

ВИТАЛЬНЫЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ СТРАХИ КАК МИШЕНЬ ДЛЯ МОТИВАЦИИ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Е. В. СУХОВА¹, В. М. СУХОВ²

VITAL AND SOCIAL FEARS AS A TARGET FOR TREATMENT MOTIVATION IN PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS

E. V. SUKHOVA¹, V. M. SUKHOV²

¹ФГБОУ ВПО «Самарский государственный экономический университет»,

²НОУ ВПО «Самарский медицинский институт "РевиЗ"»

Проведен опрос 55 больных инфильтративным и 45 фиброзно-кавернозным туберкулезом легких с помощью специально разработанной анкеты. Выявлены витальные и социальные страхи, взаимосвязанные между собой. Страхи больного туберкулезом можно использовать в качестве мишени для мотивации к лечению.

Ключевые слова: инфильтративный туберкулез легких, фиброзно-кавернозный туберкулез легких, витальные страхи, социальные страхи.

Fifty-five patients with infiltrative pulmonary tuberculosis and 45 with chronic fibrocavernous pulmonary tuberculosis were interviewed using a specially developed questionnaire. Interrelated vital and social fears were revealed. A tuberculosis patient's fears may be used as a target for treatment motivation.

Key words: infiltrative pulmonary tuberculosis, fibrocavernous pulmonary tuberculosis, vital fears, social fears.

Эмоция «страх» относится к базовым, т. е. таким, которые не расщепляются на другие и сами являются составляющими более сложных эмоций [2, 12, 15]. Страх возникает при обнаружении опасности, угрожающей спокойствию и безопасности, а также самому биологическому существованию – это так называемые витальные страхи, к ним относятся страхи смерти, безумия, боли, болезни, бессилия, голода [4, 11, 14]. Страх также возникает при угрозе социальному существованию индивида – это социальные страхи [8, 9]. При изменении образа жизни и деятельности вопреки желанию; при неизведанности происходящего развиваются как страхи ситуаций – нищеты, успеха, близости, так и страхи переживаний – беспомощности, бессилия, унижения, ответственности, отвержения. Социальные страхи не могут причинить реальный вред человеку [10, 13]. Однако любые страхи являются генерализованной реакцией организма, возникают в результате процессов в нервной системе, изменяют общее состояние человека, состояние его органов и систем, уровень жизнедеятельности организма [2, 12, 15]. Жизнеугрожающее заболевание туберкулез легких, резко изменяющее уровень и образ жизни, перспективу на будущее, провоцирует целую гамму эмоций. Так, описаны различные формы агрессии у подростков, больных туберку-

лезом легких [6]. Установлено, что больным туберкулезом органов дыхания детям и подросткам свойственны личностные характеристики, отличающие их от соматически здоровых сверстников: тревожность, раздражительность, инфантильность, низкая толерантность по отношению к фрустрациям, зависимость, чувствительность, потребность в поддержке [3]. У впервые выявленных больных туберкулезом легких выявлены субдепрессивное состояние, стрессовые реакции [1, 5, 7]. Однако витальные и социальные страхи при туберкулезе легких целенаправленно не изучали и в доступной литературе не отражены.

Цель исследования – изучение витальных и социальных страхов у больных туберкулезом легких.

Материалы и методы

Проведено обследование 100 больных туберкулезом легких: 62 мужчин и 38 женщин в возрасте от 22 до 56 лет, проходивших курс стационарного лечения в ГУЗ «Самарская областная туберкулезная больница» по поводу заболевания туберкулезом легких.

Группы наблюдения были сформированы методом сплошной выборки. Все обследованные пациенты были жителями Самарской области.

Инфильтративным туберкулезом легких страдали 55 человек (35 мужчин и 20 женщин), у 45 человек (27 мужчин и 18 женщин) был фиброзно-кавернозный туберкулез легких. Средний возраст мужчин с инфильтративным туберкулезом легких составил $41,2 \pm 3,6$ года, женщин – $42,4 \pm 3,5$ года. В группе больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких средний возраст мужчин составлял $45,7 \pm 3,8$ года, женщин – $44,0 \pm 3,9$ года.

Для изучения витальных и социальных страхов у больных туберкулезом легких разработали анкету, состоящую из 17 утверждений (рационализаторское предложение № 510 Самарского военно-медицинского института). Каждый больной человек письменно подтверждал свое согласие участвовать в исследовании.

