

ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ И РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛЕЧЕБНОМУ ВЗАИМОДЕЙСТВИЮ

Е. В. СУХОВА, В. М. СУХОВ

RELATIONS IN THE FAMILY OF PATIENTS WITH INFILTRATIVE PULMONARY TUBERCULOSIS AND RECOMMENDATIONS FOR THERAPEUTIC INTERACTION

E. V. SUKHOVA, V. M. SUKHOV

ФГБОУ ВПО «Самарский государственный экономический университет», г. Самара

Семья – это социальная группа, которая удовлетворяет важнейшие потребности и выполняет разнообразные функции. Больные инфильтративным туберкулезом легких не получают эмоциональную поддержку от членов своей семьи и испытывают от этого гнев и возмущение. Изучены особенности функционирования 30 семей больных инфильтративным туберкулезом легких с помощью психологического теста «Шкала семейного окружения» (ШСО). Полученные данные сравнены с показателями 100 нормативных семей. По 6 шкалам из 10 отличия достоверные, по остальным 4 также есть отличия, но недостоверные. Семьи больных туберкулезом легких дисфункциональны. Социальный климат семьи сложился задолго до диагностики инфильтративного туберкулеза у члена семьи. Отличия от нормативных семей объясняются социальными характеристиками членов семьи – низким уровнем дохода, злоупотреблением алкоголя, пребыванием в местах лишения свободы. Особенности социального климата семьи и объясняется отсутствие моральной поддержки больного человека.

Ключевые слова: инфильтративный туберкулез легких, семьи больных инфильтративным туберкулезом легких, отношение к больному туберкулезом члену семьи, особенности семейных отношений, социальный климат семьи, отличия семей больных туберкулезом легких от нормативных семей.

A family is a social group that satisfies the most important needs and fulfils diverse functions. Patients with infiltrative pulmonary tuberculosis are not emotionally supported by their family members and hence experience anger and exasperation. The functioning of 30 families of patients with infiltrative pulmonary tuberculosis was psychologically studied using the family environment scale. The findings were compared with those of 100 standard families. Six out of 10 items showed significant differences, the other 4 items also displayed dissimilarities, but the latter were insignificant. The families of patients with pulmonary tuberculosis were dysfunctional. The social climate of the family had established well before infiltrative tuberculosis was diagnosed in its member. The dissimilarities from the standard families are due to the social characteristics of family members, such as low income, alcohol abuse, and imprisonment. The specific features of the social climate of a family provide an explanation for no moral support to the patient.

Key words: infiltrative pulmonary tuberculosis; families of patients with infiltrative pulmonary tuberculosis; attitude to a family member who has tuberculosis; specific features of familial relations; family's social climate; dissimilarities of families with pulmonary tuberculosis from the standard families.

Инфильтративный туберкулез легких является психотравмирующим фактором для больного человека и «семейной трудностью» для членов его семьи [1, 4, 13]. В семье каждый член участвует в семейных взаимоотношениях, подчиняется нормам поведения в данной семье, занимается определенной деятельностью, принимает участие в решении постоянно возникающих семейных проблем, в совместном преодолении семейных трудностей [2, 6-8, 18, 19].

Именно семья определяет степень чувствительности индивида, способность к противостоянию и способ преодоления патогенной ситуации [2, 3, 7, 8, 11, 12]. Заболевание туберкулезом является серьезным испытанием для семьи. Преодолеть эту проблему возможно только совместными усилиями всех членов семьи [1, 3, 5, 10, 12, 13]. В нормально функционирующей семье трудности сглаживаются и не ведут к социальной дезадаптации ее членов,

а кризисные ситуации и возникающие проблемы успешно преодолеваются. Трудности оказывают в таких семьях интегрирующее действие [7, 14, 17]. Дисфункциональная семья может стать причиной возникновения и усугубления различных нервно-психических и соматических симптомов, расстройств личности и социального приспособления у членов семьи [1, 4, 5, 15, 16, 18]. Трудности в дисфункциональных семьях ослабляют семью, приводят к нарушению супружеских взаимоотношений [14, 16, 17, 18].

Вопрос о том, каковы особенности семейных отношений, правила поведения в семьях больных туберкулезом легких, каков морально-нравственный климат, в доступной литературе не отражен.

Цель исследования – изучение специфических эмоций больного туберкулезом человека и особенностей семейных отношений в семьях больных инфильтративным туберкулезом легких.

Для изучения особенностей семейных отношений больных туберкулезом легких было обследовано 30 семей, из них 15 семей с больным туберкулезом мужчиной и 15 семей с больной туберкулезом женщиной. Инфильтративный туберкулез явился остро возникшей семейной трудностью. Средний возраст 15 больных мужчин составлял $41,2 \pm 3,6$ года, 15 больных женщин – $42,4 \pm 3,5$ года. Т. е. они были вполне сформированы как личности, имели определенные привычки, взгляды на жизнь, жизненный опыт. Особенности их семейных отношений сложились задолго до заболевания туберкулезом легких одного из членов семьи.

