

Интернет-журнал «Мир науки» / World of Science. Pedagogy and psychology <https://mir-nauki.com>

2018, №6, Том 6 / 2018, No 6, Vol 6 <https://mir-nauki.com/issue-6-2018.html>

URL статьи: <https://mir-nauki.com/PDF/07PSMN618.pdf>

Статья поступила в редакцию 20.10.2018; опубликована 10.12.2018

**Ссылка для цитирования этой статьи:**

Захарова Е.В. Качество жизни и отношение к болезни детей и подростков с туберкулезной инфекцией // Интернет-журнал «Мир науки», 2018 №6, <https://mir-nauki.com/PDF/07PSMN618.pdf> (доступ свободный). Загл. с экрана. Яз. рус., англ.

**For citation:**

Zakharova E.V. (2018). Quality of life and attitude to the disease of children and adolescents with tuberculosis infection. *World of Science. Pedagogy and psychology*, [online] 6(6). Available at: <https://mir-nauki.com/PDF/07PSMN618.pdf> (in Russian)

УДК 159.99

ГРНТИ 15.81.61

**Захарова Елена Владимировна**

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Самара, Россия  
Декан факультета «Медицинской психологии»  
Заведующий кафедрой «Общей психологии и социальной работы»  
Кандидат медицинских наук, доцент  
E-mail: [proscha1088@mail.ru](mailto:proscha1088@mail.ru)  
РИНЦ: [http://elibrary.ru/author\\_profile.asp?id=679824](http://elibrary.ru/author_profile.asp?id=679824)

## Качество жизни и отношение к болезни детей и подростков с туберкулезной инфекцией

**Аннотация.** В статье представлены результаты исследования качества жизни и отношения к болезни детей и подростков с туберкулезной инфекцией. Актуальность проблемы обусловлена тем, что отечественные работы по оценке качества жизни у детей немногочисленны. Это обусловлено отсутствием единых методологических подходов. Качество жизни детей, страдающих социально обусловленными заболеваниями, имеет свои особенности. Заболевание может восприниматься пациентами и их родителями как серьезная патология, а может расцениваться как физиологические явления, характерные для определенного возраста. В ходе проведенного исследования выявлено ухудшение качества жизни по всем исследуемым показателям. Установлено, что степень снижения качества жизни зависит от возраста испытуемых. Исследовалось представление респондентов о здоровье и болезни, отношение к болезни, госпитализации и проводимому лечению, представление о своем будущем, отношение семьи к болезни. Для детей и подростков с туберкулезной инфекцией характерно разделение своей жизни на «до заболевания» и «в настоящее время». Они считают, что здоровье их зависит оно от врачей и лекарств, склонны расценивать свою болезнь как данность. В возрасте 13-18 лет отмечается тенденция к отрицанию болезни, принижению ее значимости и недооцениванию тяжести последствий. В возрасте 11-12 лет появляется множество страхов и опасений. С болезнью связано чувство безысходности, ожидание ухудшения самочувствия, невозможность жить полноценной жизнью. Негативное отношение к лечению отмечается в возрастной подгруппе 11-12 лет. Они игнорируют реальную опасность заболевания, нарушая больничный режим, стараются быть как можно более активными в отношениях со сверстниками. У детей и подростков всех возрастных подгрупп отмечается в большей степени негативное отношение к госпитализации. Испытуемые тяжело

воспринимают госпитальную среду и длительное нахождение в ней. Установлена связь показателей качества жизни с отношением к болезни. Полученные данные позволяют выделить «мишени» психолого-педагогического сопровождения детей и подростков с туберкулезной инфекцией на этапах стационарного и амбулаторного лечения с учетом половозрастных особенностей.

**Ключевые слова:** качество жизни; отношение к болезни; отношение к лечению; отношение к госпитализации; представление о здоровье; представление о болезни; психосоциальный статус; дети и подростки с туберкулезной инфекцией

Исследования, посвященные изучению качества жизни детей и подростков, проводятся в различных направлениях и специалистами различных специальностей. Л.В. Солохина с соавторами (2010) обосновывают необходимость исследования качества жизни детей и подростков с различными заболеваниями для разработки стандартов этого показателя в зависимости от возраста, пола, состояния здоровья и региональных особенностей. Кроме того, они считают, что оценке влияния эффективности проводимых профилактических и лечебных мероприятий на качество жизни ребенка в клинических исследованиях проблем туберкулеза должно уделяться особое внимание [1].

Куфакова Г.А. и Овсянкина Е.С. (1998) обозначили основные факторы риска инфицирования и заболевания туберкулезом детей и подростков: принадлежность к группе социального риска, неблагоприятные социально-бытовые условия, малообеспеченность, многодетность, неполные семьи, миграция, хронические и сопутствующие заболевания, некачественная вакцинация против туберкулеза или ее отсутствие [2].

Маслова О.В. с соавторами (2014) считают, что высокий риск инфицирования туберкулезом обусловлен наличием источника туберкулеза, степени бактериовыделения микобактерий туберкулеза у источника инфекции и степенью тесноты контакта, снижением иммунитета, возрастом ребенка, длительностью контакта с возбудителем туберкулеза; вирулентностью самого возбудителя [3].

Е.А. Цыганкова, А.В. Мордык, А.А. Турица (2014), изучая возрастные проявления туберкулеза у детей, пришли к выводу, что туберкулезный процесс наиболее неблагоприятно протекает у детей раннего и подросткового возраста [4].

На преобладание низкого социального уровня жизни в семьях больных туберкулезом детей из семейного контакта указывали А.А. Старшинова, И.Ф. Довгалюк, М.В. Павлова (2014) в своем исследовании. Они приводят данные, что в 63 % случаев заболевания туберкулезом детей они находились в контакте с бактериовыделителями [5].

В.А. Аксенова, Л.А. Барышникова, Т.А. Севостьянова, Н.И. Клевно (2014) в статье, посвященной туберкулезу у детей в России, определяют задачи фтизиатрической службы по профилактике и раннему выявлению заболевания. Проведя анализ эпидемической ситуации в стране, они выявили, что туберкулез у детей в 21 веке отличается от течения и клинических проявлений его в сравнении с предыдущими годами. Отмечается снижение генерализованных форм и частота встречаемости внелегочного туберкулеза. Продолжает сохраняться высоким показатель заболеваемости детей из очагов туберкулезной инфекции. К 7 годам большинство детей имеют положительные туберкулиновые пробы, и ревакцинация БЦЖ не показана. Сохраняется достаточно большое количество детей с осложнениями после введенной вакцины [6].

По статистике среди впервые заболевших туберкулезом детей от рождения до 14 лет в 2017 году выявлено 2475 человек (9,7 на 100 тыс. населения), в 2013 году выявлялось 3298 человек (14,3 на 100 тыс. населения). За анализируемый период снижение численности впервые

заболевших туберкулезом детей произошло на 823 человека (на 4,6 на 100 тыс. населения). Среди молодых людей в возрасте 15-17 лет происходит планомерное снижение заболеваемости туберкулезом с 31,8 на 100 тыс. населения в 2013 году до 21,6 на 100 тыс. населения в 2017 году.

В Самарской области заболеваемость детей и подростков туберкулезом продолжает снижаться. Так, заболеваемость туберкулезом детей снизилась в Самарской области с 2014 г. по настоящее время на 36,9 %, подростков – на 31,8 %. В 2014 г. туберкулезом заболели 58 детей и 24 подростка, а в 2016 г. – 39 детей и 16 подростков. Пик заболеваемости туберкулезом (95,6 на 100 тыс. жителей) в регионе был зарегистрирован в 2013 году.

Чичерин Л.П. с соавторами (2000) и Винярская И.В. с соавторами (2008) указывают на то, что развитие здравоохранения выдвинуло на первый план необходимость формирования оценки состояния здоровья ребенка с учетом многих, прежде всего, социальных факторов [7; 8].

Всемирная организация здравоохранения рассматривает качество жизни как восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и системе ценностей, в которых они живут, в соответствии с целями, ожиданиями, нормами и заботами [9].

