

Особенности межличностного взаимодействия пациентов с социально значимым заболеванием

А. В. Кондря, А. В. Мордык, Д. И. Мордык, И. И. Магнушевская, М. В. Моисеева, Н. В. Багишева, Т. Ю. Удалова

Как известно, туберкулез легких относится к социально значимым инфекционным заболеваниям бронхолегочной системы. Наблюдающееся повсеместно снижение заболеваемости туберкулезом на территории Российской Федерации не снимает проблему повышения эффективности противотуберкулезной терапии, стоящую перед фтизиатрами и препятствующую полной ликвидации резервуара туберкулезной инфекции. Самой частой формой впервые выявленного туберкулеза легких остается инфильтративный, доля которого в структуре первичной заболеваемости достигает 80% [1–3]. Соответственно, проблема повышения эффективности лечения впервые выявленных больных туберкулезом легких касается в первую очередь улучшения результатов лечения инфильтративного туберкулеза [4, 5]. Психологические проблемы пациентов и особенности их личности препятствуют доверительному контакту с медицинским персоналом и могут приводить к отсутствию приверженности к длительной и плохо переносимой противотуберкулезной терапии [6, 7]. Знание и учет личностных особенностей пациентов приведут к высокому комплаенсу в системе «врач — больной — комплексное лечение» [8–10]. Так как имеющаяся у врачей подготовка в плане медицинской психологии не всегда позволяет комплексно подойти к диагностике личностных особенностей больных, нами предпринято психологическое исследование для совершенствования тактики ведения впервые выявленных больных.

Целью настоящей работы было выявить особенности социального взаимодействия пациентов с впервые выявленным инфильтративным туберкулезом легких (ИТЛ) для определения специфики врачебного подхода к ним и построения оптимального комплаенса.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе Омского областного противотуберкулезного диспансера. К участию в исследовании были допущены интеллектуально сохранные пациенты с впервые выявленным ИТЛ. Исследование проводилось на добровольной основе, испытуемым были разъяснены цели тестирования, а также круг лиц, имеющих доступ к индивидуальным результатам опроса. Учитывая динамику самочувствия данной группы пациентов, опрос проводился в первой половине дня. Для исследования личностных особенностей использовались соответствующие шкалы методики «Комплексный личностный опросник» (КЛО), которая является отечественной модификацией теста Р. Кэттелла [11]. Это достаточно авторитетная и наиболее информативная методика с высокими показателями надежности и валидности. А также применялись субсферы анкеты опросника MOS SF-36 (Medical Outcomes Study-Short Form), относящиеся к характеристикам общения пациентов [11].

Выборку составили 40 человек: 20 мужчин и 20 женщин. Мужчины в возрасте от 18 до 42 лет ($\chi^2 = 28,5$), женщины от 22 до 39 лет ($\chi^2 = 29$). Небольшая численность выборки обусловлена, с одной стороны, объемом многофакторного личностного опросника Р. Кэттелла, с другой — добровольностью участия в исследовании и личностными особенностями пациентов с впервые выявленным ИТЛ (низкая работоспособность вследствие быстрой утомляемости и стрессогенности ситуации постановки диагноза «туберкулез»). Для анализа данных использовались: подсчет среднего арифметического (χ), стандартное отклонение (σ) как мера изменчивости признака, для оценки различий между двумя выборками по уровню признака использовался критерий Манна–Уитни.

Результаты и их обсуждение

Результаты методики КЛО

Пациенты с впервые выявленным ИТЛ в общении проявляют себя в большинстве случаев как довольно замкнутые и не очень общительные люди — показатели среднего арифметического по шкале А «Замкнутость — открытость в общении» соответствуют низким оценкам. Такие люди не любят коллективные мероприятия, выступают перед аудиторией только в случае необходимости, хорошо работают в одиночестве. Пациенты разнообразны по уровню общительности: и у женщин, и мужчин результаты имеют высокие показатели вариативности ($\sigma^2 = 2,2$, $\sigma^2 = 2,2$). Значимых различий в мужской и женской подгруппах не выявлено ($U_{\text{эмп}} = 32$, $U_{0,05} = 27$). Таким образом, работу с больными следует проводить индивидуально, но есть пациенты, которым важно участие и поддержка.

