

CZU: [616.24-002.5]

PARTICULARITĂȚILE PACIENȚILOR CU TUBERCULOZĂ, PIERDUȚI DIN SUPRAVEGHERE

Serghei CIOBANU,
IMSP Institutul de Ftiziopneumologie Chiril Draganiuc

Summary

Features of patients with tuberculosis lost to follow-up

Despite important measures implemented for the upgrade of diagnostic tools, treatment, follow-up and public communication, the rate of lost to follow-up patients from the Republic of Moldova remains over the European average. The literature review of the national and international studies established that the risk for disease development and treatment outcome are correlated with social determinants, which includes social economic environment, physical environment and individual characteristics of the patient. It was established that patient's insufficient management and reduced support of the civil sector were contributive factors for low therapeutic compliance and high rate of lost to follow-up patients. Psychotherapies and individual approach, based on an adequate information strategy are important measures in the struggle against tuberculosis and improvement of the therapeutic outcome.

Keywords: tuberculosis, treatment, loss to follow-up

Резюме

Особенности больных туберкулезом, прервавших лечение

Несмотря на большие усилия, направленные на модернизацию мер диагностики, лечения, контроля и общественного информирования, уровень больных туберкулезом, потерянных из наблюдения, в Молдове остаётся выше среднеевропейского. Местные и международные исследования показывают, что риск заболевания и результаты лечения коррелируют с социальными детерминантами, которые включают социально-экономическую, физическую сферы и индивидуальные особенности пациента. Было установлено, что недостаточный подход к пациенту и недостаточная поддержка со стороны гражданского сектора являются одними из факторов, способствующих низкой приверженности к лечению и высоким уровнем больных, потерянных из наблюдения. Психотерапевтические мероприятия и индивидуализированный подход, основанные на надлежащей информационной стратегии, являются важными мерами борьбы с туберкулезом и оптимизации терапевтического результата.

Ключевые слова: туберкулез, факторы риска, потерянные из наблюдения

Introducere

Tuberculoza reprezintă o gravă problemă de sănătate publică, afectând populația la vârsta maximei activități economice și reproductive [31]. Fiind un exemplu clasic de boală infecțioasă corelată cu determinanții sociali ai sănătății, tuberculoza este o expresie a inegalităților sociale, astfel încât statutul socioeconomic și educațional, etnia, rasa, vârsta și sexul, mediul rezidențial și tipul de ocupație reprezintă particularitățile definitorii ale pacienților cu tuberculoză, condiționând evoluția bolii și rezultatul final [28].

Conform raportului Organizației Mondiale a Sănătății din 2015, Republica Moldova este una dintre țările regiunii europene a OMS în cadrul căreia controlul tuberculozei este prioritar și una dintre cele 30 de țări ale lumii cu cea mai mare povară a tuberculozei multidrog-rezistente (TB-MDR) [25]. Conform Anuarului Statistic al Sistemului de Sănătate din 2016, incidența globală (care include cazurile noi și recidivele) a tuberculozei în 2015, în republică, a constituit 83,0 cazuri la 100.000 populație.

Evaluarea rezultatelor tratamentului antituberculos în 2014 la pacienții tratați pentru tuberculoză prezumpțivă sau confirmată sensibilă a stabilit o rată a succesului terapeutic de 82,6%, iar la pacienții tratați pentru TB-MDR – o rată de 50%. Rata pacienților pierduți din supraveghere în 2014 a constituit 4,9% în republică, iar rata eșecului terapeutic – 3,2% [7]. Mortalitatea condiționată de progresarea tuberculozei în 2015, în Chișinău, a constituit 8,9 cazuri la 100.000 populație. Ponderea bolnavilor cu tuberculoză testați la markerii HIV a constituit 94,7% în republică, iar ponderea infecției HIV depistată la cazurile noi și recidive – 8,1% [8]. Pacienții pierduți din supraveghere și cei care au evoluat în eșec terapeutic reprezintă ponderea cea mai mare, care conduce la reducerea indicatorului eficienței terapeutice.

Scopul cercetării a constatat în studierea resurselor științifice autohtone și internaționale cu privire la particularitățile pacienților cu tuberculoză pierduți din supraveghere și metodele de prevenție a abandonului tratamentului antituberculos.

Rezultate și discuții

Conform recomandărilor OMS, transpuse în Programul Național de Control al Tuberculozei, au fost întreprinse acțiuni importante de control al bolii prin aplicarea standardelor internaționale în modernizarea măsurilor de diagnostic, tratament, supraveghere și comunicare

publică [17, 23]. Însă, în pofida tuturor măsurilor întreprinse pentru a optimiza rezultatul tratamentului antituberculos, în Republica Moldova rata succesului tratamentului cazurilor noi rămâne mult sub obiectivul de 85% recomandat de OMS [2].

