**Слайд 1**

**Эффективность школы здоровья для пациентов, страдающих туберкулезом в сочетании с психическими расстройствами**

**Т. А. Слепцова,**

**медицинская сестра палатная**

**психиатрического**

**туберкулёзного отделения №15**

**БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова»**

**Слайд 2**

**Добрый день уважаемые коллеги!**

В настоящее время эффективность лечения больных туберкулезом даже после внедрения в ряде территорий контролируемой терапии, к сожалению, остается низкой. Одной из причин этому - прерывание химиотерапии и ее досрочное прекращение. Прежде всего, эта проблема касается лиц с психическими расстройствами в связи с отнесением последних к глубоко дезадаптированному контингенту.

Туберкулез, и, в еще большей степени, психическое расстройство, относят­ся к заболеваниям, которые вызывают отгороженность, дистанцированность и дис­криминацию психически больных со стороны общества. Реакцией больного на стигматизацию общества является его самостигматизация и отсутствие мотивации к лечению. Что, в свою очередь, ставит **актуальным** вопрос изменения методологического подхода к превенции, лечению и реабилитации психически больных, страдающих туберкулезом легких, основанного на биопсихосоциальной модели заболевания.

В Омской областной психиатрической больнице на базе психиатрического туберкулезного отделения № 15 организована и работает Школа здоровья для психически больных, страдающих туберкулезом легких.

С **целью** определения эффективности и обоснования тактики обучения, профилактических и реабилитационных мероприятий в Школе здоровья для пациентов с психическими расстройствами коморбидными туберкулезу, нами было проведено исследование.

**Слайд 3**

Дизайн исследования представлен на слайдах.

Работа проводилась в психотуберкулезном отделении №15 Областной психиатрической больницы в период с 2011 по 2014год. За этот период в Школе прошли обучение 168 (что составило 20,4% от всех пролеченных за этот период пациентов) пациентов, в возрасте от 25 до 58 лет, страдающих психическим заболеванием в сочетании с активным туберкулезом легких. Из них было **42** (25%) женщины и **126** (75%) мужчин.

Со всеми слушателями Школы проводилось анкетирование по оценке знаний о заболевании (**на первом и последнем занятии**), качества обучения в Школе (**на последнем занятии**), а также анкетирование с целью выявления отношения пациента к болезни, социальной поддержке и медицинскому персоналу.

Оценка эффективности проводилась по следующим индикаторам: закрытие полостей распада и прекращение бактериовыделения в соответствии с данными клинико-рентгенологического и бактериологического исследования.

+Д – положительная динамика, эффективное лечение

-Д – отрицательная динамика, неэффективное лечение

0Д – динамика отсутствовала, течение туберкулеза вялое, затяжное, торпидное или волнообразное. Лечение неэффективное.

Для оценки вероятности благоприятного исхода туберкулеза легких был использован количественный показатель: равный отношению процента больных с эффективным лечением к проценту больных с неэффективным лечением.

В виду отсутствия возможности проследить продолжение лечения пациента на амбулаторном этапе после выписки из стационара, были взяты за основу такие показатели, как количество прервавших лечение в связи с выпиской и повторных поступлений в стационар по психическому состоянию.

**Слайд 4**

«Базовый» социальный статус обследуемых представлен следующим образом: Работающих было - **9** (5,4%) человек, безработных трудоспособного возраста -**45**(26,8%) человек, пенсионеров по инвалидности -**102**(60,7%) , пенсионеров по возрасту- **12** (7,1%).

10,7%(**18** человек) не имели определенного места жительства. 11,3% (**19** человек) ранее находились в исправительно-трудовых учреждениях.

Интерактивную, двустороннюю связь с родственниками имели **57** (33,9%) пациентов, у **111**(66,1%) пациентов связь с родственниками была формальная или отсутствовала.

**Слайд 5**

Туберкулез легких был представлен следующими нозологиями: инфильтративный – 104 пациента (61,9%), очаговый - 11 (6,5%), диссеминированный - 5 (1,7%), фиброзно-кавернозный - 24 (14,2%), плеврит туберкулезной этиологии - 1 (0,6%), туберкуломы - 23 (13,7%). Полости распада (CV+) в начале заболевания были выявлены у 21 пациентов (12,5%), бактериовыделение (МБТ+) – у 67 пациентов (39,9%). Устойчивость МБТ к противотуберкулезным препаратам (ПТП) определялась у 19 человек (11,3%), МЛУ- у 5(2,9%).

Основная деятельность Школы была направлена на обучение пациентов методам диагностики, лечения и профилактики туберкулеза, снижения неблагоприятного влияния на здоровье поведенческих факторов риска (вредные привычки, питание, образ жизни и т.д.), психологической и социальной поддержки.

**Слайд 6**

Задачами Школы являлись:

1. Формирование у пациентов стимулов к выздоровлению и соблюдению режима химиотерапии.

2. Преодоление когнитивных нарушений, связанных с психическим расстройством, в отношении хронической инфекционной патологии легких. 3. Профилактика и коррекция маргинализации пациентов с психическими расстройствами, коморбидными туберкулезу.