Все обследованные больные проходили курс стационарного лечения в ГУЗ «Самарская областная туберкулезная больница». Пациенты были включены в исследование методом сплошной выборки. Клинические методы обследования были обычными для подтверждения диагноза инфильтративного туберкулеза легких.

Особенности семейных отношений, социальный климат семьи, особенности семейного функционирования изучены с помощью теста «Шкала семейного окружения» (ШСО). В этом тесте не имеет значения, кто проходит тестирование – муж или жена. Они характеризуют порядки своей семьи в целом. Респондент соглашается или не соглашается с утверждениями, которые сформулированы так: «В нашей семье принято...». ШСО предназначена для оценки социального климата в семьях всех типов. Социальный климат семьи – это правила поведения, которые сложились в семье и влияют на взаимоотношения в ней. Некоторые семейные правила устанавливаются открыто, другие – скрыто, они выводятся из повторяющихся ситуаций, которые происходят в семье. Правила поведения в семье показывают допустимость и недопустимость определенных действий, представляют собой элемент семейной идеологии, который формирует социальный климат семьи. В основе ШСО лежит оригинальная методика «Famil Environmental Skale» (FES), разработанная R. H. Moos [16]. Основное внимание уделяется измерению и описанию: А) отношений между членами семьи (показатели отношений); Б) направлений личностного роста, которым в семье придается особое значение (показатели личностного роста); В) основной организационной структуре семьи (показатели, управляющие семейной системой). В России данная методика была адаптирована С. Ю. Куприяновым (1985) [4] и используется для семей всех типов. Изменениям подверглись пункты шкалы № 8, которая в оригинале называется Moral-Religious Emphasis (морально-религиозные аспекты) и касается отношения родственников к морали, религии и места этих ценностей в семье. Опросник ШСО содержит 90 утверждений, в бланке для ответов респондент должен сделать пометку

о том, какие из утверждений верны или неверны в отношении его семьи в целом, а не относительно определенных ее членов. ШСО включает десять шкал, каждая из которых представлена десятью пунктами, имеющими отношение к характеристике семейного окружения.

А. Показатели отношений между членами семьи.

1. Сплоченность (С). В какой степени члены семьи заботятся друг о друге, помогают друг другу; выраженность чувства принадлежности к семье.

2. Экспрессивность (Э). В какой степени в семье разрешается открыто действовать и выражать свои чувства.

3. Конфликтность (К-т). В какой степени открытое выражение гнева, агрессии и конфликтных взаимоотношений в целом характерно для семьи.

Б. Показатели личностного роста.

4. Независимость (Н). В какой степени члены семьи поощряются к самоутверждению, независимости и самостоятельности в обдумывании проблем и принятии решений.

5. Ориентация на достижения (ОД). В какой степени разным видам деятельности (учебе, работе и пр.) в семье придают характер достижения и соревнования.

6. Интеллектуально-культурная ориентация (ИКО). Степень активности членов семьи в социальной, интеллектуальной, культурной и политической сферах деятельности.

7. Ориентация на активный отдых (ОАО). Насколько семье свойственны активный отдых и спорт.

8. Морально-нравственные аспекты (МНА). Степень семейного уважения к этическим и нравственным ценностям, положениям.

В. Основная организационная структура семьи.

9. Организация (О). Насколько для семьи важны порядок и организованность (структурирование семейной деятельности, финансовое планирование, ясность и определенность семейных правил и обязанностей).

10. Контроль (К-л). Степень иерархичности семейной организации, ригидности семейных правил и процедур, контроля членами семьи друг друга.

При обработке данных для каждой шкалы считывали показатель путем сложения ответов по всем пунктам шкалы. Итогом являлся семейный профиль. Для того чтобы интерпретировать получившийся профиль, его данные сравнивали со средними значениями нормативного профиля. Нормативный профиль получен С. Ю. Куприяновым при анкетировании 100 советских семей (всего 276 здоровых испытуемых), ни один из членов которых не болел выраженными нервно-психическими, психосоматическими или тяжелыми, хроническими соматическими заболеваниями. В семьях было от двух до пяти членов [4].

Для изучения специфических эмоций больного туберкулезом человека, отношения членов семьи к больному инфильтративным туберкулезом легких была разработана специальная анкета (рационализаторское предложение № 509 Самарского военно-медицинского института). Каждый больной человек письменно подтверждал свое согласие участвовать в анкетировании. Разработанная анкета построена по типу самооценки испытуемым определенных эмоций. С помощью ключа ответы переводились в балльные показатели и обрабатывались по общепринятым статистическим методикам.

Результаты

Обследованные больные инфильтративным туберкулезом легких предъявляли жалобы на кашель с небольшим количеством слизисто-гнойной мокроты, слабость, утомляемость, нарушение сна, потливость по ночам.

Рентгенологические характеристики больных представлены в табл. 1.