Analiza cercetărilor autohtone și a celor internaționale stabilește clar faptul că tuberculoza reprezintă un exemplu clasic de boală infecțioasă corelată cu determinanții sociali ai sănătății [28]. Conform ghidului OMS, principalii factori determinanți ai sănătății sunt: mediul social, mediul economic, mediul fizic și caracteristicile individuale ale persoanei [31].

Determinanții sociali nu conduc doar la contractarea infecției tuberculoase, la amplificarea severității bolii, ci și la inegalitatea în acordarea serviciilor de îngrijiri de către sistemul de sănătate, care într-un final se răsfrâng asupra evoluției și rezultatului terapeutic [5]. A fost stabilit că declinul valului epidemic al tuberculozei a fost condiționat mai mult de ameliorarea condițiilor sociale și economice ale populației, decât de progresele clinice în domeniul respectiv [28]. De asemenea, ameliorarea statului nutrițional al populației, nivelul igienic al condițiilor de trai și de muncă au contribuit la progrese mult mai evidente în lupta contra tuberculozei, decât programele de sănătate țintite în special asupra luptei cu tuberculoza [26].

Conform estimărilor OMS, actualmente bolile asociate sărăciei – tuberculoza, infecția HIV, malaria și infecțiile sexual transmisibile – constituie 45% din morbiditatea țărilor cu venit redus (*low income countries*), iar tuberculoza și infecția HIV alcătuiesc 18% din morbiditatea generală a populației acestor regiuni [28]. De asemenea, OMS a constatat că deși infecțiile netransmisibile se extind epidemic în regiunile defavorizate economic, bolile infecțioase continuă să amenințe grav sănătatea publică la nivel global din cauza abordării insuficiente a sărăciei, ignoranței, inegalității de sexe și urbanizării rapide și necontrolate. Aceste particularități, asociate cu instabilitatea economică a țărilor cu povară tuberculoasă înaltă, pun în pericol reușitele obținute anterior și conduc la creșterea intensității provocărilor vizând sănătatea populației în secolul XXI [30].

În această ordine de idei, trecerea în revistă a literaturii arată importanța componentei sociale a domeniului fiziologiei. Caracterul social este demonstrat prin ponderea înaltă a bolnavilor fără poliță de asigurare medicală obligatorie, incapacitatea lor de integrare în câmpul de muncă, prezența multiplelor comorbidități și a deprinderilor nocive cu impact asupra productivității economice și stării de sănătate [5, 20, 21, 22].

Moldova este o țară ce se confruntă cu un fenomen de emigrare în masă a cetățenilor. Timpul șederii

peste hotare, domeniul în care activează migrantul moldovean și accesibilitatea serviciilor medicale se evidențiază în diagnosticul timpuriu și se reflectă asupra rezultatului tratamentului antituberculos. Migrațiunea este considerată o provocare mare pentru aderența terapeutică, conferind un risc major pentru pierderea din supraveghere a pacientului cu tuberculoză [12, 20].

Un grup socialmente epidemiologic extins în spațiul Europei de Est cu risc major pentru pierderea din supraveghere sunt deținuții și persoanele care au fost încarcerate în instituțiile de corecție, apoi eliberate [27]. Ca urmare a discontinuității măsurilor terapeutice, dar și a dezintegrării sociale a persoanelor eliberate din detenție, rata pierderii din supraveghere este înaltă. Cauzele pierderii din supraveghere pe parcursul tratamentului antituberculos la deținuți și persoanele eliberate din detenție sunt: absența măsurilor aplicate pentru menținerea aderenței; absența unui loc de trai stabil; dezintegrarea socială; lipsa poliței de asigurare; incapacitatea de reintegrare în câmpul de muncă; condițiile asociate colaborării insuficiente cu departamentele de sănătate locale în vederea continuării tratamentului în condiții de ambulatoriu; activitățile planice de integrare socială post-eliberare necalitative, cauzate de barierele ce țin de pacient (absența locului de trai, neangajarea în câmpul muncii, utilizarea de alcool și droguri, infecția HIV) [27].

În pofida faptului că tratamentul tuberculozei se efectuează sub stricta supraveghere a personalului medical angajat de instituția penitenciară, închisoarea fiind locul ideal pentru tratamentul tuberculozei, rata abandonului este mare. Factorii determinanți ai abandonului tratamentului administrat în instituțiile de corecție sunt: vârsta tânără a deținutului; statutul jos de instruire; consumul de tutun, alcool și droguri; durata mare a detenției; suprafața mică alocată unui deținut [27].

