БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ СОЦИОКУЛЬТУРНЫХ КОММУНИКАЦИЙ
Кафедра общей и клинической психологии

6 курс

1 группа

Купрацевич Екатерина Юрьевна

ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ, ОСВОБОДИВШИХСЯ ИЗ МЕСТ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ.

Дипломная работа

Научный руководитель:
доцент кафедры общей и клинической психологии
К. Ю. Королев

Допущена к защите
Заведующий кафедрой общей
и клинической психологии,
профессор
_____В.А. Доморацкий
«___» _____ 20 ___ г.

Минск 2018

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ 2
ВВЕДЕНИЕ 3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ АСПЕКТОВ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ 6
1.1 Эпидемиологические показатели заболеваемости туберкулезом в Республике Беларусь 6
1.2 Медико-социальная характеристика больных туберкулезом и умерших от туберкулеза легких 7
1.3 Роль социально – экономических и психологических факторов в заболеваемости туберкулезом легких 11
1.4 Государственные мероприятия по борьбе с туберкулезом 14
Выводы 16
ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ, ОСВОБОДИВШИХСЯ ИЗ МЕСТ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ 17
2.1 Материалы и методы исследования 17
2.2 Описание использованных методик, процесса исследования и методов обработки данных 19
2.2.1 Методика «ТОБОЛ» 19
2.2.2 Методика оценки качества жизни человека «МИКЖ – 2006» 21
2.2.3 «Большая пятерка» личностных качеств 24
2.2.4 Организация процесса исследования 25
2.3 Анализ и обсуждение результатов исследования 26
2.3.1 Исследования качества жизни больных туберкулезом, освободившихся из мест лишения свободы 26
2.3.2 Исследования качества жизни больных туберкулезом легких без судимости 30
2.3.3 Сравнительный анализ качества жизни больных туберкулезом легких, освободившихся из мест лишения свободы и не имевших судимости 34
Выводы 42
ЗАКЛЮЧЕНИЕ 43
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК 44
ПРИЛОЖЕНИЯ 48

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ВОЗ – Всемирная Организация здравоохранения
ВИЧ – вирус иммунодефицита человека
ДОТС (DOTS) – стратегия Всемирной организации здравоохранения, предусматривающая лечения под прямым наблюдением
ИУ – исправительное учреждение
МЗ – Министерство здравоохранения
МБТ – микобактерии туберкулеза
МЛУ-ТБ – туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью
ООН – Организация Объединенных Наций
РНПЦ – Республиканский научно-практический центр
УЗ – учреждение здравоохранения
БелМАПО – Белорусская медицинская академия последипломного образования

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Проблема туберкулеза в последнее десятилетие приобрела значительную актуальность во всем мире, особенно в странах с нестабильным социально-экономическим положением. В настоящее время эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Беларуси вызывает тревогу. Показатели, характеризующие уровень распространения данной инфекции в обществе, остаются высокими. Туберкулез в Республике Беларусь продолжает оставаться распространенным заболеванием, наносящим значительный ущерб здоровью населения и экономике страны.

Экономические потери общества, связанные с туберкулезам, обусловлены как высокой стоимостью лечения, так и длительной, а зачастую и полной утратой трудоспособности и связанными с этим значительными затратами на социальное обеспечение по инвалидности.

Ежегодно тысячи осужденных, больных туберкулезом, освобождаются из мест лишения свободы. Предшествующее пребывание в условиях изоляции, разрыв семейных, родственных и других социальных связей приводит к тому, что значительная часть освобожденных, пациентов с туберкулезом легких, продолжают вести асоциальный образ жизни и являются источниками распространения туберкулеза. Отсутствие работы и средств существования у значительной части больных туберкулезом, освободившихся из мест лишения свободы, уклонение от диспансерного учета и противотуберкулезного лечения составляют объективные проблемы качества жизни данной категории лиц.

Учитывая высокую распространенность и большое медико-социальное значение туберкулеза легких, проблема изучения качества жизни у пациентов с данным заболеванием является крайне актуальной. Вместе с тем, в доступной нам медицинской литературе очень мало публикаций, посвященных качеству жизни пациентов с туберкулезом легких. В Республике Беларусь данное научное направление только развивается. Кроме того, проведенные исследования не затрагивают вопросов качества жизни пациентов с туберкулезом легких, освободившихся из мест лишения свободы, отсутствуют методики оценки качества жизни данного контингента больных, не сформулированы основные критерии, определяющие уровень качества жизни, в то время как систематический учет ряда аспектов качества жизни важен для организации как лечебно-профилактических мероприятий, так и проводимой психотерапии.

Решение проблемы туберкулеза, осуществление мер по его профилактике невозможно без знания факторов, способствующих распространению данного заболевания в каждом отдельном случае и в каждой социальной группе, а также без оценки медико-социальных особенностей качества жизни пациентов с туберкулезом легких. Исследуя качество жизни пациента, страдающего туберкулезом, освободившегося из

мест лишения свободы, можно получить данные, характеризующие его физическое, психологическое и социальное состояние, оценить влияние заболевания на состояние пациента на фоне положительной клинической динамики.

Качество жизни – категория, включающая сочетание условий жизнеобеспечения и состояния здоровья, позволяющее достичь физического, психологического и социального благополучия и самореализации [19,18]. Также это и показатель, отражающий степень адаптации человека к болезни и возможность выполнения им привычных функций, соответствующих его социальному статусу и экономическому положению.

Качество жизни напрямую зависит от состояния здоровья, коммуникаций в социуме, психологического и социального статуса, свободы деятельности и выбора, от стрессов и чрезмерной озабоченности, организованности досуга, уровня образования, доступа к культурному наследию, социальному, психологическому и профессиональному самоутверждению.

Необходимо изучение эпидемиологии туберкулеза, выявление региональных его особенностей, изучение взаимосвязи медико-социального статуса и качества жизни пациентов с туберкулезом легких, освободившихся из мест лишения свободы.

Предпринятая работа очень важна, актуальна, нова и значима в связи с тем, что таких научных исследований проводится недостаточно, а в условиях УЗ «Минский областной противотуберкулезный диспансер» – впервые. Остается малоизученным вопрос взаимосвязи медико-социального статуса пациента и уровня качества его жизни. Это и определило выбор темы исследования.

Цель исследования: представить характеристику качества жизни пациентов с туберкулезом легких, освободившихся из мест лишения свободы, в сравнении с пациентами данной формы туберкулеза, не имевшими судимости.

Объект исследования: пациенты с туберкулезом легких, освободившиеся из мест лишения свободы.

Предмет исследования: параметры качества жизни пациентов с туберкулезом легких.

Гипотеза исследования: качество жизни пациентов с туберкулезом легких, освободившихся из мест лишения свободы значительно ниже, чем качество жизни пациентов с этой же формой туберкулеза, не имевших судимости.

Задачи исследования:

– выявить особенности отношения к болезни у пациентов с туберкулезом легких, освободившихся из мест лишения свободы по сравнению с пациентами с аналогичной формой туберкулеза, не имевшим судимости, при помощи методики «ТОБОЛ»;

– охарактеризовать качество жизни пациентов с туберкулезом легких, освободившихся из мест лишения свободы, по методике «МИКЖ – 2006»;

– дать описание психологического портрета личности пациентов с туберкулезом легких, ранее судимых, по пятифакторному опроснику личности «Большая пятерка».

Новизна, теоретическая и практическая значимость исследования заключаются в том, что данные, полученные при изучении качества жизни пациентов с туберкулезом легких, освободившихся из мест лишения свободы, позволили охарактеризовать их физическое состояние, психологический и социальный статус, оценить влияние заболевания и ранее имевшуюся судимость на их эмоциональную сферу. Впервые проведена интегральная оценка качества жизни, психологических особенностей и отношения к болезни пациентов туберкулезом, находившихся ранее в местах лишения свободы.

База исследования: УЗ «Минский областной противотуберкулезный диспансер» Минский район, д. Лесковка. УЗ «Минский противотуберкулезный диспансер» является специализированным лечебно-диагностическим учреждением для больных с заболеваниями органов дыхания, базовым стационаром для лечения впервые выявленных больных туберкулезом, организационно-методическим центром противотуберкулезной работы в области. На базе УЗ «Минский областной тубдиспансер» функционирует кафедра пульмонологии и фтизиатрии БелМАПО. Диспансер является базой стажировки врачей по фтизиатрии, пульмонологии, торакальной (легочной) хирургии.

Общее количество человек, принимавших участие в эмпирическом исследовании, составило 62 человека. Из них 31 – основная группа, и 31 человек – группа сравнения.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ АСПЕКТОВ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

1.1 Эпидемиологические показатели заболеваемости туберкулезом в Республике Беларусь

Туберкулез – это опасное инфекционное заболевание, при котором поражаются все органы, но чаще всего легкие.

Туберкулез является медико-социальной проблемой, на которую оказывают влияние экономические и социальные факторы, качество жизни и питания.

Источником заряжения является больной активной формой туберкулеза легких. При разговоре, кашле, чихании больные люди выделяют в воздух большое количество бактерий, которые могут длительное время оставаться в плохо проветриваем помещении и попадать в организм здорового человека.

Туберкулезом чаще всего болеют малообеспеченные, слабо защищённые слои населения: безработные, переселенцы, беженцы, мигранты, лица без определенного места жительства, а также лица, вернувшиеся из мест лишения свободы. Заболевают туберкулезом часто люди, страдающие тем или иным заболеванием, ослабляющим иммунитет. В первую очередь это больные хроническими нетуберкулезными заболеваниями легких, сахарным диабетом, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, психическими заболеваниями и наркоманией, хроническим алкоголизмом, а также больные, получающие длительную гормональную терапию.

В 1993 г. Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) объявила туберкулез «Проблемой глобальной опасности». По неполным данным ВОЗ ежегодно туберкулезом заболевают 9 млн. человек и более 3 млн. умирает от этой болезни. По прогнозам ВОЗ к 2030 г. могут умереть от туберкулеза до 87 млн. человек, в основном по причине отсутствия действенной помощи [22,5].

Туберкулез (ТБ) по-прежнему представляет собой серьезную проблему общественного здравоохранения в странах Европейского региона Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ). По последним оценкам, в 2015 г. в регионе было зарегистрировано около 323000 новых случаев и рецидивов ТБ и 32000 смертей, главным образом в странах Восточной и Центральной Европы. Последние 15 лет число новых случаев ТБ снижалось в среднем на 4,5% в год, но проблема ТБ по-прежнему остается высокоприоритетной.

Находясь в центре Европы, Беларусь не является исключением, и все проблемы заболеваемости туберкулезом и смертности от него в развитых странах непосредственно касаются и населения нашей республики.

В Республике Беларусь отмечается неблагоприятная ситуация по МЛУ-ТБ. Согласно данным ВОЗ, в 2015 г. показатель МЛУ среди вновь выявленных больных пациентов составил 37%, а среди ранее проходивших лечение – 69%. Из пациентов, которым в 2012 г. был поставлен диагноз МЛУ-ТБ, лишь чуть больше половины (54%) были успешно пролечены [41,123 – 125].

В Минской области также остается значимой следующая проблема: множественные лекарственно-устойчивые формы ТБ среди впервые выявленных случаев и рецидивов. Так, в 2014 г. среди 350 впервые выявленных случаев ТБ органов дыхания, подтвержденных бактериовыделением, 90 случаев (25,7%) с лекарственно-устойчивыми формами ТБ, среди 113 случаев рецидивов ТБ 68 (60,2%) это лекарственно-устойчивые формы ТБ. В 2015 г. среди 310 впервые выявленных случаев ТБ органов дыхания, подтвержденных бактериовыделением, 96 случаев (31,0%) с лекарственно-устойчивыми формами ТБ, среди 110 случаев рецидивов ТБ 70 (63,6%) это лекарственно-устойчивые формы ТБ. В 2016 г. из 279 впервые выявленных случаев ТБ органов дыхания, подтвержденных бактериовыделением, 98 случаев (35,1%) с лекарственно-устойчивыми формами ТБ, среди 71 случаев рецидивов ТБ 48 (67,6%) это лекарственно-устойчивые формы ТБ, т. е. доля лекарственно-устойчивых форм ТБ увеличивается.

Из года в год возрастает число случаев ассоциированного с ВИЧ туберкулеза. Кумулятивное число ТБ/ВИЧ составило на 1 января 2017 г. 3150 человек (на 1января 2005 г. – 222), а среди заболевших ТБ в 2016 г. 8,7% имели сопутствующую ВИЧ-инфекцию [40].

1.2 Медико-социальная характеристика больных туберкулезом и умерших от туберкулеза легких

Сегодня больные туберкулезом – нередко наркоманы, лица без определенного места жительства, заключенные или освободившиеся из мест лишения свободы, ВИЧ-инфицированные, лица, страдающие хроническим алкоголизмом, безработные, мигранты из регионов с повышенной заболеваемостью туберкулезом – это так называемые социальные группы риска по туберкулезу.

Выделение указанных групп и систематическое обследование их считается одним из непременных условий своевременного выявления туберкулеза. Врачи общей лечебной сети должны быть осведомлены об угрожаемых контингентах и регулярно (ежегодно) проводить им флюорографическое обследование в поликлинике.

Для получения сравнительных данных и информационного обеспечения Всемирная организация здравоохранения рекомендует систему квалификации больных или лиц, подозрительных на туберкулез и находящихся в контакте с больным туберкулезом. Информация, собранная при помощи этой классификации, формирует основу для санитарной

статистики в мире. За случай туберкулеза принимается заболевание, подтвержденное обнаружением микобактерий туберкулеза, выделенных их очага заражения (с мокротой, мочой и т. д.) или полученных из тканей путем биопсии [41,221].

В соответствии с этой классификацией пациенты делятся на 6 групп:

– Группа 0 – В этой группе регистрируются лица, имеющие отрицательный туберкулиновый тест и не состоящие в контакте с больным туберкулезом;

– Группа 1 – Подвергнувшиеся туберкулезной инфекции, при отсутствии симптомов инфицирования. Лица, контактирующие с больным туберкулезом, но имеющие отрицательный туберкулиновый тест. Если это ребенок, то должны отсутствовать рентгенологические симптомы в грудной клетке. Может возникнуть необходимость в подтверждении состояния через 3 месяца;

– Группа 2 – Туберкулезное инфицирование есть, но клинических признаков нет. Пациенты с выраженной туберкулиновой реакцией, при отсутствии клинических, рентгенологических и бактериологических признаках болезни;

– Группа 3 – Клинически активный туберкулез. Группа включает всех пациентов с клинически активным туберкулезом, у которых результаты обследования подтверждают диагноз; если результаты обследования сомнительны, данный случай следует отнести в группу 5;

– Группа 4 – Клинически неактивный туберкулез. В анамнезе заболевание туберкулезом или патологические, но стабильные рентгенологические признаки в легких, положительный туберкулиновый тест, отрицательные бактериологические тесты и отсутствие клинических или рентгенологических признаков болезни. Пока активность заболевания не исключена, такой случай должен быть включен в группу 5;

– Группа 5 – Подозрение на наличие туберкулеза. Пациенты, у которых подозревается наличие активного туберкулеза на основании клинических, рентгенологических и/или эпидемиологических данных. Этот статус используется в течение 3 месяцев, пока не будет установлен точный диагноз [9,83].

Согласно Приказу МЗ Республики Беларусь от 04.07.2002 года №106 «О совершенствовании диспансерного наблюдения и выявления больных туберкулезом в Республике Беларусь» принято различать 4 клинические категории больных (ККБ):

- категория I – впервые выявленные больные (новые случаи) туберкулезом органов дыхания (распространенные формы, с распадом и бактериовыделением);
- категория II – больные с рецидивом заболевания, неудачей в лечении или возобновившие лечение после перерыва;

- категория III – больные с ограниченными формами туберкулеза органов дыхания (с ограниченным процессом, без распада и бактериовыделения);
- категория IV – больные с хроническими формами заболевания и с хроническим прогрессирующим течением, в т. ч. с множественной лекарственной устойчивостью МБТ к противотуберкулезным препаратам [32,2].

Контингенты, подлежащие учету в диспансере, распределяются на следующие группы диспансерного учета (ГДУ):

- 0 (нулевая группа) – туберкулез органов дыхания (ТОД) сомнительной активности;
- I группа – хроническое прогрессирующее течение туберкулеза органов дыхания и его хронические формы;
- II группа – хроническое прогрессирующее течение туберкулеза органов дыхания и его хронические формы;
- III группа – излеченный туберкулез органов дыхания;
- IV группа – контакты;
- V группа – внелегочной туберкулез;
- VI группа – дети и подростки, инфицированные МБТ, невакцинированные БЦЖ или имеющие поствакцинальные осложнения;
- VII группа – саркоидоз.

Следует отметить, что в последнее время все большее внимание исследователей привлекают к себе показатели качества жизни больного.

Согласно определению ВОЗ под «качеством жизни» понимается восприятие индивидом его позиции в жизни в контексте культуры и в отношении его целей, стандартов, ожиданий [13,4]. Из этого определения следует, что сущность качества жизни имеет преимущественно социально-психологическую природу. При этом суть «качества» заключается в оценке человеком собственной удовлетворенности различными аспектами своей жизни, которые связаны с уровнем его запросов.

Есть и другие определения качества жизни, согласно которым «качество жизни» – субъективный показатель удовлетворения человеческих потребностей, степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках своего социума.

Таким образом, анализируя все вышеизложенные понятия, можно предположить, что само понятие, восприятие, представление о качестве собственной жизни у разных людей – разные. Однако существует некоторый круг общепризнанных, наиболее важных факторов и показателей качества жизни человека, которые могут быть отнесены к ключевым, а также применяться и для оценки качества жизни больных туберкулезом, освободившихся из мест лишения свободы. Между тем, следует обратить внимание на то, что данная схема выстроена исходя из субъективных представлений о приоритетности, значимости таких факторов и показателей:

1. Фактическое состояние физического, психологического, психического и душевного здоровья человека;
2. Семейное положение, наличие детей;
3. Удачность и неудачность выбранной профессии;
4. Жилищные и бытовые условия;
5. Материальное положение;
6. Возможность разнообразного культурного досуга;
7. Возможность заниматься спортом;
8. Свобода вероисповедания и выражения религиозных чувств;
9. Наличие какого-либо страстного увлечения – хобби;
10. Социальные качества человека;
11. Психологические качества.

