

УДК 616-022.7:579.873+616.98:578.828HIV]-07-08+159.9.072

Мордык А.В., Удалова Т.Ю., Ситникова С.В., Леденева Т.Н.

## СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АССОЦИИРОВАННОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ВИЧ/ТУБЕРКУЛЕЗ НА ОСНОВЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ

*ГБОУ ВПО Омская государственная медицинская академия, г. Омск  
ГБОУ ВПО Омский государственный педагогический университет, г. Омск  
КУЗОО Клинический противотуберкулезный диспансер № 4, г. Омск*

**Резюме.** С целью разработки рекомендаций по работе с больными с ассоциированной инфекцией ВИЧ/туберкулез для повышения эффективности лечения проведено психологическое тестирование 78 пациентов с помощью опросника Р. Кэттелла. Выборку составили 35 человек, остальные оказались не способны участвовать в опросах или намеренно фальсифицировали результаты. Установлено, что пациенты характеризуются замкнутостью, формальностью в общении, никому не доверяют; бедны на эмоциональные реакции, слабо реагируют на стимулы. Они достаточно целеустремленны, но идут на поводу эмоций, непредсказуемы, капризны; плохо обучаемы, не заинтересованы в получении новой информации. Задачей персонала является создание благоприятных психологических условий, способствующих расположению пациентов к себе и процессу лечения, использование индивидуального подхода.

**Ключевые слова:** сочетанная инфекция туберкулез/ВИЧ, эффективность лечения, психологическое тестирование, личностные особенности.

*Mordyk A., Udalova T., Sitnikova S., Ledeneva T.*

### PERFECTION MANAGEMENT OF PATIENTS ASSOCIATED INFECTION OF TB / HIV BASED ON THE RESULTS OF PSYCHOLOGICAL TESTING

**Summary.** In order to develop recommendations for working with patients with infections associated with HIV/TB to enhance the effectiveness of treatment conducted psychological testing 78 patients using a questionnaire R. Cattell. The sample consisted of 35 people, the rest were not able to participate in surveys or deliberately falsified the results. Found that patients characterized by insularity, formality of communication, do not trust anyone; poor on emotional reactions, self-absorbed, poorly respond to incentives. These are people motivated enough, but going on about emotions, unpredictable, capricious. They are poorly trained, not interested in receiving new information. The main task of the personnel in the treatment of this category must be the creation of a favorable psychological environment conducive to the location of patients and the treatment process itself, the use of an individual approach.

**Keywords:** co-infection of TB / HIV, treatment efficacy, psychological testing, personality traits.

**Введение.** Проблема лечения и профилактики туберкулеза актуальна на протяжении веков, однако, появление в конце XX века такого грозного заболевания, как ВИЧ, ставит задачу работы с пациентами, больными туберкулезом и ВИЧ [2, 6]. Клиническая картина и течение туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией зависят от стадии ВИЧ-инфекции. На ранних стадиях ВИЧ при отсутствии выраженного иммунодефицита туберкулез протекает без особенностей и эффективность его лечения существенно не отличается от таковой у не инфицированных ВИЧ лиц [4, 9]. На поздних стадиях ВИЧ-инфекции проблема эффективности лечения сочетанной патологии имеет большое значение [3, 4, 5].

В связи с необходимостью повышения эффективности лечения больных ассоциированной инфекцией туберкулез/ВИЧ, нами было организовано психологическое исследование данной группы пациентов, по результатам разработаны рекомендации для медицинского персонала по работе с подобной категорией больных.

**Цель исследования:** разработка рекомендаций по работе с больными с ассоциированной инфекцией ВИЧ/туберкулез на основе результатов психологического тестирования для повышения эффективности лечения сочетанной патологии.

**Методы и материалы.** Набор материала проводился на базе Казенного учреждения здравоохранения Омской области Клинический противотуберкулезный диспансер № 4 с отделением для лечения больных с сочетанной патологией на территории области. Исследование было одобрено Этическим комитетом ОмГМА, протокол № 2 от 2013 г. К участию допущены интеллектуально сохранные пациенты с ассоциированной инфекцией туберкулез/ВИЧ. Исследование проводилось на добровольной основе, испытуемым были разъяснены цели тестирования, а также круг лиц, имеющих доступ к результатам опроса. Обязательным критерием участия было подписание пациентом информированного согласия. Учитывая динамику самочувствия данной группы пациентов, опрос проводился в первой половине дня. По результатам предшествующих пилотных проектов мы выяснили, что данная категория пациентов не может самостоятельно выполнять психодиагностические процедуры без внешнего контроля [5]. Поэтому индивидуальная форма работы психодиагноста с пациентами является единственно возможной формой сбора информации о больных с сочетанием туберкулез/ВИЧ. Вследствие низкой мотивированности и высокой истощаемости нервных процессов, быстрой утомляемости больных необходимо использовать минимальное количество методов [5]. Поэтому нами был выбран 16-факторный личностный опросник Р. Кэттелла (отечественная модификация), как наиболее информативная многоаспектная методика с высокими показателями надежности и валидности [7, 8].

