

УНИВЕРЗИТЕТ „СВ. КИРИЛ И МЕТОДИЈ“ СКОПЈЕ

ФИЛОЗОФСКИ ФАКУЛТЕТ

ИНСТИТУТ ЗА СОЦИЈАЛНА РАБОТА И СОЦИЈАЛНА ПОЛИТИКА

СТУДИСКА ПРОГРАМА ПО СПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ СТУДИИ

СОЦИЈАЛНА РАБОТА ВО ЗДРАВСТВО



СПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ ТРУД

„Стигмата од туберкулоза кај општа популација“

Ментор:

Проф. Д-р Иван Трајков

Кандидат:

Викторија Ацоска

Скопје

Мај, 2020

Содржина

| | |
|---|----|
| ВОВЕД | 3 |
| ГЛАВА I : Теоретски дел на истражување..... | 4 |
| 1. Туберкулоза – болест на минатото и на денешницата | 4 |
| 1.1 Историјат на туберкулозата | 4 |
| 1.2 Епидемиологија на туберкулоза во светот и кај нас | 6 |
| 1.3 Етиологија и патогенеза | 7 |
| 1.4 Дефиниција и дијагноза на туберкулозата..... | 9 |
| 1.4.1 Медицинска евалуација..... | 10 |
| 1.4.2 Рендгенолошки преглед | 12 |
| 1.4.3 Микробиолошка дијагноза на туберкулозата | 13 |
| 1.4.4 Други дијагностички методи..... | 14 |
| 1.5 Лекување на туберкулозата..... | 15 |
| 1.5.1 Фази на лекување на туберкулозата..... | 16 |
| 1.6 Превентивни мерки | 17 |
| 1.6.1 BCG вакцинација..... | 17 |
| 1.6.2 Превентивна терапија и хемиопрофилакса..... | 18 |
| 1.6.3 Флуорографско снимање | 19 |
| 1.6.4 Испитување на ризични групи | 19 |
| 1.6.5 Испитување на контакти | 20 |
| 1.6.6 Контрола на инфекција | 22 |
| 2. Социјална работа во системот на здравствена заштита | 25 |
| 2.1 Дефиницијата на здравствениот систем | 25 |
| 2.2 Здравје и факторите што влијаат на здравјето..... | 27 |
| 2.2.1 Концептот и дефинициите на здравјето | 27 |
| 2.2.2 Детерминанти на здравјето | 29 |
| 2.3 Односот на социјалното и културно окружување со здравјето | 31 |
| 2.4 Историски развој на социјалната работа во здравство..... | 35 |
| 2.4.1 Значењето на социјалната работа во системот на здравствена заштита..... | 39 |
| 2.5 Социјална работа со лица заболени од туберкулоза..... | 40 |

| | |
|--|----|
| 2.5.1 Услуги кои ги обезбедуваат социјалните работници | 41 |
| 3 Стигма и дискриминација..... | 45 |
| 3.1 Дефиниција за стигматаизацијата | 46 |
| 3.2 Стигмата кај болните од туберкулозата | 47 |
| 3.2.1 Стигмата за ТБ не е природна | 48 |
| 3.3 Дефинирање на видови стигма за туберкулоза | 49 |
| 3.3.1 Само-стигматизација..... | 51 |
| 3.4 Елементи на стигмата | 52 |
| 3.4.1 Стереотипи | 52 |
| 3.4.2. Предрасуди..... | 53 |
| 3.4.3 Дискриминација..... | 54 |
| 3.5 Однесување на луѓе кои дискриминираат | 55 |
| 3.6 Справување со ситуации на дискриминација | 56 |
| 3.6.1 Приказ на случај: Стигма во семејството | 56 |
| 3.6.2 Приказ на случај: Стигма од соседите | 57 |
| 3.7 Истражувања за стигма и дескриминација во светот | 57 |
| 3.8 Интервенции насочени кон намалување на стигмата на туберкулоза..... | 60 |
| 3.8.1 Видови на интервенции | 61 |
| 3.9 Улогата на медиумите во намалување на стигмата..... | 63 |
| 3.10 Борба против стигма на туберкулоза преку лекции научени од ХИВ активизмот | 64 |
| Глава II: Методологија на истражување | 66 |
| 1. Предмет на истражување | 66 |
| 2. Цел на истражување | 66 |
| 3. Методи и техники на истражување..... | 66 |
| 4. Очекувани резултати | 68 |
| 5. Хипотези..... | 68 |
| Глава III..... | 69 |
| 1. Квантификација на резултатите..... | 69 |
| ЗАКЛУЧОК | 80 |
| Прилог:..... | 81 |
| Литература..... | 83 |

ВОВЕД

Туберкулозата останува главен глобален здравствен проблем, одговорен за лошото здравје на милиони луѓе. Околу една третина од светската популација е инфицирана со *Mycobacterium tuberculosis*. Со 1.5 милиони смртни случаи во 2018 година, туберкулозата останува една од водечките причини за смртност во светот. *M. Tuberculosis* убива многу повеќе од било кој друг поединечен инфективен агенс. Според последните проценки и извештајот од 2018 година на Светската здравствена организација (СЗО), глобалната инциденца во просек се движи околу 10 милиони (9.0—11.1 милиони нови случаи на туберкулоза во светот), од кои 5,7 милиони биле мажи, 3,2 милиони биле жени и 1,1 милиони деца. Луѓето кои живеат со ХИВ учествуваат со 9% од вкупниот број.

Денес, иако е постигнат значителен напредок во лекување на туберкулозата, успехот на јавниот здравствен систем во нејзина контрола е попречен од сеприсутната стигма. И покрај тоа што туберкулозата може да се излечи и што може да се спречи, таа останува значаен проблем на јавното здравје. Стигмата со која се соочуваат луѓето со туберкулоза е главната причина за задоцнето лекување, неуспех во барањето третман, како и лошата приврзаност кон третманот. Според тоа, стигмата е главна пречка за елиминирање на туберкулоза. Социјалните односи на овие лица се нарушени поради негативниот пристап не само од страна на членовите во заедницата, туку и од давателите на нега. Исто така негативните стереотипи ја поврзуваат туберкулоза со концепти како што се неморал, сиромаштија, слабост, хедонизам, асоцијално однесување и самоуништување.

Овој труд ќе се обиде да го истражи постоењето на стигмата и дискриминација во однос на туберкулоза и да ги утврди знаењата, ставовите и однесувањето на пошироката популација кон ова заболување. Тоа пак ќе придонесе за подобро разбирање на проблемот со кој се соочуваат болните и обезбедување на неопходна социјална поддршка, но истовремено и подигање на свесноста кај луѓето за негативните последици на овие две општествени појави.

ГЛАВА I : Теоретски дел на истражување

1. Туберкулоза – болест на минатото и на денешницата

1.1 Историјат на туберкулозата

Туберкулозата е болест стара колку и човештвото. Го следи човекот од прастари времиња. Остатоците од костурите покажале дека луѓето уште од праисториско време боледувале од туберкулоза. Од палеонтолошките истражувања во близиата на Хајделберг (5000 год. пне.) откриени се промени на пршлените кај неолитскиот човек. Во Британскиот музеј се изложени мумии на египетските фараони кај кои се пронајдени туберкулозни промени во екстремитетите (3700 год. пне.). Првите пишани документи се на санскрит и потекнуваат од Индија, 1000 год. п.н.е.

Причинител за ова заболување е бактеријата *Mycobacterium tuberculosis*, *M. bovis* и *M. africanum*. Фтиза (венење) е грчки збор за оваа болест, за која Хипократ уште во 460 год. пне опишувајќи го специфичниот хабитус на болните, тврдел дека е најраспространета во тоа време и дека секогаш завршувала со смрт, додека Аристотел правилно ја претпоставил заразната природа на туберкулозата. Стариот Рим и арапските земји ги користеле достигнувањата на грчката медицина, па така според Авицена, познатиот лекар со арапско потекло, на туберкулозата гледал како болест на целиот организам. Истражувањата на туберкулозата значително биле поттикнати со експлозивното ширење на болеста кон крајот на VIII век и почетокот на IX век во времето на индустриската револуција. Значајни имиња за развојот на фтизиологијата и носители на научниот приод биле:

Ленек Рене (1781-1826) – изумител на стетоскопот, дал значаен придонес во дијагноза на туберкулозата иако тој самиот не верувал во нејзината заразност.

Вилмен Антоан (1827-1892) – експериментално ја докажал заразноста на боледта, уште пред откривање на нејзиниот причинител.

Роберт Кох (1843-1910) – на 24. Март 1882 год. го објавил откривањето на бацилот што ја предизвикува туберкулоза, за што добил и Нобелова награда во 1905 год. Затоа уште се нарекува и Кохов бацил.

Ренген Вилхем Конрад (1845-1923) – ги открил X-зраците во 1895 год. што претставувало моќно средство за дијагноза на туберкулозата.

Првиот санаториум за лекување го отворил Херман Бремер во Горберсдорф, каде се постигнувале значајни успеси во третманот на болните, што било повод за отворање на бројни санаториуми ширум Европа, а најмногу во Германија и Англија. Подоцна се отвориле и првите диспанзери каде болните можеле да добијат совети и упатства за лекувањето, со што се спречувало ширењето на заразата.

Врз основа на објаснувањето за алергијата и имунитетот на туберкулозата што ги дал Пирке во 1907 год., Манту ја вовел туберкулинската проба, а нешто подоцна во 1924 год. Калмет и Герен на Пастеровиот Институт во Лил, ја откриваат вакцината за туберкулоза позната како BCG (Bacillus Calmette-Guerin). Пресвртница во лекување на туберкулозата настанала во 1944 година, со откривање на стрептомицинот од Ваксман.

Во IX век голем број познати личности биле болни и починале од туберкулозата, што било причина за многу уметници ова заболување да стане водечка тема во нивните дела: Александар Дима („Дамата со камелии“), Џузепе Верди („Травијата“), Џакомо Пучини („Боџи“), романот на А. Кронин („Цитадела“) како сведоштво за времето кога болните од туберкулоза биле лекувани во санаториуми.

Познати личности кои биле болни од ТБ се: Тутанкамон (египетски фараон), Ж. Молиер (француски драматург), Јохан Гете (германски романописец), В. Скот, (шведски новелист/поет), Н. Паганини (италијански виолионист), Едгар Алан По (американски писател), Ф. Шопен (полски композитор), Е. Бронте (англиски новелист) Ф. Достоевски и А. Чехов (руски писатели), Ф. Кафка (чешки новелист), Еленор Рузвелт, А. Хитлер (гер. диктатор), Џорџ Орвел (анг. новелист), Вивиен Ли (анг. глумица), Нелсон Мендела (претседател на Јужна Африка), М. Горки (рус. писател), Ч. Буковски (амер. поет) Флоренс Најтингел (анг.мед.сестра) и многу други.

1.2 Епидемиологија на туберкулоза во светот и кај нас

Увид во епидемиолошката состојба на туберкулозата на одредено подрачје може да се добие врз основа на податоците за инциденца, преваленца и морталитет.

- Инциденца на туберкулоза претставува број на нови регистрирани случаи на одредено подрачје во одреден временски период.
- Преваленца на туберкулоза подразбира вкупен број на активни случаи на туберкулоза, регистрирани на одредено подрачје во одреден временски период. Овде се вбројуваат новите случаи, повторно лекувани, како и случаи од претходната година кои сè уште примаат терапија.
- Морталитетот или смртноста од туберкулоза е бројот на умрени од туберкулоза на одредено подрачје во одреден период.

Влошувањето на епидемиолошката состојба на туберкулоза во светот се должи на сè уште присутната глобална сиромаштија, економска криза, војните, миграциите на населението, невработеноста, трансформацијата на здравствениот систем, појавата на ХИВ инфекција. Една третина од светската популација е инфицирана со бацили на туберкулоза. Најголем број заболени има во субсахарска Африка и некои држави од поранешниот Советски Сојуз.

Се претпоставува дека 10% од инфицираните, можат во текот на својот живот да заболат од туберкулоза. Секој заболен со активна форма на туберкулоза за една година може да зарази уште 10-15 лица, а во најголем ризик се најблиските контакти во семејството. Секоја година се регистрираат половина милион болни со МДР-ТБ (нови и повторно лекувани). Највисока е инциденцата (број на нови регистрирани случаи) за МДР-ТБ во земјите на Источна Европа и некои провинции на Кина.

Епидемиолошката состојба на туберкулоза во Македонија се карактеризира со мали варијации во бројот на болните. Евиденција за епидемиолошките показатели се води од 1965 година, кога инциденцата изнесувала 131,5/100.000 жители. Во периодот 1865 до 1980 година имало значително намалување на бројот на заболени од туберкулоза, такашто во 1980 година инциденцата изнесувала 48,5/100.000 жители. Во последните години таа бележи постојан пад и за 2019 изнесува 9,6/100.000 жители.

Проблемот со МДР-ТБ во Македонија сè уште не е алармантен, но сепак секоја година се бележат по 2-3 нови случаи. Морталитетот, односно бројот на умрени од туберкулоза со години наназад има тенденција на намалување, па стапката на смртност изнесува 4,2/100.000 жители во 2001 година, до 0,2/100.000 во 2019 година.

1.3 Етиологија и патогенеза

Микобактериумот (*Mycobacterium*) е единствен род од фамилијата *Mycobacteriaceae*. Некои бактерии од овој род се облигативно патогени микроорганизми како што е *Mycobacterium tuberculosis complex* и *Mycobacterium leprae* кои ги предизвикуваат болестите туберкулоза и лепра. Тие не се размножуваат во животната средина туку во ткивата на човекот и топлокрвните животни. Многу видови кои се наоѓаат слободно во животната средина се нарекуваат нетуберкулозни микобактерии, атипични или различни од туберкулозните бацили. Тие се предизвикувачи на микобактериози. Атипичните микобактерии живеат во надворешната средина, најчесто езера, реки, влажни почви, а можат да се изолираат и од водоводи. Микобактериите се аеробни (и покрај тоа што некои растат во услови на намалена концентрација на кислород), неспорогени, неподвижни, благо завиени или прави стапчиња со големина од 0,2-0,6 микрони на 0-10 микрони. Тие можат да преживеат со недели и месеци во надворешна средина заштитени од сонце, на површини, на почва или во измет од крава од кој можат да се инфицираат дуги животни. Лесно се уништуваат со загревање (+ 65°C) и УВ зрачење, но не и со замрзнување и исушување.

Туберкулоза е единствена меѓу инфективните болести според својата разноликост во клиничките манифестации, како и според (најчесто) долгиот период меѓу настанување на инфекцијата и клиничката појава на болеста. Теоретски, за да настане инфекција доволен е само еден туберкулозен бацил кој претходно треба да ги помине одбрамбените механизми на горниот респираторен тракт и да се вгнезди во белодробните алвеоли. За да се разбере туберкулоза како болест неопходно е да се познава механизмот на реакција на организмот при инфекција со микобактериумот на туберкулоза.

Првиот контакт со туберкулозни бацили најчесто се случува на мала возраст – примоинфекција. При тој контакт, во најголем број случаи човечкиот организам само се инфицира со бактерии, а можни се четири исходи:

1. Да не дојде до инфекција (лицето било во контакт со болен од туберкулоза, но не се инфицирало);
2. Латентна туберкулозна инфекција (ЛТБИ) најголем број од инфицираните лица (90%) успеваат да ја совладаат инфекцијата, односно кај нив болеста нема никогаш клинички да се манифестира. Во текот на животот имуниот систем ја контролира прогресијата на ЛТБИ во активна болест.
3. Латентната туберкулозна инфекција е следена со ендегена реактивација и развој на туберкулоза многу години подоцна (5-10% од инфицираните)
4. Инфекција со рапиден прогрес и појава на болест – во таков случај се работи за примарна туберкулоза (3-5% од инфицираните)

Овие податоци говорат дека реакциите кои се случуваат при контакт со туберкулозни бактерии се различни кај различни индивиуди, поради што се наметнува прашањето: „Зошто инфекцијата со *Mycobacterium tuberculosis* кај некои лица води кон болест, а кај некои не, односно на што се должат разликите во отпорноста или осетливоста кон туберкулозата?

Имуниот одговор против туберкулозата е мултифакторален и има фундаментална улога за крајниот исход на инфекцијата со *Mycobacterium tuberculosis*. Од неговата ефикасност зависи дали инфицираните лица ќе се разболат од туберкулоза. Испитувањата на контактите покажале дека само 30-50% од лицата кои биле експонирани на туберкулозни бактерии ќе бидат инфицирани, што се потврдува со конверзија на туберкулинскиот тест. Позитивната кожна проба на туберкулин (екстракт од туберкулозни бактерии) е потврда за доживеана инфекција со бацилите од *Mycobacterium complex*-от, која може да трае долго, понекогаш и доживотно, а може и да се изгуби. Оваа осетливост е резултат на имунолошкиот одговор создаден во организмот после инфекцијата. После првата експозиција на туберкулозни бактерии, имуниот систем на човекот отпочнува серија одбрамбени реакции кои го дефинираат текот на инфекцијата.

Меѓутоа оваа одбрана не е еднаква кај сите експонирани индивидуи. Најголем дел од инфицираните лица нема никогаш да се разболат од туберкулоза. Кај оние кои ќе се разболат може да се сретне широк спектар на најразлични клинички манифестации на болеста, бидејќи имуниот одговор значително се разликува од човек до човек. Така, клиничкиот тек на инфекцијата и нејзините епидемиолошки последици зависат од комплексното заемно дејство на домаќинот, условите во средината и генетските варијабилности на самата бактерија.

1.4 Дефинирање и дијагноза на туберкулозата

Во управување на случаите со туберкулоза, се применуваат стандардни дефиниции за болеста, потребни заради : правилна класификација и регистрација на пациенти; одредување категорија на болни и режим на нивно лекување; следење и евалуација на лекувањето; кохортна анализа на резултати од лекување. Дефинирање на болните од туберкулоза се базира на добиените податоци од :

1. Локализација на заболувањето

- Белодробна туберкулоза (БТБ) – се однесува на заболување кое го зафаќа белодробниот паренхим, трахеобронхијалното стебло и ларинксот.
- Вонбелодробна туберкулоза (ВБТБ) – локализирана во други органи и ткива, како на пр. интраторакални лимфни јазли, плевра, абдоминални органи, генито-уринарен тракт, коски и зглобови, кожа, менинги итн.

2. Наоди од бактериолошка анализа:

- спутум позитивни – два или повеќе позитивни наоди на директен препарат за АРБ (ацидо-алкохолорезистентни бактерии) и сл;
- спутум негативни – резултат од директна микроскопија е негативен за АРБ.

3. Тежина на заболувањето

- Тешки форми на белодробна туберкулоза – зафатени се обете белодробни крила, постојат деструкции (кавуми), постои истовремена локализација на други органи, како и хроничитет на болеста што може да резултира со кардиореспираторна слабост.
- Тешки форми на вонбелодробна туберкулоза – локализации на туберкулоза каде постои сериозна акутна опасност по животот (пр. перикардитис),

тежок инвалидитет (пр. туберкулоза на р'бетен столб), или двете опасности заедно (пр. туберкулозен менингит). Тука се вбројуваат и масивен плеврален излив, интестинала и генито-уринарна туберкулоза.

- Лесни форми на вонбелодробна туберкулоза – туберкулоза на лимфни јазли, едностран плеврален излив, туберкулоза на периферни зглобови и кожа.

4. Анамнестички податок за претходно лекување

- Нови случаи – оние кои во минатото не се лекувале или се лекувале помалку од еден месец.
- Повторно лекувани – оние кои во минатото се лекувале подолго од еден месец. Тука се вбројуваат: релапси, неуспешно лекувани, терапија после прекин, хроничари.

Дијагноза на туберкулоза без разлика на нејзината локализација се поставува со одреден редослед на испитувања. Тука се вбројуваат наодите од:

1. Медицинска евалуација
2. Рендгенолошки прегледи
3. Бактериолошко иследување
4. Други дијагностички методи, цитопатолошки анализи.

1.4.1 Медицинска евалуација

Медицинска евалуација на болните се состои од анамнеза со епидемиолошка анкета, физикален преглед, социјален, семеен, медицински и професионален аспект на болниот.

- **Анамнеза со клинички симптоми**

Без оглед на локализација на заболувањето, општите симптоми се присутни, ни повеќе ии помалку кај сите болни: губење на апетит; слабеење; потење особено во ноќните или во раните утрински часови, претежно околу вратот и горниот дел на градите; треска и супфебрилна температура. Карактеристични симптоми за белодробната туберкулоза се:

- Надразнителна или продуктивна кашлица која трае повеќе од три недели,
- Хемоптизии (искашлување крв),
- Градна болка (поретко)
- Тешкотии во дишењето.