Deprinderile nocive cu caracter social și cu impact major asupra riscului pierderii din supraveghere sunt: consumul cronic de alcool, tabagismul, utilizarea drogurilor intravenoase [12]. Consumul abuziv de alcool (> 40 ml/zi bărbați; > 20 ml/zi femei) sau prezența tulburărilor asociate consumului de alcool determină riscul sporit pentru boli respiratorii infecțioase: tuberculoză, pneumonii comunitare, pneumonii cu germeni gramnegativi. Abandonul tratamentului antituberculos, recidiva timpurie și decesul sunt mai frecvente la consumatorii de alcool, deoarece procesul specific evoluează cu necroză pulmonară extinsă, pneumonii prin suprainfecție, septicemie și empiem [6, 22].

Riscul crescut pentru abandonul tratamentului antituberculos este conferit de particularitatea soci-

almente-dezadaptată a bolnavului alcoolic: șomajul, absența locului stabil de trai, frecventarea localurilor cu incidență mare a surselor de infecție (baruri, adăposturi, instituții de corecții), deficit nutrițional, boli asociate alcoolismului (depresie psihică, boli ale tractului gastrointestinal, neoplazii) [1]. Totodată, consumatorii cronici de alcool au un risc crescut pentru abandon din cauza infecției mai frecvente cu sușe drogrezistente și prin suprainfecție pe parcursul tratamentului antituberculos, care adaugă provocările asociate unui tratament de lungă durată, agravat de o pondere înaltă a efectelor adverse. Utilizatorii de droguri intravenoase sunt un grup de risc major atât pentru infecția HIV, cât și pentru tuberculoză, în pofida tuturor intervențiilor de reducere a riscurilor, de educare, informare și menținere a aderenței la tratamentul antituberculos [2, 20].

Studiul grupelor cu risc pentru abandonul tratamentului antituberculos a stabilit ponderea substanțială a bărbaților, datorită structurii preponderent masculine a populației socialmente dezadaptate [20, 21]. Multiple cercetări confirmă faptul că predictorii pierderii din supraveghere sunt: sexul masculin, vârsta tânără, domiciliul rural, nivelul socio-economic redus al pacientului și a familiei acestuia, asociat în mare măsură cu precaritatea condițiilor de viață [2, 11, 20, 21]. Este important nivelul de studii al capului familiei în țările cu inegalitate de sexe pentru stabilirea deciziei de continuare a tratamentului membrilor familiei afectate de boală [3].

Femeia în vârstă reproductivă este cu mult mai vulnerabilă la îmbolnăvirea de tuberculoză datorită multiplelor condiții asociate vârstei: sarcină, lactație, întreținerea familiei numeroase, dependența financiară, incapacitatea de integrare în câmpul de muncă, care sunt factori demonstrativi ai precarității sociale [4]. Studiile de specialitate au demonstrat un risc major în populația feminină tânără prin: nivelul redus de informare și educare, frica față de efectele teratogene, bariere geografice și absența unui suport familial pe durata aflării în tratament [5].

Atât studiile autohtone, cât și cele internaționale au constatat că abandonul terapeutic este cel mai frecvent la persoanele fără loc de trai, concentrate în marile așezări urbane cu o densitate înaltă a populației [14]. În această subgrupă populațională predomină pacienții cu bariere majore în accesul la asistența medicală: absența vizei de reședință, istoric de detenție, absența sursei de venit, prezența comorbidităților grave, precum infecția HIV, narcomania, consumul de alcool, patologii respiratorii asociate tabagismului [14]. Gravitatea situației epidemiologice în rândul persoanelor fără loc de trai este condiționată de ponderea înaltă a bolnavilor cu diagnostic stabilit post-mortem [11]. În pofida faptu-

lui că această populație este în atenția administrației publice locale și a serviciilor de sănătate publică, precaritatea socială și dificultatea abordării lor au constituit impedimente majore în asigurarea depistării, tratamentului și îngrijirilor. Pericolul epidemiologic creat de persoanele fără loc de trai este demonstrat prin rata înaltă a sursei de infecție stabilită, precum și prin aria largă de vagabondaj [14].

Factorii determinanți ai complianței la tratament și aspectele psihologice ale pacientului cu tuberculoză. În spațiul regional sud-european, problema abordării centrate pe pacient rămâne a fi actuală și acutizată de reformele sistemului de sănătate publică [30]. În concordanță cu politicile de sănătate publică, au fost elaborate și impuse pentru implementare măsuri de reducere a riscurilor prin instruirea și educația populației privind executarea practicilor sănătoase, creșterea abilităților personale de depășire a problemelor financiare și includerea persoanelor cu risc în activitățile rețelelor de sprijin social al păturilor nefavorizate [30].

Unul dintre factorii determinanți ai exodului pacientului reprezintă complianța terapeutică [18]. Complianța la tratament este definită ca modalitatea prin care pacientul respectă tratamentul prescris [18, 24]. Noncomplianța este definită ca eșecul sau refuzul autonom al pacientului de a se conforma regulilor, prescripțiilor sau recomandărilor medicale [19, 24]. Ca diagnostic de nursing, nonaderența terapeutică reprezintă comportamentul persoanei ce nu corespunde cu planul de îngrijiri medicale prestabilit de prestatorul profesionist. În cazul în care comportamentul persoanei nu este totalmente sau este doar parțial aderent la planul de promovare a sănătății, aceasta determină un risc major de ineficiență sau eficacitate parțială a planului terapeutic [18, 19, 24].