Первоначально в исследование было включено 78 пациентов с ассоциированной инфекцией туберкулез/ВИЧ, все пациенты осмотрены психиатром для исключения психической патологии, в том числе связанной с ВИЧ-инфекцией. В дальнейшем выборку составили 35 человек: 20 мужчин и 15 женщин. Мужчины в возрасте от 26 до 46 лет ( $M=34,9$ ;  $\sigma=6,4$ ), женщины от 21 до 45 лет, а также одна женщина 67 лет, которую мы посчитали нетипичным случаем ( $M=32,2$ ,  $\sigma=11,8$ ) ( $t=0,869$ ;  $p=0,391$ ). Небольшая численность выборки обусловлена, с одной стороны объемом опросника Р. Кэттелла [1], с другой – добровольностью участия в исследовании и личностными особенностями пациентов с ассоциированной инфекцией туберкулез/ВИЧ (низкие работоспособность, познавательный интерес, образовательный и интеллектуальный уровни). Остальные пациенты либо изначально не способны участвовать в опросах (в виду тяжелого самочувствия, плохой переносимости сочетанной терапии), либо отказывались завершать начатую работу, либо намеренно фальсифицировали результаты (во всех вопросах выбирали ответ «а», оставляли пропущенными ответы на значительное количество вопросов).

У всех включенных в исследование пациентов диагностирована 4Б стадия ВИЧ-инфекции, диссеминированный туберкулез легких (генерализация процесса являлась критерием исключения), все получали противотуберкулезную терапию в соответствии с принятыми стандартами и антиретровирусную терапию.

Статистическая обработка материала проведена с помощью методов вариационной статистики на основе анализа абсолютных и относительных величин с использованием пакета прикладных программ Statistica 6. Проверка гипотезы нормального распределения значений в группах проводилась по асимметрии в программе Statistica 6. Количественные данные представлены в виде  $M \pm \sigma$ , где  $M$  – среднее арифметическое,  $\sigma$  – стандартное отклонение. Для сравнения показателей в группах использовался критерий Стьюдента ( $t$ ). Статистическая значимость результатов выражалась в виде  $p=0,000$ , результаты считались значимыми при  $p < 0,05$ .

**Результаты и обсуждение.** При обработке данных опроса установили, что результаты являлись достоверными, показатели надежности (характеристика устойчивости результатов к действию различных помех – состоянию испытуемых, их отношению к тестированию) в целом высокие. Точная адекватная оценка испытуемыми свойств и отношений доказывается высокими баллами по шкале МД:  $M=4,8 \pm 1,9$ ;  $M_{\sigma}=5 \pm 2,1$ ;  $M_{\varphi}=4,6 \pm 1,5$ .

При оценке **коммуникативных свойств личности** было выяснено, что пациенты с ассоциированной инфекцией ВИЧ/туберкулез в общении преимущественно проявляют замкнутость (шкала А). Низкие оценки характерны для женской и мужской подгрупп ( $M=7$ ;

$M_{\delta}=7,2$ ;  $M_{\text{♀}}=6,7$ ;  $t=0,669$ ;  $p=0,509$ ). При этом разброс индивидуальных значений в обеих подгруппах высок ( $\sigma_{\delta}=2,1$ ;  $\sigma_{\text{♀}}=2,3$ ). Большая часть выборки (42,9%, а в женской подгруппе 60%) имели низкие показатели открытости в общении, значительный процент (34,3% выборки, а в мужской подгруппе половина) – средние показатели, в поведении на людях заметны принужденность и формальность, общаться могут по поверхностным вопросам. По два человека в каждой выборке (11,5% в общей выборке) показали высокие результаты, что характеризует их как общительных, открытых людей, готовых к сотрудничеству. Такое же количество опрошенных (11,5%) показали очень низкие показатели: это замкнутые, неразговорчивые люди, обособленные и отчужденные в коллективе.