Таблица 1

Рентгенологические характеристики больных инфильтративным туберкулезом легких

Рентгенологический признак		% от общего числа больных
Одностороннее поражение	в пределах доли	13,3
	свыше доли	60,0
Двустороннее поражение	в пределах доли с каждой стороны	20,0
	распространенное	13,3
Полость	до 4 см в диаметре	53,3
	более 4 см в диаметре	13,3
Две полости и более		10,0
Участки деструкции легочной ткани		76,8

У всех больных был выражен в умеренной форме синдром туберкулезной интоксикации в виде общей слабости, вегетативных нарушений, психастении и воспалительный (СОЭ $28,8 \pm 3,4$ мм/ч, лейкоцитов в 1 мкл крови $9,8 \pm 0,8$ тыс., фибриноген $4,8 \pm 0,6$ г/л).

Показатели функции внешнего дыхания были в пределах нормы.

Социальные значимые характеристики обследованных больных инфильтративным туберкулезом легких представлены в табл. 2.

При анализе теста ШСО учитывали социальные характеристики, представленные в данной таблице.

Специфические эмоции, развившиеся у больных инфильтративным туберкулезом легких, отражены в табл. 3.

Большинство больных туберкулезом мужчин и женщин испытывают гнев и возмущение от отсутствия эмоциональной поддержки членов своей семьи.

Эти же 30 человек – 15 мужчин и 15 женщин – были обследованы с помощью теста ШСО для подробного выяснения особенностей семейного функционирования, социального климата семьи.

Результаты обследования 30 семей больных инфильтративным туберкулезом легких с помощью теста ШСО представлены в табл. 4.

Как видно из табл. 4, имеются различия в нормативных семьях и в семьях больных инфильтративным туберкулезом легких. В семьях больных туберкулезом статистически достоверно выше ориентация на достижения, независимость, конфликтность, ориентация на активный отдых, контроль, недостоверно выше экспрессивность. По сравнению с нормативными семьями достоверно ниже морально-нравственные аспекты, недостоверно ниже интеллектуально-культурная ориентация, сплоченность и организованность.

Обсуждение

Семья – это социальная группа, члены которой связаны брачными, кровнородственными отношениями, общим бытом, взаимной моральной ответственностью за воспитание детей, это основная форма жизнедеятельности человека [1, 4, 14, 17]. Изучение специфических эмоций с помощью специально разработанной авторской анкеты показало, что большинство больных туберкулезом легких в трудной ситуации жизнеугрожающего заболевания не получают моральной поддержки от членов своей семьи, как больные мужчины, так и больные женщины. Лишь в единичных случаях семья стала относиться с большим вниманием, в большинстве семей тяжелое заболевание не изменило отношение к больному человеку. Он оказался один на один с болезнью, семья не восприняла данную ситуацию как трудность для всей семьи. А в некоторых семьях даже стали избегать больного человека. Нормально функционирующая семья удовлетворяет важнейшие потребности в безопасности и защищенности, принятии и одобрении, росте и изменениях, способствует развитию отдельных членов семьи и семьи в целом [15-17]. Как показал результат изучения специфических эмоций больных туберкулезом, они не чувствуют себя защищенными своей семьей в ситуации болезни.

Большинство больных людей тревожит страх перед будущим, а половину – страх остаться в одиночестве из-за болезни. Понятно, что подобные деструктивные эмоции приводят к пониженному настроению, не способствуют настрою на лечение. Больных туберкулезом также беспокоят страх физической расправы и усталость от болезни и длительного лечения. Изучение специфических эмоций больных туберкулезом показало, что члены семьи не объединились вокруг больного члена, не оказы-

Таблица 2

Социальные характеристики больных инфильтративным туберкулезом легких

Показатель	Мужчины, абс.	Мужчины, %	Женщины, абс.	Женщины, %
Среднее образование	6	40,0	5	33,3
Среднее специальное образование	9	60,0	9	60,0
Злоупотребление алкоголем	8	53,3	2	13,3
Курение более 10 лет	15	100	7	46,6
Имеет комнату в коммунальной квартире	3	20,0	5	33,3
Имеет частный дом без удобств	4	26,6	3	20,0
Имеет отдельную квартиру с удобствами	7	46,6	7	46,6
Не имеет средств к существованию	8	53,3	7	46,6
Доход ниже прожиточного уровня	6	40,0	8	53,3
Заболевание началось и протекало в МЛС	7	46,6	3	20,0
Не получают эмоциональной поддержки от членов семьи, близких и друзей	10	66,6	9	60,0
Не получают материальной поддержки от членов семьи, близких и друзей	10	66,6	8	53,3

