи охорони здоров'я в Україні недавно був прийнятий новий протокол надання медичної допомоги хворим на ТБ – «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної та третинної медичної допомоги дорослим «Туберкульоз» (затверджений наказом МОЗ України від 04.09.2014 № 620), який призначений для лікарів загальної практики – сімейних лікарів, лікарів-терапевтів, лікарів-фтизіатрів, лікарів медицини невідкладних станів, інших медичних працівників, які беруть участь у наданні медичної допомоги хворим на ТБ. Основною метою даного уніфікованого клінічного протоколу є створення ефективної системи надання медичної допомоги хворим на ТБ на всіх рівнях надання медичної допомоги відповідно до сучасних міжнародних принципів та підходів. Особливістю цього протоколу є принципові зміни в організації лікування хворих на ТБ з акцентом на амбулаторному етапі лікування, оптимізації підходів до стаціонарного лікування хворих та проведення контрольованої терапії хворим на ТБ із залученням не лише медичного персоналу протитуберкульозної служби, а й персоналу закладів первинної медичної допомоги, соціальних працівників, волонтерів неурядових організацій тощо. Для впровадження цього протоколу Департаментом охорони здоров'я Полтавської обласної державної адміністрації був виданий наказ «Про впровадження моделі амбулаторного лікування хворих на туберкульоз через заклади первинної мережі в Полтавській області».

Дана стратегія розроблена в підтримку виконання завдань загальнодержавної, а також Миколаївської та Полтавської обласних програм протидії захворюванню на ТБ та вищезгаданого протоколу і наказу.

Завдання та основні напрямки надання соціально-психологічної підтримки хворим на МРТБ на амбулаторному етапі лікування

Заходи соціально-психологічної підтримки (СПП) хворих на МРТБ не можуть бути ефективними, якщо вони плануються без врахування конкретних проблем та завдань обласних та національної програм протидії ТБ. У цьому розділі продемонстровано, як завдання та заходи СПП допомагають усунути причини відриву від лікування хворих на МРТБ, а також як вони пов'язані з конкретними завданнями обласних програм боротьби з ТБ. Це дозволить оцінити результати заходів СПП та їх внесок у виконання цих завдань.

ПОЛТАВСЬКА ОБЛАСТЬ

Завдання обласної програми №1:

Підвищення якості контрольованого лікування шляхом створення розгалуженої мережі кабінетів контрольованого лікування в закладах охорони здоров'я, впровадження соціального супроводу пацієнтів на етапі амбулаторного лікування, додаткового навчання медичного персоналу для підвищення його спроможності у виробленні прихильності пацієнта до лікування туберкульозу.

Завдання соціально-психологічної підтримки (СПП) №1:

Забезпечити комплексний соціальний супровід хворих на МРТБ на амбулаторному етапі лікування.

Заходи СПП:

1. Створення індивідуальних планів соціального супроводу хворих на МРТБ з високим ризиком відриву від лікування на основі оцінки їх індивідуальних потреб у тісній співпраці з протитуберкульозною службою.
2. Створення мультидисциплінарних команд.
3. Надання послуг, базуючись на індивідуальних потребах хворого на МРТБ (забезпечення тимчасового проживання, харчування, відновлення паспорту, допомога з працевлаштуванням, консультації юриста і психолога психолога).
4. Забезпечення оплати медичних препаратів та діагностики хворим на МРТБ за призначенням лікаря для зменшення проявів побічної дії лікування МРТБ.
5. Забезпечення хворих подарунковими сертифікатами для покупки продуктів харчування з метою підвищення мотивації до лікування МРТБ.
6. Розробка інформаційних матеріалів про наслідки переривання лікування та про побічні дії протитуберкульозних препаратів та можливості зменшити їх вплив на хворого.

Завдання обласної програми №2:

Розробка та впровадження ефективної програми подолання проблеми ТБ/ВІЛ ко-інфекції для покращання координації зусиль закладів охорони здоров'я, неурядового сектору у веденні випадку ТБ/ВІЛ ко-інфекції та підвищення доступу представників уразливих груп населення до послуг з профілактики, виявлення, діагностики та комплексного лікування пацієнта з ТБ/ВІЛ ко-інфекцією.

Завдання обласної програми №3:

Посилення взаємодії та координації між управліннями, відомствами та інститутами громадянського суспільства щодо своєчасної діагностики і лікування хворих на звичайний ТБ та МРТБ осіб з груп ризику, зокрема бездомних осіб, осіб, які перебувають в місцях позбавлення

волі, та організації контрольованого лікування хворих на активний ТБ, що звільнилися з місць позбавлення волі.

Завдання СПП №2:

Сприяти сталості впровадження стратегії соціально-психологічної підтримки хворих на МРТБ на обласному рівні.

Заходи СПП:

1. Участь в роботі обласної координаційної ради.
2. Участь в розробці обласної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2017-2020 роки.
3. Висвітлення проблеми низької прихильності до лікування МРТБ, ролі СПП та проведених заходів в засобах масової інформації.

Очікувані результати:

- підвищення рівня знань хворих на МРТБ щодо наслідків відмови чи перерви лікування;
- покращення психологічного стану хворих на МРТБ, забезпечення хворих житлом, харчуванням, документами, місцем праці;
- зменшення відривів від лікування та покращення прихильності до лікування МРТБ;
- збільшення кількості хворих на МРТБ, що закінчили повний курс лікування;
- виділення місцевого фінансування соціально-психологічної підтримки хворих на МРТБ та включення цього питання в нову обласну програму протидії ТБ.

МИКОЛАЇВСЬКА ОБЛАСТЬ

Завдання обласної програми протидії захворюванню на ТБ:

1. Взаємодія та координація зусиль між УОЗ, УМВС та Державною пенітенціарною службою області по продовженню лікування хворих на туберкульоз, прибулих з місць позбавлення волі.
2. Впровадження заходів соціального захисту малозабезпечених осіб, які хворіють на туберкульоз та членів їх сімей.
3. Підвищення якості контрольованого лікування хворих на туберкульоз через кабінети контрольованого лікування в закладах охорони здоров'я.

Завдання СПП №1:

Надання комплексної соціально-психологічної допомоги хворим з МРТБ, включаючи засуджених, звільнених з місць позбавлення волі для забезпечення безперервності та покращення прихильності до лікування.