Активность в контактах с людьми (шкала Н) у данной категории пациентов выражена в средней степени (все средние величины равны 6,6;  $t=0,000$ ;  $p=1,000$ ), однако разброс индивидуальных значений у женщин выше, чем у мужчин ( $\sigma_{\delta}=1,5$ ;  $\sigma_{\text{♀}}=2,9$ ). Низкие оценки характерны для 20% пациентов, которые в общении робки и застенчивы, испытывают трудности при вступлении в контакт, сдерживают чувства, смущаются, стараются придерживаться правил. Две женщины (5,7% общей выборки и 13,3% женской) имели очень высокие оценки: в общении с людьми проявляются авантюристические моменты, не понимают опасности, их тянет к риску и острым ощущениям. Еще 1 женщина (2,8% общей выборки и 6,7% женской) характеризуется очень низкими результатами, это крайне робкий человек, который мучается от стеснительности, осторожен и неуверен в себе.

Показатели неконформности (шкала Q<sub>2</sub>) оказались высокие ( $M=7,3$ ). Результаты в мужской подгруппе несколько выше, чем в женской ( $M_{\delta}=7,9$ ;  $M_{\text{♀}}=6,7$ ;  $t=1,646$ ;  $p=0,109$ ) и более вариативны ( $\sigma_{\delta}=2,5$ ;  $\sigma_{\text{♀}}=1,5$ ). Наибольший процент (40% выборки) получили высокие оценки, что характеризует их как людей независимых, не ищущих контактов с окружающими, старающихся отстоять свою независимость. Значительное количество опрошенных (28,6% из общего числа, а в мужской подгруппе 35%) имели очень высокие показатели неконформности: они подчеркнута независимы от группы, болезненно защищают свою самостоятельность, стараются избегать влияния на них со стороны других людей, не любят компромиссов. Лишь треть испытуемых (31,4%) характеризуется средним уровнем конформности, способностью хоть иногда изменять свое поведение под влиянием других людей.

Характеризуя подозрительность по отношению к людям, необходимо отметить высокие оценки по шкале L у пациентов с ко-инфекцией ( $M=6,5$ ). Несмотря на близкие показатели средних значений в обеих подгруппах ( $M_{\delta}=6,9$ ;  $M_{\text{♀}}=6,31$ ;  $t=0,794$ ;  $p=0,433$ ), мужчины более одинаковы ( $\sigma_{\delta}=1,9$ ;  $\sigma_{\text{♀}}=2,5$ ). Большинство испытуемых (54,3%) к людям относятся с предубеждением, ждут подвоха, никому не доверяют. Очень высокие оценки, характерные для людей подозрительного, догматичного типа, которые ни во что не ставят окружающих, встречаются у 20% опрошенных. Для 14,3% общей выборки характерна средняя степень доверчивости (мужчины), и такой же процент (в данной выборке встречается только у женщин) имеют низкий уровень подозрительности, доверчивы и покладисты, ко всем относятся терпимо.

В целом у данного контингента людей социальное поведение не отличается ни излишней простотой и прямолинейностью, ни продуманностью и опытностью: оно соответствует аналогичному поведению большинства людей (шкала N). Средние значения в обеих подгруппах близки ( $M=6,3$ ;  $M_{\delta}=6,4\pm 2,6$ ;  $M_{\text{♀}}=6,1\pm 1,7$ ;  $t=0,388$ ;  $p=0,700$ ). Среди опрошенных 51,4% входят именно в этот диапазон нормы. Высокие показатели характерны для 25,7% респондентов, что говорит о них как о людях достаточно опытных в житейских делах, расчетливых, умеющих вести себя; 20% достаточно прямолинейны и недостаточно тактичны, не умеют ясно мыслить, понимать причины поведения других людей. Есть также человек (мужчина), имевший очень низкие показатели, наивный, открытый и прямой, не умеющий хитрить, ведущий себя с окружающими естественно, но грубо.

Таким образом, пациенты с ассоциированной инфекцией туберкулез/ВИЧ характеризуются замкнутостью, формальностью в общении, они редко первыми идут на контакт, в большинстве своем никому не доверяют и относятся к людям с предубеждением. Поэтому

основной задачей медицинского персонала в процессе лечения данной категории необходимо считать создание благоприятных психологических условий, способствующих расположению пациентов к себе и, соответственно, к процессу лечения. Также необходимо учитывать, что большинство пациентов стараются вести себя в группе независимо, противопоставляя себя другим. Вследствие чего персоналу необходимо использовать индивидуальный подход к каждому пациенту. Это позволит сформировать доверительные отношения.

