



Г.П. Олещенко¹, Л.А. Бондаренко², В.О. Олещенко²,
В.В. Глиненко², О.П. Юрченко¹, К.П. Гніденко¹

¹ Сумський державний університет

² Сумський обласний клінічний протитуберкульозний диспансер

Соціально-психологічні аспекти лікування хворих на туберкульоз на стаціонарному етапі

Мета роботи — вивчити обізнаність стаціонарних хворих на туберкульоз щодо діагностики захворювання, лікування, профілактики та особливості психологічного стану хворих і їхніх взаємовідносин з медичним персоналом на цьому етапі лікування.

Матеріали та методи. Автори провели анонімне анкетування двох груп хворих на туберкульоз, які перебували на стаціонарному лікуванні. I групу склали хворі на вперше виявлений чутливий до лікарських засобів туберкульоз легень, погодилися на анкетування 28 (93,3%) осіб. До II групи увійшли хворі, що мали мультирезистентний туберкульоз легень, на анкетування погодилися 13 (54,2%) осіб. Питання стосувалися визначення рівня знань хворих стосовно туберкульозу, стосунків хворих з медичним персоналом та психологічного стану хворих.

Результати та обговорення. Хворі здебільшого вважають, що термін лікування збігається з терміном перебування у стаціонарі. Хворі відмічають недостатні знання щодо терміну, протягом якого хворий несе небезпеку для оточуючих. Натомість 64,3% хворих I групи та 69,2% осіб II групи згодні з твердженням, що туберкульоз виліковний. Окрім цього, 89,3% респондентів I групи і 53,8% II групи обізнані стосовно шляхів передачі туберкульозу.

Поміж хворих I та II груп 21,4 та 30,8% осіб відповідно констатували недостатню кількість часу спілкування з лікарем, що можна пояснити високим ризиком передачі туберкульозу від хворих.

Визначено, що 46,4% хворих на чутливий до лікарських засобів туберкульоз та 61,5% на мультирезистентний туберкульоз перебувають у стані депресії різного ступеня тяжкості.

Висновки. Рівень обізнаності хворих на туберкульоз залишається низьким. Потрібно розглянути можливість проведення групових занять для хворих на туберкульоз, зокрема і з особами, що перехворіли на туберкульоз. Доцільно посилити роботу щодо застосування додаткових засобів поширення інформації (плакати, буклети, брошури, відеоматеріали тощо). Слід порушувати питання надання фахової психологічної підтримки хворих під час стаціонарного етапу лікування. Необхідно удосконалити роботу медичних працівників щодо надання інформації хворим за можливі додаткові соціальні та психологічні послуги, які за потреби можна отримати.

Ключові слова

Хворі на туберкульоз, обізнаність, психологічний стан, депресія, взаємовідносини з медичними працівниками.

Попри впровадження сучасних методів лікування хворих на туберкульоз, захворювання залишається складною медико-соціальною проблемою. Хоча знижується загальна захворюваність на туберкульоз в Україні на 11,6% (з 70,5 у 2015 р. до 62,3 на 100 тис. населення у 2018 р.), змінюється структура контингенту хворих у бік

зростання кількості хворих на поширений і хіміо-резистентний туберкульоз [1, 8].

За останніх п'ять років питома вага мультирезистентного туберкульозу (МРТБ) поміж нових випадків має тенденцію до збільшення, проте частка МРТБ поміж повторних випадків, навпаки, знижується. У 2018 р. частка МРТБ серед нових випадків збільшилася на 1,1% порівняно з 2017 р. і становить 46,6%. Поміж повторних випадків відсоток МРТБ зменшився на 1,4%

і становить 29,0%. При цьому у 2014 р. цей показник становив 23,2% [1]. Така ситуація пояснюється зростанням кількості первинної резистентності. Найбільше занепокоєння викликає той факт, що за даними ВООЗ у 2017 р. було недовиявлено близько 32% випадків МРТБ [8]. За 2018 р. наша країна увійшла до десятки країн світу з найбільшим тягарем МРТБ [1, 8].

Основною причиною формування резистентності мікобактерій туберкульозу до протитуберкульозних препаратів є низька ефективність лікування хворих. Так, поміж уперше виявлених хворих, зареєстрованих у 2017 р., ефективність лікування склала 76,5%. Темпи підвищення ефективності лікування в Україні є найнижчими поміж країн Європейського регіону [1, 8]. Структура неефективно лікованих хворих складається з втрачених для подальшого спостереження (6,1%), невдалого лікування (7,4%) та смерті (9,7%) [1].