Анкета построена по типу самооценки испытываемым определенными эмоциями. Балльная шкала оценки позволяла выявить величину конкретного страха, которая измерялась самим пациентом. Ряд утверждений был направлен на выявление витальных страхов: я боюсь, что мое заболевание неизлечимо; я боюсь, что у лекарств много побочных действий; я боюсь рано умереть; я боюсь, что мне назначили много лекарств; я боюсь длительного лечения в больнице; я боюсь, что мне не хватит терпения довести до конца лечение. Другие утверждения были направлены на выявление социальных страхов: я боюсь, что родственники отвернутся от меня; я боюсь, что я не нужен обществу; я боюсь, что отношения с близкими ухудшатся из-за болезни; я боюсь, что окружающие узнают о моей болезни и перестанут общаться; я боюсь заразить других; я боюсь, что меня увидят около туберкулезной больницы; я боюсь, что у меня будут проблемы с трудоустройством; я боюсь, что на работе узнают о моем заболевании; я боюсь заразить близких; я боюсь, что

болезнь повлияет на мою работоспособность; я боюсь, что не смогу сделать карьеру.

Анализ результатов был проведен по коэффициенту корреляции Пирсона с помощью статистической программы SPSS 12.0. Через месяц после анкетирования оно было выполнено повторно у 30% респондентов. Расхождений результатов не было.

Больные инфильтративным туберкулезом легких предъявляли жалобы на кашель с небольшим количеством слизисто-гнойной мокроты, слабость, утомляемость, нарушение сна, потливость по ночам. Их рентгенологические характеристики представлены в табл. 1.

У всех 55 больных был выражен в умеренной степени синдром туберкулезной интоксикации в виде общей слабости, вегетативных нарушений, психастении. Лабораторные показатели воспалительного синдрома приведены в табл. 2.

Воспалительный синдром у больных с инфильтративным туберкулезом легких был выражен умеренно.

Показатели функции внешнего дыхания были в пределах нормы (табл. 3).

Основные жалобы больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких: общая слабость, одышка при незначительной физической нагрузке, постоянный кашель с небольшим количеством слизисто-гнойной мокроты, потливость по ночам, нарушение ночного сна, снижение работоспособности. У всех был выражен в умеренной степени синдром туберкулезной интоксикации в виде общей слабости, вегетативных нарушений, психастении. Значимые характеристики больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких представлены в табл. 4-6.

Согласно приведенным в табл. 4-6 данным, в клиническом плане у больных фиброзно-ка-

Таблица 1

Рентгенологические характеристики 55 больных инфильтративным туберкулезом легких

Рентгенологический признак	Число больных	Процент
Односторонний процесс в пределах доли	6	11
Односторонний процесс с выше доли	34	62
Двусторонний процесс в пределах доли с каждой стороны	8	14
Двусторонний распространенный процесс	7	13
Распад легочной ткани	51	93

Таблица 2

Лабораторные показатели 55 больных инфильтративным туберкулезом легких

Показатель	Значение
СОЭ, мм/ч	$28,8 \pm 3,4$
Лейкоцитов в 1 мл крови	$9,8 \pm 0,8$ тыс.
Фибриноген, г/л	$4,8 \pm 0,6$

Таблица 3

Показатели функции внешнего дыхания 55 больных инфильтративным туберкулезом легких

Больные	ОФВ ₁	ФЖЕЛ	ПОС
Мужчины	$78,5 \pm 4,6\%$	$88,9 \pm 4,5\%$	$82,7 \pm 6,7\%$
Женщины	$76,5 \pm 4,9\%$	$84,3 \pm 6,7\%$	$79,7 \pm 4,8\%$

вернозным туберкулезом легких отмечались бронхиальная обструкция и снижение объемных показателей, которые соответствовали второй степени нарушения вентиляции по смешанному типу, были выражены лабораторные признаки воспалительного синдрома. В целом клиническая картина заболевания у больных этой группы представлялась более тяжелой.

Результаты анкетирования больных инфильтративным и фиброзно-кавернозным туберкулезом легких представлены в табл. 7.

Результаты

Как следует из полученных данных, самые высокие страхи – это страх заразить других, страх заразить близких и страх длительного лечения.

Для выявления различия в частоте встречаемости витальных и социальных страхов у больных с инфильтративным и фиброзно-кавернозным туберкулезом легких использовали непараметрический метод χ^2 . Достоверных различий в частоте встречаемости не выявлено. Таким образом, вышеперечисленные витальные и социальные страхи одинаково часто встречаются у больных инфильтративным и фиброзно-кавернозным туберкулезом легких мужчин и женщин.