La baza Strategiei DOT (*Directly Observed Treatment*), aplicate în tratamentul pacientului cu tuberculoză, stă tratamentul sub directă observare pe toată durata lui [28, 30, 32]. În caz că se neglijează acest principiu, rata abandonului crește de zece ori. În cazul tuberculozei, cea mai utilizată strategie pentru combaterea noncomplianței este supervizarea directă a administrării terapiei standardizate. Deși, conform Programului, sunt elaborate și propuse spre implementare măsurile de supraveghere a tratamentului, studiile naționale atestă că mai mult de două treimi din pacienți nu sunt supravegheați în momentul administrării tratamentului antituberculos în faza de continuare efectuată în condiții de ambulatoriu [15]. Absența unui supervisor al tratamentului antituberculos favorizează neregularitatea prizelor, întreruperi de sine stătătoare ale tratamentului, care în consecință determină abandonul definitiv [15].

Pentru eficientizarea controlului tratamentului antituberculos, OMS recomandă, prin intermediul Strategiei *End TB*, ca tratamentul antituberculos să fie integrat într-un program centrat pe pacient, care să includă suportul psihologic, social, financiar și alimentar al bolnavului de tuberculoză. De asemenea, pentru țările cu venit redus sunt recomandate programe de efectuare a tratamentului antituberculos în orice loc unde poate fi găsit bolnavul: colț de stradă, bar, serviciu, domiciliu, și la orice oră convenabilă acestuia [30].

Tratamentul antituberculos se asociază cu un grad înalt de noncompliance terapeutică datorată multiplelor cauze ce condiționează întreruperile voluntare ale tratamentului. Majoritatea sunt determinate de dezinformarea sau de lipsa de educare a pacientului cu privire la: necesitatea efectuării continue a tratamentului antituberculos; durata îndelungată a tratamentului corespunzător spectrului de sensibilitate (180 de zile pentru tratamentul tuberculozei prezumptiv sau confirmate sensibile și peste 540 zile pentru tratamentul tuberculozei drogrezistente); barierele geografice până la serviciul specializat ce oferă tratament și nu în ultimul rând stigmatizarea pacientului [1]. Distanța mare dintre locul de domiciliu al bolnavului de tuberculoză și furnizorul de tratament antituberculos este considerată a fi în relație directă cu neaderența la tratament [18, 24].

Implementarea supravegherii videoasistate a efectuării tratamentului antituberculos în țările cu venit înalt a diminuat semnificativ inconvenientele tratamentului direct observat și a crescut aderența bolnavului de tuberculoză [25]. Unele particularități ale tratamentului creează un risc major de întrerupere voluntară: ameliorarea rapidă a simptomatologiei sindromului de intoxicație sub acțiunea tratamentului antituberculos în cursul fazei intensive; numărul mare de medicamente și comprimate administrate; necesitatea medicației injectabile pe durata fazei intensive, precum și frecvența înaltă a efectelor adverse [21].

Trialurile clinice efectuate în țările cu incidență joasă și resurse financiare mari au demonstrat că pentru reducerea noncompliancei, tratamentul tuberculozei trebuie integrat în programele centrate pe pacient, care acordă suport moral, social și financiar, ajustat profilului pacientului [30]. Strategiile de promovare a aderenței la tratamentul antituberculos trebuie să țină seama de factorii și barierele care împiedică aderența: comportamentul conflictual, neînțelegerile lingvistice, stilul de viață, absența locului de trai, dependența de alcool și droguri, bolile mentale și condițiile psihologice premorbide [5].

De obicei, pacientul cu tuberculoză are diferite valori, principii de viață, opinii asupra sănătății și asu-

pra prestatorului de servicii de sănătate [1]. Se atestă frecvent o atitudine negativă, care este agravată de prezența relațiilor conflictuale între partenerii planului de servicii de sănătate. Totodată, s-a demonstrat că absența resurselor financiare, a suportului familial, abilității psihice, stabilității psihice determină incapacitatea pacientului de a se conforma cu obiectivele prestabilite, predispunând către abandonul terapeutic. Subestimarea puterii psihice, apariția efectelor adverse ale medicamentelor antituberculoase, absența ameliorării clinice de asemenea conduc spre noncompliance sau spre refuzul pacientului de a se conforma planului de îngrijiri [1].

Luând în considerație dreptul persoanei de a refuza tratamentul, este necesară confirmarea faptului că persoana incriminată în nonaderență are suficiente cunoștințe și resurse psihologice de a semna acordul de refuz al continuității tratamentului antituberculos [23]. Totuși, vigilența clinică asupra pacientului cu abandon voluntar al tratamentului, precum și a persoanelor din focarul familial trebuie să fie menținută până la exodul final al pacientului [23].