Заходи СПП:

1. Формування МДК, проведення ввідного інструктажу з інфекційного контролю, проведення щомісячних засідань МДК для обговорення надання соціально-психологічної підтримки хворим на МРТБ.
2. Складання індивідуального плану соціального супроводу хворих на МРТБ.
3. Проведення індивідуальних консультацій психолога з хворими на МРТБ з метою формування прихильності до лікування, профілактики депресивно-тривожного стану під час лікування на амбулаторній фазі.
4. Проведення індивідуальних консультацій соціального працівника для вирішення соціально-побутових проблем хворих на МРТБ з метою формування прихильності до лікування.

-
5. Проведення індивідуальних консультацій юриста для звільнених засуджених, хворих на МРТБ, з правових питань з метою формування прихильності до лікування.
 6. Видача заохочення хворим – карточок поповнення мобільного рахунку, продуктових наборів або перечислення коштів на індивідуальну картку в супермаркеті.
 7. Транспортування хворих на МРТБ М-, звільнених з колонії, до місця проживання в Миколаївській області, допомога у постановці на облік фтизіатра в медичному закладі за місцем проживання.
 8. Транспортування хворих на МРТБ М+, звільнених з колонії, до обласного протитуберкульозного диспансеру для продовження інтенсивної фази лікування в стаціонарі і запобігання «втрати» хворих з бактеріовиділенням на шляху з колонії до медичного закладу.
 9. Щоденний зв'язок з куратором ДОТ та хворим на МРТБ для запобігання відривів від лікування і при необхідності допомоги у розшуку хворих.
 10. Розробка інформаційних матеріалів про наслідки переривання лікування та про побічні дії протитуберкульозних препаратів та можливості зменшити їх вплив на хворого.

Завдання СПП №2:

Формування толерантного ставлення до хворих на МРТБ у медсестер первинної медико-санітарної допомоги, відповідальних за контрольоване лікування хворих на МРТБ.

Заходи СПП:

Тренінг медсестер первинної ланки (кураторів ДОТ) з питань формування толерантного ставлення до пацієнта, попередження дискримінації, мотивування до безперервності лікування.

Очікувані результати:

- зменшення кількості хворих на МРТБ М-, що звільнилися з місць позбавлення волі і не з'явилися до фтизіатра в медичному закладі за місцем проживання та припинили лікування;
- зменшення кількості хворих на МРТБ М+, що звільнилися з місць позбавлення волі і втрачені для медичного та соціального супроводу;
- підвищення рівня знань хворих на МРТБ щодо наслідків відмови чи перерви лікування;
- покращення психологічного стану хворих на МРТБ, забезпечення хворих житлом, харчуванням, документами, місцем праці;
- покращення ставлення медичних працівників первинної медико-санітарної допомоги до хворих на МРТБ;
- зменшення відривів від лікування та покращення прихильності до лікування МРТБ;
- збільшення кількості хворих на МРТБ, що закінчили повний курс лікування;

МЕХАНІЗМ НАДАННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ХВОРИМ НА МРТБ

Командний підхід

Амбулаторне лікування може бути організовано за різними моделями:

1. хворий особисто приходить за ПТП в кабінет фтизіатра, ДОТ-кабінет, ПСМД (ФАП, амбулаторія) за місцем проживання, або денний стаціонар (із маніпуляційним кабінетом для ін'єкцій та харчуванням);
2. доставка ПТП до хворого куратором ДОТ (медсестра ТЧХУ, протитуберкульозної служби чи ПСМД, соціальний працівник, довірена особа тощо).

Вибір оптимальної моделі проводять лікуючий лікар, районний/дільничний фтизіатр разом із хворим. Кожен хворий, яку б модель амбулаторного лікування не вибрав, залишається під наглядом районного/дільничного фтизіатра. Ефективного лікування на амбулаторному етапі можна досягти лише за умови повноцінного командного підходу з боку різних служб: фтизіатричної, ПСМД, соціальної служби, громадських організацій, лікарів вузьких спеціальностей тощо в залежності від індивідуальних потреб хворого. Основним у команді є дільничний фтизіатр, що визначає тактику ведення хворого.

Особистість пацієнта – багатогранна, як і проблеми, з якими він зустрічається при прийомі протитуберкульозної терапії. Ізольований підхід при веденні випадків МРТБ, націлений виключно на лікування, не дає потрібної ефективності. Лікування МРТБ неможливе без врахування і вирішення проблем конкретного пацієнта. Ні один спеціаліст не може самостійно допомогти у вирішенні всіх проблем хворого на МРТБ, тому для досягнення бажаного результату ефективності лікування хворих з високим ризиком відриву від лікування необхідно об'єднання зусиль всіх спеціалістів, чия допомога необхідна конкретному хворому. Найбільш придатною моделлю організації лікувального процесу пацієнтів із широким спектром різноманітних проблем та відсутністю мотивації до лікування є мультидисциплінарна команда (МДК), яка добре себе зарекомендувала при веденні ВІЛ-інфікованих хворих. Беручи до уваги епідеміологічні відмінності в перебігу ВІЛ-інфекції та МРТБ, є низка подібних характеристик у поведінці цільових груп пацієнтів – наявність хімічної залежності (алкоголізм, наркоманія), ставлення до свого діагнозу, комплекс соціальних та психологічних проблем, ставлення до диспансеризації та лікування.