Выполнили также корреляционный анализ по коэффициенту корреляции Пирсона. Выявили статистически достоверную прямую и обратную корреляционную зависимость. Прямую значимую корреляционную зависимость наблюдали между страхами: «я боюсь, что мое заболевание неизлечимо» и «я боюсь, что у лекарств много побочных действий» ($r = 0,394$;

$p = 0,005$); «я боюсь, что отношения с близкими ухудшатся из-за болезни» и «я боюсь рано умереть» ($r = 0,383$; $p = 0,006$); «я боюсь, что у лекарств много побочных действий» и «я боюсь, что мне не хватит терпения довести до конца лечение» ($r = 0,384$; $p = 0,003$); «я боюсь, что у лекарств много побочных действий» и «я боюсь длительного лечения в больнице» ($r = 0,415$; $p = 0,001$); «я боюсь, что отношения с близкими ухудшатся из-за болезни» и «я боюсь, что на работе узнают о моем заболевании» ($r = 0,656$; $p = 0,0001$); «я боюсь, что окружающие узнают о моей болезни и перестанут общаться» и «я боюсь, что меня увидят около туберкулезной больницы» ($r = 0,396$; $p = 0,004$).

Обратная значимая корреляционная зависимость наблюдалась между страхами, сформулированными в высказываниях: «я боюсь, что близкие отвернутся от меня» и «я боюсь, что у меня будут проблемы с трудоустройством» ($r = 0,375$; $p = 0,007$).

Обсуждение

Анализ результатов анкетирования показал, что всех больных туберкулезом легких тревожат витальные и социальные страхи. Страхи больного человека снижают дисциплину лечения, разрушают контакты с окружающими, в том числе и с медицинским персоналом, сужают восприятие, нарушают реальную оценку действительности, сопровождаются снижением психической и двигательной активности, безразличием к окружающему, снижением ясности мышления, самооценки, собственных перспектив.

Таблица 4

Некоторые клинические характеристики 45 больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких

Признак	Число больных	Процент
Наличие бактериовыделения	45	100
Наличие инвазивности	41	91
Признаки хронического фиброзно-кавернозного туберкулеза на рентгенограмме	45	100
Признаки эмфиземы на рентгенограмме	45	100
ЭКГ-признаки перегрузки правых отделов сердца	45	100
Клинические признаки декомпенсации ХЛС	5	11
Множественная лекарственная устойчивость	7	15

Таблица 5

Показатели функции внешнего дыхания 45 больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких

Больные	ОФВ ₁	ФЖЕЛ	ПОС
Мужчины	40,7 ± 3,1%	52,5 ± 3,9%	58,4 ± 4,1%
Женщины	40,8 ± 3,9%	56,8 ± 4,7%	59,8 ± 3,4%

Таблица 6

Лабораторные показатели 45 больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких

Показатель	Значение
СОЭ, мм/ч	23,7 ± 1,7
Лейкоцитов в 1 мл крови	9,7 ± 1,1 тыс.
Фибриноген, г/л	5,4 ± 0,8

Витальные и социальные страхи больных туберкулезом легких

Витальные и социальные страхи больных туберкулезом легких	Базальный показатель степени выраженности
Я боюсь рано умереть	35,64
Я боюсь, что мое заболевание неизлечимо	33,68
Я боюсь длительного лечения в больнице	71,70
Я боюсь, что мне назначили много лекарств	20,72
Я боюсь, что мне не хватит терпения довести до конца лечение	27,32
Я боюсь, что у лекарств много побочных действий	53,90
Я боюсь, что родственники отвернутся от меня	10,24
Я боюсь, что я не нужен обществу	21,40
Я боюсь, что отношения с близкими ухудшатся из-за болезни	28,50
Я боюсь, что окружающие узнают о моей болезни и перестанут общаться	47,60
Я боюсь заразить других	76,18
Я боюсь, что меня увидят около туберкулезной больницы	20,66
Я боюсь, что у меня будут проблемы с трудоустройством	52,60
Я боюсь, что на работе узнают о моем заболевании	22,32
Я боюсь заразить близких	74,54
Я боюсь, что болезнь повлияет на мою работоспособность	61,88
Я боюсь, что не смогу сделать карьеру	57,98

Самые сильные страхи – заразить других, заразить близких (социальные страхи) и страх длительного лечения (витальный страх).