У когорті 2016 р. ефективність лікування всіх хворих на МРТБ перебувала на рівні 49,4%, що на 1,5% менше порівняно з 2016 р. (50,8%). За рекомендаціями ВООЗ ефективність лікування таких хворих має бути не менше ніж 75%. У загальносвітовій когорті лікування хворих на МРТБ Україна посідає протягом останніх років одне з останніх місць [1].

Поміж хворих з неефективним лікуванням за 2016 р. перерви у лікуванні становлять 11,5%. При цьому 18,1% хворих померли, 0,3% втрачені для подальшого спостереження, а в 33,0% лікування було невдалим. В Україні не досягнуто цільового значення показника у 3–5% втрачених для подальшого спостереження випадків (перерване лікування). Найвища питома вага хворих, втрачених для подальшого спостереження в установах Державної кримінально-виконавчої служби України, сягає 27,8% [1].

Ефективність лікування всіх хворих на туберкульоз із розширеною резистентністю у когорті 2016 р. складає 37,1%. При цьому перервали лікування 15,8% хворих, 15,9% хворих померли, 1,0% втрачені, ще у 18,0% осіб зафіксовано невдале лікування [1].

Хворі, що перервали лікування та мали невдале лікування, ще більше підсилюють резервуар резистентної туберкульозної інфекції.

До перерв у лікуванні призводить низька прихильність хворих до лікування, при цьому хворий або зовсім припиняє лікування, або приймає препарати нерегулярно, що й зумовлює невдале лікування.

Питання підвищення прихильності хворих до лікування потрібно вирішувати на рівні хворий — медичний чи соціальний працівник, тобто надавач послуг [6].

ВООЗ виділяє низку факторів, які впливають на прихильність до лікування [2, 7]:

1. Економічні та структурні чинники (безпритульність, безробіття й малозабезпеченість, недосконалість ефективних систем соціальної підтримки та складні життєві обставини).
2. Чинники, пов'язані з хворим (його соціальний статус, стать, вік, етнічна приналежність, обізнаність щодо захворювання та віра в ефективність лікування). Психологічний стан хворого (стрес, депресія) також має значний вплив.
3. Складність режиму лікування: велика кількість препаратів, їхня токсичність та побічні ефекти від лікування.
4. Взаємини між медичним працівником і хворим. Важливими чинниками стають навички комунікації, які ґрунтуються на емпатії медичного працівника (емоційна підтримка, здатність до співчуття).
5. Організація надання послуг у сфері охорони здоров'я. Надання клінічних послуг, професійний рівень спеціалістів, зв'язок між медичними послугами та системами підтримки пацієнта, зручність роботи та розташування медичного закладу можуть мати вплив на прихильність хворого до лікування.

Прихильність до лікування значною мірою залежить від психологічного стану хворого, усвідомлення факту захворювання і його наслідків, користі лікування, що перевищує незручності, що з ним пов'язані. За спотворення внутрішньої картини захворювання знижується терапевтичне співробітництво хворий — надавач послуг і, відповідно, прихильність до лікування. Це може бути як у разі недооцінки тяжкості хвороби (коли хворі применшують чи взагалі заперечують факт захворювання), так і в разі перебільшення тяжкості (коли хворі незадоволені результатом лікування, попри всі виконання лікарських призначень) [2].

Неабияке значення в розвитку прихильності до лікування мають особистісні риси хворих, негативне ставлення до приймання ліків, особливо за появи побічної дії на них, рекомендації щодо лікування родичів та знайомих. Окрім цього, хворі часто не усвідомлюють той факт, що туберкульоз необхідно лікувати тривалий час, попри те що основні симптоми захворювання зникають вже через певний час [7].

Окрім цього, на формування прихильності до лікування впливає соціальний та сімейний стан хворих. Якщо хворий на туберкульоз має роботу, певне активне соціальне становище, сім'ю та належний рівень освіти, він зазвичай краще усвідомлює необхідність видужання, ніж люди, що опинилися у складних життєвих обставинах [7].

Дізнавшись, що в нього діагностовано туберкульоз, хворий опиняється в стані стресу, психологічної кризи, яка й зумовлює особливості реагування на хворобу, на співпрацю з медичними працівниками, а відтак — і той чи інший рівень прихильності до лікування [4].

