

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ

УДК 616

ЗНАЧИМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Е.В. Сухова

Самарский государственный экономический университет (Самара, Россия)

Аннотация. Хронический фиброзно-кавернозный туберкулез легких является актуальной проблемой здравоохранения. Больные туберкулезом испытывают «клеймо туберкулеза», расценивают свою болезнь как социальное страдание и хотят отомстить за него. Они являются источником инфекции и заражают окружающих, в том числе детей. Нами были обследованы больные хроническими формами туберкулеза легких с помощью специально разработанных анкет и тестов СМЛ. Выявлены: отсутствие физической и эмоциональной поддержки со стороны семьи и друзей, чувство физической уязвимости, зависимое поведение, склонность к подчинению авторитетам, обостренная потребность в поощрении.

Ключевые слова: фиброзно-кавернозный туберкулез легких; социальные характеристики больных хроническим туберкулезом легких; отношение к лечению больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких; психологические характеристики больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких; использование психосоциальных характеристик больных хроническим туберкулезом легких в лечебном процессе.

Туберкулез – это инфекционное заболевание, вызываемое микобактерией туберкулеза (палочка Коха). Болезнь передается разными путями, туберкулез легких, например, воздушно-капельным. Больной человек выделяет заразное начало при кашле, чихании, разговоре. При туберкулезе заражение еще не означает заболевания. В крупных городах люди заражаются в транспорте, но их нельзя считать больными. Период заражения может продолжаться довольно долго, но для клинического развития заболевания необходимы факторы риска: низкий материальный уровень, алкоголизм, наркомания, вирусный гепатит, заражение ВИЧ-инфекцией. Заболевание является общим для всего организма, но определенные органы поражаются в большей степени. Болезнь не начинается остро, по течению различают *впервые диагностированные* и *хронические* формы. Наибольший шанс излечения у впервые выявленных больных, лечение занимает в среднем год – полтора. После излечения нельзя возвращаться к некоторым профессиям,

например педагога, воспитателя, парикмахера, т.е. тем, где имеет место контакт с людьми.

Хроническое течение заболевания вовсе не означает, что процесс неактивен. Воспаление легочной ткани, распад легкого, появление очагов обсеменения на отдаленных участках легкого свидетельствуют об активности процесса и необходимости стационарного лечения. Сложность лечения заключается в том, что оно требует применения одновременно нескольких лекарственных препаратов в течение длительного времени – нескольких месяцев. Противотуберкулезные препараты имеют много побочных эффектов и тяжело переносятся больными. Зачастую пациенты устают от многомесячного лечения, пребывания в больнице и самовольно уменьшают дозу препарата или делают перерыв в лечении. В этом случае у микобактерий туберкулеза развивается лекарственная устойчивость к данному препарату, дальнейшее его применение является бесполезным.

Выявить лекарственную устойчивость можно с помощью специальных анализов, которые занимают до трех месяцев, и тогда одни лекарственные препараты заменяют на другие, резервные, у которых, к сожалению, побочных эффектов больше и курс лечения более длительный. Следует знать о том, что если больной с лекарственно-устойчивыми штаммами микобактерий заражает окружающих, то он передает не только болезнь, но и устойчивость к лечению. Больные с хроническим течением туберкулеза, как правило, несут постоянную угрозу заражения окружающих, они получают инвалидность по этому заболеванию и обычно один раз в год проходят курс лечения в стационаре.

Для сохранения здоровья окружающих больной туберкулезом легких должен дисциплинированно лечиться, выполнять все лечебные назначения, принимать препараты в определенное время в назначенной дозе и соблюдать правила личной гигиены: сплевывать мокроту с разным началом в специальную плевательницу, не грызть семечки, кипятить в растворе хлорамина белье, свою (отдельную) посуду и плевательницу, проживать, по возможности, в отдельной комнате, регулярно делать в ней уборку с хлорсодержащими веществами и т.д. Не все больные туберкулезом легких соблюдают требования гигиены и тем самым подвергают опасности заражения окружающих.

Кроме того, больные туберкулезом имеют низкий социальный статус, не работают, зачастую не имеют средств к существованию [1–4]. Получение пенсии по инвалидности является иногда единственным ресурсом. Чтобы сохранить процесс активным и получать пенсию, некоторые больные умышленно не принимают лекарственные препараты [3, 5] и становятся опасными для окружающих, особенно детей и лиц пожилого возраста, наиболее уязвимых к этой инфекции.

