

Захарова Елена Владимировна

кандидат медицинских наук, доцент,
заведующая кафедрой общей психологии и социальной работы,
Самарский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
proscha1088@mail.ru

Elena V. Zakharova

Candidate of Medical Science, Associate Professor,
Head of the Department of General Psychology and Social Work,
Samara State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation
proscha1088@mail.ru

Концепция качества жизни и его исследование у больных туберкулезом

The concept of quality of life and its research in patients with tuberculosis

Аннотация. В статье отражены теоретические и методологические подходы к изучению качества жизни, представлены различные направления его исследования. Подробно описывается изучение качества жизни больных туберкулезом: приведена подробная медико-социальная характеристика респондентов экспериментальной группы, используемые методики. Подробно описаны и графически представлены результаты проведенного исследования. Обозначены мишени психокоррекционного воздействия, направленного на повышение качества жизни больных туберкулезом.

Ключевые слова: качество жизни, туберкулез, больные туберкулезом, психологическое благополучие, личностные ресурсы.

Abstract. The article reflects the theoretical and methodological approaches to the study of quality of life, presents various areas of its research. The study of the quality of life of patients with tuberculosis is described in detail: a detailed medical and social characteristic of the respondents in the experimental group and the methods used are described. The results of the study are described in detail and graphically presented. The targets of psychocorrectional impact aimed at improving the quality of life of tuberculosis patients are indicated.

Key words: quality of life, tuberculosis, patients with tuberculosis, psychological well-being, personal resources.

Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) выступила инициатором изучения качества жизни пациентов. В основу Концепции качества жизни положена биопсихосоциальная модель. Согласно ВОЗ, формирование качества жизни происходит у индивидов благодаря восприятию социального положения в обществе, в сочетании с целями и ожиданиями [26]. В медицине качество жизни рассматривается как совокупность физического, социального и

психологического здоровья и степени его выраженности, в основе которого лежит субъективное восприятие человека [8].

Качество жизни представляет собой «совокупность переживаний и отношений человека, связанных с индивидуальной ценностью здоровья, смыслом жизни и возможностями личности устанавливать взаимосвязи с внешним миром в соответствии со своими актуальными потребностями и индивидуальными возможностями» [3].

В Концепции качества жизни подчеркивается субъективный план переживания ситуации болезни вне зависимости от клинических показателей. Поэтому качество жизни имеет различный характер: субъективный, ценностный и многомерный. В структуре качества жизни выделяют физический, психологический, социальный, духовный аспекты, а также факторы, которые оказывают влияние на способность человека удовлетворять актуальные потребности [9].

Оценка качества медицинской помощи, эффективность лечения, реабилитационные меры являются важными показателями качества жизни человека.

С. Левин указывал на противоречивые взгляды ученых на содержание понятия «качество жизни» [17]. Американские исследователи обращали внимание на то, что в исследованиях качества жизни отсутствует единая концепция [16]. В рамках гуманитарной парадигмы отсутствует единое понимание рассматриваемой категории.

Большая часть исследований качества жизни проводилось с позиций клинического подхода. Однако давно установлено, что психологическое состояние пациента играет не менее важную роль, чем медицинская составляющая. Необходимо принимать во внимание и переживание человека по поводу качества своей жизни. Исследование «позитивного психологического функционирования» становится одним из направлений исследования качества жизни в западной науке в 20-м столетии.

Различные научные подходы к изучению психологического здоровья и благополучия человека исследовала М. Яхода. Она обозначила такие особенности психологического функционирования человека, приводящие к здоровью, как самопринятие, адекватное восприятие реальности, самодостаточность, совокупность необходимых для социального функционирования компетенций, интегрированность личности в общественную жизнь [15].

Развивая взгляды М. Яходы, К. Рифф выявил основные измерения «ядра психологического благополучия: самопринятие, цель в жизни, компетентность, позитивные отношения с другими людьми, автономия и личностный рост» [21]. В представленные характеристики здоровья включены адекватная положительная самооценка, личностный рост, психосоциальное развитие, целенаправленное поведение, способность к продуктивному межличностному общению и самоопределению. К. Рифф отмечает, что «цели и жизненные

стремления, намерения могут являться предшественниками психологического благополучия» [20], а смысл жизни выступает его индикатором [24].

Э. Динер с коллегами изучал параметры субъективного благополучия в структуре качества жизни [14]. Он выделил следующие главные компоненты субъективного благополучия: оценка удовлетворенности жизнью и аффективного опыта.

М. Чиксентмихайи считает, что условия, в которых существует человек, не являются основными в формировании представления о счастье и ощущение удовлетворения жизнью. Однако могут являться условиями, при которых происходит изменение личности и борьба с жизненными трудностями путем волевого усилия. Это приводит к ощущению человеком собственного благополучия [12].

Улучшение здоровья, социального положения, материального благополучия является лишь средством повышения качества жизни, а не самоцелью. «Оценка качества жизни должна опираться на измерение нематериальных переменных переживания субъективного благополучия» [18].

Переживание человеком психотравмирующих ситуаций и использование при этом внутренних ресурсов позволяет ему «раскрыть свой потенциал, сохранить целостность и достичь субъективного благополучия». Меняется социальная позиция, ценностные ориентации, происходит компенсация физических недостатков, психологического неблагополучия и социальной дезадаптации.