- **Физикален преглед**

Физикалниот преглед претставува важен дел од клиничкиот преглед на болниот со туберкулоза. Физикалниот преглед е битен за добивање податок дали лицето има лузна од БСГ вакцинација, но не може да потврди или исклучи туберкулоза. Иако со овој клинички преглед не може да се постави дијагноза на болеста, се добиваат корисни информации за здравствената состојба на болниот и други придружни фактори што можат да влијаат на лекувањето на туберкулоза.

- **Податоци добиени од разговор со пациентот**

Мошне е важно од пациентите, кај кои постои сомневање за туберкулоза, да се добијат епидемиолошки податоци (на пример, податоци за претходна експозиција или контакт со болен од туберкулоза, извор на зараза). Неопходни се и податоци дали болниот порано бил лекуван од туберкулоза и како е спроведено лекувањето. Ако терапискиот режим бил несоодветен или болниот го прекинал лекувањето, може да се очекува рецидив на болеста со можност од појава на туберкулоза резистентна кон антитуберкулотичките. Кај заболени деца од туберкулоза честопати се случува да се откријат заболени родители, кои биле извор на зараза за децата.

Исто така, при секое сомневање за туберкулоза важно е да се проценат и демографските податоци на пациентот (земја на раѓање, возраст, етничка припадност, професија) кои можат да го зголемат ризикот за експозиција на туберкулозна инфекција.

Неопходно е и да се добијат информации за други пропратни заболувања кај секој сомнителен или заболен од туберкулоза. Најчесто туберкулоза е поврзана со : ХИВ инфекции, шеќерна болест, хронични психијатриски болести, силикоза, малигни заболувања, примена на имуносупресивна терапија повеќе од шест месеци, операција на желудник, анемии и сл. Споменатите состојби го зголемуваат ризикот за

туберкулоза. И податоците за начинот на живот и навиките на болните во однос на пушење, конзумирање алкохол, употреба на наркотици и други навиките се неопходни во медицинската историја за болеста.

Основни рутинските биохемиски иследувања немаат улога во дијагнозата на туберкулоза, но неопходно е да се спроведат кај секој болен, како на самиот почеток на клиничкиот преглед, така и во текот на лекувањето за да се добијат потребни информации доколку постои забрзана седиментацијата, изразена анемија, промени во коагулација на крвта, потоа состојбата на црниот дроб, гликемија, вредности на уреа и креатинин, фактори на инфламација и сл.

1.4.2 Рендгенолошки преглед

Белодробната туберкулоза нема карактеристична рендгенолошка слика која е патогномонична за болеста. Повеќе студии во светот покажале дека многу белодробни заболувања имаат слична рентгенолошка слика со туберкулозата. Од друга страна, белодробните лезии присутни кај туберкулозата можат да ги имитираат сите белодробни заболувања. Но сепак, рендгенограмот има видно место во дијагнозата на белодробната туберкулоза и мошне е сугестибилен кога се работи за типична белодробна туберкулоза.

Компјутерската томографија на граден кош има исто значење како и класичната рендгенографија. Овозможува подобра визуелизација на белодробните лезии, но не треба да се користи како рутинска техника во дијагноза на белодробната туберкулоза.

Магнетна резонанца не се применува во дијагноза на белодробна туберкулоза. Може да даде дополнителни информации за зафатеност на медијастиналните лимфни јазли и за екстрапулмонална локализација на болеста (пр. туберкулоза на коски).

1.4.3 Микробиолошка дијагноза на туберкулозата

Микробиолошката дијагноза на туберкулоза се темели на две основни методи: микроскопија и култура, но постојат и молекуларни, серолошки и други методи. Овие методи овозможуваат детекција на туберкулозниот бацил во клиничките примероци (биолошки материјали) и негова изолација, идентификација на специесот и одредување на негова осетливост спрема антитуберкулозиците. Туберкулозата може да се јави во секој орган и ткиво на човечкото тело, па затоа за бактериолошка дијагноза на туберкулоза се испитуваат најразлични биолошки примероци и тоа: спутум, материјал добиен со гастрична лаважа, урина, телесни течности (ликвор, пунктати), брисеви, крв и фецес (се земаат само кај ХИВ позитивните). Секој примерок се зема во стерилен сад, без конзерванс и треба веднаш да биде испратен во лабораторија или ако е тоа можно, до испраќањето треба да се чува во фрижидер.

Микроскопија на ацидорезистентни бактерии – е една од најбрзите и најевтини методи за дијагноза на туберкулоза. Таа ги открива најзаразните случаи на туберкулоза и со неа се следи ефектот од терапијата на болниот. Најголема вредност микроскопијата има кај белодробната туберкулоза, а многу помала кај вонбелодробна туберкулоза заради присуство на мал број бактерии. Најчесто се користи боењето според Цил Нилсен каде ацидорезистентните бацили се гледаат како црвено обоени, неподвижни, благо завиени или прави стапчиња. Со флуорохромно боење се гледаат флуоросцентни стапчиња со жолто-портокалова или зеленкаста боја. Можноста за позитивен препарат при поставување на дијагноза се зголемува ако се испитаат повеќе искашлоци, а најдобро три од кои два утртински.

Културелно испитување на биолошки примерок – ја поставува дефинитивната дијагноза на туберкулоза. За добивање на позитивен резултат доволно е во примерокот да има само неколку бактерии (10-100).

Ова испитување е задолжително и неопходно кај сите белодробни и вонбелодробни примероци кои се сиромашни со бацили. Културата претставува златен стандард во дијагноза на туберкулоза. Постојат тврди и течни подлоги за култивирање на микобактериум. Најчесто користена тврда подлога е Левенштајн-Јенсеновата

(Lowenstein-Jensen) подлога на база на јајца. Течните подлоги пак овозможуваат побрз раст на бактериите, особено резистентните.

За идентификација на микобактериите се употребуваат разни **генетски тестови** со кои може да се докажат микобактерии и во материјали сиромашни со бактерии, а притоа точно да се идентификува типот на микобактериите.

Тестови на чувствителност (резистенција) овозможуваат добивање информации за осетливоста на бактериите кон антитуберкулозиците. Резултати од испитување на осетливост се користат за одредување на соодветен режим на лекување. Се прават од добиената култура (првичен изолат) од биолошки примерок пред да започне лекувањето. Има повеќе методи за изведување на овој тест. Тој може да биде:

- Директен – ако се изведува директно од спутуми се работи само ако има позитивен резултат од микроскопија на примерокот;
- Индиректен – се изведува од израсната бактериска култура.

Најчесто се испитува резистенција кон четирите антитуберкулозици од прв ред (изонијазид, етамбутол, рифампицин, стрептомицин).

1.4.4 Други дијагностички методи

Во дијагноза на туберкулоза се користат и други методи кои ни помагаат во добивање материјал за анализа (бактериолошка, цитолошка и/или патохистолошка) потврда на туберкулозното заболување:

1. Бронхоскопија- се применува во случаи каде има бактериолошки негативен наод или суспектна туберкулоза.
2. Ултрасонографија- е едноставна, безбедна метода која помага во откривање на присуство на течност во плевралниот простор, перикардот, откривање на генитална туберкулоза, потоа туберкулоза на уринарниот систем итн. Под контрола на ултразвук се добива материјал за анализа (бактериолошка, биохемиска и цитолошка). Оваа метода има практична примена и во следење на терапискиот одговор.

3. При вонбелодробна локализација на процесот се применуваат соодветни радиолошки процедури како на пример: интравенска пиелографија, иригографија, ЕЕГ, магнетна резонанца и др.

1.5 Лекување на туберкулозата

Лекувањето на туберкулозата е значаен елемент во нејзината контрола и има за цел:

- Да ги излекува болните од туберкулоза;
- Да ги превенира смртноста и компликациите од заболувањето, релапсите и појавата на резистентни туберкулозни бацили;
- Да ја намали трансмисијата на причинителот од болен на здрав.

Успешното лекување на туберкулозата се базира на примена на соодветна комбинација на антитуберкулозни лекови препишани во соодветни дози, дадени во одреден временски период, секојдневно или интермитентно (2-3 пати во текот на седмицата). Освен лекувањето, во третманот на туберкулоза големо значење има и примената на соодветен хигиенско-диететски режим кој подразбира одмор, соодветна исхрана и рехабилитација.

Антитуберкулотичите се хемиски супстанции кои делуваат на причинителот на туберкулозата. Според нивната ефикасност, токсичност како и моќност за туберкулозниот бацил да развие резистенција кон нив, антитуберкулотичите се поделени во две групи: антитуберкулотичи од прв и втор ред. Во антитуберкулотичи од прв ред се вбројуваат: изонијазид, рифампицин, пиразинамид, етамбутол, стрептомицин и тиаоцетазон (се применува во некои делови на Африка). Антитуберкулотичите од прв ред имаат различен спектар на дејство на различни суппопулации на туберкулозни бактерии изолирани од специфичните лезии. Па така постојат суппопулација на бацили кои растат брзо и се размножуваат екстрацелуларно, други се наоѓаат во казеозните лезии, трети се размножуваат споро, интрацелуларно во макрофагите, а постои и суппопулација на т.н. „заспани“ бацили, перзистери кои не се размножуваат и на кои не делуваат антитуберкулотичите.

Најширок спектар на антибактериско дејство имаат рифапицинот и еутизонот. Тие најбрзо доведуваат до стерилизација на специфичните лезии. Некои бактерии можат да останат со години во казеозните огништа, метаболно неактивни т.е „заспани“ и во услови на имунолошка слабост на организмот повторно да се активираат и да предизвикаат рецидив на болеста. Поради нивната метаболна неактивност (додека се во фаза на мирување) применетите антитуберкулотици немаат влијание кон оваа суппопулација на микобактерии. Лекувањето на туберкулоза се базира на неколку принципи познати како 4К:

- краткотрајно лекување (во траење од 6-8 месеци)
- континуирано лекување (секојдневна терапија)
- комбинирано лекување со примена на повеќе АТЛ
- контролирано лекување (ДОТ)

За адекватно лекување, болните од туберкулоза се поделени во четири категории за кои се пропишани соодветни тераписки режими. Режимите содржат комбинација на антитуберкулотици со одредени дози според телесната тежина, кои се даваат во определено долг временски период.

1.5.1 Фази на лекување на туберкулозата

Секој режим на лекување има две фази и тоа:

1. Иницијална или почетна фаза која вообичаено се спроведува болнички, за пациентите од прва категорија, а особено за случаи со активна белодробна туберкулоза кои се извор за ширење инфекција. Кај повторно лекуваните болни, или лица од втора категорија, иницијалната фаза трае три месеци.
2. Континуирана или продолжена фаза на лекување трае четири месеци за пациентите од прва категорија и пет месеци за пациенти од втора категорија кои се повторно на лекување. Во текот на оваа фаза, лекувањето треба да се

одвива под непосредна контрола на здравствени работници и/или членови на потесното семејство.

1.6 Превентивни мерки

Превентивните мерки против туберкулоза се преземаат со цел:

1. Да се спречи појавата на инфекција кај здрави лица,
2. Да се спречи појава на болест кај веќе инфицирани лица,
3. Да се открие болеста во ран стадиум, кога болните не се силно инфективни и не ја пренесуваат болеста кај здравата популација

Тие се дел од активностите на националните програми за успешна контрола на туберкулоза. Дел од нив се регулирани со Програмата за превентивни мерки за спречување на туберкулозата кај населението во РСМ, која секоја година ја подготвуваат Министерството за здравство и Институтот за белодробни заболувања и туберкулоза-Скопје. Превентивните мерки можат да се применуваат масовно на целата популација и индивидуално. Во превентивни мерки спаѓаат:

- BCG вакцинација,
- Превентивна терапија и хемиопрофилакса,
- Флуорографско снимање,
- Испитување на ризични групи,
- Испитување на контакти и
- Контрола на инфекција.

1.6.1 BCG вакцинација

BCG вакцината претставува жив, атенуиран сој на туберкулозни бактерии од бовин тип кој со долгогодишни пресадувања ги изгубил патогените, а ги сочувал антигените својства да создава специфичен имунитет против патогени микобактерии. Откриена е од страна на францускиот биолог Калмет и ветеринарот Герен. Тие цели 13 години пресадувале бовин тип на туберкулозен бацил во специјално подготвена подлога, за

после 260 пати да добијат нов сој бацили непатогени и за најосетливите животни, а со сочувани антигени својства кои овозможуваат создавање заштита од туберкулоза.

Овој нов сој е наречен BCG (Bacillus Calmette-Guerin) во чест на неговите пронаоѓачи и се изговара Бе-Се-Же). Прв пат вакцината е применета на 21 Јули 1921 година во Париз од страна на педијатарот Wili-Halle, а во 1948 година била широко прифатена и почнала да се применува како задолжителна превентивна мерка во голем број земји. На територијата на некогашна Југославија BCG вакцината започнала да се применува од 1927 година. Во Македонија од 1950 година е законски регулирана како задолжителна превентивна мерка. Во првите десетина години од воведување на вакцинацијата, годишниот опфат на новородени деца изнесувал 16,6%, подоцна, односно во периодот од 1961-1970 година тој процент се зголемил на 64,4%, а во последните десетина години годишниот опфат на новородени деца е мошне висок и се движи до 98%. Основен услов за да се воспостави заштита кај вакцинираните лица е да се примени потентна сочувана BCG вакцина. Снабдувањето на сите лаборатории во светот е со стандардизиран, проверен, висококвалитетен, потентен сој на BCG бацили (1173 P2) произведен во лабораториите во Париз и Копенхаген. Недоволната ефикасност на BCG вакцината е предизвик за научниците да создадат нова вакцина со подобри карактеристики. Работата во експериментални лабораториски методи овозможи развој на нови вакцини кои се во фаза на клиничко испитување во однос на безбедноста и имуногеноста. Се прават обиди и да се зголеми ефикасноста на постоечката BCG вакцина или да се добие нова генерација вакцини кои комплетно ќе ја заменат BCG вакцината и ќе постигнат ерадикација (истребување, целосно уништување) на болеста.

1.6.2 Превентивна терапија и хемиопрофилакса

Во зависност од тоа дали се превенира појава на инфекција кај неинфицирани лица, или се превенира појава на болест кај веќе инфицирани лица се користат два различни термини за да се опишат начините на превентивна хемиотерапија:

а) Превентивна терапија – давање антитуберкулотик на лица кои не се инфицирани со бацилот на туберкулозата (туберкулин негативни лица), со цел да се превенира можноста за пренесување на ТБ инфекција, а последователно и појавата на болест.

б) Хемиопротекција (лекување на ЛТБИ) – давање на антитуберкулотик на лица кои се веќе инфицирани со туберкулозниот бацил (туберкулин позитивни лица), со цел да се спречи ЛТБИ да прогредира во болест или да се спречи можноста за ендогена реактивација на стари, претходно санирани туберкулозни огништа. Во последите години терминот хемиопротекција е заменет со терминот лекување на ЛТБИ. Лекувањето на ЛТБИ ги заштитува лицата во ризик во 85% од случаите.

1.6.3 Флуорографско снимање

Флуорографијата (радиофотографија) е радиолошка метода која се користи за што е можно порано откривање на болните со белодробна туберкулоза, односно во почетен стадиум на болеста, кога се уште не се инфективни и не ја шират инфекцијата во околината. Овој начин на откривање на болните се нарекува активно откривање, за разлика од пасивното откривање на болеста кога пациентот самиот се јавува за преглед кај својот лекар. Масовно флуорографско снимање на населението во Република Македонија започнува во 1958 година, а опфатена е популација постара од 18 години. Според препораките на СЗО се спроведува селектирано флуорографско снимање на одредени ризични групи и во региони каде инциденцата е значително повисока во споредба со други делови од земјата. Доколку при флуорографско снимање се откријат сомнителни случаи за туберкулоза или друга белодробна патологија, за нив се преземаат дополнителни активности за кои е одговорен Епидемиолошкиот сектор при Институтот за белодробни заболувања и туберкулоза – Скопје.

1.6.4 Испитување на ризични групи

Како ризични групи за туберкулозно заболување се сметаат оние кои заради различни дефинирани причини имаат поголем ризик да заболат од туберкулоза.

Тука спаѓаат:

- Лица во близок контакт со индекс случајот. Индекс случај е првиот случај со активна белодробна туберкулоза, извор на зараза (на одредено подрачје) од кој почнува синцирот на инфекцијата (пр. соученици од ист клас).
- Лица со коинфекција на туберкулоза и ХИВ/СИДА. Претпоставка е дека 36-80% од ХИВ серопозитивните ќе бидат коинфицирани и ќе заболат од ТБ, во текот на една година по настанување на инфекцијата.
- Затворениците, заради условите и начинот на живеење, еднаш годишно подлежат на флуорографско снимање.
- Бездомниците тешко се следат и тешко се лоцира нивното живеалиште, но и за нив е предвидено флуорографско снимање еднаш годишно.
- Здравствени работници, особено во институции каде се згрижуваат болни од туберкулоза.
- Групи кои живеат во особено лоши хигиенско-материјални услови и кои се специфични за секоја земја.
- Дијабетичари, болни со имunosупресија заради болест или лекување, хронична бубрежна инсуфициенција и други заради нарушена имунокомпетентност.
- Лица зависни од алкохол, психоактивни супстанции и сл.

За ризичните групи предвидени се одредени активности со цел навремено пронаоѓање на случаите со инфекција или со туберкулозно заболување. Најчесто се применува флуорографско снимање, епидемиолошка анкета, во одредени случаи нативна рендгенграфија на бели дробови, а по потреба и бактериолошко иследување на спутум и туберкулинско тестирање.

1.6.5 Испитување на контакти

Секој новооткриен случај со туберкулоза, особено ако е инфективен (индекс случај) претставува извор на инфекција за околината. Заради ова потребно е да се испитаат сите лица кои биле во контакт со индекс случај, со цел да се откријат оние

кои се инфицирани од бацилот на туберкулоза или да се откријат сомнителни случаи кои се разболеле од туберкулоза. Според постоечкиот ризик за инфекција што произлегува од близина на контактот, постојат четири круга околу секој индекс случај:

- Прв круг: сите лица кои живеат заедно со индекс случајот или минуваат подолго од 8 часа дневно заедно (семејство, девојка или момче, затвореници од иста соба, душевни болни од иста соба, студенти од иста соба во интернат).
- Втор круг: лица кои се со повремени, но пролонгиран контакт во иста просторија (на пр. соработници од иста канцеларија, градинки, училишта, факултети итн).
- Трет круг: случајни, повремени, краткотрајни контакти во тек на една претходна година (пр. повремени семејни средби, повремена соработка)
- Четврти круг: останати контакти кои не припаѓаат на претходните три круга, а постои информација за контакт со болен од туберкулоза (пр. средби во кафеана, заедничка веселба, патување со исто превозно средство).

Целта на испитување на контактите е:

- Да се откријат лица со активна форма на туберкулоза кои биле во контакт со познат извор на инфекција, а не знаат дека се болни;
- Да се идентификуваат и по потреба да се лекуваат лицата со тн. ЛТБИ како резултат од контактот со изворот на инфекција.
- Да се откријат лица кои не се вакцинирани против туберкулоза (особено се посветува внимание на децата до 7 годишна возраст)
- Да се откријат лица кои имаат потреба од понатамошно следење, доколку биле во контакт со изворот на инфекција.

Во оценување на ризикот на пренесување на инфекцијата или заболувањето треба да ги имаме следните информации:

- Времетраење на контактот меѓу индекс случајот и другото лице
- Колкав е степенот на инфективност на изворот на зараза;
- Колкава била близината (интимноста) меѓу контактот и индекс случајот;

- Каква е чувствителноста на контактот кон туберкулоза (почувствителни се мали деца до 7 години, дијабетичари, лица со намалена отпорност на организмот, лица кои примаат имуносупресивна терапија итн.).

1.6.6 Контрола на инфекција

Туберкулозата е заразно заболување кое се пренесува по воздушен пат и затоа мерките за контрола на инфекцијата се многу битни. Превенција од инфекција со туберкулозната бактерија во здравствени установи се спроведува со изолација во болничките одделенија каде пациентите со инфективна туберкулоза треба да бидат изолирани од здрави лица, како и од пациенти со други болести. Зголемувањето на бројот на болни од БТБ и МДР туберкулоза, доведува и до зголемување на ризикот од ширење на туберкулоза во здравствените установи – нозокомијална трансмисија (интрахоспитална инфекција).