В 2012 г. в Российской Федерации зарегистрировано 96 740 случаев туберкулеза, показатель заболеваемости в среднем по стране со-

ставил 67,7 на 100 тыс. населения. Наиболее высокие его значения зарегистрированы на территории Дальневосточного (122,1 на 100 тыс. населения), Сибирского (109,7) и Уральского (86,4) федеральных округов. Превышение среднего по стране показателя заболеваемости туберкулезом (от 80 до 206 случаев на 100 тыс. населения) зарегистрировано во всех субъектах Дальневосточного и Сибирского федеральных округов [6]. Снижения заболеваемости туберкулезом детей и подростков в последние годы не происходит. Так, показатель заболеваемости детей в возрасте до 14 лет в 2012 г. в среднем по стране составил 16,7 случая на 100 тыс. детей возрастной группы. Среди детей до 14 лет наиболее высокий показатель зарегистрирован в возрастной группе от 3 до 6 лет – 20,3 на 100 тыс. детей. По-прежнему регистрируется на высоком уровне показатель заболеваемости подростков. В 2012 г. он составил 31,3 на 100 тыс. данного контингента [6, 7].

Как известно, дети страдают первичным туберкулезом, он развивается в результате заражения, т.е. контакта с источником инфекции. Больные, не соблюдающие правил личной гигиены и не получающие полноценного лечения, как раз и являются источником инфекции.

Предупреждение заражения туберкулезом детей и подростков является одной из важнейших задач здравоохранения и государства [7].

Описанная ситуация свидетельствует о недостатках в работе по предупреждению распространения туберкулеза в субъектах Российской Федерации, в том числе о неполном и несвоевременном выявлении источников инфекции, недостаточной эффективности мероприятий в очагах туберкулезной инфекции [6].

Таким образом, туберкулез является не только медицинской, но и социальной проблемой, больные заражают окружающих, в том числе детей, не соблюдают правил гигиены, самовольно прекращают лечение.

Лечение в течение нескольких месяцев в условиях стационара подразумевает не только прием лекарственных препаратов, но и сложное взаимодействие врача и больного.

В условиях крупного стационара больных с впервые выявленным туберкулезом легких размещают отдельно от хронических для предупреждения подзаражения. В условиях небольшой больницы больных с впервые выявленным процессом размещают в отдельных от хроников палатах.

Лечащему врачу приходится работать с теми и другими.

Полезно учитывать, помимо клинических, также психологические и социальные характеристики больных, поскольку заболевание протекает длительно.

Цель проведенного исследования – изучение психосоциальных характеристик больных хроническим фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, значимых для лечебного процесса.

Объект и методы исследования. Обследована группа больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, проходивших курс ста-

ционарного лечения в ГУЗ ММУ «Самарская городская туберкулезная больница» № 5 ($n = 253$; 152 мужчины в возрасте $45,7 \pm 3,8$ года и 101 женщина в возрасте $44,0 \pm 3,9$ года; средняя длительность заболевания $7,5 \pm 1,8$ года).

Отбор пациентов произведен методом сплошной выборки. Клинические методы обследования – обычные для подтверждения диагноза туберкулеза легких.

При изучении личностных характеристик был использован стандартизованный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ) [8].

Интерпретация профиля проводилась по 10 основным шкалам и 3 дополнительным. При изложении результатов исследования использовалось кодирование профиля по Уэлшу.

В контрольную группу вошли 98 практически здоровых мужчин в возрасте $39,6 \pm 2,6$ и 142 женщины в возрасте $39,7 \pm 2,9$, их социальный статус был аналогичен таковому больных (родственники больных, их мужья, жены и навещавшие их люди). Все респонденты дали согласие на проведение психологических тестов.

Для анализа социальных характеристик была разработана специальная анкета «Социальные характеристики больных туберкулезом легких» (рационализаторское предложение № 216 Самарского государственного медицинского университета). Туберкулез легких – не просто инфекционное заболевание, но сложное социальное явление.

В анкете отражены параметры, которые характеризуют отношение членов общества к больным и самих больных-хроников к членам общества.

Это важная часть исследования, поскольку больные данной категории являются бактериовыделителями и представляют реальную угрозу заражения окружающих.

Для изучения отношения к лечению была разработана еще одна анкета (рационализаторское предложение № 510 Самарского военно-медицинского института).

Методики анкетирования, в которых испытуемый отвечает на вопросы самостоятельно, более полно отражают изучаемые показатели, чем те, в которых результаты получены с помощью интервьюера.

Анкета «Отношение к лечению больных туберкулезом» состоит из утверждений, на которые больной человек отвечает утвердительно или отрицательно.