Ценности и личностные смыслы могут выступать **в качестве критерия оценки качества жизни.** Качество жизни, представляя собой единое целое, схоже по структуре и содержанию с внутренней картиной болезни, которая заключается в отражении личностных особенностей восприятия и переживания заболевания. Качество жизни является междисциплинарным понятием [9], но не должно рассматриваться как удовлетворенность человеком всевозможными благами. Возникает необходимость изучения условий и степени реализованности личностного потенциала.

А. А. Новик и Т. И. Ионова дали определение качеству жизни через восприятие человеком его социального положения с учетом культурологических и ценностных характеристик. [8]. И. В. Винярская пишет, что «качество жизни пациентов может служить конечной точкой в оценке эффективности медицинских вмешательств в области профилактики, лечения и реабилитации» [4].

Основополагающим фактором оценки качества жизни человека являются личность и его отношение к жизни в ситуации болезни. Качество жизни в медицине – это показатель благополучия человека в ситуации болезни, оценка эффективности лечения.

Одним из тяжелых, длительно протекающих и социально значимых заболеваний является туберкулез. Заболевание туберкулезом влияет на физическое и психическое состояние индивида, изменяя его социальный статус и социальные роли [2; 19]. В связи с этим, изучение качества жизни больных

является обязательным для оценки эффективности оказываемой медицинской и социальной помощи [22; 23].

Пьянзова Т. В. и Лузина Н. В., проводя исследование качества жизни больных туберкулезом при различных режимах лечения, выявили, что «качество жизни больных с впервые выявленным лекарственно-устойчивым туберкулезом легких ниже, чем у пациентов с лекарственно-чувствительной формой заболевания. Кроме того, у пациентов с лекарственно-устойчивой формой заболевания отмечалось снижение жизненной активности и высокое значение показателя интенсивности боли. По мере увеличения продолжительности лечения, качество жизни больных становилось хуже, особенно это касается психологического компонента» [10].

Молчанова Л. Ф. и Волкова Е. Н. также изучали качество жизни больных туберкулезом с помощью методики SF-36. Они считают, что для оценки эффективности лечения больных качество жизни может являться одним из важнейших критериев, который необходимо использовать для разработки индивидуального плана лечения и реабилитации и для оценки действия лекарственных препаратов [7].

С помощью опросника качества жизни Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ КЖ-100) Аниськина Е. А. с соавторами проводили изучение качества жизни больных фиброзно-кавернозной и очаговой формами туберкулеза легких. В большей степени у пациентов обеих форм туберкулеза страдает духовная сфера. У пациентов с фиброзно-кавернозной формой туберкулеза более сохранной и благополучной оказалась психологическая сфера, а наименее благоприятной — духовная. Значения удовлетворенностью жизнью у пациентов обеих групп имели умеренно сниженные значения. В группе с фиброзно-кавернозной формой туберкулеза легких данный показатель ниже в среднем на 40 %, а с очаговой — на 25 % [1].

Караулова О. А., Савинова Т. А., и др. оценивали качество жизни пациентов с инфильтративным туберкулезом легких в сочетании с бронхиальной обструкцией различной степени выраженности. Выявлено снижение показателей всех параметров оценки качества жизни. Обнаружена взаимосвязь снижения качества жизни с длительностью заболевания, наличием бронхообструктивного синдрома и выполнением врачебных рекомендаций. Снижение качества жизни напрямую зависит от длительности заболевания и выполнения пациентами врачебных рекомендаций. [5].

Карданова Л. Д. исследовала медико-социальные аспекты качества жизни больных туберкулезом легких. Она пришла к выводу, что больные туберкулезом имеют низкое качество жизни, особенно по шкалам независимости, физического и психического здоровья. Несколько меньшие изменения касаются шкал общественной жизни, духовности и отношения к окружающей среде [6]. Выявлено, что клиническая форма заболевания на оценку качества жизни существенно не влияет, в отличие от длительности заболевания. У больных, находившихся на стационарном лечении, оказались

сниженными такие показатели, как общее качество жизни, психологическое благополучие и отношение к окружающей среде [6].

Проанализировав качество жизни больных инфильтративным туберкулезом легких разного возраста, Рыбкова М. А., Огарева М. В. и Хазова Е. Ю. выявили, что у больных старше 30 лет снижены все показатели почти в 2 раза по сравнению с молодыми людьми до 25 лет. Однако уровень социального функционирования оказался наиболее низким у пациентов младше 30 лет [11].

У больных ограниченными формами туберкулеза легких на ранних этапах лечения отмечается умеренное снижение физического и психологического статуса пациентов. Данные характеристики достоверно выше у пациентов, к которым применяют лекарственные методы лечения, по сравнению с теми, кого лечат хирургическим путем. «Позитивные изменения характеристик психосоциального статуса достигнуты у больных после оперативного вмешательства на этапе основного курса лечения, тогда как у респондентов, лечившихся только консервативно - на этапе диспансерного наблюдения» [13].

Таким образом, обобщив имеющиеся данные исследований качества жизни больных туберкулезом, можно сказать, что оно является одним из критериев оценки качества проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий, а также маркером социально-психологической адаптации/деадаптации пациентов. Это обуславливает необходимость продолжения исследований качества жизни больных туберкулезом и изучения взаимосвязи данного показателя с другими критериями оценки эффективности лечения и социального функционирования пациентов данной категории.