Кроме перечисленных выше социальных качеств, большое значение для качества жизни человека имеют образованность, воспитанность [27,46]. Таким образом, можно предположить, что качество жизни включает в себя качество человека, качество образования, качество культуры, качество среды обитания (экологии), качество социальной, экономической и политической организации общества. Человек должен максимально заботиться о сохранении своего здоровья, не только в личных интересах, но и в интересах ближних, чтобы не причинять страдания и не становиться обузой для окружающих его людей при опасных заболеваниях, которых можно было бы избежать.

Подходы к изучению качества жизни при различных заболеваниях, в том числе и туберкулеза, имеют необходимые временные оценочные интервалы: ближайшие и долгосрочные показатели качества жизни. Анализ ближайших параметров в основном базируется на субъективных ощущениях пациента. В этой категории мы рассматриваем симптомы заболевания, жалобы, временную утрату работоспособности, которые определяют краткосрочное снижение качества жизни.

Таким образом, эффективность мероприятий, направленных на снижение уровня смертности, зависит от социально-экономических, гигиенических, санитарных, медико-организационных факторов. Анализ ближайших параметров в основном базируется на субъективных ощущениях пациента. В этой категории мы рассматриваем симптомы заболевания, жалобы, временную утрату работоспособности, которые определяют краткосрочное снижение качества жизни. Оценка долгосрочных показателей зависит от выживаемости пациентов и частоты необходимых госпитализаций. При этом анализируются симптомы и жалобы, влияющие на отдельный прогноз заболевания.

Так, для оценки качества жизни в клинических исследованиях целесообразно выделять 3 основных компонента, характеризующих медицинские аспекты качества жизни:

1. *Функциональные способности* включают сохранение

физиологических функций, обеспечивающих возможность осуществлять повседневную деятельность, социальную, интеллектуальную и эмоциональную функции, создавать экономическую обеспеченность;

2. *Восприятие* включает взгляды человека и его суждение о ценности перечисленных выше компонентов. Важное значение имеет восприятие общего состояния здоровья, уровня благополучия и удовлетворенности жизнью;
3. *Симптомы* являются следствием основной или сопутствующей патологии, они уменьшаются либо исчезают в результате вмешательства, могут появляться из-за побочного действия лекарств или прогрессирования процесса [24,65].

Методы изучения качества жизни основываются на определении пациентами уровня своего благополучия в физическом, психическом, социальном и экономическом отношениях. Все эти компоненты могут быть проанализированы отдельно или в целом с помощью различных анкет, тестов, шкал, индексов.

Таким образам, при всей относительности многих критериев, показатель качества жизни в значительной степени определяется самим пациентом, так как качество жизни – объективный критерий субъективности.

Туберкулез как хроническое инфекционное заболевание влияет на уклад жизни больного, изменяя его отношение к жизненным ценностям. Потеря работы, понижение социального статуса и положения в обществе, возникновение социальной дезадаптации являются базисом постоянного стресса пациента, нивелируют эффективность проводимой химиотерапии.

По материалам УЗ «МОПТД» за 2016 г. случаи смерти от туберкулеза по всем областям республики составили 840 человека.

Среди умерших от туберкулеза постоянных жителей было 840 человек (91,6%), лиц БОМЖ – 8,4%. При изучении возрастно-полового состава установлено, что мужчин было 83%, женщин – 16,6%. Возраст умерших колеблется от 24 лет до 91 года. Наиболее высокая смертность отмечена в возрасте 41 – 60 лет (58,6%). Средний возраст умерших составил 49,6 года.

При изучении социального положения больных, умерших от туберкулеза, установлено, что самой многочисленной группой явились безработные лица трудоспособного возраста 59,6%. Инвалиды составили 20,3%, пенсионеры по возрасту и выслуге лет – 14,3%. Самой немногочисленной группой явились работающие 6%. Среди умерших отбывали сроки наказания в исправительно-трудовых учреждениях 8,4% больных. Наличие алкоголизма выявлено у 64,6 % больных.

На исход заболевания оказывает влияние эффективность лечения. Установлено, что 32% больных уклонялись от лечения, 25% принимали противотуберкулезные препараты нерегулярно.

Умершие от туберкулеза больные представляли перед смертью большую эпидемическую опасность для окружающих. Летальные исходы,

наступившие дома, составили 19,7%, в стационаре – 80,3% [23,4 – 9].

1.3 Роль социально – экономических и психологических факторов в заболеваемости туберкулезом легких

Социально-экономическое развитие общества является важным показателем состояния здоровья населения. К сожалению, на сегодняшний день многие люди не соблюдают самых простейших, обоснованных наукой норм здорового образа жизни. Негативные социально-экономические проблемы отрицательно влияют на обычный уклад жизни большинства населения. Это приводит к дезадаптации личности в конкретной микросоциальной среде, отражаясь на психическом и физическом здоровье человека. Поддаваясь пагубной привычке к курению, наркотикам и алкоголю, люди активно укорачивают свою жизнь. Они чаще страдают социальными заболеваниями, что обусловлено условием и образом их жизни, уровнем материального обеспечения и образования, составом семьи и т. д.

В настоящее время в эпидемиологии инфекционных и неинфекционных болезней, особое внимание уделяется поиску факторов риска, т. е. «тех элементов социальной и природной среды, особенностей поведения людей, которые увеличивают риск возникновения заболеваний» [11,20].

Так, главными причинами туберкулеза, неблагоприятными факторами и условиями, способствующими инфицированности, заболеваемости туберкулезом и осложняющие течение болезни являются:

– неблагоприятные социальные и экологические условия жизни;
– неполноценное питание;
– алкоголизм, курение, наркомания;
– снижение иммунитета;
– стрессы;
– наличие сопутствующих заболеваний [6,51].

Кроме того, наиболее страшны в настоящее время факторы, резко снижающие общие иммунологические механизмы – СПИД, врожденный и приобретенный иммунодефицит.

Важными факторами, которые значительно повлияли на распространение туберкулеза, являются ухудшение социально-экономической ситуации, разрушение четко действующей в СССР системы организационных мероприятий, контроля над туберкулезом. Также напряженность эпидемической ситуации поддерживают социально-неблагополучные категории населения, беженцы, мигранты, переселенцы, бездомные, лица, освободившиеся из мест лишения свободы, то есть все те, кто трудно привлекается к обследованию и лечению. Остро стоит проблема туберкулеза в тюрьмах.

В настоящее время доказано, что устойчивость и чувствительность связаны как с врожденными, так и с приобретенными механизмами защиты.

Сопротивляемость к туберкулезу генетически запрограммирована полигенным контролем. Для реализации этой предрасположенности в болезнь, кроме возбудителя, необходимы соответствующие условия среды, влияющие на состояние макроорганизма. Неполноценное питание, соматические и инфекционные заболевания, операции и травмы, переохлаждения, эндокринные нарушения и стрессы нарушают адаптационные возможности организма, страдают как неспецифические защитные механизмы, так и иммунологические [6,55].

Выявляемость туберкулеза у социально-дезадаптированных лиц, у лиц, освободившихся из мест лишения свободы выше, чем среди всего населения. Поэтому социально-неблагополучные группы населения, отличаясь высокой пораженностью туберкулезом, но, как правило, выпадая из системы проверочных осмотров, становятся в последние годы одним из ведущих факторов эпидемиологической ситуации по туберкулезу в нашей стране. Проблема также состоит в том, что данный контингент пациентов не несет никакой ответственности за отказ от лечения, самовольно покидает клинику и тем самым является массивным источником заражения окружающих.

К причинам распространения туберкулеза необходимо отнести и негативное отношения населения, в частности населения сельской местности, к проведению флюорографического исследования. Это приводит к тому, что впервые выявленные больные обнаруживаются в поздний срок и с лекарственно устойчивой формой, когда подобрать противотуберкулезные препараты уже трудно.

Самое негативное следствие оказывает и то, что пациенты не желают признавать, что у них туберкулез, и не обращаются в лечебное учреждение, потому что боятся стать в обществе изгоями. Такое поведение мешает борьбе с туберкулезом и способствует его распространению.

Туберкулез не может оказывать влияние на общее благополучие больного и качество его жизни. Потеря работы, снижение социального статуса и положения в обществе, возникновение социальной дезадаптации изменяют отношение больного к жизненным ценностям, становятся причиной его постоянного стресса, что значительно снижает эффективность проводимой химиотерапии.

Обнаружение туберкулеза обычно является психологической травмой для больного и его родственников. Переживания больного связаны с необходимостью разобщения с близкими, проблемами с трудовой деятельностью, необходимостью длительного лечения, беспокойством о возможности заражения близких при контакте с ними. Значительную часть этих переживаний можно предупредить санитарно-просветительной работой среди населения, информировании о мерах профилактики и возможности раннего выявления туберкулеза. Не маловажным здесь, по мнению автора, является и помощь социального работника, психолога, которые призваны помочь больному и его близким адаптироваться к сложившейся ситуации. Девиз «предупрежден – значит вооружен» в этом плане всегда актуален

[8,25].

1.4 Государственные мероприятия по борьбе с туберкулезом

В Республике Беларусь проблема ТБ находится на постоянном контроле государства. Основным направлением деятельности противотуберкулезной службы до 2020 г. является реализация подпрограммы «Туберкулез» государственной программы «Демографическая безопасность, здоровье населения Республики Беларусь» на 2016 – 2020 гг., главным приоритетом которой является борьба с МЛУ-ТБ. Дополнительно к государственным финансовым средствам в республику привлечены финансовые ресурсы Глобального Фонда для борьбы с синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД), ТБ и малярией, текущий грант которого охватывает 2016 – 2018 гг. и направлен на усиление мероприятий в рамках действующей Государственной Программы.

Основными принципами государственной политики в области туберкулеза являются:

– признание проблемы туберкулеза на государственном уровне;

– межведомственный подход к реализации программ по туберкулезу;

– проведение обязательных медицинских профилактических осмотров населения из групп повышенного риска по заболеваемости туберкулезам;

– обеспечение в полном объеме больных туберкулезом противотуберкулезными препаратами первого и второго ряда;

– пропаганда здорового образа жизни по предупреждению распространения туберкулезной инфекции с использованием средств массовой информации;

– привлечение дополнительных финансовых ресурсов для реализации национальной стратегии профилактики, диагностики и лечения туберкулеза [25,12].

В 2015 г. разработано и утверждено 8 нормативных документов, направленных на оптимизацию оказания фтизиатрической помощи и предупреждение распространения множественно лекарственно-устойчивого туберкулёза (МЛУ-ТБ), проведены 2 международные научно-практические конференции, 4 республиканских семинара (совещания) по различным аспектам борьбы с туберкулёзом и 21 областной обучающий семинар.

Успешно реализована программа международной технической помощи «Внедрение стратегии СТОП-ТБ в Беларуси, в частности, направленной на меры по борьбе с туберкулёзом с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ)», финансируемая за счет средств Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулёзом и малярией (ГФСТМ). На 2016 – 2018 гг. выделен новый грант на борьбу с туберкулёзом в размере $11,8 млн. [40].

Всемирная ассамблея здравоохранения, ежегодно созываемая ВОЗ во Дворце Наций в Женеве, приняла резолюцию, в которой полностью одобрила

новую Глобальную стратегию по туберкулёзу с её амбициозными целями на период после 2015 г. «Ликвидировать эпидемию ТБ» (End TB Strategy).

Эта стратегия направлена на ликвидацию глобальной эпидемии ТБ, а целями являются снижение смертности от ТБ на 95% и уменьшение числа новых случаев заболевания на 90% за период с 2015 по 2035 годы, а также обеспечение того, чтобы ни одна семья не несла катастрофических расходов в связи с ТБ. Промежуточные целевые ориентиры намечены на 2020, 2025 и 2030 годы [23,109 – 116].

Резолюция призывает правительства адаптировать и проводить стратегию при высоких уровнях приверженности и финансирования. Особое внимание в стратегии уделяется обслуживанию групп населения, особо уязвимых перед инфекцией и имеющих крайне ограниченный доступ к медицинской помощи, таких как мигранты. В стратегии и резолюции подчёркивается необходимость взаимодействия с партнёрами в рамках сектора здравоохранения и за его пределами в таких областях, как социальная защита, трудовые ресурсы, иммиграция и правосудие.

Секретариату ВОЗ предлагается оказывать содействие государствам-членам для адаптирования и введения в действие стратегии с учетом важности принятия мер в отношении ТБ с множественной лекарственной устойчивостью и укрепления международного сотрудничества. ВОЗ также предлагается проводить мониторинг осуществления и оценивать прогресс на пути достижения промежуточных контрольных показателей и целевых показателей на 2035 г.

Целевые показатели на 2035 год:

- снижение смертности от ТБ на 95% (по сравнению с уровнем 2015 г.);
- снижение заболеваемости ТБ на 90% (<10 на 100 000 населения);
- ни одна из затронутых семей не несёт катастрофических расходов в связи с ТБ.

Контрольные показатели на 2025 год:

- снижение смертности от ТБ на 75% (по сравнению с уровнем 2015 г.);
- снижение заболеваемости ТБ на 50% (по сравнению с уровнем 2015 г.) (<55 на 100 000 населения);
- ни одна из затронутых семей не несёт катастрофических расходов в связи с ТБ [40].

Выводы

Таким образом, туберкулез – социально-зависимое заболевание. Во-первых, условия жизни при недостатке жилищной площади, характерные для жизни малоимущих семей, увеличивают вероятность первичного заражения. Во-вторых, курение, алкоголизм, недостатки в питании, стресс и иные следствия социальной необустроенности снижают сопротивляемость организма. Все это демонстрирует способность туберкулеза служить индикатором неблагоприятных условий жизни населения. Иногда эта связь достаточно очевидна, так что по интенсивности показателей заболеваемости туберкулезом можно в какой-то мере судить о социально-экономической ситуации в стране.

Исследование качества жизни является надежным методом оценки общего благополучия не только индивида, но и групп людей. При этом изучение качества жизни обеспечивает возможность получения таких характеристик здоровья, которые не могут быть идентифицированы никаким другим методом.

ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ, ОСВОБОДИВШИХСЯ ИЗ МЕСТ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ

2.1 Материалы и методы исследования

Для решения поставленных задач в ходе эмпирического исследования использовались следующие методы: метод выкопировки данных из историй болезни пациентов с туберкулезом легких, где имелись соответствующие записи о наличии у пациента судимости, а также данные из истории болезни, в которых такая запись отсутствовала; социологический (стандартизированное анкетирование) и психологический (тесты) методы; математический и статистический методы обработки данных.

В эмпирическом исследовании участвовало 62 человека, которые были разделены на две группы: основную и группу сравнения.

В основную группу исследования вошли 31 пациент с туберкулезом легких, освободившихся из мест лишения свободы. Возраст испытуемых основной группы исследования составил 21 – 55 года, средний возраст по группе 39,1 лет. Средняя длительность заболевания – 3,9 лет.

В группу сравнения был включен 31 пациент с туберкулезом легких без судимости. Возраст испытуемых составил 27 – 52 года, средний возраст по группе 38,2 лет. Средняя длительность заболевания 2,6 лет.

Все пациенты были мужского пола и на момент исследования находились на лечении в УЗ «Минский областной противотуберкулезный диспансер».

На основании выкопировки данных из медицинской документации (историй болезни) были получены основные клинические и демографические показатели, а также информация о социальном статусе 62 пациентов, страдающих туберкулезом легких, принимавших участие в исследовании.

Более подробная информация о характеристике исследуемых пациентов содержится в приведенной ниже таблице 2.1.

Таблица 2.1 – Основные клиническо-демографические данные и социальный статус пациентов, страдающих туберкулезом легких

Признак	Пациенты с туберкулезом легких			
	Ранее судимые (n_1=31)		Не имевшие судимости (n_2=31)	
	абс.	P±Sp,%	абс.	P±Sp,%
Мужской пол	31	100,0 – 11,4	31	100,0
Курящие	31	100,0 – 11,4	28	90,0 – 5,4
Злоупотр. алкоголем	23	74,0 ± 7,9	20	65,0 ± 8,6

продолжение таблицы 2.2

Употребляющие наркотики	5	16,0 ± 6,6	0	0 + 11,4
Неработающие	29	93,0 ± 4,6	26	84,0 ± 6,6
Разведенные	5	16,0 ± 6,6	7	22,5 ± 7,5
Вдовцы	2	6,5 ± 4,4	3	9,6± 5,3
Женатые, имеющие детей	5	16,0 ± 6,6	10	32,0 ± 8,4
Женатые, не имеющие детей	0	0 ± 11,4	3	9,7 ± 5,3
Живет один в собственном доме / квартире	2	6,5 ± 4,4	5	16,0 ± 6,6
Живет с матерью / отцом	22	71,0 ± 8,1	16	51,6 ± 9,0

Следует отметить и образовательный уровень участников исследования: для большей части обследованных пациентов, как основной группы, так и группы сравнения, характерен средний уровень образования, представленный ниже в таблице 2.2.

Таблица 2.2 – Характеристика исследуемых пациентов с туберкулезом легких по уровню образования

Образование	Группы			
	Основная группа (n_1=31)		Группа сравнения (n_2=31)	
	абс.	%	абс.	%
Среднее специальное	27	87,1 ± 6,02	28	90,3 ± 5,31
Высшее	0	0 + 11,4	2	6,5 ± 4,43
Базовое	4	12,9 ± 6,02	1	3,2 ± 3,16
Итого	100%		100%	

Распределение по клиническим формам туберкулеза показало, что у пациентов как у основной, так и у группы сравнения преобладает инфильтративная форма туберкулеза, соответственно – 64,5 ± 8,59% и 87,1 ± 6,02%. Кроме того, в основной группе выявлены: фиброзно-кавернозный

туберкулез у 4 пациентов (12,9 ± 6,02%), диссеминированный – 6 пациентов (19,4 ± 7,10%), очаговый – 1 (3,2±3,16%). Среди обследованных признан инвалидом II группы – 1 человек (3,2±3,16%). По группе сравнения фиброзно-кавернозный туберкулез имел место у 1 человека (3,2±3,16%), диссеминированный у 3 человек (9,7 ± 5,31%).