Утвердительные или отрицательные ответы пациентов суммировались и обрабатывались общепринятыми статистическими методиками; 30% пациентов через месяц прошли повторное анкетирование. Расхождений результатов не было.

Каждый анкетированный письменно подтверждал свое согласие участвовать в исследовании. Его ставили в известность о том, что об-

следование анонимное, его фамилия нигде не будет фигурировать, ответы анализируются в обобщенном виде.

Полученные результаты. После изучения историй болезней были проанализированы значимые клинические, рентгенологические, лабораторные характеристики больных. Они соответствовали таковым фиброзно-кавернозного туберкулеза легких. 87,9 % обследованных были бактериовыделителями, у 36,4% из них обнаружена множественная лекарственная устойчивость.

Т а б л и ц а 1

**Социальные характеристики больных
фиброзно-кавернозным туберкулезом легких**

Показатель	Процент мужчин	Процент женщин
Средне специальное образование	56,8	60,7
Среднее образование	35,5	31,2
Высшее образование	4,5	5,3
Начальное образование	3,2	2,8
Курение более 10 лет	97,8	46,7
Злоупотребление алкоголем	52,3	12,5
Проживает один	27,4	19,2
Проживает с другими родственниками	33,9	26,8
Имеет полную семью	30,6	41,2
Имеет неполную семью	8,1	12,8
Вдовец (вдова)	11,6	9,4
Не имеет постоянного места жительства	5,7	2,1
Имеет комнату в коммунальной квартире	17,7	34,2
Имеет частный дом без удобств	28,2	16,3
Имеет отдельную квартиру с удобствами	48,4	47,4
Не имеет средств к существованию	54,8	43,2
Доход ниже прожиточного минимума	40,3	52,7
Доход равен прожиточному минимуму и больше	4,9	4,1
Неквалифицированный труд	9,7	6,4
Квалифицированный тяжелый труд	56,5	32,1
Труд, связанный с повышенным нервно-психическим напряжением	22,6	44,7
Квалифицированный легкий труд	11,2	16,8
Заболевание началось и протекало в местах лишения свободы (МЛС)	64,3	40,6
Отсутствие эмоциональной поддержки от член- ов семьи, близких и друзей	62,5	58,3
Отсутствие материальной поддержки от член- ов семьи, близких и друзей	62,4	42,1
Вынужденная изоляция от общества	48,6	60,8
Разрыв с близкими из-за болезни	80,3	80,7
Испытывает на себе, что больные туберкулезом – изгои общества	76,4	45,2
Неопределенность будущего из-за болезни	20,6	40,7
Страх остаться в одиночестве из-за болезни	36,4	49,2
«Клеймо туберкулеза» существует в обществе	87,9	76,4

Окончание табл. 1

Показатель	Процент мужчин	Процент женщин
Испытал на себе «клеймо туберкулеза»	95,2	87,4
Родные и близкие больного испытали «клеймо туберкулеза»	75,2	81,2
Туберкулез – не столько инфекционная болезнь, сколько социальное страдание	87,2	76,9
Желание «отомстить» обществу за свои страдания в связи с болезнью	76,2	44,7
Родные отвернутся от меня из-за болезни	32,4	46,3
Я не нужен обществу	65,8	73,2
Стремление скрыть от окружающих, что болен туберкулезом	42,6	64,3
Обращение к религии	76,8	64,7

Как видно из табл. 1, большинство больных хроническим туберкулезом легких имеют среднее или средне специальное образование, злоупотребляют алкоголем, курят более 10 лет, не имеют средств к существованию либо их доход ниже прожиточного минимума; ранее занимались тяжелым трудом, не получают материальной и эмоциональной поддержки, чувствуют себя изолированными от общества, изгоями, контакты с близкими разорваны, они сами и члены их семей испытали «клеймо туберкулеза», считают свое заболевание социальным страданием и хотят отомстить другим членам общества.

Больные хроническим фиброзно-кавернозным туберкулезом легких не верят в возможность излечения, устали от длительного лечения, пребывание в больнице их угнетает (табл. 2).