Нозокомијалната трансмисија се однесува не само на ширење на инфекцијата меѓу пациентите, туку и меѓу здравствениот персонал. Кај здравствените работници и соработници кои работат со пациенти заболени од туберкулоза, постои зголемен ризик да се инфицираат и да заболат. Сето ова е причина за воведување мерки за контрола или превенција од инфекција со туберкулозни бацили во здравствените установи. Најдобар и најефикасен начин да се спречи ширењето на инфекцијата е со раното откривање, рана изолација и рано и адекватно лекување на болните со туберкулоза.

Со цел да се намали ризикот од нозокомијална инфекција, Министерството за здравство донесува програма за превентивна дејност. Со оваа програма е предвидено секоја здравствена организација да формира комисија за интрахоспитални инфекции. Оваа комисија има обврска да воспоставува стандарди и протоколи, да ги едуцира вработените за превенција на болнички инфекции, да ја надгледува примената на пропишаните постапки за контрола на интрахоспитални инфекции и заштита на вработените, болните и посетителите од сите инфекции меѓу кои и инфекција со туберкулозен бацил.

Постојат три нивоа на мерки за превенција од туберкулозна инфекција:

- административни,
- мерки на заштита на средината и
- лични мерки на заштита

Административните мерки се најважни затоа што останатите не можат да функционираат без нив. Тоа се правила, постапки и мерење на концентрација на туберкулозен бацил во воздухот и на површините. Овие мерки се спроведуваат на периферно ниво (матични ординации, диспанзери, општи болници) и на централно ниво (специјални болници, клиници).

Мерки за заштита на средината се надоврзуваат на административни мерки и заедно можат значително да ја намалат концентрација на инфективните капковни јадра (честички) во средината, на кои потенцијално се изложени здравствените работници и пациентите. Постојат различни методи од наједноставни и ефтини до посложени и многу поскапи. Најевтин и едноставен метод на заштита е природна вентилација низ отворени прозорци. Поскапо е вентилирање со механичка вентилација, а покомплексно и најскапо со филтрација и користење на ултравиолетово зрачење.

Личните мерки на заштита се само дополнување на претходните две мерки и подразбираат:

- информираност на персоналот за инфективноста на туберкулозата, особено на немедицинскиот персонал (хигиеничари, административни работници, волонтери).
- Промена на навиките на вработените во однос на ризикот на инфекцијата: помалку време да се поминува во просториите со болните, особено оние до МДР-ТБ и во просториите каде се собира спутумот, внимателност при некои дијагностички постапки како бронхоскопија и други инвазивни прегледи.
- Носење заштитни маски од страна на персоналот кога работат во болничките простории, во текот на транспорт на болните со активна туберкулоза, за време на одредени дијагностички процедури со болните.
- Носење заштитни хируршки маски од страна на болните со туберкулоза, кога ги напуштаат просториите каде се лекуваат, односно зоните под ризик од инфекција.

- Персоналот кој работи во просториите и зоните каде се престојуваат болните од туберкулоза задолжително треба да носи заштитна облека и обувки.
- Персоналот кој работи во микробиолошките лаборатории (микробиолози, лаборанти) треба да се придржуваат на правилата за работа и лична заштита во лабораториите и да користат респираторни маски кои не пропуштаат инфективни партикули од воздухот, а овозможуваат филтрирање на вдишаниот воздух.

Ризикот од инфекција со туберкулоза или друг причинител преку опрема инструменти и друго е поретко застапен. Превенција од овие инфекции се врши преку дезинфекција и стерилизација, како единствени постапки за уништување на причинителите.

За контролата на туберкулозна инфекција во домот на пациентот да биде ефикасна неопходно е да се спроведе едукација на пациентот и неговото семејството за болеста и начинот на ширење на туберкулозна инфекција. Исто така треба да се потенцира придржување кон соодветни постапки (хигиена на кашлање, комуницирање, одржување лична хигиена и хигиена во домот, исхрана на болниот итн.). Тоа ќе им овозможи поквалитетен живот во домот и извршување на секојдневните активности.

Ризикот од туберкулозна инфекција во домот на пациентот најдобро се редуцира со проветрување и сончање на просториите. Предметите и мебелот доволно е механички да се исчистат со вода и детергент. Идеално би било доколку материјалот кој треба да се исчисти дозволува користење топла вода. Прекривките и облеката се перат со топла вода или со вриење. Дезинфекција не е неопходна освен на садови во кои се собираат екскрети на болниот или искашлок.

2 Социјална работа во системот на здравствена заштита

2.1 Дефиницијата на здравствениот систем

Дефиницијата на здравствениот систем што најмногу се користи, го означува здравствениот систем како целина на елементи вклучени во обезбедување здравствена заштита на населението. Многу важен процес од крајот на дваесеттиот век е преместување на јавното здравство од областа на добротворни установи и прифатилишта за сиромашни и негово поставување во центарот на светската политика и стратегија на националните држави.

Во суштина, **јавното здравство** е систем од знаења, вештини и верувања, кои се во функција на одржување и унапредување на здравјето на сите луѓе преку колективни и организирани општествени активности. Нивната цел е секогаш иста, без оглед на промените во јавното здравство по повод промени во технологијата или во вредностите, а тоа е намалување на болеста во најразлични форми. Затоа, може да се зборува за примарно, секундарно и терцијарно ниво на превенција во јавното здравство.

Првото ниво е контактот меѓу поединецот и здравствениот систем каде што се обезбедува примарна здравствена заштита, а другите две нивоа (секундарно и терцијално) нудат специјалистичка заштита. **Примарната превенција** ја намалува појавата на лоша здравствена состојба со ресурси како што се вакцини за спречување на болести, **секундарната** (рано откривање на болеста) вклучува намалување на распространетоста на лошо здравје со скратување на времетраењето и ограничување на неговите лоши социјални, психолошки и физички ефекти како што се разни видови на скрининг за влошувањето да може да се открие во раните фази. И, конечно, **терцијарна превенција** вклучува намалување на компликациите кои се поврзани со лошата здравствена состојба и минимизирање на страдањата, како што тоа го прават програмите за рехабилитација на пациенти после срцев удар.

Границите помеѓу овие различни нивоа обично се нејасни и можни се преклопувања, но суштината лежи во фактот дека јавното здравство сè повеќе се

занимава со дисталните социјални, физички, економски и еколошки детерминанти на здравјето (оние подалеку од луѓето), отколку со проксимални (оние поблиску до луѓето), како што се факторите на ризик. Затоа, може да се каже дека неговата база е населението, наместо поединечните пациенти. Меѓутоа, кога велиме „здравје“ прва асоцијација веројатно е здравјето на поединци и некои биолошки аспекти на здравјето, иако денес има многу докази дека големиот процент на смртност е поврзан со социјалните и бихејвиоралните фактори како што се пушењето, исхраната, употребата на алкохол, седентарен живот, конзумирање на наркотици и слично. Исто така, биологијата и генетиката укажуваат на тоа дека мал број на болести се предизвикани само со генетските фактори, односно најголем број на болести се резултат на интеракцијата помеѓу генетските фактори и фактори на животната средина. Сепак, многу е тешко да се измери здравјето, така што голем број на варијабли се користат како индикатори на концептот за здравје.

Пред почетокот на дваесеттиот век биле користени негативни показатели, како што е стапката на смртност и болест, каде што пониска стапка на смртност ќе значи поздрава популација. Денес, се уште се користат овие индикатори, но само во една поширока смисла, кога се споредуваат населенијата, бидејќи здравјето е нешто пошироко отколку само отсуство на болест – и во негово разгледување треба да се вклучат и други фактори како главни детерминанти на здравјето.

Односно, мора да се анализира суптилниот и многу комплексен однос на однесувањето и биолошките реакции на социјалната и физичката средина, што значи дека треба да се направи модел на детерминанти, кој покажува како индивидуалните карактеристики и карактеристики на животната средина влијаат на квалитетот на животот и здравјето. Едноставно кажано, на здравјето и благосостојбата влијае интеракцијата меѓу биологијата, однесувањето и животната средина (еколошки модел на поимот здравје).

2.2 Здравје и факторите што влијаат на здравјето

2.2.1 Концептот и дефинициите на здравјето

Да се биде здрав има различно значење за различни луѓе. За лаиците, ова најчесто значи да не се биде болен, додека за здравствените работници тоа значи отсуство на медицински дефинирани болести и неспособност. Стандардите за она што може да се смета за здраво се разликуваат и се менуваат, а луѓето најчесто субјективно го оценуваат здравјето, што го отежнува мерењето.

Светската здравствена организација (СЗО) го дефинира здравјето како „состојба на целосна физичка, ментална и социјална благосостојба, не само отсуство на болести и инвалидитет“. Постојат неколку аспекти на здравјето, како што се:

- Физичко здравје - го рефлектира механичкото функционирање на телото
- Ментално здравје - ја рефлектира способноста за јасно и кохерентно размислување
- Емоционално здравје - овозможува да се препознаат и соодветно да се изразат емоциите (радост, лутина, уживање), што исто така вклучува и соодветна реакција на стресот
- Социјално здравје - означува способност за воспоставување и одржување на социјални контакти со луѓето
- Здравје во заедницата - истакнувајќи ја непрекинатата врска помеѓу индивидуалното здравје и сè што нè опкружува

Во поширока смисла, здравјето се смета за состојба или квалитет на човечкиот организам, што се изразува со правилно функционирање на организмот во дадени генетски и услови на животната средина, а во потесна смисла, здравјето значи:

- дека не постои болест
- дека лицето функционира нормално во општо прифатените здравствени стандарди во однос на полот, возраста и географската област и
- дека органите функционираат соодветно, како индивидуално така и во меѓусебен однос.

При усвојувањето на стратегијата за глобално здравје за сите, СЗО индиректно усвои прагматичен став за здравјето како „можност за водење економски и социјално продуктивен живот“.

Сите дефиниции кои постојат за здравјето укажуваат на неговата сложеност и мултидимензионалност, но не даваат можност за мерење. За тоа да се направи потребни се оперативните и работни дефиниции кои не се лесни за остварување. Една од поставките, која е од големо значење за разбирање на концептот за здравје и за нејзина операционализација, е содржана во теоријата на Милер за животните системи.

Според оваа теорија, сите живи системи се форма на хиерархија на меѓусебно зависни единици, каде системот од повисоко ниво е составен од пониски подсистеми. Индивидуата е дел од семејството, кое е дел од поголемите социо-културни, економски и политички заедници, а тие пак се дел од општеството, итн., се до глобалниот социјален и економски систем. Од друга страна, поединецот е составен од помали компоненти, т.е. од системите на органи кои комуницираат едни со други. Органските системи се состојат од одделни органи, итн. Во рамките на таквата хиерархија, здравјето може да се дефинира како состојба на динамична рамнотежа, односно процес што ја одржува таа рамнотежа.

Во нормални услови, кога поединците се прилагодуваат на околината во која живеат и кога таа околина не предизвикува некаков необичен ризик или не поставува услов, тие ќе можат да одржат внатрешна динамична рамнотежа, односно здравје. Промените во надворешната животна средина или „самоиницираните“ внатрешни промени над одреденото ниво и должината на нивно траење, ја загрозуваат рамнотежата и предизвикуваат одредени психолошки реакции или структурни промени што доведуваат или до подобра адаптација на поединецот или до уништување (рушење) на таа рамнотежа, односно болест.

Дали лицето ќе може да го контролира стресот или ќе биде во состојба на нарушена рамнотежа, зависи не само од природата на ситуацијата и степенот на прилагодување на поединецот кон околината, туку и од неговиот или нејзиниот потенцијал да се справи со предизвиците. Од системска гледна точка, тој потенцијал е многу важен здравствен ресурс, а со тоа и аспект на здравјето.

Под оваа поставка, две димензии на здравјето можат да бидат дефинирани, релевантни и за индивидуата и за заедницата:

- здравствена рамнотежа и
- здравствени потенцијали.

На ниво на индивидуата, здравствената рамнотежа ја одразува динамичката рамнотежа што лаиците ја доживуваат како отсуство на симптоми на болест или инвалидитет, а во позитивна смисла, како чувство за добар физички, психолошки и социјален статус. Оваа рамнотежа е под влијание, од една страна, на здравствениот потенцијал на поединецот, односно од можноста да се „справи“ со предизвиците на околината, а од друга страна, видот, интензитетот и должината на предизвикот.

На индивидуално ниво, здравствениот потенцијал значи добар нутритивен статус, имунолошкиот отпор на заразни агенси, физичка кондиција, емоционална стабилност, соодветно знаење и пристап до здравјето, како и успешно справување со психосоцијалниот стрес.

На ниво на заедница, значајни елементи на здравствениот потенцијал се соодветната здравствена политика, добро организирана социјална заштита, вработување, соодветни услови за живеење и работа, пристапност до здравствени, образовни и други јавни служби итн.

2.2.2 Детерминанти на здравјето

Многу фактори влијаат на човечкото здравје, како и на настанување, тек и развој на болеста. Дали луѓето ќе се разболат или останат здрави зависи од сплет на различни услови, личните карактеристики на човекот и различни фактори на опкружувањето (социјална, економска и физичка средина).

Во литературата постојат голем број дефиниции и класификација на фактори кои влијаат на здравјето, а кои се викаат одредници на здравјето или детерминанти на здравјето. Генерално се дефинираат како широк спекта на лични, економски и

средински фактори кои го одредуваат здравјето на поединецот или на заедницата. Факторите кои влијаат на здравјето се разновидни и во основа може да се поделат на: ендогени (фактори на наследство) и егзогени (социо-економски, социкултурни, животен стил, физичко-биолошка околина).

Според СЗО постојат следните групи на одредници:

1. Приход и социјален статус (оние на повисоко ниво се поврзани со добро здравје)
2. Образование (низок степен на образование поврзан е со полошо здравје, поголем стрес и ниско самопочитување)
3. Физичка средина (чиста вода, чист воздух, безбедно домување, комуникација и патишта придонесуваат за подобро здравје)
4. Вработување и работни услови (вработените се поздрави, особено оние кои имаат поголема контрола над работните услови).
5. Мрежа на социјална поддршка (поголема поддршка од семејството, пријателите значи и подобро здравје); култура, обичаи, традиција и верувања во семејството и заедницата исто така влијаат на здравјето;
6. Генетски фактори (наследните фактори играат важна улога во одредување на животниот век, здравјето и веројатноста за појава на одредено заболување).
7. Личното однесување на поединецот и начинот на кој го совладува стресот (како навиките во исхраната, физичката активност, пушењето, употреба на алкохол и како се справуваме со стресните животните настани влијаат позитивно или негативно на здравјето).
8. Здравствената служба нејзина достапност, користење и ефикасност во превенција и лекување на болестите што влијаат на здравјето.
9. Родна припадност (мажите и жените страдаат од различни видови на болести во различни животни периоди).

2.3 Односот на социјалното и културно окружување со здравјето

Кога се анализира проблемот со јавното здравје, покрај генетичкото наследство, личното однесување, пристапот до здравствената грижа и физичкиот надворешен амбиент (на пример, квалитетот на воздухот, водата, условите за живот и слично), многу се важни и социјалните и културните фактори. За некои типови општествени варијабли, како што се социоекономскиот статус или сиромаштијата, постојат многу јасни докази за нивната поврзаност со здравјето, но исто така и за социјалните и културни варијабли – само што овие докази се акумулирани во последните четириесет години.

Веќе подолго од 100 години социјалната медицина признава дека лошите животни услови доведуваат до лошо здравје. Порано за сиромаштијата се мислело дека е производ на болеста, за да во минатиот век социјална медицина докаже дека сиромаштијата и експлоатација доведувале до болест (на пр. нема повеќе сомнежи дека маларијата е причина, не е последица на недоволната развиеност). Едноставно сиромаштијата и лошото здравје се неразделно поврзани, односно најсиромашните луѓе се во најголем ризик од различни видови на болести.

Денес е познато дека очекуваната должина на животниот век е пократка за пониските општествени слоеви, како што застапеноста на одредени болести не е иста во целата популација. Тоа е еден од најважните причини поради кои при разгледувањето на јавното здравје мора да се имаат предвид неговите социјални одредници. Лошите општествени и економски околности влијаат врз здравјето во текот на целиот живот, а под нив се подразбираат намалено богатство или сиромаштија, послабо образование, несигурно вработување, лошо вработување и ризично занимање, животот во лоши услови, одржување на семејство во тешки околности и несоодветно пензиско осигурување. Ако животот е пократок кога неговиот квалитет е послаб, тоа значи дека сиромаштијата, релативната депривација и социјалното исклучување имаат големо влијание врз здравјето и прераната смртност.

Апсолутната сиромаштија, односно отсуство на основни материјални ресурси за живот, постои и денес во светот, а најголем ризик од сиромаштија се невработените,

емигрантите, лицата со инвалидитет, бегалци и бездомници. Релативната сиромаштија е пораспространета и без оглед на тоа како ја дефинираме, јасно е дека сиромашните луѓе живеат пократко од оние кои се подобро позиционирани во општествената хиерархија.

Социјалната исклученост може да биде резултат на расизам, дискриминација, стигматизација, невработеност итн., а исклучените не учествуваат во образовните процеси и во општествениот живот воопшто. Здравствената политика мора да ги земе предвид овие факти, бидејќи ако таа со нив не се позанимава, тоа ќе значи не само игнорирање на многу важни детерминанти на здравјето, туку и игнорирање и на најважните проблеми на социјалната правда, со кои се соочуваат модерните општества.

Незадоволството од работното место и загрозеното работно место може да бидат штетни по здравјето исто како и невработеноста. Во контекст на здравјето генерално е подобро да се има работа отколку да се нема, иако постојат професии кои се толку опасни или штетни за здравјето на луѓето, што овој заклучок не може да се генерализира. Вработеноста сама по себе не е гаранција за заштита на физичкото и менталното здравје. Подеднакво важен за здравјето е и квалитетот на работата и работното место, а степенот на образование е клучен фактор што директно влијае врз вработувањето и приходите. Имено, лицата што се без образование или со низок степен на образование многу потешко можат да се вработат, а доколку се вработат најчесто работат на работни позиции со низок квалитет и со ниски примања. Од големо значење е и општествената организација на работата, начинот на раковоство или управување и социјалните односи на работа. Истражувањата покажуваат дека стресот на работа, игра важна улога во здравјето. Многу важен параметар е дали едно лице има можност да ги оствари своите потенцијали и вештини и да има удел во процесот на донесување одлуки. Големата стапка на невработеност носи повеќе болести и предвремена смртност, односно невработените луѓе се изложени на таков ризик, а истото се однесува и на неизвесноста која може да постои во однос на сигурноста на работното место.

Употребата на алкохол, наркотици и тутун е исто така под влијание на пошироката социјална средина. Употребата на наркотици често е реакција на социјален слом и фактор за влошување на настанатите нееднаквости во здравството, додека зависноста од алкохол и цигари тесно е поврзана со социјалната и економска депривираниост. Причинската поврзаност (каузалноста) е веројатно меѓусебна - луѓето се свртуваат кон алкохол заради ескапизам, а зависноста од алкохол често ги спушта на општественото скалило. Слична е ситуацијата со тутунот, каде што социјалната лишеност е поврзана со високи стапки на пушење и многу ниски стапки на одвикнување.

Не треба да се запоставува ниту исхраната, ниту сообраќајот или транспортот. Денес, здравата храна е политичко прашање, и долго време е познато дека добра и соодветна исхрана и тоа како влијае врз здравјето. Важно прашање поврзано со здравјето е достапноста и цената на здравата храна, односно пристапот до храна. Во развиениот свет премногу се конзумираат масна храна и шеќер, што доведува додебелење кај многу популации и тоа веќе не е типично само за богатите. Најголема разлика во исхрана помеѓу општествените класи е изворот на хранливи материи, така што во многу сиромашни земји сиромашните конзумираат поевтино „обработена“, а не свежа храна, додека масната храна е присутна во големи количини кај сите општествени групи. Кога станува збор за транспортот, здравиот транспорт вклучува помалку моторизирано возење, почесто пешачење, возење велосипед и подобар јавен превоз. Со тоа фаталните сообраќајни несреќи и загадувањето на воздухот се намалуваат, луѓето вежбаат и се зголемуваат социјалните контакти.

Меѓусебните интеракции на општествените, биогеоралните и генетичките фактори треба да се изучуваат од гледна точка на животниот тек. Во текот на животот има неколку транзиции од критична важност и сите можат да влијаат врз здравјето - емоционални и физички промени во текот на детството, преминување од основно на средно образование, почеток на работната кариера, напуштање на родителскиот дом, создавање на свое семејство, заминување во пензија итн.