Таблица 3

Отношение членов семьи к больному инфильтративным туберкулезом легких

Показатель	Мужчины, абс.	Мужчины, %	Женщины, абс.	Женщины, %
Семья стала относиться с большим вниманием и заботой	3	20,0	2	13,3
Отношение членов семьи не изменилось	10	66,6	11	73,3
Члены семьи начали избегать больного	2	13,3	2	13,3
Не получают эмоциональной поддержки от членов семьи, близких и друзей	10	66,6	9	60,0
Ощущение собственной физической слабости	2	20,0	1	6,6
Страх перед неопределенностью будущего	11	73,3	9	60,0
Страх остаться в одиночестве из-за болезни	5	33,3	6	40,0
Страх перед невозможностью физически защитить себя	6	40,0	5	33,3
Возмущение и гнев от отсутствия эмоциональной поддержки от членов семьи	12	80,0	9	60,0
Чувство усталости от болезни, лечения	12	80,0	9	60,0

Таблица 4

Результаты обследования 30 семей больных туберкулезом тестом ШСО

№	Шкалы	Собственные данные (n = 30)		Данные по нормативной семье (n = 100)		Т
		М	m	М	m	
1	С – сплоченность	6,21	0,26	6,45	0,14	0,80
2	Э – экспрессивность	6,46	0,16	6,18	0,18	1,12
3	К-т – Конфликтность	3,69	0,11	3,20	0,16	1,60
4	Н – Независимость	5,12	0,25	4,35	0,13	2,56
5	ОД – Ориентация на достижения	6,27	0,13	5,46	0,14	2,76
6	ИКО – Интеллектуально-культурная ориентация	5,63	0,23	6,08	0,14	1,50
7	ОАО – Ориентация на активный отдых	4,92	0,25	4,37	0,15	1,83
8	МНА – Морально-нравственные аспекты	5,25	0,25	5,72	0,11	1,88
9	О – Организованность	4,71	0,26	5,13	0,16	1,40
10	К – Контроль	4,02	0,24	3,39	0,13	2,10

вают ему эмоциональную поддержку. Эти деструктивные эмоции больных туберкулезом были выявлены с помощью авторской анкеты. Результаты анкетирования показали необходимость дальнейшего более углубленного изучения особенностей семейного функционирования с помощью специальных психологических тестов.

Особенности социального климата в семьях больных туберкулезом, особенности семейных взаимоотношений, семейного функционирования были изучены с помощью психологического теста ШСО. Были выявлены достоверные различия между нормативными семьями и семьями больных туберкулезом легких.

Показатель «сплоченность» характеризует, в какой степени члены семьи заботятся друг о друге, помогают друг другу, насколько удовлетворены потребности членов семьи в симпатии, уважении, признании, эмоциональной поддержке, психологической защите, характеризует эмоциональную стабильность членов семьи, выраженность чувства принадлежности к семье.

«Сплоченность» – это эмоциональное принятие членами семьи друг друга. Сплоченность семей больных инфильтративным туберкулезом достоверно ниже, чем в нормативных семьях. $T = 0,80$ позволяет говорить о тенденции к меньшей сплоченности семей больных туберкулезом легких, о тенденции к эмоциональной отстраненности, несогласованности поведения, некотором безразличии друг к другу.

«Экспрессивность» характеризует, в какой степени в семье разрешается открыто действовать и выражать свои чувства. Конфликтное поведение может проявляться в скрытой форме: демонстративное молчание; бойкот взаимодействия; подчеркнутая холодность в отношениях и в открытой форме: взаимные словесные оскорбления; демонстративные действия (хлопанье дверью, битье посуды, стул кулаком по столу), оскорбление физическими действиями. $T = 1,12$ позволяет говорить о тенденции к открытой форме конфликтного поведения в семьях больных инфильтративным туберкулезом легких.

В семьях больных туберкулезом легких достоверно выше показатель конфликтности ($M = 3,69$, $m = 0,11$, в нормативных $M = 3,20$, $m = 0,16$, $T = 1,60$). «Конфликтность» – показатель отношений между членами семьи. Конфликт – это острый способ разрешения значимых противоречий, возникающих в процессе взаимодействия, заключающийся в противодействии субъектов конфликта и сопровождающийся негативными эмоциями. Причинами семейных конфликтов являются следующие причины: бытовые; межличностные (грубость и неуважение друг к другу, ревность); внешние факторы (вмешательство родителей и других лиц, измена). Анализ социальной ситуации обследованных больных показал, что имели комнату в коммунальной

квартире 20,0% мужчин и 33,3% женщин, имели частный дом без удобств 26,6% мужчин и 20,0% женщин. Не имели средств к существованию 53,3% мужчин и 46,6% женщин, имели доход ниже прожиточного уровня 40,0% мужчин и 53,3% женщин. Т. е. у обследованных семей были налицо бытовые проблемы. Злоупотребляли алкоголем 53,3% мужчин и 13,3% женщин, создавая тем самым ситуации постоянного психологического давления, трудного или безвыходного положения, чрезмерного нервно-психического напряжения. Нервно-психическое напряжение является основным психотравмирующим переживанием. Психотравмирующее переживание воздействует на личность, деформирует ее. Злоупотребление алкоголем одного из супругов является причиной межличностных конфликтов. Т. е. у больных туберкулезом легких имелись причины для бытовых и межличностных конфликтов, и именно этим можно объяснить повышенную конфликтность в семьях больных туберкулезом легких.