Un rol major în asigurarea compliancei pacientului la planul terapeutic îl are capacitatea sistemului de sănătate și a echipei de îngrijiri medicale de a menține o relație bună cu recipientul serviciilor prin intermediul pârgurilor recomandate. Factorii negativi care predispun persoana să abandoneze tratamentul sunt: serviciile medicale slab dezvoltate, rambursările neadecvate ale costului transportului, sistemele neadaptate ale distribuției medicamentelor, lipsa cunoștințelor și managementul precar al efectelor adverse ale medicației prescrise, absența suportului comunitar al pacientului. Totodată, echipa medicală se confruntă cu: lipsa stimulentei pentru performanțele clinice, consultații prea scurte cu pacientul, lipsa cunoștințelor despre aderență și intervențiile de îmbunătățire a compliancei pacientului [26, 31].

Particularitățile psihologice ale pacientului cu tuberculoză. Studiile psihologice au demonstrat o corelație strânsă a îmbolnăvirii de tuberculoză cu elementele de personalitate ale pacientului. Structura personalității este determinată de însușirile sistemului nervos central: putere, mobilitate, echilibru, care au interconexiuni puternice. Cercetările în domeniul fiziologiei au demonstrat existența unei legături între temperamentul dinamico-energetic, caracterizat prin izbucniri coleroase, viața dezordonată, absența autocontrolului și autonomiei conduitei la pacienții cu tuberculoză [1]. Totuși, unii autori consideră că persoanele introvertite, cu profunde trăiri interioare, sunt mai predispuse îmbolnăvirii datorită reducerii iritabilității, gradului mare de vulnerabilitate psihică,

sensibilitate la critică, care în totalitatea lor conduc la reducerea complianței la recomandările medicale. Cercetările actuale au determinat că totuși ponderea pacienților extrovertiți în societatea modernă predomină. Aceștia se caracterizează printr-un caracter ciclotimic, hipomaniacal, psihopatoid, care intră în conflict cu ambianța socială, posedă înalte aspirații sentimentale, economice, politice, financiare și încearcă se le realizeze cât mai curând. Respectiv, orice incapacitate de realizare a obiectivelor constituie cauze ale decompensării psihice și îmbolnăvirii de tuberculoză [1].

Până la momentul actual nu au fost stabilite în unanimitate tipurile de structuri psihologice care au impact asupra îmbolnăvirii și exodului înalt. Totuși, cunoașterea personalității premorbide a pacientului cu tuberculoză este importantă pentru elaborarea unei atitudini terapeutice cât mai apropiate de valorile spirituale ale individului. Medicul trebuie să abordeze pacientul prin două sisteme: *longitudinal*, prin colectarea minuțioasă a anamnezei, și *transversal*, prin analiza etapelor vieții, antecedentelor ereditare și personale (divorț, abandon familial, văduvie) și a particularităților afective (surmenaj, condiții psihiatrice, alcoolism, narcomanie, conflicte familiale, decepții, gelozie) [23].

Studiile asupra pacienților cu tuberculoză prin intermediul testului Rorschach au demonstrat că bolnavii prezentau o slabă adaptabilitate afectivă față de mediu, expuneau prezența unui șoc psihic, a stresului puternic, a psihotraumelor. Particularitățile constituției psihice au determinat instabilitate psihomotorie de tip hipomaniacal, labilitate afectivă cu o tensiune afectivă de proporții mărite, agravată de reacții reflexe și automatizate [1].

Cunoștințele privind tuberculoza și rolul comunicării pentru creșterea complianței la tratamentul antituberculos. Strategia informativă este una dintre cele mai importante măsuri de luptă împotriva tuberculozei, reprezentând un deziderat al sectorului civil [30]. Cadrul acțiunilor de informare, comunicare și sensibilizare a opiniei publice a reprezentat unul dintre obiectivele pentru acordarea asistenței financiare provenite din fondurile internaționale [15]. Acestea aveau ca obiective elaborarea și desfășurarea campaniilor de comunicare pe tema tuberculozei, destinate populației generale; elaborarea materialelor de informare și diseminarea acestora în populația generală; organizarea campaniilor de informare în mediul rural și în grupele populaționale defavorizate; organizarea seminarelor cu mass media, în vederea abordării problemei tuberculozei; organizarea activităților de advocacy pentru implicarea factorilor de decizie la nivel local și central, cu scopul de acordare a sprijinului în reali-

zarea activităților de control al tuberculozei [26].