Активность в контактах с людьми (шкала Н) у данной категории пациентов выражена в средней степени ($\chi^2 = 7,9$): большинство обследованных нельзя назвать робким и застенчивыми, в то же время нет смелости и высокой контактности. Мужчины и женщины по данной характеристике похожи ($U_{\text{эмп}} = 29$). Однако разброс индивидуальных значений у женщин несколько ниже ($\sigma^2 = 2,3$, $\sigma^2 = 1,4$), т. е. мужчины в большей степени отличаются между собой по активности в контактах. Таким образом, с данной категорией пациентов нелегко, но вполне возможно установить контакт.

Показатели конформности (шкала Q₂) средние ($\chi = 5,4$): в зависимости от ситуации больные могут изменять свое поведение под влиянием других людей, но могут проявлять и негативизм. При этом женщины больше поддаются влиянию группы ($\chi_? = 6,2$, $\chi_? = 4,5$), а вариативность примерно одинаковая ($\sigma_? = 2,2$, $\sigma_? = 2$). Статистически значимых различий между мужчинами и женщинами не получено ($U_{эмп} = 29$). Таким образом, несмотря на наличие собственной точки зрения на ситуацию, данную категорию пациентов можно убедить, и они способны прислушаться к мнению коллектива.

Характеризуя подозрительность по отношению к другим людям, необходимо отметить повышенные оценки по шкале L ($\chi = 5,7$). Большинство испытуемых обычно к людям относятся с предубеждением, не прощают ошибок другим, считают себя недооцененными. Близкие показатели средних значений в мужской и женской подгруппах ($\chi_? = 5,9$, $\chi_? = 5,5$), и разброс значений не очень велик ($\sigma_? = 1,9$, $\sigma_? = 1,1$). Статистически значимых различий между мужчинами и женщинами нет ($U_{эмп} = 43,5$). Данная категория людей подозрительна, и, несмотря на средний уровень общительности, они не раскрываются, с ними сложно установить доверительные отношения, что чрезвычайно важно для достижения комплаенса.

В целом данный контингент людей достаточно прямолинейный, не умеющий понимать причины поведения других людей, сентиментальные, простые и естественные в поведении (шкала N). Средние значения в обеих подгруппах близки ($\chi = 5,2$, $\chi_? = 5,3$, $\chi_? = 5$) и относятся к низким оценкам. Результаты мужчин более вариативны, а показатели дисперсии в женской выборке самые низкие для данного исследования ($\sigma_? = 1,8$, $\sigma_? = 0,8$) — женщины похожи по данному признаку. При общении с данной категорией людей не следует обижаться на их прямолинейность, нужно стремиться объяснять необходимые врачебные манипуляции.

Психологический климат в семье (шкала ОС) характеризуется как негативный, так как среднее арифметическое значение в выборке относится к низким оценкам ($\chi = 2,3$). Результаты в мужской и женской подгруппах значимо отличаются. У мужчин отношения в семье достаточно переменчивые, из-за отсутствия единых целей в жизни мелкие причины приводят к серьезным разладам, которые быстро удается преодолеть, и в целом супруги считают свой брак удачным (средний уровень ($\chi_? = 3$)). У женщин в среднем результаты значимо ($U_{эмп} = 27$) ниже ($\chi_? = 1,4$) и относятся к низким показателям: в семьях мало любви и тепла в отношениях между супругами, недостает уважения, понимания и доверия. Мера индивидуальной изменчивости признака средняя ($\sigma = 1,8$, $\sigma_? = 1,9$, $\sigma_? = 1,4$). Таким образом, результаты данной методики подтверждают необходимость работы психолога с данной категорией пациентов.