Показатель «независимость» выше в семьях больных туберкулезом легких, чем в нормативных семьях ($M = 5,12$, $m = 0,25$, в нормативных семьях $M = 4,35$, $m = 0,13$, $T = 2,56$). Независимость в семье подразумевает финансовые, профессиональные, социальные, эмоциональные аспекты. Семьи больных туберкулезом больше других стремятся к финансовой, профессиональной, социальной, эмоциональной независимости. Стремление к финансовой независимости можно объяснить тем, что среди обследованных больных инфильтративным туберкулезом легких не имели средств к существованию 53,3% мужчин и 46,6% женщин, имели доход ниже прожиточного уровня 40,0% мужчин и 53,3% женщин. Финансовые проблемы являются трудностью для всей семьи. Стремление к профессиональной независимости можно объяснить тем, что среднее образование имели 40,0% мужчин и 33,3% женщин, среднее специальное образование имели 60,0% мужчин и 60,0% женщин, в силу своего образования они зависимы в выборе профессии. Стремление к эмоциональной независимости можно объяснить тем, что 53,3% обследованных мужчин и 13,3% женщин злоупотребляли алкоголем. Члены семьи эмоционально зависимы от эмоционального состояния алкоголика, который провоцирует скандалы, они испытывают постоянную тревогу, страхи. Заболевание началось и протекало в местах лишения свободы у 46,6% мужчин и 20,0% женщин. После пребывания в исправительно-трудовых учреждениях у человека появляются определенные привычки, регламенты поведения. Члены семьи связаны судьбой с ним. Они также вынуждены изменять свои привычки и стереотипы поведения. Таким образом, повышенное стремление к независимости в семьях больных туберкулезом легких свидетельствует о различных типах зависимости в данных семьях.

Ориентация на достижения достоверно выше в семьях больных туберкулезом легких, чем в нормативных семьях ($M = 6,27$, $m = 0,13$, в нормативных $M = 5,46$, $m = 0,14$, $T = 2,76$). Показатель подразумевает, в какой степени разным видам деятельности (учебе, работе) в семье придают характер достижения и соревнования. Трудные и многообещающие цели в результате желанной деятельности приводят к определенному результату.

Достижение – это качественная, эмоциональная оценка полученного результата, как проявление самоактуализации личности (результат – это объективная оценка). Мотивация достижения – стремление к улучшению результатов, неудовлетворенность достигнутым, настойчивость в достижении своих целей, представляет одно из основных свойств личности.

«Интеллектуально-культурная ориентация» подразумевает самообразование, приобщение к культуре – чтение литературы и посещение учреждений культуры. «Интеллектуально-культурная ориентация» в семьях больных инфильтративным туберкулезом ниже, чем в нормативных семьях, но недостоверно ($M = 5,63$, $m = 0,23$, в нормативных $M = 6,08$, $m = 0,14$, $T = 1,50$). Т. е. в результате проведенного исследования была выявлена тенденция к снижению уровня интеллектуально-культурной ориентации в семьях больных туберкулезом легких.

Русский философ В. В. Розанов отмечал: «...лишь семья может воспитать в детях существеннейшие стороны культуры» [9]. На общение с искусством необходимы финансовые затраты. Как показали результаты теста ШСО, в семьях больных туберкулезом легких достоверно выше конфликтность. Между тем условиями для интеллектуально-культурной ориентации в семье являются: понимание супругами друг друга, уважение, интерес и удовлетворенность общением, принятие жизненных ценностей, идеалов супруга, духовность, нравственные ориентиры. Повышенная конфликтность в семьях и недостаток средств отчасти объясняют снижение интеллектуально-культурной ориентации в семьях больных туберкулезом легких.

«Ориентация на активный отдых» достоверно выше в семьях больных инфильтративным туберкулезом легких, чем в нормативных семьях ($M = 4,92$, $m = 0,25$, в нормативных $M = 4,37$, $m = 0,15$, $T = 1,83$). Оригинальная методика «Famil Environmental Skale» (FES), разработанная R. H. Moos, под ориентацией на активный отдых подразумевает, насколько семье свойственны активный отдых и спорт. Показатель ориентированности на активный отдых в 285 американских семьях составил $M = 6,9$, $m = 0,10$ (данные С. Ю. Куприянова).

Следует вспомнить, что опросник ШСО, разработанный для американских семей, был адаптирован С. Ю. Куприяновым только по пункту «морально-религиозные представления». В дополнительных беседах с тестируемыми больными ин-

фильтративным туберкулезом легких был уточнен вопрос о понятии «активный отдых». Под отдыхом опрошенные подразумевали употребление спиртных напитков, понятие «отдыхать» употреблялось больными как синоним «выпивать». Отдых после трудов социально приемлем, употребление алкогольных напитков в обществе не одобряется. Подмена понятий как бы подменяет социально неодобряемое поведение социально приемлемым. «Активный отдых», по понятию опрошенных больных инфильтративным туберкулезом легких, подразумевает употребление спиртных напитков на лоне природы, отнюдь не занятия спортом.