Таким образом, на основании полученных клинико-демографических данных, а также информации о социальном статусе обследованных пациентов, можно нарисовать следующий медико-социальный портрет современного больного туберкулезом легких, имевшего ранее судимость: мужчина трудоспособного возраста, страдающий фиброзно-кавернозным или диссеминированным туберкулезом легких, безработный или инвалид, со средним уровнем образования, низким уровнем дохода, курящий, злоупотребляющим алкоголем, ранее судимый.

С помощью психологических тестов были выявлены особенности отношения к болезни исследуемых пациентов, дано описание психологического портрета личности пациентов с туберкулезом легких, освободившихся из мест лишения свободы, а также характеристика их качества жизни.

Применение методов математической и статистической обработки данных позволило произвести первичную обработку полученных результатов исследования, описательную статистику, выявить достоверности различий между сравнительными группами.

2.2 Описание использованных методик, процесса исследования и методов обработки данных

Для организации эмпирического исследования по изучению качества жизни больных туберкулезом легких, освободившихся из мест лишения свободы, были использованы три методики:

1. Методика «ТОБОЛ»;
2. Методика «МИКЖ – 2006»;
3. «Пятифакторный личностный опросник».

2.2.1 Методика «ТОБОЛ»

Автор: Л. И. Вассерман, доктор медицинских наук, профессор Санкт-Петербургского научно-исследовательского института им. В. М. Бехтерева (2005 г.). В основу разработки была положена типология отношений к болезни, предложенная А. Е. Личко и Н. Я. Ивановым (1980).

Предмет диагностики: типы отношения к болезни.

Комплектность, состав методики: опросник включает в себя 12 таблиц-наборов утверждений. Каждый набор, в свою очередь, содержит от 10 до 16 предлагаемых испытуемому утверждений. При работе с методикой больному нужно выбрать два наиболее соответствующих ему утверждений

на каждую тему. Каждая таблица-набор содержит также одно дополнительное утверждение: «Ни одно из утверждений мне не подходит».

Оборудование: текст опросника, бланк ответов, диагностический код опросника, бланк результатов обследования (Приложение А, А.2, А.3, А.4).

Теоретические положения: методика ТОБОЛ предназначена для психологической диагностики типов отношения к болезни. Она позволяет диагностировать следующие 12 типов отношения: сенситивный, тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический, неврастенический, эгоцентрический, паранойяльный, анозогнозический, дисфорический, эргопатический и гармоничный.

Краткие клинико-психологические описания каждого из 12-ти типов отношения к болезни приводится в Приложении Б.

Типы отношения к болезни были объединены по трем блокам:

Первый блок включает гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы отношения к болезни, при которых психическая и социальная адаптация существенно не нарушается. При гармоничном типе реагирования больные, адекватно оценивая свое состояние, активно участвуют в лечении заболевания, соблюдают назначенный врачом режим, и в то же время характеризуются стремлением преодолеть заболевание, неприятием «роли» больного, сохранением ценностной структуры и активного социального функционирования. Кроме гармоничного типа реагирования, в первый блок включены эргопатический и анозогнозический типы. Для больных с этими типами отношения к болезни характерно: снижение критичности к своему состоянию, преуменьшение «значения» заболевания вплоть до полного его вытеснения, иногда проявляющееся поведенческими нарушениями рекомендуемого врачом режима жизни, «уходом» в работу, отрицанием подчас факта заболевания. Однако выраженные явления психической дезадаптации у этих больных отсутствуют, что позволило условно включить их в один блок с гармоничным типом.

Во второй и третий блоки включены типы реагирования на болезнь, характеризующиеся наличием психической дезадаптации в связи с заболеванием и различающиеся преимущественно интрапсихической или интерпсихической направленностью реагирования на болезнь.

Второй блок включает тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический типы отношения, для которых характерна интрапсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, обуславливающая нарушения социальной адаптации больных с этими типами реагирования. Эмоционально-аффективная сфера отношений у таких больных проявляется в дезадаптивном поведении: реакциях по типу раздражительной слабости, тревожном, подавленном, угнетенном состоянии, «уходом» в болезнь, отказе от борьбы – «капитуляции» перед заболеванием и т. п.

В **третий блок** вошли сенситивный, эгоцентрический, дисфорический и паранойяльный типы отношения, для которых характерна интерпсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, также обуславливающая нарушения социальной адаптации больных. Больные с этими типами отношения к болезни характеризуются таким сенсибилизированным отношением к болезни, которое, вероятно, в наибольшей степени зависит от преморбидных особенностей личности. Такое сенсибилизированное отношение к болезни проявляется дезадаптивным поведением больных: они стесняются своего заболевания перед окружающими, «используют» его для достижения определенных целей, строят паранойяльного характера концепции относительно причин своего заболевания и его хронического течения, проявляют гетерогенные агрессивные тенденции, обвиняя окружающих в своем недуге.

Методика ТОБОЛ, построенная в форме опросника, диагностирует тип отношения к болезни на основании информации об отношениях больного к ряду жизненных проблем и ситуаций, потенциально наиболее для него значимых и непосредственно или опосредовано связанных с его заболеванием. Эти отношения больного изучались как 12 подсистем в общей системе отношений личности. Именно эти подсистемы отношений и были положены в основу конструирования содержания методики по 12-ти темам: отношение к болезни, к ее лечению, врачам и медперсоналу, родным и близким, окружающим, работе (учебе), одиночеству, будущему, а также самооценка, самочувствие, настроение, сон и аппетит.

Испытуемому предлагается в каждой таблице-наборе выбрать 2 наиболее подходящих для него утверждения и обвести кружком номера сделанных выборов в бланке ответов. Если больной не может выбрать два утверждения по какой-либо теме, то он должен отметить последнее утверждение в соответствующей таблице-наборе. Время заполнения регистрационного листа не ограничено. Исследование можно проводить одновременно с небольшой группой испытуемых при условии, что они не будут совещаться друг с другом.

Правила анализа данных опросника: графически величины школьных оценок изображаются в виде профиля на бланке «Результаты обследования» (Приложение А.4). Диагностическая зона – в пределах ниже 7 баллов оставленная от максимальной оценки.

2.2.2 Методика оценки качества жизни человека «МИКЖ – 2006»

На кафедре общей и клинической психологии БГУ был разработан опросник «МИКЖ – 2006», который стал первой экспериментальной методикой оценки качества жизни человека, составленной на русском языке и апробированной на населении нашей республики. Авторами данного опросника являются В. А. Доморацкий, К. Ю. Королев, Е. Д. Беспанская-Павленко, А. И. Шелехова.

Предмет диагностики: субъективное восприятие качества жизни.

Оборудование: стимульный текст опросника, бланк ответов и ключ к методике (Приложение В, В.2).

Комплектность, состав методики: Экспериментальная методика оценки качества жизни МИКЖ-2006 состоит из 60 биполярных шкал-утверждений типа «Обычно мне очень скучно – Обычно я полон энергии», которые сформулированы как оригинальным способом, так и по аналогии с вопросами существующих методик.

Шкалы-утверждения расположены в произвольном порядке и подразделяются на прямые и реверсивные. Каждое утверждение оценивается по семибалльной шкале, где 7 означает «да, очень», 1 – «совсем нет».

Отдельные вопросы объединяются в 3 интегральные шкалы, а также высчитывается общий показатель. Каждая интегральная шкала подразделяется на субшкалы, ее составляющие:

1. интегральная шкала «физическая адаптация» состоит из 3 субшкал: общая витальность, субъективно-телесная адаптация, качество физиологических функций;
2. интегральная шкала «психосоциальная адаптация» состоит из 4 субшкал: межличностная адаптация, эмоциональный комфорт, самоотношение и самопонимание, когнетивная адаптация и планирование;
3. интегральная шкала «социальная адаптация» состоит из пяти субшкал: социальная реализованность, профессиональная и экономическая адаптации, социальные коммуникации, социально-семейная адаптация, коэффициент дезадаптации.

Значения показателя формируются путем суммирования баллов, полученных за вопросы, составляющие данный показатель, и умножение полученной суммы на постоянный коэффициент соответствующей шкалы [13,6].

Всего данный опросник позволяет измерять 16 показателей:

1. Общий показатель – формируется из суммы баллов по всем шкалам, определяет уровень субъективного восприятия качества жизни человека в целом;
2. Общая витальность – показывает отношение человека к самому себе: чувствует ли он себя больным или здоровым, легко ли ему находить себе повседневные занятия, быстро ли приходит чувство усталости и исчезает после сна, влияют ли повседневные хлопоты на его здоровье, приносят ли повседневные дела удовлетворение;
3. Субъективно-телесная адаптация – шкала характеризует телесные ощущения человека: присутствуют ли у него причинные или беспричинные боли, часто ли он болеет, чувствует физический дискомфорт, доволен ли своим самочувствием, легко ли справляется с обычными делами;
4. Качество физиологических функций – шкала, включающая в себя характеристику протекающих в организме

физиологических процессов: засыпание, сон, просыпание, аппетит, вес, сексуальные влечения и др.;

5. Физическая адаптация – включает в себя показатели трех предыдущих шкал: общей витальности, субъективно-телесной адаптации и качества физиологических функций. Позволяет оценить степень удовлетворенности человека своим физическим состоянием в целом;
6. Межличностная адаптация – определяет особенности общения личности с другими людьми: стремление к общению или, наоборот, уединение, отношения с родственниками, с друзьями;
7. Эмоциональный комфорт – показатель, который описывает эмоциональный фон испытуемого: его преобладающее настроение, активность, раздражительность, присутствие чувства беспокойства, удовлетворенность собой, представление будущего, способность получать удовольствие, испытывать радость;
8. Самоотношение и самопонимание – ауторефлексия, определяет, насколько человек чувствителен к самому себе, принимает ли свой внутренний мир, устраивает ли его то, какой он есть на самом деле, как, по мнению испытуемого, к нему относятся окружающие, доволен ли своим внешним видом, состоялся ли он как личность;
9. Когнитивная адаптация и планирование – является характеристикой мыслительной деятельности человека: насколько легко человек запоминает новое, занимается ли он тем, о чем мечтает или оставляет это на «потом», трудно ли планирует будущее, принимает решения;
10. Психосоциальная адаптация включает в себя характеристики четырех предыдущих показателей: межличностная адаптация, эмоциональный комфорт, самоотношение и самопонимание, когнитивная адаптация и планирование. Позволяет измерить уровень психосоциальной адаптации человека в целом;
11. Социальная реализованность – показывает, насколько жизненные планы человека были реализованы, сложилась ли жизнь так, как он мечтал, добился ли успехов в осуществлении жизненных планов, нашел ли призвание в жизни;
12. Профессиональная и экономическая адаптация – показатель, отражающий то, насколько человек удовлетворен своей работой, не мешает ли здоровье и самочувствие зарабатывать столько, сколько нужно, удовлетворен ли профессией и квалификацией, часто ли меняет место работы, создает ли здоровье экономические проблемы или мешает учиться и развиваться;
13. Социальные коммуникации – показатель, связывающий здоровье человека с проведением досуга: отпуск, прием гостей и др.;
14. Социально-семейная адаптация – описывает отношение личности с детьми, супругой (супругом), родителями;

15. Коэффициент дезадаптации показывает, насколько человек адаптируется к собственному состоянию здоровья, как с имеющимся качеством жизни реализует свои потребности в общении с друзьями, в семье, с родственниками, осуществляются ли его жизненные цели и способен ли он ставить их перед собой;
16. Социальная адаптация состоит из четырех вышеперечисленных пунктов: социальная реализованность, профессиональная и экономическая адаптация, социальные коммуникации, социально семейная адаптация и коэффициент дезадаптации. Позволяет оценить степень социальной адаптации человека в целом.

Таким образом, разработанный опросник состоит из 16 показателей, которые формируются в 3 интегральные шкалы, а также общего показателя и коэффициента дезадаптации [13,8].

2.2.3 «Большая пятерка» личностных качеств

Автор: методика разработана А. Г. Грецовым. В основу положена модель личности Косты и Мак-Крея (1985).

Предмет диагностики: черты личности, личностные качества.

Оборудование: текст опросника, бланк ответов, ключ к методике (Приложение Г, Г.2, Г.3).

Теоретические положения: в современной психологической науке методика известна как «пятифакторная модель», «большая пятерка» (Big Five), на основе которой американские психологи П. Коста и Р. Мак-Крэй разработали в 1992 г. личностный опросник NEO PI (аббревиатура в названии расшифровывается как «нейротизм», «экстраверсия», «открытость»), который является последней версией их более ранних тестов NEO Inventory (1978, 1983) и NEO Personality Inventory (1985, 1990).

В современной психологии выделяют пять главных характеристик личности, существование которых выявлено на основе обобщения результатов множества исследований. Эта так называемая «большая пятерка» личностных качеств:

1. Экстраверсия – интроверсия. Это направленность личности на внешний либо свой внутренний мир. В первом случае человек общительный, оптимистичный, активный, любящий повеселиться, более продуктивно выполняющий любую работу в компании, чем в одиночестве. Во втором – сдержанный, критично мыслящий, отчужденный, ориентированный не на общение, а на дело. Такому человеку сложнее в коллективе, по натуре он индивидуалист. Он находит себя в деятельности, не требующей интенсивного общения. Чем выше показатель, тем ярче выражена экстраверсия;
2. Нейротизм (повышенная эмоциональность реакций) – эмоциональная устойчивость. Это показатель эмоциональной стабильности. Устойчивые люди проявляют спокойствие и

уверенность, не склонны к бурному излиянию чувств, даже несколько «толстокожи». У них повышенная стрессоустойчивость, они продуктивно работают в напряженных ситуациях. Те же, кому свойствен высокий нейротизм, бурно реагируют на любые жизненные события, эмоциональны, менее устойчивы к стрессу. Но, в то же время, это люди более чуткие, отзывчивые, динамичные. Высокие баллы свидетельствуют о нейротизме;

3. Открытость – закрытость к новому опыту. В первом случае человек легко воспринимает все то новое, что появляется вокруг, демонстрирует любопытство, гибкость и готовность к изменениям, обычно склонен к творчеству. Но это может оборачиваться некоторой «поверхностностью», неустойчивостью убеждений и интересов. Во втором случае настороженно относится ко всему новому и неожиданному, предпочитает стабильность, тяжело меняет свои принципы и убеждения. Ему тяжело ориентироваться в неожиданных ситуациях, он любит стабильность и стремится обеспечить ее в своей жизни. Высокие баллы свидетельствуют об открытости к новому опыту;
4. Сознательность – несобранность. Люди, проявляющие сознательность, характеризуются как усердные, пунктуальные, целеустремленные, надежные, честолюбивые и настойчивые. Но иногда это оборачивается неоправданным упрямством, желанием всех и все контролировать, а также мучительным переживанием вины из-за своих реальных или мнимых ошибок. Противоположный полюс – беспечность, небрежность, слабоволие, лень и любовь к наслаждениям. Но в то же время такие люди обычно более расслабленные, жизнерадостные, приятные в общении, легко переносящие проблемы и неприятности. Чем выше показатель, тем ярче выражена сознательность;
5. Доброжелательность – враждебность. В первом случае человек благожелателен, доверчив, готов к бескорыстной помощи. Такие качества помогают ему располагать к себе окружающих, хотя иногда те начинают злоупотреблять бескорыстностью этого человека, «садятся ему на шею». Во втором случае насторожен, недоверчив, склонен воспринимать окружающих как конкурентов. Он «себе на уме», не дает злоупотреблять своим доверием, но нередко отталкивает от себя окружающих своими бесконечными подозрениями, оказываясь в итоге одиноким. Высокие показатели свидетельствуют о преобладании доброжелательности.

2.2.4 Организация процесса исследования

Работа выполнена на базе УЗ «Минский областной противотуберкулезный диспансер». Обстановка во время проведения эмпирического исследования была спокойная, устранены сильные звуковые,

зрительные и другие раздражители. Для проведения исследования было выделено отдельное помещение.

Исследованием были охвачены 62 пациента с туберкулезом легких. Основную группу, охватывающую 31 человека, составили пациенты с туберкулезом легких, освободившиеся из мест лишения свободы. В группу сравнения – 31 человек, вошли пациенты с туберкулезом легких, не имевших судимости.

На первом этапе процесса исследования производился сбор первичной информации. Всем испытуемым была подробна изложена цель исследования. Участие было добровольным, конфиденциальным и индивидуальным.

Участникам исследования был предложен комплект тестовых заданий, содержащий стимульный материал с наличием соответствующей инструкции, а также протоколы, включающие в себя бланки ответов. В протоколе указывалось название методики, фамилия, имя и отчество испытуемого, пол, возраст, образование, дата проведения исследования, фамилия, имя и отчество экспериментатора.

В случаях затруднения в понимании инструкции были даны дополнительные разъяснения и рекомендации. В основном вопросы касались способа обозначения выбранных высказываний, утверждений. Например, «Выделять их кружком, зачеркивать или ставить крестик?»

В силу разных когнитивных способностей, особенностей темперамента, а также медико-социальной характеристики испытуемых, не все участники смогли до конца пройти исследование. Так, 7 человек (5 из основной, 2 – из группы сравнения) начав отвечать на предложенные тесты, затем от них отказались. Например, объяснения были такими: «Мне надоело», «У меня от ваших тестов разболелась голова», «Я все равно ничего не понимаю». Они были исключены из выборки.

Вторым этапом исследования явилась математическая обработка первичных данных с помощью программы Excel в соответствии с ключами по каждой методике. Текст методик, ключи к обработке, результаты пересчета первичных данных указаны в приложениях.

Третий этап – статистическая обработка данных с использованием компьютерной программы Statistica for Windows 6.0. В работе использовались методы описательной статистики. Достоверность различий между сравниваемыми группами рассчитывалась по критерию Стьюдента. Различия считались достоверными при p □ 0,05.

2.3 Анализ и обсуждение результатов исследования

2.3.1 Исследования качества жизни больных туберкулезом, освободившихся из мест лишения свободы

Результаты исследования по методике «ТОБОЛ» представлены в виде рисунка 2.1. Сводная таблица результатов диагностики представлена в приложении Д. Анализ полученных данных показал, что у 25 ± 7,77%

исследуемых пациентов преобладающим типом отношения к болезни является анозогнозический (З), эргопатический (Э) диагностирован у 19 ± 7,10% испытуемых, и смешанный эргопатически-анозогнозический (ЭЗ) установлен у - 12 ± 5,83%.