У свою чергу медичні працівники повинні індивідуально підходити до лікування кожного хворого. Проте типовою ситуацією в країнах із високою захворюваністю на туберкульоз є те, що медичні працівники працюють в умовах підвищеного робочого навантаження, не отримують консультацій і підтримки за виконання своїх завдань [2].

Окрім цього, у 16% лікарів фтизіатрів сформувався синдром емоційного вигорання внаслідок спілкування з хворими, неприхильними до лікування, тими, що зловживають алкоголем і наркотичними речовинами, невиліковними хворими тощо [4]. При цьому слід зауважити, що в наданні медичної допомоги хворим на туберкульоз важливу роль відіграє той факт, що хворий є джерелом туберкульозної інфекції, небезпечної для оточуючих.

Важливими чинниками, що впливають на адекватність поведінки хворих на туберкульоз та їхню прихильність до лікування, є рівень знань населення та ставлення до цієї недуги [3].

Враховуючи наведене вище, гуманітарна робота з хворими на туберкульоз медичними працівниками проводиться в недостатньому обсязі. Це красномовно підтверджує недовіра хворих на вперше виявлений туберкульоз до свого лікаря у 16% випадків [5]. Хоча інформацію, яка стосується протитуберкульозної терапії, хворий має отримати від лікаря з урахуванням індивідуальних особливостей його освітнього рівня [4].

Мета роботи — вивчити обізнаність хворих на туберкульоз щодо діагностики туберкульозу, лікування, профілактики та особливості психологічного стану хворих і їхніх взаємовідносин з медичним персоналом на стаціонарному етапі лікування.

Матеріали та методи

Ми провели анонімне анкетування двох груп хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні в Сумському обласному клінічному протитуберкульозному диспансері у вересні 2019 р. І групу склали хворі на вперше виявлений чутливий до лікарських засобів туберкульоз легень. Вивчення проводили шляхом анкетування з метою виключення психологічного чи авторитарного впливу на досліджуваного. Анкети було роздано 30 хворим, погодилися на анкетування 28 (93,3%) осіб. До II групи увійшли хворі, що

мали МРТБ легень. Запропоновано пройти опитування 24 хворим, погодилися на анкетування лише 13 (54,2%) осіб, що, з нашої точки зору, відразу свідчить про негативне ставлення хворих до своєї долі, взаємини з надавачами послуг на рівні щонайменше неповаги, егоцентричне ставлення до своєї особи і неповагу до суспільства.

Хворі відповідали на запитання в таких анкетах:

- «Перелік запитань для визначення рівня знань пацієнтів щодо туберкульозу»;
- «Стосунки хворих з медичним персоналом, залученим до лікування туберкульозу»;
- «Анкета (опитувальник) пацієнта» для визначення психологічного стану хворих.

Для визначення рівня стресу хворі відповідали на дев'ять питань стосовно певних виявів, що турбували їх протягом останніх 2 тиж (швидка стомлюваність, труднощі із засинанням, труднощі з концентрацією уваги, думки про смерть тощо). Якщо не турбували взагалі, хворі отримували 0 балів, турбували протягом кількох днів — 1 бал, більше половини часу — 2 бали, майже щодня — 3 бали. Оцінка результатів визначалася за сумою отриманих балів: 0–4 — депресії немає; 5–9 — легка (субклінічна депресія); 10–14 — помірної тяжкості депресія; 15–19 — середньої тяжкості депресія; 20–27 — тяжка депресія.

Матеріали для проведення опитування взято з навчального посібника для студентів і лікарів-інтернів ВНМЗ IV рівня акредитації та лікарів «Соціально-психологічна підтримка хворих на туберкульоз для формування прихильності до лікування» [2].

Результати та обговорення

З твердженням «туберкульоз — це хвороба, що виліковується», погодилися 18 (64,3%) хворих I групи та 9 (69,2%) осіб II групи. Не погодилися 7 (25,0%) та 2 (15,4%) особи з опитаних відповідно. Не могли дати відповіді на питання 2 (7,1%) анкетованих та 2 (15,4%) відповідних груп.

На питання щодо шляхів передачі туберкульозу правильну відповідь дали 25 (89,3%) респондентів I групи і 7 (53,8%) II групи. Інші відповіді були не коректними. Але жоден з хворих не відповів «не знаю».