Отсутствие достоверных различий в частоте встречаемости этих страхов у больных с впервые диагностированным и хроническим туберкулезом легких свидетельствует о том, что фтизиатру нет необходимости тестировать каждого больного на предмет наличия страхов. Независимо от длительности течения заболевания, его тяжести и наличия осложнений витальные и социальные страхи беспокоят всех больных туберкулезом легких. Этот факт надо учитывать. Даже если врач убежден в том, что у данного пациента исход будет благоприятным и объем поражения у него не очень большой, у больного человека есть витальный страх смерти. Снять его можно с помощью приема рационализации. Т. е. на доступном уровне для каждого больного понятным языком рассказывать о возможности излечения от этой болезни, о принципах терапии, объяснить, почему необходимо назначать одновременно несколько препаратов на длительный срок. Для закрепления эффекта обязательно надо отмечать в позитивном ключе малейшие успехи в лечении, незначительную позитивную динамику, хвалить за дисциплинированность.

Проведенный корреляционный анализ выявил наличие прямой и обратной зависимости между страхами. В разработанной анкете было 6 витальных страхов и 11 социальных. Витальные страхи прямо взаимосвязаны между собой. «Я боюсь, что у лекарств много побочных действий» и «я ду-

маю, что мое заболевание неизлечимо» ($r = 0,394$; $p = 0,005$). «Я боюсь, что у лекарств много побочных действий» и «я боюсь, что мне не хватит терпения довести до конца лечение» ($r = 0,384$; $p = 0,003$); «я боюсь, что у лекарств много побочных действий» и «я боюсь длительного лечения в больнице» ($r = 0,415$; $p = 0,001$). Страх перед возможным побочным действием препаратов чаще других взаимосвязан с другими витальными страхами, прямо коррелирует со страхом длительного лечения и страхом не довести до конца лечение. Страх перед побочным действием препаратов приводит к самовольному прекращению лечения, снижению доз препаратов, в конечном итоге – к развитию лекарственной устойчивости возбудителя. Коррекцию выявленных витальных страхов необходимо проводить сразу при поступлении. Врач должен объяснить в начале лечения каждому больному человеку (длительность заболевания не влияет на выраженность страха), что при назначении терапии он принял необходимые меры для предотвращения побочного действия лекарств.

В анкете было указано 11 социальных страхов, они прямо взаимосвязаны между собой.

«Я боюсь, что отношения с близкими ухудшатся из-за болезни» и «я боюсь, что на работе узнают о моем заболевании» ($r = 0,656$; $p = 0,0001$); «я боюсь, что окружающие узнают о моей болезни и перестанут общаться» и «я боюсь, что меня увидят около туберкулезной больницы» ($r = 0,396$; $p = 0,004$). Туберкулез расценивается как показатель социального неблагополучия, как социальный маркер, больные стараются скрывать

это заболевание, чтобы предотвратить возможные проблемы с близкими, окружающими, т. е. социальную изоляцию, проблемы с трудоустройством, которые приведут к снижению социального и материального статусов.

«Я боюсь, что отношения с близкими ухудшатся из-за болезни» и «я боюсь рано умереть» ($r = 0,383$; $p = 0,006$) – выявлена взаимосвязь витального и социального страхов. Страх за ухудшение отношений с близкими при туберкулезе легких прямо связан со страхом смерти от этой болезни. Это объясняется тем, что больной человек нуждается в моральной и материальной поддержке и помощи близких. Нарушение отношений с ними означает, что больной человек останется наедине со своей болезнью и боится не справиться с ней, умереть от нее.

Выявленную взаимосвязь витального и социального страхов можно использовать в лечебном процессе, 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 абацелирования больного туберкулезом, для этого требуются дисциплинированное лечение и точное выполнение всех назначений. Таким образом, страхи больного человека можно использовать в качестве мишени для мотивации к лечению.

Выявленные витальные и социальные страхи игнорировать врачу нельзя, так как они, как сильные эмоции, изменяют поведение человека. Важно учитывать факт их существования при построении взаимоотношений с больным человеком. Врач и больной должны стать полноценными партнерами в лечении. Необходимо, чтобы пациент понимал свою ответственность за исход заболевания. Для этого нужно задавать целенаправленные вопросы: «А что вы сами делаете для излечения?», «Насколько точно вы выполняете назначения?», «Как правильно вы соблюдаете предписанный режим?». Важно акцентировать внимание самого больного на том, что при правильном выполнении назначений возможно излечение. Исход болезни во многом зависит от самого больного человека, его упорства и терпения, внутреннего настроя на терпеливое выполнение назначений врача. Для преодоления страха перед болезнью и последствиями нужно действовать – внимание пациента необходимо переключить с негативных эмоций на конкретные действия, при этом поощрять его сотрудничество с врачом.