В качестве иллюстрации можно привести слова одного больного: «На природу без бутылки не ездим». Из социальных характеристик обследованных больных следует, что злоупотребляли алкоголем 53,3% мужчин и 13,3% женщин. Вследствие этого становится понятным, почему ориентация на активный отдых в семьях больных туберкулезом легких выше, чем в нормативных семьях. Следует отметить, что переведенные на русский язык тесты иногда требуют дополнительного уточнения и разъяснения терминов. Например, в данном тесте было бы правильнее указать конкретно «занятия спортом».

Показатель «Морально-нравственные аспекты» показывает степень семейного уважения к этическим и нравственным ценностям и положениям. Показатель «Морально-нравственные аспекты» достоверно ниже в семьях больных инфильтративным туберкулезом легких, чем в нормативных семьях ($M = 5,25$, $m = 0,25$, в нормативных $M = 5,72$, $m = 0,11$, $T = 1,88$). Суть процесса нравственного воспитания состоит в том, чтобы моральные идеи превратились в нормы и правила поведения, это формирование отношения к добру и злу, подготовка к борьбе против всего, что идет вразрез с принятыми в обществе моральными устоями. Ребенок повторяет все действия и поступки окружающих его людей, особенно членов семьи.

Нравственные установки и такие качества, как отзывчивость, сочувствие, сострадание, сопереживание, приобретаются человеком в результате соответствующего воспитания, в том числе и примером. В семье должна быть моральная среда. Если нравственные принципы, идеалы, нормы поведения, моральные оценки не подкрепляются примерами, образ жизни взрослых расходится с их словесными наставлениями, то это приводит к развитию цинизма.

Анализ социальной ситуации больных туберкулезом легких показал, что 53,3% мужчин и 13,3% женщин злоупотребляли алкоголем; курили более 10 лет 100,0% мужчин и 46,6% женщин, заболевание началось и протекало в местах лишения свободы у 46,6% мужчин и 20,0% женщин; не получают эмоциональной поддержки от членов семьи, близких и друзей 66,6% мужчин и 60,0% женщин; не получают материальной поддержки от членов семьи,

близких и друзей 66,6% мужчин и 53,3% женщин. Не подкрепляемое примерами морально-нравственное воспитание, неуважение к этическим и нравственным ценностям объясняет достоверно более низкий показатель «морально-нравственные аспекты» в семьях больных инфильтративным туберкулезом легких по сравнению с нормативными семьями.

Показатель «организованность» характеризует, насколько для семьи важны порядок и организованность (структурирование семейной деятельности, финансовое планирование, ясность и определенность семейных правил и обязанностей). Семья включает: большое число всевозможных отношений и взаимосвязей, для формирования которых имеют значение индивидуально-типологические и личностные особенности членов семьи; характер ее социального окружения; культурные нормы, обычаи, традиции; социально-экономические условия проживания. Перечисленные отношения и взаимосвязи должны быть организованы для успешной реализации.

Показатель «организованность» в семьях больных туберкулезом легких ниже, чем в нормативных семьях, но недостоверно ($M = 4,17$, $m = 0,26$, в нормативных $M = 5,13$, $m = 0,16$, $T = 1,40$), т. е. выявлена тенденция. Анализ социальной ситуации больных инфильтративным туберкулезом легких показал, что злоупотребляли алкоголем 53,3% мужчин и 13,3% женщин, курили более 10 лет 100,0% мужчин и 46,6% женщин, что мешало структурированию семейной деятельности; заболевание инфильтративным туберкулезом легких началось и протекало в местах лишения свободы у 46,6% и 20,0% женщин, приверженность субкультуре привела к снижению определенности семейных правил и обязанностей. Показатель «контроль» характеризует степень иерархичности семейной организации, ригидности семейных правил и процедур, контроля членами семьи друг друга.

Показатель «контроль» достоверно выше в семьях больных туберкулезом легких, чем в нормативных семьях ($M = 4,02$, $m = 0,24$, в нормативных $M = 3,39$, $m = 0,13$, $T = 2,10$). Семья включает лиц разного пола, возраста, телосложения, темперамента, этнической принадлежности. Взаимодействие членов семьи подчиняется определенным закономерностям, стереотипам взаимодействия, правилам, способам общения, которые имеют определенный смысл для членов семьи, в каждой семье существуют предписания, что, как, когда и в какой последовательности должны делать члены семьи, вступая в отношения друг с другом и при взаимодействии с социальным окружением. Результаты тестирования показали, что в семьях больных туберкулезом легких контроль более жесткий, более высокие требования к членам семьи по выполнению правил и регламентов поведения, более жесткие предписания

по взаимодействию членов семьи между собой и с окружающими.