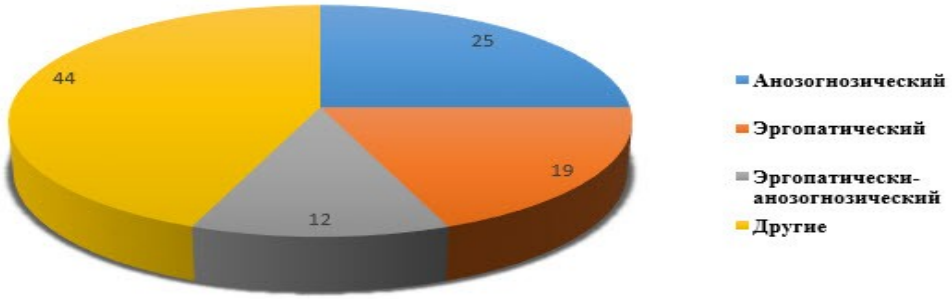


Рисунок 2.1 – Типы отношения к болезни пациентов с туберкулезом легких, освободившихся из мест лишения свободы

В соответствии с интерпретациями авторов методики при анозогнозическом типе, в нашем исследовании таких больных 25%, наблюдается активное отбрасывание мыслей о болезни, о возможных ее последствиях, вплоть до отрицания очевидного. Симптомы болезни рассматриваются как проявление «несерьезных» заболеваний. В связи с этим характерны отказ от врачебного обследования и лечения.

Эргопатический тип (19%) характеризуется «уходом от болезни». Отмечается избирательное к обследованию и лечению. При смешанном эргопатически-анозогнозическом типе (12%) больные отрицают необходимость лечения, и в тоже время пытаются не думать о ней.

Результаты исследования по методике оценки качества жизни человека «МИКЖ-2006» показали низкий уровень социальной, физической адаптации, а также субъективного восприятия качества жизни испытуемых в целом.

Сводная таблица первичных результатов диагностики представлена в Приложении Е и Е.3 Исходя из результатов первичного пересчета данных, с помощью компьютерной программы Microsoft Excel по методике «МИКЖ-2006», получены следующие математические показатели:

Таблица 2.3 – Показатели методики «МИКЖ – 2006»

Переменная	Среднее значение	Стандартное отклонение
Общий показатель	53,1129	9,14108
Общая витальность	58,74516	18,30777
Субъективно-телесная адаптация	57,56774	14,04961

Качество физиологических функций	61,43226	16,73729

продолжение табл. 2.3

Физическая адаптация	178,3839	30,57683
Межличностная адаптация	69,00968	18,29538
Экономический комфорт	95,10645	13,56496
Самоотношение и самопонимание	51,37419	13,89002
Когнитивная адаптация	49,87419	18,30668
Психосоциальная адаптация	224,2	50,07275
Социальная реализованность	49,87419	13,33768
Профессиональная и экономическая	50,79677	16,94026
Социальные коммуникации	53,91613	27,06671
Социально-семейная адаптация	50,42581	15,57924
Коэффициент дезадаптации	46,88387	9,142906
Социальная адаптация	247,4097	36,37008

Для более наглядного представления данных эмпирического исследования по методике оценки качества жизни человека «МИКЖ-2006» выразим их в виде диаграммы:

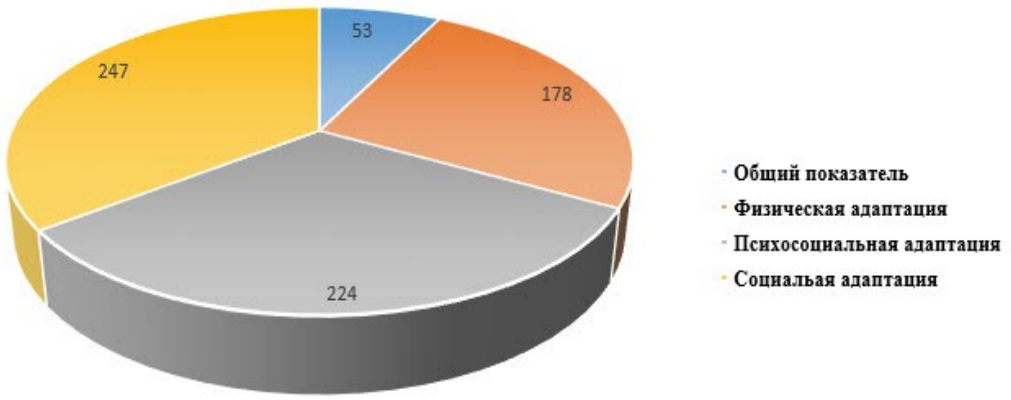


Рисунок 2.2 – Уровень восприятия качества жизни пациентами с туберкулезом легких, освободившихся из мест лишения свободы

Необходимо отметить, что в исследуемой группе достоверно ниже значение показателя социально-семейной адаптации по сравнению с нормой. Болезнь негативно отражается на восприятии людьми своего социально-

семейного положения. Данная гипотеза нуждается в дальнейшем исследовании на предмет влияния социально-демографических факторов.

В исследуемой группе значение показателя социальной адаптации достоверно ниже нормы.

На следующем этапе были обработаны данные, полученные по опроснику «Пятифакторная модель личности». Сводная таблица первичных данных представлена в Приложении Ж.

Таблица 2.4 – Результаты диагностики по опроснику «Пятифакторная модель личности»

Шкала опросника	**Среднее значение**	**Стандартное отклонение**
Экстроверсия-интроверсия	40,90323	13,20443
Нейротизм	25,45161	10,81307
Открытость-закрытость к новому опыту	31,33333	11,23981
Сознательность – не собранность	38,29032	13,73607
Доброжелательность-враждебность	29,38710	10,78789

Согласно результатом диагностики для испытуемых основной группы характерны средние показатели «экстроверсия-интроверсия» и «сознательность», что свидетельствует о направленности личности на свой внутренний мир (интроверсия). Ниже среднего находится показатель «нейротизм» и «открытость-закрытость новому опыту», что характеризует личность как эмоционально неустойчивую склонной к тревоге и волнению, свидетельствует о эмоциональной возбудимости. Такие люди настороженно относятся ко всему новому и неожиданному. Ниже среднего находится показатель доброжелательности, что говорит о недоверчивости и подозрительности. Более наглядное представление о результатах исследования представлены в виде рисунка 2.3.

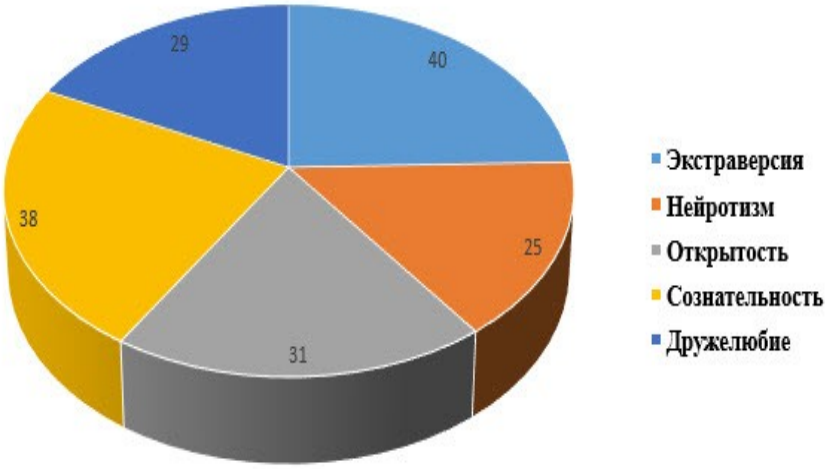


Рисунок 2.3 – Показатели личностных качеств больных туберкулезом, освободившихся из мест лишения свободы

Таким образом, исходя из результатов, полученных по трем методикам, можно дать краткую общую характеристику обследованных пациентов основной группы: недооценка тяжести болезни и ее последствий, как для себя, так и для окружающих и, следовательно, отказ от обследования и лечения. Пациенты основной группы отличаются эмоциональной неустойчивостью. Часть испытуемых характеризуется недобросовестностью, у них снижен самоконтроль и чувство ответственности. Они формальны в межличностных контактах. Пациенты с туберкулезом легких, освободившихся из мест лишения свободы, характеризуются низкой социальной адаптации.

2.3.2 Исследования качества жизни больных туберкулезом легких без судимости

Результаты исследования по методике «ТОБОЛ» представлены в виде рисунка 2.4. Сводная таблица результатов диагностики участников группы сравнения представлена в Приложении Д.2.

На рисунке 2.4 представлен процент пациентов с преобладанием того или иного типа восприятия больными своей болезни:

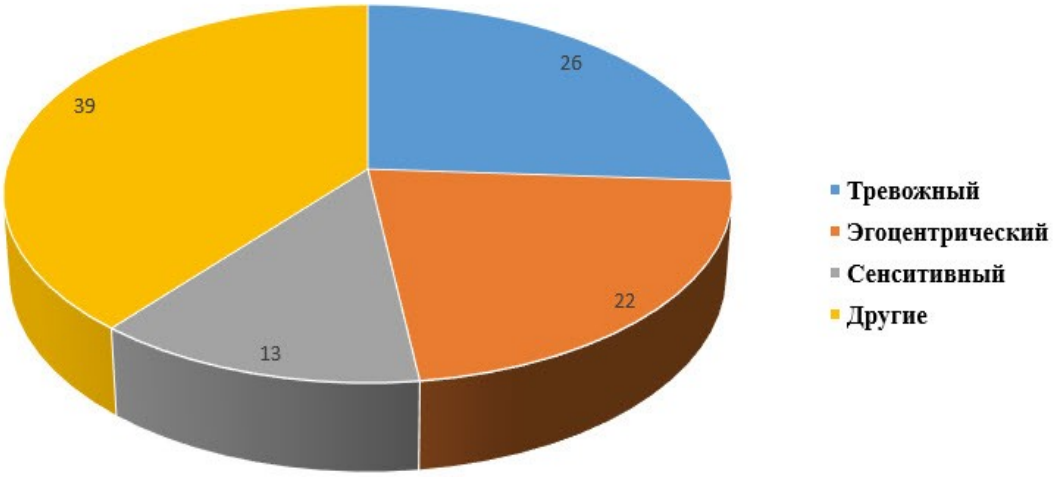


Рисунок 2.4 – Типы отношения к болезни пациентов с туберкулезом легких без судимости

Как показывают полученные результаты, преобладающим в данной выборке является тревожный 26 ± 7,87% и эгоцентрический 22 ± 7, 44% типы восприятия своей болезни выявлено 13 ± 6,04%.

Для таких больных характерно беспокойство и мнительность в отношении неблагополучного течения процесса выздоровления после операции, возможных осложнений, они постоянно ищут дополнительные источники информации о своем состоянии, прислушиваются к мнениям окружающих о своей болезни. Им свойственно постоянное желание показать другим свою исключительность в отношении болезни, непохожесть на других, эмоциональная нестабильность.

Далее по численности идут пациенты с различными типами отношения к болезни, общий показатель которых составил 39 ± 8,76%. Но процент пациентов с преобладанием каждого из типов не высок. А преобладание неврастенического и дисфорического типа отношения к болезни в данной выборке не выявлено.

Результаты исследования по методике «МИКЖ-2006» выглядят так:

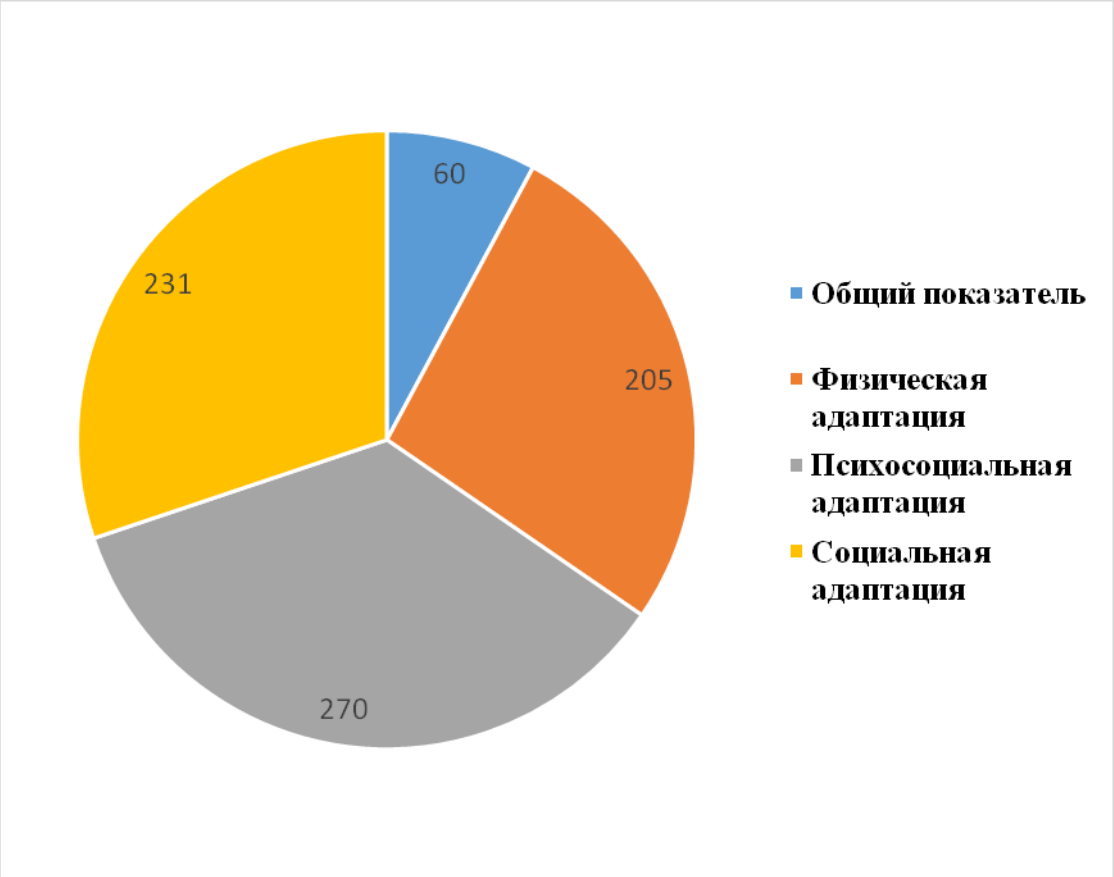


Рисунок 2.5 – Уровень восприятия качества жизни пациентами с туберкулезом легких без судимости

Исследование в данной группе показало меньшую субъективную удовлетворенность такими областями жизни, как состояние здоровья, безопасность, образование, работа. Так, исходя из результатов первичного пересчета данных с помощью компьютерной программы Excel, получены следующие математические показатели:

Таблица 2.5 – Показатели методики «МИКЖ-2006»

Переменная	Среднее значение	Стандартное отклонение
Общий показатель	60,95806	14,99286
Общая витальность	67,11935	22,68512
Субъективно-телесная адаптация	71,44839	12,97644
Качество физиологических функций	67,04839	19,99316
Физическая адаптация	205,3323	47,52705
Межличностная адаптация	66,50323	19,20695
Экономический комфорт	73,31935	14,41079

продолжение табл. 2.5

Самоотношение и самопонимание	84,96774	91,78298
Когнитивная адаптация	55,69032	20,74469
Психосоциальная адаптация	270,3161	62,14514
Социальная реализованность	60,91613	19,80142
Профессиональная и экономическая	50,79355	20,4387
Социальные коммуникации	33,70323	29,30368
Социально-семейная адаптация	47,555161	20,67075
Коэффициент дезадаптации	38,84839	15,19486
Социальная адаптация	231,8097	68,08521

Результаты исследования по методики «Пятифакторная модель личности» выглядят следующим образом:

Таблица 2.6 – Результаты исследования по методике «Пятифакторная модель личности»

Шкала опросника	**Среднее значение**	**Стандартное отклонение**
Экстроверсия-интроверсия	36,80645	12,00116
Нейротизм	33,90323	12,67374
Открытость-закрытость к новому опыту	32,83871	10,97602
Сознательность – несобранность	42,41935	15,84882
Доброжелательность-враждебность	34,83871	10,0502

Сводная таблица первичных математических данных по методике «Пятифакторная модель личности» приставлена в Приложении Ж.2. В соответствии с интерпретациями автором методики для участника группы сравнения характерна средняя степень выраженности по всем пяти исследуемым фактором качества личности. Однако, как видно, в порядке убывания личностные качества, характеризующие больных, расположены следующим образом: сознательность, экстраверсия, доброжелательность, нейротизм и открытость.

Для более наглядного представления данных эмпирического исследования по методике «Пятифакторная модель личности» выразим их в виде диаграммы:

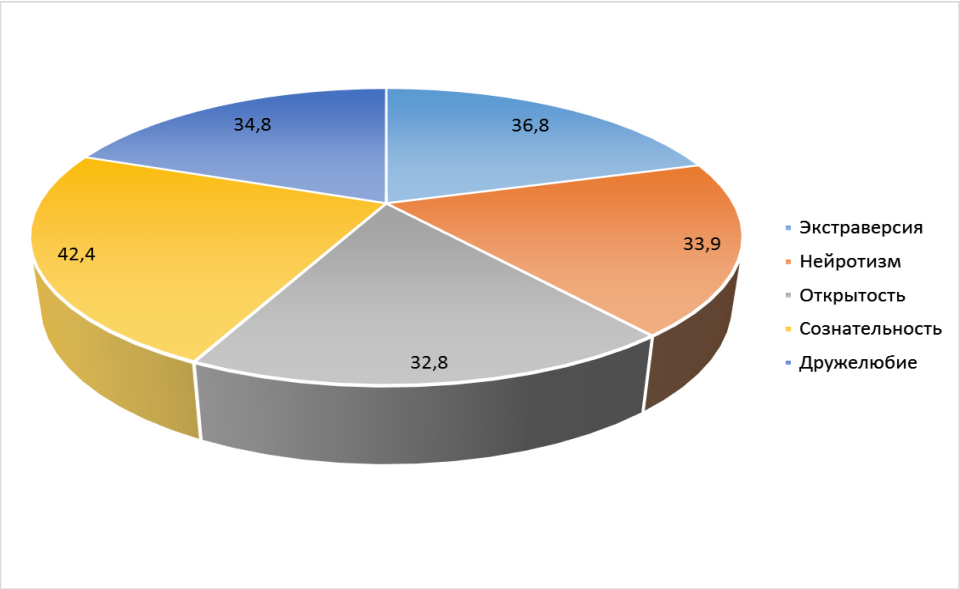


Рисунок 2.6 – Показатели личностных качеств пациентов с туберкулезом легких без судимости

Таким образом, исходя из результатов, полученным по трем методикам, можно дать краткую общую характеристику испытуемых группы сравнения: непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни и, как следствие, тревожность, угнетенность настроения и психической активности, неудовлетворенность качеством жизни. Они стремятся поддерживать общение, больше ориентированы на коллективную работу.