В рамках комплексного изучения психосоциальных характеристик больных туберкулезом нами было изучено качество их жизни. Экспериментальную группу составили 800 испытуемых в возрасте 19-60 лет: 400 женщин и 400 мужчин. Критерии включения в экспериментальную группу: информированное согласие на участие в исследовании, наличие следующих диагнозов (по МКБ-10): А15.6 Туберкулезный плеврит, подтвержденный бактериологически и гистологически; А15.7 Первичный туберкулез органов дыхания, подтвержденный бактериологически и гистологически; А15.8 Туберкулез органов дыхания, подтвержденный бактериологически и гистологически. Преобладал инфильтративный и очаговый туберкулез, в 21 % случаев диагностирована туберкулома легких. Лекарственная устойчивость, в том числе множественная, выявлена у 49,8% пациентов репрезентативной выборки. Выявлено, что большая часть испытуемых работают, причем, более чем половине из них пришлось сменить работу по причине заболевания туберкулезом. 33% опрошенных не работают, причем, инвалиды и пенсионеры составляют меньшую часть группы безработных. Состоят в официальном или гражданском браке 43% испытуемых. Почти треть всех опрошенных состоят в разводе, в том числе, по причине заболевания туберкулезом. Одинок проживают 34 % респондентов. 50 % испытуемых имеют детей, однако, не все

имеют возможность проживать со своими детьми и воспитывать их, в том числе, по причине заболевания туберкулезом. 68 % респондентов экспериментальной группы проживают в городе Самара, остальные в пригороде. В экспериментальной группе контакт с близким родственником, проживающим на одной жилплощади, составляет лишь 16 %, в то время, как 75 % респондентов указали на то, что заразились туберкулезом от постороннего человека, находясь в местах лишения свободы или при невыясненных обстоятельствах. У 10 % испытуемых данной возрастной группы один из близких родственников умер от туберкулеза. Имеющие судимость и отбывавшие наказание в местах лишения свободы 119 человек (15 %). Умерших респондентов экспериментальной группы за период проведения исследования – 31 человек (3,9 %). Все старше 18 лет.

Критерии исключения: отказ пациента от участия в исследовании, возраст старше 60 лет и младше 19 лет, наличие в анамнезе и/или клинической картине данных о наличии психотических расстройств и тяжелых сопутствующих соматических заболеваний, прием психотропных препаратов. Среди обследованных пациентов экспериментальной группы были представители разных национальностей и разного вероисповедания. Контрольная группа идентична экспериментальной по численности и половозрастному составу. В нее вошли взрослые испытуемые условно здоровые.

В качестве клинико-психологического метода использовалась клиническая беседа и осуществлялось наблюдение за поведением больных в процессе лечения в стационаре и в процессе амбулаторного посещения диспансера. Результаты клинической беседы дополнялись клиническими характеристиками больных (оценка соматического состояния, длительность, особенность течения заболевания, эффект лечения), полученными из медицинской документации и беседы с лечащим врачом.

Для исследования качества жизни применили Опросник качества жизни Всемирной организации здравоохранения (ВОЗКЖ - 100, ядерный модуль)

Полученные значения факторов качества жизни представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Значения факторов качества жизни в экспериментальной и контрольной группах (в баллах)

Фактор	Экспериментальная группа			Контрольная группа			
	Мужчины	Женщины	Вся группа	Мужчины	Женщины	Вся группа	
F1	Физическая боль и дискомфорт	13,3	14,36	13,83	14,1	14,4	14,3
F2	Жизненная активность	9,8	10,46	10,13	13,8	12,7	13,3
F3	Сон и отдых	10,66	9,8	10,23	11,9	12,2	12,0
F4	Положительные эмоции	9,9	8,4	9,15	10,3*	11,9*	11,1

F5	Мышление, обучаемость, память	7,94	7,44	7,69	15,7	15,9	15,8
F6	Самооценка	10,26*	8,88*	9,57	11,6	12,7	12,2
F7	Образ тела и внешность	10,76*	8,72*	9,74	11,8*	9,8**	10,8
F8	Отрицательные эмоции	13,02	13,98	13,5	13,9*	12,7*	13,3
F9	Подвижность	14	13,9	13,95	15,7*	14,4*	15,1
F10	Способность выполнять повседневные дела	12,18	11,94	12,06	14,7*	12,7*	13,7
F11	Зависимость от лекарств и лечения	13,9*	15,66*	14,78	17,9*	14,1*	16,0
F12	Способность к работе	9,8	9,1	9,45	10,1	9,9	10,0
F13	Личные отношения	7,6	7,36	7,48	10,8*	11,9*	11,4
F14	Практическая социальная поддержка	7,48	6,34	6,91	12,6	13,2	12,9
F15	Сексуальная активность	9,1*	7,78*	8,44	9,6	10,4	10,0
F16	Физическая безопасность	9,56*	12,66*	11,11	13,4	12,6	13,0
F17	Окружающая среда дома	11,88	10,4	11,14	12,6	13,4	13,0
F18	Финансовые ресурсы	8,86	7,66	8,26	9,2	10,1	9,7
F19	Медицинская и социальная помощь	11,66	10,88	11,27	8,2**	11,3*	9,8
F20	Возможность для приобретения новой информации	8,16	7,44	7,8	14,3	13,8	14,1
F21	Возможность для отдыха и развлечений	9,2*	7,84*	8,52	11,7*	8,6**	10,2
F22	Окружающая среда вокруг	10,8*	12,7*	11,75	11,5*	13,4*	12,5
F23	Транспорт	13,8	14,1	13,95	15,6	14,7	15,2
F24	Духовность, религия, личные убеждения	10,1	9,86	9,98	11,6	11,2	11,4

* - статистически значимые различия в степени выраженности факторов качества жизни у мужчин и женщин экспериментальной группы.