Жесткий контроль приводит к напряженности отношений между членами семьи. Этот строгий контроль, регламентирующий поведение, приводит к привычке внешнего жесткого контроля за поведением в ущерб внутреннему контролю. При постоянном внешнем контроле соблюдения правил и регламентов не вырабатываются навыки внутреннего самоконтроля. И именно этим объясняется низкая дисциплина лечения больных туберкулезом легких – пропуски посещений врача, пропуски приема препарата. Их не научили в семье отвечать за свое поведение, у них не выработались навыки самоконтроля поведения, они привыкли к жесткому внешнему контролю.

При отсутствии навыков самоконтроля их поведение в болезни не может измениться, им привычен внешний контроль. И это надо учитывать в процессе лечения. Дестабилизирующим фактором может выступать нарушение отношения к самому себе: «Я – плохой». Это служит оправданием поведению. В этом случае врачу полезно напомнить о том, что оцениваются не личностные качества, а поведение в конкретной ситуации. С учетом выявленных семейных особенностей рекомендации врача должны быть предельно четкими. Ему следует помнить о том, что непроговоренность, нечеткость ведут к росту тревоги и неустойчивости, изменению поведения, способствуют развитию депрессии, личностных нарушений. Больных туберкулезом легких целесообразно четко информировать о плане лечения и о его обязанностях в лечении, например ежедневно ровно в 11 ч являться на ингаляции. Больных туберкулезом легких нельзя обвинять. Врач может указывать на конкретные нарушения поведения, допускаемые больным, например пропуску утреннего приема препарата 12 марта. Если больные туберкулезом легких привыкли к жесткому контролю в семье, то не следует ждать от них инициативы и того, что при заболевании их поведение диаметрально изменится. Они не придут сами за лекарством на пост медицинской сестры, не потребуют назначенного лекарства, если медицинская сестра забыла его положить. Им более привычно выпить лекарство под контролем медицинского персонала. Более того, отсутствие внешнего контроля может привести к растерянности, тревоге, ведь навыки самоконтроля не сформированы.

Функции семьи разнообразны: воспитательная, хозяйственно-бытовая, эмоциональная, культурного общения, первичного социального контроля, сексуально-эротическая [1, 3, 14, 16, 17]. Как показали результаты обследования 30 семей больных инфильтративным туберкулезом легких, в их семьях нарушены функции: воспитательная, хозяйственно-бытовая, эмоциональная, культурного общения. Таким образом, семьи больных туберку-

лезом легких могут быть охарактеризованы как дисфункциональные.

Сложившийся в семьях социальный климат, семейные привычки, нормы поведения не связаны с заболеванием инфильтративным туберкулезом одного из членов семьи. Средний возраст обследованных мужчин составил $41,2 \pm 3,6$ года, средний возраст обследованных женщин – $42,4 \pm 3,5$ года. Их привычки, стереотипы поведения, правила и нормы сложились задолго до диагностики инфильтративного туберкулеза легких.

При сравнении с нормативными семьями были получены отличия по всем показателям, одни достоверные, другие в виде тенденции. Адаптация модифицированной шкалы проводилась С. Ю. Куприяновым на 100 советских семьях в 1985 г. (всего 276 здоровых испытуемых), в которых никто не болел выраженными нервно-психическими, психосоматическими или хроническими соматическими заболеваниями. При анализе результатов и сравнении с 285 американскими семьями С. Ю. Куприяновым не принимались в расчет социальные характеристики, им учитывалось только наличие нервно-психических, психосоматических или хронических соматических заболеваний. А между тем выявленные отличия от нормативных семей объясняются именно социальными характеристиками обследованных больных туберкулезом легких – их уровнем материального дохода, характеристикой жилищных условий, злоупотреблением алкоголем, пребыванием в местах лишения свободы. Поэтому семьи не оказывают эмоциональную поддержку больному члену не из-за того, что он болен именно туберкулезом легких, а из-за сложившегося морального, эмоционального и социального климата в семье задолго до болезни члена семьи. Повышенная конфликтность, жесткий контроль, провоцирующий стремление к независимости, снижение морально-нравственных аспектов, отличающие семьи больных инфильтративным туберкулезом легких от нормативных семей объясняют позицию членов семьи по отношению к больному человеку.

Проведенное исследование позволило выявить особенности семейных отношений в семьях больных инфильтративным туберкулезом легких и на их основе разработать рекомендации по взаимодействию с медицинским персоналом в процессе лечения.

Выводы

1. Больные инфильтративным туберкулезом мужчины и женщины не получают эмоциональную поддержку от членов своей семьи и испытывают от этого гнев и возмущение.

2. В семьях больных инфильтративным туберкулезом легких по сравнению с нормативными семьями достоверно выше показатели «конфликт-

ность», «независимость», «ориентация на достижения», «ориентация на активный отдых», «контроль». Достоверно ниже показатель «морально-нравственные аспекты».

3. В семьях больных инфильтративным туберкулезом легких выявлены тенденции к снижению сплоченности, интеллектуально-культурной ориентации, организованности и к повышению экспрессивности.