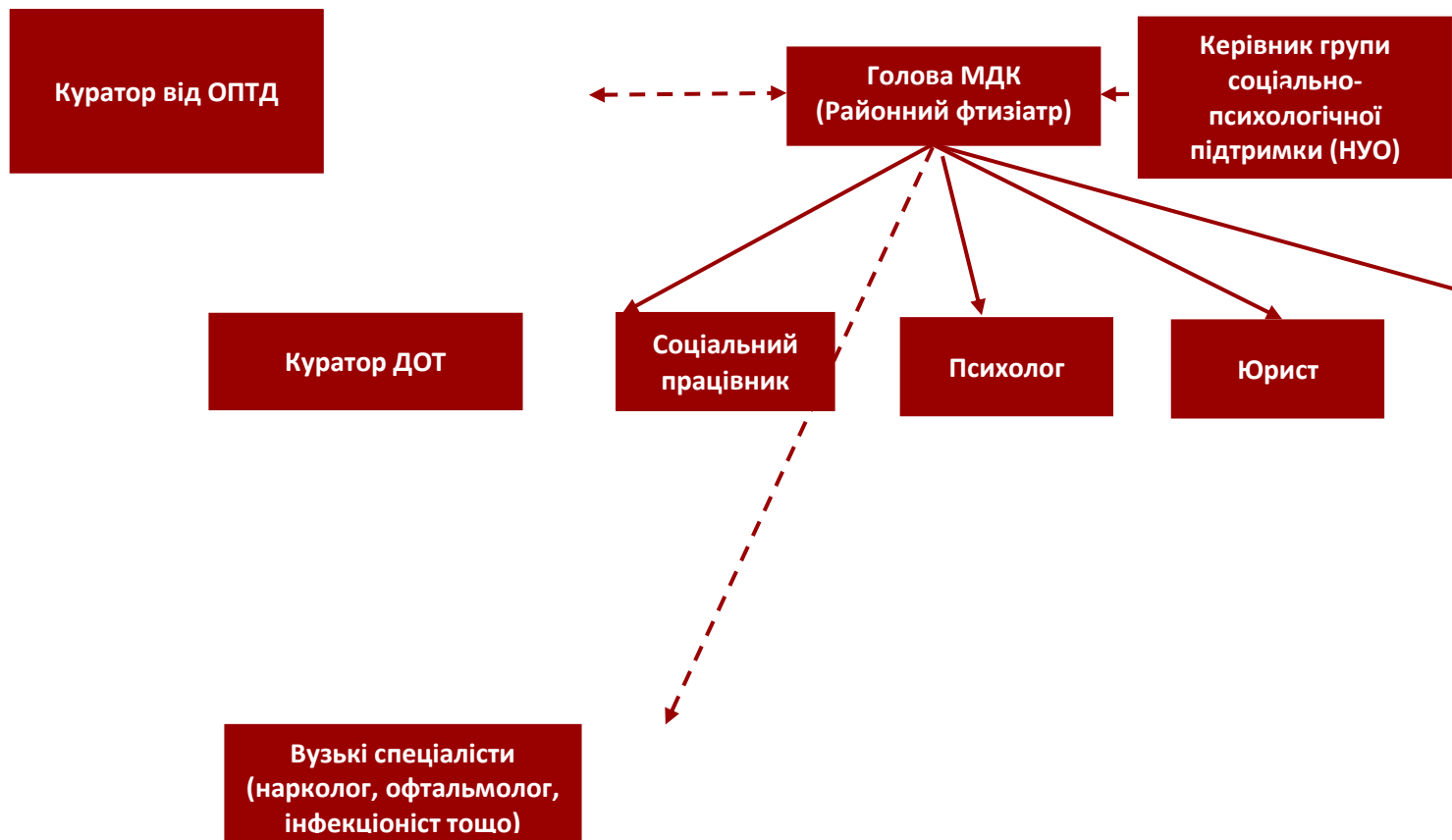
Мета роботи МДК – зменшення відривів від лікування, формування стійкої прихильності до лікування та утримання хворого на лікуванні до повного його завершення шляхом надання комплексної медичної та соціально-психологічної пацієнт-орієнтованої підтримки хворих на МРТБ на амбулаторному етапі лікування.

Основні функції МДК:

- Визначення потреб хворого для соціально-психологічної підтримки.
- Забезпечення лікування хворого протягом всього курсу лікування.
- Активне виявлення та вчасне купірування побічних ефектів.
- Швидка і якісна взаємодія/обмін інформацією між куратором ДОТ та іншими членами МДК для забезпечення безперервності лікування.
- Тісна взаємодія з протитуберкульозною службою та неурядовою організацією, що надає соціальний супровід.
- Забезпечення потреб хворого на МРТБ у соціально-психологічній підтримці.
- Надання необхідної інформації хворому та членам сім'ї стосовно МРТБ та з питань наявних соціально-психологічних послуг.
- Налагодження партнерства та взаємодія з державною службою соціального захисту населення, центром зайнятості, центром сім'ї та молоді, управлінням внутрішніх справ та іншими державними та неурядовими організаціями для залучення їх до надання послуг.
- Моніторинг лікування.

МДК створюється на основі наказу Обласного Департаменту охорони здоров'я.

Рисунок 4. Організаційна структура МДК



Принципи роботи МДК:

- Пацієнт-орієнтований підхід.
- Єдина мета.
- Використання методики кейс-менеджменту (соціального супроводу).
- Конфіденційність.
- Координація зусиль і уникнення дублювання послуг.
- Широка мережа партнерів.

Соціальний супровід – багаторівневий безперервний процес, що призначений для тих хворих на МРТБ (і при потребі родичам), які без спеціальної допомоги не зможуть отримати доступ до своєчасного життєво-важливого лікування. Він забезпечує комплексне вирішення медико-соціальних проблем, які перешкоджають хворому отримати доступ до лікування, і передбачає тривалу індивідуальну роботу з хворим, яка включає такі обов'язкові компоненти:

1. Пошук та залучення хворого на МРТБ з ризиком відриву від лікування.
2. Оцінка потреб хворого.
3. Складання індивідуального плану медичного і соціального супроводу хворого (разом з хворим).
4. Виконання плану.
5. Моніторинг та оцінка проміжних результатів та регулярна корекція плану.
6. Завершення – закриття випадку після того, як план виконаний і досягнутий бажаний результат.

Основним інструментом соціального супроводу є підтримуюче консультування, завданнями якого є:

- оцінка ситуації на момент контакту;
- виявлення проблеми, яка потребує негайного втручання;
- надання хворому психологічної підтримки, інформації та необхідних рекомендацій;
- допомога в прийнятті проінформованого рішення.

При цьому береться до уваги готовність хворого до змін (на якому етапі зміни поведінки він знаходиться): неусвідомлення ризику для власного здоров'я та здоров'я рідних; усвідомлення такого ризику; рішення завершити повний курс лікування на МРТБ; реальні дії, щоб щоденно приймати ПТП та завершити лікування.

Впровадження моделі МДК звільняє фтизіатра від непрофільної роботи за рахунок перерозподілу відповідальності між кваліфікованими спеціалістами, кожен з яких виконує конкретні завдання в зоні своєї відповідальності. Хворі, які схильні до маніпуляції, не можуть маніпулювати всіма членами команди. На зустрічах (при потребі, але не рідше одного разу на місяць) члени команди аналізують ситуацію, обмінюються інформацією і обговорюють наступні кроки супроводу хворих. Про проведення засідання складається протокол (копія надається керівнику групи соціально-психологічної підтримки).

Обов'язки членів МДК

Кожний член МДК повинен чітко знати свою сферу відповідальності та роль інших членів команди, щоб вільно орієнтуватися, до кого можна скерувати хворого при потребі, та для координації дій та ефективної роботи команди.