** - статистически значимые различия в степени выраженности факторов качества жизни у мужчин и женщин контрольной группы.

Статистически значимые различия в степени выраженности факторов качества жизни у испытуемых экспериментальной и контрольной групп обозначены в таблице 1 курсивом (при $p \leq 0,05$).

Физическая сфера качества жизни больных туберкулезом характеризуется средне выраженным фактором «Физическая боль и дискомфорт». Причем, статистически значимых различий по данному фактору у мужчин и женщин не выявлено. Больные указывают на неприятные физические ощущения и боль разной интенсивности, связанные с заболеванием туберкулезом, лечением, обострением сопутствующих заболеваний. Однако испытываемый дискомфорт не снижает существенно качество жизни испытуемых экспериментальной группы.

Значение фактора «Жизненная активность» снижено и у мужчин, и у женщин. Практически все респонденты указали на снижение способности к активным действиям, усталость, нежелание и нехватку сил устанавливать и поддерживать социальные контакты. В большинстве случаев это связывалось с приемом токсичных лекарственных средств, применяемых для лечения туберкулезной инфекции. Большая часть испытуемых указали на нарушения

сна и неспособность полноценно отдохнуть. Это связывалось с побочным действием лекарственных средств, проблемами в семейной жизни, на работе, плохими материальными и жилищными условиями.

Таким образом, физическая сфера испытуемых экспериментальной группы характеризуется снижением показателей всех входящих в нее факторов.

Психологическая сфера включает в себя такие факторы, как «Положительные эмоции», «Мышление, обучаемость, память и концентрация», «Самооценка», «Образ тела и внешность», «Отрицательные эмоции». Отмечается снижение показателей по всем указанным факторам, причем «Самооценка» и «Образ тела и внешность» статистически достоверно более снижены у женщин, чем у мужчин. Положительные эмоции, позитивные чувства испытывают небольшое число испытуемых экспериментальной группы. Их интенсивность и частота также снижены. Будущее представляется негативно окрашенным, перспективы дальнейшей жизни не радуют. Многие испытуемые не склонны думать о будущем на несколько лет вперед, они живут одним днем и не представляют своей дальнейшей жизни.

Низкие значения фактора «Мышление, обучаемость, память и концентрация» свидетельствуют о негативном мнении опрошенных по поводу своей памяти, концентрации внимания, способности к принятию решений, способности обучаться. Большинство испытуемых предъявляли жалобы на снижение памяти и концентрации внимания, снижение способности продолжать учебу и связывали это с побочным действием лекарственных средств, применяемых в качестве основных при лечении инфекционного процесса.

Большинство респондентов экспериментальной группы испытывают чувство собственной неполноценности, не удовлетворены своей способностью к эффективному взаимодействию с окружающими и близкими родственниками. Давая ответы на вопросы методики, респонденты указывали на конфликты на работе, снижение способности к самопринятию, потерю самооценности.

Испытуемые, чаще женщины, демонстрируют неудовлетворенность своей внешностью. Они считают, что окружающие люди видят их недостатки, что снижает качество межличностных отношений и качество жизни соответственно. Респонденты часто указывали на то, что негативные изменения внешности связывают с побочным действием лекарств, слабостью, неспособностью изменить свою внешность из-за материальных трудностей и условий жизни.

Больные туберкулезом склонны испытывать печаль, чувство вины, отчаяние, тревогу. Фактор «Отрицательные эмоции» имеет среднее значение показателя и зависит от уровня материального благополучия, включенности в социум, наличия работы, семейной поддержки, уровня образования и др. Чем более социализированным являлся испытуемый до возникновения заболевания, тем сильнее выражены отрицательные эмоции.

Уровень независимости определяется выраженностью факторов «Подвижность», «Способность выполнять повседневные дела», «Зависимость

от лекарств и лечения», «Способность к работе». Испытуемые способны без посторонней помощи передвигаться в соответствии со своими потребностями и возможностями. Исключение составляют те пациенты, которые проходят стационарное лечение и вынуждены определенное время быть ограниченными в возможностях активного свободного перемещения в пространстве. Однако респонденты указали на то, что необходимость проходить лечение в форме дневного стационара, вынуждает человека изменить привычный режим дня и быть зависимым от времени прохождения лечения и лечебно-диагностических процедур. Способность выполнять испытуемыми повседневные дела снижена незначительно и на качество жизни не влияет.