В зарубежной педиатрии показатель качества жизни активно используется в популяционных исследованиях для разработки возрастн-половых нормативов [10, 11]. С его помощью осуществляют индивидуальный мониторинг в процессе лечения больного, оценивают эффективность терапии и прогноз заболевания [12].

Отечественные работы по оценке качества жизни у детей немногочисленны, что связано с отсутствием единых методологических подходов [13; 14].

Качество жизни детей, страдающих социально обусловленными заболеваниями, имеет свои особенности. Частью детей и родителей проявления заболевания воспринимаются как серьезная патология, а остальными они расцениваются как физиологические явления характерные для определенного возраста. Свойственный детям и подросткам максимализм, стремление к самоутверждению могут привести к гиперболизации своих ощущений и вербализации негативных эмоций в свободные понятия «боли» и «страха» [15]. Эти феномены снижают качество жизни, что приводит к закономерной необходимости учета качества жизни при оказании помощи детям при таких заболеваниях, как туберкулез, параллельно разрешая психологические проблемы, связанные с определенными периодами развития. Традиционные критерии (физикальные, лабораторные, инструментальные) не охватывают всех аспектов туберкулезной инфекции и не позволяют всесторонне оценить состояние больного ребенка. При рассмотрении результатов оценки качества жизни имеется полная возможность определить влияние заболевания на физические, психологические и социальные аспекты функционирования организма.

"...Качество жизни детей связано с особенностями их детско-родительских отношений. Среди их психологических проблем ключевыми являлись трудности общения со сверстниками. Трудности в получении социальной поддержки тесно связаны с самоэффективностью..." [16].

Адекватное понимание качества жизни соматического больного невозможно без исследования специфических механизмов и факторов адаптации к болезни. В психологической структуре качества жизни центральное место занимает внутренняя картина болезни [17].

### Методы и методы исследования

Общая численность экспериментальной группы составила 137 человек. Репрезентативную выборку составили дети и подростки, проходившие стационарное и

амбулаторное лечение в детском туберкулезном стационарном отделении Самарского областного клинического противотуберкулезного диспансера имени Н.В. Постникова. Критерии включения в экспериментальную группу: информированное согласие на участие в исследовании, наличие диагноза туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, первичный туберкулезный комплекс, очаговый туберкулез, инфильтративный туберкулез, туберкулезный плеврит. Контрольная группа идентична экспериментальной по численности и половозрастному составу. В нее вошли дети и подростки общеобразовательных школ г. Самара, условно здоровые. В целях адекватности применения методик и сопоставимости полученных результатов статистического анализа в исследовании больные были разделены по полу и возрасту.

Для решения задач исследования используются клинико-психологический и психодиагностический методы.

В качестве клинико-психологического метода использовалась клиническая беседа и осуществлялось наблюдение за поведением больных в процессе лечения в стационаре и в процессе амбулаторного посещения диспансера. Клиническая беседа, направленная на изучение отношения к болезни и социально-психологической ситуации в связи с заболеванием, специально разрабатывалась для больных туберкулезом взрослых пациентов, детей и подростков, их родителей. В ее основу были положены данные научной литературы и опыта психодиагностической и психокоррекционной работы с больными туберкулезом. Структура клинической беседы включает в себя клинический, социальный и отражающий субъективное отношение к заболеванию блоки.

Результаты клинической беседы дополнялись клиническими характеристиками больных (оценка соматического состояния, длительность, особенность течения заболевания, эффект лечения), полученными из медицинской документации и беседы с лечащим врачом.

Для объективации данных клинико-психологического исследования и выявления психологических особенностей больных использовались следующие методики: методика «Незаконченные предложения» (изучение отношения к болезни у детей) В.Е. Кагана, И.К. Шаца; Шкала детской я-концепции Пирса-Харриса модифицированная (ШПХМ).

### Результаты исследования

Проведено исследование качества жизни детей и подростков с туберкулезной инфекцией. Вся экспериментальная детско-подростковая группа разделена по возрастному критерию на 4 подгруппы: 7-10 лет, 11-12 лет, 13-15 лет, 16-18 лет, а также по гендерному признаку.

По показателю «Поведение» получены следующие результаты. В группе 7-10 лет очень низкие значения выявлены у 28 % обследованных (38 % мальчиков и 17 % девочек). Низкие значения у 24 % (15 % мальчиков и 33 % девочек). Высокие значения диагностированы в 20 % случаев (15 % мальчиков и 25 % девочек).

В подгруппе 11-12 лет очень низкие и низкие значения выявлены в 16 % и 36 % случаев соответственно. Отмечается высокое значение показателя в 24 % случаев (30 % мальчиков и 17 % девочек).

В подгруппе подростков 13-15 лет очень низкие значения не диагностированы. Низкие значения выявляются у 12 % мальчиков и 28 % девочек (40 % обследованных в подгруппе). Высокие значения выявлены в 32 % случаев.

Отличаются результаты исследования от других возрастных подгрупп в группе старших подростков. 16 % юношей и 20 % девушек продемонстрировали среднее значение показателя

«Поведение» (36 % в возрастной подгруппе). Высокие значения показателя выявлены у 28 % юношей и 36 % девушек.

Таким образом, анализируя результаты проведенного исследования по показателю «Поведение», выявлено, что 11 % всей детско-подростковой группы имеют очень низкое значение исследуемого признака, 18 % – низкое, 29 % – среднее и 35 % высокое. Это свидетельствует о том, что для детей и подростков экспериментальной группы характерно излишнее стремление к послушанию дома и в школе, избеганию неприятностей, желание не доставлять членам семьи огорчений. Дети и подростки указывают на то, что часто у них возникают плохие мысли в отношении других людей, однако они не могут их выразить и с поделиться ими с родными и сверстниками. Подростки более младшего возраста отмечают, что «бывают плохими для других людей», их часто ругают и наказывают дома и в школе. При этом подростки стараются избегать открытых конфликтов и драк. Респонденты экспериментальной группы считают себя неуклюжими, неловкими, совершающими много ошибок в общении с другими людьми. Они уверены, что разочаровывают родных людей своей неуспешностью. Однако, отмечают, что стараются владеть собой, сохранять спокойствие, слушать и понимать других людей.

По показателю «Интеллектуальный и школьный статусы» 52 % детей 7-10-летнего возраста (38 % мальчиков и 67 % девочек) продемонстрировали низкое значение показателя. Лишь 8 % данной возрастной подгруппы продемонстрировали высокое значение исследуемого признака.

В подгруппах 11-12 и 13-15 лет данное значение показателя не диагностировано. В подгруппе 16-18 лет лишь 4 % обследованных (7 % девочек и 0 % мальчиков) имеют высокое значение исследуемого параметра. Во всей детско-подростковой популяции лишь 3 % обследованных демонстрируют высокое значение показателя.

44 % подростков 11-12 лет имеют низкое значение показателя; в подгруппе 13-15 лет – 28 % обследованных (9 % мальчиков и 43 % девочек); в подгруппе 16-18 лет – 27 % мальчиков и 7 % девочек (16 % по всей подгруппе). Всего в детско-подростковой группе 35 % респондентов имеют низкие значения показателя.

Исследование оценки детьми и подростками своей внешности позволило получить следующие результаты. 16 % респондентов 11-12 лет, 8 % 13-15-летних и 24 % юношей и девушек возраста 16-18 лет имеют очень низкие значения показателей.

Лишь у 4 % респондентов возраста 7-10 лет имеют низкие значения исследуемого параметра. 46 % мальчиков и 42 % девочек в возрасте 11-12 лет продемонстрировали низкое значение показателя.

В подгруппе 13-15-летних респондентов 36 % мальчиков и 57 % девочек (48 % данной подгруппы) имеют низкие значения параметра. Похожие результаты получены в подгруппе юношей и девушек в возрасте 16-18 лет. Причем, у девушек низкое значение показателя выявляется в 55 % случаев.

38 % всех обследованных в детско-подростковой группе продемонстрировали средние значения показателя.

