

Bibliografie

1. Ibraim Elmira, Nicoleta Cioran, Horia Cocei. Tuberculoza în România. Pneumologia, vol.61, N2, 2012, p. 78 – 83.
2. Sain D., Haidarlı I., Palihovici C., Rîvneac L., Crivenco G., Donica A., Nipoșnic L., Țîmbalari T.. Probleme de management al controlului tuberculozei în Republica Moldova, Curierul medical N3, 2012, p.295 – 297.
3. World Health Organization. Global tuberculosis control: WHO report 2011 – Geneva.
4. Васильва И. А., Самойлова А. Г., Современные подходы к химиотерапии туберкулеза легких. Пульмонология 2011, N3, с. 108 – 112.
5. Рекомендации, четвертое издание, ВОЗ, Лечение туберкулеза, 2011.

CARACTERISTICILE PSIHOLOGICE ALE PACIENȚILOR CU ABANDON AL TRATAMENTULUI ANTITUBERCULOS

**Dmitri Sain, Ion Haidarli, Serghei Ciobanu, Irina Dinesiuc,
Lidia Rivneac, Galina Crivenco**

Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc”

Summary

Psychological characteristics of patients with tuberculosis who refuse treatment

The aim was to study the reasons for treatment refusal and the emotional response of patients to the occurrence of pulmonary tuberculosis. The survey was accomplished on 55 patients. The most typical psychological traits were the following: reasons of avoiding failure, dissatisfaction with oneself; tendency to bind to negative experiences; profound experience of negatively stained events; emotional stress, discomfort; vindictiveness, aggressiveness, impulsiveness, resentment, the desire to prove to others that they are “worth something”; tendency of isolation.

Rezumat

Scopul studiului a fost studierea motivelor abandonului tratamentului și răspunsului emoțional al pacienților la dezvoltarea tuberculozei. Studiul s-a realizat pe un lot de 55 de pacienți. Caracteristicile psihologice mai specifice s-au dovedit a fi: motivul omiterii insuccesului; insatisfacția față de ei înșiși, tendința de a se plasa pe experiențe negative, retrăirea profundă a evenimentelor negativ colorate; stres emoțional; disconfort; spirit răzbunător și agresivitate; impulsivitate, susceptibilitate; dorința de a dovedi altora că ei sunt “în valoare de ceva”, înclinația de izolare „în sine”.

Introducere

Boala, inclusiv tuberculoza, drept eveniment intervențional important în viața unei anumite persoane, produce o gamă largă de senzații. Aceasta afectează personalitatea și modificând-o poate determina reevaluarea sistemului de valori și apariția noilor motive pentru acțiune. Reușita tratamentului antituberculos este în interdependență de depistarea precoce a patologiei și cu respectarea strictă a tratamentului direct observat.

În prezent este în deplină funcționare sistemul de asigurare medicală obligatorie, iar rețeaua medicală primară este reprezentată de instituția medicinei de familie. Deoarece majoritatea pacienților cu tuberculoză, prima solicitare de asistență medicală o face la unitățile sanitare generale, acestea au o bună ocazie de a stabili relații constructive cu pacientul. Totodată, durata chimioterapiei, în special, a tuberculozei multidrogrezistente, influențează negativ dorința pacientului de a respecta regimul de tratament și de vindecare, însă cadrul medical la care este

dirijat pacientul cu suspecție la tuberculoză, poate pune bazele atitudinii corecte a pacientului față de tratament.

Scăderea complianței pacienților este determinată și de factorii psihologici și sociali individuali [2]. Datele statistice denotă că numărul de pacienți care au întrerupt tratamentul timp de 2 luni și mai mult în ultimii 4 ani se menține la nivelul de 12,0% [1], iar întreruperile frecvente ale tratamentului contribuie la dezvoltarea rezistenței medicamentoase. Acest fenomen în ultimii 14 ani a crescut de la 25,6% în 1997 la 57,3% în 2011 și MDR-TB a crescut de la 3,7% la 26,8% respectiv. Din datele prezentate reiese necesitatea acordării atenției deosebite dezvoltării simptomelor psihiatrice.

Scopul

Studierea motivelor abandonului tratamentului și răspunsului emoțional al pacienților la dezvoltarea tuberculozei.

Material și metode

Pentru evaluarea aspectelor cauzale ale abandonului și a răspunsului emoțional al pacienților la dezvoltarea tuberculozei s-a realizat un studiu pe 55 de pacienți prin intermediul unui chestionar special. Acesta includea un șir de parametri, destinați identificării, prin sondaj și din opinia pacientului, perturbațiilor în viața pacientului provocate de boală. Parametrii fac referințe la schimbări în statutul social și financiar, situația familială, satisfacția de tratament urmat și eficacitatea sa, informatizarea pacientului despre boală, prezența încrederii în vindecare și în medicul curant, deprinderile nocive.