Зависимость от лекарств и лечения оказывают сильное влияние на качество жизни испытуемых экспериментальной группы. Режим приема лекарственных средств и их форма существенно изменяют привычный образ жизни респондентов. Негативное побочное действие многих лекарств, применяемых для лечения инфекционного процесса, формируют, с одной стороны, нежелание продолжать лечение, а с другой стороны – понимание действия лекарственных средств и адекватная оценка тяжести заболевания способствует формированию зависимости от лекарств и лечения пациентов с высокой социальной включенностью и обладающих высоким уровнем образования, ориентированных на лечение и излечение.

Работоспособность у большинства испытуемых снижена. Это связано с повышенным уровнем астении, снижением памяти и концентрации внимания, вызванных побочным действием лекарственных средств, возникшей необходимостью смены сферы деятельности и работа не по профессии, требующая дополнительных усилий по ее освоению.

Сфера качества жизни «Социальные отношения» складывается из факторов «Личные отношения», «Практическая социальная поддержка», «Сексуальная активность». Все три фактора имеют низкие значения. Испытуемые экспериментальной группы чувствуют недостаток семейной поддержки, испытывают нереализованное желание близких эмоциональных отношений с другими людьми. Физические контакты становятся во многих случаях невозможными или ограниченными. Семейные отношения нарушаются, возможно прекращение брачных и дружеских отношений.

Большое количество испытуемых указывают на невозможность получить практическую социальную поддержку со стороны членов семьи и друзей. Рассчитывать на их помощь в тяжелой ситуации испытуемые не могут. Зачастую, респонденты указывают на возникновение или усиление морального и/или физического насилия по отношению к ним со стороны членов семьи, родственников или соседей. Чаще это выявляется в социально неблагополучных, алкоголизированных семьях и связано именно со страхом заразиться туберкулезом от больного родственника. Некоторые пациенты вынуждены были сменить место жительства, уехать из родного дома по собственной воле или настоянию родственников. Вместо социальной поддержки человек оказывался в изгнании и изоляции.

Сексуальная активность существенно снижена и у мужчин, и у женщин, больных туберкулезом, причем, различия в сексуальной активности тех и других статистически достоверны. Однако трудно определить, что является первопричиной этому. Несомненно, что высокая контагиозность инфекционного заболевания, страх заражения партнера оказывает влияние на возможность удовлетворять сексуальную потребность человека. Однако весь образ жизни в целом, религиозные убеждения, семейное положение, возраст, жилищно-бытовые условия, сопутствующие заболевания, наличие сексуального партнера также влияют на сексуальную активность испытуемого.

Сфера качества жизни «Окружающая среда» складывается из многих факторов. Так, большая часть респондентов экспериментальной группы указали на отсутствие ощущения физической безопасности и защищенности. Это связано с вынужденным изменением образа жизни, места жительства, необходимостью лечиться в стационаре, изменением социального окружения в период лечения (совместное нахождение на лечении с лицами, с асоциальным поведением, отбывавшими наказание в местах лишения свободы, лицами без определенного места жительства), неопределенностью прогноза заболевания. Особенно остро на отсутствие чувства безопасности и защищенности реагируют женщины.

Окружающая среда дома, в котором проживает человек, оказывает большое влияние на качество жизни. Многие испытуемые экспериментальной группы указывали на плохие жилищно-бытовые условия и невозможность их изменить. Большая часть респондентов указали, что проживают в стесненных условиях большой скученности, малой жилплощади, отсутствия коммунальных удобств, несоблюдения санитарных норм, в экологически и/или эпидемиологически неблагоприятном районе города или населенном пункте, наличия поблизости от жилья промышленного или добывающего производства.

Финансовые ресурсы испытуемых экспериментальной группы часто не удовлетворяют потребности в здоровом и комфортабельном стиле жизни. Респонденты указывают на то, что не могут позволить себе качественные продукты питания, одежду и средства, необходимые для поддержания санитарно-гигиенических условий на высоком уровне; не имеют возможности изменить жилищно-бытовые условия проживания для себя и своей семьи; не могут обеспечить своим детям получение качественного образования и отдыха.

Больные туберкулезом испытуемые указали на то, что медицинская помощь в лечении туберкулеза им доступна и оказывается в достаточном объеме. Однако доступность и качество социальной помощи оставляет желать лучшего. Это касается не только самого больного, но и членов семьи. Качество жизни многих больных туберкулезом, находящихся на различных этапах лечения, могло бы стать существенно выше, если бы вовремя и в большем объеме оказывалась именно социальная помощь. Но, по мнению испытуемых, социальные работники неохотно посещают семьи, в которых есть больной туберкулезом. Они не принимают участие в медико-социальной профилактике

распространения туберкулеза или недостаточно активны в данном виде деятельности.

Возможности для приобретения новой информации и навыков в настоящее время развития и активного использования информационных технологий есть практически у всех испытуемых экспериментальной группы. Однако респонденты в возрасте 19-25 лет указывают на то, что вследствие заболевания туберкулезом вынуждены прервать или отложить обучение в среднем или высшем учебном заведении, что нарушает формирование профессиональных знаний и навыков.

Возможности для отдыха и развлечений у многих испытуемых существенно снижаются в связи с заболеванием. Это связано с ограничением социальных контактов, социальной изоляцией, плохим самочувствием, отсутствием материальных возможностей и другими причинами. Респонденты среднего возраста указывают на неспособность думать об отдыхе, когда не решены проблемы со здоровьем, работой, материальным благополучием и др. Неспособность и невозможность отдыхать и испытывать удовольствие от отдыха существенно снижают качество жизни индивида.