2.3.3 Сравнительный анализ качества жизни больных туберкулезом легких, освободившихся из мест лишения свободы и не имевших судимости

В основу нашего исследования была положена следующая рабочая *гипотеза:* качество жизни пациентов с туберкулезом легких, освободившихся из мест лишения свободы, значительно ниже, чем качество жизни пациентов с этой же формой туберкулеза, не имевших судимости.

На основании проведенной математической обработки результатов исследования в основной группе и группе сравнения по всем трем методикам проведен их сравнительный анализ.

Статистический анализ данных проводился в программе Statistica for Windows 6.0. Прежде чем осуществляется выбор методов статистической обработки, была составлена первичная статистическая матрица (Приложение И). Данные первичные эмпирические данные подвергались проверке на нормальность распределения. Данные проверки на нормальность распределения представлены в рисунках 2.7 – 2.12 (выбор переменных на нормальность распределения методом рандомизации):

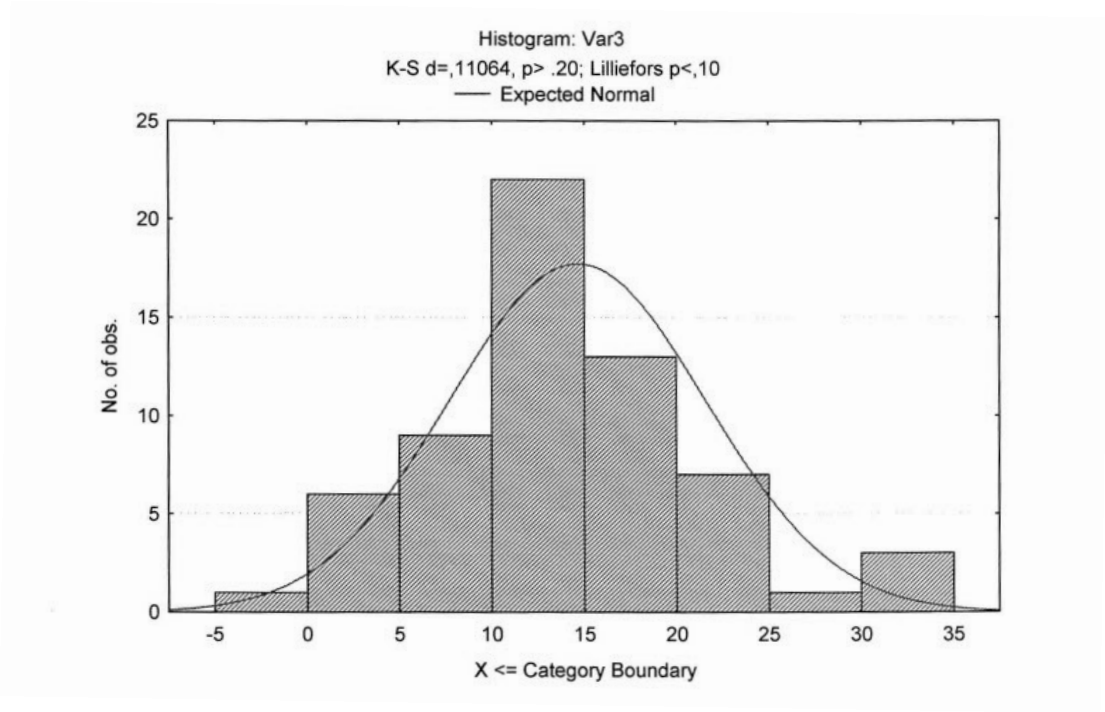


Рисунок 2.7 – Распределение переменной «Эргопатический тип отношения» (Э)

На основании рисунка 2.7 можно отметить, что распределение переменной «Эргопатический тип отношения» является нормальным (p>0,20).

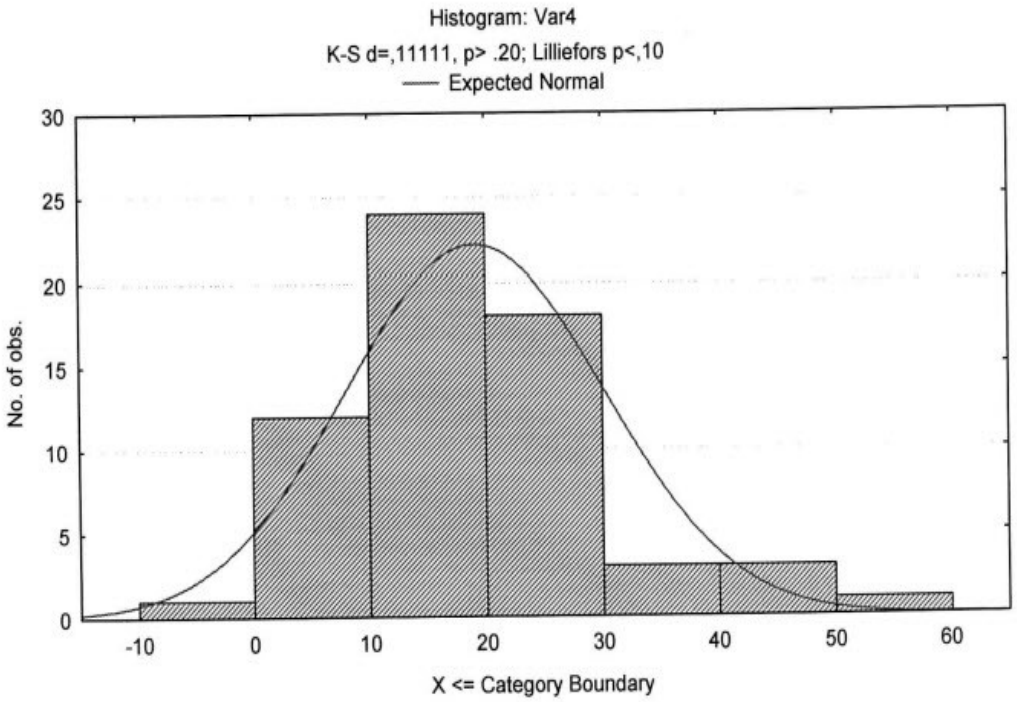


Рисунок 2.8 – Распределение переменной «Анозогназический тип отношения» (А)

На основании рисунка 2.8 можно отметить, что распределение переменной «Анозогнозический тип отношения» является нормальным (p>0,20).

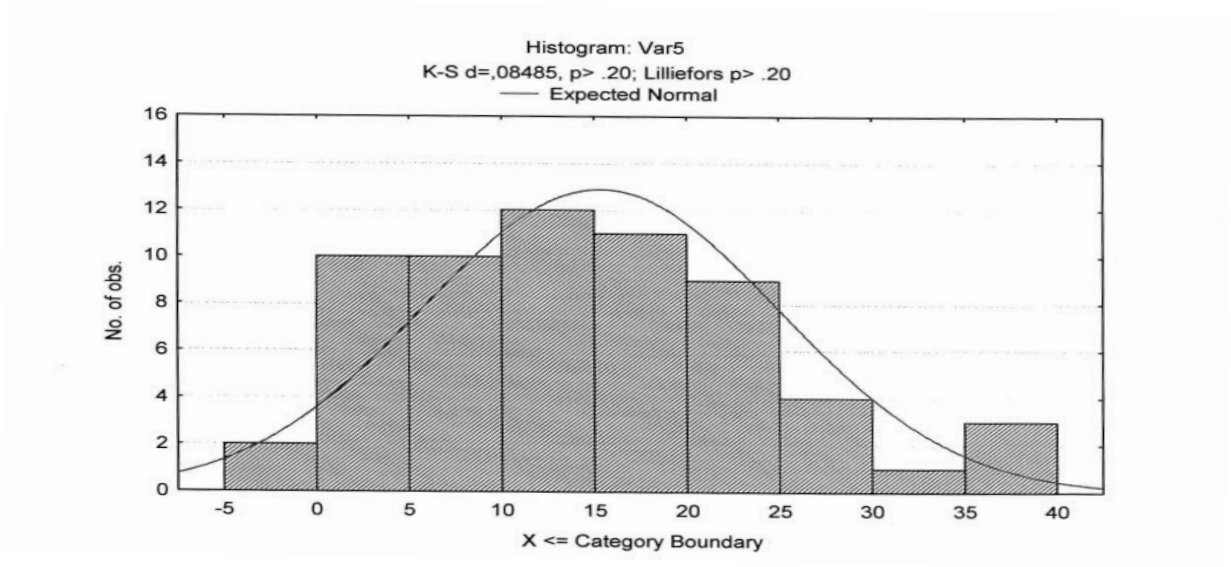


Рисунок 2.9 – Распределение переменной «Тревожный тип отношения» (Т)

На основании рисунка 2.9 можно отметить, что распределение переменной «Тревожный тип отношения» является нормальным (p>0,20).

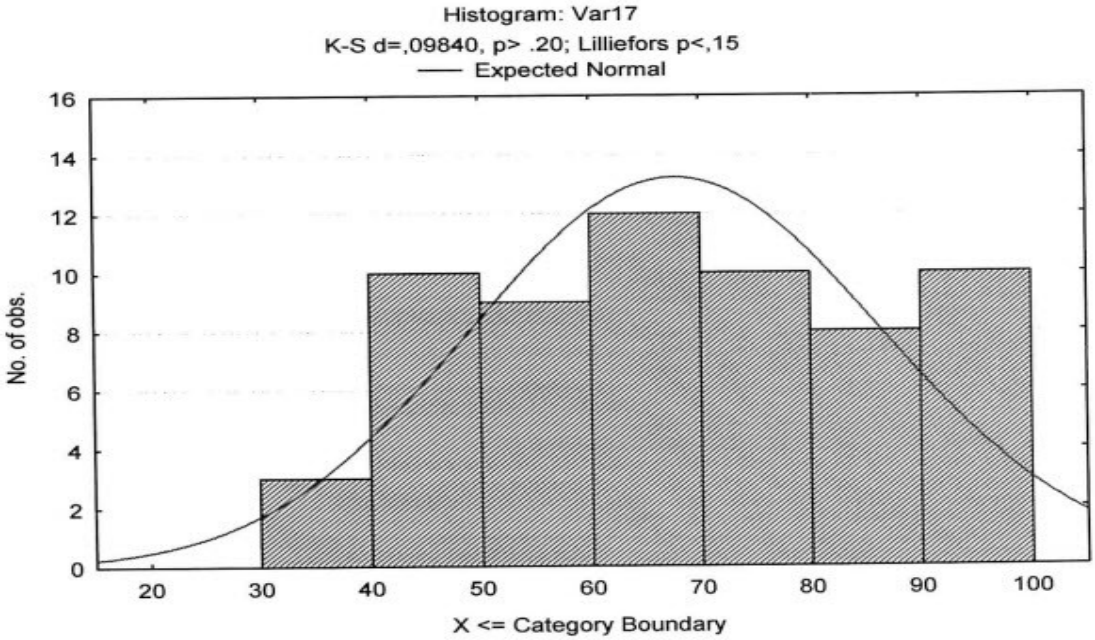


Рисунок 2.10 – Распределение переменной «Межличностная адаптация» (МЛА)

На основании рисунка 2.10 можно отметить, что распределение переменной «МЛА» является нормальным (p>0,20).

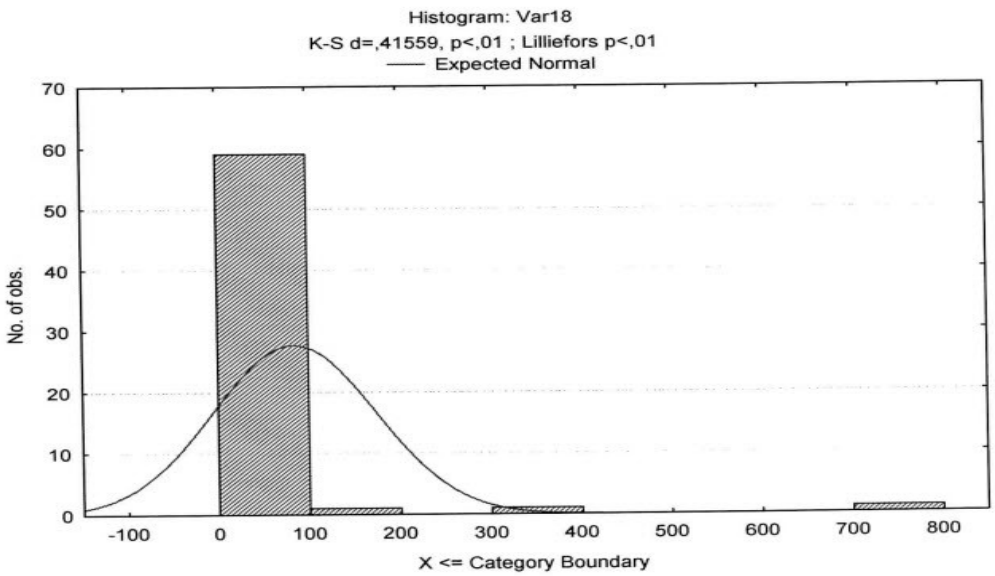


Рисунок 2.11 – Распределение переменной «Эмоциональный комфорт» (ЭК)

На основании рисунка 2.11 можно отметить, что распределение переменной «Эмоциональный комфорт» является нормальным (p>0,20).

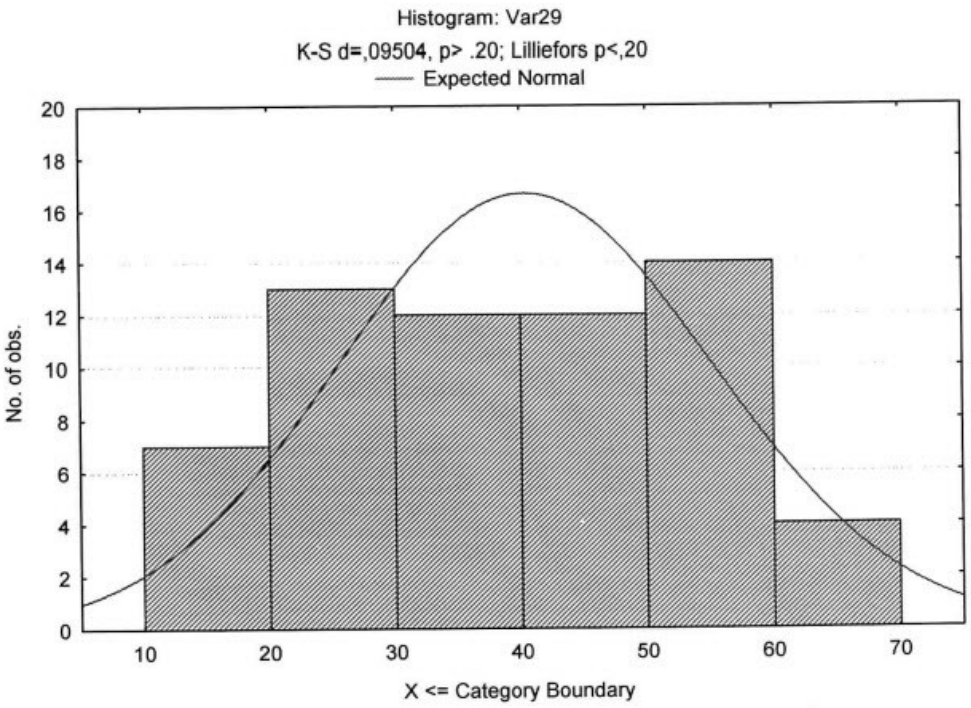


Рисунок 2.12 – Распределение переменной «Сознательность-несобранность» (С-Н)

На основании рисунка 2.12 можно отметить, что распределение переменной «Сознательность-несобранность» является нормальным (p>0,20).

Поскольку распределение значений переменных является нормальным, то в качестве методов статистической обработки в данном исследовании высчитывался непарный t-критерий Стьюдента для определения различий

качества жизни пациентов с туберкулезом легких, освободившихся из мест лишения свободы и качества жизни пациентов с этой же формой, не имевших судимости. Данные рассчитывались в пакете Statistica for Windows 6.0.

На основании обработки первичной статистической матрицы была составлена таблица 2.7:

Таблица 2.7 – Расчет различий типов отношения к болезни пациентов основной группы и группы сравнения по методике «ТОБОЛ»

Переменные	**Основная группа**	**Группа сравнения**	**p**
Гармоничный тип	11,80645	15,64516	0,019877
Эргопатический тип	15,25806	14,06452	0,505033
Анозогназический тип	20,58065	17,58065	0293388
Тревожный тип	18,38710	12,32258	0,011581
Ипохондрический тип	9,77419	12,06452	0,120579
Невростенический тип	10,45161	13,54839	0,088740
Меланхолический тип	12,03226	11,83871	0,927728
Апатический тип	10,32258	10,80645	0,788801
Сенситивный тип	15,96774	16,64516	0,744586
Эгоцентрический тип	18,67742	17,22581	0,655275
Парано́яльный тип	12,22581	13,38710	0,536861
Дисфорический тип	10,90323	13,09677	0,280516

Проанализировав данные, отраженные в таблице 2.7, можно сказать о том, что существует статистическая значимость различий:

1. Гармоничного типа отношения к болезни (Г) у пациентов с туберкулезом легких, освободившихся из мест лишения свободы, и пациентов с этой же формой, не имевших судимости, а именно, основная группа = 11,80645, группа сравнения = 15,64516 при p□ 0,05. Таким образом, больные туберкулезом легких, имевшие ранее судимость, в отличие от больных туберкулезом, не имевших судимость, склонны преувеличивать тяжесть своего состояния. Они не активно содействуют успеху лечения, не стремятся обеспечить своим близким уход за собой;

2. Тревожного типа отношения к болезни (Т) у пациентов с туберкулезом легких, освободившихся из мест лишения свободы, и пациентов с этой же формой, не имевших судимости, а именно, основная группа = 18,38710, группа сравнения = 12,32258 при p□ 0,05. Таким образом, больные туберкулезом легких, имевшие ранее судимость, в отличие от больных туберкулезом, не имевших судимость, характеризуется непрерывным беспокойством и мнительностью, связанными с неблагоприятным течением болезни, возможными осложнениями, неэффективностью и даже опасностью лечения. Поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни и методах лечения,

поиск «авторитетов», частая смена лечащего врача – вот особенности поведения данного типа. У таких людей заметнее интерес к объективным данным (результаты анализов, заключением специалистов), нежели к субъективным ощущениям. Настроение у них тревожное, угнетенное, психическая активность снижена.