Таблица 2

Отношение к болезни больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких

Показатель	Процент мужчин	Процент женщин
Уверенность в неизлечимости болезни	67,4	53,6
У лекарств слишком много побочных эффектов	59,1	63,5
Мне назначили слишком много лекарств	43,2	57,9
Мне не хватит терпения довести до конца лечение	43,7	64,2
Я боюсь рано умереть	42,8	58,7
Длительное нахождение в больнице угнетает меня	76,8	93,4
Я сожалею о том, что нет более эффективных препаратов и методов лечения	92,7	98,5
Ощущение физической слабости	52,4	20,6
Я не могу физически защитить себя	20,4	12,3
Чувство усталости от болезни, длительного лечения	48,4	60,4
Пропуск приема препарата	52,3	34,2
Пропуск посещения врача	48,2	24,5
Пропуск процедур	62,1	24,3
Самостоятельное изменение дозировки препарата	12,3	9,5
Самостоятельное прекращение приема препарата	76,3	56,8

Окончание табл. 2

Показатель	Процент мужчин	Процент женщин
Прием препарата по рекомендации другого пациента	14,3	43,6
Боли от диагностических или лечебных процедур	24,1	46,3
Страх ожидания болезненных процедур	57,2	76,3
Болезненные ощущения от инъекций	23,1	46,2
Появление побочных эффектов препаратов в процессе лечения	33,7	63,5
Наличие финансовых затруднений из-за лечения	65,2	71,9
Невозможность приобретения препаратов	66,2	58,2
Невозможность приобретения продуктов	76,8	52,7
Точность выполнения правил личной гигиены	28,4	63,2

Они сожалеют о том, что нет более эффективных методов лечения, а те, что они испытали, вызывают побочные явления, болезненные осложнения, что привело к страху лечения, самовольному изменению дозировок, пропускам приема лекарств либо даже прекращению лечения. На приобретение симптоматических препаратов (для уменьшения побочных эффектов) у них нет денег, на дополнительное питание тоже, а на больничном рационе находиться месяцами довольно трудно, кроме того, больные туберкулезом нуждаются в усиленном питании. Они не считают нужным соблюдать правила личной гигиены. Учитывая их убежденность в том, что они являются изгоями в обществе, испытали на себе «клеймо туберкулеза» и хотят отомстить за свое страдание, невыполнение правил личной гигиены делает их особенно опасными.

Результаты обследования мужчин с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких и аналогичного с ними социального статуса мужчин, не страдающих туберкулезом легких, представлены в табл. 3.

Таблица 3

Показатели СМЛ мужчин с хроническим туберкулезом легких и контрольной группы

Шкала	Мужчины с ТБ		Контрольная группа		Т
	М±m	σ	М±m	σ	
L	46,1±1,3	5,52	49,6±2,78	8,78	1,14
F	76,4±2,05	8,69	56,5±4,44	14,02	4,08
K	50,5±1,37	5,8	52,6±2,58	8,15	0,72
Hs	48,4±2,24	9,54	55,1±2,97	9,39	1,79
D	77,3±3,56	15,1	45,4±5,38	16,99	4,94
Hу	58,8±2,29	9,69	55,0±2,68	8,47	1,09
Pd	71,4±2,14	9,11	55,1±3,00	9,47	4,42
Mf	75,4±1,2	5,07	54,4±4,74	14,98	4,31
Pa	57,2±2,26	9,61	49,7±3,14	9,93	1,93
Pt	68±2,33	9,93	51,9±3,25	10,28	4,02
Sc	70,7±2,33	9,86	54,0±3,04	9,60	4,37
Ma	62,2±2,85	12,1	64,7±3,78	11,94	0,52
Si	57,2±2,55	10,8	42,1±3,12	9,86	3,76

Примечание. М – среднее арифметическое по группе; m – среднеарифметическое отклонение; σ – стандартное отклонение; Т – критерий.

Статистически достоверное различие по шкалам пессимистичности, импульсивности, женственности / мужественности, ригидности, тревожности, индивидуалистичности.

Код усредненного профиля по Уэлшу в основной группе 2548'79–360/1: F'K/L:, в контрольной – 9-143587/620: FK/L:.

Личность мужчин с хроническим туберкулезом легких характеризуется стремлением избежать неудачи, выраженной пассивной позицией, несмотря на внутреннее стремление противоречить указаниям и социальным нормам; неудовлетворенностью собой; пессимистической оценкой перспектив; инертностью в принятии решений; глубиной переживаний.

В травмирующей ситуации мужчины с хроническим туберкулезом легких склонны замыкаться, уходить в себя, погружаться в негативные переживания. Они крайне обидчивы, ранимы; склонны к демагогии, самолюбованию, например своей стойкостью в болезни. Характерны для них нетерпеливость, склонность к риску; опора на собственный опыт и собственные побуждения; императивные способы воздействия, авторитарный тон, могут натолкнуться на выраженное противодействие.