Таким образом, для детей и подростков экспериментальной группы характерны сниженная или низкая успеваемость в школе, стремление больше молчать, чтобы не выказать свою некомпетентность. Практически все респонденты указали на снижение памяти, быстроты реакции, выраженную медлительность, сложности выступления перед большой аудиторией. Опрошенные дети и подростки считают себя непопулярными среди сверстников, нерешительными, неспособными на неординарные поступки. В ситуации проверки знаний



респонденты нервничают, беспокоятся. В глазах родителей, учителей и сверстников представляют себя неудачниками.

Высокие значения показателя по параметру «Внешность» выявлены у 48 % опрошенных в возрасте 7-10 лет (54 % мальчиков и 42 % девочек) и у 8 % респондентов в подгруппе 11-12 лет. В двух других возрастных группах высокие значения данного показателя не выявлены. Таким образом, 12 % респондентов детско-подростковой группы демонстрируют очень низкие значения показателя «Внешность», 36 % – низкие значения, 14 % – высокие.

Оценивая свою внешность, подростки старшей возрастной группы считают себя непривлекательными, с плохой или заурядной внешностью. Считают себя во многом хуже других. Для детей и младших подростков экспериментальной группы такое самовосприятие не так характерно, как для респондентов более старшей группы.

Показатель «Тревожность» является одним из важных и опорных для работы психолога и врача с данным контингентом пациентов как в условиях стационара, так и на этапе санаторного и амбулаторного лечения.

20 % респондентов в группе 7-10 лет имеют очень низкие значения показателя. Причем, у мальчиков (23 %) тревожность выше, чем у девочек этой же подгруппы (17 %).

Ярко выраженную тревожность имеют 12 % респондентов подгруппы 11-12 лет. Причем, в данной подгруппе тревожность в большей степени выражена у девочек, чем у мальчиков (17 % и 8 % соответственно). Отмечается тенденция к повышению тревожности с увеличением возраста испытуемых. Так, в подгруппе 13-15 лет 40 % подростков, а в подгруппе 16-18 лет 80 % юношей и девушек демонстрируют очень низкие значения показателя, причем у мальчиков высокий уровень тревожности выявляется достоверно чаще, чем у девочек.

Низкие значения показателя, но высокая выраженность тревожности выявлена у 32 % детей в подгруппе 7-10 лет, 44 % – в подгруппе 11-12 лет, 60 % – у подростков 13-15 лет и у 20 % юношей и девушек 16-18 лет. Во всей детско-подростковой группе у 77 % опрошенных отмечается повышение тревожности. Они отмечают повышенную плаксивость, ощущение себя несчастными, часто испытывают различного рода страхи, особенно в ситуации проверки знаний. Часто нервничают, проявляют нерешительность, способны уступить другим в решении каких-либо вопросов вопреки своим желаниям и мнению. Указывают на нарушения сна и снижение энергии.

Исследуя качество жизни детей и подростков следует обратить внимание на показатель «Популярность», так как он позволяет оценить, насколько интересными и востребованными среди своих сверстников являются опрошенные респонденты.

Так, в возрастной подгруппе 7-10 лет высокие значения выявлены в 28 % случаев (23 % мальчиков и 33 % девочек). Низкие значения диагностированы у 8 % респондентов. 64 % опрошенных данной подгруппы имеют средне выраженные значения показателя.

В возрастной подгруппе 11-12 лет отмечается тенденция к снижению значений данного показателя. Так, очень низкие и низкие значения отмечаются у 88 % опрошенных. Высокие значения показателя не выявлены совсем. Это свидетельствует о том, что в возрасте 11-12 лет возрастает зависимость от мнения окружающих, значимость межличностных отношений. Высокие значения показателя в данной подгруппе не выявлены.

В подгруппе 13-15 лет средние и высокие значения показателя не диагностируются. Низкие значения выявлены у 56 % респондентов, у 44 % – очень низкие значения. Причем, у мальчиков низкие значения выявляются чаще, чем у девочек.

В подгруппе 16-18 лет высокие значения не диагностированы. Средние значения выявлены у 12 % опрошенных (9 % мальчиков и 14 % девочек). 88 % респондентов данной подгруппы продемонстрировали очень низкие и низкие значения показателя.

Таким образом, по показателю «Популярность» у 7 % респондентов диагностирован высокий уровень выраженности показателя, у 22 % – средний, 52 % опрошенных имеют низкие значения показателя и 19 % – очень низкие. Полученные результаты указывают на трудности в общении со сверстниками, снижение социальной адаптации.

Получены результаты по шкале «Счастье и удовлетворенность» позволяют охарактеризовать детско-подростковую группу следующим образом. Высокие значения по шкале получены у 8 % респондентов в возрасте 7-10 лет. Низкие и очень низкие – у 56 % и 4 % соответственно, причем у девочек это достоверно более выражено, чем у мальчиков. Подростки 11-18 лет отметили низкий и очень низкий уровень счастья и удовлетворенности.

В 11-12 лет преобладает низкий уровень (56 % респондентов), в 13-15 лет – очень низкий уровень (68 %), в 16-18 – очень низкий (80 %). Это проявляется в том, что для детей и подростков экспериментальной группы характерно ощущение себя несчастным, желание изменить себя в лучшую сторону, переживание своей малоценности в семье, отсутствие жизненных перспектив и духовных ориентиров.

Оценка детьми и подростками своего здоровья выявила следующее. Очень низкие значения показателя диагностированы лишь у 32 % респондентов в возрасте 13-15 лет и 24 % в возрасте 16-18 лет (14 % всей детско-подростковой группы). Низкие значения показателя «Здоровье» выявлены у 12 % в возрасте 7-10 лет (15 % мальчиков и 8 % девочек); 80 % в возрастной подгруппе 11-12 лет (77 % мальчиков и 83 % девочек); 68 % в возрасте 13-15 лет (82 % мальчиков и 57 % девочек); 76 % юношей и девушек в возрасте 16-18 лет (64 % и 86 % соответственно). Всего в детско-подростковой группе низкие значения показателя «Здоровье» выявлены у 59 % респондентов.

Средние значения показателя отмечаются у 56 % детей в возрасте 7-10 лет и у 20 % подростков 11-12 лет. Высокие значения показателя диагностированы лишь у 32 % детей в возрасте 7-10 лет (8 % всей детско-подростковой группы) (рисунок 1).

Таким образом, дети и подростки экспериментальной группы считают свое здоровье недостаточно крепким и хорошим, отмечают частые проблемы с работой пищеварительного тракта, указывают на проблемы с дыханием, опорно-двигательным аппаратом, снижение физической выносливости и психической активности. Причем, чем старше подросток, тем ниже его оценка своего здоровья.