На основании обработки первичной статистической матрицы по методике «МИКЖ–2006» была составлена таблица 2.8:

Таблица 2.8 – Расчет различий качества жизни пациентов основной группы и группы сравнения по методике «МИКЖ-2006»

Переменные	**Основная группа**	**Группа сравнения**	**p**
Общая витальность (ОВ)	58,74516	67,11935	0,115818
Субъективно-телесная адаптация (СТА)	57,56774	71,44839	0,000154
Качество физиологических функций (КФФ)	61,43226	67,04839	0,235148
Межличностная адаптация (МЛА)	69,00968	66,50323	0,601293
Эмоциональный комфорт (ЭК)	95,10645	73,31935	0,341679
Самоотношение и самопонимание (СОП)	51,37419	84,96774	0,048401
Когнитивная адаптация и планирование (КАП)	49,87419	55,69032	0,246452
Социальная реализованность (СР)	46,60968	60,91613	0,001474
Профессиональная и экономическая адаптация (ПЭА)	50,79677	50,79355	0,999462
Социальные коммуникации (СК)	53,91613	33,70323	0,006478
Социально-семейная адаптация (ССА)	50,42581	47,55161	0,538753
Коэффициент дезадоптации (КД)	46,88387	38,84839	0,014308

Проанализировав данные, отраженные в Таблице 2.8, можно отметить то, что существует статистическая значимость различий:

1. Субъективно-телесной адаптации (СТА) у пациентов с туберкулезом легких, освободившихся из мест лишения свободы, и пациентов с этой же формой, не имевших судимости, а именно, основная группа = 57,56774,

группа сравнения = 71,44839 при p□ 0,05. Таким образом, больные туберкулезом легких, имевшие ранее судимость, постоянно ощущают физический дискомфорт, не довольны своим самочувствием и трудно справляются со своими делами;

2. Самоотношения и самопонимания (СОП) у пациентов с туберкулезом легких, освободившихся из мест лишения свободы, и пациентов с этой же формой, не имевших судимости, а именно, основная группа = 51,37419, группа сравнения = 84,96774 при p□ 0,05. Таким образом, больные туберкулезом легких, имевшие ранее судимость, в отличие от больных туберкулезом, не имевших судимость, в отличие от больных туберкулезом, не имевших судимость, менее чувствительны к самим себе, не принимают свой внутренний мир и неохотно воспринимают отношение к себе окружающих;

3. Социальной реализованности (СР) у пациентов с туберкулезом легких, освободившихся из мест лишения свободы, и пациентов с этой же формой, не имевших судимости, а именно, основная группа = 46,60968, группа сравнения = 60,91613 при p□ 0,05. Таким образом, больные туберкулезом легких, имевшие ранее судимость, в отличие от больных туберкулезом, не имевших судимость, в отличие от больных туберкулезом, не имевших судимость, менее реализованы в жизни, не имеют осуществленных планов и не нашли свое призвание;

4. Социальных коммуникаций (СК) у пациентов с туберкулезом легких, освободившихся из мест лишения свободы, и пациентов с этой же формой, не имевших судимости, а именно, основная группа = 53,91613, группа сравнения = 33,70323 при p□ 0,05. Таким образом, больные туберкулезом легких, имевшие ранее судимость, в отличие от больных туберкулезом, не имевших судимость, в отличие от больных туберкулезом, не имевших судимость, склонны связывать проявление здоровья с проведением собственного досуга. Они объясняют свое нездоровье именно причинами нахождения в местах ограничения свободы, где невозможен досуговый отдых в окружении семьи;

5. Коэффициента дезадаптации (КД) у пациентов с туберкулезом легких, освободившихся из мест лишения свободы, и пациентов с этой же формой, не имевших судимости, а именно, основная группа = 46,88387, группа сравнения = 38,84839 при p□ 0,05. Таким образом, больные туберкулезом легких, имевшие ранее судимость, в отличие от больных туберкулезом, не имевших судимость, в отличие от больных туберкулезом, не имевших судимость, хуже адаптированы к собственному состоянию здоровья, не реализуют свои потребности в общении с друзьями, в семье, с родственниками и не осуществляют жизненные цели.

На основании обработки первичной статистической матрицы по методике «Пятифакторный опросник личности» была составлена таблица 2.9:

Таблица 2.9 – Расчет различий качества жизни основной группы и группы сравнения по методика «Пятифакторный опросник личности»

Переменные	**Основная группа**	**Группа сравнения**	**p**
Экстроверсия-интроверсия	40,90323	36,80645	0,206052
Нейротизм	25,45161	33,90323	0,006418
Открытость-закрытость к новому опыту	31,33333	32,83871	0,591080
Сознательность-несобранность	38,29032	42,41935	0,277394
Доброжелательность-враждебность	29,38710	34,83871	0,043873

Проанализировав данные, отраженные в таблице 2.9, можно сказать о том, что существует статистическая значимость различий:

1. Нейротизма у пациентов с туберкулезом легких, освободившихся из мест лишения свободы, и пациентов с этой же формой, не имевших судимости, а именно, основная группа = 25,45161, группа сравнения = 33,90323 при p□ 0,05. Таким образом, больные туберкулезом легких, имевшие ранее судимость, в отличие от больных туберкулезом, не имевших судимость, в отличие от больных туберкулезом, не имевших судимость, не склонны бурно реагировать на любые жизненные события, менее эмоциональны, больше устойчивы к стрессу. Но в то же время эти люди менее чуткие, не отзывчивые;

2. Доброжелательности у пациентов с туберкулезом легких, освободившихся из мест лишения свободы, и пациентов с этой же формой, не имевших судимости, а именно, основная группа = 29,38710, группа сравнения = 34,83871 при p□ 0,05. Таким образом, больные туберкулезом легких, имевшие ранее судимость, в отличие от больных туберкулезом, не имевших судимость, в отличие от больных туберкулезом, не имевших судимость, менее доброжелательны, недоверчивы к людям и не направлены на социум и общения в нем.

Выводы

При организации социальной помощи пациентом с туберкулезом легких, освободившихся из мест лишения свободы, необходимо учитывать преобладание у них тревожного типа отношения к болезни, а также более выраженного, чем у пациентов с туберкулезом легких, не имевших судимости, снижение качества жизни и наличие психологических особенностей личности.

Как установлено исследованием, значительная часть пациентов с туберкулезом легких, освободившихся из мест лишения свободы, недооценивают серьезность своего заболевания и необходимость непрерывного лечения, поэтому акцент социально-психологической работы с этой категорией лиц, прежде всего, должна быть направлена на выработку у них убеждения о необходимости противотуберкулезного лечения и успешного его завершения.

Важным направлением в организации социально-психологической помощи данной категории больных является выработка у них потребности в необходимости нормализации взаимоотношений в семье и с родственниками, убеждение, что именно близкие люди смогут стать для них серьезной опорой.

Индивидуальная социально-психологическая работа с больными туберкулезом, освободившимся из мест лишения свободы, должна проводиться с учетом личности больного, его отношения к болезни и качества жизни.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате проведенного исследования можно утверждать, что нахождения в местах лишения свободы, безусловно, накладывает свой отпечаток на психологический портрет личности, отношение к болезни, а также на качестве жизни.

На основании полученных и обработанных в ходе исследования данных, были сделаны следующие выводы:

1) У пациентов с туберкулезом легких, освободившихся из мест лишения свободы, в сравнении с больными туберкулезом, не имевшими судимость статистически достоверно чаще выявляется тревожный (соответственно 18,4 ± 7,42 и 12,3 ± 10,62 при р □ 0,05) тип отношения к болезни; в то время как у пациентов с туберкулезом легких, не имевших судимости, статистически достоверно выражен гармоничный тип отношения к болезни;

2) Качество жизни пациентов с туберкулезом легких, освободившихся из мест лишения свободы, согласно опроснику «МИКЖ-2006» ниже, чем у пациентов с аналогичной формой туберкулеза, не имевших судимости. Так, ранее судимые больные туберкулезом ощущают постоянный физический дискомфорт, как правило, не довольны своим самочувствием, не принимают свой внутренний мир. Они менее реализованы в жизни, не имеют осуществленных планах и значительно хуже осуществляют жизненные цели. Пациенты, с туберкулезом легких, имевшие ранее судимость больше склонны связывать проявление здоровья и проведение собственного досуга;

3) Психологический портрет пациентов с туберкулезом легких, освободившихся из мест лишения свободы, отличается от пациентов с туберкулезом без судимости, меньшей степенью выраженности нейротизма (соответственно 25,5 ± 10,81 и 33,9 ± 12,67 при р□ 0,05) и доброжелательности (соответственно 29,4 ± 10,78 и 34,8 ± 10,05 при р□ 0,05).

Следовательно, положенная в основу нашего исследования гипотеза о том, что качество жизни пациентов с туберкулезом легких, освободившихся из мест лишения свободы, значительно ниже, чем качество жизни пациентов с этой же формой туберкулеза, не имевших судимости – подтвердилось, со степенью значимости р□ 0,05.

Итак, поставленные в дипломной работе задачи выполнены, гипотеза подтверждена.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Абрамова, Г. С. Психология в медицине / Г. С. Абрамова, Ю. А. Юдчиц; под ред. Н. А. Кулагиной. – Минск: ЛПА Кафедра–М., 2007. – 272 с.
2. Александер, Ф. Б. Психосоматическая медицина / Ф. Б. Александер. – Минск: Геррус, 2009. – 296 с.
3. Альтшулер, Н. С. Современные задачи противотуберкулезной пропаганды / Н. С. Альтшулер. – Минск: Амалфея, 2004. – 160 с.
4. Богадельникова, И. В. Лечебная тактика при впервые выявленном туберкулезе легких: дис. … д-ра мед. наук: 12.03.2004 / И. В. Богадельникова. – Воронеж, 2004. – 135 л.
5. Богадельникова, И. В. Эффективность амбулаторного лечения больных с впервые выявленным туберкулезом легких / И. В. Богадельникова, В. Я. Сагалович // Пробл. туб. – 2005. – № 5. – С. 23 – 28.
6. Бубочкин, Б. П. Туберкулез у лиц молодого возраста: дис. … канд. мед. наук: 16.07.2003 / Б. П. Бубочкин. – Н. Новгород, 2003. – 205 л.
7. Великолуг, А. М. Организация диспансерного наблюдения и лечения социально-дезадаптированных больных туберкулезом органов дыхания: автореф. дис. … канд. мед. наук: 09.06.2006 / А. М. Великолуг; Волгоградский гос. мед. ун-т. – Архангельск, 2006. – 21 с.
8. Валиев, Р. Ш. Отношение к своей болезни пациентов с туберкулезом легких и его коррекция в процессе лечения / Р. Ш. Валиев, Г. А. Смирнов // Казанский медицинский журнал. – 2009. – № 6. – С. 24 – 27.
9. Визель, А. А. Туберкулез (этиология, патогенез, клинические формы, диагностика, лечение) / А. А. Визель, М. Э. Гурелева. – Минск: Академический Проект, 2006. – 147 с.
10. Волков, В. Т. Личность пациента и болезнь / В. Т. Волков, А. К. Стредис. – Томск: Класс, 2000. – 328 с.
11. Иванова, Е. С. Формирование групп риска по туберкулезу путем анкетирования и использования ЭВМ / Е. С. Иванова [и др.] // Проблемы туберкулеза. – 1999. – № 4. – С. 19 – 22.
12. Ильина, Т. Я. Туберкулез органов дыхания и эффективность его лечения в некоторых группах повышенного риска / Т. Я. Ильина, Т. А. Муминов // Проблемы туберкулеза. – 2007. – № 6. – С. 9 – 11.
13. Исследование уровня качества жизни оригинальной методикой МИКЖ–2006: метод. рекомендации / В. А. Доморацкий [и др.]. – Минск: Изд-во БГУ, 2009. – 30 с.
14. Карвасарский, Б. Д. Клиническая психология / Б. Д. Карвасарский. – Спб: Питер, 2006. – 359 с.
15. Колесников, В. В. Результаты комплексного лечения больных туберкулезом легких, страдающих хроническим алкоголизмом / В. В. Колесников [и др.] // Проблемы туберкулеза. – 1995. – № 2. – С. 13 – 16.

16. Кучеров, А. Л. Туберкулез среди социально отягощенных групп населения / А. Л. Кучеров // Проблемы туберкулеза. – 2007. – № 8. – С. 20 – 23.
17. Кузнецов, А. А. Социальная характеристика больных туберкулезом в пенитенциарных учреждениях / А. А. Кузнецов, А. Л. Санников // Проблемы туберкулеза. – 1998. – № 5. – С. 11 – 13.
18. Медико-социальная характеристика больных туберкулезом легких мигрантов / В. В. Колесников [и др.] // Проблемы туберкулеза. – 2001. – № 12. – С. 8 – 10.
19. Матвейчик, Т. В. Глоссарий наиболее употребляемых терминов по организации сестринского дела / Т. В. Матвейчик; М-во здравоохранения Респ. Беларусь, Гос. уч. образ. «БелМАПО». – Минск, 2008. – 51 с.
20. Михайлова, Ю. В. Смертность при туберкулезе: автореф. дис. … д-ра мед. наук: 04.05.2004 / Ю. В. Михайлова; Ростовский мед. ин-т. – Ростов-на-Дону, 2004. – 23 с.
21. Межведомственное взаимодействие в выявлении и лечении больных туберкулезом / С. В. Смердин [и др.] // Проблемы туберкулеза. – 2007. – № 2. – С. 20 – 23.
22. Мероприятия по инфекционному контролю в противотуберкулезных организациях: метод. руководство: утв. Приказом М-ва здрав. Респ. Беларусь 11.12.2009 г., № 1151 / Е. М. Скрягина [и др.]; Респ. науч.-практич. центр пульмонологии и фтизиатрии. – Минск, 2010. – 72 с.
23. Проблемы фтизиатрической и пульмонологической служб на современном этапе: материалы 5 съезда фтизиатров Республики Беларусь и научно-практической конференции «Диагностика и лечение туберкулеза в свете международной стратегии DOTS», Минск, 22 – 23 мая 2008 г. / РНПЦ «ПиФ»; ред. кол.: Г. Л. Гуревич [и др.]. – Минск, 2008. – 580 с.
24. Новик, А. А. Исследование качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова. – Минск: Тесей, 2005. – 137 с.
25. Программа развития ООН «Поддержка Государственной программы «Туберкулез» в Республике Беларусь» // Организация Объединенных Наций в Беларуси [Электронный ресурс]. – 2015. – Режим доступа: http://www.un.by/pdf/ProDoc.doc. – Дата доступа: 03.10.2017.
26. Отечественная методика исследования уровня качества жизни / К. Ю. Королев [и др.] // Психотерапия и клиническая психология. – 2008. – № 1. – С. 25 – 28.
27. Орлов, В. А. Проблемы изучения качества жизни в современной медицине / В. А. Орлов, С. Р. Гиляревский. – Минск: Союзмединформ, 1992. – 65 с.
28. Особенности отношения к болезни больных туберкулезом легких / У. И. Сухова [и др.] // Проблемы туберкулеза. – 2003. – № 4. – С. 15 – 18.
29. О государственной программе Туберкулез на 2010 – 2014 годы: Постановление Совета Министров Республики Беларусь, 8 апреля 2010 г., № 11 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь

[Электронный ресурс]. – 2010. – Режим доступа: http://pravo.by/document/?guid=3871&p0=C20600714. – Дата доступа: 13.10.2017.
30. О некоторых вопросах санитарно-эпидемиологического благополучия населения: Постановление Совета Министров Республики Беларусь, 11 июля 2012 г., № 635 // Светлогорский зональный центр гигиены и эпидемиологии [Электронный ресурс]. – 2015. – Режим доступа: http://svetlcge.by/wp-content/uploads/2015/06/Постановление-Совмина-РБ-№-635.pdf. – Дата доступа: 13.10.2017.
31. Закон РБ О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения, 7 января 2012 г., № 340-3 // Kodeksy-by.com [Электронный ресурс]. – 2015. – Режим доступа: http://kodeksy-by.com/zakon_rb_o_sanitarno-epidemiologicheskom blagopoluchii_naseleniya.htm. – Дата доступа: 14.10.2017.
32. О совершенствовании диспансерного наблюдения и выявлении больных туберкулезом в Республике Беларусь: Приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 04 июля 2002 г., № 106 // Белорусский правовой портал [Электронный ресурс]. – 2015. – Режим доступа: http://www.pravo.by.info/docum09/part23/akt2328/page3.htm. – Дата доступа: 22.10.2017.
33. Перельман, М. И. Больной туберкулезом и врач-фтизиатр / М. И. Перельман // Проблемы туберкулеза. – 2006. – № 5. – С. 3 – 5.
34. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей / М-во Здравоохранения и соц. развития Российской Фед., Санкт-Петербургский научно-иссл. психоневрологический ин-т им. В. М. Бехтерева; авт.-сост. Л. И. Вассерман [и др.]. – Санкт-Петербург, 2005. – 28 с.
35. Решетникова, А. И. Проблемы социальной адаптации больных туберкулезом, освобожденных из мест лишения свободы: автореф. дис. …д-ра мед. наук: 24.03.2008 / А. И. Решетникова; Калужский филиал Моск. гум.-экон. ин-та. – Калуга, 2008. – 19 с.
36. Куприенко, Н. В. Статистика. Методы анализа распределений. Выборочное наблюдение / Н. В. Куприенко. – Санкт-Петербург: Изд-во Политех. ун-та, 2009. – 138 с.
37. Лебедева, Н. О. Формирование мотивации к лечению у больных туберкулезом легких / Н. О. Лебедева [и др.] // Проблемы туберкулеза. – 2006. – № 12. – С. 13 – 16.
38. Хромов, А. Б. Пятифакторный опросник личности: учеб.-метод. пособие / А. Б. Хромов; М-во образования Росс. Фед., Курганский гос. ун-т. – Курган: Изд-во Курганского гос. ун-та, 2000. – 23 с.
39. Асташо, Г. А. Заболеваемость населения РБ социально значимыми заболеваниями и социопатиями за 1995 – 2004 гг. / Г. А. Асташо [и др.] // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2006. – № 1. – С. 25 – 31.
40. Туберкулез и ВИЧ // Государственное учреждение «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии» [Электронный ресурс]. – 2017. – Режим

доступа: http://www.rnpcpf.by/ru/sanitarno-prosvetitelnaya-rabota/2010-10-13-12-34-54.html. – Дата доступа: 28.10.2017.
41. Современные проблемы туберкулеза: материалы научно-практической конференции «Пути реализации Стратегии СТОП-ТБ в Беларуси» и пленума РОО «Белорусское респираторное общество», Минск, 3 – 4 ноября 2011 г. / РНПЦ «ПиФ»; ред. кол.: Г. Л. Гуревич (председатель) [и др.]. – Минск, 2011. – 326 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Текст опросника «ТОБОЛ»

Инструкция: Отметьте утверждения, которые Вы считаете верными в отношении себя. В каждом разделе, отмеченном римской цифрой, Вы можете сделать не более двух выборов.