Основним у команді є районний/дільничний фтизіатр, що визначає тактику ведення хворого. Кожен хворий, яку б модель амбулаторного лікування не вибрав, залишається під наглядом районного/дільничного лікаря-фтизіатра:¹⁰

Районний лікар-фтизіатр/Голова МДК:

1. В співпраці з лікуючим фтизіатром ОПТД та хворим визначає куратора ДОТ для хворого на МРТБ на амбулаторному етапі лікування.
2. Оформляє документи хворого на центральну лікарську консультативну комісію (ЦЛКК) ХРТБ.
3. Представляє хворого на ЦЛКК ХРТБ.
4. Вносить дані (або організовує внесення даних) обстеження та лікування, прийнятих доз протитуберкульозних препаратів (ПТП) у реєстр хворих на ТБ (відповідно до результатів аналізів та листків прийому ПТП).
5. Постійно контролює куратора ДОТ, здійснює зв'язок та отримання оперативної інформації щодо пропуску доз хворим.
6. Зустрічається з хворим 1 раз на місяць для моніторингу результатів аналізів та визначення подальшої тактики лікування.
7. Призначає дообстеження та симптоматичне лікування у разі виникнення побічних реакцій на ПТП.
8. Встановлює результатів лікування, закриває випадок у реєстрі.
9. Спостерігає за особами, які знаходяться в контакті з хворими на МРТБ (одна жила площа, тісне спілкування тощо).

Куратор контрольованого лікування під безпосереднім спостереженням (ДОТ) (медсестра протитуберкульозної служби; медсестра кабінету ДОТ на базі загальнолікувального медзакладу, фельдшерсько-акушерського пункту, амбулаторії, тощо; соціальний працівник, волонтер, тощо):⁹

1. Забезпечує щоденно ДОТ кожному хворому, який знаходиться під супроводом.
2. Знає основні клінічні прояви загострення ТБ та своєчасно скеровує хворого на консультацію до районного/дільничного фтизіатра.
3. Знає основні клінічні прояви побічних реакцій ПТП та невідкладну допомогу при гострих проявах, своєчасно скеровує хворого на консультацію до районного/дільничного фтизіатра.
4. Відмічає кожен факт прийняття доз ПТП у ТБ-01-МРТБ (листках прийому ПТП).
5. Оперативно обмінюється інформацією з іншими членами МДК (ставить до відома соціальну службу, психолога, фтизіатра про проблеми чи складні життєві обставини хворого).
6. Надає хворому та членам сім'ї інформацію про МРТБ, заходи інфекційного контролю.
7. Передає хворому направлення на аналізи від лікаря-фтизіатра, контролює їх здачу та повідомляє лікаря-фтизіатра.
8. Сприяє отриманню хворим консультацій вузьких спеціалістів (інфекціоніста, офтальмолога, нарколога, ендокринолога і інших).
9. Оперативно повідомляє районного фтизіатра та соціального працівника про пропуск прийому ПТП хворим.
10. Бере участь у розшуку хворих, що відірвалися від лікування.

¹⁰ «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дорослим «Туберкульоз», Міністерство охорони здоров'я України, наказ №620 від 04.09.2014 р.



Керівник групи соціально-психологічної підтримки (менеджер проекту НУО):

1. Розробляє робочий план та план моніторингу і оцінки для проекту.
2. Разом з протитуберкульозною службою та пенітенціарною системою відбирає хворих на МРТБ з ризиком відриву від лікування для надання соціально-психологічної підтримки.
3. Координує роботу соціальних працівників, психологів, юристів та інших працівників, задіяних в проекті.
4. Обговорює з соціальними працівниками індивідуальні плани соціального супроводу хворих на МРТБ та внесення змін.
5. Проводить моніторинг виконання проекту та збору даних про ефективність роботи (індикаторів).
6. Розробляє необхідні текстові та фінансові звіти та звітує координатору від ОПТД та організації-донору.
7. Налагоджує партнерство з державними та неурядовими організаціями для залучення їх до надання послуг.
8. Здійснює пошук необхідних фінансових засобів для забезпечення надання необхідної соціально-психологічної підтримки хворим на МРТБ.

Соціальний працівник (кейс-менеджер):

Основна роль соціального працівника полягає в координації роботи з хворим на МРТБ різних фахівців, участь яких передбачена індивідуальним планом соціального супроводу. Він повинен по можливості усувати адміністративні та організаційні перешкоди, які виникають у ході надання необхідних йому послуг.

1. Разом з лікуючим фтизіатром, психологом ОПТД та психологом НУО проводить оцінку ризику відриву хворого від лікування та аналізує потреби хворого в соціально-психологічній підтримці (див. Анкета соціально-психологічного портрету хворого на МРТБ).
2. Приймає участь у визначенні куратора ДОТ для хворого на МРТБ на амбулаторному етапі лікування.
3. Розробляє, узгоджує з хворим (та при необхідності з членами сім'ї) та регулярно коректує індивідуальний план соціального супроводу хворого на МРТБ.
4. Координує роботу різних служб, участь яких передбачена індивідуальним планом соціального супроводу.
5. Регулярно зустрічається з хворим для виявлення проблем, що потребують негайного втручання, надання психологічної підтримки і консультування з питань туберкульозу.
6. Забезпечує проведення заходів заохочення та стимулювання хворих продовжувати лікування до повного його завершення:
 - видачу продуктивних наборів;
 - компенсацію проїзду хворого до місця отримання ПТП;
 - видачу карток супермаркету на фіксовану суму (замість продуктивних наборів).
7. Надає допомогу у вирішенні соціальних проблем (оформленні документів, пошуку житла, працевлаштування, трудовій реабілітації бездомних для відновлення здатності до професійної діяльності, забезпеченні одягом, гарячим харчуванням тощо).
8. Направляє або супроводжує хворого при його направленні в програму реабілітації, зниження шкоди тощо.
9. Допомагає забезпечити своєчасність та регулярність відвідань хворим районного/дільничного фтизіатра для проходження регулярного обстеження.
10. Регулярно контактує з куратором ДОТ стосовно щоденного прийому хворим ПТП, вияснює причини пропуску хворим лікування та надає допомогу у розшуку хворого, який відірвався.
11. Доставляє ПТП хворому для ДОТ, якщо хворий не може самостійно прийти за ними.

12. За необхідності здійснює супровід хворого на лікувально-діагностичні процедури в інші медичні установи.