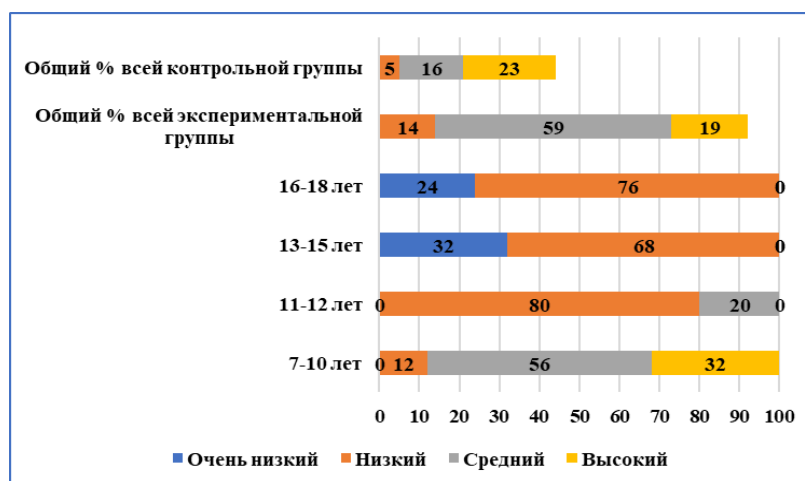
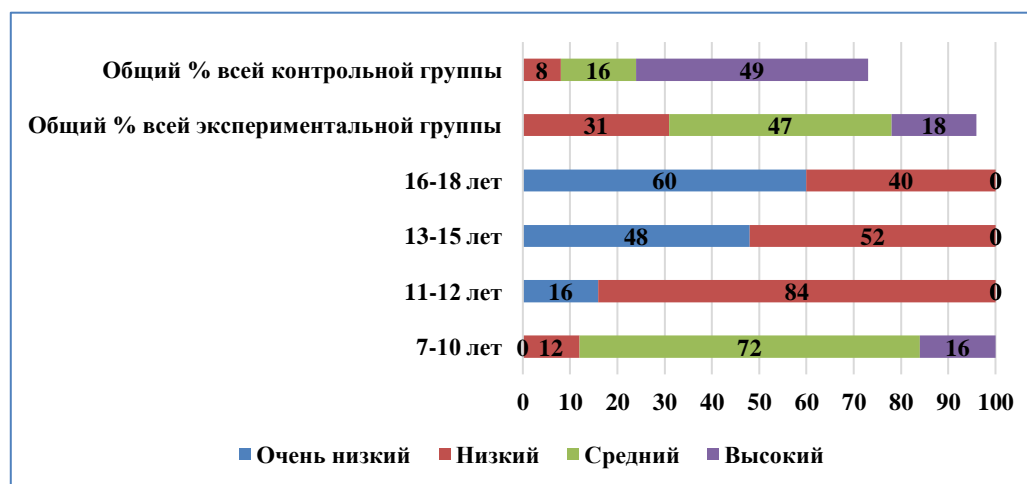


Рисунок 1. Распределение уровня качества жизни по показателю «Здоровье» у детей и подростков с туберкулезной инфекцией и в контрольной группе (%) (составлено автором)

Исследование психосоциального статуса позволило получить следующие результаты. Высоко оценили свой психосоциальный статус лишь 4 % всех опрошенных. Причем, лишь в подгруппе 7-10 лет (16 % детей указанной подгруппы). Средние значения показателя получены лишь в подгруппе респондентов 7-10 лет (72 % в подгруппе). 18 % во всей детско-подростковой группе.

Низкие значения показателя отмечаются у 12 % детей 7-10 лет (15 % мальчики и 8 % девочки); 40 % в подгруппе 16-18 лет (45 % мальчики и 25 % девочки); 52 % в подгруппе подростков 13-15 лет (55 % мальчики и 50 % девочки). Наибольшее количество подростков, имеющих низкие значения показателя, отмечается в подгруппе 11-12 лет – 84 % (92 % мальчики и 75 % девочки). Очень низкие значения отмечаются у 16 % подростков 11-12 лет (8 % мальчики и 25 % девочки). В подгруппе 13-15 лету 48 % респондентов диагностирован очень низкий уровень показателя (45 % мальчики и 50 % девочки). Больше всего представителей детско-подростковой группы, указавших на снижение психосоциального статуса, выявлено в подгруппе 16-18 лет – 60 % (55 % мальчики и 75 % девочки).

Таким образом, высокие значения показателя «Психосоциальный статус» отмечаются у 31 % детско-подростковой группы; средние значения – 18 % всей группы; низкие значения – 47 % респондентов; очень низкие – 31 % опрошенных (рисунок 2). Это свидетельствует о неудовлетворенности своим положением в обществе, отсутствии профессиональной ориентации, неверие в свои силы, негативном представлении о будущем и перспективах развития и взросления.



**Рисунок 2.** Распределение уровня качества жизни по показателю «Психосоциальный статус» у детей и подростков с туберкулезной инфекцией и в контрольной группе (%) (составлено автором)

Сравнивая результаты исследования, полученные в группах детей и подростков с туберкулезной инфекцией и условно здоровых испытуемых, мы выявили достоверно значимые отличия по всем представленным показателям ( $p \leq 0,01$ ).

Проведя статистический анализ полученных результатов, мы выявили достоверные отличия в оценке качества жизни детей и подростков экспериментальной группы в зависимости от возраста (таблица 1).



Таблица 1

Различия в уровне качества жизни детей  
и подростков с туберкулезной инфекцией в возрастных подгруппах

Показатели качества жизни	Поведение	Интеллектуальный и школьный статусы	Внешность	Тревожность	Популярность	Счастье и удовлетворенность	Здоровье	Психосоциальный статус
<b>7-10 и 11-12 лет</b>								
U-критерий Манна-Уитни	289,5	309,0	<b>80,0</b>	309,0	<b>15,5</b>	<b>107,0</b>	<b>35,5</b>	<b>8,0</b>
p	0,65	0,95	<b>0,00</b>	0,95	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>7-10 и 13-15 лет</b>								
U-критерий Манна-Уитни	<b>218,0</b>	234,0	<b>51,5</b>	<b>141,5</b>	<b>0,0</b>	<b>64,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>
p	<b>0,07</b>	0,13	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>7-10 и 16-18 лет</b>								
U-критерий Манна-Уитни	<b>84,0</b>	<b>191,5</b>	<b>42,5</b>	<b>72,0</b>	<b>20,0</b>	<b>29,5</b>	<b>0,5</b>	<b>0,0</b>
p	<b>0,00</b>	<b>0,02</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>11-12 и 13-15 лет</b>								
U-критерий Манна-Уитни	234,0	235,0	312,5	<b>111,5</b>	<b>134,5</b>	<b>226,0</b>	<b>67,5</b>	<b>107,0</b>
p	0,13	0,13	1,00	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,09</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>11-12 и 16-18 лет</b>								
U-критерий Манна-Уитни	<b>88,5</b>	<b>204,5</b>	249,0	<b>34,0</b>	258,0	<b>158,5</b>	<b>111,5</b>	<b>84,0</b>
p	<b>0,00</b>	<b>0,04</b>	0,22	<b>0,00</b>	0,29	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>13-15 и 16-18 лет</b>								
U-критерий Манна-Уитни	<b>148,0</b>	279,0	245,0	<b>151,0</b>	214,0	244,5	230,5	238,5
p	<b>0,0</b>	0,5	0,2	<b>0,0</b>	0,1	0,2	0,1	0,2

Составлено автором

Статистически значимых различий по полу в экспериментальной группе не выявлено.

Анализ полученных результатов и объективно различная оценка качества жизни детьми и подростками с туберкулезной инфекцией в возрастных подгруппах позволяют нам выделить в каждой возрастной группе мишени психокоррекции и определить ее направление.

У детей и подростков с туберкулезной инфекцией выявлено ухудшение качества жизни по всем исследуемым показателям, только степень снижения качества жизни зависит от возраста испытуемых.

Наряду с изучением качества жизни детей и подростков с туберкулезной инфекцией проведено исследование их отношения к болезни. Респондентам предлагалось оценить представление о здоровье и болезни, отношение к болезни, госпитализации и проводимому лечению, представление о своем будущем, отношение семьи к болезни.

Высокие значения показателя «Представление о здоровье», свидетельствующие о негативном представлении о здоровье, в подгруппе детей 7-10 лет не диагностированы. Большая часть детей, 60 % (62 % мальчиков и 58 % девочек) оценили свое здоровье 0-1 балл; 28 % – 2 балла; оценку в 4 балла в данной подгруппе не поставил никто.

В подгруппе 11-12 лет высокие значения показателя (4 балла) выявлены у 12 % респондентов. 56 % опрошенных данной подгруппы оценили свое здоровье в 3 балла (69 % мальчиков и 42 % девочек). 0-1 балл диагностирован у 20 % данной подгруппы.

В возрастной подгруппе 13-15 лет в 4 балла оценили свое здоровье 16 % подростков (21 % мальчики и 9 % девочки).

Высокие значения показателя отмечаются у 56 % обследованных подростков данной возрастной подгруппы (21 % мальчики и 27 % девочки). 0-1 балл выявлены лишь у 4 % респондентов данной группы.