Известно, что окружающая среда формирует образ жизни человека, влияет на его здоровье, активность. Большинство опрошенных респондентов экспериментальной группы дали низкую оценку окружающей среде, в которой живут. По их мнению, географическое расположение города Самара и Самарской области, климатические условия, хозяйственно-промышленная деятельность региона, экологическая обстановка, миграционная политика явились факторами, способствующими возникновению заболевания, его прогрессированию и хронизации.

Фактор «Транспорт» содержит отношение индивида к доступности получения транспортных услуг для выполнения ежедневных дел и занятия профессиональной деятельностью. Большая часть испытуемых имеет собственный легковой транспорт, что существенно облегчает перемещение по населенному пункту, способствует экономии времени и зачастую оказывается необходимым для сохранения профессионального и материального статуса пациента. Кроме того, проходя лечение, пациент может с меньшими физическими затратами добираться до медицинского учреждения и обратно, что повышает его мобильность. Наличие и использование личного транспорта способствует снижению чувства вины за возможное заражение окружающих туберкулезом и распространение инфекции.

Духовная сфера представлена фактором «Духовность, религия, личные убеждения». Его значение несколько снижено. Многие испытуемые не придерживаются какого-либо вероисповедания, которое давало бы ощущение осмысленности бытия, чувство веры, благополучия, духовной силы. Некоторые респонденты указали, что пришли к вере в процессе лечения. Есть и такие, кто перестал верить в высшие силы, воспринимая заболевание как «недосмотр» с их стороны. Очевидным является тот факт, что вероисповедание (независимо от религии) способствовало укреплению духовности пациента и накладывало

отпечаток на все его поведение и отношение к происходящему и положительно влияло на качество жизни. Поведение испытуемых, не придерживающихся какого-либо вероисповедания, отличалось большей агрессивностью, социальной дезадаптивностью, пессимизмом, отсутствием положительного восприятия себя и своего будущего.

Таким образом, давая оценку качества жизни больных туберкулезом, отметим, что значения всех факторов, составляющие разные сферы жизни человека в рамках данной методики, снижены или имеют выражено низкое значение. Статистически значимые различия у мужчин и женщин экспериментальной группы отмечаются по факторам «Самооценка», «Образ тела и внешность», «Зависимость от лекарств и лечения», «Сексуальная активность», «Физическая безопасность», «Возможность для отдыха и развлечений».

По сравнению с контрольной группой, у испытуемых экспериментальной группы статистически значимо отличаются значения показателей «Положительные эмоции», «Мышление, обучаемость, память», «Самооценка», «Зависимость от лекарств» (ниже, чем в контрольной группе), «Личные отношения», «Практическая социальная поддержка», «Сексуальная активность», «Медицинская и социальная помощь» (ниже, чем в контрольной группе), «Возможность для приобретения новой информации», «Возможность для отдыха и развлечений» (Рисунок 1).

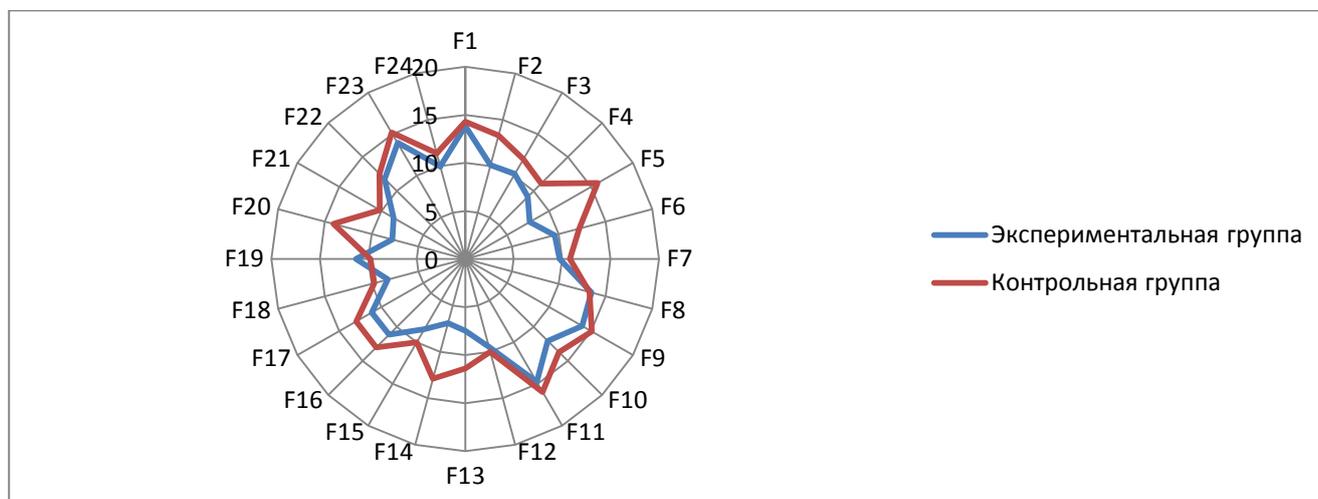


Рисунок 1. Показатели качества жизни испытуемых экспериментальной и контрольной групп

Больные туберкулезом не считают свое физическое состояние плохим настолько, чтобы оно существенно снижало качество жизни. Лишь у 15 % опрошенных диагностировано снижение показателей по данной сфере. Снижение значения Психологической сферы отмечается у 47 % респондентов. Больные туберкулезом считают себя вполне независимыми (90 %). Наиболее значимыми сферами качества жизни, снижающими его уровень, больные

туберкулезом считают «Социальные отношения» (88 %) и «Духовная сфера» (52 %) (Рисунок 2).