Освен транзициите, многу е важен и раниот живот на индивидуата, бидејќи основите на здравјето на возрасните лица се создаваат во текот на раното детство, а до одреден степен и пред самото раѓање. Јасно е дека, на пример, лошо или немарно

водена бременост може да доведе до слаб развој на фетусот, што може да има и лоши последици во зрелоста. Бавниот раст и недостатокот на емоционална поддршка во овој период доведуваат до ризик за лошо физичко здравје во текот на животот и го намалуваат физичкото, когнитивното и емоционалното функционирање. Овие развојни ризици се поголеми кај групи кои живеат во лоши социоекономски околности и преставуваат закана за нормалниот детски раст и развој, а можат да се намалат преку превентивно здравствена нега.

Постојат бројни студии кои покажале неспорна поврзаност меѓу несаканите настани кои се случуваат во детството и подоцнежните слаби здравствени исходи. Како несакани настани во детството се набројуваат: физичко / емотивна / сексуална злоупотреба, физичко / емоционално занемарување, злоупотреба на дрога / алкохол во семејството, семејно насилство, психичка болест на родителите (особено мајките) и криминалитет на родителите (затвор). Студиите го потврдуваат ставот дека изложеноста на штетни настани во детството ќе ја зголеми инциденцата на ризично здравствено однесување (на пример, промискуитетот, насилство, алкохолизам, злоупотреба на дрога, пушење), болести и повреди (сексуално преносливи болести, гинеколошки проблеми, срцеви нарушувања болести, дијабетес, мозочен удар, малигни заболувања, самоубиство) како и на бројни предизвици поврзани со менталното здравје и благосостојбата (депресија, посттрауматски стрес, агресија, напнатост, соматски проблеми, обид за самоубиство, несакана бременост, проблеми поврзани со работата, боледувања и сл.). Социјална политика, која има за цел да се подобри здравјето во раниот животен период, треба да го зголеми општото ниво на образование и да се обиде да обезбеди еднакви можности за пристап до образование, да обезбеди добра исхрана, информации за здравјето итн.

Споменатите животни транзиции носат и одредена количина на стрес, а се знае дека долготрајните стресни околности и ситуации се штетни за здравјето зошто тие ја трошат енергијата и ресурсите што им се потребни на многуте физиолошки процеси на организмот за одржување на долготрајно здравје. На овој начин, се оштетуваат и кардиоваскуларниот и имунолошки систем, иако изолирани случаи не се толку штетни. Во моменти на стрес нашите хормони и нервниот систем нè подготвуваат за

средби со директна физичка опасност и обично се јавува реакција која во литературата е позната како „борба или бегство“, поголем број на отчукувања на срцето, мобилизацијата на складираната енергија, поголема количината на крв во мускулите и состојба на зголемена претпазливост. Долготрајни или чести стресни ситуации со себе ја носат ранливоста на бројни инфекции, дијабетес, висок крвен притисок, срцев удар, депресија и агресивност, а нив ги создаваат токму социјалните и психолошки околности. Затоа континуираната анксиозност, несигурност, ниска самодоверба, социјална изолација и недостаток на контрола во доменот на вработувањето и семејниот живот имаат големо влијание врз здравјето.

Во текот на животот, овие психосоцијални ризици се акумулираат и ги зголемуваат шансите за лошо ментално здравје и предвремена смрт. Долгите периоди на анксиозност и несигурност, како и недостаток на социјална поддршка од пријателите се опасни во секоја возраст. Сите овие проблеми се почести кај луѓето на дното на социјалната хиерархија.

2.4 Историски развој на социјалната работа во здравство

Здравствената заштита е една од првите области каде била воспоставена социјалната работа како професионална пракса и останува еден од најголемите сектори на оваа професијата во повеќето развиени земји. За разлика од многу други полиња на пракса, социјалните работници во областа на здравството обично работат во здравствени установи со сместувачки капацитети како што се болниците и клиниките.

Повеќето историчари почетоците на професионалната социјална работа во областа на здравството ја согледуваат во работата на Добротворните организации (Charity Organization Societies) во Англија, а подоцна и во САД. Животот и работата на Сер Чарл Лох, како секретар на Советот на Лондонската организација за добротворни организации бил посветен на подобрување на благосостојбата на сиромашните и загрозените. Тој преку брошури, публикации, писма до печатот, лобирање и јавни предавања дал голем придонес во законодавството и политиката за социјална заштита.

Така, во 1891 година, Чарлс Лох му предложил на Домот на лордови, обучуваните социјалните работници наречени алмонери, да бидат назначени во болниците. Тие биле таму поставени да ја спречат злоупотребата на медицинската милосрдност од луѓе кои можеле да платат за неа, но исто така да се справат и со социјалните проблеми што влијаеле на медицинскиот третман на пациентите. Првиот алмонер бил назначен во Кралската бесплатна болница во Лондон во 1894 година, а во текот на следната деценија и во седум други болници. Покрај работните одговорности, улогите на овие медицински социјални работници вклучувале и задачи поврзани со регистрирање и евиденција за институцијата како целина. Голем дел од оваа работа се завршувала преку амбулантските одделенија на тие болници.

На сличен начин во САД биле вработени волонтерите и професионални социјални работници, а првиот формален оддел за социјална работа бил основан во Генералната болница во Масачусетс од страна на д-р Ричард Кабот кој во дамнешната 1893 година го вработил првиот социјален работник во здравството. Поттик за оваа иницијатива било неговото уверување дека лекарите требало да бидат свесни за социјалните влијанија и влијанија од средината врз медицинската состојба и третманот на нивните пациенти. Сметал дека покрај органската патологија којашто пациентите ја имаат, треба кај некои случаи да се проучуваат и животните околности на пациентот. Тој го гледал социјалниот работник како клучен фактор за добивање на такви информации. Ова довело до тоа социјалните работници да ја прифатат улогата на „пријателски посетители“ кои излегувале од болничките клиники и амбуланти, правејќи домашни посети и работејќи во заедницата. Напорите на овие први професионалци за социјална работа се базирани во голема мера на социјална дијагностика, моделот на практиката што се потпира на идеите на Мери Ричмонд и слични мислителци. Така веќе 1905 година започнала првата специјализација за социјална работа во здравство.

Првите медицински социјални работници исто така биле вклучени во превенција и грижа во заедницата. Ова вклучувало иницијативи како основањето диспанзери во Хал Хаус од страна на Џејн Адамс во 1893 година, како и работата на Едвард Девине од Здружението на добротворни организации на Њујорк, во кампањите за спречување на туберкулоза и други заразни болести поврзани со сиромаштијата. Во овој период, исто така, биле забележани и првите напори за професионална организација на социјалната

работа во здравството, со основањето на Американската асоцијација на медицински социјални работници во САД во 1918 година, како и Здружение на болнички алмонери и Институт за обука во Англија.

По првичното формирање на основите на социјална работа во полето на здравствената заштита во раните 1900-ти, дошло време на експанзија. Од една страна, економската криза во годините на Депресијата барала постојано внимание на медицинските социјални работници кон финансиските аспекти на медицинската грижа. Од друга страна, особено во САД, законодавството кое имало за цел ублажување на оваа криза, посебно со Законот за социјално осигурување од 1935 година, обезбедило можности за зголемена вклученост на социјалната работа во примарната здравствена заштита. Примарната грижа, исто така, била на дневен ред и во Англија за време на овој период, иако нејзината имплементација била делумно ограничена.

Овој период, исто така, се карактеризирал со проширување на бројот на оддели за социјална работа во болниците и воспоставување стандарди на одделенијата за социјална работа преку Американското здружение на болници и новоформираната Национална здравствена служба во Велика Британија. Тие пак биле под силно влијание на зголемената специјализација во областа на медицината и влијанието на психијатријата и психоанализата врз социјалната работа. Медицинската социјална работа, како професија воопшто, станала повеќе клиничка и следела поделба помеѓу медицинска и психијатриска социјална работа.

Социјалната работа во здравството се развила по слични линии и во други земји, иако со мало задоцнување. На пример, во Хонг Конг, социјалната работа поврзана со здравјето исто така започнала како добротворна работа. Почнувајќи од 1939 година, службите за медицинска социјална работа ги пополнувале алмонери. Австралија пак го следела британскиот модел. Првите алмонери биле назначени во болницата Мелбурн во 1929 година, а уште осум други одделенија биле организирани во следните шест години. Професионалната социјална работа на Блискиот Исток започнала во Египет во 1936 година. Во Израел, пред основањето на државата во 1948 година, социјалната работа поврзана со здравјето главно ја вршеле волонтери.

Професионалните социјални работници најпрво биле вработени во специјализирани болници (на пример, за туберкулоза и рехабилитација), а подоцна се преселиле и во психијатриските единици. Дури во 1961 година бил формиран првиот оддел за социјална работа во Општата болница. Во некои земји, како на пример, во Русија, медицинско-социјалната работа се развила со помош на академици и практичари од странство.

Последните децении на дваесеттиот век следел континуиран развој на социјалната работа во здравството. Делумно како резултат на развојот на современи медицински интервенции и системи за здравствена заштита, но и од напредокот и промените во самата професија. Овој развој имал различни насоки. Бројот на работници во здравството продолжил да расте, а биле ангажирани и подобро обучени членови. Исто така се развиле и специјализирани области во рамките на здравствената социјална работа, како што се онкологијата и нефролошката социјална работа, а се зголемила и професионалната автономија и одговорност. Американските социјални работници развиле низа скрининг техники за рано откривање на случаи, кои биле испитани и адаптирани и во други земји. Планирањето на испис на пациенти, исто така, добива нова важност во репертоарот на социјална работа. И технологијата почнала да игра сè поважна улога во одделот за социјални услуги, со напори да се развјат компјутеризирани информациски системи како со клинички, така и со менаџерски апликации.

Во текот на овој период социјалната работа во здравство се соочила со бројни предизвици. Како и другите професионалци на полето на здравството, социјалните работници морале да се справат со последици од епидемии на нови болести, како што се СИДА-та, повторното појавување на старите болести, како што е туберкулозата, појавата на еколошки катастрофи и катастрофи предизвикани од човекот низ целиот свет како и континуираниот развој на нови технологии.

Порастот на трошоците за здравствена заштита во светот, исто така, влијаел врз социјална работа. Новите организациски структури, политички филозофии и економски приоритети резултирале со распуштање на одделенијата за социјална

работа во некои земји. Но, истите овие промени отвориле нови и креативни можности за социјалните работници во областа на здравството.

Природата на социјална работа во здравствените системи, нејзината база на знаење и одговор на промените во околината биле добро документирани. Ова се однесува на голем број објавени специјализирани списанија, почнувајќи од *Almoners' Medical Social Work*, потоа *Health and Social Work* и *Social Work in Health Care*. Во поново време се објавувани публикации за специјалности, како *Journal of Psychosocial Oncology* и *Health and Social Care in the Community*. Се појавиле бројни учебници и текстови, со различни акценти. Некои се организирани околу болести и здравствени проблеми, а други се фокусираат на областите во кои работат здравствените социјални работници, како што се општа пракса и акутна нега во болници. Повеќето од овие публикации се фокусираат на една одредена земја или култура.

2.5.1 Значењето на социјалната работа во системот на здравствена заштита

Социјалната работа како професија иако не е носител на дејност во системот на здравствена заштита сепак има значајна улога и приидонесува за негово оптимално функционирање. Значењето на социјалната работа во системот на здравствена заштита може да се препознае во дефиницијата на СЗО според која „Здравјето е состојба на целосна физичка, ментална и социјална благосостојба, а не само отсуство на болест или телесни недостатоци“. Оваа дефиниција прифатена на меѓународно ниво за првпат покрај физичката и ментална компонента на здравјето ја вклучува и социјалната компонента, односно социјалната заштита, како еден од основните елементи на човековото здравје. Одлуката човечкото здравје, да се дефинира на овој начин произлегува од ставот дека секое човечко суштество без оглед на неговата национална и верска припадност има право на социјална сигурност, особено право на образование, работа, одмор и здравје.

И додека здравствената дејност е насочена кон откривање и лекување на органските и психичките пореметувања (ендогени човечки фактори), социјалната

работа се интересира за односите, интеракциите, социјаланата положба, социјалната загрозеност, социјална вклученост или исклученост односно за релацијата пациент-средина (егзогени човечки фактори). Значи социјалните работници во здравствените установи работат на подобрување на положбата на пациентите, на заштита од социјални ризици и на нарушените односи меѓу пациентот и неговото опкружување или животна средина.

Современите сфаќања за здравјето ја афирмираат улогата на социјалниот дискурс во одржување на здравјето, односно лекување на болестите. Тоа претставува рамка за разбирање на социјалниот живот на човекот и за дејствувањето внатре во него. Од аспект на социјалниот дискурс на здравјето/болеста се гледа преку социјалниот, економски и политички контекст во кој човекот живее. Ваквиот природ не го губи од вид единството на човечкиот живот, туку на сите оние кои обезбедуваат здравствена заштита им нуди системска рамка за дејствување. Имено медицинската дијагноза, од аспект на овој дискурс, неопходно е теориски и практично да се поткрепи со субјективна или социјална дијагноза. Важноста на социјалната дијагноза се огледа во неспорниот факт за ваемното влијание на здравјето/болеста и социјалните услови за живот на човекот.

2.5 Социјална работа со лица заболени од туберкулоза

Социјалните работници играат клучна улога во болничките установи, помагајќи им на пациентите и семејствата да се ослободат од влијанието на болеста и третманот. Огромниот стрес често произлегува од неочекувани хоспитализации и понекогаш е поврзан со катастрофални болести или повреди. Стресовите како што се намалената лична контрола, преоптовареност со информации, промената во функционалните способности и намалени финансиски средства, може да доведат до низа емотивни реакции како што се, анксиозност, лутина и депресија. Социјалните работници, како дел од тимот за здравствена заштита, обезбедуваат проценка и соодветни интервенции за да му помогнат на пациентот во постигнувањето на оптимално закрепнување, рехабилитација и квалитет на животот.

Обемот на практиката на социјалните работници подразбира „проценка, дијагностика, третман и евалуација на индивидуални, интерперсонални и социјални проблеми за да им се помогне на поединците, семејствата, групите, заедниците и организациите да постигнат оптимално психосоцијално и социјално функционирање“. Целта на практиката за социјална работа е да се обнови, одржи и зајакне социјалното функционирање преку мобилизирање на јаки страни, поддршка на капацитетите за справување, со замена (модифицирање) на дисфункционалните модели на дејствување, поврзување на луѓето со потребните ресурси, ублажување на стресни ситуации во животната средина и обезбедување психосоцијално образование поврзано со здравјето и субјективна благосостојба.

Основните вештини за социјална работа во здравство вклучуваат способност за:

- Проценка на биопсихосоцијалните и етнокултурните потреби на пациентот, семејството и системот за поддршка.
- Проценка на факторите во заедницата и други големи системски влијанија врз здравјето на пациентот и третманот.
- Обезбедување психосоцијални интервенции кои ја олеснуваат адаптацијата и благосостојбата на пациентот и семејството.
- Олеснување на семејната и тимската комуникација.
- Застапување за потребни услуги и снаоѓање во сложените општествени системи.
- Обезбедување интервенција во криза и посредување во конфликт.
- Лоцирање и преговарање со потенцијални ресурси.
- Едукација на пациентите и семејствата како на ефективен начини да ги мобилизираат постојните ресурси.
- Развивање и имплементирање соодветни планови за испис на пациенти.

2.5.1 Услуги кои ги обезбедуваат социјалните работници

Социјалните работници во здравствената заштита вообичаено обезбедуваат индивидуално, двојно, групно и семејно советување, интервенција со кризи, едукација

за пациентот / семејството, упатување на ресурси и застапување, во амбулантски и болнички установи.

Взаемно разработениот план за грижа за секој пациент и неговото семејство се заснова на вешта психосоцијална проценка. Консултациите со медицински и сродни здравствени работници се имплицитни во развивањето и спроведувањето на плановите за лекување.

Услугите на социјалната работа ги подразбираат следниве работи:

1. Психосоцијална проценка: скрининг за висок ризик; утврдување на потребата /подобноста за услугите; се идентификуваат силните страни / способностите за справување; проценка на неформална мрежа на поддршка.
2. Советување / Психотерапија: проценка на улогата на емоционални и социјални / културни фактори врз здравствениот статус и однесување и обезбедување на соодветна интервенција; подобрување на капацитетите за справување поврзани со чувствата на губење, тага и промена на улогите; проценува и интервенира во врска со загриженоста за менталното здравје, како што се анксиозност, депресија, управување со лутиката.
3. Едукација пациент / семејство: да ги едуцира пациентите и семејствата за да го олесни разбирањето на болничките процеси; да се зголеми разбирањето за влијанието на болеста / онеспособеноста врз односите; и олеснување на животните транзиции кога здравствените услови бараат модифициран животен стил.
4. Советување за ресурси и планирање испис: идентификување и решавање на бариери за ослободување; лоцирање ресурси; идентификување на опциите и достапните поддршки; се залага за пристап до ресурси; координира препораки и / или планови за сместување; им помогне на пациентот и семејството емотивно да се подготвени за транзиции;
5. Поддршка на амбулантските пациенти: да им помогне на амбулантските пациенти да добијат соодветни ресурси и поддршка, со што се спречува непотребна хоспитализација.

Пациентот треба да се упати кај социјален работник:

- Кога доживеал значителни загуби или промени во способностите кои ќе бараат индивидуално и семејно приспособување, како што е дијагнозата опасна по живот; промени во функционалните способности, вклучувајќи и интелектуална компетентност; неизвесна дијагноза.
- Кога постои загриженост во врска со способноста на пациентот или семејството да се прилагоди на здравствените промени, како што се: изрази на емоционална вознемиреност (траума; лутина; или злоупотреба) занемарување или загриженост за безбедноста.
- Кога постои загриженост дека пациентот или семејството немаат соодветни ресурси, знаења како да управуваат со формални извори на поддршка или способност за преговарање со комплексни системи во заедницата за соодветна грижа дома.
- Кога постои загриженост во врска со капацитетот (способноста) на пациентот или семејството за одржување на здравствената заштита на подолг рок, како што се тешкотии во поставувањето цели, решавање на проблеми, преговарање за поддршка и планирање на грижата во иднина.

Активностите со кои се занимаваат социјалните работници во здравствените установи главно се однесуваат на учество во превенција, лекување и рехабилитација на болести, при што особено се посветува внимание на семејните, срединските, културните и други фактори кои можат да имаат улога во создавање и развој на некои други заболувања, па дури и психијатриски пореметувања. Социјалните работници се специјализирани да обавуваат работа во партнерски однос со луѓе кои ги користат нивните услуги, како и со нивните негуватели, за заеднички да најдат начин и пат до оздравување.

Особено значење во нивната работа се гледа во вештините што ги применуваат во процесот на закрепнување и помагање на пациентите, болните лица, да се вратат во нормален живот, да се вратат во првобитното опкружување, семејството, пријателите. Активностите спроведени од социјални работници особено доаѓаат до израз на места каде што луѓето и нивната околина комуницираат.

Работата со лица заболени од туберкулоза бара посебен и внимателен пристап кој ќе овозможи истрајност и соработка на пациентот во текот на неговото лекување, а работата на социјалниот работник овде има повеќе улоги. Тој е трпелив советник кој им помага на пациентите и нивните семејства да ја разберат болеста, покажува емпатија за дијагнозите и одлуките што треба да ги направат, се залага за правата на пациентите обезбедувајќи им психосоцијална помош и поддршка.

Социјалниот работник треба да има одлични аналитички и вештини за проценка, способност за јасна комуникација и брзо и ефикасно воспоставување на тераписки однос. Комуникацијата со пациентите е битен фактор за одлуката на пациентот да го прифати долготрајното лекување. Веднаш по приемот во болница тој се запознава со болниот и изготвува социјална анамнеза која ги опфаќа сите релевантни податоци за лицата кои се лекуваат од туберкулоза. Од непосреден разговор со пациентите социјалниот работник ги открива потешкотиите што ги мачат и им помага да се прилагодат на условите во болницата, истовремено испитувајќи ги нивните емоционални и социјални одговори за болеста и третманот.

Едукација на пациентите за правата во домен на здравствено осигурување и заштита, како и искористување на ресурсите во заедницата се од големо значење за пациентите. Една од клучните улоги на социјалниот работник исто така е и планирањето испис на пациентот од болница. Соработката на овој план се одвива на начин кој ќе ги задоволи потребите на пациентот и ќе му овозможи да ја напушти болницата навреме. Притоа социјалниот работник го почитува етичкиот концепт на пациентот за самоопределување, иако тоа може да се судри со вредностите и етиката на други дисциплини од медицински аспект.