Юноши и девушки 16-18 лет в 60 % случаев оценили данный показатель 0-1 балл (64 % мальчики и 57 % девочки).

Таким образом, дети с туберкулезной инфекцией в возрасте 7-10 лет считают себя вполне здоровыми, в возрастной подгруппе 11-12 лет мальчики склонны оценивать состояние своего здоровья более дифференцированно, некоторые из них считают себя больными. В подгруппе 13-15 лет девочки чаще, чем мальчики считают себя недостаточно здоровыми, их беспокоит необходимость выполнять лечебные назначения, ситуация нахождения в стационаре. Испытуемые разделяют свою жизнь на «до заболевания» и «в настоящее время». Они пытаются давать советы другим людям по профилактике заболевания туберкулезом. Считают, что, если бы не туберкулезная инфекция, здоровье их было бы отменным, а зависит оно от врачей и лекарств. Респонденты подгруппы 16-18 лет оценили свое здоровье положительно, однако, это скорее компенсаторная реакция и желание уйти от истинного ответа. Излишняя бравада в оценке своего здоровья объясняется отсутствием симптомов заболевания, нежеланием в связи с этим длительно лечиться, стремлением вернуться к обычной жизни в кругу своих друзей и семьи.

Представление детей и подростков о болезни отличается реалистичностью и четким представлением «виновных» в заболевании. Высоких и очень высоких значений показателя «Представление о болезни» в подгруппе 7-10 лет не выявлено. Средние значения (2 балла) диагностированы у 15 % мальчиков и 33 % девочек (24 % в данной подгруппе). Низкие значения (0-1 балл) выявляются у 76 % респондентов данной подгруппы. (85 % мальчики и 67 % девочки).

32 % подростков 11-12 лет оценили представление о болезни в 2 балла (15 % мальчики и 50 % девочки), в 3 балла – 52 %. Лишь 16 % оценили данный показатель в 4 балла.

Респонденты 13-15 лет (52 %) поставили низкие оценки (36 % мальчики и 64 % девочки). 40 % оценили представление о болезни в 2 балла (55 % мальчики и 29 % девочки).

Очень высоких значения показателя (4 балла) в данной возрастной подгруппе не выявлено.

В подгруппе 16-18 лет значения показателя схожи с результатами подгруппы 13-15 лет. 0-1 балл выявлены у 52 % респондентов (55 % мальчики и 50 % девочки). 2 балла – 32 % (27 % мальчики и 36 % девочки).

Таким образом, в возрасте 7-10 лет представление о болезни не вызывает сильных отрицательных переживаний. Испытуемые расценивают свою болезнь как данность, в которой никто не виноват. Поскольку у большинства респондентов клинические симптомы заболевания не были выражены совсем или достаточно умеренно, то дети считали, что ничего страшного не происходит, лечиться вообще необязательно, потому что «ничего не болит». В 11-12 лет представление о болезни меняется. Подростки стремятся больше узнать о туберкулезной инфекции, путях заражения и способах лечения. Мальчики чаще, чем девочки, испытывают страх перед заболеванием, склонны винить родственников и врачей в то, что вынуждены лечиться и находиться в стационаре. Все это вызывает сильные отрицательные эмоции, связанные с представлением о болезни. В возрасте 13-18 лет отмечается тенденция к отрицанию болезни, принижению ее значимости и недооцениванию тяжести последствий. У юношей и

девушек в возрасте 16-18 лет отмечается необоснованная бравада «да это и не болезнь вообще», «я могу жить как и прежде, потому что ничего не чувствую, а от таблеток только хуже».

Оценка отношения к болезни детей и подростков показала, что 60 % респондентов подгруппы 7-10 лет оценили данный показатель 0-1 балл (69 % мальчики и 50 % девочки). 32 % обследованных поставили оценку в 2 балла (23 % мальчики и 42 % девочки). Очень высоких значений показателя не выявлено.

В подгруппе 11-12 лет низкие значения показателя не диагностированы. 16 % респондентов (8 % мальчики и 25 % девочки) оценили показатель в 2 балла. Высокие и очень высокие значения выявлены у 84 % испытуемых данной возрастной подгруппы.

Подгруппа подростков 13-15 лет отличается тем, что 88 % испытуемых (91 % мальчиков и 86 % девочек) оценили отношение к болезни 0-1 балл. Средние значения показателя (2 балла) выявлены у 12 % опрошенных. Высоких и очень высоких значений показателя в данной возрастной подгруппе не выявлено.

Таким образом, в подгруппе испытуемых 7-10 лет отношение к болезни не сопровождается отрицательными эмоциями. Большая часть испытуемых относится к своему заболеванию как определенному событию в своей жизни, которое не имеет ничего общего с будущей жизнью. В возрасте 11-12 лет содержание отношения к болезни у подростков резко отличается от такового у испытуемых всех остальных подгрупп. Появляется множество страхов и опасений, будущее кажется «испорченным», появляется страх перед лечебными процедурами и смертью. С болезнью связано чувство безысходности, ожидание ухудшения самочувствия, невозможность жить полноценной жизнью. В возрасте 13 лет и старше отношение к болезни меняется. Подростки стараются продемонстрировать безразличное отношение к болезни и лечению. Они стараются не думать о возможных негативных последствиях заболевания и лечения. Игнорируют реальную опасность заболевания, нарушая больничный режим, стараются быть как можно более активными в отношениях со сверстниками.

Отношение к лечению меняется в зависимости от возраста испытуемых. Так, 72 % респондентов 7-10 лет оценили показатель 0-1 балл (62 % мальчиков и 83 % девочек). Средние значения показателя выявлены у 20 % обследованных данной подгруппы (23 % мальчиков и 17 % девочек). Очень высоких значений показателя в данной возрастной подгруппе не выявлено.

В подгруппе 11-12 лет низкие значения показателя не диагностированы. 52 % испытуемых (46 % мальчиков и 58 % девочек) оценили значение показателя в 3 балла. 36 % опрошенных поставили очень высокую оценку (4 балла).

В подгруппе 13-15 лет подавляющее большинство опрошенных (76 %) оценили показатель 0-1 балл (82 % мальчиков и 71 % девочек). 20 % подростков – 2 балла. Высокие значения не диагностированы. Близкие к описанным получены результаты в подгруппе 16-18-летних респондентов.

Таким образом, явное негативное отношение к лечению отмечается лишь в возрастной подгруппе 11-12 лет. Подростки считают, что «лечиться теперь надо будет всегда», «от лекарств только хуже становится», «ничего не болит, а врачи лечат». Дети в возрасте 7-10 лет воспринимают лечение как необходимость, стараются выполнять предписания врача. Подростки в возрасте 13-18 лет стараются продемонстрировать готовность к лечению, многие из них знакомы с современными методами лечения, факторами развития осложнений в отсутствие лечения. Мотивация к лечению сформирована у большинства респондентов в возрасте старше 13 лет, но мотивы разные: «заставляют», «никуда не денешься», «умру, если не буду лечиться», «останусь заразным».

Исследование представления детей и подростков о будущем позволило выявить следующее. 84 % детей в возрасте 7-10 лет оценили свое будущее 0-1 балл (92 % мальчиков и 75 % девочек). 8 % респондентов данной возрастной подгруппы – 2 балла (0 % мальчиков и 17 % девочек), 4 балла не поставил никто.

В возрастной подгруппе 11-12 лет 20 % испытуемых оценили свое будущее в 2 балла (16 % мальчиков и 25 % девочек), 44 % – 3 балла (38 % мальчиков и 50 % девочек), 36 % – в 4 балла (46 % мальчиков и 25 % девочек).

Подростки 13-15 лет так оценивают свое будущее. 28 % всех опрошенных данной возрастной подгруппы (27 % мальчиков и 29 % девочек) оценили 0-1 балл. 32 % опрошенных (36 % мальчиков и 29 % девочек) – 2 балла. 20 % респондентов (27 % мальчиков и 14 % девочек) – 3 балла. 20 % (9 % мальчиков и 29 % девочек) – 4 балла. 12 % подростков 16-18 лет оценивают свое будущее 0-1 балл (18 % мальчиков и 7 % девочек). 32 % опрошенных данной подгруппы (27 % мальчиков и 29 % девочек) – 2 балла. 28 % (27 % мальчиков и 29 % девочек) оценили 3 балла, столько же – 4 балла.