Рисунок 2. Степень выраженности и частота встречаемости в группе больных туберкулезом основных сфер качества жизни (%)

Таким образом, выявлено снижение качества жизни больных туберкулезом особенно в сферах социальных отношений, психологического состояния и духовности. Это может быть рассмотрено в качестве мишеней дальнейшей психокоррекционной работы с данным контингентом больных на всех этапах лечения и реабилитации.

Литература

1. Анистьякина, Е. А., И. И. Макарова, К. А. Страхов, С. Д. Аль-Дауд Исследование качества жизни больных туберкулезом легких. // Экология человека, 2014, № 4. С.58-62.
2. Бурухина Л.В., Шурыгин А.А., Ширинкина А.Е. и др. Психозмоциональный статус больных, находящихся на лечении в противотуберкулезном стационаре: мат-лы науч. сессии ГОУ ВПО ПГМА им. акад. Е.А. Вагнера Росздрава. Пермь, 2008. С. 208-212.
3. Вассерман Л. И., Трифонова Е. А. Гуманистическая психология, качество жизни и ценностное сознание личности // Сиб. Психологич. журн. 2011. № 40. С. 129-135.
4. Винярская И.В. Показатели качества жизни здоровых подростков, проживающих в разных регионах России // Общественное здоровье и здравоохранение. 2007. № 3. С. 37-40.
5. Каракулова, О.А., Т.А.Савинова, В.П.Мишук, В.А.Башкатов, С.А.Горячева Изучение качества жизни больных инфильтративным туберкулезом легких Бюллетень физиологии и патологии дыхания. Выпуск 43, 2012 С.70-73

6. Карданова Л.Д. *Медико-социальные аспекты качества жизни больных туберкулезом легких: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2008. 24 с.*
7. Молчанова Л.Ф., Волкова Е.Н. *Качество жизни больных туберкулезом как критерий эффективности лечения* *Современные проблемы науки и образования.* 2011. № 6
8. Новик А. А., Ионова Т. И. *Исследование качества жизни в медицине: учебное пособие для вузов. М., 2004.*
9. *Психологическая диагностика расстройств эмоциональной сферы и личности.* //Коллект. Моногр. / Науч. Ред. Л, И. Вассерман, О. Ю. Щелкова. Спб.: Скифия-принт, 2014. 408 с.
10. Пьянзова Т. В., Лузина Н. В. *Особенности качества жизни больных, получающих противотуберкулезную терапию препаратами резервного ряда.* *Бюллетень сибирской медицины.* № 4. 2012. С.163-164
11. Рыбкова М.А., Огарева М.В., Хазова Е.Ю. *Использование показателей качества жизни больных во фтизиопульмонологической практике.* *Бюллетень медицинских Интернет-конференций (ISSN 2224-6150)* 2013. Том 3. № 2, С. 413
12. Чиксентмихайи М. *Поток: психология оптимального переживания / Пер. с англ. М., 2011.*
13. Шалаева О. Е. *Сравнительный анализ показателей качества жизни у больных туберкулезом легких после консервативного и хирургического лечения. Автореферат диссертации на соискание учёной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.00.26 – фтизиатрия. Москва.2007*
14. Diener E. *Subjective wellbeing: the science of happiness, and a proposal for a national index* // *Amer. Psychol.* 2000. Vol. 55.
15. Jahoda M. *Current concepts of positive mental health.* N. Y., 1958.
16. Leplege A., Hunt S. *The Problem of Quality of Life in Medicine* // *The Journal of the American Medical Association.* 1997. Vol. 278. № 1. P. 47—50.
17. Levine S. *The Changing Terrains in Medical Sociology: Emergent Concern with Quality of Life* // *Journal of Health and Social Behavior.* 1987. Vol. 28. № 1. P. 1—6...."
18. Lyubomirsky S., Sheldon K. M., Schkade D. *Pursuing happiness: The architecture of sustainable change* // *Review of General Psychology.* 2005. Vol. 9.
19. Ronen G. et al. *Health-related quality of life in childhood disorders: a modified focus group technique to involve children* // *Qual Life Res.* 2001. Vol. 10, № 1. P. 71-79.
20. Ryff C. D. *What I know and how I change: Is education a help or hindrance during life transition?* // *Gerontological Society of America Meetings. November. Los Angeles, 1995. , с. 1078*
21. Ryff C. D., Singer B. *The contours of positive human health* // *Psychological Inquiry.* 1998. Vol. 9.
22. Sawyer N. et al. *The relationship between asthma severity, family functioning and the health-related quality of life of children with asthma* // *Qual Life Res.* 2000. Vol. 9, № 10. P. 1105-1115.