При изучении **эмоциональных свойства личности** установлено, что типичная черта данной категории пациентов – бедность эмоциональных реакций (шкала F): 54,3% опрошенных имеют очень низкие оценки по шкале, что характеризует их как людей эмоционально бедных, реагирующих лишь на сильные стимулы, в обычных ситуациях спокойных; 20% имеют низкие оценки, у них мало эмоциональных реакций, они малообщительны, стараются планировать дела и поступки, на случай возможных неудач готовят предохранительные меры; у 14,3% отмечается средний уровень данной характеристики; и 11,6% имеют высокие оценки, означающие большое количество эмоциональных реакций, такие люди часто бывают экспрессивными, жизнерадостными и энергичными, порою ведут себя довольно беспечно, верят в удачу, о будущем не заботятся. Средние значения в мужской и женской выборках относятся к различным уровням: у мужчин – к низкому, у женщин – к очень низкому, различаются не значительно ( $M_{\sigma}=4,4\pm 1,5$ ;  $M_{\sigma}=3,7\pm 1,3$ ;  $t=1,445$ ;  $p=0,158$ ).

Характеристика эмоциональной чувствительности (шкала I) у мужчин и женщин выборки имеет близкие показатели, которые относятся к различным уровням ( $M_{\sigma}=6$ ;  $M_{\sigma}=6,1$ ;  $t=-0,470$ ;  $p=0,642$ ). Результаты всех мужчин относятся к среднему уровню эмоциональной чувствительности. При этом показатели дисперсии ( $\sigma_{\sigma}=0,7$ ;  $\sigma_{\sigma}=0,5$ ) являются самыми низкими в исследовании. Средние показатели женской подгруппы относятся к очень низкому уровню для женщин, и характеризуют их как суровых, мужественных, самоуверенных, многого не замечающих, не обращающих внимание на свое состояние здоровья. Таким образом, и женщины, и мужчины с ассоциированной инфекцией туберкулез/ВИЧ обладают примерно одинаковым уровнем эмоциональной чувствительности, характерной скорее для мужчин.

Уверенность в себе (шкала O) выражена в средней степени ( $M=7,6$ ;  $M_{\sigma}=7,6$ ;  $M_{\sigma}=7,6$ ;  $t=26$ ;  $p=0,05$ ) с разбросом индивидуальных значений ( $\sigma_{\sigma}=1,8$ ;  $\sigma_{\sigma}=2,3$ ). Наибольший процент опрошенных (42,9%) относятся к высокому уровню и характеризуются как неуверенные в себе, их легко обидеть из-за острого восприятия и переживания замечаний окружающих. Несколькими меньшая доля (34,5%) испытуемых относится к среднему уровню данного признака. Пятая часть пациентов имеют низкие оценки, это уверенные, нечувствительные к социальному одобрению и порицанию люди. Лишь 1 человек (женщина) может быть охарактеризован как человек самоуверенный, самонадеянный, не в полной мере понимающий проблемы и не видящий трудности, довольный жизнью и жизнерадостный.

Эмоциональная напряженность (шкала Q4) у пациентов с ассоциированной инфекцией выражена в средней степени ( $M=6,2$ ;  $M_{\sigma}=6,2\pm 1,6$ ;  $M_{\sigma}=6,3\pm 1,5$ ;  $t=-0,188$ ;  $p=0,852$ ). Наибольший процент (45,7%) опрошенных относятся к среднему уровню расслабленности – напряженности; 34,3% имеют низкий уровень характеристики, это спокойные, вялые и апатичные люди, безразличные к делу, не стремящиеся к достижениям и переменам; 20% испытуемых относятся к высокому уровню, что характеризует их как людей достаточно напряженных, энергичных и возбужденных.

Таким образом, пациенты с ассоциированной инфекцией туберкулез/ВИЧ достаточно бедны на эмоциональные реакции и погружены в себя. Поэтому они слабо реагируют на внешние стимулы, и пытаться воздействовать на их эмоциональное состояние, приводя красочные примеры, сравнивая их с кем-либо, лишено смысла. Вследствие погруженности в свои переживания, их мало волнуют проблемы других людей, даже если их ситуации идентичны. Кроме того, тяжесть заболевания обуславливает стрессовость состояния, что приводит к возникновению чувства страха, вины и резкой смене настроения.

При оценке **волевой сферы** установили, что в целом испытуемые характеризуются низким уровнем контроля эмоциональных реакций, неуравновешенностью (шкала C):  $M=3,8$ ,

что соответствует очень низким результатам. При этом показатели мужчин несколько ниже женских и более однородны ( $M_{\delta}=3,1\pm 1,9$ ;  $M_{\phi}=4,6\pm 2,8$ ;  $t=-1,889$ ;  $p=0,068$ ). Это объясняется наличием в женской выборке одного статистического выброса: результаты одной испытуемой высокие, характеризующие ее как эмоционально устойчивого человека, умеющего держать себя в руках даже в трудных жизненных ситуациях. Большинство участников исследования (65,7%) имеют очень низкие результаты: они не умеют контролировать и управлять своими чувствами, в одном настроении принимают одни, в другом - другие решения по одинаковым вопросам, внутренне чувствуют себя усталыми и неспособными справиться с трудностями. Результаты меньшей части опрошенных (31,4%) относятся к низким, что характеризует их как людей эмоционально невыдержанных, не всегда способных держать себя в руках.