Таким образом, в возрастной подгруппе 7-10 лет будущее представляется испытуемыми в большинстве случаев счастливым. Лишь небольшая часть детей данного возраста считают, что ничего хорошего в будущем их не ждет. Как правило, это мнение сложилось вследствие семейного неблагополучия и прямого отношения к заболеванию не имеет. Во всех остальных возрастных подгруппах будущее сильно беспокоит подростков. Одни боятся остаться инвалидами, другие не знают, какую профессию выбрать, третьи хотели бы уйти из родительской семьи как можно быстрее. Практически во всех ответах респондентов звучала тема семейного неблагополучия или нарушенных отношений с родителями. Зависимость будущего от заболевания указывалась лишь у небольшого количества испытуемых.

Испытуемым предлагалось оценить, как, по их мнению, относятся члены их семей к наличию у ребенка туберкулезной инфекции. Дети в возрасте 7-10 лет в 28 % случаев (38 % мальчиков и 17 % девочек) оценили 0-1 балл. 44 % опрошенных данной подгруппы (31 % мальчиков и 58 % девочек) – 2 балла. 28 % респондентов данной подгруппы (31 % мальчиков и 25 % девочек) – 3 балла. 4 балла не оценил никто.

В возрастной группе 11-12 лет 8 % респондентов (0 % мальчиков и 17 % девочек) – 0-1 балл. 24 % (16 % мальчиков и 33 % девочек) – 2 балла. 28 % опрошенных (38 % мальчиков и 17 % девочек) – 3 балла. 40 % (46 % мальчиков и 33 % девочек) – 4 балла.

Подростки 13-15 лет: 8 % – 0-1 балл. 16 % (9 % мальчиков и 21 % девочек) – 2 балла. 36 % респондентов (36 % мальчиков и 36 % девочек) – 3 балла. 40 % опрошенных данной подгруппы (55 % мальчиков и 29 % девочек) – 4 балла.

В подгруппе подростков 16-18 лет 60 % опрошенных (73 % мальчиков и 50 % девочек) оценили отношение семьи к болезни 0-1 балл. 36 % (27 % мальчиков и 43 % девочек) – 2 балла. 4 % (0 % мальчиков и 7 % девочек) – 3 балла.

Таким образом, у детей в возрасте 7-10 лет отмечается позитивное представление о том, как близкие относятся к их заболеванию. В своих ответах испытуемые указывают, что «родители волнуются», «мама стала добрее», «оказывают больше внимания». Некоторые испытуемые отмечают, что «родители недовольны, что я нарушил их планы», «стали чаще на меня ругаться». Некоторые испытуемые отметили, что родители стараются ограничить их общение с другими детьми в семье. У респондентов 11-15 лет отмечается в большей степени негативное представление о том, как семья относится к их болезни. Часто звучали ответы, что «родителям все равно, что я болен», «сейчас им хорошо без меня», «я заболел из-за них, поэтому мне все равно, что они думают». В некоторых случаях подростки описывали действительное ухудшение внутрисемейных отношений. Но часть респондентов предъявляли

претензии к членам своей семьи безосновательно. Часто ответы испытуемых сопровождалась агрессивными высказываниями в адрес родственников, особенно родителей. Обида маскировалась бравадой и развязностью. В подгруппе испытуемых 16-18 лет, особенно среди юношей, отмечалось утрированное безразличие к тому, что думают в семье об их заболевании. Как правило, семейные отношения характеризовались как неблагополучные, безразличные, «холодные». Испытуемые указывали на то, что поддержка со стороны родственников и членов семьи мала, «они хотят, чтобы я скорее выписался из больницы, чтобы не ездить сюда и не тратить деньги». Недостаток теплых семейных отношений подростки старались компенсировать общением со сверстниками, медперсоналом отделения.

Одним из важных компонентов отношения к болезни является отношение к госпитализации.

4 % опрошенных в подгруппе 7-10 лет оценили отношение к госпитализации 0-1 балл. 32 % респондентов данной подгруппы (38 % мальчиков и 25 % девочек) – 2 балла. 40 (46 % мальчиков и 33 % девочек) – 3 балла. 24 % (15 % мальчиков и 33 % девочек) – 4 балла.

В подгруппе 11-12 лет схожие результаты. 4 % – 0-1 балл. 40 % (54 % мальчиков и 25 % девочек) – 2 балла. 24 % (8 % мальчиков и 42 % девочек) – 3 балла. 32 % (31 % мальчиков и 33 % девочек) – 4 балла.

Подростки 13-15 лет так выразили свое отношение к госпитализации: 4 % опрошенных – 0-1 балл, 20 % (27 % мальчиков и 36 % девочек) – 2 балла, 32 % (27 % мальчиков и 36 % девочек) – 3 балла, 44 % (36 % мальчиков и 50 % девочек) – 4 балла.

28 % подростков в возрасте 16-18 лет (55 % мальчиков и 7 % девочек) – 0-1 балл, 28 % респондентов данной возрастной подгруппы (27 % мальчиков и 29 % девочек) – 2 балла, 24 % (18 % мальчиков и 29 % девочек) – 3 балла, 20 % (0 % мальчиков и 36 % девочек) – 4 балла.

Таким образом, у детей и подростков всех возрастных подгрупп отмечается в большей степени негативное отношение к госпитализации. Оторванность от дома, отсутствие родителей рядом, невозможность вести прежний образ жизни, невозможность общаться с друзьями и ходить в школу, необходимость соблюдать режим стационара, лечебные процедуры способствуют нарушению социальной адаптации подростков. Возникает необходимость приспособляться к новым условиям жизни, учиться жить среди детей и подростков разных социальных групп, устанавливать отношения с медицинским персоналом. Особенно сильным является стресс у впервые поступивших в стационар пациентов. Многие подростки отметили, что в первые несколько дней происходит обострение хронических заболеваний, нарушается аппетит и сон, возникает страх заразиться от других пациентов.

Проведен корреляционный анализ полученных результатов.

**Таблица 2**

**Корреляционный анализ зависимости показателей отношения к болезни от возраста в подгруппах детей и подростков с туберкулезной инфекцией**

Показатель отношения к болезни	Представление о здоровье	Представление о болезни	Отношение к болезни	Отношение к лечению	Представления о будущем	Отношение семьи к болезни	Отношение к госпитализации
U-критерий Манна-Уитни	130,5	24,0	35,0	26,5	26,0	141,5	310,5
p	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,97



Показатель отношения к болезни	Представление о здоровье	Представление о болезни	Отношение к болезни	Отношение к лечению	Представления о будущем	Отношение семьи к болезни	Отношение к госпитализации
<b>7-10 и 13-15 лет</b>							
U-критерий Манна-Уитни	<b>75,0</b>	<b>192,0</b>	<b>169,0</b>	299,5	<b>92,0</b>	<b>123,5</b>	245,5
p	<b>0,00</b>	<b>0,01</b>	<b>0,00</b>	0,78	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	0,17
<b>7-10 и 16-18 лет</b>							
U-критерий Манна-Уитни	277,5	<b>205,0</b>	<b>212,5</b>	269,0	<b>53,5</b>	<b>180,0</b>	232,5
p	0,47	<b>0,03</b>	<b>0,03</b>	0,36	<b>0,00</b>	<b>0,01</b>	0,11
<b>11-12 и 13-15 лет</b>							
U-критерий Манна-Уитни	278,5	<b>69,0</b>	<b>6,0</b>	<b>17,0</b>	<b>175,0</b>	299,5	251,5
p	0,47	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,01</b>	0,79	0,21
<b>11-12 и 16-18 лет</b>							
U-критерий Манна-Уитни	<b>169,5</b>	<b>90,0</b>	<b>10,0</b>	<b>9,0</b>	237,0	<b>67,5</b>	234,5
p	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	0,12	<b>0,00</b>	0,12
<b>13-15 и 16-18 лет</b>							
U-критерий Манна-Уитни	<b>116,0</b>	311,5	264,5	281,0	245,0	<b>57,5</b>	<b>185,5</b>
p	<b>0,0</b>	1,0	0,3	0,5	0,2	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>

Составлено автором

Данные, представленные в таблице 2, свидетельствуют о том, что существуют статистически достоверные различия в отношении к болезни у детей 7-10 и 11-12 лет по всем показателям, за исключением «отношение к госпитализации». В подгруппах испытуемых 7-10 и 13-15 лет статистически значимые отличия в отношении к болезни выявлены по всем показателям, кроме «отношение к лечению» и «отношение к госпитализации». Статистически достоверно отличаются значения показателей «представление о болезни», «отношение к болезни», «представления о будущем» и «отношение семьи к болезни ребенка» в возрастных подгруппах испытуемых 7-10 и 16-18 лет.