Хворі, яким потрібен соціальний супровід, переважно мають ряд психологічних проблем (конфліктність; невміння висловлювати свої почуття, розуміти себе і інших, приймати рішення; залежна поведінка (алкоголь, наркотики); низька самооцінка; страх невдачі тощо). Часто їм потрібна допомога психолога чи психотерапевта для мотивації їх на соціальну адаптацію та лікування.

Психолог:

1. Разом з лікуючим фтизіатром, психологом ОПТД та соціальним працівником НУО проводить оцінку ризику відриву хворого від лікування, оцінює його психологічний стан та аналізує потреби хворого в соціально-психологічній підтримці.
2. Приймає участь у розробці та коректуванні індивідуального плану соціального супроводу хворого на МРТБ.
3. Проводить психологічне консультування хворих у разі зривів, важких психологічних станів тощо та за направленням іншого фахівця МДК чи лікуючого фтизіатра ОПТД (при відсутності психолога в штаті).

Юрист:

1. Надає необхідну правову допомогу за запитом хворого або його родини, роз'яснює закони щодо прав, пільг, обов'язків та відповідальності.
2. Допомогає у складанні офіційних документів юридичного характеру (заяв, скарг, майнових документів тощо).
3. Консультує з питань, пов'язаних з правом громадян на отримання соціальних послуг у державних, муніципальних та недержавних установах.
4. Допомогає у нотаріальному посвідченні та відновленні втрачених документів.
5. Надає допомогу у питаннях, пов'язаних з пенсійним забезпеченням, оформленням інвалідності.
6. Консультує з соціально-правових питань (цивільне, житлове, сімейне, трудове, адміністративне, кримінальне, конституційне право).

При необхідності до МДК залучаються інші фахівці.

Важливим елементом соціального супроводу є налагоджена система переадресації – скерування його до відповідних фахівців, які допомагають змінити ризиковану поведінку (медична та психологічна допомога, в тому числі нарколога, інфекціоніста тощо). Для того, щоб такі служби і програми були відкриті для хворих на МРТБ, МДК повинна мати домовленість (договір) з ними про прийом хворих, транспортування та супровід соціальним працівником хворого до установи, а також перевірку факту і результату надання послуги.

Звітність

Не рідше 1 разу в місяць:

- Соціальні працівники, психологи, юристи НУО звітують керівнику групи соціально-психологічної підтримки (менеджеру проекту НУО).
- Соціальний працівник звітується голові МДК (районному фтизіатру).
- Голова МДК звітується куратору від ОПТД.

АЛГОРИТМ НАДАННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ХВОРИМ НА МРТБ НА АМБУЛАТОРНОМУ ЕТАПІ ЛІКУВАННЯ

Надання соціально-психологічної підтримки хворим на МРТБ буде здійснюватися за такою схемою (Рисунок 5):

1. Залучення хворих на МРТБ і оцінка ризику відриву від лікування та індивідуальних потреб.

Хворі будуть залучатися до надання соціально-психологічної допомоги шляхом тісної координації дій НУО з Полтавським та Миколаївським обласними протитуберкульозними диспансерами та виправними колоніями областей, де відбувають покарання засуджені, за письмовою заявкою лікуючого лікаря-фтизіатра та за письмовою згодою хворого.

Критерії залучення клієнтів до соціального супроводу:

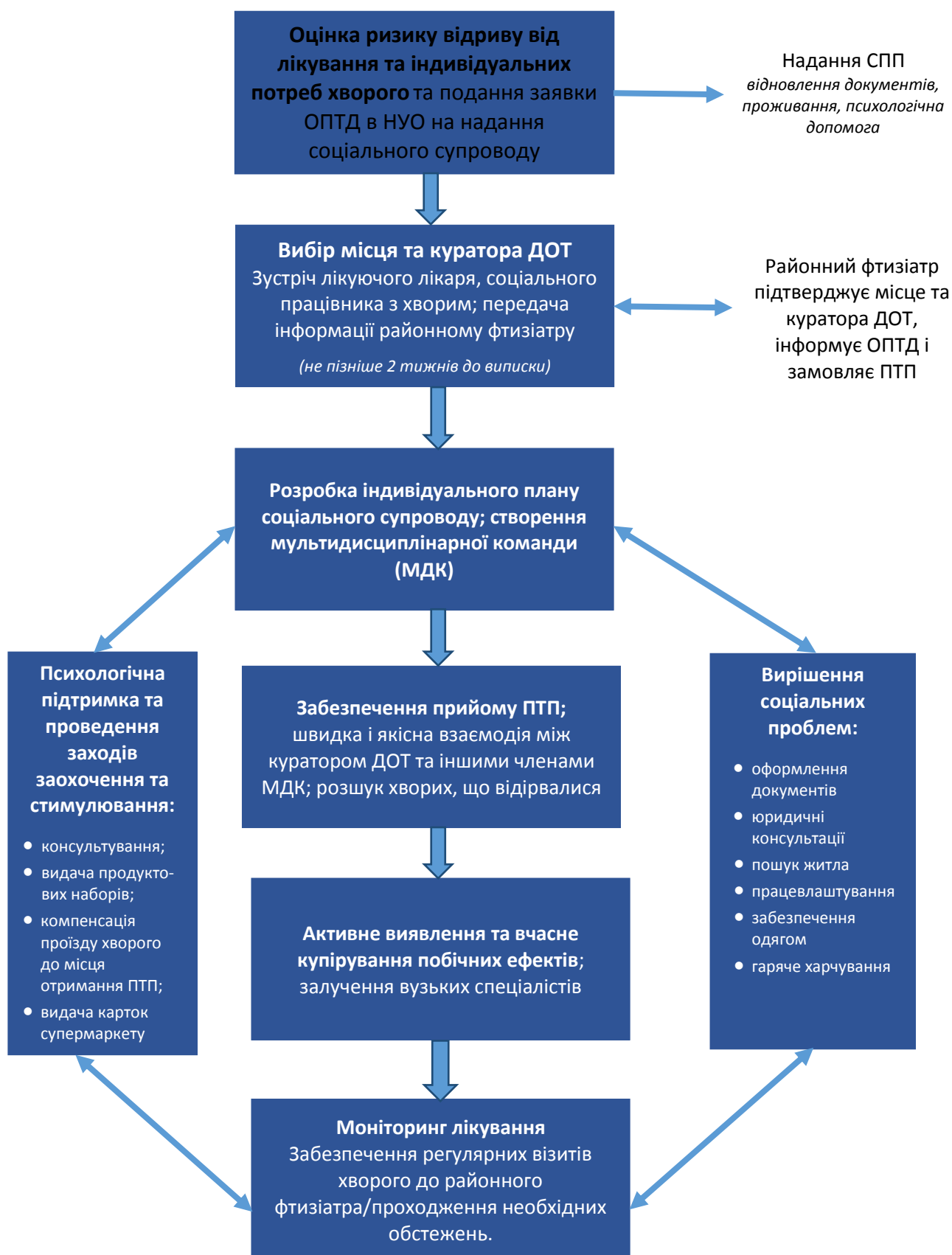
- хворий на МРТБ на амбулаторній фазі лікування з ризиком відриву від лікування (безхатченки; особи, які страждають від алкогольної чи наркотичної залежності; ВІЛ-інфіковані; безробітні тощо);
- хворий на МРТБ, що перебуває у місцях позбавлення волі, що звільняється і переходить на амбулаторне лікування, з ризиком відриву від лікування;
- заявка лікуючого лікаря-фтизіатра стаціонару (або районного фтизіатра) в НУО на надання соціально-психологічної підтримки.