Выявленная связь между страхом больного быть замеченным около туберкулезной больницы и страхом социальной изоляции свидетельствует о необходимости проведения социальной коррекции у больных туберкулезом, пересмотра отношения к туберкулезу как к болезни «маргиналов»,

асоциальных элементов. В беседах с больными нужно делать акцент на инфекционной природе заболевания.

Выявленная обратная зависимость между страхом остаться безработным и страхом быть отвергнутым близкими свидетельствует о неуверенности больных туберкулезом в стабильности своего семейного положения, в прочности родственных связей, в возможности оказания ему эмоциональной и материальной поддержки близкими людьми в тяжелой жизненной ситуации. Следовательно, необходимо семейное консультирование близких и родственников больного, информирование их о возможности излечения от туберкулеза, возвращения его к полноценной социальной жизни и необходимости оказания ему эмоциональной поддержки в тяжелой ситуации длительной болезни.

Выводы

1. Заболевание туберкулезом легких сопровождается развитием у больных людей витальных и социальных страхов.
2. Витальные и социальные страхи у больных туберкулезом легких не связаны с длительностью течения заболевания, его тяжестью, наличием осложнений.
3. Витальные страхи тесно взаимосвязаны между собой так же, как и социальные.
4. Витальный страх смерти от туберкулеза связан с социальным страхом нарушения отношений с близкими из-за болезни, эту взаимосвязь нужно использовать в качестве мотивации к лечению.
5. Страхи больных туберкулезом легких можно использовать в качестве мишени для мотивации к лечению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеева Л. П., Розанова Ю. К., Петровская М. В. и др. Изучение нарушений личности и эмоционально-волевой сферы у лиц БОМЖ, больных туберкулезом // Пробл. туб. – 2007. – № 11. – С. 6-10.
2. Андреева Г. М. Социальная психология. – М.: Аспект-пресс, 2004.
3. Баранова Г. В., Золотова Н. В., Овсянкина Е. С. и др. Психологические особенности детей и подростков, больных туберкулезом органов дыхания // Пробл. туб. – 2010. – № 1. – С. 50-53.
4. Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. – Л.: Наука, 1988. – 269 с.
5. Долгих Н. О., Кубасов В. А., Ханин А. Л. Коррекция стрессовых реакций у впервые выявленных больных туберкулезом // Сб. резюме 8-го Нац. конгресса по болезням органов дыхания. – М., 1998. – ЛIII. 7. – С. 402.
6. Золотова Н. В., Ахтямова А. А., Овсянкина Е. С. Формы агрессии у подростков, больных туберкулезом органов дыхания // Пробл. туб. – 2012. – № 1. – С. 44-45.
7. Папкратова Л. Э., Худзик Л. Б., Шульгина З. Л. Психическое состояние впервые выявленных больных туберкулезом

легких и его влияние на течение заболевания // Сб. резюме 6-го Нац. конгресса по болезням органов дыхания. – Новосибирск, 1996. – С. 502.

8. Почепцов Г. Г. Теория коммуникации. – М.: Центр, 1998.

9. Щербатых Ю. В., Ивлева Е. И. Психофизиологические и клинические аспекты страха, тревоги и фобий. – Воронеж: Истоки, 1998.

10. Щербатых Ю. В. Психология страха – М.: Эксмо, 2002.

11. Ayers T. S., Sandier I. N., West S. G. et al. A dispositional and situational assessment of children's coping: Testing alternative models of coping // J. Personality. – 1996. – № 64. – P. 923-958.

12. Causey D. L., Dubow E. F. Negotiating the transition to junior high school: The contributions of coping strategies and perceptions of the school environment // Preven. Human Services. – 1993. – № 10. – P. 59-81.

13. Compas B. E., Forsythe, C. J., Wagner B. M. Consistency and variability in causal attributions and coping with stress // Cognit. Therap. Research. – 1988. – № 12. – P. 305-320.

14. Herman-Stahl M. A., Stemmler M., Petersen A. C. Approach and avoidant coping: Implications for adolescent mental health // J. Youth Adolescence. – 1995. – № 24. – P. 649-655.

15. Lazarus R. S., Folkman S. Stress, appraisal and coping. – New York, Springer, 1984.

ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Сухова Елена Викторовна

*ФГБОУ ВПО «Самарский государственный
экономический университет»,*

доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры

«Экология и безопасность жизнедеятельности».

443090, г. Самара, ул. Советской Армии, д. 141.

Поступила 12.01.2014