Результаты методики MOS SF-36

Субсфера «Личные отношения» (F13) ($M = 15,74$) показывает высокую степень изменений, то есть пациенты ощущают необходимую им любовь, дружелюбие и поддержку. Больные туберкулезом не чувствуют себя одинокими в жизни (F13.1), о чем свидетельствуют как параметры распределения ($2,01 \pm 1,05$), так и преобладание (у 44,55%) ответа «совсем нет». При этом весьма важны (для 33,64% пациентов) взаимоотношения с другими людьми (Imp 13,1). О средней степени значимости говорят и параметры распределения ($3,88 \pm 0,88$). Чувствуют себя счастливыми от общения с членами своей семьи (F13.2) менее половины респондентов 46,36%, в основном счастливыми 35,45%. Параметры распределения достаточно высокие и подтверждают благополучие большинства респондентов ($4,24 \pm 0,87$). Опанты в основном удовлетворены своими личными взаимоотношениями (F13.3), о чем свидетельствует преобладание данного ответа (у 48,18%) и параметры распределения ($3,78 \pm 0,82$). В основном удовлетворены своей способностью обеспечивать или поддерживать других людей (F13.4) — это наиболее частый ответ (43,64%) и относительно высокие параметры распределения ($3,73 \pm 0,92$).

Субсфера «Практическая социальная поддержка» (F14) у пациентов с туберкулезом ($M = 14,69$) демонстрирует относительно высокую степень поддержки и возможности получить практическую помощь со стороны семьи и друзей. В среднем важна поддержка окружающих (Imp 14,1) для больных туберкулезом ($3,65 \pm 0,89$), встречаются все типы ответов, но наиболее часто ответ «весьма важно» (38,18%), но не все и не всегда ее получают, когда это необходимо. На вопрос «Получаете какую-нибудь поддержку от других, когда это нужно?» (F14.1) наиболее распространен ответ «когда как» — у 37,27% и «да, вполне» — у 26,36%. Параметры распределения соответствуют среднему уровню

$3,75 \pm 1,04$. При ответе на вопрос «В какой мере вы можете рассчитывать на своих друзей в случае нужды в них?» (F14.2) в группе все варианты ответов, но наиболее распространен средний — «когда как» (у 30,91%). Параметры распределения демонстрируют средний уровень ($3,39 \pm 1,13$). Достаточно удовлетворены поддержкой, которую получают от членов семьи (F14.3) ($4,00 \pm 1,06$). Встречаются все типы ответов, но наиболее распространенным является максимальный ответ — вполне удовлетворен (у 40,00% пациентов). В средней мере удовлетворены той поддержкой, которую получают от друзей (F14.4) ($3,56 \pm 1,13$). В анкетах встречаются все типы ответов, но наиболее распространен средний уровень — ответ «ни да, ни нет» 31,82%. Таким образом, пациенты с инфильтративным туберкулезом легких нуждаются в поддержке друзей, родных и социальных служб и иногда не получают ее в необходимом объеме.

Выводы

Таким образом, пациенты с впервые выявленным ИТЛ в меру замкнуты, в контакт с другими людьми вступают, поэтому с данной категорией пациентов нелегко, но вполне возможно установить комплаенс. Несмотря на наличие собственной точки зрения, их можно убедить, они способны прислушаться к мнению коллектива. Вследствие подозрительности не раскрываются в общении, с ними сложно установить доверительные отношения. Разъяснительную и просветительскую работу с данной категорией пациентов следует проводить индивидуально, хотя есть определенный процент пациентов, которым очень важно общение, участие и поддержка окружающих. При общении с данной категорией людей нужно не обижаться на их прямолинейность и простоту, стремиться объяснять причины собственных действий и врачебных манипуляций. Преимущественно это в меру дисциплинированные и ответственные люди, поэтому большинство имеют достаточную приверженность к лечению, однако не всегда завершают начатое, им необходимо регулярно напоминать о необходимости доведения лечебного процесса до полного выздоровления.