До проекту можуть також залучатися хворі на МРТБ на амбулаторному лікуванні, які вже отримують медико-соціальний супровід від інших НУО (наприклад, Товариства Червоного Хреста), для отримання послуг, які відсутні і не можуть надаватися цією організацією при умові уникнення дублювання послуг.

Робота неурядових організацій з хворим починатиметься наприкінці етапу стаціонарного лікування при переході на амбулаторну фазу лікування або коли хворий звільняється з місць позбавлення волі. Також до отримання послуг можуть залучатися хворі, які вже знаходяться на амбулаторній фазі лікування і відмовляються його продовжувати або існує ризик переривання.

Первинна оцінка ризику відриву від лікування та індивідуальних потреб хворого проводиться в перші два тижні після госпіталізації психологом стаціонару або лікуючим лікарем для того, щоб при потребі надати хворому необхідну психологічну, юридичну чи соціальну підтримку поки він знаходиться в стаціонарі і таким чином запобігти виникненню проблем після виписки (наприклад, вироблення паспорту, пошук житла). В такому випадку лікуючий лікар може звернутися за допомогою в неурядову організацію, яка має таких фахівців та налагоджені зв'язки з потрібними службами.

Рисунок 5. Алгоритм надання соціально-психологічної підтримки (СПП) хворим на МРТБ на амбулаторному етапі лікування



Повторна оцінка ризику відриву від лікування та індивідуальних потреб хворого проводиться соціальним працівником разом з лікуючим лікарем при переводі хворого на амбулаторне лікування (включаючи тих хворих на МРТБ М-, які основний курс лікування, починаючи з першої дози, проходять амбулаторно). Для цього соціальний працівник заповнює «Анкету соціально-психологічного портрету хворого на МРТБ», що відображає різні аспекти життєвої ситуації хворого (див. Додаток 1).

2. Вибір місця та куратора ДОТ.

Пацієнт-орієнтований підхід передбачає створення максимально-комфортних умов для хворого для щоденного прийому ліків. Тому, готуючи хворого до амбулаторної фази, не пізніше двох тижнів до виписки зі стаціонару відбувається зустріч лікуючого лікаря та соціального працівника з хворим для обговорення, де йому буде зручно отримувати ПТП під наглядом куратора ДОТ по можливості за місцем проживання (кабінет ДОТ, ФАП, амбулаторія тощо). Ця інформація передається від ОПТД районному фтизіатру, який контактує вибраного хворим куратора ДОТ і підтверджує, що він готовий прийняти цього хворого на лікування. Районний фтизіатр інформує ОПТД і підтверджує місце та куратора ДОТ, а також замовляє ПТП.

3. Розробка індивідуального плану соціального супроводу та створення мультидисциплінарної команди (МДК).

Результати оцінки індивідуальних потреб хворого аналізуються соціальним працівником і використовуються для складання індивідуального плану соціального супроводу хворого (Додаток 2). В залежності від потреб хворого в МДК підбираються фахівці потрібного профілю. Індивідуальний план складається соціальним працівником разом з хворим з урахуванням його проблем, потреб, переваг та обмежень і узгоджується з МДК. Враховується фінансове становище, місце проживання, фізичний і психічний стан, практичні навички самостійного життя, зайнятість особи тощо. Участь хворого у розробці плану з самого початку підштовхує його до активної участі в процесі планування та надання послуг. У плані в зрозумілій для хворого формі чітко зазначаються мета та завдання соціального супроводу та заходи індивідуальної соціально-психологічної підтримки хворого. План підписується хворим і соціальним працівником. Також вони підписують «Поінформовану угоду про надання послуг» (Додаток 3).

Індивідуальний план переглядається персоналом в індивідуальний для кожного хворого термін, але не рідше одного разу на місяць. До індивідуального плану вносяться зміни, що відображають поточний стан хворого і результати надання соціально-психологічної допомоги хворому, що дає можливість визначити ступінь ефективності роботи соціального працівника та інших членів МДК.

4. Забезпечення прийому ПТП; швидка і якісна взаємодія між куратором ДОТ та іншими членами МДК; розшук хворих, що відірвалися.

На цьому етапі відбувається реалізація наміченого плану соціального супроводу для забезпечення безперервного лікування хворого. Це – основний і самий тривалий етап. МДК постійно оцінює результати лікування і на регулярних зустрічах обговорює проблеми пацієнта, шляхи їх вирішення і пропонує зміни в індивідуальний план.

Куратор ДОТ ретельно стежить за лікуванням хворого і підтримує тісний контакт з районним фтизіатром та соціальним працівником. У разі якщо хворий не з'являється за дозою ПТП, куратор ДОТ негайно інформує про це районного фтизіатра та соціального працівника, який допомагає з'ясувати причину, чому хворий не прийшов за ліками, та провести заходи для запобігання повторення подібної ситуації в майбутньому.

В процесі супроводу хворого з ним регулярно проводиться консультування в залежності від його стану на момент контакту з соціальним працівником з метою мотивації хворого продовжувати лікування та надається необхідна психологічна підтримка, проводяться заходи заохочення та стимулювання (видача продуктивних наборів; компенсація проїзду хворого до місця отримання ПТП тощо) і надається допомога у вирішенні соціальних проблем (оформленні документів, пошуку житла, працевлаштуванні, забезпеченні одягом тощо).

Мотивація хворого на боротьбу з хворобою неможлива без володіння хворим інформацією стосовно його хвороби і наслідків передчасного припинення лікування, тому соціальні працівники і інші члени МДК систематично надають хворому потрібну на даному етапі інформацію і переконуються, що він її зрозумів.