Про необхідний термін лікування 21 (75,0%) хворий I групи та 9 (69,2%) осіб II групи відповіли «не знаю». Попри те що решта хворих дали відповіді, правильними вони були у 3 (23,0%) опитаних II групи, у I групі жодної правильної відповіді не було.

Стосовно тривалості курсу лікування чутливого ТБ більшість хворих I групи (16–57,1%) відповіли правильно, ще 8 (28,6%) зазначили

термін 1–3 міс, що зазвичай відповідає тривалості стаціонарного етапу лікування. Вважали правильним варіант — «доки не зникнуть симптоми захворювання» 4 (14,3%) осіб. Цим можна пояснити той факт, що після виписування на амбулаторне лікування частина хворих його переривають.

Щодо тривалості лікування стійкого до ліків туберкульозу 7 (53,8%) осіб II групи дали відповідь «не знаю». Лише 5 (38,5%) хворих дали правильні відповіді, решта хворих зазначили некоректні відповіді.

Про термін зникнення небезпеки для оточуючих після початку лікування не змогли відповісти 13 (46,4%) та 4 (30,7%) респондентів I та II груп відповідно. Лише 2 (15,4%) хворих II групи дали правильну відповідь. Тривалість «3 міс» вказали 7 (25,0%) проанкетованих I групи та 5 (38,5%) II групи, що не відповідає сучасним уявленням щодо інфекційного контролю.

Проаналізувавши відповіді на питання відносно джерел отримання інформації, встановлено, що найбільш корисним був формат «особисті бесіди з лікарем» у 21 (75,0%) опитаного I групи та у 10 (76,9%) осіб II групи.

Хворі I групи зазначили, що додатково вони отримують інформацію щодо туберкульозу від інших хворих, — 2 (7,1%) особи, з Інтернету — 2 (7,1%) особи та з наочних матеріалів (плакати, буклети, брошури) — 2 (7,1%) анкетованих. Поміж опитаних II групи певну інформацію отримували від інших хворих 2 (15,4%), з Інтернету — 1 (7,7%) та з наочних матеріалів у відділенні — 1 (7,7%).

На думку учасників анкетування, недостатню інформацію від лікаря отримували 7 (25,0%) осіб I групи та 4 (30,8%) респонденти II групи. Окрім цього, 6 (21,4%) хворих I групи та 4 (30,8%) хворих II групи констатували недостатню кількість часу спілкування з лікарем. Наведене, на нашу думку, свідчить про відсутність довірливих відносин хворих з медичним персоналом.

Дані анкетування свідчать про відсутність психологічних порушень у 15 (53,6%) хворих I групи та 5 (38,4%) анкетованих II групи. Депресію різного ступеня виявлено у 13 (46,4%) анкетованих I групи та 8 (61,5%) анкетованих II групи. Поміж респондентів I групи депресію легкого ступеня відмічено у 9 (32,1%) осіб, помірної тяжкості — у 3 (10,7%), середньої тяжкості — в 1 (3,6%) хворого. У II групі депресію легкого та помірного ступеня відмічено у 2 (15,4%) хворих; середньої тяжкості — у 4 (30,8%) осіб.

Депресію тяжкого ступеня не встановлено у хворих обох груп.

За певні психологічні порушення можна опосередковано говорити, оскільки 6,7% хворих на чутливий туберкульоз та 45,8% хворих на МРТБ відмовилися від запропонованого анкетування. З іншого боку, це може вказувати на недовірливе ставлення до медичних працівників.

Хворим, яким за результатами анкетування стосовно психологічного стану констатовано депресію будь-якого ступеня, рекомендовано консультацію психолога.

Слід зауважити, що з усієї отриманої хворими інформації жоден з них не відмітив надання інформації про різні додаткові соціальні та психологічні послуги, які за потреби можна отримати, особливо в разі виникнення певних життєвих ситуацій.

Висновки

1. Рівень обізнаності хворих щодо туберкульозу залишається низьким. Здебільшого хворі вважають, що термін лікування збігається з терміном перебування у стаціонарі. Хворі відмічають недостатні знання щодо терміну, протягом якого хворий несе небезпеку для оточуючих. Натомість 64,3% хворих I групи та 69,2% осіб II групи згодні з твердженням, що туберкульоз виліковний. Окрім цього, 89,3% респондентів I групи і 53,8% II групи обізнані стосовно шляхів передачі туберкульозу.