Что касается дисциплинированности, то пациенты с ассоциированной инфекцией имеют низкие показатели по шкале G, что характеризует их как недостаточно дисциплинированных и ответственных. Несмотря на приблизительно одинаковые показатели в подгруппах, результаты женщин более однородны ( $M_{\delta}=7,3\pm 2,7$ ;  $M_{\phi}=7\pm 1,8$ ;  $t=0,248$ ;  $p=0,806$ ). Необходимо отметить, что 20% выборки имеют очень низкие и 42,9% низкие оценки, что характеризует их как недобросовестных людей, у которых отсутствует чувство долга и ответственности, легко нарушающих правила морали и бравирующих этим. Лишь 25,7% в меру дисциплинированы и 11,4% достаточно ответственны, обязательны, обладают чувством долга и моралью.

Исследуемый контингент имеет средний уровень самоконтроля по шкале Q<sub>3</sub> ( $M=7$ ;  $M_{\delta}=7,4\pm 1,7$ ;  $M_{\phi}=6,7\pm 2,6$ ;  $t=0,963$ ;  $p=0,343$ ). При этом 48,6% опрошенных имеют высокий уровень самоконтроля и силы воли, действуют планомерно и упорядоченно, преодолевая препятствия. У 28,6% уровень самоконтроля и силы воли соответствует среднему; у 20% - низкому, они плохо контролируют свое поведение, долго собираются и с трудом берутся за неотложное дело. Лишь 1 человек (женщина) имеет очень низкие оценки, ее жизнь хаотична и неупорядочена, часто сама не знает, зачем что-то делает. Таким образом, большинство пациентов с ВИЧ/туберкулез достаточно целеустремленные, не многие являются «жертвой обстоятельств». Не исключено, что высокие оценки по шкале Q<sub>3</sub> (настойчивость, самоконтроль) и низкие по шкале G (дисциплинированность, следование социальным нормам) стали причиной развития данных заболеваний.

Подчиненность – доминантность при поведении в группе (шкала E) у данного контингента выражена в средней степени с большим разбросом индивидуальных значений ( $M=5,8\pm 2,1$ ;  $M_{\delta}=5,6\pm 2,1$ ;  $M_{\phi}=6\pm 2,8$ ;  $t=-0,484$ ;  $p=0,632$ ). Одна женщина в группе с выраженными лидерскими способностями, доминантная и властная; один (2,9%) мужчина имел очень низкие оценки – это послушный, скромный человек, следующий за более сильным; 14,3% с низкими оценками – мягкие, кроткие, послушные люди, обычно не настаивающие на своей точке зрения; 22,9% с высокими оценками – властные, склонные к лидерству люди, в коллективе держат себя самоуверенно, бесцеремонно, правила критикуют, стараются жить по своему соображению, отстаивают свои права; 54,3% имели среднюю меру доминантности и властности.

Таким образом, пациенты с инфекцией ВИЧ/туберкулез в большинстве своем люди достаточно целеустремленные, но идут на поводу своих эмоций, непредсказуемы и капризны, в отношениях с ними не стоит «взывать» к их совести, лидерские способности не отличаются от общества в целом.

По результатам исследования **интеллектуальной сферы** опрошенные пациенты имеют достаточно низкий уровень логического интеллекта по шкале В ( $M=6,6$ ). У мужчин он несколько выше ( $M_{\delta}=7,2\pm 1,5$ ), чем у женщин ( $M_{\phi}=5,8\pm 1,9$ ;  $t=2,438$ ;  $p=0,020$ ). Наибольший процент испытуемых (48,6%) имеют низкий уровень логического мышления, слабые познавательные интересы, медленно обучаются, с трудом осваивают новые понятия, многое понимают буквально; 25,7% имеют очень низкие оценки, что означает очень слабо развитое логическое мышление, невозможность решать абстрактные задачи, низкий уровень образования, отсутствие познавательных интересов. Такое же количество пациентов (25,7%) имеют

средние оценки, их уровень логического мышления и умственных способностей соответствует среднему. Высоких и очень высоких оценок нет.