3 Стигма и дискриминација

Туберкулозата е најсмртоносна заразна болест во светот, а стигмата продолжува да игра значајна улога во влошување на епидемијата. Стигмата и дискриминацијата не само што ги спречуваат луѓето да бараат помош, туку го отежнуваат и понатамошниот третман, со што болеста ја прават тешка за лекување на долг рок, а пак заразените постои поголема веројатност да ја пренесат болеста на оние околу нив.

Третманот на туберкулоза е неразделно поврзан со бројни психолошки, социјални и економски проблеми кои ја попречуваат способноста на пациентите да го завршат лекувањето. Кога станува збор за лични проблеми на пациентите, тие во однос на третманот на туберкулозата, честопати имаат поголем приоритет. Меѓу нив како посебни се истакнуваат дискриминацијата и стигмата.

Дискриминацијата и стигмата поврзани со болеста туберкулоза се глобални, повеќеслојни проблеми. Тие се впрочем најголемите бариери кои го следат ова заболување и влијаат на ширење на инфекцијата, несоодветна здравствена заштита и недоволна поддршка на болните. Стигмата е неетичка затоа што вклучува кршење на етичките норми, особено во медицината каде треба да се обезбеди најдобриот третман според најновите денешни сознанија, а тоа секако вклучува и справување со стигмата.

Многу експерти веруваат дека неопходно ќе биде да се справат со стигмата на туберкулоза, со цел да се дијагностицираат и третираат 4 милиони случаи на ова заболување кои во моментот се неидентификувани. Слично на ова животниот потенцијал на мултирезистентните МДР-ТБ, педијатриски и лекови за латентна туберкулоза и режими не можат да се реализираат без претходно решавање на стигмата на туберкулозата.

Државите сè повеќе се обидуваат да ја намалат стигмата и дискриминацијата на туберкулозата, во сите елементи на нивните програми за туберкулоза. Сепак, капацитетот за мерење и проценка на успехот на овие интервенции мора да се зајакне преку градење на капацитетите.

3.1 Дефиниција за стигматаизацијата

Од етимолошка гледна точка коренот на зборот стигматизација потекнува од грчкиот збор за стигма (*stigmatos*) и означувал белег/знак кој во Античка Грција бил врежуван на кожата на робови, криминалци или предавници со цел да се идентификуваат и обележат како неморални лица – лица кои треба да се избегнуваат, особено на јавни места.

Денес, изразот стигма се користи во контекст на негативно обележување на одредени лица како абнормални, срамотни, или на некој друг начин непожелни што вклучува и нивно озборување, исмејување, одбегнување и постепено социјално оддалечување од тие лица.

На стигмата може да гледаме како на етикета која ја разликува личноста или група лица од другите на омаловажувачки / обезвреднувачки начин, па така луѓето можат да бидат етикетирани врз основа на бојата на кожата (расна припадност), телесна тежина (степен на дебелина) облека (сиромаштија), ментално здравје (лица со психички потешкотии), заразно задолување (ТБ, ХИВ) и слично.

Едно од објаснувањата за стигмата и дискриминацијата се однесува на современите теории на стресот и негово справување. Претпоставена функција на стигмата е да се даде димензија на заканата (без разлика дали станува збор за реална или симболична закана). Таа укажува на опасност која треба да се избегне. Речиси сите стигми вклучуваат социјална градба на опасности. Социјалното создавање на различен, опасен идентитет создава страв. Создавањето страв од „обележаната“ личност е суштински чекор за создавање стигма. Многу пати ова бара засилување или преувеличување на ризикот што некоја болест или состојба му го носи на општеството.

Во разгледување на функцијата на стигмата исто така се наоѓа еден од нејзините аспекти - моќта. Етикетирањето бара моќ и не може да се постигне ако оние што стигматизираат ја немаат таа моќ. Потребата за моќ е една од основните човечки мотиви. Стигматизацијата е начин на изразување моќ над некои луѓе кои стануваат беспомошни во тој процес. Еден од елементите што ја овозможува стигмата е социјалниот поредок, во рамките на кој се продлабочува социјалната нееднаквост.

Конечно, стигматизацијата е многу зависна од пристапот до социјална, економска и политичка моќ што овозможува идентификација на различноста, изградба на стереотипи, раздвојување на етикетирани лица во различни категории и целосно неодобрување, отфрлање, исклучување и дискриминација. Така, ние го применуваме терминот стигма кога елементи на етикетирање, стереотипи, раздвојување, загуба на статус и дискриминација се појавуваат заедно со ситуација на моќ што овозможува компонентите на стигмата да се развијат. Стигматизација и дискриминација што може да произлезе од тоа, се можни само кога постојат разлики во моќта помеѓу групата што се стигматизира и таканаречената мејнстрим (моќната) група.

3.2 Стигмата кај болните од туберкулозата

Стигматизацијата по основ на болест се дефинира како негативно обележување, маргинализирање или избегнување на лицата затоа што биле или се болни од туберкулоза, а се базира на однапред усвоени негативни ставови кои ги нарекуваме предрасуди. Стигматизација на лица со заразно заболување како што е туберкулозата е доста распространета. Голем број различни заедници имаат предрасуди и негативни ставови кон лицата со туберкулоза. Таквите предрасуди и страв од стигмата се главни причини поради кои луѓето со проблеми поврзани со здравјето, не бараат стручна помош кога им е неопходна.

Стигмата е штетна сама по себе и заради тоа што причинува чувство на срам, вина и изолација на болните кои мислат дека ќе им наштетат на другите поради својата болест. Тие честопати чувствуваат дека се непожелн во работната средина, меѓу пријателите, па дури и во семејството, а често се случува да бидат и отпуштени од работа поради својата болест. Стигматизацијата има негативни последици за пациентот и членовите на неговото семејство, како и целата заедница. Таа ја слабеет личноста на своите жртви, го зајакнува чувството на отуѓување, а со тоа негативно влијае на текот на болеста и доживувањата на една личност, поради што личноста се чувствува како губитник. Во период на детство и адолесценција, лицето може да стане и предмет на потсмев во училиште. Недостаток на знаење и разбирање на туберкулозата придонесува за стигматизација.

Луѓето кои немаат искуство со лица со вакво заболување, честопати покажуваат поизразена стигматизација од оние што имале контакт. Постои ирационален страв кај луѓето кои се лекуваат дека тешко ќе се излечат, дека губат контрола над сопствениот живот и заради тоа се чувствуваат послаби и помалку вредни. Овој страв честопати не е свесен. За да се ослободат од ова, луѓето, на сè што е поврзано со ова заболување (болест, пациент, установи за лекување) ќе гледаат како на губење контрола, слабост и опасност. Затоа, добро е за да се избегне сето ова, да не се размислува за тоа. Некои на стигмата гледаат како на нешто нормално што се надоврзува на болеста. Таа се јавува како резултат на стравот од начинот на кој се пренесува болеста, страв дека не може да се лекува и стравот и неизвесноста од исходот на болеста.

3.2.1 Стигмата за ТБ не е природна

Разбирањето на начинот на кој се конструира стигмата е важно за нејзиното мерење и намалување. Некогаш се мислело дека е еволутивно поволна, но сега повеќето теоретичари стигмата ја гледаат како неприлагодена социјална структура. Стигмата за ТБ не е ниту природен, ниту неизбежен дел од ТБ. Треба да се овозможи и да се негува за да постои. Потребно е детално испитување за да се утврди кои идеи, правни, социјални и културни норми, реторика и навика ги поттикнуваат и одржуваат одредени стигми. Сепак, постојат некои обележја на создавање на стигма кои се дефинирани во минатото. Овие вклучуваат свесни и несвесни процеси кои ги прават предрасудите. Тие можат да се замислат како серија прогресивни, последователни чекори и услови под кои може да биде социјално дозволено личноста да се преквалификува како помалку вредна.

За да се разбере стигмата на ТБ, прво треба јасно да се одделат причините за стигма, домените и последиците од неа. Пескосолидо и Мартин (2015) идентификувале седум домени на јавна стигма: социјална дистанца, традиционални предрасуди, исклучувачки чувства, негативно влијание, последици на третман, последици од обелоденување и перцепција на опасност. Овие седум домени можеби звучат апстрактно, но кога се објаснети во однос на пациентите со туберкулоза, тие стануваат препознатливи како вообичаено разбрани делови на стигматизација.

1. „Социјална дистанца“ е кога некој се обидува да избегне лице со ТБ.
2. „Традиционална предрасуда“ е кога некој стереотипира луѓе со ТБ верувајќи дека сите луѓе со ТБ се помалку вредни
3. „Исклучителни чувства“ се однесува на желбата да се раздели лицето со ТБ од сите други или да им се скратат нивните права.
4. „Негативно влијание“ се однесува на емоционални реакции, како што се одвратност или омраза кон лицето со ТБ,
5. „Последици на третман“ е кога луѓето се плашат од луѓе што знаат дека биле лекувани за ТБ во минатото. Ова е сфатена потреба за тајност што може да остане, откако лицето ќе се опорави.
6. „Последици на обелоденување“ е кога луѓето се плашат од реакциите што би ги добиле доколку се знае дека имаат ТБ.
7. „Перцепции за опасност“ е идеја дека лицето со ТБ некако претставува ризик за општеството.

3.3 Дефинирање на видови стигма за туберкулоза

Јавната стигма опишува негативни ставови, верувања и однесувања што ги застапува пошироката заедница или пошироката јавност. Ова е тесно поврзано со предвидената стигма. Кога пошироката јавност има одредени претпоставки за одедени лица засновани на нивните здравствени проблеми, тогаш зборуваме за јавна стигма.

Очекувана (предвидена) стигма е загриженоста дека ќе се биде девалвиран по дијагноза за туберкулоза. За лицето со ваква дијагноза, тоа е стравот дека стигмата ќе биде толку лоша што ќе влијае на третманот. Може да ги предомисли луѓето да се вратат на лекување или да влијае врз придржувањето кон пропишаните лекови. Дали навистина се јавува стигма или не, предвидената стигма може да биде пречка во барање здравствена нега и придржувањето кон третманот.

Секундарната стигма се однесува на идејата дека старателите, пријателите, членовите на семејството или здравствените работници може да очекуваат негативни

ставови или отфрлање заради нивната поврзаност со болеста и / или пациентите со туберкулоза. Понатаму, ова може да го диктира нивното однесување или верувања, без оглед на тоа дали навистина ќе имаат стигматизирачки ставови или ќе се случат стигматизирачки реакции.

Интернализирана или само-стигмата ја доловува идејата дека поединците може да ги одобрат негативните стереотипи, и заради тоа се однесуваат или размислуваат според овие лажни портрети и негативни пораки. Само-стигмата е процес на прифаќање на јавната стигма од оние кои се стигматизирани. Истовремено сите негативни и омаловажувачки искази се прифаќаат како точна претстава за себе и за другите со исто заболување. Набудувајќи ја стигматизирана и доминантна група, едната страна се карактеризира со срам и чувство на помала вредност, а другата страна со чувство за супериорност.

Донесена или искусена стигма ја одржува опсегот на стигматизирачко однесување, пораки и ефекти што се директно искусени од лицето со туберкулоза или нивните семејства и што ги тера другите кон акти на дискриминација, отфрлање или изолација. Корисно е да се направи разлика помеѓу донесената и искусената стигма како две страни на истата монета, без оглед дали се гледа од страна на стигматизаторот (донесена) или стигматизираниот (искусена).

Структурната стигма ги опишува законите, политиките и институционалната архитектура што можат да бидат стигматизирачки или алтернативно заштитни од стигмата. Ова вклучува „услови на општествено ниво, културни норми и институционални практики кои ги ограничуваат можностите, ресурсите и благосостојбата на стигматизираните популации.

Се истакнува фактот дека повеќето истражувања досега се фокусирале на оние што примаат дискриминација, наспроти оние што ја извршуваат. За да се намали стигмата, важно е да се фокусираме на разбирање на ставовите и однесувањето на оние кои стигматизираат.

3.3.1 Само-стигматизација

Стигмата е толку силна социјална етикета што го менува начинот на кој дискриминираните лица се перцепираат себеси и начинот на кој другите ги перцепираат. Овие промени во перцепцијата на крајот доведуваат до дискриминација. Стигмата е опишана со негирање, страв и секогаш ги загрозува човековите права на оние погодени од неа кои ваквите неизбежни ситуации се обидуваат на различен начин да ги решат. На пример, еден начин на кој луѓето со туберкулоза ги избегнуваат овие ситуации е со криење на нивната здравствена состојба, што им носи придобивки како што се подобра комуникација, љубов, внимание и грижа од други, или подобро прифаќање на работното место и образовниот систем. Стигмата и само-стигмата создаваат чувство на ниска самоверба и страв од одбивање, поради што самите ја избегнуваат комуникацијата. Ова често создава ситуација на взаемно избегнување во кое оние што се здрави немаат проблем, додека оние што се болни дополнително страдаат. На овој начин се постигнува изолација на болните, што ги намалува шансите за нивно закрепнување.

Кај луѓето кои се само-стигматизираат се јавуваат слични симптоми како кај депресија и можат да бидат самоубиствени. Само-стигматизацијата и депресијата можат да имаат фатални последици и важно е да се препознаат. Стигмата поврзана со туберкулозата може да предизвика лицето да го одложи барањето помош или да се обиде да ја прикрие болеста за да избегне срам, дискриминација при вработување, омаловажување, потценување. Па така лицата кои се лекуваат од туберкулоза покрај страдањето од болеста, имаат и дополнителни страдања поврзани со негативно обележување на болеста. Дополнително загрижува попустливоста кај одредени лица кои се лекуваат од туберкулоза во однос на остварување на некои права, која се јавува заради само-стигмата. Таа наметнува чувства на сомневање во самите себе, разлика, инфериорност или вина што до одреден степен го менува концептот за себе.

Овој процес може да оди далеку, дури и до социјална изолација, исклучување на себеси од различни услуги и одбивање на понудена помош, со силен страв од

откривање на болеста. Само-стигмата предизвикува таков страв кај луѓето кои живеат со туберкулоза, што дури има случаи на луѓе кои плашејќи се од одбивање не се ни обидуваат да ги остварат своите основни социјални права, право на промена на работно место, социјални контакти, љубовни врски и сл.

Морална обврска е да се обелодени статусот на болните во здравствениот систем заради потребата од други медицински интервенции и лекување. Задачата на медицинските лица е да им обезбедат на сите здравствена услуга. Но, во тој процесот, тие, за да се фокусираат на проблемот, го анализираат пациентот во однос на физичката состојба што треба да се лекува, што остава простор за професионална деиндивидуализација. Таа се карактеризира со фокусирање на проблемот наместо на идентитетот и потиснување на сопствените емоционални реакции за полесно наоѓање рационални решенија, што во крајна линија овозможува дискриминација. Кога некој еднаш ќе биде етикетиран, тој останува таков се додека е присутен стигматизиращкиот фактор.

3.4 Елементи на стигмата

Стигмата е предизвикана од комбинација на незнаење и страв, а тие пак се подлога за создавање различни стереотипи и предрасуди што на крај доведуваат до дискриминација на стигматизираните лица. Тоа се всушност трите елементи на стигмата.

3.4.1 Стереотипи

Стереотипот претставува слика заснована на предрасуда или полувистина која му се придава на „другиот“ или себеси врз основа на припадност на група. Стереотипите се всушност погрешни сфаќања што опстојуваат наспроти податоците и фактите, а можат да бидат изменети низ образование и/или запознавање со предметот на стереотипот. Тие обично се засноваат на претпоставка дека членовите на другата група имаат одредени карактеристики кои се уникатни за нив и кои ги разликуваат од

другите. Исто така, стереотипот подразбира дека карактеристиките што се својствени за групата мора да ги споделат сите нејзини членови, па со тоа во ист „контејнер“ ги фрламе сите припадници на таа група без оглед на нивните реални поединечни својства. Тие се генерализации што се засноваат на минимално познавање на групата на која се однесуваат.

Стереотипот може да биде позитивен или негативен, но речиси секогаш, кога ќе се примени на ниво на единка, е неистинит. Кога создаваат стереотипи, луѓето најчесто се групираат според етничката припадност, религијата, сексуалната ориентација, пол или која било друга категорија. Тие може да се засноваат на специфичната особина на групата или лицето на кое му се припишуваат. Како последица на тоа, се појавува погрешна слика што често постои за одредена личност или група. Исто така, стереотипите ја негираат индивидуалноста на една личност. Тие можат да ги претстават лицата прилично површно, исклучиво врз основа на нивниот пол, националност, сексуална ориентација, некои недостатоци или телесна попреченост. Факторите што довеле до создавање на стереотипи се историски фактори, генерализација, прв впечаток, поедноставување, претерување, расизам, припадност со други групи, хомофобија и други форми на дискриминација.

3.4.2. Предрасуди

Стигматизацијата на лицата се заснова на негативните ставови што ги нарекуваме предрасуди. Самото нивно име укажува дека тоа се судови дадени однапред, пред да имаме доволно информации во врска со одреден став. Предрасудите се негативни заклучоци, донесени врз основа на недоволно познавање на она што е предмет на предрасуда, во овој случај, туберкулозата. Тие не се карактеристични само за ова заболување. Сè може да стане предмет на предрасуди, поентата е дека ние однапред имаме негативни ставови што не се засноваат на нашето искуство со луѓето кон кои имаме предрасуди, туку едноставно се научени ставови.

Неопходно е да се знае дека предрасудите се некој вид на верување што ја става личноста во неповолна положба. Секогаш содржат негативен, па дури и непријателски став кон предметот на кој се однесуваат.

Предрасудите се многу отпорни на промени затоа што луѓето едноставно не размислуваат дека некому прават нешто погрешно со своите ставови и однесувања. Како и другите ставови, и предрасудите се научени што значи стекнати на ист начин како и многу други работи што ги учиме. Најчесто, станува збор за имитирање и учење „на модел“, што всушност значи дека многу од нашите ставови и предрасуди, сме ги научиле како деца од нашите родители.

Однесувањето кое произлегува од предрасудите може да поприми, и најчесто поприма, различни форми што резултираат во различни неправедни постапки. За жал, најлошиот дел од стереотипите и предрасудите се последиците кои остануваат од нив во однесувањето, а тоа е дискриминацијата.

3.4.3 Дискриминација

Дискриминацијата се дефинира како неправедна разлика во однесувањето кон различни категории на луѓе, порекнување на нивните права и одговорност како полноправни граѓани, а се случува како последица на стереотипи и предрасуди. Влијанието на стигмата врз болно лице има негативни ефекти на неговото здравје и сериозно го нарушува чувството на самопочит. Пациентите кои се лекувани од туберкулоза во своите искуства со стигмата, изјавуваат дека од својата околина доживеале разочарување, презир, озборувања, исмејување, биле сметани за несоодветни за работа, биле потценети, избегнувани, игнорирани, изолирани, отфрлени, сметани за опасни, сожалувани, со неоправдана недоверба кон нив и недоразбирања со околината, недостаток на емпатија. Тие доживувале непријатности од семејството, пријателите, соседите, работното место, здравствени установи. Колку почесто болните од туберкулоза се гледаат низ призмата на нивниот идентитет, дефиниран со стигмата, толку повеќе се занемаруваат нивните индивидуални карактеристики.

2.6 Однесување на луѓе кои дискриминираат

Одговорот на заканата се определува со перцепцијата на ризикот, кој честопати е непостојан и зависи од илузијата за контрола. Ризиците што можеме да ги очекуваме, можеме и да ги контролираме. Луѓето сметаат дека се безбедни од ризик ако нивните идентитети се разликуваат од идентитетот на стигматизираните лица. Припишувањето на туберкулозата исклучиво на однесувањето на другите луѓе создава илузија на контрола, но и предрасуди. Поедноставно, го намалуваме ризикот од инфекција со туберкулоза, ако веруваме дека болеста може да се спречи и контролира доколку ги изолираме однесувања кои се ризик фактори на болеста, ако ги поврземе тие однесувања со носителите на болеста и тоа го користиме за да обвиниме одредени лица за нивната инфекција со туберкулоза, со што го оправдуваме и несоодветното однесување кон овие луѓе.

Стравот од лицата кои се лекувале од туберкулоза произлегува од стравот од заразни болести, а најчесто се манифестира преку осудувачка перцепција на ризичните групи кои со своето однесување предизвикале појава на ова заболување. Според понатамошна логика, оние што се лекувале од туберкулоза сигурно доаѓаат од овие ризични групи, така што таа болеест, најверојатно им се случува на другите. За да се оправда сопственото размислување, на стигматизираната личност и се наметнува одговорност за моменталната состојба на работите, а чувството на вина ја потврдува исправноста на мислењето.