Таким образом, знание и учет психологических особенностей пациентов с впервые выявленным инфильтративным туберкулезом легких могут способствовать выстраиванию оптимального взаимодействия с лечащим врачом и медицинским персоналом, а также повысит эффективность лечения, обеспечит благоприятный исход заболевания, при сокращении сроков госпитализации, нетрудоспособности и уменьшении вероятности инвалидизации пациентов.

Литература

1. Нечаева О. Б., Скачкова Е. И., Кучерявая Д. А. Мониторинг туберкулеза в Российской Федерации // Туберкулез и болезни легких. 2013. № 12. С. 40–49.
2. Пузырёва Л. В., Мордык А. В., Иванова О. Г., Руднева С. Н., Татаринцева М. П. Динамика основных показателей, характеризующих эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу в Омской области // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2017. № 4 (95). С. 87–92.
3. Брюханова Н. С., Мордык А. В. Диагностика и коррекция пограничных психических расстройств у больных впервые выявленным инфильтративным туберкулезом легких // Туберкулез и болезни легких. 2011. № 4 (88). С. 71–72.
4. Скорняков С. Н., Шульгина М. В., Журавлев В. Ю., Тотолян А. А. Фтизиатрия. Национальные клинические рекомендации / Под ред. Яблонского П. К. М., 2015. 240 с.
5. Кондря А. В., Мордык А. В., Руденко С. А. Побочные реакции на противотуберкулезные препараты и факторы, способствующие их развитию, у больных с длительно текущим туберкулезом легких // Врач. 2016. № 11. С. 5–9.
6. Романова М. А., Мордык А. В., Мерко Е. А., Леонтьева Е. С. Изучение связи сопутствующих заболеваний с переносимостью химиотерапии у детей с активным туберкулезом: результаты ретроспективного когортного исследования // Педиатрическая фармакология. 2016. № 2 (13). С. 95–100.
7. Мордык А. В., Брюханова Н. С., Казаков А. В. Изменения психического статуса пациентов при непереносимости противотуберкулезных препаратов // Туберкулез и болезни легких. 2009. № 3 (86). С. 38–41.
8. Удалова Т. Ю., Багишева Н. В., Мордык А. В., Моисеева М. В., Руденко С. А., Ароян А. Р., Иванова О. Г. Пограничные психические расстройства у пациентов с сочетанной патологией бронхолегочной системы // Медицинский альманах. 2017. № 5 (50). С. 150–154.
9. Багишева Н. В., Мордык А. В., Иванова О. Г., Батищева Т. Л. Туберкулез и ХОБЛ: проблемы коморбидности // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2014. № 4 (36). С. 329–331.
10. Стрельцова Е. Н., Степанова Н. А., Курамшин Д. А., Вирин Е. Б. Приверженность к лечению у впервые выявленных больных туберкулезом легких // Астраханский медицинский журнал. 2013. № 3 (8). С. 130–132.
11. Диагностика здоровья. Психологический практикум. Под ред. Г. С. Никифорова. СПб: Речь, 2007. 950 с.

Т. Ю. Удалова*, кандидат педагогических наук

Н. В. Багишева, 1**, кандидат медицинских наук

А. В. Мордык**, доктор медицинских наук, профессор

А. В. Кондря**

М. В. Моисеева**, кандидат медицинских наук

Д. И. Мордык***

И. И. Магнушевская***

* **ФГБОУ ВО ОмГПУ**, Омск

** **ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России**, Омск

*** **ФКУ ГБ МСЭ по Омской области**, Омск

¹ Контактная информация: ppi100@rambler.ru

Особенности межличностного взаимодействия пациентов с социально значимым заболеванием/ Т. Ю. Удалова, Н. В. Багишева, А. В. Мордык, А. В. Кондря, М. В. Моисеева, Д. И. Мордык, И. И. Магнушевская
Для цитирования: Лечащий врач № 1/2020; Номера страниц в выпуске: 55-57
Теги: бронхолегочная система, туберкулезная инфекция, эффективность лечения

© «Открытые системы», 1992-2020. Все права
защищены.