2. Поміж хворих I та II груп 21,4 та 30,8% осіб відповідно констатували недостатню кількість часу спілкування з лікарем, що можна пояснити високим ризиком передачі туберкульозу від хворих.

3. Оскільки контакти з іншими хворими є суттєвими, потрібно розглянути можливості проведення групових занять, зокрема і з особами, що перехворіли на туберкульоз. Доцільно посилити роботу щодо застосування додаткових засобів поширення інформації (плакати, буклети, брошури, відеоматеріали тощо).

4. Ураховуючи те, що 46,4% хворих на чутливий туберкульоз та 61,5% на МРТБ перебувають у стані депресії різного ступеня тяжкості, слід порушувати питання надання фахової психологічної підтримки хворих під час стаціонарного етапу лікування.

5. Необхідно вдосконалити роботу медичних працівників щодо надання інформації хворим за можливі додаткові соціальні та психологічні послуги, які за потреби можна отримати.

Джерело фінансування: роботу виконано за кошти державного бюджету.

Конфлікт інтересів немає. **Участь авторів:** концепція і дизайн дослідження — Г.П. Олещенко; збір та обробка матеріалу — Л.А. Бондаренко, В.В. Глиненко; статистична обробка даних — В.О. Олещенко, О.П. Юрченко; написання тексту — Г.П. Олещенко, К.П. Гниденко; редагування тексту — Г.П. Олещенко.

Етичні аспекти. Дослідження пройшло розгляд Комітетом з етики при медичному інституті СумДУ, витяг з протоколу № 1/11 від 11 листопада 2019 р.

Список літератури

1. Курпіта В., Рябченко К., Терлеєва Я. та ін. Аналітично-статистичний довідник. Туберкульоз в Україні.— Київ, 2019.— 45 с. Режим доступу: https://www.phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/TB_surveillance_statistical-information_2018_dovidnyk.pdf.
2. Мельник Л.А., Нечосіна О.В., Пилипас Ю.В., Долинська М.Г. Соціально-психологічна підтримка хворих на туберкульоз для формування прихильності до лікування: Навч. посіб. для студентів і лікарів-інтернів ВНМЗ IV рівня акредитації та лікарів.— К.: ФОП Бурнос С.О., 2017.— 112 с.
3. Островерха Ю.А., Дуб Р.Ю. Протидія туберкульозу на рівні місцевих громад: Метод. посіб.— Львів, 2016.— 98 с.
4. Сливка В.І. Особливості взаємовідносин хворого і лікаря в клініці туберкульозу // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція.— 2018.— № 1(32).— С. 64–68. doi: 10.30978/TB2019-1-56.
5. Стрельцов В.В., Золотова Н.В., Баранова Г.В. и др. Особенности оказания психологической помощи больным туберкулезом легких в фазе интенсивной химиотерапии (в условиях стационара) // Туберкулез и болезни легких.— 2014.— № 2.— С. 22–27.
6. Beck A., Wright F., Fnewman C., Liese B. Cognitive therapy of substance abuse.— London: Guilford.— 1993.— 354 p.
7. CDC. Module 4: Treatment of Tuberculosis and Tuberculosis Infection (Self Study Modules on Tuberculosis [Division of Tuberculosis Elimination Web Site]; 2008. Available at: <http://www.cdc.gov/tb/education/ssmodules/pdfs/Module4.pdf>.
8. World Health Organization (WHO). Global tuberculosis report 2018. Geneva: WHO; 2019. Available from: http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/.

Г.П. Олещенко¹, Л.А. Бондаренко², В.А. Олещенко², В.В. Глиненко², А.П. Юрченко¹, Е.П. Гниденко¹

¹ Сумский государственный университет

² Сумский областной клинический противотуберкулезный диспансер

Социально-психологические аспекты лечения больных туберкулезом на стационарном этапе

Цель работы — изучить осведомленность стационарных больных туберкулезом относительно диагностики заболевания, лечения, профилактики и особенностей психологического состояния больных и их взаимоотношений с медицинским персоналом на данном этапе лечения.

Материалы и методы. Авторы провели анонимное анкетирование двух групп больных туберкулезом, находившихся на стационарном лечении. I группу составили больные с впервые выявленным чувствительным к лекарственным средствам туберкулезом легких, согласились на анкетирование 28 (93,3%) человек. Во II группу вошли больные, имевшие мультирезистентный туберкулез легких, на анкетирование согласились 13 (54,2%) человек. Вопросы касались определения уровня знаний больных относительно туберкулеза, отношений больных с медицинским персоналом и психологического состояния больных.