În cadrul Programului au fost elaborate și implementate multiple metode de atragere a pacientului la tratamentul indicat, care includ: consilierea și educarea pacientului și a membrilor familiei sale, asistenta socială, acordarea indemnizațiilor pentru incapacitatea temporară de lucru pe toată durata tratamentului, organizarea tratamentului în condiții optime pentru pacient, acordarea stimulentele materiale (produse alimentare) sau financiare [24]. În pofida stimulentele oferite, impactul acestor tehnici centrate pe pacient asupra ratei succesului nu a fost perceput, deoarece aceste intervenții au variat în timp [13]. În consecință, rezultatul terapeutic a fost dependent de forma clinico-radiologică a tuberculozei, de categoria socială a pacientului, de mediul de reședință (rural sau urban) și de latența depistării cazului nou [20, 21, 22].

S-a constatat o responsabilitate scăzută a bolnavilor de tuberculoză recipienți ai stimulentele care au abandonat tratamentul antituberculos. Subestimarea respectului față de sine, familie și societate, agravat și de stigma pe care o manifesta comunitatea față de bolnavul de tuberculoză și familia acestuia, a diminuat atât adresarea bolnavului la serviciile prestatoare de asistență medicală, cât și complianța acestuia la tratamentul antituberculos [15].

Studiul național efectuat cu scop de evaluare a cunoștințelor, atitudinilor și practicilor a constatat că majoritatea covârșitoare a respondenților bolnavi de tuberculoză au cunoscut date generale despre boală, simptomatologie, căile de transmitere, însă au demonstrat un grad redus de încredere că boala este vindecabilă. Pacienții au răspuns direct, afirmând stigma din partea comunității, și au calificat boala ca stereotipul unei morbidități a păturilor marginalizate. Respondenții au afirmat o frică de a prezenta comunității că sunt bolnavi din varia motive: pierderea locului de muncă, a relațiilor comunitare și familiale, care au fost agravate mai ales în mediul urban. Aproximativ o jumătate din cohorta studiată au afirmat lipsa de informare despre boală din partea colaboratorilor medicali și o informare amplă în cadrul spoturilor publicitare televizate, urmate de radio, broșuri și presa scrisă. Studiul a confirmat prezența unei proporții substanțiale a pacienților cu concepții greșite despre adresabilitate și principiile generale ale tratamentului antituberculos [15].

Comunicarea cu pacientul determină motivația lui de a adera la tratamentul recomandat. Multipli factori asociați dezinformării pacientului cauzează incomplianța terapeutică. Aceștia sunt diferențiați în factori ce țin de pacient, de tratament, de boala propriu-zisă și de relația pacient – personalul medical. Cei mai variați, dar și semnificativi, sunt factorii de țin

de pacient. Stresul, cunoștințele reduse privind semnele bolii și importanța continuității tratamentului, neacceptarea diagnosticului de tuberculoză, uitarea consecutivității prizelor medicamentoase, lipsa percepției eficacității terapeutice, convingerile negative privind efectele adverse, lipsa percepției pericolului epidemiologic asupra celor din jur, neacceptarea supravegherii direct observate a folosirii medicației, consultațiile rapide cu personalul medical, cu tente frustrante, nerespectarea confidențialității, asociate anxietății față de serviciile de sănătate, complexitatea tratamentului și stigma cauzată de boală – toate acestea determină reducerea complianței și, într-un final, abandonul terapeutic [5].

Un rol major în asigurarea continuității tratamentului îi revine specialistului referent, care va acorda o atenție sporită informării pacientului în stadiul timpuriu al bolii care, fiind oligosimptomatic, va avea percepția inutilității terapeutice, precum și pacienților în stadiile avansate, terminale, cu simptomatologie persistentă în pofida tratamentului administrat [23]. Suportul material asociat comunicării verbale cu pacientul a fost stabilit ca un factor predispozant al unei evoluții terapeutice favorabile. Informarea și educarea continuă trebuie să fie ținută asupra pacienților cu istoric anterior de abandon al tratamentului, persoanelor dependente de alcool și droguri, persoanelor cu afecțiuni psihice, emoționale, susceptibile la influența pacienților cu percepții negative, persoanelor cu relații slabe cu personalul medical și trișorilor, care urmăresc alte scopuri decât vindecarea personală [18].

Strategiile de îmbunătățire a complianței se axează pe educație individuală, întruniri publice și campanii realizate de mass media. Cunoștințele reduse sau eronate ale pacientului pot fi îmbunătățite prin instruirea lui cu ajutorul mijloacelor audio-video în instituțiile specializate pe care pacientul le frecventează [13]. Studii epidemiologice au demonstrat că asigurarea unei indemnizații financiare pacienților care deja se confruntă cu excludere socială, profesională și familială reprezintă un argument major pentru aceștia în continuarea tratamentului [2].