Овој злобен круг на перцепции е мапиран на ниво на однесување каде стигмата предизвикува дискриминација, дискриминацијата води до кршење на човековите права, а тоа се оправдува со детерминантите на стигмата (страв од инфекција, проценка на ризик, ставови и ниско ниво на знаење за туберкулоза). Фактори кои придонесуваат за стигмата поврзана со туберкулозата се: заразна болест; долготрајно лекување; одговорноста на стигматизираната личност за добиената инфекција.

2.7 Справување со ситуации на дискриминација

Во поглед на односот помеѓу сопствениот стигматизиран идентитет и однесувањето на другите луѓе, единствен ефект има доколку дискриминацијата и се препише на предрасудите. Тоа помага да се одржи високо ниво на самодоверба доколку постои јасна и видлива ситуација на дискриминација, но ако ситуацијата е нејасна, припишувањето на дискриминаторскиот однос на предрасудите од други, доведува до намалување на самодовербата кај лицето. Покрај намалена самодоверба, карактеристично е и чувството за намалена контрола. Како се одржува менталното здравје во овој случај? Луѓето со висока свест за стигмата (онолку колку што очекуваат стереотипно однесување) имаат тенденција да избегнуваат ситуации во кои можат да бидат дискриминирани. Така, еден начин да се елиминира ефектот на стигмата и дискриминацијата е да се избегнат потенцијално опасни ситуации или да се негира нивното случување. Со помош на висока самодоверба тоа овозможува да се одржи високо ниво на субјективна благосостојба (лична димензија на квалитетот на животот).

2.7.1 Приказ на случај: Стигма во семејството

Млада девојка, студентка на Медицински факултет, по потекло од градска средина е примена за лекување на специфичен оддел. Таа е единствено дете во семејство со родителите кои се факултетски образовани лица и на некаква функција во градот во кој живеат. Студентката првично живее во стан во Скопје, но поради желба за вистински студентски живот решава да се пресели во студентски дом. Бараките на домот во кој престојува биле за жал со субстандардни услови за живот. Во разговор со пациентката за мислењата на средината во врска со нејзината болест, таа се распакува и низ солзи одговора : „Мислам дека моите родители полесно ќе ме прежалеа ако умрев, отколку овој срам што им го донесов“.

Кога постои ваков проблем пред се треба да се обрне внимание на личните доживувања на пациентите во врска со болеста и како таа се рефлектира на нивниот живот. Лицата се најчесто разочарани поради тоа што им се случила една таква болест

како ТБ и се плашат да не се дознае за тоа. Најтешко е кога стигмата се случува во кругот на семејството. Во тие случаи се работи на стравот од стигмата што оваа болест ја следи, но исто така и на емоционалниот одговор кај пациентите во врска со промена на животните навики.

2.7.2 Приказ на случај: Стигма од соседите

Пациентка на возраст од околу 35 години, мажена со две деца, живее со семејството во стан, заминува на домашно лекување за викенд. Соседите со кои претходно комуницирала, се дружела и била во добри односи и зазвонуваат на врата. Таа весело ги поздравува мислејќи дека се дојдени да ја посетат, видат и прашаат како се чувствува, но тие штом ја зголедале уште на врата и велат: „никогаш повеќе да не ти се случи да го поминеш нашиот праг и да дојдеш кај нас на гости“. Нивната реакција ја остава пациентката без зборови, понижена, засрамена, отфрлена, со еден збор безвредна. Таа констатира: „Се чувствував многу полошо така, отколку да ме натераа или физички да ме нападнеа“.

Стигмата што ја придружува туберкулозата има разорни социјални импликации. Поради леснотијата со која оваа болест се пренесува, луѓето не сакаат да бидат во близина на инфицирани лица. Иако лицето завршило со третманот на лекување и не е повеќе заразно за околината, сепак, стигмата не исчезнува. Луѓето не забораваат кога некој близок до нив ја носи болеста опасна по живот. Тоа има неповолни ефекти по стигматизираната особа која станува социјално обележена, изолирана, законски обесправена, исклучена и често презирана. Кај овие личности карактеристична е отежнатата социјална интеграција.

3.7 Истражувања за стигма и дескриминација во светот

Во многу студии се истакнува влијанието на психосоцијалните проблеми со кои се соочуваат лицата заболени од туберкулоза, поради што постојаат поголеми шанси да развијат ментални и психолошки проблеми. Реакциите на стресната ситуација предизвикана од болеста која негативно влијае врз способноста на поединецот да

работи, заедно со социјалната и респираторна изолација, намалената самовербата, стравот од ширење на болеста до други, беспомошноста предизвикана од инкапациција поради хронична болест, и социјална стигма поврзана со оваа болест, се веродостојни причини за појава на депресија и анксиозност.

Барал и сор. (2007) во наодите од студија спроведена во Непал за откривање на причините за стигмата и дискриминацијата поврзана со туберкулоза, укажале на тоа дека причините за идентификуваната само-дискриминација вклучуваат страв од пренесување на туберкулоза, како и избегнување озборувања и потенцијална дискриминација. Причините за дискриминација од страна на членовите на заедницата вклучуваат: страв од перцепиран ризик од инфекција; согледани врски помеѓу туберкулозата и другите причини за дискриминација, особено сиромаштијата и ниската класа; согледани врски помеѓу туберкулоза и непристојно однесување; и перцепциите дека туберкулозата е божествена казна. Понатаму, некои пациенти чувствувале дека се дискриминирани од страна на здравствените работници.

Фазлул Карим и сор. (2007) во резултатот на нивната студија направена во Бангладеш за „Стигмата, родот и нивното влијание во животот на руралните пациенти со ТБ“, се покажало дека кога се работи за стигмата, женските пациенти повеќе ги нагласуваат психосоцијалните и брачни или семејни индикатори од мажите. Жените рекле дека помалку мислат на самите себе поради туберкулозата и се чувствувале засрамено. Кај женскиот пол биле значително поистакнати индикаторите за стигмата „срам или засрамени“.

Анита С. Метју и сор. (2007). истакнуваат дека во Индија, пациентите со ТБ често се соочувале со отфрлање и социјална изолација. Поради недостатокот на знаење за болеста и стравот од отфрлање, лицата со туберкулоза често ги кријат своите симптоми и не успеваат да добијат соодветен третман - пречка за контрола на болеста. Често било верувањето дека туберкулоза е неизлечива и дека лековите за лекување на болеста може да му наштетат на пациентот. Многумина стравувале дека туберкулозата може да предизвика импотенција и стерилност. Јавноста била погрешно информирана за начините на ширење на болеста и верувала дека туберкулозата е наследна или се шири на начин сличен на оној со кој се шири СИДА, како што се небезбедени

сексуални практики. Верувањето дека туберкулоза се шири преку ракување и споделување храна со заразено лице, може да предизвика пациентот да ја крие болеста и неговата состојба во тајност поради страв да не биде избегнуван, дури и од членовите на семејството.

Пациентите со оваа болест се често економски и социјални отпадници, со слаб емотивен живот, ниска самодоверба и клиничка депресија, што може дури да доведе до самоубиство. Мажите погодени од болеста, кои обично обезбедувале единствена финансиска поддршка за семејството, биле принудени да ги напуштат своите работни места и, така, доживувале екстреман долг и сиромаштија. Други пациенти имале намален капацитет за работа и било потребно да земаат долги отсуства од работа, при што крајниот резултат бил финансиски товар. Самохраните жени честопати тешко наоѓале животни партнери и биле отфрлени. Жените во брак пак биле злоупотребени од страна на нивните роднини и напуштени од нивните сопрузи. Жена која ја напуштил сопругот е изолирана, и за неа било какви социјални односи се табу тема. Стигмата во овој поглед е поголема за жените отколку за мажите. Многу од пациентите кои почнувале да примаат терапија, честопати во тајност, престанувале веднаш штом се развивале негативни ефекти, како што е портокаловото обезбојување на кожата (видено со рифампицин, лек од прва линија за терапија со туберкулоза), што откривало на заедницата дека пациентот има туберкулоза. А прекинувањето на терапијата може да доведе до појава на МДР-ТБ туберкулоза отпорна на лекови, или ХДР-ТБ екстензивно отпорна на лекови, која е тешка за лекување и може да биде фатална.

Поради големото психосоцијално влијание на оваа болест која го слабеа организмот, фокусот не треба да биде само на рано откривање и симптоматско и микробиолошко лекување, туку и на давање психосоцијална поддршка на пациентите и нивните семејства. Иако важноста на истражувањето и клиничките испитувања на туберкулоза е несомнено, здравствената едукација на масите од страна на здравствените програми во заедницата за отстранување на митовите и стигмата околу болеста и нејзиниот третман, не може да се пренагласи во однос на напредокот кон контролата на болеста.

3.8 Интервенции насочени кон намалување на стигмата на туберкулоза

Во едно истражување за ефективност на интервенциите за намалување на стигмата на туберкулозата, како заклучок се наведува дека интервенциите за оформување на знаења, менувањето на ставот и интервенциите за поддршка на пациентот можат да бидат ефективни во намалувањето на стигмата на туберкулоза.

Истражувањето имало за цел да ја процени ефективност на интервенциите за намалување на стигмата од туберкулоза кај пациенти, кај здравствени работници, кај давателите на нега и кај општата заедница. Преку систематско прегледување на литературата анализирани биле студии објавени меѓу 1950-2015 год. од повеќето земји во светот.

Од сите овие студии, седум написи објавени во рецензирани списанија биле задржани во прегледот. Три потекнувале од Централна и Јужна Америка, два од Африка и два од Азија. Повеќето интервенции ги имале намалувањето на стигмата како една од неколку главни цели. Некои студии исто така имале за цел зголемување на знаењето за туберкулоза, а биле насочени и кон тоа да се подобри придржувањето кон третманот на туберкулоза. Од седумте студии, пет таргетирале предвидени стигми, две интернализирани стигми.

Генерално, две од седумте интервенции имале за цел намалување на стигмата на туберкулоза фокусирана на општата заедница, четири биле фокусирани на пациенти со туберкулоза, вклучително и пациенти со резистенција на туберкулоза (МДР-ТБ) и една за здравствените работници.

Неколку видови на интервенциите биле евалуирани во вклучените студии. Од петте интервенции чија цел е намалување на очекуваната стигма, најчесто користени биле компоненти кои го менуваат ставот или компоненти кои го обликуваат знаењето. Овие компоненти го едуцирале општото население, членовите на семејството и / или пациентите со туберкулоза за болеста, истовремено проектирајќи позитивни слики од пациенти.

Од седумте вклучени студии, повеќето (5/7) ја оценувале интервенција за намалување на очекуваната стигма, и скоро сите (6/7) покажале намалување на стигмата на туберкулозата. Сепак, една студија објавила дека обуката на волонтери во заедницата резултирала со зголемена стигма кон луѓето со туберкулоза, но ова беше засновано на одговорите на две прашања: "Останувате подалеку од луѓе со ТБ" и "Се плашите од луѓе со ТБ". Авторите сугерираат дека забележаните негативни ефекти може да се должат или на слабо обучени волонтери во заедницата кои би можеле да ги продлабочат стигматизирачките ставови или поради страв, како резултат на учењето дека туберкулозата се пренесува преку воздух. Затоа, интервенциите за стигмата треба внимателно да се изработени со пораки и дизајн, како и обучени лица за правилно пренесување на поракатите.

Врз основа на постоечкиот број на докази, интервенциите за оформување на знаења и промената на ставовите насочени кон јавноста, пациентите и нивните семејства биле ефикасни во намалувањето на предвидената стигма. Домашните посети и групите за поддршка, како што се ТБ клубови биле ефикасни во намалувањето на очекуваната и интернизирана стигма.

3.8.1 Видови на интервенции

Групи за психосоцијална поддршка: интервенцијата се состоела од четири компоненти — групи за поддршка, рекреативни патувања, симболични прослави и работилници за семејството. Групите за поддршка биле ефективни против негативните социјални влијанија со кои се соочувале пациентите со МДР-ТБ

Подигање на свеста од страна на волонтерите во заедницата: Волонтерите во заедницата организирале разговори на тема „здравје“ на домашните пазари, во цркви и цамии, за домаќинствата и различни групи занимања, како и дискусии со членови на заедницата. Тие исто така делеле едукативни памфлети од врата до врата и постери на секоја улица за да ги олеснат разговорите за здравјето и одржале митинг за подигање на свеста кај луѓето

Нега во заедницата: медицински сестри ги посетувале домовите на пациентите за подобро да ги разберат пациентот, семејството на пациентот и околината на пациентот. Информациите биле користени за прилагодување на третманот на потребите на пациентот, вклучувајќи ги и факторите што можат да го олеснат или спречат третманот. Комуникација со семејството на пациентот за намалување на стигмата. Поддршката од медицинските сестри ја намалила интернализираната стигма кај пациенти со МДР-ТБ

Програма за здравствена едукација: програма за дневна и ноќна информација користејќи паноа, звучник и две локално развиени слајдови, во кои се прикажани едноставни приказни за болните од ТБ кои успешно биле лекувани. Слајд-серијата била прикажана пет пати во вечерните сесии во текот на две години, секој пат со публика од неколку стотици гледачи. Покрај тоа, во 1995 година биле посетени сите училишта каде им биле дадени информации. Стигмата била значително пониска во групата на интервенции.

ТБ-клубови: секој клуб имал редовни неделни состаноци кои се одржувале на места како што се цркви, џамии, пазари или други места за социјални настани за пациентите да се поддржат едни со други, придржувајќи се кон третманот и да споделуваат информации за текот на болеста и можните несакани ефекти на лековите. Пациентите кои не успеале да постигнат задоволителен напредок или страдале од несакани ефекти, биле пријавувани во здравствениот центар.

Домашни посети: група на пациенти со ТБ имале корист од пакетот за интервенција насочен кон пациентот, кој вклучувал посети на домови и ТБ-клубови и група за контрола во руралните подрачја. Била зголемена размената на енергија помеѓу здравствениот персонал и пациентите со ТБ (т.е. се давала поголема моќ на пациентот во здравствената заштита-интеракција со пациентите)

Едукативни работилници: здравствените работници присуствувале на курс за обука кој вклучувал знаење за дестигматизацијата и човековите права на пациенти со туберкулоза.

3.9 Улогата на медиумите во намалување на стигмата

Медиумите играат важна улога и се едни од најчестите канали што се користат за добивање информации за теми поврзани со здравјето. Новите платформи за медиуми, вклучувајќи ги и социјалните медиуми, нудат можности за засегнатите заедници да го привлечат и одржат вниманието на медиумите. Јавните здравствени комуникации и кампањи за застапување се заслужни за подигање на свеста и поттикнување на луѓето за пристап до третман и нега. Стратегиите на комуникациите и стратегиите за ангажирање различни медиуми во индустријата и публиката се клучни за да се постигнат значајни промени.

Интервенциите во мас-медиумите се покажаа ефикасни при промена на индивидуалното однесување, намалување на стигмата и подигнување на свеста. Медиумите имаат потенцијал да генерираат знаења за туберкулозата, промовирање на свеста за болеста услугите и намалување на стигмата. “Unmask stigma” е меѓународна кампања за туберкулоза која има за цел подигање на свеста и едукација, мотивирана од личните искуства на здравствените работници и пациентите со туберкулоза.

Предизвикот за медиумите и застапниците е да не се зајакнат пристрасни верувања и стигматизирање на ставовите. Според истражувањето спроведено од Европската комисија и лондонската школа за економија и политички науки, медиумите придонеле за негативните ставови кон лицата со ментални здравствени проблеми во Европската унија преку сензационалистички и неточни портрети на менталното здравје. “Unmask stigma” го ублажил овој потенцијален проблем со дизајнирање и промовирање на кампањата под водство на оние на кои директно им влијаеше стигмата на туберкулозата.

.10 Борба против стигма на туберкулоза преку лекции научени од ХИВ активизмот

Широко распространетата стигматизација меѓу луѓето дијагностицирани со туберкулоза е поттикната од длабоко поставената асоцијација со сиромаштијата, социјалната маргинализација, ризикот од пренесување и смрт и продолжена во различен степен со субверзивни политики и практики. Стигмата е двојно полоша за оние кои живеат со двете инфекции (туберкулоза и ХИВ).

Од почетокот на осумдесеттите години на минатиот век, луѓето со ХИВ и здравствените активисти успеале да го свртат вниманието за ХИВ-стигмата и да ја претворат во сила за социјални промени. Тие се бореле против предрасудни практики со опипливи трансформативни ефекти на индивидуално и политичко ниво. Политики, како што се оние за ХИВ тестирање, третман, советување, пристап до лекови и вработување на лица со ХИВ, барале да бидат афирмирани и да се почитуваат правата на лицата заболени од ХИВ. Кога исполнувањето на човековите права во пракса заостанувале, активистите за ХИВ користеле пристапи засновани врз правата за надминување на стигмата и дискриминацијата и се организирале за промени. Заедницата на ХИВ успешно ги собрала силите за предизвик на стигматизација на лицата со ХИВ, преку колективни движења за основните човекови права кои довеле до опипливи промени во политиката.

Заедницата на туберкулоза секогаш ја препознавала стигмата што ја опкружува болеста, но направила многу помалку за да се спротивстави на тоа. Ризикот и стравот од пренесување на инфекција во воздухот честопати се става во одбрана на политики и практики кои приоритет даваат на благосостојбата на колективна јавност отколку на индивидуалните пациенти. Подигањето на свеста за стигмата на туберкулозата е недоволно за таа да се намали. Заедницата на туберкулоза има потреба од форма на активизам, што ги поврзува различните искуства на дискриминација и омаловажување и системите и структурите што нив ги поддржуваат низ времето. Подигањето на свеста може да се случи кога луѓето кои се лекувале или се на некој начин погодени од болеста се соберат за да ги споделат своите искуства, да ги идентификуваат

задничките борби и да започнат колективно да се организираат за да ги променат практики што стигматизираат и се потенцијално штетни.

Луѓето со МДР и ХДР ТВ, клинички најтешки форми на туберкулоза, често се најосудени и стигматизирани. Бидејќи непридржувањето кон третман на ТВ се смета дека е една од причинителите за развивање на резистентност на лековите, пациентите со М / ХДР-ТВ рутински се опоменуваат за „непридржување“ кон третманот со занемарување на социомедицинската средина во која доследноста кон третманот треба да се одржува – како што е некавалитетен здравствен систем, недоверба кај пациентите, примарна резистентност на лековите и слаб пристап до дијагностички методи и лекови, слаба информираност за третманот, социјална заштита и контрола на инфекција.

Во последните години, клучните актери во заедницата на туберкулоза, како што се „Стоп за ТВ Партнерство“, „Акциска група за третман“, ТВ ПРОФ, Глобална коалиција на активисти за туберкулоза и Фондацијата КНЦВ за туберкулоза, создаваат значајна промена во пракса со потенцијални ефекти врз намалувањето на стигмата. Термините кои го зајакнуваат негативното стереотипирање на болните се извлекуваат од вокабуларите на лекарите и истражувачите.

Строгата ДОТ стратегија постепено се ориентира кон приоди насочен кон пациенти со потенцирање на ангажман во заедницата, советување на пациентот и структурна помош за придржување кон третманот, дури и залагање за палијативна грижа за оние со неизлечиво заболување. Владите и индустријата се одговорни за спроведување нови технологии за да се обезбеди правичен пристап до најновите научни достигнувања. Глобалните амбасадори за здравство, вклучително и излекуваните од туберкулоза ја зголемуваат свеста за болеста на социјално ниво преку пораки кои го потврдуваат достоинството на заболените лица, наместо да го засилат стравот од туберкулозата.

Ефектите од солидарноста, карактеристика која ја гледаме во заедниците погодени од ХИВ широм светот кои се поврзани и покрај разликите во расата, полот и економијата, можат да постават основа за трајни општествени промени.

Глава II: Методологија на истражување

1. Предмет на истражување

Предмет на ова истражување е стигмата кон туберкулозата како болест, односно дали стигмата е присутна кај општата популација. Стигмата подразбира стереотипи, предрасуди и дискриминација што значи дека лицата кои се лекуваат од туберкулоза може да се најдат во неповолна состојба. Стигмата многу често може негативно да влијае и на членовите на нивното семејство, пријателите итн. Таа се смета дека е една од главните причини и за задоцнето лекување и третман што придонесува за неефикасна контрола и борба против туберкулозата.