Результаты по шкале М – практичный/мечтательный стиль мышления характеризуются средним уровнем ( $M=6\pm 1,4$ ;  $M_{\sigma}=5,8\pm 1,7$ ;  $M_{\varphi}=6,3\pm 1,1$ ;  $t=22$ ;  $p=0,05$ ). Для 60% (86% женской подгруппы) характерны средние оценки, свидетельствующие о промежуточном, не практичном и не мечтательном стиле мышления. Одинаковый процент опрошенных (по 20%) имеют высокие и низкие оценки. Высокие оценки говорят о богатом воображении, ориентации на собственные мысли и идеи, отсутствии озабоченности повседневными делами и обязанностями. Низкие оценки (встречаются лишь в мужской подгруппе) характерны для реалистов, решающих практические проблемы, разбирающихся в житейских вопросах, трезво оценивающих обстоятельства и людей.

Для данной категории пациентов характерен средний уровень консерватизма (по шкале Q<sub>1</sub>  $M=6,9$ ), он имеет место у 68,6% обследованных. Результаты мужской и женской подгрупп близки ( $M_{\sigma}=6,5\pm 1,6$ ;  $M_{\varphi}=7,4\pm 1,5$ ;  $t=-1,691$ ;  $p=0,100$ ). Высокие оценки зарегистрированы у 20%, что означает стремление быть информированными, недоверие к авторитетам, легкое восприятие новых необычных взглядов и теорий, что в интересующем нас аспекте допускает возможность увлечения нетрадиционными методами лечения, игнорировании назначенного медикаментозного курса. Меньшинство (11,4%) являются людьми достаточно консервативными, уважающими традиции и авторитеты, старающимися придерживаться испытанных методов, считающими, что все новое может быть принято лишь после основательной проверки и лучше другими людьми.

Таким образом, среди пациентов с ассоциированной инфекцией ВИЧ/туберкулез нет людей с высоким уровнем интеллекта, такие люди плохо обучаемы, не заинтересованы в получении новой информации. Их сложно назвать фантазерами, но и прагматиками большинство не является. Для этой категории пациентов характерен средний уровень консерватизма. Низкий уровень логического интеллекта вынуждает медицинский персонал выстраивать общение с пациентами в конкретной и доступной форме. Информацию пациентам эффективней доносить в личной индивидуальной беседе. Вследствие низкого познавательного интереса использование стендовой информации и информационных буклетов является не эффективным.

При оценке **мотивационной сферы** установлено, что уровень притязаний (шкала УП) в целом по выборке характеризуется как низкий ( $M_{\sigma}=5,9$ ;  $M_{\varphi}=4,3$ ;  $t=2,401$ ;  $p=0,022$ ). Большинство пациентов (54,3%) с ассоциированной инфекцией считают себя неспособным добиться успеха в различных видах деятельности. Результаты женщин более однородны ( $\sigma_{\sigma}=2,5$ ;  $\sigma_{\varphi}=0,7$ ) и в целом очень схожи: 86,7% женщин имеют низкие результаты, и 13,3% – очень низкие. У мужчин также 1 человек имеет очень низкий уровень притязаний, что означает, что он может ставить перед собой только самые доступные задачи, в жизни не ждет многого, низко оценивает свои способности. По 30% мужской выборки имеют низкие и средние оценки. Средние оценки (встретились лишь у мужчин) свидетельствуют, что такие люди имеют среднюю самооценку, в поведении стараются отстаивать свои права и льготы, не уступают в соревновательной ситуации. Высокие оценки имеют 35% мужской подгруппы, они считают себя способным добиться успеха, занять ведущее положение, активны, предприимчивы.

Показатели значений по шкале «Уровень целей» (УЦ) соответствуют среднему уровню с самыми высокими в данном исследовании показателями стандартного отклонения ( $M=8,6\pm 3,9$ ;  $M_{\sigma}=10,1\pm 3$ ;  $M_{\varphi}=6,9\pm 4,3$ ;  $t=2,596$ ;  $p=0,014$ ). По 40% испытуемых имели высокие и средние показатели. Высокие оценки характеризуют испытуемых как людей, имеющих большую, на несколько лет вперед цель в жизни и последовательно добивающихся ее достижения. Средние оценки свидетельствуют о том, что человек ставит перед собой противоречивые цели, плохо представляя пути их достижения. В выборке имеется человек (2,9%) с низкими показателями, который ставит цели на небольшой (3-4 месяца) период жизни и прилагает усилия для их выполнения, операционист, как правило, идет от одних мелких целей к

другим с их недостаточной увязкой. Есть люди с очень низкими результатами (17,1%), которые не ставят в жизни целей, не думают о будущем, плохо адаптированы в социальной среде.

Таким образом, большинство испытуемых имели низкие и средние результаты уровня притязаний, что может являться следствием воздействия длительного стресса, или даже проявлением депрессивного состояния. О том, что это не норма для данной категории говорит наличие пациентов, имеющих высокий уровень притязаний (40% выборки мужчин), которые, несмотря на заболевание, сохранили уверенность в своих силах и считают себя способными добиться значительных результатов. Интересным является и тот факт, что значительное большинство испытуемых умеют ставить перед собой цели и идти к ним. Это необходимо учитывать в формировании стратегии лечения. Понятная и доступная цель, прописанная во временном промежутке, может явиться хорошим мотивирующим фактом для пациента, будет способствовать более эффективному лечению.