Factorii negativi ce țin de tratament includ: complexitatea regimului terapeutic, rata înaltă a reacțiilor adverse, comorbiditățile și interacțiunile medicamentoase, precum și răspunsul clinic slab la medicația administrată [20]. Evitarea omiterii primirii medicamentelor poate fi prevenită prin: colaborarea cu familia sau cu persoanele din anturaj, administrarea preparatelor combinate, folosirea lor într-o priză unică și stocarea în cutii speciale [32]. Lipsa motivației din partea pacientului de a se supune unui tratament de lungă durată poate fi evitată prin informarea lui despre pericolele pe care le implică noncomplianța

terapeutică, dar și prin furnizarea recompenselor și a stimulentele financiare. Frica de efectele adverse poate fi evitată prin informarea pacientului despre tipul lor, măsurile de prevenire și dieta recomandată pentru reducerea riscului apariției lor [5].

Factorii care țin de relația pacient–personal medical includ: lipsa comunicării, neîncrederea în medic și regimul prescris, lipsa abordării managementului reacțiilor adverse, nerespectarea confidențialității în momentul realizării anchetei epidemiologice, absența facilităților pentru pacient [3]. Relația deficitară între medic și pacient poate fi îmbunătățită prin: dezvoltarea abilităților personalului medical implicat în comunicarea verbală și nonverbală cu pacientul, îmbunătățirea accesului pacientului la serviciile medicale, optimizarea comodității spațiului unde se realizează tratamentul direct observat și nu în ultimul rând furnizarea suportului social, a stimulentele și recompenselor pentru pacient în momentul tratamentului direct observat [18].

O atenție majoră se va acorda dezvoltării și menținerii relației pacient–personal medical prin aplicarea metodelor psihoterapeutice. Din cauza lipsei de timp și a toleranței psihologice, personalul medical nu-și ascultă pacienții și nu iau în considerație sentimentele și emoțiile lor. Pentru aceasta este necesar de acordat un timp suficient, cu scopul de a înțelege nevoile pacientului, interviuarea lui prin anumite scale psihologice. Nivelul redus de comunicare dintre pacient și personalul medical poate fi diminuat prin informarea și educarea pacientului printr-un limbaj simplu, evitând termenii specifici [24].

Studiile economice au demonstrat creșterea raportului cost-beneficiu și a eficienței terapeutice a intervențiilor ieftine centrate pe pacient, care vizează creșterea complianței. De asemenea, au demonstrat că în pofida tratamentului gratuit, precum și a beneficiului major în asigurarea vindecării, acestea nu îmbunătățesc complianța pacienților cu tendință depresivă, nemulțumire, cu externalizarea învinovățirii și cu responsabilitate redusă [1].

Metodele moderne de educare și informare eficiente implementate în țările cu experiență în abordarea centrată pe pacientul sunt trimiterea SMS-urilor și mesajelor de tip *reminder*, unde se specifică data venirii la tratament și componenta terapeutică, precum și măsurile de pedepsire dacă pacientul nu vine la tratament [25]. Cercetările au demonstrat impactul major al măsurilor de sprijin din partea autorităților publice locale și a poliției, rolul angajamentului scris de revenire zilnică pentru tratament, sprijinul comunității (voluntarilor, familiei, vecinilor) în supravegherea tratamentului, precum și rolul indemnizațiilor convenționale acordate pacienților neasigurați medical [30].

Așadar, am stabilit că măsurile de stimulare a complianței la tratamentul antituberculos trebuie să fie luate în funcție de particularitățile pacienților, atitudinea, obișnuințele și opiniile lor cu privire la boală, tratament și personalul medical implicat, dinamica organismului și statutul endocrin.

Concluzii

1. Tuberculoza rămâne o provocare pentru sistemele de sănătate cu o abordare terapeutică suboptimală a pacientului.

2. Rata înaltă a succesului terapeutic, apropiat de obiectivul stabilit de Program, nu reflectă situația reală, deoarece a fost exclusă cohorta pacienților cu tuberculoză drogrezistentă.

3. Mecanismul precar de abordare a pacientului și suportul redus din partea sectorului civil sunt unii dintre factorii ce condiționează complianța terapeutică joasă și rata mare a pacienților cu tuberculoză pierduți din supraveghere.

4. Particularitățile depresive ale pacienților cu tuberculoză trebuie să fie abordate prin intervenții psihoterapeutice individualizate.

5. Strategia de informare reprezintă cea mai importantă măsură de luptă împotriva tuberculozei. Comunicarea eficientă cu pacientul se reflectă asupra rezultatului terapeutic.