Мужчины с хроническим туберкулезом в большей степени дезадаптированы, чем практически здоровые. У них преобладает мотив избегания неудач, их социальная активность ниже, чем у мужчин контрольной группы. Они склонны к депрессивному аффекту.

Женщины, страдающие фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, также были обследованы с помощью теста СМЛ (табл. 4).

Таблица 4

Показатели СМЛ женщин с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких и контрольной группы

Шкала	Женщины с ТБ		Контрольная группа		Т
	M±m	σ	M±m	σ	
L	45,9±1,53	6,1	44,8±0,91	4,56	0,61
F	75,6±3,05	12,2	71,8±1,82	9,09	1,07
K	48,4±2,03	8,12	49,72±0,87	4,34	0,58
Hs	64,5±3,6	14,4	53,2±1,41	7,05	2,93
D	74±2,08	8,31	65,2±1,72	8,60	3,26
Hy	65,4±3,0	12	55,72±2,24	11,21	2,59
Pd	67,7±2,1	8,42	64,0±1,41	7,03	1,46
Mf	70,8±0,63	2,46	60,84±2,47	12,34	3,90
Pa	68,6±2,2	8,85	61,56±1,69	8,46	2,51
Pt	63,5±1,75	6,96	58,04±2,07	10,35	2,02
Sc	64,6±3,48	13,9	56,48±2,11	10,55	2,01
Ma	61,8±2,58	10,3	60,28±1,52	7,62	0,49
Si	58,8±2,03	8,08	52,4±1,15	5,77	2,76

Примечание. М – среднее арифметическое по группе; m – среднеарифметическое отклонение; σ – стандартное отклонение; Т – критерий.

Код усредненного профиля по Уэлшу в основной группе 2548'16739–0/ F''LK:, а в контрольной – 24659-78310/ F'KL:.

Для женщин с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких характерны пассивная личностная позиция, пессимистическая оценка перспектив, инертность в принятии решений, неуверенность в себе. Наблюдаются черты зависимости по отношению к авторитетной личности. Потребность в любви, понимании, доброжелательном к себе отношении также является ведущей и фрустрируемой в первую очередь.

Отмечены также черты мужественности, независимости, самостоятельность в принятии решений, несколько прагматическое отношение к партнеру, выраженная дезадаптация личности.

Основной конфликтной сферой является сфера межличностных, прежде всего сексуальных, отношений. Женщинам, больным хроническим туберкулезом легких, присущи черты мужественности, независимость, стремление к эмансипации, самостоятельность в принятии решений. В сфере сексуальных отношений им не хватает тепла, эмоций, чувственности. Их жесткая роль не предусматривает эмоционально близких отношений, а аффилиативная потребность является одной из ведущих в структуре личности. Таким образом, они могут быть охарактеризованы как внутренне конфликтные. В поведении эти женщины проявляют сдержанность, погружены в себя, угрюмы, не склонны к ярким эмоциональным реакциям, однако при декомпенсации способны к агрессии и кумуляции аффекта. Отмечается социальная пассивность.

В ситуации стресса для них характерны блокировка активности, ведомое поведение, подвластность лидирующей личности.

Коррекция поведения в стрессе должна быть направлена на повышение самооценки и уверенности в себе и проявляться как поощрение и поддержка.

Обсуждение результатов. Полученные данные отчасти объясняют рост заболеваемости туберкулезом в нашей стране.

Данные табл. 1 позволяют составить социальные портреты мужчины и женщины, страдающих хроническим фиброзно-кавернозным туберкулезом легких. На эти портреты врач может ориентироваться в ходе лечебного процесса.

Больной фиброзно-кавернозным туберкулезом – мужчина среднего возраста (~ 46 лет), болен туберкулезом легких около 8 лет. Имеет среднее или средне специальное образование, курит более 10 лет, злоупотребляет алкоголем, живет с родственниками либо имеет семью, проживает в квартире с удобствами или в частном доме. Не имеет средств к существованию или имеет доход ниже прожиточного минимума. Занимался до болезни квалифицированным тяжелым трудом. Заболевание началось и протекало в местах лишения свободы.

Не получает материальной и эмоциональной поддержки от друзей, родственников, знакомых. Не имеет финансовой возможности приобретать лекарства и продукты. Из боязни заражения родственники и окружающие разорвали с ним контакты, он находится в вынужден-

ной изоляции. Страх заражения окружающих осознается больным как «клеймо туберкулеза», он чувствует себя изгоем общества.

Если он проживает с семьей, то члены семьи также ощущают оппозиционный настрой окружающих, «клеймом туберкулеза» окружающие маркируют их наравне с больным; туберкулез воспринимается не как инфекционное заболевание, а как социальное страдание. Больной уверен в том, что не нужен обществу. Обратился к религии.