23. Schwimmer J.B., Burwinkle T.M., Varm J.W. *Health-related quality of life of severely obese children and adolescents // JAMA. 2003. Vol. 289, № 14. P. 1813- 1819.*
24. Sirgy M. J. *The psychology of quality of life. Dordrecht; Boston; L., 2010.*
25. Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B. *SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide //The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass.1993.*
26. WHO Global Report 2009. *Global tuberculosis control - epidemiology, strategy, financing. WHO.2009. [http://www. who.int/publications](http://www.who.int/publications) (дата обращения 29.09.19).*

Bibliography:

1. Aniskina, E. A., I. I. Makarova, K. A. Strakhov, S. D. Al-Daud *Study of the quality of life of patients with pulmonary tuberculosis. // Human Ecology, 2014, No. 4. P.58-62.*
2. Burukhina L.V., Shurygin A.A., Shirinkina A.E. and other *Psychoemotional status of patients being treated in a TB hospital: materials scientific. Sessions of GOU VPO PSMA named after Acad. E.A. Wagner Roszdrav. Perm, 2008 . S. 208-212. ;*
3. Wasserman L. I., Trifonova E. A. *Humanistic psychology, quality of life and value consciousness of a person // Sib. Psychological journal. 2011. No. 40. S. 129-135.*
4. Vinyarskaya I.V. *Quality of life indicators for healthy adolescents living in different regions of Russia // Public Health and Health Care. 2007. No. 3. S. 37-40.*
5. Karakulova, O.A., T. A. Savinova, V. P. Mishuk, V. A. Bashkatov, S. A. Goryacheva *Study of the quality of life of patients with infiltrative pulmonary tuberculosis Bulletin of physiology and pathology of respiration. Issue 43, 2012 P.70-73*
6. Kardanova L.D. *Medical and social aspects of the quality of life of patients with pulmonary tuberculosis: author. dis. ... cand. honey. sciences. M., 2008. 24 p.*
7. Molchanova L.F. Volkova E.N. *The quality of life of patients with tuberculosis as a criterion for the effectiveness of treatment. Modern problems of science and education. 2011. No. 6*
8. Novik A. A., Ionova T. I. *Research of the quality of life in medicine: a textbook for universities. M., 2004.*
9. *Psychological diagnosis of disorders of the emotional sphere and personality. // Collect. Monograph / Scientific. Ed. L, I. Wasserman, O. Yu. Shchelkova. St. Petersburg: Scythia-print, 2014 .408 p.*
10. Pyanzova T. V., Luzina N. V. *Features of the quality of life of patients receiving antituberculous therapy with reserve drugs. Bulletin of Siberian medicine. No. 4. 2012. S.163-164*

11. Rybkova M.A., Ogareva M.V., Khazova E.Yu. *The use of indicators of the quality of life of patients in phthisiopulmonological practice. Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150) 2013. Volume 3. No. 2, P. 413*
12. Chiksentmihayli M. *Potok: psychology of optimal experience / Per. from English M., 2011.*
13. Shalaeva O. E. *Comparative analysis of indicators of quality of life in patients with pulmonary tuberculosis after conservative and surgical treatment. Abstract of dissertation for the degree of candidate of medical sciences in specialty 14.00.26 - Phthisiology Moscow - 2007*
14. Diener E. *Subjective wellbeing: the science of happiness, and a proposal for a national index // Amer. Psychol. 2000. Vol. 55.*
15. Jahoda M. *Current concepts of positive mental health. N. Y., 1958.*
16. Leplege A., Hunt S. *The Problem of Quality of Life in Medicine // The Journal of the American Medical Association. 1997. Vol. 278. № 1. P. 47—50.*
17. Levine S. *The Changing Terrains in Medical Sociology: Emergent Concern with Quality of Life // Journal of Health and Social Behavior. 1987. Vol. 28. № 1. P. 1—6...."*
18. Lyubomirsky S., Sheldon K. M., Schkade D. *Pursuing happiness: The architecture of sustainable change // Review of General Psychology. 2005. Vol. 9.*
19. Ronen G. et al. *Health-related quality of life in childhood disorders: a modified focus group technique to involve children // Qual Life Res. 2001. Vol. 10, № 1. P. 71-79.*
20. Ryff C. D. *What I know and how I change: Is education a help or hindrance during life transition? // Gerontological Society of America Meetings. November. Los Angeles, 1995. , c. 1078*
21. Ryff C. D., Singer B. *The contours of positive human health // Psychological Inquiry. 1998. Vol. 9.*
22. Sawyer N. et al. *The relationship between asthma severity, family functioning and the health-related quality of life of children with asthma // Qual Life Res. 2000. Vol. 9, № 10. P. 1105-1115.*
23. Schwimmer J.B., Burwinkle T.M., Varm J.W. *Health-related quality of life of severely obese children and adolescents // JAMA. 2003. Vol. 289, № 14. P. 1813- 1819.*
24. Sirgy M. J. *The psychology of quality of life. Dordrecht; Boston; L., 2010.*
25. Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B. *SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide //The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass.1993.*
26. WHO *Global Report 2009. Global tuberculosis control - epidemiology, strategy, financing. WHO.2009. <http://www.who.int/publications> (date of the application 29.09.19).*