Bibliografie

- Alexandrescu I., Blumenfeld S., Volosievici I. *Psihicul bolnavului de tuberculoză pulmonară*. Ed. Esculap, 1981.
- Anibarro L., Liresb J.A., Iglesiasc F. et al. *Factores sociales de riesgo para la falta de cumplimiento terapéutico en pacientes con tuberculosis en Pontevedra*. In: Gac. Sanit., 2004; nr. 18(1), p. 38-44.
- Aveyard H. *Literature review in health and social care: a practical guide*. McGraw-Hill, 2010.
- Arora V., Gupta R. *Tuberculosis and pregnancy*. In: Ind. J. Tub., 2003, vol. 50, nr. 13.
- Bivol S., Turcanu Gh., Mosneaga A. et al. *Barriers and facilitating factors in access to health services in the R. Moldova*. Chisinau, 2012, 139 p.
- Caraiani O. *Cauzele evoluției severe a tuberculozei pulmonare în contextul strategiei DOTS*. În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Chișinău, 2015, nr. 1, p. 230-236.
- Centrul Național de Management în Sănătate. *Anuarul statistic al sistemului de sănătate din Moldova*. Chișinău, 2016.
- CNMS. *Indicatori preliminari în formă prescurtată privind sănătatea populației și activitatea instituțiilor medico-sanitare*. Chișinău, 2016.
- CNMS. *Anuarul statistic al sistemului de sănătate din Moldova*. 2015.
- CNMS. *Notă informativă privind situația epidemiologică a tuberculozei*, 11 luni 2016. Chișinău, 2017.
- Ciobanu S., Lesnic E., Todoriko L. et al. *Predictive exogenous conditions for tuberculosis treatment default*. In: Туберкулез, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. Киев, 2015, № 4, том 22, с. 35-39.
- Ciobanu A. ș.a. Raport de studiu *Evaluarea factorilor de risc asociați aderenței la tratament a pacienților cu tuberculoză multidrogrezistentă înrolați în tratamentul DOTS-PLUS*. Chisinau, 2010, 78 p.
- Colombani O., Ahmedov S., Blondal K. et al. Raport *Evaluarea Programului Național de Control al Tuberculozei, 2011-2015*.
- Gupta V., Sugg N., Butners M. *Tuberculosis among the homeless – preventing another outbreak through community action*. In: N. Engl. J. Med., 2015, vol. 372, p. 1483-1485.
- Jenkins H., Ciobanu A., Plesca V. et al. *Risk factors and timing of default from treatment for non-MDR TB in Moldova*. In: Inter. J. Tuberculosis and Lung Diseases, 2013; nr. 17(3), p. 373-380.
- Ețco C., Moroșanu M., Capcelea L. *Medicina socială. Îndrumări metodice*. Chișinău: Editura Poligrafică, 2010, 302 p.
- Hotărârea Guvernului nr. 1160 din 20/10/2016, anexele 1-4. În: Monitorul oficial, nr. 369-378, din 28.10.2016, art. 1256.
- Gheorghiu-Brânu Mihaela. *Proiect de implementare, monitorizare și evaluare a unui program de creștere a complianței la tratament a bolnavilor TB*. Teză de doctorat. București, 2010.
- Lamandescu B., Popa-Velea O., Simu T. *Aspecte psihologice privind complianța terapeutică în tuberculoza pulmonară*. În: Infomedica, nr. 12, 1999.
- Lesnic E., Ciobanu S., Sajin M. et al. *Analysis of risk factors for default and failure among patients with pulmonary tuberculosis under DOTS strategy*. În: Curierul Medical, 2014, vol. 57, nr. 5, p. 36-42.
- Lesnic E., Niguleanu A., Ciobanu S. *Predictive factors associated to low treatment outcome: corss sectiobal study*. In: The Moldovan Medical Journal, Chisinau, 2017, vol. 60, nr. 2, p. 7-12.
- Lesnic E., Ustian A., Niguleanu A. et al. *Social features of patients with pulmonary TB*. In: Туберкулез, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. Киев, 2016, nr. 2, vol. 25, p. 36-40.
- Ministerul Sănătății. *Protocolul Clinical Național „Tuberculoza la adulți”*. Chișinău, 2015.
- Popa-Velea Ovidiu. *Complianța terapeutică și strategii pentru ameliorarea acesteia*. București, 2000.
- Priit K., Curocichin Gh. *E-consultation service supporting Moldovan family doctors*. Chisinau, 2014, 56 p.
- Vilc V., Alexandru S., Crudu V. et al. *Controlul tuberculozei la nivelul asistenței medicale primare*. Chișinău, 2015.
- WHO. *Guidelines for the control of tuberculosis in prisons*, 1998.
- WHO. *The global plan to stop TB 2011-2015: transforming the fight towards elimination of tuberculosis*. Geneva, 2011.
- WHO. *Systematic screening for active tuberculosis*. Geneva, 2013.
- WHO. *End TB Strategy*. Geneva, 2014.
- WHO. *Tuberculosis Report*. 2015.
- WHO. *Treatment guidelines for drug resistant tuberculosis*. 2016.

Prezentat la 12.09.2017

Serghei Ciobanu, doctorand,
IMSP IFP Chiril Draganiuc
Tel.: 069064824
e-mail: ciobanuserj@mail.ru