4. Выявленные особенности семей больных туберкулезом легких, отличающие семьи больных инфильтративным туберкулезом легких от нормативных семей, объясняют позицию членов семьи по отношению к больному человеку.

5. В семьях больных туберкулезом легких существуют жесткий контроль, регламентация, не формируются навыки самоконтроля поведения, внутреннего контроля. Этим объясняется низкая дисциплина лечения.

6. При лечении больных инфильтративным туберкулезом легких следует делать четкие врачебные назначения, разъяснять больному его обязанности, контролировать исполнение назначений. Отсутствие внешнего контроля, в том числе и в лечении, ведет к растерянности, росту тревоги и эмоциональной неустойчивости, изменению поведения, способствует развитию депрессии, личностных нарушений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абабков В. А., Перре М., Планшерел Б. Систематическое исследование семейного стресса и копинга // *Обзор психиатрии и медицинской психологии* им. В. М. Бехтерева. – 1999. – № 2. – С. 4-8.
2. Дружинин В. Н. Психология семьи. – СПб., 2007.
3. Климова-Фюгнерова М. Эмоциональное воспитание в семье. – Минск, 1981.
4. Куприянов С. Ю. Роль семейных факторов в формировании вариантов нервно-психического механизма патогенеза бронхальной астмы и их коррекция методами семейной психотерапии: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – Л., 1985.
5. Куприянов С. Ю. Семейная психотерапия больных бронхальной астмой // *Психогигиена и психопрофилактика: Сб. науч. тр. / Под ред. В. К. Мягера, В. П. Козлова, Н. В. Семеновых*. – Л., 1983. – С. 76-84.
6. Лидере А. Г. Психологическое обследование семьи. – М., 2007.
7. Любичина М. И. В. А. Сухомлинский о воспитании детей. – Л., 1974.
8. Психология семейных отношений с основами семейного консультирования: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Под ред. Е. Г. Силяевой. – М., 2002.
9. Розанов В. В. Сумерки просвещения. – М., 1990.
10. Сатир В. Вы и Ваша семья. Руководство по личностному росту. – М., 2002.
11. Сатир В. Психотерапия семьи. – СПб., 2006.
12. Соловейчик С. Л. Педагогика для всех. – М., 1987.
13. Титаренко В. С. Семейное воспитание, его специфичность и необходимость // *Культура семейных отношений*. – М., 1985.

14. Титаренко В. С. Нравственное воспитание в семье // Культура семейных отношений. – М., 1985.

15. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. Клинико-психологическая диагностика взаимоотношений в семьях подростков с психопатиями, акцентуациями характера, неврозами и неврозоподобными состояниями: Метод. рекомендации. – Л., 1987.

16. Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. – СПб., 2003.

17. Эйдемиллер Э. Г., Никольская И. М. Семейная психотерапия и клиническая психология семьи // Российский семейный врач. – 2005. – Т. 9. – № 2.

18. Barker Ph. Basic Family Therapy. – London: Granade, 1981. – 214 p.

19. Carter E. A., McGoldrick M. The Family life cycle and family therapy: An overview // The family Life Cycle: A framework for family therapy. – N.Y.: Gardner Press, 1980.

ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Сухова Елена Викторовна

ФГБОУ ВПО «Самарский государственный экономический университет»,

доктор медицинских наук, профессор кафедры «Экология и безопасность жизнедеятельности».

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

Поступила 28.04.2014

ВНИМАНИЕ!

ПОДПИШИСЬ НА ЖУРНАЛ

«ТУБЕРКУЛЁЗ И БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ»

ЖУРНАЛ ВЫХОДИЛ ПОД НАЗВАНИЯМИ:

«Вопросы туберкулёза» (1923-1931 гг.)

«Борьба с туберкулёзом» (1932-1935 гг.)

«Проблемы туберкулёза» (1936-2003 гг.)

«Проблемы туберкулёза и болезней лёгких» (2003 г. – 06.2009 г.)

с 07.2009 г. журнал выходит под названием «ТУБЕРКУЛЁЗ И БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ»

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
ОСНОВАН В МАЕ 1923 г.

ОФОРМИТЬ ПОДПИСКУ МОЖНО СЛЕДУЮЩИМИ СПОСОБАМИ:

1. По каталогу агентства «Роспечать» в любом почтовом отделении связи РФ
Индекс **71460** – для частных лиц; Индекс **71461** – для предприятий и организаций

2. На сайте агентства www.presscafe.ru

3. В отделе подписки издательского дома «НЬЮ ТЕРРА» (по безналичному расчету)
Тел.: (495) 223-71-01, e-mail: info@tibl-journal.com



Издатель: ООО «НЬЮ ТЕРРА»

129515, г. Москва, ул. Академика Королёва, д. 13, стр. 1

Тел.: (495) 223-71-01

e-mail: info@tibl-journal.com www.rus.tibl-journal.com