При оценке **системы отношений** приняли во внимание, что пациенты с ассоциированной инфекцией находятся в условиях длительного стационарного лечения и являются безработными (45%, 35% мужской и 60% женской выборки), инвалидами (42,9% выборки) или пенсионерами (1 женщина). С помощью психодиагностической методики диагностируются межличностные отношения работающего человека, и в нашем исследовании не анализировались шкалы «Неудовлетворительное – удовлетворительное отношение к работе» (ОР), «Психологический климат в коллективе» (ОК), «Удовлетворенность отношениями с непосредственным начальником» (ОН). Единственной шкалой, которую можно анализировать в данной сфере является шкала «Психологический климат в семье» (ОС).

Психологический климат в семье (шкала ОС) характеризуется как негативный, средние значения в выборке относятся к низким оценкам ( $M=1,8$ ;  $M_{\delta}=2\pm 1,2$ ;  $M_{\phi}=1,6\pm 1,7$ ;  $t=0,817$ ,  $p=0,420$ ). Такие оценки имеет 40%, в их семьях мало любви и тепла в отношениях, недостает уважения, понимания, доверия, в частые конфликты вовлекаются дети и родственники. Такое же количество (40%) имели средние показатели по шкале, что характеризует отношения в их семье как достаточно переменчивые, из-за отсутствия единых целей в жизни мелкие причины приводят к серьезным разладам, но в целом супруги считают свой брак удачным. Однако 20% опрошенных получили очень низкие баллы, что указывало на конфликтные семьи, находившиеся на грани развода. Таким образом, семейные отношения не является стимулом выздоровления для большинства пациентов с ассоциированной инфекцией ВИЧ/туберкулез, т.к. такие люди в своей семье не получают поддержки, заботы и внимания, не чувствуют себя нужными и значимыми.

При оценке **психодинамической сферы личности** установлено, что большинство пациентов с ассоциированной инфекцией относятся к интравертированному типу: 48,6% опрошенных имеют низкие оценки, 14,3% очень низкие, среднее значение по выборке соответствует низким оценкам ( $M=29$ ;  $M_{\delta}=30\pm 11,4$ ;  $M_{\phi}=28\pm 9,3$ ;  $t=0,5545$ ;  $p=0,583$ ). Такие люди обращены на себя, свои переживания, мало интересуются окружающим миром, замкнуты, испытывают трудности при установлении контактов с людьми, в социальной адаптации. Лишь 34,5% характеризуется средними оценками и являются в меру замкнутыми, в меру общительными, обращают внимание как на внешний мир, так и на свои собственные мысли и чувства. Одна женщина получила высокие оценки, является экстравертом, обращена на окружающий мир, открытая, легко вступает в общение.

Значения тревожности в выборке находятся на границе высоких и очень высоких значений ( $M=69,7$ ), результаты мужчин ( $M_{\delta}=73,7\pm 12,9$ ) относятся к очень высоким, женщин ( $M_{\phi}=65,1\pm 11,6$ ) - к высоким значениям ( $t=2,036$ ;  $p=0,050$ ). В выборке 54,3% имели высокие показатели тревожности, что характеризует их как людей эмоционально возбудимых, чувствительных к неприятным известиям, беспокоящихся за все, касающееся их, испытывающих страх. Остальные испытуемые показали очень высокие результаты, что свидетельствует об эмоциональной неустойчивости, меняющемся настроении, острой реакции даже на незначительные неприятные известия, обидчивости, переживании беспокойства и страха.

Пластичность – ригидность (шкала Р) имела средние оценки:  $M=5,3$ ;  $M_{\beta}=5,6\pm 1,9$ ;  $M_{\varphi}=4,9\pm 2,2$  ( $t=1,008$ ,  $p=0,321$ ). Наибольший процент (48,6%) отнесен к среднему уровню, при котором пластичность и ригидность выражены в равной степени, эти люди способны своевременно и адекватно перестроиться при изменившихся условиях жизни, к новым требованиям. Треть опрошенных (31,4%) могут достаточно легко приспособиться к измененным условиям жизни, легко переключиться с одного дела на другое, имеют низкие оценки. Необходимо учитывать, что есть категория пациентов (20%), имеющих ригидную психику, с трудом приспособляющихся к изменившимся условиям и требованиям, трудно переключающихся с одного дела на другое.