5. Активне виявлення та вчасне купірування побічних ефектів; залучення вузьких спеціалістів.
6. Моніторинг лікування. Забезпечення регулярних візитів хворого до районного фтизіатра/проходження необхідних обстежень.

ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ХВОРИМ НА МРТБ, ЩО ЗВІЛЬНИЛИСЬ З МІСЦЬ ПОЗБАВЛЕННЯ ВОЛІ

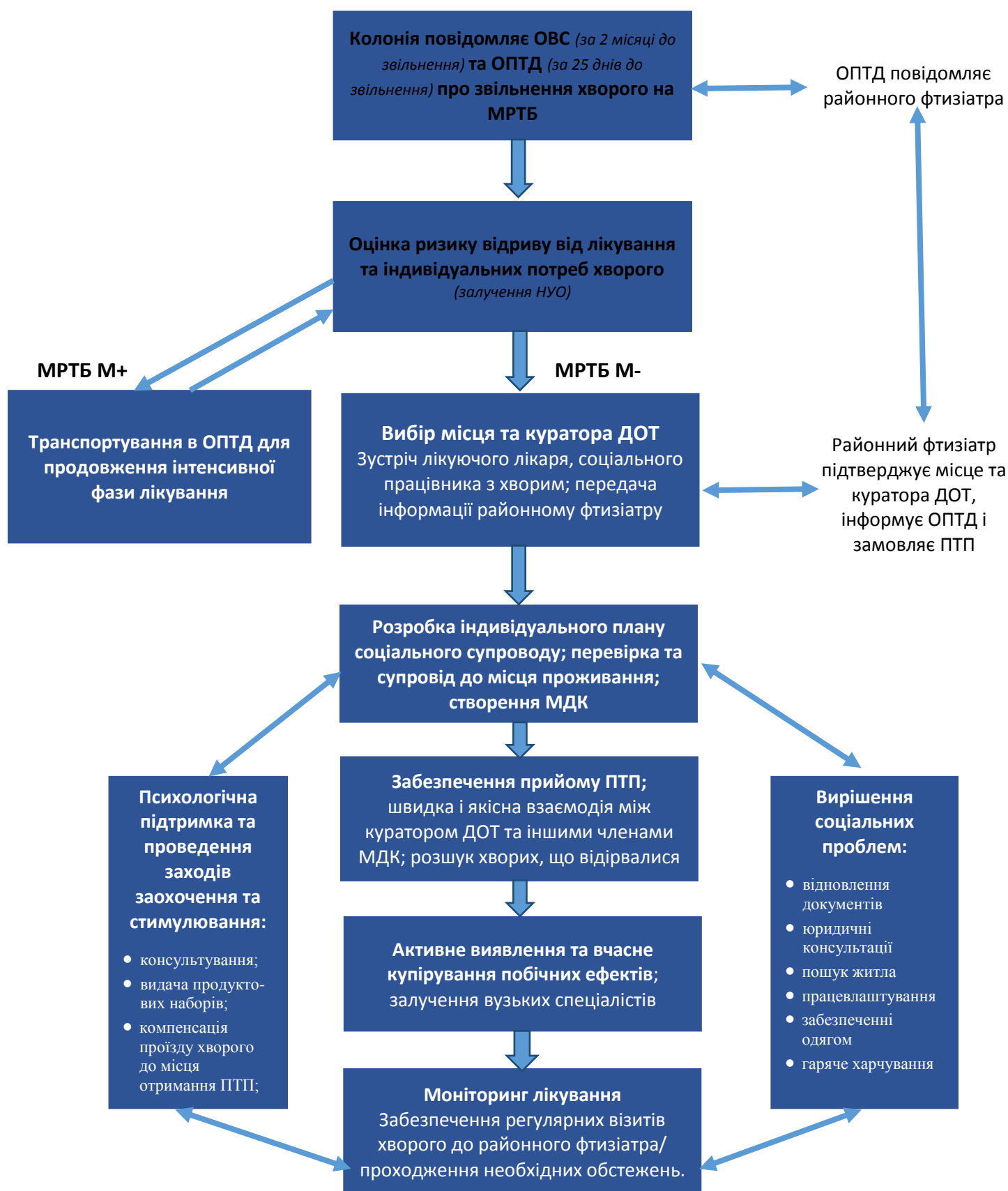
За два місяці до виходу з місць позбавлення волі колонія повідомляє органи внутрішніх справ та за 25 днів – обласний протитуберкульозний диспансер (ОПТД) про звільнення хворого на МРТБ. Під час візиту в колонію соціальний працівник обговорює з інспектором підготовки до звільнення, лікуючим лікарем закладу та засудженим, де він хотів би проходити лікування на амбулаторній фазі (при умові, що хворий не є бактеріовиділювачем), а також проводить оцінку ризику відриву від лікування та індивідуальних потреб хворого. ОПТД, в свою чергу, повідомляє районного фтизіатра, який контактує вибраного хворим куратора ДОТ і підтверджує, що він готовий прийняти цього хворого на лікування. Районний фтизіатр інформує ОПТД і підтверджує місце та куратора ДОТ, а також замовляє ПТП. ОПТД інформує колонію, що протитуберкульозна служба готова прийняти хворого на амбулаторне лікування (див. Рисунок 6). Подальші кроки здійснюються згідно вищеописаного алгоритму.

Якщо хворий на МРТБ, що звільняється з місць позбавлення волі, є бактеріовиділювачем, колонія залучає НУО, яка має може забезпечити транспортування хворого в ОПТД для продовження інтенсивної фази лікування.

ВПРОВАДЖЕННЯ СТРАТЕГІЇ

Стратегію надання соціально-психологічної підтримки хворим на МРТБ на амбулаторному етапі для формування стійкої прихильності до лікування у Полтавській та Миколаївській областях будуть впроваджувати Благодійна організація «Світло надії» (Полтава), Всеукраїнська благодійна організація «Ініціатива заради життя» (Миколаїв) та Миколаївський місцевий благодійний фонд «Вихід». У робочих планах НУО (Додаток 4) вказані мета та завдання обласної програми протидії захворюванню на ТБ, до виконання яких долучаються НУО своєю діяльністю; завдання соціально-психологічної підтримки та заходи, за допомогою яких ці завдання будуть досягнуті; регіон дії, термін виконання та відповідальні особи.