2. Цел на истражување

Целта на ова истражување е да се утврди повраноста меѓу појавите стигма и туберкулоза. Доколку се докаже постоење на стигмата ќе можат да се преземат конкретни чекори и да се испланираат ефикасни интервенции насочени кон сузбивање на оваа појава. За да се открие колава е застапеноста на оваа појава меѓу луѓето, потребно е да се утврдат знаењата, ставовите и однесувањето на општата популација.

3. Методи и техники на истражување

Природата на истражувањето ја наметнува потребата од примена на различни методи, постапки и истражувачки техники со кои би се дошло до оценка на достигнатиот степен на теоретски претпоставки со цел да се утврди постоечката состојба. Се работи за доминантно квалитативен истражувачки пристап. При собирање и обработка на податоците, како и анализа на резултатите од истражувањето користени се следните методи:

- Метода на анализа на содржините – се користи за да се оствари подетален увид во постоечката документација и базите на податоци кои се однесуваат на големината на проблемот со стигмата кај туберкулозата
- Метода на анализа, синтеза, индукција и дедукција – се применува при собирање на податоци од различни извори.
- Метода на класификација и систематизација на податоците
- Метод на дескрипција – се користи за детален приказ на состојбата со туберкулозата
- Статистичка и компаративна метода се користи за обработка на собраните податоци.
- Квантитативна и квалитативна анализа на содржината претставува комбинација на методи од други научни области прилагодени за потребите на истражувањето. Претежно тоа се квалитативни и квантитативни методи кои преку нумеричко изразување, дескрипција и графички приказ ја изразуваат вредноста на податоците кои се анализираат.
- Статистичките податоци се прикажани во форма на графикони, табеларен приказ и слично.

Во рамките на истражувањето направена е анкета со мерен инструмент анкетен прашалник кој го пополнуваа лица од општа популација по случаен избор. За постигање на поголема егзактност во проучувањето на појавите во истражувањето на овој труд користен е статистички метод. Статистичката обработка на податоците извршена е преку средување на податоците со помош на компјутерската апликација за табеларни пресметки Microsoft Excel, при што е извршено рангирање, процентуални пресметки, табеларно прикажување и графичко обликување на обработените податоци.

4. Очекувани резултати

Примарните податоци кои треба да произлезат од истражувањето се очекува да ја дефинираат моменталната состојба со проблемот на стигмата кај туберкулозата. Анализата на ставовите на анкетираниите во однос на овој проблем е најдобар патоказ за тоа што треба понатаму да се направи за ублажување на последиците од стигматизација во однос на туберкулозата, доколку се докаже нејзино постоење. Од истражувањето се очекува:

- Утврдување на причините за стигматизацијата кај туберкулозата.
- Маркирање на одредени системски слабости, потешкотии и ограничувања за подобро разбирање на проблемот .
- Укажување на потребата од постојано следење и континуирано пласирање на информации за туберкулозата преку медиумите
- Потреба од континуирана едукација на здравствените работници кои работат во здравствените установи

5. Хипотези

Главна хипотеза:

- Стигмата и дискриминацијата кон туберкулозата е присутна поради недоволно познавање на болеста

Посебни хипотези:

- Недоволна информираност и знаење за болеста предизвикуваат негативни ставови на јавноста за туберкулозата.
- Лицата со поголемо познавање на туберкулозата помалку вршат стигматизација.

Глава III

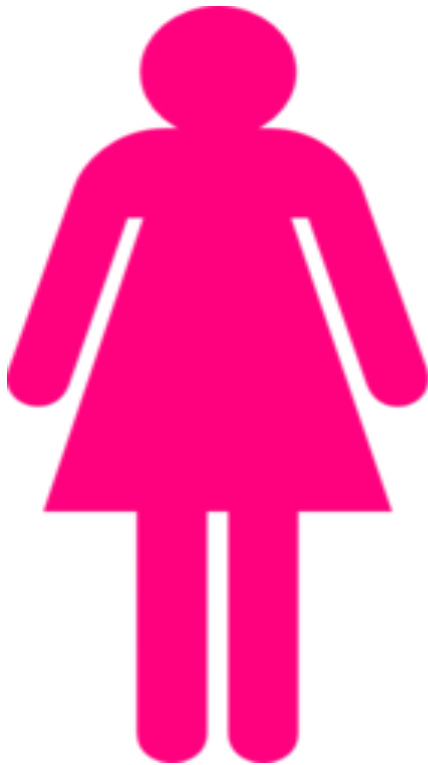
1. Квантификација на резултатите

- Со оглед на тоа што во овој специјалистички труд се користат податоци од спроведено истражување, ќе се изврши анализа на тие податоци за да се интерпретира хипотетската рамка со што треба да се образложи дали поставените хипотези се прифаќаат или отфрлаат односно дали се потврдуваат или се негираат.
- Испитаниците во спроведеното истражување се на возраст над 18 години и се избрани по случаен избор. Како мерен инструмент користен е структуриран анкетен прашалник кој лицата од испитуваната група го пополнуваа анонимно. Прашалникот е аплициран со цел да се добие увид во структурата на испитуваната група, нивната информираност за туберкулозата и ставот кон болеста.
- Во почеток на прашалникот се пополнуваат социо-демографски податоци кои се однесуваат за структурата на испитуваната група од аспект на пол, возраст, степен на образование, националност и работно искуство.
- Прашањата од 7 - 12 се однесуваат на општото ниво на информираност, начинот на кој луѓето доаѓаат до информации за туберкулозата и како ги оценуваат тие информациите.
- Прашањата од 13 - 18 се однесуваат на доживувањето и ставот кон болеста, како и реакцијата во контакт со болен од туберкулоза.
- Прашањата од 19 - 21 се однесуваат на степенот на знаење за туберкулозата, т.е начинот на кој болеста се пренесува.
- Прашањата од 22 – 26 се однесуваат на перцепција на лицата болни од туберкулоза.
- Податоците од спроведеното истражување се преземени и елаборирани во понатамошните анализи на овој труд во функција на докажување на поставените хипотези.

Социо-демографски податоци на испитаниците

Во истражувањето, што беше спроведено во Септември 2019 година, учествуваа 50 испитаници од кои 32% мажи и 68% жени. Според националноста најмногу од анкетираниите беа Македонци, а во помал број Срби, Роми, еден Влак и еден испитаник Црногорец.

Дистрибуција по пол



16

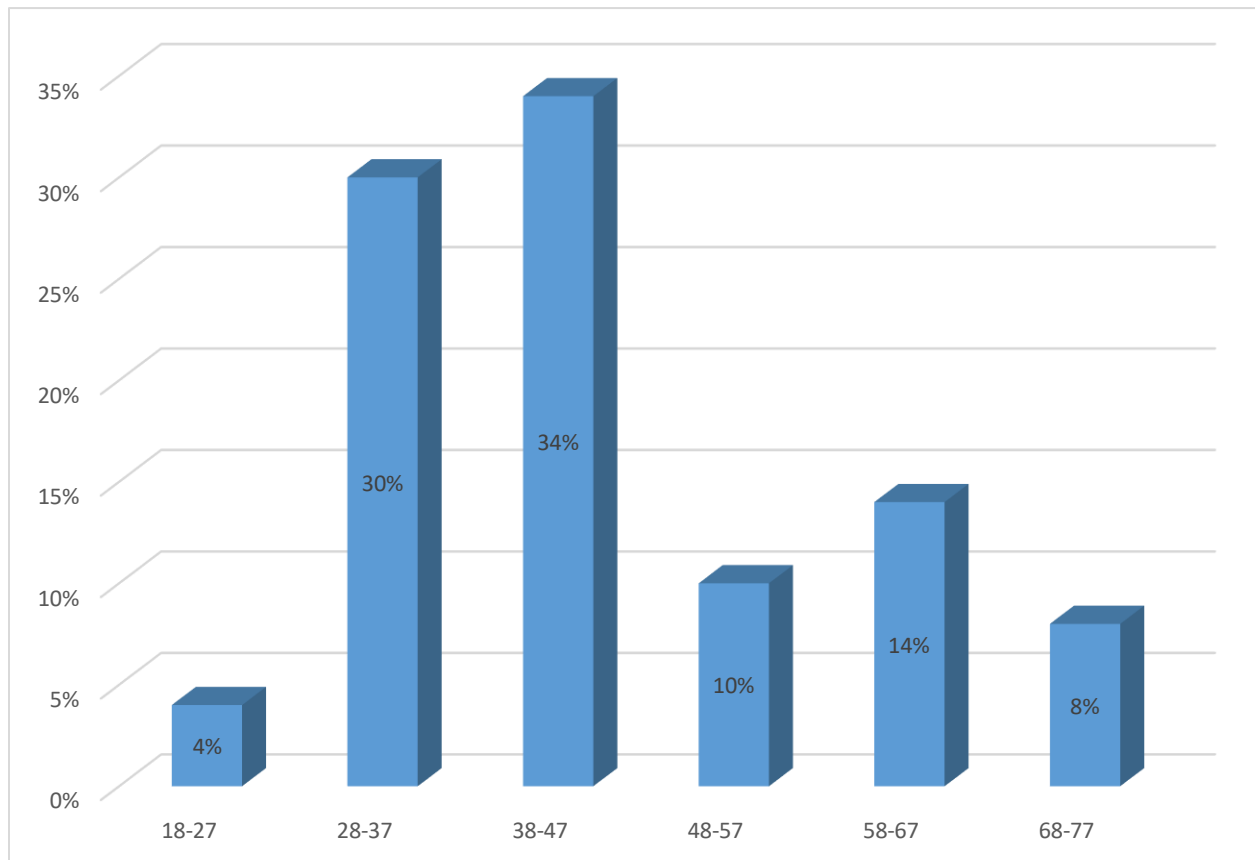
Застапеност на жени – 68%



34

Застапеноста на мажи – 32%

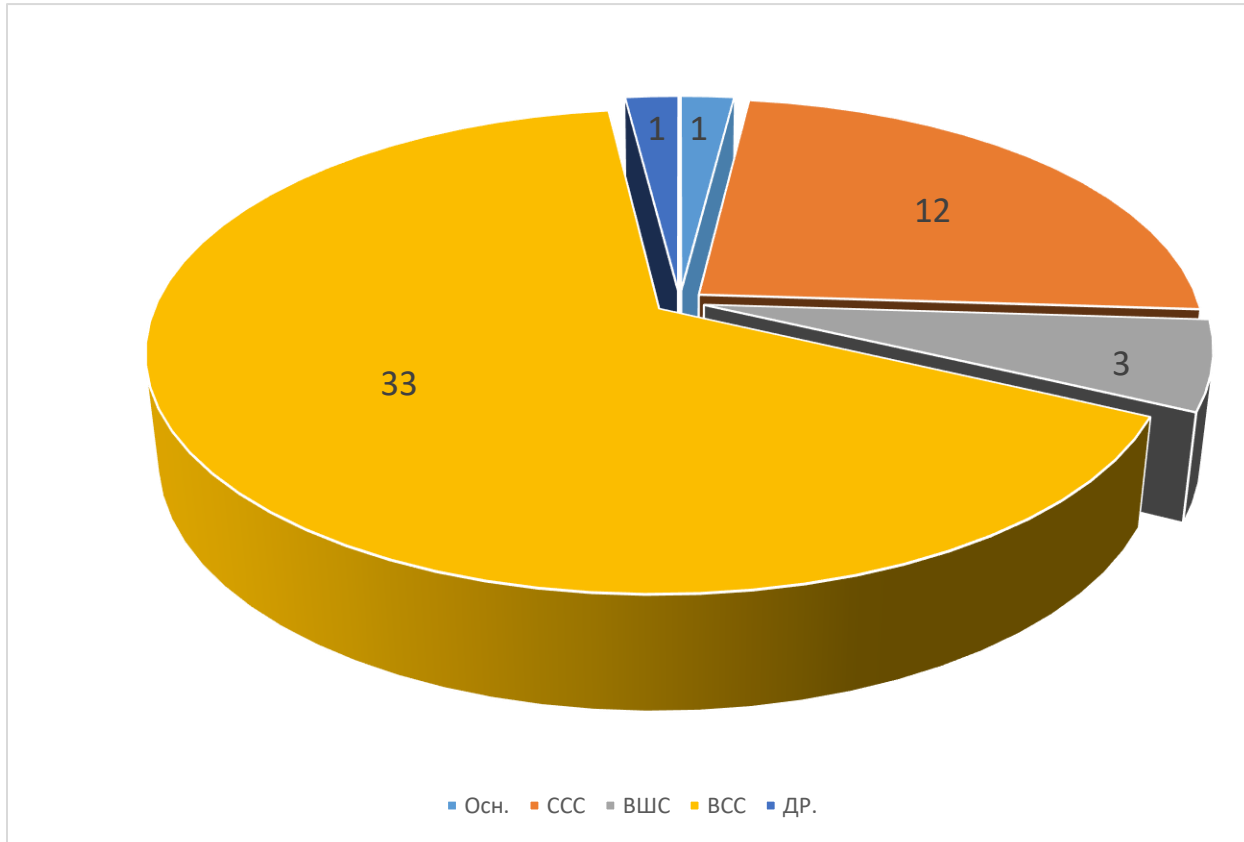
Дистрибуција по возраст



Според возраста најголема група од анкетираните беа на возраст од 38-47 години, потоа следи групата од 28-37 год, а останатите групи беа застапени во помал број..

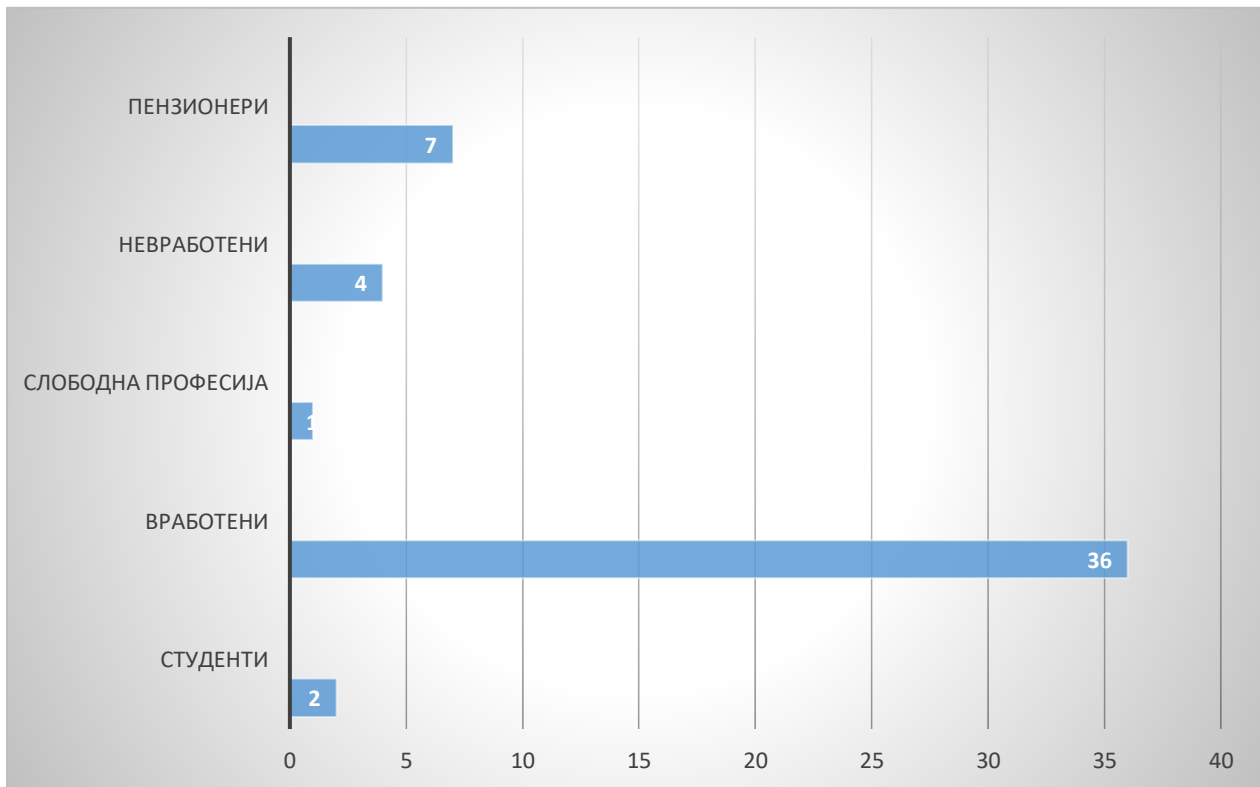
Во истражувањето возрасната група од 18-27 години е застапена со 4%. Лица на возраст од 28-37 години има 30%, додека од 38-47 се застапени со 34%. Од 48-57 години има само 10%, а од 58-67 години има 14%. Последната возрасна група ја сочинуваат лица од 68-77 години со 8% застапеност.

Степен на образование



Во однос на образовната структура на испитаниците, најголем број од нив (вкупно 33 испитаници) беа со висока стручна подготовка (ВСП), или 66%, потоа следи групата со средна стручна подготовка (ССП) -12 испитаници 24% и со вишо образование (ВШС) - 3 испитаника. 6%. Еден испитаник беше со основно образование и еден со завршени докторски студии.

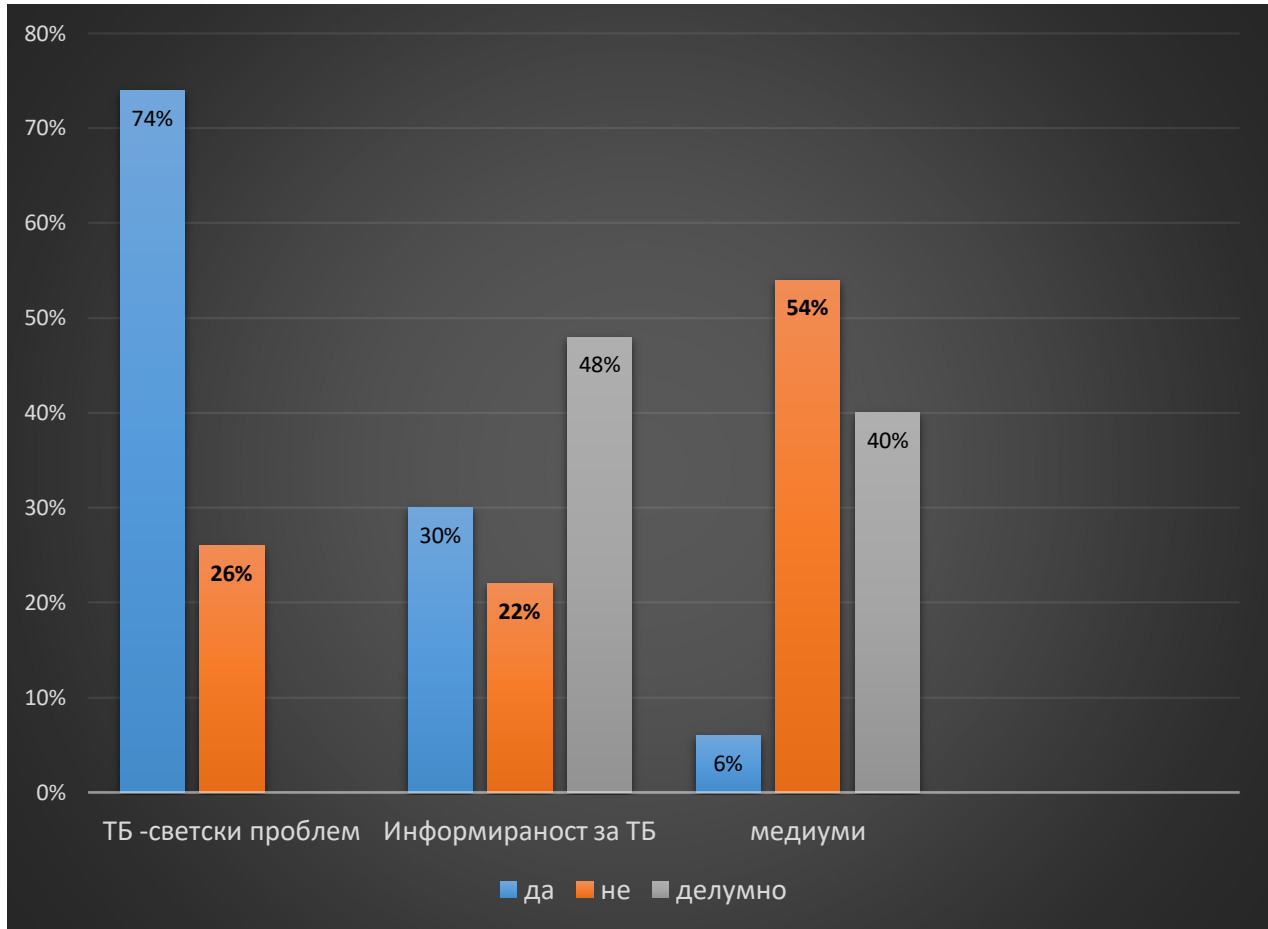
Работен статус



Според работниот статус на испитаниците се согледува дека најголем број од нив се вработени или вкупно 76%, потоа следат пензионерите со 14%, невработени испитаници имаше 8%, студенти 4% и еден што се занимава со слободна професија.