4. Профилактика аддиктивных тенденций у пациентов с психическими расстройствами, коморбидными туберкулезу.

### И

5. Повышение образовательного уровня персонала, принимающих участие в лечении и реабилитации психически больных с коморбидной инфекционной патологией.

**Слайд 7**

Критериями отбора пациентов для занятий в Школе являлись:

# - отсутствие острой психотической симптоматики

# - относительная интеллектуальная сохранность

# -полная и частичная сохранность навыков самообслуживания

# -организованный досуг

# -желание пациентов

Непосредственно занятия с основной группой слушателей проводили медицинские сестры, прошедшие специальное обучение.

**Слайд 8**

Обучение пациентов проводилось по мультидисциплинарному принципу и в зависимости от тематик в Школе принимали участие врач-психиатр, врач- фтизиатр, медицинский психолог, специалист по социальной работе.

Занятия в Школе здоровья носили цикличный характер и проводились в интерактивной форме. Основной формой обучения пациентов являлись специализированные, образовательные группы (закрытые). Численность слушателей в группе – 6-8 человек. Продолжительность обучения –1,5- 2 месяца, число занятий - 8, продолжительность занятия – 1час.

Структура занятия состояла из вводной, информационной, активной и заключительной частей.

**Слайд 9**

С целью создания комфортной учебной атмосферы, сближения участников группы и преодоления психологических барьеров в водной части занятий проводилась разминка, на которой слушатели знакомились друг с другом и преподавателем, рассказывали о себе, дискутировали на тему правил работы в Школе, заполняли анкеты и опросники.

В информативной части преподавателем непосредственно излагался материал с обязательным использованием иллюстраций, либо фильмов и наглядных пособий по теме занятий.

Активная часть занятий использовалась для получения обратной связи в виде обсуждения полученной информации, игровой формы проверки знаний, выполнения участниками «домашнего задания», закрепляющего учебный материал.

**Слайд 10**

В конце занятия все слушатели дополнительно получали информационные материалы: листовки, памятки, буклеты и др.

**Слайд 11**

Персональный учет, учет посещаемости, результаты анкетирования пациентов вносились в электронную базу слушателей школы. Для тех, кто прошел обучение в Школе здоровья, на лицевой стороне медицинской карты ставилась отметка «Школы здоровья для психически больных, страдающих туберкулезом легких», с указанием даты завершения занятий в Школе.

**Слайд 12**

Анализ анкетирования слушателей по оценке знаний о заболевании на первом и последнем занятии показал, что до начала занятий в группе только **46%** пациентов знали, чем они болеют (100%), **12%** пациентов не знали, есть ли у них бактериовыделение и заразны ли они (2%), **63%** не могли выделить симптомов заболевания (1%), **81%** пациентов – не знали о необходимости соблюдения фармакотерапии после выписки из стационара (2%), **87%** не имели представления о правилах личной гигиены (1%), **44%** не знали, сколько времени им нужно, чтобы вылечиться (8%) и **12%** не доверяли лечащему врачу (1%).

Кроме этого, проведенное исследование выявило высокий уровень самостигматизации психически больных по таким понятиям как неизлечимость 46,7%, и постыдность заболевания 60% . Самостигматизация пациентов оказывала наиболее сильное негативное влияние на исход туберкулеза легких по сравнению с другими субъективными установками.

После обучения в школе, уровень информированности пациентов о своём заболевании повысился на 48%. В процессе занятий пациенты научились распознавать болезненные проявления в самом начале их возникновения. 96% узнали больше о своем заболевании, факторах риска, профилактике и образе жизни, и только 4% пациентов ответили, что уже владели данной информацией за исключением соблюдения санитарно-эпидемиологического режима (правильности обработки предметов личной гигиены, посуды и т.д.).

**Слайд 13**

Качество обучение, как «хорошее» оценили 78% слушателей, «отличное»-18%, «удовлетворительное» - 4%.

Причем для большинства (82%) пациентов отделения оказалось наиболее важным общение с другими пациентами, в ходе которого они могли получить необходимую им моральную поддержку, а также возможность поделиться своими проблемами.

**Слайд 14**

В процессе лечения и посещения занятий положительная динамика (+Д) наблюдалась у **127** (75,5%) слушателей, при этом наиболее заметной она была у тяжелого контингента пациентов – **19** (11,3%) человек с фиброзно-кавернозным туберкулезом. Отсутствовала динамика (0Д) у **32** (19%) пациентов и была отрицательной (-Д) у 9 (5,5%)- это контингент с хроническим течением туберкулезного процесса, являющиеся бактериовыделителями, устойчивыми к ПТП и в прошлом неоднократно выписанные из стационара. Абацилирование наблюдалось у 54 слушателей, что составило 80,5 % от числа бактериовыделителей в начале заболевания и улучшило показатель на 32,2%.

Эффективность проведения занятий отмечалась и врачами отделения, которые считали, что с пациентами, прошедшими весь цикл занятий легче удавалось достичь доверительных отношений и положительного настроя на дальнейшее поддерживающее лечение.