I. Самочувствие

1. С тех пор как я заболел, у меня почти всегда плохое самочувствие
2. Я почти всегда чувствую себя бодрым и полным сил
3. Дурное самочувствие я стараюсь перебороть
4. Плохое самочувствие я стараюсь не показывать другим
5. У меня почти всегда что-нибудь болит
6. Плохое самочувствие у меня возникает после огорчений
7. Плохое самочувствие появляется у меня от ожидания неприятностей
8. Я стараюсь терпеливо переносить боль и физические страдания
9. Мое самочувствие вполне удовлетворительно
10. С тех пор как я заболел, у меня бывает плохое самочувствие с приступами раздражительности и чувством тоски
11. Мое самочувствие очень зависит от того, как ко мне относятся окружающие
12. Ни одно из определений мне не подходит

II. Настроение

1. Как правило, настроение у меня очень хорошее
2. Из-за болезни я часто бываю нетерпеливым и раздражительным
3. У меня настроение портится от ожидания возможных неприятностей, беспокойства за близких, неуверенности в будущем
4. Я не позволяю себе из-за болезни предаваться унынию и грусти
5. Из-за болезни у меня почти всегда плохое настроение
6. Мое плохое настроение зависит от плохого самочувствия
7. У меня стало совершенно безразличное настроение
8. У меня бывают приступы мрачной раздражительности, во время которых достается окружающим
9. У меня не бывает уныния и грусти, но может быть ожесточенность и гнев
10. Малейшие неприятности сильно огорчают меня
11. Из-за болезни у меня все время тревожное настроение
12. Ни одно из определений мне не подходит

III. Сон и пробуждение ото сна

1. Проснувшись, я сразу заставляю себя встать
2. Утро для меня – самое тяжелое время суток
3. Если меня что-то расстроит, я долго не могу уснуть
4. Я плохо сплю ночью и чувствую сонливость днем
5. Я сплю мало, но встаю бодрым. Сны вижу редко
6. С утра я более активен и мне легче работать, чем вечером
7. У меня плохой и беспокойный сон и часто бывают мучительно-тоскливые сновидения
8. Утром я встаю бодрым и энергичным
9. Я просыпаюсь с мыслью о том, что сегодня надо будет сделать
10. По ночам у меня бывают приступы страха
11. С утра я чувствую полное безразличие ко всему
12. По ночам меня особенно преследуют мысли о моей болезни

13. Во сне мне видятся всякие болезни
14. Ни одно из определений мне не подходит

IV. Аппетит и отношение к еде

1. Нередко я стесняюсь есть при посторонних людях
2. У меня хороший аппетит
3. У меня плохой аппетит
4. Я люблю сытно поесть
5. Я ем с удовольствием и не люблю ограничивать себя в еде
6. Мне легко можно испортить аппетит
7. Я боюсь испорченной пищи и всегда тщательно проверяю ее доброкачественность
8. Еда меня интересует, прежде всего, как средство поддержать здоровье
9. Я стараюсь придерживаться диеты, которую сам разработал
10. Еда не доставляет мне никакого удовольствия
11. Ни одно из определений мне не подходит

V. Отношение к болезни

1. Моя болезнь меня пугает
2. Я так устал от болезни, что мне безразлично, что со мной будет
3. Стараюсь не думать о своей болезни и жить беззаботной жизнью
4. Моя болезнь больше всего угнетает меня тем, что люди стали сторониться меня
5. Без конца думаю о всех возможных осложнениях, связанных с болезнью
6. Я думаю, что моя болезнь неизлечима и ничего хорошего меня не ждет
7. Считаю, что моя болезнь запущена из-за невнимания и неумения врачей
8. Считаю, что опасность моей болезни врачи преувеличивают
9. Стараюсь перебороть болезнь, работать как прежде и даже еще больше
10. Я чувствую, что моя болезнь гораздо тяжелее, чем это могут определить врачи
11. Я здоров, и болезни меня не беспокоят
12. Моя болезнь протекает совершенно необычно – не так, как у других, и поэтому требует особого внимания
13. Моя болезнь меня раздражает, делает нетерпеливым, вспыльчивым
14. Я знаю по чьей вине я заболел и не прощу этого никогда
15. Я всеми силами стараюсь не поддаваться болезни
16. Ни одно из определений мне не подходит

VI. Отношение к лечению

1. Избегаю всякого лечения – надеюсь, что организм сам переборет болезнь, если о ней поменьше думать
2. Меня пугают трудности и опасности, связанные с предстоящим лечением
3. Я был бы готов на самое мучительное и даже опасное лечение только бы избавиться от болезни
4. Я не верю в успех лечения и считаю его напрасным
5. Я ищу новые способы лечения, но, к сожалению, во всех них постоянно разочаровываюсь
6. Считаю, что мне назначают много ненужных лекарств и процедур, уговаривают меня на никчемную операцию
7. Всякие новые лекарства, процедуры и операции вызывают у меня бесконечные мысли об осложнениях и опасностях, с ними связанных
8. Лекарства и процедуры нередко оказывают на меня такое необычное действие, что это изумляет врачей
9. Считаю, что среди применяющихся способов лечения есть настолько вредные, что их следовало бы запретить
10. Считаю, что меня лечат неправильно
11. Я ни в каком лечении не нуждаюсь
12. Мне надоело бесконечное лечение, хочу, чтобы меня только оставили в покое

13. Я избегаю говорить о лечении с другими людьми
14. Меня раздражает и озлобляет, когда лечение не дает улучшения
15. Ни одно из определений мне не подходит

VII. Отношение к врачам и медперсоналу

1. Главным во всяком медицинском работнике я считаю внимание к больному
2. Я хотел бы лечиться у такого врача, у которого большая известность
3. Считаю, что я заболел, прежде всего, по вине врачей
4. Мне кажется, что врачи мало что понимают в моей болезни и только делают вид, что лечат
5. Мне все равно, кто и как меня лечит
6. Я часто беспокоюсь о том, что не сказал врачу что-либо важное, что может повлиять на успех лечения
7. Врачи и медперсонал нередко вызывают у меня неприязнь
8. Я обращаюсь то к одному, то к другому врачу, так как не уверен в успехе лечения
9. С большим уважением я отношусь к медицинской профессии
10. Я не раз убеждался, что врачи и персонал невнимательны и недобросовестно исполняют свои обязанности
11. Я бываю нетерпеливым и раздражительным с врачами и медперсоналом и потом сожалею об этом
12. Я здоров и в помощи врачей не нуждаюсь
13. Считаю, что врачи и медперсонал попусту тратят на меня время
14. Ни одно из определений мне не подходит

VIII. Отношение к родным и близким

1. Я настолько поглощен мыслями о моей болезни, что дела близких перестали волновать меня
2. Я стараюсь родным и близким не показывать виду, что я болен, чтобы не омрачать им настроения
3. Близкие напрасно хотят сделать из меня тяжело больного
4. Меня одолевают мысли, что из-за моей болезни моих близких ждут трудности и невзгоды
5. Мои родные не хотят понять тяжесть моей болезни и не сочувствуют моим страданиям
6. Близкие не считаются с моей болезнью и хотят жить в свое удовольствие
7. Я стесняюсь своей болезни даже перед близкими
8. Из-за болезни я утратил всякий интерес к делам и волнениям близких и родных
9. Из-за болезни я стал в тягость близким
10. Здоровый вид и беззаботная жизнь близких вызывает у меня неприязнь
11. Я считаю, что заболел из-за моих родных
12. Я стараюсь поменьше доставлять тягот и забот моим близким из-за моей болезни
13. Ни одно из определений мне не подходит

IX. Отношение к работе (учебе)

1. Болезнь делает меня никуда не годным работником (неспособным учиться)
2. Я боюсь, что из-за болезни я лишусь хорошей работы (придется уйти из хорошего учебного заведения)
3. Моя работа (учеба) стала для меня совершенно безразличной
4. Из-за болезни мне теперь стало не до работы (не до учебы)
5. Все время беспокоюсь, что из-за болезни могу допустить оплошность на работе (не справиться с учебой)
6. Считаю, что заболел из-за того, что работа (учеба) причинила вред моему здоровью
7. На работе (по месту учебы) совершенно не считаются с моей болезнью и даже придираются ко мне
8. Не считаю, что болезнь может помешать моей работе (учебе)

9. Я стараюсь, чтобы на работе (по месту учебы) поменьше знали и говорили о моей болезни
10. Я считаю, что несмотря на болезнь, надо продолжать работу (учебу)
11. Болезнь сделала меня неусидчивым и нетерпеливым на работе (в учебе)
12. На работе (за учебой) я стараюсь забыть о своей болезни
13. Все удивляются и восхищаются тем, как я успешно работаю (учусь), несмотря на болезнь
14. Мое здоровье не мешает мне работать (учиться) там, где я хочу
15. Ни одно из определений мне не подходит

X. Отношение к окружающим

1. Мне теперь все равно, кто меня окружает, и кто около меня
2. Мне хочется, чтобы окружающие только оставили меня в покое
3. Здоровый вид и жизнерадостность окружающих вызывают у меня раздражение
4. Я стараюсь, чтобы окружающие не замечали моей болезни
5. Мое здоровье не мешает мне общаться с окружающими, сколько мне хочется
6. Мне бы хотелось, чтобы окружающие на себе испытали, как тяжело болеть
7. Мне кажется, что окружающие сторонятся меня из-за моей болезни
8. Окружающие не понимают моей болезни и моих страданий
9. Моя болезнь и то, как я ее переношу, удивляет и поражает окружающих
10. С окружающими я стараюсь не говорить о моей болезни
11. Мое окружение довело меня до болезни, и я этого не прощу
12. Общение с людьми теперь стало мне быстро надоедать и даже раздражать меня
13. Моя болезнь не мешает мне иметь друзей
14. Ни одно из определений мне не подходит

XI. Отношение к одиночеству

1. Предпочитаю одиночество, потому что одному мне становится лучше
2. Я чувствую, что болезнь обрекает меня на полное одиночество
3. В одиночестве я стремлюсь найти какую-нибудь интересную или нужную работу
4. В одиночестве меня начинают особенно преследовать нерадостные мысли о болезни, осложнениях, предстоящих страданиях
5. Часто, оставшись наедине, я скорее успокаиваюсь: люди стали меня сильно раздражать
6. Стесняясь болезни, я стараюсь отдалиться от людей, а в одиночестве скучаю по людям
7. Избегаю одиночества, чтобы не думать о своей болезни
8. Мне стало все равно, что быть среди людей, что оставаться в одиночестве
9. Желание побыть одному зависит у меня от обстоятельств и настроения
10. Я боюсь оставаться в одиночестве из-за опасений, связанных с болезнью
11. Ни одно из определений мне не подходит

XII. Отношение к будущему

1. Болезнь делает мое будущее печальным и унылым
2. Мое здоровье пока не дает никаких оснований беспокоиться за будущее
3. Я всегда надеюсь на счастливое будущее, даже в самых отчаянных положениях
4. Аккуратным лечением и соблюдением режима я надеюсь добиться улучшения здоровья в будущем
5. Не считаю, что болезнь может существенно отразиться на моем будущем
6. Свое будущее я целиком связываю с успехом в моей работе (учебе)
7. Мне стало безразлично, что станет со мной в будущем
8. Из-за моей болезни я в постоянной тревоге за свое будущее
9. Я уверен, что в будущем вскроются ошибки и халатность тех, из-за кого я заболел
10. Когда я думаю о своем будущем, меня охватывает тоска и. раздражение на других людей

11. Из-за болезни я очень тревожусь за свое будущее
12. Ни одно из определений мне не подходит

ПРИЛОЖЕНИЕ А.2

Бланк ответов по методике «ТОБОЛ»

Ф.И.О. _____ Дата _____

Возраст _____ Пол _____

В графе «Номер выбранных ответов» обведите кружком для каждой темы номера тех двух утверждений, которые наиболее для Вас подходят.

Темы утверждений	Номера выбранных ответов
1. Самочувствие	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
2. Настроение	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13
3. Сон и пробуждение ото сна	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17
4. Аппетит и отношение к еде	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
5. Отношение к болезни	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16
6. 0тношение к лечению	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16
7. Отношение к врачам и мед. персоналу	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14
8. Отношение к родным и близким	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13
9. Отношение к работе (учебе)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
10. Отношение к окружающим	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16
11. Отношение к одиночеству	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
12. Отношение к будущему	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

ПРИЛОЖЕНИЕ А.3

Диагностический код опросника ТОБОЛ

I тобол	Г	Р	З	Т	И	Н	М	А	С	Э	П	Д
1				4	5	3	4	3		3	3	
2			4									
3	4	5										
4	4	4							4			
5			*		5							
6						4						
7				4								
8	4	4										
9			4									
10						4					3	5
11									4	4	3	
12								3				

II тобол	Г	Р	З	Т	И	Н	М	А	С	Э	П	Д
1			4									
2						5						4
3				4					4			
4	4	4	4									
5			*		4		5			3		
6	2				4	4				3		
7		*						5				
8												5
9	*										3	4
10						4			4			
11	*			5								

III тобол	Г	Р	З	Т	И	Н	М	А	С	Э	П	Д
1	3	4										
2							4					3
3						4			4	3	3	
4						4		3				
5			3									
6	2											
7				4		4	4			3	3	3
8			4									
9		5										
10				4								
11							4	4				
12				4	4							
13					4							

IV тобол	Г	Р	З	Т	И	Н	М	А	С	Э	П	Д
1									4			
2	2		3									
3					3	3	4	3		3		
4			3									
5			3									
6				3		3			3	3		3
7				3							5	
8		3			3			3				
9					4						4	
10							4	4				

V тобол	Г	Р	З	Т	И	Н	М	А	С	Э	П	Д
1			*	4								
2		*					4	5				
3			5									
4									5			
5	*		*	5								
6			*		4		5	3				
7										4	4	4
8			5									
9		5										
10			*	4	5		4			4		
11			5									
12										5		
13						5						4
14											5	4
15	5	5										

VI тобол	Г	Р	З	Т	И	Н	М	А	С	Э	П	Д
1	*	3	5									
2				4		3			3			
3	4	3			4							
4	*						4	4				
5		*		3	4					4		
6								4			4	3
7	*	*		4								
8										4		
9											5	
10											5	4
11	*		5									
12		2					4	4				
13	3								4			
14						4						5

VII тюзя	Г	Р	З	Т	И	Н	М	А	С	Э	П	Д
1	3	2			4				4	5		
2										5		
3											5	
4	*				4		3				4	4
5								5				
6			*	5					4			
7												4
8		*		4	4							
9	3	2							3			
10											4	4
11						5						
12			5									
13	*		5				4	4				

VIII тюзя	Г	Р	З	Т	И	Н	М	А	С	Э	П	Д
1	*		*		4		4					
2	4	4							4			
3		3	4									
4				4								
5			*		4					5		
6						3				5	3	4
7									5			
8	*						4	4				
9							5		4			
10						3						4
11											4	
12	4	3										

IX тюзя	Г	Р	З	Т	И	Н	М	А	С	Э	П	Д
1			*				4	3				
2				4					4			
3	*	*					4	5				
4	*		*		4		4	3				
5				4					4			
6											4	4
7		*			4					4	4	4
8		5	4									
9	4								5			
10	4	5										
11						4						
12	4	4										
13			3									
14			4									

X тюзя	Г	Р	З	Т	И	Н	М	А	С	Э	П	Д
1	*						3	5				
2						3	4	4				
3	*					3						4
4	4	4							4			
5		4	4									
6	*		*		4					4	4	4
7				3					5			
8			*	2	4					4		
9										4		
10	4	4							4			
11											5	
12												4
13			4									