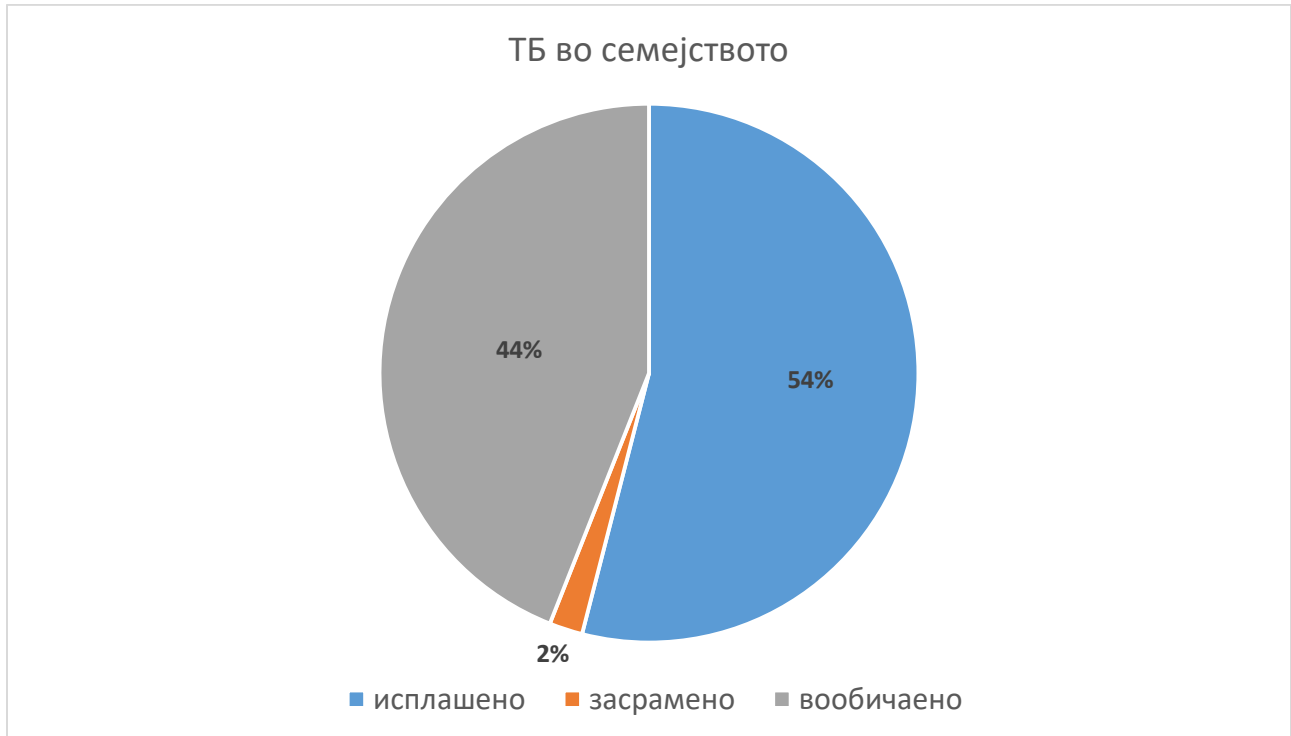
Врз основа на добиените одговори за прашањата од број 7 до 12, што се однесуваат на општото ниво на информираност, начинот на кој луѓето доаѓаат до информации за туберкулозата и како ги оценуваат тие информации, може да се заклучи дека повеќето од анкетираниите (72%) се сложуваат дека туберкулозата е светски проблем, но висок процент од нив (64%) состојбата со туберкулозата во Македонија ја оценуваат како ниту добра ниту лоша. Во однос на причината поради која туберкулозата во светски рамки се одржува постојат изедначени мислења : 38% сметаат дека причина за тоа се лошите социјално економски услови, 24% лошата организација на здравствениот систем, а за 30 % од испитаниците причина е недоволното знаење на болеста. Само 8% од анкетираниите навеле повеќе од една причина.

Степен на информираност за туберкулозата



Во однос на информираноста за туберкулозата 48% сметаат дека се само делумно информирани, 30% дека се добро информирани, а 22% дека не се информирани. Информациите пласирани преку медиумите за 54% од анкетираниите не нудат доволно податоци во однос на заштитата од болеста и однесувањето кон болен од туберкулоза, 40% се сложуваат дека медиумите тоа го прават делумно, а само 6% дека во однос на туберкулозата тие не пласираат никакви информации.

Доживувањата, ставот и реакцијата кон болен од туберкулоза се презентирани преку резултатите од анкетата содржани во одговорите на прашањата од 13-ти до 18-ти број. Помислата на туберкулозата предизвикува чувство на страв, но и страв од близок контакт со болен од туберкулоза кај 38% од анкетираниите. Кај останатите 62% тоа не е случај и веројатно се должи на неинформираност.



Фактот дека во семејството има болен од туберкулоза предизвикува исплашеност кај 54% од анкетираниите, поради што повеќе од половина или 66% одговориле дека болниот од туберкулоза би го хоспитализирале во установа за лекување на белодробни заболувања и туберкулоза.

И покрај стравот и срамот од болеста 92% од анкетираниите би ги информирале роднините и пријателите кога во семејството би имало болен од туберкулоза. Исто толкав процент на анкетирани не се сложуваат со ставот „еднаш болен, засекогаш болен“ што е спротивно на податокот за лошата информираност за туберкулозата.

Прашањата од 19-21 број се однесуваат на степенот на знаење за туберкулозата и начинот на кој се пренесува. Висок 86% процент знаат дека туберкулозата е заразна болест, но во однос на преносот на инфекцијата само 30% одговориле точно, односно дека болеста се пренесува преку воздух, а 60% дека за тоа е одговорна лошата хигиена.



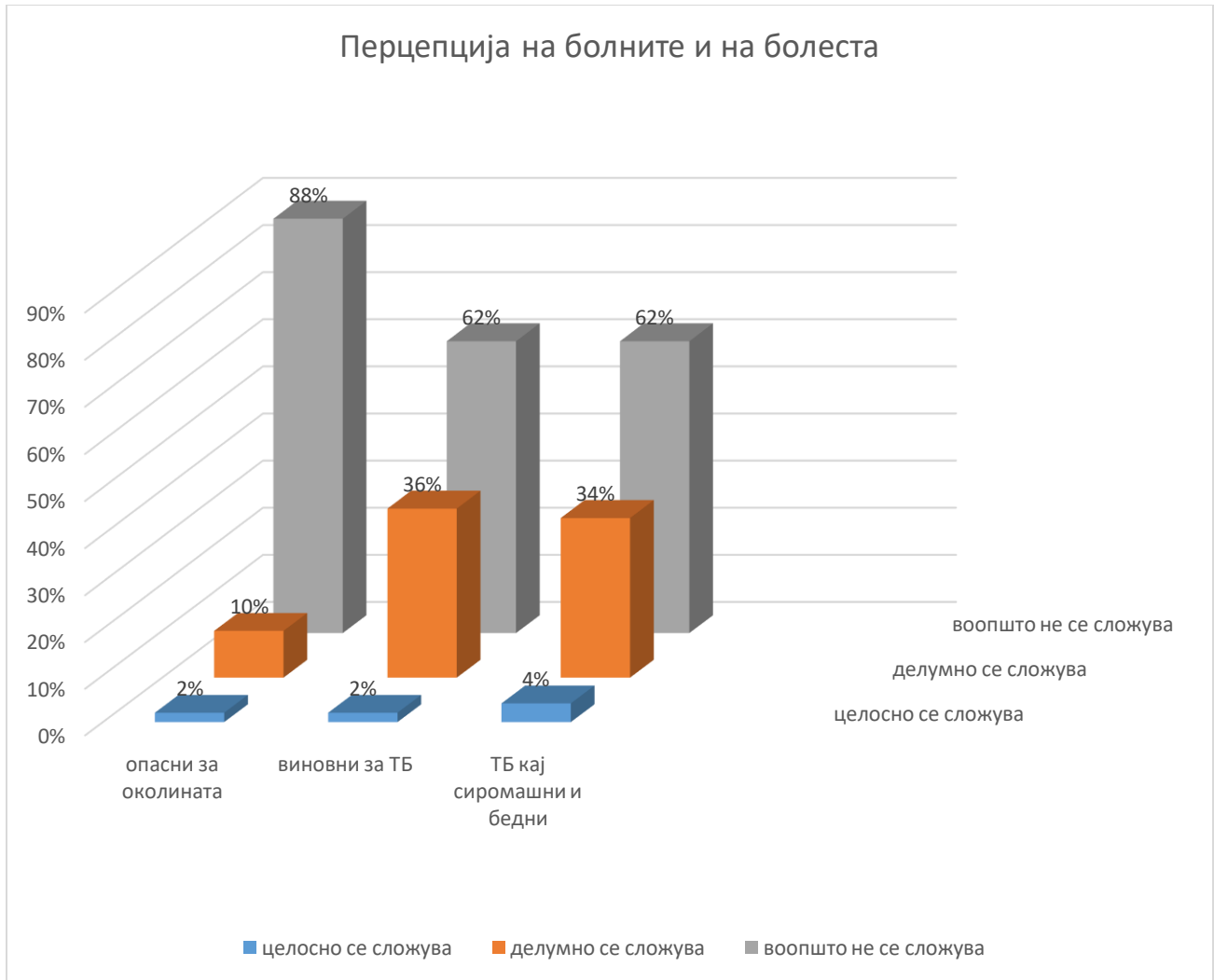
Од испитаниците 22% веруваат дека можат да се заразат со туберкулоза преку користење заеднички прибор за исхрана. Погolem процент или 30% мислат дека болеста може да се добие и преку контакт со инфицирана крв.

Помал број на испитаници имаат заокружено повеќе одговори, па така 4% сметаат дека болеста се добива и преку прибор за јадење и преку крв, додека 6% ги заокружиле одговорите под број 1 и број 3, потоа 2% мислат дека се точни одговорите под броевите 2 и 3, односно заразноста е можна и преку крв и воздух, а 6% од анкетираниите ги заокружиле трите понудени одговори. Ако се земат предвид одговорите каде воздухот воопшто не го сметаат за точен одговор, тогаш може да констатираме дека повеќе од половина или 56% од испитаниците немаат познавање за начинот на пренесување на болеста.

Во однос на перцепцијата што испитаниците ја имаат за болните од туберкулоза, што се открива од 22 - 26 прашање. Најголем број или 52% само делумно се сложуваат дека болеста доведува до нарушување на нормалните социјални интеракции. Со овој став воопшто не се сложуваат 8% од испитаниците, верувајќи дека болеста не влијае на нарушување на нормалниот животен тек. Во сериозноста на импликациите што ги остава туберкулозата во поглед на социјалниот живот веруваат 40% од анкетираниите, додека 20% целосно се сложуваат дека кај болните значително доаѓа до намалување на чувството на сопствена вредност и самопочитување.

| Туберкулозата доведува до: | Целосно се сложувам | Делумно се сложувам | Воопшто не се сложувам |
|--------------------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| Нарушување на социјалните интеракции | 40% | 52% | 8% |
| Намалување на самопочитувањето | 22% | 48% | 30% |

Дека се намалува самопочитувањето кај болните од туберкулоза поради дискриминација од средината поголем број испитаници или 48% делумно се сложуваат, а 30% воопшто не се сложуваат и веруваат дека болеста не доведува до нарушување на чувството за самопочит.



Најголем процент на анкетираниите или 88% сметаат дека лицата кои порано се лекувале од туберкулоза не се опасни за околината во која живеат и работат, а повеќе од половина или 62% мислат дека болните од туберкулоза не се виновни за својата здравствена состојба. Исто толкав е процентот на оние кои не се сложуваат со ставот дека туберкулозата е болест која се јавува само кај сиромашните семејства.

Потврдување на посебната хипотеза 1

- Недоволна информираност и знаење за болеста предизвикуваат негативни ставови на јавноста за туберкулозата.

Негативните ставови за туберкулозата во јавноста се резултат на недоволната информираност и знаење за болеста што се потврдува со одговорите на прашањата 9,10 ,11 и 12 односно 64% од анкетираниите не се информирани за состојбата со туберкулозата во нашата земја, причините за туберкулозата не ги лоцираат на вистинското место, 48% сметат дека се делумно информирани за болеста и 54% дека не добиваат едукативни информации преку медиумите што ја потврдува посебната хипотеза 1.

Потврдување на посебната хипотеза 2

- Лицата со поголемо познавање на туберкулозата помалку вршат стигматизација.

Висок процент од анкетираниите или 62% на туберкулозата гледаат како на секоја друга болест, за инфективноста се свесни 86% и правилно го лоцираат проблемот за лекување на болните од туберкулоза во специјализирани болници (66%). Исто така висок е процентот (88%) на оние кои сметаат дека лицата кои порано се лекувале од туберкулоза не се опасни за околината. Сите овие податоци укажуваат дека правилниот став кон болеста ја намалува стигматизацијата што ја потврдува посебната хипотеза 2.

ЗАКЛУЧОК

Прашањето за стигмата и дискриминацијата претставува еден од најголемите предизвици на денешницата. Резултатите од ова истражување укажуваат дека стигмата во однос на туберкулозата, иако во помал процент се уште е присутна, а најчесто причината на овој проблем лежи во недоволната информираност и ниво на знаење за ова заболување. Стравот од овие појави во здравствениот сектор оставаат силни последици на текот на лекувањето, доведуваат до недоверба во здравствениот систем и до компромитирање на целокупниот напор на заедницата во превенција на епидемијата од туберкулоза. Таквата состојба треба да не насочи кон преземање конкретни мерки и интервенции за оформување на знаењата, менување на ставовите, како и интервенции за зголемување на поддршката на пациентот што ќе овозможат ефективно намалување на стигмата кон туберкулозата.

Дестигматизацијата на туберкулозата е добро усогласена со „нулта страдање“, истакнатата цел на новата стратегија за „Крај на ТБ“ на СЗО, која се разликува од целта на нулта инфекција и нулта смртни случаи. Да се направи исчекор кон ублажување на страдањето на пациентите, потребно е да се ревидираат политиките и практиките кои ја поттикнуваат стигмата на туберкулозата и да се подигне глобалната свест за инклузивен и не-стигматизиран пристап кон грижата за туберкулоза. Време е да се бориме со старомодните политики што ја намалуваат социјалната вредност на овие луѓе и навистина ја потхрануваат дерогацијата на самата епидемија во хиерархијата на глобалните здравствени предизвици. Додека актерите во заедницата на туберкулоза продолжуваат да работат оддолу-нагоре за да создадат микро сили на промени, здравствениот систем, научната заедница, индустријата и донаторските агенции мора да се потрудат да стимулираат опиплива промена преку колективно дејствување и колективен глас - оној што е доволно гласен за 10 милиони гласови да бидат слушнати.

Прилог:

АНКЕТЕН ПРАШАЛНИК

Пол : М / Ж

Возраст: _____ год.

Степен на образование:

- а) Основно образование
- б) Средно образование
- в) Вишо образование
- г) Високо образование
- д) Докторски студии

Националност: _____

Работен статус:

- а) студент
- б) вработен
- в) слободна професија
- г) невработен
- д) пензионирано лице

Дали имате работно искуство во невладини организации или установи поврзани со здравјето?

- а) да
- б) не

Дали е туберкулозата светски проблем?

- а) да
- б) не

Како ја оценувате состојбата со туберкулозата во РМ ?

- а) добра
- б) лоша
- в) ниту добра ниту лоша

Која е причината што туберкулозата е се уште присутна во светот?

- а) лошите социо-економски услови
- б) лошата организација на здравствената служба
- в) недоволното знаење за болеста

Сметате ли дека сте доволно информирани за ТБ?

- а) да
- б) не
- в) делумно

Дали информациите за ТБ, медиумите ги пласираат во форма која ни укажува и не едуцира како да се однесуваме кон болен од туберкулоза и како да се заштитиме од болеста?

- а) да
- б) не
- в) делумно

Дали сте присуствувале на некоја едукација за туберкулоза?

- а) да
- б) не

Помислата на туберкулоза како болест кај вас побудува чувство на:

- а) страв
- б) како и за секоја друга болест

Дали се плашите од близок контакт (разговор со болен од туберкулоза, поздравување со рака)?

- а) да
- б) не

Како би се чувствувале ако некој од вашето семејство или вие лично би биле болони од туберкулоза?

- а) исплашено
- б) засрабмено
- в) вообичаено како и секоја друга болест

Доколку треба да негувате болен од туберкулоза во вашето семејство како би се однесувале?

- а) би го хоспитализирале во установа за лекување на туберкулоза
- б) би најмиле друго лице да се грижи за болниот
- в) би се грижеле за него како за секој болен од која било болест

Дали би ги информирале роднините и пријателите доколку во вашето семејство има болен од туберкулоза?

- а) да
- б) не

Дали се согласувате со ставот: Еднаш болен од туберкулоза, засекогаш болен!

- а) да
- б) не

Туберкулозата е заразна болест?

- а) да
- б) не

Туберкулозата може да се пренесе преку:

- а) користење заеднички прибор за јадење
- б) крв
- в) воздух

Туберкулозата се добива поради лоша хигиена?

- а) во целост се сложувам
- б) делумно се сложувам
- в) воопшто не се сложувам

Туберкулозата доведува до нарушување на нормалните социјални интеракции?

- а) во целост се сложувам
- б) делумно се сложувам
- в) воопшто не се сложувам

Кај лицата со туберкулоза се намалува самопочитувањето, заради дискриминација од други лица во околината?

- а) во целост се сложувам
- б) делумно се сложувам
- в) воопшто не се сложувам

Лицата кои порано се лекувале од туберкулозата се опасни за својата средина?

- а) во целост се сложувам
- б) делумно се сложувам
- в) воопшто не се сложувам

Лицата болни од туберкулозата се самите виновни за својата болест?

- а) во целост се сложувам
- б) делумно се сложувам
- в) воопшто не се сложувам

Туберкулозата се јавува само кај сиромашните и бедни лица?

- а) во целост се сложувам
- б) делумно се сложувам
- в) воопшто не се сложувам

Литература

1. Туберкулоза, дијагноза, лекување и превенција, ЈЗУ Институт за белодробни заболувања и туберкулоза – Скопје, 2008
2. Advocacy, communication and social mobilization for TB control: a guide to developing knowledge, attitude and practice surveys. WHO/HTM/STB/2008
3. Health promotion research : towards a new social epidemiology / edited by Bernhard Badura and Ilona Kickbusch
4. Action on the social determinants of health: learning from previous experiences, Printed by the WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland/2010
5. Tuberculosis patient cost surveys: a handbook, World Health Organization, 2017
6. Evidence-based interventions to reduce tuberculosis stigma: a systematic review, 2017 The Union
7. Lessons Learned from Best Practices in Psycho-Socio-Economic Support for Tuberculosis Patients, KNCV Tuberculosis Foundation, Management Sciences for Health, World Health Organization, 2014
8. Social Work In Hospital-Based Health Care Ontario Association of Social Workers 410 Jarvis Street, Toronto, Ontario, M4Y 2G6
9. Social Work in Health Care: What Have We Achieved? Gail Auslander Journal of Social Work 2001
10. Fighting TB stigma: we need to apply lessons learnt from HIV activism Daftary A, Frick M, Venkatesan N, et al. BMJ Glob Health 2017
11. TB Stigma measurement guidance, Challenge TB, 2018 USAID
12. ISTRAŽIVANJA U OBLASTI SOCIJALNOG RADA, SOCIJALNE ZAŠTITE I SOCIJALNE POLITIKE, Marko Škorić² Aleksej Kišjuhas³ Jovana Škorić, Novi Sad 2015
13. STIGMA NIJE DOBAR SUDAC, HUHIV, Zagreb 2011
14. Zdravje I fakroti koi na njega uticu,
15. Psycho-Social Problems of TB Patients: A Social Work Intervention, Niloy sinha¹, Gopal Ji Mishra, IOSR Journal Of Humanities And Social Science (IOSR-JHSS) Ver. II Apr. 2015
16. Compendium of WHO guidelines and associated standards: ensuring optimum delivery of the cascade of care for patients with tuberculosis Second edition - June 2018
17. The determinants of health <https://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>