Отношение окружающих вызывает у больных туберкулезом озлобленность, желание отомстить за свои страдания. Самым доступным способом является заражение окружающих. Только 28% мужчин, страдающих фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, соблюдают правила личной гигиены, 72 % больных их не выполняют и являются источником инфекции для окружающих.

Женщина, страдающая фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, имеет средний возраст 44 года, больна около 8 лет. Образование средне специальное. Курит. Имеет полную семью, проживает в отдельной квартире с удобствами или в коммунальной квартире. Доход ниже прожиточного минимума. До болезни занималась трудом, связанным с повышенным нервно-психическим напряжением. Не получает эмоциональной поддержки от членов семьи, близких и друзей, находится в вынужденной изоляции от общества из-за болезни. Друзья, родственники разорвали с ней контакты из опасения заразиться. Неопределенное будущее в связи с болезнью. Боится остаться в одиночестве, предполагает, что родные отвернутся от нее. Уверена, что в обществе существует «клеймо туберкулеза» и испытала его на себе. Считает, что больные туберкулезом не нужны обществу. Ее родные и близкие также испытывают «клеймо туберкулеза». Старается скрыть, что больна туберкулезом. Пришла к религии.

Отношение к лечению у больных-хроников требует особого внимания. Больные не верят в благоприятный исход заболевания. Очередная госпитализация угнетает, они устают от многомесячного пребывания в больнице, больничного питания. Палаты обычно большие, пациентов утомляет многомесячное соседство. Телевизоры, книги в инфекционной больнице запрещены. За 8 лет болезни пациенты неоднократно проходили курсы лечения, испытали побочные действия препаратов, болезненность процедур и инъекций, страх перед ними остался.

Побочные действия препаратов различны: шум в ушах, боли в суставах, кожный зуд, высыпания на коже, снижение слуха, снижение зрения, боли в желудке. Комплекс лечения состоит из нескольких препаратов. Для уменьшения побочных эффектов есть симптоматические препараты, но их нужно приобретать за свой счет. Финансовые трудности не позволяют этого. Больные или самовольно уменьшают дозы, или делают перерывы в лечении. Это приводит к развитию лекарственной устойчивости микобактерий. В таком слу-

чае назначают резервные препараты после соответствующего обследования в течение трех месяцев. Резервные препараты дают еще больше побочных эффектов, еще тяжелее переносятся больными. В стационаре можно организовать прием препаратов в присутствии медицинского персонала. Но после выписки чрезвычайно трудно контролировать выполнение назначений врача и правил гигиены. Результаты анкетирования показали умышленное стремление заражать окружающих и таким образом отомстить обществу за свои страдания. Больные сомневаются в том, что им хватит терпения пройти до конца назначенный курс лечения.

Результаты проведенного исследования позволили найти способы мотивации больных хроническим туберкулезом легких к лечению.

Больной человек нуждается в моральной и материальной поддержке и помощи близких, друзей. Нарушение отношений с ними означает, что больной останется наедине с болезнью, он боится не справиться с ней, умереть. Это можно использовать для мотивации к лечению. Нужно разъяснить больному человеку, что близкие ему люди будут оказывать помощь и поддержку, в которых он так нуждается, только при условии, что будут уверены в собственной безопасности. Это возможно при условии абациллирования (прекращения бактериовыделения) больного туберкулезом, для этого требуется дисциплинированное лечение и точное выполнение всех назначений.

Врачу целесообразно установить систему контрактных взаимоотношений. Врач и больной являются полноценными партнерами в лечении, и нужно подчеркивать ответственность самого пациента за исход заболевания; акцентировать его внимание на том, что при правильном выполнении назначений возможно излечение. Исход болезни во многом зависит от самого больного, его упорства и терпения, внутреннего настроя на терпеливое лечение в больнице. Необходимо хвалить пациента и поощрять за сотрудничество с врачом.

Больным хроническим туберкулезом, как мужчинам, так и женщинам, свойственны черты зависимого поведения по отношению к авторитетам, склонность к стоп-реакциям и субдоминантному поведению в стрессе. Коррекция поведения возможна через авторитетного лидера или мнение референтной группы. Можно приводить в пример пациента, который дисциплинированно лечился и добросовестно выполнял назначения, в результате чего физическое самочувствие стало хорошим. Мужчинам свойственна нетерпеливость, их следует настраивать на продолжительное лечение.