Результаты и обсуждение. В подавляющем большинстве больные считают, что срок лечения совпадает со сроком пребывания в стационаре. Больные отмечают недостаточные знания по сроку, в течение которого больной представляет опасность для окружающих. Зато 64,3% больных I группы и 69,2% лиц II группы согласны с утверждением, что туберкулез излечим. Кроме этого, 89,3% респондентов I группы и 53,8% II группы осведомлены о путях передачи туберкулеза.

Среди больных I и II групп 21,4 и 30,8% лиц соответственно констатировали недостаточное количество времени общения с врачом, что можно объяснить высоким риском передачи туберкулеза от больных.

Определено, что 46,4% больных с чувствительным к лекарственным средствам туберкулезом и 61,5% с мультирезистентным туберкулезом находятся в состоянии депрессии различной степени тяжести.

Выводы. Уровень осведомленности больных туберкулезом остается низким. Нужно рассмотреть возможности проведения групповых занятий для больных туберкулезом, в том числе с лицами, переболевшими туберкулезом. Целесообразно усилить работу по применению дополнительных средств распространения информации (плакаты, буклеты, брошюры, видеоматериалы и т. д.). Следует поднимать вопрос предоставления профессиональной психологической поддержки больным во время стационарного этапа лечения. Необходимо усовершенствовать работу медицинских работников по предоставлению информации больным о возможных дополнительных социальных и психологических услугах, которые при необходимости можно получить.

Ключевые слова: больные туберкулезом, осведомленность, психологическое состояние, депрессия, взаимоотношение с медицинскими работниками.

G.P. Oleshchenko¹, L.A. Bondarenko², V.O. Oleshchenko², V.V. Hlynenko², O.P. Yurchenko¹, K.P. Hnidenko¹

¹Sumy State University, Sumy, Ukraine

²Sumy Regional Clinical TB Dispansary, Sumy, Ukraine

Sociopsychological aspects of treatment of patients with tuberculosis at the inpatient stage

Objective — to study the awareness of inpatients with tuberculosis in the diagnosis of disease, treatment, prevention and peculiarities of the psychological state of patients and their relationships with medical staff at this stage of treatment.

Materials and methods. The authors conducted an anonymous survey of two groups of patients with tuberculosis who were hospitalized. The first group consisted of patients with firstly diagnosed pulmonary tuberculosis, and 28 (93.3 %) persons agreed to the questioning. The second group included patients with multidrugresistant pulmonary tuberculosis, and 13 (54.2 %) people agreed to the questioning. The questions concerned the determination of the level of knowledge of patients with tuberculosis, the relationship of patients with medical staff and the psychological status of patients.

Results and discussion. In the vast majority patients believe, that the duration of treatment coincides with the length of stay in hospital. Patients note insufficient knowledges about the period during which the patient is a danger to others. Instead, 64.3 % of patients in group I and 69.2 % of group II agree with the statement that tuberculosis is curable. In addition, 89.3 % of group I respondents and 53.8 % of group II are aware of the ways of tuberculosis transmission.

Among patients of groups I and II, 21.4 and 30.8 % of patients respectively, stated that there was insufficient amount of time to communicate with a doctor, which can be explained by the high risk of transmission of tuberculosis from patients.

It was determined that 46.4 % of patients with sensitive tuberculosis and 61.5 % of multidrugresistant tuberculosis were in a state of depression of varying severity.

Conclusions. Awareness of tuberculosis patients remains low. It is necessary to consider the possibility of group sessions for tuberculosis patients, including persons ill with tuberculosis. It is advisable to strengthen the use of additional media (posters, booklets, brochures, videos, etc.). The issue of providing professional psychological support to patients during the inpatient phase of treatment should be raised. It is necessary to improve the work of health professionals in providing information to patients for possible additional social and psychological services that can be obtained as needed.

Key words: tuberculosis patients, awareness, psychological state, depression, relationships with health care workers.

Контактна інформація:

Олещенко Галина Павлівна, к. мед. н., асист. кафедри загальної хірургії, радіаційної медицини та фізіотерії
<http://orcid.org/0000-0002-9188-490X>
40018, м. Суми, вул. Санаторна, 31
E-mail: g.oleschenko@med.sumdu.edu.ua

Стаття надійшла до редакції 21 листопада 2019 р.