Rezultate

Analiza cauzelor abandonului tratamentului a evidențiat ca fiind mai frecvente și de o pondere mai înaltă anumite poziții: Informarea și cunoașterea insuficientă a bolii de către pacient și atitudinea neglijentă față de sănătatea sa constituie 90%; Circumstanțe familiale (divorț, singurătate) – 80%; Stări nevrotice acute (manie, egocentrism, resentimente) – 80%; Locul de trai al pacientului îndepărtat față de instituția medicală – 80%; Stare materială precară – 80%; Noxe (abuz de alcool, fumatul) – 80%; Atitudine rece și respingătoare a celor din anturaj – 70%; Emigrarea peste hotare – 50%; Dorința de a duce un mod liber de viață, pierderea autocriticiei și lipsa siguranței în vindecare – 50%.

Complianța pacientului la tratament prevede aderarea conștientă a pacientului la tratamentul administrat. La metodele de ameliorare a complianței sunt referite: educarea pacientului, colaborarea eficientă cu pacientul, organizarea tratamentului în condiții satisfăcătoare pentru pacient. În atitudine grijulie și o insistență delicată a cadrului medical, la majoritatea cazurilor se poate obține complianța pacientului în luarea preparatelor antituberculoase fără întreruperi.

O relație bazată pe încredere între pacientul cu tuberculoză și prestatorii asistenței medicale primare, poate contribui la creșterea complianței pacientului la tratament. Pacientul și personalul medical sunt în egală măsură responsabili pentru asigurarea aderenței la tratament. Pentru dezvoltarea complianței, pacientul și membrii familiei trebuie să asimileze informațiile despre tuberculoză, inclusiv referitoare la tratament și vindecare. Consilierea și educarea pacientului sunt părți integrale ale procesului de tratament.

Problema abandonului, refuzului din start al tratamentului, „întârzierii” cu investigațiile de laborator – sunt una și aceeași parte, care caracterizează relația *medic-pacient* și considerabil înrăutățesc situația epidemiologică, pun în pericol considerabil securitatea sănătății publice. Pentru a menține ordinea cronologică în expunerea problemei vom menționa, că după al Doilea Război Mondial, odată cu pericolul epidemiologic de răspândire a tuberculozei la scară mondială și conform Convenției ONU de neproliferare a maladiilor infecțioase, a fost propus tratamentul coercitiv pentru aceste categorii de bolnavi.

Internările în secțiile specializate de tratament coercitiv au demonstrat, că la pacienții cu tuberculoză și alcoolism de gradul întâi prevalau tulburările de personalitate, iar dependența alcoolică părea voalată, subclinică, slab pronunțată. Este caracteristică motivația alcoolizării la acești pacienți, care fără echivoc o refereau nevoii de a se abate de la problemele vieții grele, „impuse” și nesoluționabile. Aspectul psiho-corecțional al tratamentului acestor pacienți, consta în trasarea sarcinilor pacientului vis-a-vis de propria sănătate. Psihoterapia îndelungată nu putea de fiecare dată fi dusă până la bun sfârșit, din cauza evadărilor pacienților din această categorie.

Grupul pacienților cu tulburări nevrotice se deosebesc prin faptul, că gradul de distrucție pulmonară era mai puțin avansat, față de pacienții din alte grupuri, ceea ce se datora tratamentului de mai lungă durată și cu întreruperi mai scurte și nesemnificative. La acești pacienți nu s-a observat refuz definitiv de la tratament, decât numai întreruperi de tratament.

Motivația întreruperilor tratamentului o expuneau deschis, franc, invocând anxietatea, fobia de a nu se îmbolnăvi de „altă boală”, plasau vina pe medicamente care organismul nu le tolera, pe neînțelegeri cu lucrătorul medical.

La analiza detaliată a anamnezei și comportamentului, dar în special la examenul de testare, erau depistate stări obsesive, trăiri de ipocondrie, sensibilitate exagerată, la diferite forme de algii, insomnie. Prevala lipsa de încredere în vindecare, care deseori apărea ca sugestie din partea cuiva, sau când apărea în salon vre-un bolnav în stare mai gravă. În cazuri mai rare era constatată alexitimia, adică bolnavii nu-și puteau defini starea lăuntrică ce îi deranja, erau fixați pe faptul stresului psihologic suportat. Grupul pacienților cu tulburări psihoorganice necesitau investigații organice cerebrale, precum și tratament general complex.

Motivația netratării tuberculozei pulmonare deseori era ambiguă și neclară, ceea ce corela cu nivelul de dezvoltare intelectuală mai scăzut (74,1% au școlarizare mai jos de medie) și consecințe ale sindromului psihoorganic dobândit. Acuzele frecvente erau cefaleea, vertijele, algiiile de diferită localizare, dar și reducerea intelectuală, instabilitate afectivă, sugestibilitate. Psihoterapia stărilor nevrotiforme și psihopatiforme la acești pacienți era continuă, deoarece o eficiență durabilă era greu de stabilit. Se apela la rudele bolnavilor, care ca regulă influențau pozitiv la necesitatea tratamentului, și consecințele neacceptării acestuia.