Интровертированность, обращенность на себя и собственные переживания, замкнутость таких больных создают трудности для медицинских работников в установлении контакта и социальной адаптации, усложняют лечебный процесс. Чувствительность к негативным известиям, обидчивость и эмоциональная неустойчивость требуют от сотрудников медицинских учреждений тактичности в преподнесении информации и толерантного отношения к перепадам настроения.

**Выводы.** На основании анализа результатов психологического обследования нами разработаны рекомендации медицинскому персоналу при лечении пациентов, больных туберкулезом и ВИЧ:

1. Вследствие интровертированности, замкнутости и недоверчивости пациентов с ассоциированной инфекцией ВИЧ\туберкулез первая задача медицинского персонала – установление психологического контакта с пациентом, для чего необходимо проявлять искреннюю заинтересованность, внимательность и терпение, что особенно важно при первом общении. Персонал должен быть корректен и доброжелателен, необходимо сделать все, чтобы расположить пациента, снять напряжение и помочь адаптироваться к условиям стационара.
2. Эмоциональная нестабильность, обидчивость и капризность вынуждают персонал быть готовым к резким сменам настроения и стремиться общаться с данной категорией максимально тактично и толерантно.
3. Вследствие низкого образовательного, культурного и интеллектуального уровня данной категории пациентов, общение с ними должно происходить на доступном, понятном языке. Использование специфических медицинских терминов, непонятных больному, может привести к отторжению пациента от ситуации, замыканию и потере контакта. Низкий познавательный интерес обуславливает неэффективность стендовой информации и другой печатной продукции, и необходимость индивидуального общения с данными пациентами, которая отвечает принципу конфиденциальности.
4. Вследствие недостаточной дисциплинированности и ответственности необходимо контролировать реализацию медицинских назначений. В то же время, средний уровень самоконтроля и целеустремленности обуславливает целесообразность озвучивать пациенту процесс лечения, этапы и конечную цель, разъясняя его роль в данном процессе. Медицинскому персоналу необходимо выяснить истинную, значимую для пациента цель, которая смогла бы его дополнительно мотивировать на выздоровление (дети, друзья, родители), однако в большинстве случаев, неблагоприятная семейная ситуация не является мотивационным стимулом для выздоровления.
5. В своем подавляющем большинстве пациенты с ассоциированной инфекцией ВИЧ/ туберкулез обращены на внутренние переживания, поэтому необходимо регулярно интересоваться их самочувствием, настроением, проблемами.
6. Перечисленные проблемы приводят к необходимости создания при медицинских учреждениях подобного профиля социально-психологической службы, специалисты которой занимались бы изучением, консультированием и другими видами сопровождения, как самих пациентов, так и медицинского персонала.

**Литература:**

1. Диагностика здоровья. Психологический практикум / Под ред. проф. Г.С. Никифорова. - СПб.: Речь, 2007. - 950 с.
2. Калачева Г.А. Эпидемиологическая ситуация сочетанной патологии ВИЧ-инфекции, туберкулеза и наркомании в Сибирском Федеральном округе / Г.А. Калачева, Е.С. Довгоплюк, А.В. Мордык // Сибирское медицинское обозрение. – 2011. - Т.72. - № 6. – С. 40-44.
3. Кожушко М.Ю. Клинические особенности туберкулеза у ВИЧ-инфицированных / М.Ю. Кожушко, И.В. Евстигнеев // Therapia. - № 9 (50). – 2010. – С. 11-17.
4. Лечение туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией / В.Н. Зимина [и др.] // Проблемы туберкулеза. - 2011. – № 11. – С. 3-9.
5. Мордык А.В. Анализ факторов, оказывающих влияние на эффективность лечения у больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией / Мордык А.В., Иванова О.Г., Батищева Т.Л. // Материалы конференции «Совершенствование медицинской помощи больным туберкулезом». – Санкт-Петербург, 2011. – С. 409-410.
6. Нечаева О.Б. Эпидемическая ситуация по туберкулезу и ВИЧ-инфекции в Российской Федерации / О.Б. Нечаева, Н.В. Эйсмонт // Социальные аспекты здоровья населения [Электронный научный журнал]. - 2012. - № 2 (24). - URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/399/30/lang.ru/>.
7. Рукавишников А.А. Факторный личностный опросник Р. Кеттелла: методическое руководство / А.А. Рукавишников, М.В. Соколова. – СПб: Иматон, 2006. – 96 с.
8. Словарь-справочник по психодиагностике / Под ред. Бурлачук Л. - СПб, 2008. – 243 с.
9. Чернов М.Т. Критерии оценки работы отделения диагностики и лечения туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией / М.Т. Чернов, С.В. Смердин, О.П. Фролова // Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 5. – С. 223-224.