Мотивацией к лечению у мужчин-хроников также может служить возможность в перспективе физически постоять за себя, желание избавиться от физической слабости.

Коррекция поведения больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких должна быть направлена на повышение самооценки и

уверенности в себе и проявляться как поощрение и поддержка. Чтобы получить похвалу, они, как правило, выполняют назначения врача.

Болезнь нарушила жизненные планы людей. У них необходимо создавать перспективу, помогать пошагово разрабатывать реальные по состоянию здоровья планы.

Следует помнить, что императивные способы воздействия, авторитарный тон заведомо натолкнутся на сопротивление, вызовут противодействие в виде протеста, критических высказываний, агрессивности. Врачу целесообразно обсуждать некоторые назначения, информировать о побочных эффектах и ожидаемом результате, проводить различного рода разъяснительную работу.

Для уменьшения эмоционального компонента боли, связанной с некоторыми процедурами, можно разъяснять необходимость этой процедуры, ее значение в лечении, а также применять мануальное и аудиовоздействие – включать в процедурном кабинете спокойную музыку.

Необходимо отмечать малейшие успехи в лечении, хвалить больного. Для убедительности можно демонстрировать рентгенограммы, анализы. Оценку собственного лечения как эффективного, доверие к лечащему врачу, стремление к информированности можно использовать для повышения мотивации к лечению.

Больные думают о смерти. Следует переключить их внимание на конкретные действия (заваривание трав, принятие ингаляций и т.п.), не требующие значимых физических усилий и способствующие лечению. Ситуативное одобрение в процессе лечения необходимо.

Использование особенностей психологических и социальных характеристик мужчин и женщин, страдающих фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, поможет оптимизировать лечебный процесс.

Выводы

1. Больные хроническим туберкулезом по большей части не имеют средств к существованию или их доход ниже прожиточного минимума; курят более 10 лет; мужчины злоупотребляют алкоголем; многие были в МЛС.

2. Больные хроническим туберкулезом легких прерывают курсы лечения, самовольно уменьшают дозы лекарств, пропускают процедуры.

3. Результатом нарушений в лечении является развитие множественной лекарственной устойчивости у 36,4% больных; 87,9 % обследованных больных – бактериовыделители.

4. Изучение психологических характеристик больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких позволило выявить способы мотивации к лечению и повышению дисциплины лечения, которые целесообразно использовать в лечебном процессе.

Литература

1. *Корецкая Н.М., Москаленко А.В.* Клинико-социальные характеристики больных инфильтративным туберкулезом легких // Проблемы туберкулеза. 1997. № 5. С. 15–16.
2. *Паролина Л.Е.* Психосоциальные особенности безработных, больных туберкулезом // Сб.-резюме 9-го Нац. конгресса по болезням органов дыхания. М., 1999. Вып. 43. С. 6.
3. *Пунга В.В. и др.* Выявление туберкулеза у бездомных больных и их социально-экономическая характеристика // Проблемы туберкулеза. 1996. № 6. С. 29–31.
4. *Рыбка Л.Н., Пунга В.В.* Туберкулез у беженцев дальнего зарубежья // Проблемы туберкулеза. 1996. № 3. С. 12–13.
5. *Гнездилова Е.В. и др.* Социальные характеристики инвалидов по туберкулезу // Сб.-резюме 8-го Нац. конгресса по болезням органов дыхания. М., 1998. Вып. 32. С. 8.
6. *Туберкулез в Российской Федерации* // Аналитический обзор статистических показателей по туберкулезу, используемых в Российской Федерации. 2011. С. 223.
7. *Аксенова В.А.* Инфицированность и заболеваемость туберкулезом детей как показатель общей эпидемиологической ситуации по туберкулезу в России // Проблемы туберкулеза. 2002. № 1. С. 6–9.
8. *Собчик Л.Н.* Стандартизованный многофакторный метод исследования личности: методическое руководство. М., 1990. 80 с.

IMPORTANT PSYCHO-SOCIAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH CHRONIC PULMONARY TUBERCULOSIS FOR THE THERAPEUTIC PROCESS

Sukhova Elena V. Samara State Economic University (Samara, Russian Federation).

E-mail: sukhova12@yandex.ru

Keywords: Fibrous-cavernous pulmonary tuberculosis; social characteristics of patients with chronic pulmonary tuberculosis; psychological characteristics of patients with fibro-cavernous pulmonary tuberculosis; the use of psycho-social characteristics of the patients with chronic pulmonary tuberculosis in the therapeutic process.