Современная оценка результатов лечения не фокусируется на динамике клинических симптомов как терапевтической самоцели, а включает ряд параметров, касающихся пациента, его семьи, общества, меру комплайенса.

Мы пришли к выводу, что анкетирование с целью выявления отношения пациента к болезни, социальной поддержке и медицинскому персоналу, позволит нам определить круг лиц, психосоциальный портрет которых соответствует пациентам, досрочно прекратившим курс химиотерапии после выписки из стационара, так как соблюдение лекарственного режима определяет эффективность терапии отдельного пациента.

**Слайд 15**

Было установлено, что 78,5% (132) слушателей могли прервать лечение в любой момент или же вообще его забросить. Данный показатель формировали в первую очередь факторы, определяющие социальное функционирование пациентов

в макросоциуме – у 39,4% (52) слушателей (утрата навыков самообслуживания, не способность участвовать в трудовых процессах и структурировать свой досуг, а также желание вести свободный образ жизни, злоупотребление алкоголем и отсутствие веры в излечение),

в микросоциуме- у 32,5%(43)(в условиях отделения: явление госпитализма, отсутствие поддержки родственников, важное значение приобретало наличие и качество межличностных контактов с окружающими пациентами, медицинским персоналом),

у 28%(37) главную роль играли «базовые» социальные проблемы, которые обеспечивали возможность выписки из стационара (отсутствие жилья, семьи, социального пакета и т.д.).

Преодолению возникших проблем способствовало участие в Школе здоровья специалистов по социальной работе и психологов.

**Слайд 16**

Проанализировав зависимость динамики туберкулеза легких от социального статуса пациентов было выявлено, что восстановление полного пакета документов увеличивало вероятность благоприятного исхода туберкулезного процесса в 2,6 раза по сравнению с теми пациентами, кто документов не имел.

Кроме этого было установлено, что у пациентов, которые сохранили теплые взаимоотношения с родными и близкими, поддерживали с ними активную связь, проявляли заботу вероятность благоприятного исхода - в 1,6 раза чаще, чем у пациентов, у которых связь с родственниками была формальная или отсутствовала.

Мы можем повышать образовательный уровень пациентов, информируя их о самом заболевании, в процессе обучения решать психосоциальные проблемы, но мы также уверены, что коммуникация «медицинский персонал – пациент», в значительной степени влияет на формирование у пациента отношения к лечению.

Изучив влияние отношений слушателей к медицинскому персоналу было выявлено, что у пациентов, которые строили с медицинским персоналом доброжелательные отношения, считая, что санитары и медсестры внимательно и добросовестно выполняют свои обязанности, туберкулез прогрессировал в 2,3 раза реже, а лечение расценивалось как эффективное в 2 раза чаще (+Д/-0Д=4,8, 49%), чем у пациентов характеризовавших медработников невнимательными и безответственными.

Желание сотрудничать с медперсоналом повышало ответственность пациентов за конечный результат терапии. У пациентов, которые стремились соблюдать режим отделения, выполнять распоряжения медицинских работников, добросовестно принимать лекарства и испытывали муки совести за обман, вероятность благоприятного исхода туберкулеза была в 2 раза выше, а отрицательная динамика диагностировалась в 3 раза реже по сравнению с теми пациентами, которые не связывали себя моральными обязательствами перед медперсоналом.

Таким образом, было установлено, что динамика туберкулезного процесса зависела от характера межличностных отношений, от избирательности и предпочтения, которое отдавали пациенты при общении в условиях Школы.

Основанием для госпитализации и выписки пациента из психотуберкулезного отделения психиатрической больницы является его психическое состояние. Наличие коморбидной патологии, активного туберкулеза легких вне зависимости от формы и стадии процесса, сдерживающим выписку фактором не является. Поэтому из стационара выписываются недолеченные, имеющие полости распада и бактериовыделение психически больные.

**Слайд 17**

Среди прошедших учебу в Школе, и прервавших лечение в связи с выпиской из стационара на амбулаторное долечивание было 25 человек (14,8%). По сравнению с общим количеством пролечившихся пациентов в данном отделении этот показатель был ниже в 2,3 раза (15,6%). А также нами установлено снижение процента повторных поступлений в 3,2 раза (соответственно 7,4% и 23,7%).

Таким образом, в результате нашего исследования мы пришли к следующим выводам:

Обучение пациентов в Школе здоровья для психически больных страдающих туберкулезом легких повышало вероятность благоприятного исхода туберкулеза легких.

Решая в процессе обучения «базовые» социальные проблемы пациентов, выстраивая доверительные отношения с пациентами и налаживая связи с родственниками, тем самым мы стимулировали пациентов на соблюдение режима фармакотерапии после выписки из стационара, что отразилось в снижение % повторных поступлений.

С целью уменьшения неблагоприятного воздействия субъективных оценок пациентов на динамику туберкулеза легких необходимо проведение образовательных программ не только с пациентами, но и их родственниками.

С этой целью нами составлена программа занятий с родственниками

**Слайд 18**

Программа занятий с родственниками больных «Поддержка в семье психически больных, страдающих туберкулезом»

**Слайд 19**

**Благодарю за внимание!**