Trăsăturile psihologice cele mai tipice au fost după cum urmează: motivul de a evita eșecul, nemulțumirea față de el însuși, tendința fixată pe experiențe negative, trăirea profundă a evenimentelor negative, stresul emoțional, disconfort, spirit răzbunător și agresivitate, impulsivitate, resentimente, dorința de a dovedi altora că sunt „în valoare de ceva”, tendința de izolare „în sine”.

De asemenea, s-a observat tendința la formarea de model narcisist de comportament, drept formă de protecție a singurătății. Pentru marea majoritate a bărbaților din acest grup, a fost caracteristic nemulțumirea față de domeniul de relații și în primul rând de relațiile sexuale.

Pentru femei era caracteristic: instabilitatea stării de spirit, înstrăinare, iritabilitate, fatigabilitate, ipocondrie, suspiciune, sentimentalism.

Caracteristic bolnavilor de tuberculoză, este nemulțumirea față de poziția lor în societate. Tuberculoza afectează înțelegerea bolnavului cu apropiații, la unii a condus la dezintegrarea familiei, s-a înrăutățit starea materială, circumstanțe care duc, de fapt, bolnavul la starea de „falit social”.

Cauzele încălcării regimului de spital sunt de asemenea, durata tratamentului și după utilizarea chimioterapiei (la majoritatea pacienților), ameliorarea stării generale, care este percepută de unii pacienți, drept semnal pentru întreruperea tratamentului antituberculos și considerarea inutilă continuarea tratamentului, în special, a persoanelor ce duc un mod de viață asocial.

Cu toate acestea, pentru anumite categorii de persoane, se urmăresc și aspecte pozitive. Astfel, unii pacienți pe parcursul tratamentului de spital considerau drept o oportunitate

necesitatea de a se relaxa, de nu a merge la serviciu, pentru unii spitalul servind-le un loc de trai și alimentare, găsirea de noi prieteni și cunoștințe, dar, de asemenea, și motiv de reevaluare.

Interviul anonim realizat (pacienții de sine stătător completau chestionarele), a relevat următoarele motive pentru întreruperea și abandonul tratamentului: lipsa încrederii în vindecare, dorința de a duce o viață liberă, pierderea autocriticii, informatizare și cunoștințe insuficiente despre boală, atitudine neglijentă față de sănătatea sa, locul de trai îndepărtat al pacientului față de instituția medicală la etapa de ambulator, circumstanțe familiale, abuz de alcool, atitudinea rece și respingătoare a persoanelor din anturaj.

Concluzii

La prima întâlnire a pacientului cu medicul, care a diagnosticat tuberculoza, este indicată o convorbire educațională-informativă întru instruirea psihologică a pacientului pentru tratamentul antituberculos de lungă durată. La începutul și pe parcursul tratamentului antituberculos este necesară convorbirea psihologului cu pacientul.

La convorbire medicul va da pacientului explicații exhaustive despre boală, calea de transmisie, efectele secundare posibile ale acțiunii medicamentelor, va avea un comportament prietenos, va stabili un contact psihologic durabil, va obține încrederea pacientului, îl va asculta cu atenție și se va strădui pe lângă diagnostic să determine personalitatea pacientului.

Emoțiile pozitive contribuie vindecării și recuperării mai rapide, în consecință pacientul trebuie să simtă grija și atenția apropiaților. Atmosfera psihologică sănătoasă în instituția medicală se crează în cazul când stilul adecvat de activitate este combinat cu atitudine binevoitoare între lucrătorii medicali. Aceasta posedă influență benefică asupra pacienților și contribuie la creșterea efectului tratamentului antituberculos.

Bibliografie

1. Anuarul statistic „Sănătatea publică în Moldova”, anii 2000-2009.
2. Тарасюк О.О., Вербінець А.В. и др. Соціально-психологічний статус хворих на вперше діагностований туберкульоз легень, ускладнений ексудативним плевритом. Наукові праці щорічної 10-ої науково-практичної конференції з міжнародною участю приуроченої до Дня науки. Львів, 2013, вып. 10, с. 299-301.

PARTICULARITĂȚILE CLINICE ALE BOLNAVILOR CU TUBERCULOZA MULTIDROGREZISTENTĂ, CAZURI NOI ȘI EFICACITATEA TRATAMENTULUI

Natalia Zincenco, Elena Artin, Cristina Barbaroș

(Conducător științific – Aurelia Ustian, dr., conf. univ.)

Catedra Pneumoftiziologie USMF “Nicolae Testemițanu”

Summary

The particularities and the effectiveness of treatment of new MDR tuberculosis cases

The history of 150 new MDR tuberculosis cases who underwent the treatment in the Phtisiopneumology Clinical Hospital in 2009-2010 have been studied. The patients were divided in 2 groups: the first group included 75 patients with MDR tuberculosis, and the second group included 75 patients susceptible to antituberculosis treatment. The tuberculosis process was more extensive and bilateral in the first group and the efficacy of treatment was lower than in the second group.