Сравнение значения показателей отношения к болезни в подгруппах подростков 11-12 и 13-15 лет выявило, что статистически достоверно различаются показатели «представление о болезни», «отношение к болезни», «отношение к лечению», «представления о будущем».

Отмечаются статистически значимые различия по показателям «представление о здоровье», «представление о болезни», «отношение к болезни», «отношение к лечению», «отношение семьи к болезни».

Отношение к болезни подростков 13-15 лет статистически достоверно отличается от отношения к болезни юношей и девушек 16-18 лет по показателям: «представление о здоровье», «отношение семьи к болезни ребенка», «отношение к госпитализации».

В ходе проведенного исследования было выявлено, что отношение к болезни у мальчиков и девочек также статистически достоверно отличается по показателю «отношение к госпитализации». Для девочек ситуация госпитализации является более сильным стрессовым фактором, чем для мальчиков. Они тяжелее переживают ситуацию длительного нахождения в условиях стационара, разлуку с родителями, привычным окружением. Явления социально-психологической дезадаптации в условиях стационара у девочек наблюдаются чаще, чем у мальчиков (таблица 3).

Таблица 3

**Корреляционный анализ зависимости показателей отношения к болезни от пола у детей и подростков с туберкулезной инфекцией**

	Представление о здоровье	Представление о болезни	Отношение к болезни	Отношение к лечению	Представления о будущем	Отношение семьи к болезни	Отношение к госпитализации
<b>U-критерий Манна-Уитни</b>	275,500	281,000	230,000	259,000	279,500	295,500	<b>173,000</b>
<b>p</b>	0,504	0,575	0,095	0,291	0,564	0,802	<b>0,006</b>

Составлено автором

Итак, для детей и подростков с туберкулезной инфекцией характерно разделение своей жизни на «до заболевания» и «в настоящее время». Они пытаются давать советы другим людям по профилактике заболевания туберкулезом. Считают, что, если бы не туберкулезная инфекция, здоровье их было бы отменным, а зависит оно от врачей и лекарств. Излишняя бравада испытуемыми 16-18 лет в оценке своего здоровья объясняется отсутствием симптомов заболевания, нежеланием в связи с этим длительно лечиться, стремлением вернуться к обычной жизни в кругу своих друзей и семьи. В возрасте 7-10 лет представление о болезни не вызывает сильных отрицательных переживаний. Испытуемые расценивают свою болезнь как данность, в которой никто не виноват. В 11-12 лет мальчики чаще, чем девочки, испытывают страх перед заболеванием, склонны винить родственников и врачей в то, что вынуждены лечиться и находиться в стационаре. В возрасте 13-18 лет отмечается тенденция к отрицанию болезни, принижению ее значимости и недооцениванию тяжести последствий.

Большая часть испытуемых 7-10 лет относится к своему заболеванию как определенному событию в своей жизни, которое не имеет ничего общего с будущей жизнью. В возрасте 11-12 лет появляется множество страхов и опасений. С болезнью связано чувство безысходности, ожидание ухудшения самочувствия, невозможность жить полноценной жизнью. В возрасте 13 лет и старше подростки стараются продемонстрировать безразличное отношение к болезни и лечению. Они игнорируют реальную опасность заболевания, нарушая больничный режим, стараются быть как можно более активными в отношениях со сверстниками.

Негативное отношение к лечению отмечается в возрастной подгруппе 11-12 лет. Подростки считают, что «лечиться теперь надо будет всегда», «от лекарств только хуже становится», «ничего не болит, а врачи лечат». Дети в возрасте 7-10 лет воспринимают лечение как необходимость. Подростки в возрасте 13-18 лет стараются продемонстрировать готовность к лечению, многие из них знакомы с современными методами лечения, факторами развития осложнений в отсутствие лечения. Мотивация к лечению сформирована у большинства респондентов в возрасте старше 13 лет, но мотивы разные: «заставляют», «никуда не денешься», «умру, если не буду лечиться», «останусь заразным».

Будущее сильно беспокоит подростков. Они боятся остаться инвалидами, безработными, одинокими. Зависимость будущего от исхода заболевания указывалась лишь у небольшого количества испытуемых.

У детей в возрасте 7-10 лет отмечается позитивное представление о том, как близкие относятся к их заболеванию. Некоторые испытуемые отметили, что родители стараются ограничить их общение с другими детьми в семье. У респондентов 11-15 лет отмечается в большей степени негативное представление о том, как семья относится к их болезни. Подростки описывают ухудшение внутрисемейных отношений, часть респондентов

предъявляет претензии к членам своей семьи безосновательно. Часто ответы испытуемых сопровождаются агрессивными высказываниями в адрес родителей. Недостаток теплых семейных отношений подростки старались компенсировать общением со сверстниками, медперсоналом отделения.

У детей и подростков всех возрастных подгрупп отмечается в большей степени негативное отношение к госпитализации.

Отношение к болезни детей 7-10 лет и подростков 11-12 лет статистически достоверно отличается по всем показателям, за исключением отношения к госпитализации. Испытуемые указанных возрастных подгрупп одинаково тяжело воспринимают госпитальную среду и длительное нахождение в ней.

Дети 7-10 лет и 13-15 лет практически одинаково воспринимают лечение и госпитализацию, но по всем остальным параметрам отношения к болезни выявляются статистически значимые различия.

Испытуемые 7-10 лет и 16-18 лет имеют схожие представления о здоровье, лечении и одинаково воспринимают необходимость госпитализации.

Отношение к болезни подростков 11-12 лет статистически достоверно отличается от отношения к болезни молодых людей 16-18 лет, почти по всем показателям. Но взрослея, отношение к болезни становится схожим. Так, отношение к болезни подростков 13-15 лет статистически достоверно отличается от отношения к болезни юношей и девушек 16-18 лет лишь по показателям: «представление о здоровье», «отношение семьи к болезни ребенка», «отношение к госпитализации».

Проведен корреляционный анализ взаимосвязи показателей качества жизни и отношения к болезни детей и подростков с туберкулезной инфекцией. Данные представлены в таблице 3.