Рисунок 6. Алгоритм надання соціально-психологічної підтримки хворим на МРТБ, що звільнились з місць позбавлення волі



Моніторинг та оцінка

Ефективність надання соціально-психологічної допомоги хворим на МРТБ оцінюється за результатами систематичного моніторингу і оцінки.

Плани моніторингу і оцінки НУО, що будуть впроваджувати цю стратегію у тісній співпраці з протитуберкульозною службою та пенітенціарною системою Полтавської та Миколаївської областей включають (Додаток 5):

- завдання соціально-психологічної допомоги та заходи, які будуть впроваджуватися, щоб виконати ці завдання;
- очікувані результати від виконання цих заходів;
- механізм моніторингу, включаючи індикатори;
- звітність, включаючи графік та відповідальних осіб.

ІНДИКАТОРИ

Основний показник успішності роботи МДК – зміна поведінки хворого, запобігання відривів та підвищення ефективності лікування МРТБ. Індикатори включають:

Індикатор	Методика підрахунку
1. Охоплення – кількість і % хворих на МРТБ, які отримують соціально-психологічну допомогу.	Чисельник – кількість хворих на МРТБ, які отримують соціально-психологічну допомогу. Знаменник – кількість хворих на МРТБ, які знаходяться на лікуванні.
2. Рівень втрат – кількість і % хворих, які отримували соціально-психологічну допомогу і припинили лікування (втрачені для спостереження).	Чисельник – кількість хворих на МРТБ, які отримують соціально-психологічну допомогу і перервали лікування. Знаменник – кількість хворих на МРТБ, які отримують соціально-психологічну допомогу.
3. Рівень повернення на лікування – кількість і % хворих, які отримують соціально-психологічну допомогу і поновили лікування (після перерви – не більше 1 місяця).	Чисельник – кількість хворих на МРТБ, які отримують соціально-психологічну допомогу і перевали лікування терміном не більше 1 місяця та повернуті на лікування. Знаменник – кількість хворих на МРТБ, які отримують соціально-психологічну допомогу і перервали лікування.
4. Ефективність лікування.	Кількість і % хворих на МРТБ, які отримували соціально-психологічну допомогу і завершили лікування.

Список літератури

«Drug-Resistant TB. Surveillance & Response. Supplement Global Tuberculosis Report», WHO, 2014.

«Туберкульоз в Україні. (Аналітично-статистичний довідник)», Український центр контролю за соціально-небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України, 2015 р.

«Загальнодержавна цільова соціальна програма протидії захворюванню на туберкульоз на 2012-2016 роки», затверджена Законом України від 16 жовтня 2012 року № 5451-VI.

«Обласна соціальна програма протидії захворюванню на туберкульоз на 2013-2016 роки», затверджена рішенням Миколаївської обласної ради від 21.12.2012 р. № 21.

Обласна цільова соціальна програма протидії захворюванню на туберкульоз на 2013-2016 роки в Полтавській області.

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

«Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Ко-інфекція (туберкульоз/ВІЛ-інфекція/СНІД)», наказ МОЗ України № 1039 від 31.12.2014 р.

«Про впровадження моделі амбулаторного лікування хворих на туберкульоз через заклади первинної мережі в Полтавській області», Департамент охорони здоров'я Полтавської обласної державної адміністрації, наказ №854 від 21.09.2015 р.

TB CARE «Patient Centered Approach Strategy».

A. Toczec, H. Cox, P. du Cros, G. Cooke, N. Ford «Strategies for Reducing Treatment Default in Drug-Resistant Tuberculosis: Systematic Review and Meta-Analysis», The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, 2012, №17, стор. 299-307.

A. Skrahina, V. Rusovich, M. Dara, L. Zhylevich, H. Hurevich «MDR-TB in Belarus, the Role of Outpatient Care Strengthening and Social Support», International Journal of Mycobiology, 2015, №4, стор. 79.

G. Kaliakbarova, S. Pak, N. Zhaksylykova, G. Raimova, B. Temerbekova, S. van den Hof «Psychosocial Support Improves Treatment Adherence Among MDR-TB Patients: Experience from East Kazakhstan», The Open Infectious Diseases Journal, 2013, 7: 60-64.

S. van den Hof, D. Collins, I. Leimane, E. Jaramillo, A. Gebhard «Lessons Learned from Best Practices in Psycho-Socio-Economic Support for Tuberculosis Patients», KNCV, 2014.

S. Bergeson, J. Dean «System Approach to Patient-Centered Care», JAMA, 2006; 296(23): 2848-2851.

A. Howe «Can the Patient Be on Our Team: an Operational Approach to Patient Involvement in Inter-Professional approaches to Self Care, Journal of Interprofessional Care», October 2006; 20(5): 527-534.

International Alliance of Patients' Organizations (IAPO) «What Is Patient-Centered Healthcare?: Review of Definitions and Principles», June 2007.

М. Кужко, А. Михайлова, О. Ахтирський «Вплив комплексу соціально-психологічної підтримки на ефективність лікування хворих на туберкульоз легень», Запорізький медичний журнал, 2011, том 13, №2, 10-13.

World Health Organization (WHO) «Guidelines for the Programmatic Management of Drug-Resistant Tuberculosis – 2011 update», 2011.

World Health Organization (WHO) «Companion Handbook to the WHO Guidelines for the Programmatic Management of Drug-Resistant Tuberculosis», Chapter 12: Patient-Centered Care, Social Support and Adherence to Treatment: 178-189, 2014

World Health Organization (WHO) «Management of MDR-TB : A Field Guide : A Companion Document to Guidelines for Programmatic Management of Drug-Resistant Tuberculosis : Integrated Management of Adolescent and Adult Illness», 2009.

World Health Organization (WHO) «Best Practices in Prevention, Control and Care for Drug-Resistant Tuberculosis», 2013.

S. Munro, S. Lewin, H. Smith, M. Engel, A. Fretheim, J. Volmink «Patient Adherence to Tuberculosis Treatment : a Systematic Review of Qualitative Research», PLoS Medicine 2007; Vol. 4, Issue 4: 1230-1245.

Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) «На пути к ликвидации туберкулеза в Европейском регионе ВОЗ: медицинская помощь, ориентированная на нужды людей», 2015 г.

World Care Council «Patients' Charter for Tuberculosis Care», 2006.

Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) «План действий по борьбе с туберкулезом для Европейского региона ВОЗ на 2016–2020 гг.», 2015 г.

World Health Organization (WHO) «Gear up to End TB. Introducing the End TB Strategy», 2015.