Abstract

The aim of this study was to examine the psycho-social characteristics of patients with chronic fibro-cavernous pulmonary tuberculosis between men and women that are meaningful to the treatment process.

Object and methods. A Group of patients receiving inpatient treatment was examined in GOOSE MMU “Samara City Tuberculosis Hospital” № 5. The group consisted of 253 people, 152 men (age $45,7 \pm 3,8$ years) and 101 women (age $44,0 \pm 3,9$ years). For the study of personality characteristics multivariate standardized method for studying personality (SMIL) was used. For the analysis of social characteristics a special questionnaire "Social characteristics of patients with pulmonary tuberculosis" was developed. To study the response to treatment one more questionnaire was developed.

Results. Most patients with chronic pulmonary tuberculosis are alcohol abuse, any social contacts with them are broken, they feel like outcasts in society, and they have experienced "the stigma of tuberculosis". They consider their illness to be social suffering and want to take revenge on other members of society for it.

Patients with chronic fibro-cavernous pulmonary tuberculosis do not believe in the possibility of cure, and are tired of the long-term treatment, hospital stay oppresses them.

The men with chronic pulmonary tuberculosis are characterized with a desire to avoid failure, the tendency to be “back on the wagon” periodically, they are impulsive in their

behavior or rude verbally. When in stress their activity is blocked and they subject to a stronger leading personality. Their defense activities are rejection of self-fulfillment and losing of consciousness control.

The women with fibro-cavernous pulmonary tuberculosis are characterized with passive personal position, pessimistic prospects, inertia in decision-making, personality maladjustment. In a decompensation state they are aggressive and accumulate affect.

Discussion of results. Results of the study allowed to find the ways to motivate patients with chronic pulmonary tuberculosis for further treatment. Sick people need moral and material support and care from their loved ones and friends. People closed to them will assist only on condition that they will believe in their own security. This becomes possible in case of abacillation (bacteriological) of patients. Doctor is advisable to start contractual relationships. There is a great need for encouraging any collaboration with a physician in the therapeutic process. Correction of behavior is possible with the help of an authoritative leader or opinion of the reference group. Motivation for further treatment of men sick chronically might become their ability to physically stand up for themselves and also their physical weakness growing because of inadequate treatment.

References

1. Koretskaya N.M., Moskalenko A.V. Kliniko-sotsial'nye kharakteristiki bol'nykh infil'trativnym tuberkulezom legkikh [Clinical and social characteristics of patients with infiltrative pulmonary tuberculosis]. *Problemy tuberkuleza*, 1997, vol. 5, pp. 15-16.
2. Parolina L.E. *Psikho-sotsial'nye osobennosti bezrabotnykh bol'nykh tuberkulezom* [Psycho-social aspects of unemployed TB patients]. In: *Devyatyy nats. kongress po boleznyam organov dykhaniya* [The 9th National Congress of Respiratory Diseases]. Moscow, 1999, XLIII.6.
3. Punga V.V. Vyyavlenie tuberkuleza u bezdomnykh bol'nykh i ikh sotsial'no-ekonomicheskaya kharakteristika [Diagnosis of tuberculosis among homeless patients and their socio-economic characteristics]. *Problemy tuberkuleza*, 1996, vol. 6, pp. 29-31.
4. Rybka L.N., Punga V.V. Tuberkulez u bezhentshev dal'nego zarubezh'ya [Tuberculosis in refugees from non-CIS countries]. *Problemy tuberkuleza*, 1996, vol. 3, pp. 12-13.
5. Gnezdilova E.V. *Sotsial'nye kharakteristiki invalidov po tuberkulezu* [Social characteristics of disabled people with TBC]. In: *Vos'moy natsional'nyy kongress po boleznyam organov dykhaniya* [The Eighth National Congress of Respiratory Diseases]. Moscow, 1998, XXXII.8.
6. Tuberculosis in the Russian Federation. Analytical review of statistics on tuberculosis used in the Russian Federation. Moscow, 2011. 223 p. (In Russian).
7. Aksenova V.A. Infitsirovannost' i zaboлеваemost' tuberkulezom detey kak pokazatel' obshchey epidemiologicheskoy situatsii po tuberkulezu v Rossii [TBC infection and rate among children as an indicator of the overall epidemiological situation of tuberculosis in Russia]. *Problemy tuberkuleza*, 2002, no. 1. pp. 6-9.
8. Sobchik L.N. *Standartizirovannyi mnogofaktornyy metod issledovaniya lichnosti SMIL* [A standardized method of multivariate study of personality]. Moscow, VNIITEMR Publ., 1990. 80 p.