Таблица 3

**Корреляционный анализ взаимосвязи показателей качества жизни и отношения к болезни детей и подростков с туберкулезной инфекцией в зависимости от возраста**

	Поведение	Интеллектуальный и школьный статусы	Внешность	Тревожность	Популярность	Счастье и удовлетворенность	Здоровье	Психосоциальный статус
<b>7-10 лет</b>								
Представление о здоровье	-0,015	0,188	0,030	0,215	0,001	<b>-0,437*</b>	-0,264	-0,065
Отношение к болезни	0,160	-0,242	0,150	0,141	<b>0,455*</b>	-0,095	0,127	0,314
Представления о будущем	-0,129	0,104	<b>0,398*</b>	0,143	0,086	-0,315	0,093	0,205
<b>11-12 лет</b>								
Отношение к лечению	-0,032	0,096	-0,001	-0,100	<b>-0,429*</b>	<b>0,447*</b>	-0,086	-0,332
<b>13-15 лет</b>								
Отношение семьи к болезни	-0,038	0,287	0,178	-0,034	0,019	0,019	0,363	<b>0,466*</b>
<b>16-18 лет</b>								
Отношение к болезни	-0,094	<b>0,595**</b>	0,042	0,132	-0,143	-0,100	0,022	0,110
Отношение к лечению	-0,071	0,262	0,248	-0,008	0,173	-0,044	<b>0,433*</b>	-0,090
Представления о будущем	0,385	-0,311	0,039	-0,108	0,045	<b>-0,442*</b>	<b>0,437*</b>	-0,086
Отношение семьи к болезни	0,266	0,101	-0,231	-0,195	<b>0,397*</b>	-0,027	-0,007	0,226

\* при  $p \leq 0,05$ ; \*\* при  $p \leq 0,01$  (составлено автором)

В группе детей 7-10 лет выявлена прямая зависимость между показателями «отношение к болезни» и «популярность», «представление о будущем» и «внешность» (при  $p \leq 0,05$ ); обратная зависимость между показателями «представление о здоровье» и «счастье и удовлетворенность» (при  $p \leq 0,05$ ).

В группе подростков 11-12 лет обнаружена прямая корреляционная зависимость показателей «отношение к лечению» и «счастье и удовлетворенность» и обратная зависимость показателей «отношение к лечению» и «популярность» (при  $p \leq 0,05$ ).

У подростков 13-15 лет отмечается прямая зависимость показателей «отношение семьи к болезни» и «психосоциальный статус» (при  $p \leq 0,05$ ).

Совсем иная картина наблюдается в группе молодых людей 16-18 лет: прямая зависимость показателей «отношение к болезни» и «интеллектуальный и школьный статусы» (при  $p \leq 0,01$ ); показатель «здоровье» находится в прямой взаимосвязи с показателями «отношение к лечению» и «представление о будущем» (при  $p \leq 0,05$ ); между показателями «представление о будущем» и «счастье и удовлетворенность» имеют обратную корреляционную зависимость (при  $p \leq 0,05$ ).

Таким образом, связь показателей качества жизни с отношением к болезни очевидна. Полученные данные позволяют выделить «мишени» психолого-педагогического сопровождения детей и подростков с туберкулезной инфекцией на этапах стационарного и амбулаторного лечения с учетом половозрастных особенностей.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Солохина Л.В., Дьяченко О.А., Яринчук Е.И. Изучение качества жизни детей, больных туберкулезом // Дальневосточный медицинский журнал. 2010. – № 1. – С. 134-137.
2. Куфакова Г.А., Овсянкина Е.С. Центральный НИИ туберкулеза РАМН, Факторы риска развития заболевания туберкулезом у детей и подростков из социально-дезадаптированных групп населения // Большой Целевой Журнал о туберкулезе. – 1998. – №1.
3. Маслова О.В., Киселевич О.К., Власова Е.Е., Юсубова А.Н., Богданова Е.В. Первичный туберкулез у детей раннего возраста из семейного контакта // Туберкулез и болезни легких. – 2014. – № 8. – С. 67-68.
4. Цыганкова Е.А., Мордык А.В., Турица А.А. Возрастные проявления туберкулеза у детей // Туберкулез и болезни легких. – 2014. – № 8. – С. 111-112.
5. Старшинова А.А., Довгальок И.Ф., Павлова М.В. Факторы высокого риска в развитии туберкулеза у детей из семейного очага инфекции // Туберкулез и болезни легких. – 2014. – № 8. – С. 96-97.
6. Аксенова В.А., Барышникова Л.А., Севостьянова Т.А., Клевно Н.И. Туберкулез у детей в России и задачи фтизиатрической и общей педиатрической службы по профилактике и раннему выявлению заболевания // Туберкулез и болезни легких. – 2014. – №3. – С. 40-46.
7. Винярская И.В. Современное состояние проблемы изучения качества жизни в педиатрии // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2006. – № 3. – С. 28-31.

8. Чичерин Л.П., Куценко Г.И., Жилыева Е.П. Реформирование медицинского обеспечения детей и подростков на уровне первичного звена здравоохранения // Бюл. Научно-исследовательского института социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко. – М., 2000. – С. 189-191.
9. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. – 320 с.
10. Черников В.В., Валиуллина С.А. Методологические аспекты изучения качества жизни детей раннего возраста // Актуальные проблемы педиатрии: сб. мат-лов X Конгресса педиатров России – М., 2006. – Т. 5, №1. – С. 99.
11. West A. Methodological issues in the assessment of quality of life in childhood asthma: what educational research has to offer // Assessment of Quality of Life in Childhood Asthma. Eds. Christie. M., French D. Switzerland: Harwood Academic Publishers. – 1994. – P. 121-130.
12. Varni J. et al. The Peds QL in pediatric rheumatology: Reliability, validity and responsiveness of the Pediatric Quality of Life Inventory Generic Core Scales and Rheumatology Module // Arthritis and Rheumatism. – 2002. – Vol. 46. – P. 714-725.
13. Винярская И.В., Баранов А.А. Методология изучения качества жизни в педиатрии: учеб. пос. – М., 2008. – 16 с.
14. Монахов М.В. Качество жизни семей, имеющих детей с ограниченными возможностями // Информ. бюл. «Первичная профилактика рака». – 2005. – № 1.
15. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Винярская И.В. и др. Итоги, задачи и перспективы изучения качества жизни в отечественной педиатрии // Вопросы современной педиатрии. – 2007. – Т. 6, № 3.
16. Лебедева А.А. Качество жизни лиц с ограниченными возможностями здоровья: от среднего подхода к личностному // Культурно-историческая психология. 2012. № 1. С. 83-91.
17. Психологическая диагностика расстройств эмоциональной сферы и личности: Коллект. Моногр. / Науч. Ред. Л.И. Вассерман, О.Ю. Щелкова. – Спб., Скифия-принт, 2014. – 408 с.



**Zakharova Elena Vladimirovna**

Samara state medical university, Samara, Russia

E-mail: [proscha1088@mail.ru](mailto:proscha1088@mail.ru)

## Quality of life and attitude to the disease of children and adolescents with tuberculosis infection

**Abstract.** The article presents the results of a study of the quality of life and attitudes towards the disease of children and adolescents with tuberculosis infection. The urgency of the problem is due to the fact that there are few domestic works on assessing the quality of life in children. This is due to the lack of uniform methodological approaches. The quality of life of children suffering from socially determined diseases has its own characteristics. The disease can be perceived by patients and their parents as a serious pathology, and can be regarded as physiological phenomena characteristic of a certain age. In the course of the study revealed a deterioration in the quality of life for all the studied parameters. It was established that the degree of decline in the quality of life depends on the age of the subjects. They studied the respondents' perceptions about health and illness, attitudes toward the disease, hospitalization and treatment, the idea of their future, and the attitude of the family towards the illness. For children and adolescents with tuberculosis infection is characterized by the division of their lives into "before the disease" and "in the present." They consider that their health depends on doctors and medicines, they tend to regard their illness as a given. At the age of 13-18, there is a tendency to negate the disease, downplay its significance and underestimate the severity of the consequences. At the age of 11-12 years a lot of fears and fears appear. Disease associated with a sense of hopelessness, the expectation of deterioration of health, the inability to live a full life. A negative attitude towards treatment is noted in the age subgroup of 11-12 years old. They ignore the real danger of the disease, disrupting the hospital regime, try to be as active as possible in relations with their peers. In children and adolescents of all age subgroups, there is a more negative attitude towards hospitalization. Subjects perceive the hospital environment and a long stay in it. The relationship between quality of life indicators and attitudes towards the disease has been established. The data obtained allow us to identify the "targets" of psychological and pedagogical support of children and adolescents with tuberculosis infection at the stages of inpatient and outpatient treatment, taking into account age and sex characteristics.

**Keywords:** quality of life; attitude to the disease; attitude to treatment; attitude to hospitalization; the concept of health; the concept of the disease; psychosocial status; children and adolescents with tuberculosis infection