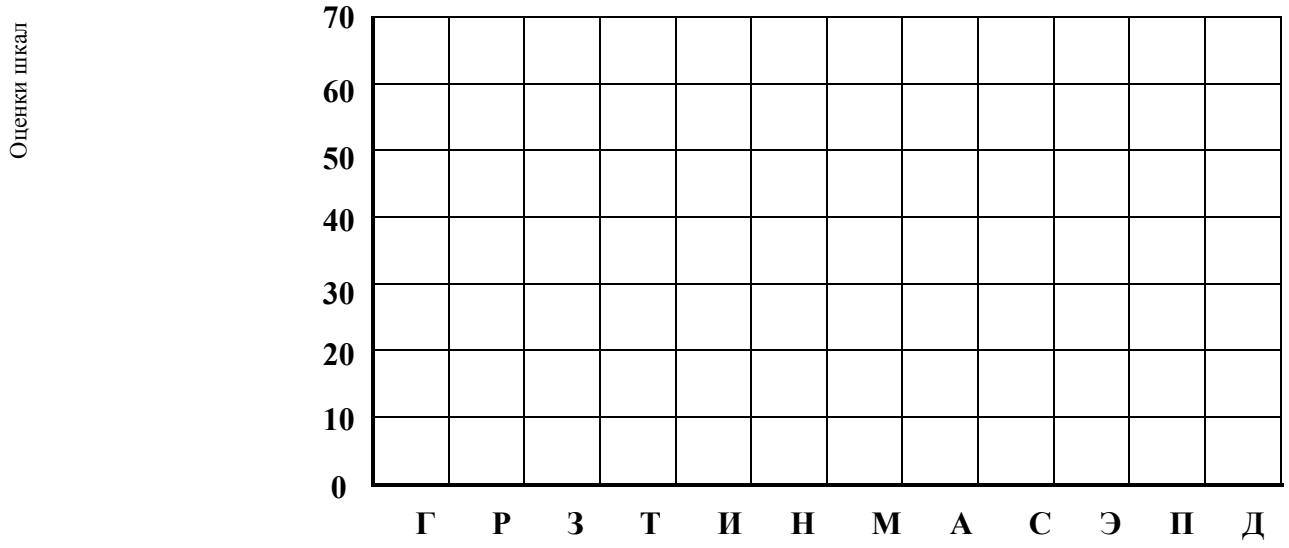
XI тюзя	Г	Р	З	Т	И	Н	М	А	С	Э	П	Д
1	*		*					4	3		3	
2							4			3		
3	4	4										
4			*	4	4		4					
5						4					3	4
6									5			
7	3	3										
8	*							4				
9	3		2			3					2	
10			*	4	4					3		

XII тюзя	Г	Р	З	Т	И	Н	М	А	С	Э	П	Д
1			*		4		5	3				
2			5									
3	3		4									
4	4											
5			4									
6		5										
7	*						4	5				
8			*	5	4	3			3			
9											5	4
10	*					3				4		4
11			*	5		3			4	3		

ПРИЛОЖЕНИЕ А.4

Результаты обследования

Шкалы / Темы	Г	Р	З	Т	И	Н	М	А	С	Э	П	Д
I												
II												
III												
IV												
V												
VI												
VII												
VIII												
IX												
X												
XI												
XII												
Сумма												



Диагностируемый тип отношения к болезни: _____

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Классификация типов отношения к болезни

1. Гармоничный (Г) (реалистичный, взвешенный). Оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть, но и без недооценки тяжести болезни. Стремление во всем активно содействовать успеху лечения. Стремление облегчить близким тяготы ухода за собой. В случае понимания неблагоприятного прогноза заболевания – переключение интересов на те области жизни, которые останутся доступными больному, сосредоточение внимания на своих делах, заботе о близких.

2. Эргопатический (Р) (стенический). «Уход от болезни в работу». Характерно сверхответственное, подчас одержимое, стеничное отношение к работе, которое в ряде случаев выражено еще в большей степени, чем до болезни. Избирательное отношение к обследованию и лечению, обусловленное, прежде всего стремлением, несмотря на тяжесть заболевания, продолжать работу. Стремление во что бы то ни стало сохранить профессиональный статус и возможность продолжения активной трудовой деятельности в прежнем качестве.

3. Анозогнозический (З) (эйфорический). Активнее отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях, вплоть до отрицания очевидного. При признании болезни – отбрасывание мыслей о возможных ее последствиях. Отчетливые тенденции рассматривать симптомы болезни как проявления «несерьезных» заболеваний или случайных колебаний самочувствия. В связи с этим нередко характерны отказ от врачебного обследования и лечения, желание «разобраться самому» и «обойтись своими средствами», надежда на то, что «само все обойдется». При эйфорическом варианте этого типа – необоснованно повышенное настроение, пренебрежительное, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Желание продолжать получать от жизни все, что и ранее, несмотря на болезнь. Легкость нарушений режима и врачебных рекомендаций, пагубно сказывающихся на течении болезни.

4. Тревожный (Т) (тревожно-депрессивный и обсессивно-фобический). Непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений неэффективности и даже опасности лечения. Поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни и методах лечения, поиск «авторитетов», частая смена лечащего врача. В отличие от ипохондрического типа отношения к болезни, в большей степени выражен интерес к объективным данным (результаты анализов, заключения специалистов), нежели к субъективным ощущениям. Поэтому – предпочтение слушать о проявлениях заболевания у других, а не предъявлять без конца свои жалобы. Настроение тревожное. Как следствие тревоги – угнетенность настроения и психической активности.

При обсессивно-фобическом варианте этого типа – тревожная мнительность, которая, прежде всего, касается опасений не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных (но малообоснованных) неудач в жизни, работе, взаимоотношениях с близкими в связи с болезнью. Воображаемые опасности волнуют более чем реальные. Защитой от тревоги становятся приметы и ритуалы.

5. Ипохондрический (И). Чрезмерное сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Стремление постоянно рассказывать о них врачам, медперсоналу и окружающим. Преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий. Преувеличение неприятных ощущений в связи с побочными действиями лекарств и диагностических процедур. Сочетание желания лечиться и неверия в успех, постоянных требований тщательного обследования у авторитетных специалистов и боязни вреда и болезненности процедур.

6. Неврастенический (Н). Поведение по типу «раздражительной слабости». Вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения. Раздражение нередко изливается на первого попавшегося и завершается раскаянием и угрызениями совести. Неумение и нежелание терпеть болевые ощущения. Нетерпеливость в обследовании и лечении, неспособность терпеливо ждать облегчения. В последующем – критическое отношение к своим поступкам и необдуманным словам, просьбы о прощении.

7. Меланхолический (М) (витально-тоскливый). Сверхудрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения. Активные депрессивные высказывания вплоть до суицидных мыслей. Пессимистический взгляд на все вокруг. Сомнение в успехе лечения даже при благоприятных объективных данных и удовлетворительном самочувствии.

8. Апатический (А). Полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения. Пассивное подчинение процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны. Утрата интереса к жизни, ко всему, что ранее волновало. Вялость и апатия в поведении, деятельности и межличностных отношениях.

9. Сенситивный (С). Чрезмерная ранимость, уязвимость, озабоченность возможными неблагоприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения о болезни. Опасения, что окружающие станут жалеть, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться, распускать сплетни и неблагоприятные слухи о причине и природе болезни и даже избегать общения с больным. Боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагожелательного отношения с их стороны в связи с этим. Колебания настроения, связанные, главным образом, с межличностными контактами.

10. Эгоцентрический (Э) (истероидный). «Принятие» болезни и поиски выгод в связи с болезнью. Выставление напоказ близким и

окружающим своих страданий и переживаний с целью вызвать сочувствие и полностью завладеть их вниманием. Требование исключительной заботы о себе в ущерб другим делам и заботам, полное невнимание к близким. Разговоры окружающих быстро переводятся «на себя». Другие люди, также требующие внимания и заботы, рассматриваются как «конкуренты», отношение к ним – неприязненное. Постоянное желание показать другим свою исключительность в отношении болезни, непохожесть на других. Эмоциональная нестабильность и непрогнозируемость.

11. Паранойяльный (П). Уверенность, что болезнь – результат внешних причин, чьего-то злого умысла. Крайняя подозрительность и настороженность к разговорам о себе, к лекарствам и процедурам. Стремление приписывать возможные осложнения или побочные действия лекарств халатности или злому умыслу врачей и персонала. Обвинения и требования наказаний в связи с этим.

12. Дисфорический (Д) (агрессивный). Доминирует гневливо-мрачное, озлобленное настроение, постоянный угрюмый и недовольный вид. Зависть и ненависть к здоровым, включая родных и близких. Вспышки озлобленности со склонностью винить в своей болезни других. Требование особого внимания к себе и подозрительность к процедурам и лечению. Агрессивное, подчас деспотическое отношение к близким, требование во всем угождать.

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Бланк тестовой методики МИКЖ-2006
ФИО_____пол_____возраст_____
Образование_____дата_____

Инструкция: Вам будут предложены пары противоположных утверждений. Ваша задача – выбрать одно из двух утверждений, которое, по вашему мнению, наиболее точно отражают ваше самочувствие в последние две недели и отметить одну из цифр 1, 2, 3, 0, где 3 – это утверждение точно про меня; 2 – это на меня похоже; 1 – сомневаюсь, что это можно отнести ко мне; 0 – если оба утверждения, на Ваш взгляд, одинаково верны.

Не раздумывайте долго над каждым утверждением. Ваша первая реакция всегда будет наиболее верной. Правильных или неправильных утверждений нет.

1	У меня преобладает плохое настроение	3	2	1	0	1	2	3	У меня преобладает хорошее настроение
2	У меня не бывает беспричинных болей	3	2	1	0	1	2	3	У меня постоянно что-то болит без причины
3	Обычно мне очень скучно	3	2	1	0	1	2	3	Обычно я полон энергии
4	Порой мне кажется, что я какой-то странный	3	2	1	0	1	2	3	Я не вижу в себе ничего странного
5	Я вполне доволен (довольна) собой	3	2	1	0	1	2	3	Я чувствую постоянное недовольство собой
6	В целом, я чувствую себя больным человеком	3	2		0	1	2	3	Я считаю себя человеком здоровым
7	Будущее представляется мне безнадёжным	3	2	1	0	1	2	3	Я полон светлых надежд на будущее
8	Что то мешает мне понять себя по настоящему	3	2	1	0	1	2	3	Я вполне принимаю свой внутренний мир

9	Я легко запоминаю новое	3	2	1	0	1	2	3	Я с трудом запоминаю новое
10	Ничто не приносит мне удовольствия	3	2	1	0	1	2	3	Я способен (способна) получать удовольствие
11	У меня пропал интерес к обычным делам	3	2	1	0	1	2	3	Я легко могу найти себе интересное занятие
12	Я довольно часто болею	3	2	1	0	1	2	3	Я болею очень редко
13	Я устаю быстрее, чем обычно	3	2	1	0	1	2	3	Моя работоспособность такая же, как обычно
14	В целом, меня устраивает, то какой я есть	3	2	1	0	1	2	3	Меня не устраивает, какой я есть
15	Когда я уйду на пенсию, я займусь интересными вещами, которыми всегда мечтал заниматься	3	2	1	0	1	2	3	Когда я уйду на пенсию, я постараюсь не обременять себя никакими заботами
16	Периодически я чувствую боль в различных частях тела	3	2	1	0	1	2	3	В основном меня ничего не беспокоит в теле
17	Моя жизнь сложилась именно так, как я мечтал	3	2	1	0	1	2	3	Моя жизнь сложилась совсем не так, как я мечтал
18	Бывало, и не раз, что я остро ненавидел себя	3	2	1	0	1	2	3	Я всегда отношусь к себе с симпатией
19	Я не добился успехов в осуществлении	3	2	1	0	1	2	3	Я осуществил многое из того, что было мною запланировано в жизни

	своих жизненных планов								
20	От повседневных забот моё здоровье ухудшается	3	2	1	0	1	2	3	Повседневные хлопоты не создают мне проблем со здоровьем
21	Утром я просыпаюсь с чувством усталости	3	2	1	0	1	2	3	Утром я просыпаюсь достаточно отдохнувшим (отдохнувшей)
22	Я доволен (довольна) своим физическим самочувствием	3	2	1	0	1	2	3	Моё физическое самочувствие оставляет желать лучшего
23	Случайному человеку я скорее всего, покажусь человеком приятным	3	2	1	0	1	2	3	Случайному человеку я, скорее всего, покажусь неприятным
24	Я полагаю, что человек имеет возможность осуществить свой жизненный выбор по своему желанию	3	2	1	0	1	2	3	Я полагаю, чо человек лишён возможности выбирать из – за влияния природных способностей и обстоятельств
25	Моё здоровье самочувствие не позволяет мне получить денежную работу	3	2	1	0	1	2	3	Моё здоровье и самочувствие не мешают мне зарабатывать столько, сколько мне нужно
26	Я с трудом засыпаю	3	2	1	0	1	2	3	Я легко (быстро) засыпаю
27	С детьми у меня достаточно хорошие взаимоотношения	3	2	1	0	1	2	3	С детьми у меня недостаточно хорошие взаимоотношения
28	Обычно я спокоен (спокойна)	3	2	1	0	1	2	3	Я чувствую постоянное беспокойство

29	По состоянию здоровья я не могу нормально провести отпуск	3	2	1	0	1	2	3	Моё здоровье не препятствует отдыху в отпуске
30	Мой аппетит не изменился	3	2	1	0	1	2	3	Мой аппетит увеличился / уменьшился
31	Моё здоровье не даёт мне строить хорошие отношения с детьми	3	2	1	0	1	2	3	Здоровье не мешает моим отношениям с детьми
32	Мой сон беспокоен	3	2	1	0	1	2	3	Я сплю спокойно
33	Из – за слабого здоровья я имею финансовые проблемы	3	2	1	0	1	2	3	Здоровье не создает мне финансовые проблемы
34	Мне трудно планировать будущее	3	2	1	0	1	2	3	Мне легко планировать будущее
35	С супругом (супругой) у меня достаточное взаимопонимание	3	2	1	0	1	2	3	У меня мало взаимопонимания с супругом (супругой)
36	Я легко просыпаюсь	3	2	1	0	1	2	3	Я с трудом просыпаюсь утром
37	Из – за слабого здоровья я не могу получить хорошее образование	3	2	1	0	1	2	3	Моё здоровье не мешает мне учиться и развиваться
38	Мой вес такой же, как и раньше	3	2	1	0	1	2	3	Мой вес изменился
39	Моё здоровье ухудшает мои отношения с супругом (супругой)	3	2	1	0	1	2	3	Моё здоровье не влияет на отношения с супругом (супругой)

40	Я не хочу общаться с людьми	3	2	1	0	1	2	3	Мне хочется общаться с людьми, как и раньше
41	Я вполне удовлетворен (удовлетворена) моей профессией и квалификацией	3	2	1	0	1	2	3	Меня не устраивает моя профессия и квалификация
42	Я легко принимаю решения	3	2	1	0	1	2	3	Мне сложно принять любое решение
43	С родителями у меня хорошее взаимопонимание	3	2	1	0	1	2	3	У меня нет взаимопонимания с родителями
44	В жизни я ещё не нашёл своего призвания	3	2	1	0	1	2	3	В жизни я нашёл своё призвание и цели
45	По состоянию здоровья я не могу позволить себе ходить в гости	3	2	1	0	1	2	3	Я часто бываю в гостях и здоровье мне не помеха
46	Я ем только по привычке	3	2	1	0	1	2	3	У меня хороший аппетит и я получаю удовольствие от еды
47	Отношения с родителями (родителем) меня устраивают	3	2	1	0	1	2	3	Меня не устраивают отношения с родителями (родителем)
48	Я легко раздражаюсь	3	2	1	0	1	2	3	Меня сложно вывести из себя
49	Из – за состояния здоровья я не могу принимать гостей	3	2	1	0	1	2	3	Здоровье не мешает приёму гостей
50	Я вполне доволен (довольна), тем как я выгляжу	3	2	1	0	1	2	3	То, как я выгляжу мне не нравится

51	Мои повседневные дела приносят мне удовольствие и удовлетворение	3	2	1	0	1	2	3	Мои повседневные дела приносят мне сплошные неприятности и переживания
52	Из–за состояния здоровья я чувствую себя в изоляции	3	2	1	0	1	2	3	Я активно общаюсь, и здоровье не мешает мне
53	Меня ничего не радует	3	2	1	0	1	2	3	Способен (способна) испытывать радость
54	Я ничего из себя не представляю	3	2	1	0	1	2	3	Я вполне состоялся (состоялась) как личность
55	Мои сексуальные интересы остались на прежнем уровне	3	2	1	0	1	2	3	У меня снизилось сексуальное влечение
56	Я стал (стала) хуже справляться с обычными делами	3	2	1	0	1	2	3	Я легко справляюсь с обычными делами
57	Моё физическое состояние в основном комфортное	3	2	1	0	1	2	3	В основном я чувствую физический дискомфорт
58	Мои отношения с родственниками меня вполне устраивают	3	2	1	0	1	2	3	Меня не устраивают мои отношения с родными
59	У меня есть хорошие друзья, с которыми я давно знаком	3	2	1	0	1	2	3	Мне трудно поддерживать отношения с друзьями длительное время
60	Последние годы я часто меняю место работы	3	2	1	0	1	2	3	Последние годы я не менял место работы

ПРИЛОЖЕНИЕ В.2

КЛЮЧ К МЕТОДИКЕ

^ **1) ОБЩИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ (ОП)** = S•0,238 (результат всегда <100)
Где S – сумма сырых балов по всем шкалам (прямые и реверсивные)
• - знак «умножить».
ШКАЛЫ ПРЯМЫЕ:
1,3,4,6,7,8,10,11,12,13,15,16,18,19,20,21,25,26,29,31,32,33,34,37,39,40,44,45,46,48,49,52,53,54,56,60 – порядковые номера вопросов опросника;
ШКАЛЫ РЕВЕРСИВНЫЕ:
2,5,9,14,17,22,23,24,27,258,30,35,36,38,41,42,43,47,50,51,55,57,58,59 – порядковые номера вопросов опросника.
^ **2) ШКАЛЬНЫЕ ОЦЕНКИ:**
А) СЫРЫЕ ОЦЕНКИ:
ОВ СТА КФФ МЛА ЭК СОП КАП СР ПЭА СК ССА КД
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
1…12 – нумерация шкал;
ОВ,…КД – название шкал.
В) ПЕРЕСЧЕТ ШКАЛ
ОВ СТА КФФ МЛА ЭК СОП КАП СР ПЭА СК ССА КД

•2,38 •2,38 •2,04 •3,57 •1,78 •2,38 •3,57 •3,57 •2,85 •7,14 •2,38 •(100-ОП)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
• - знак «умножить»;
2,38…7,14 – постоянный коэффициент, соответствующий шкале;
ОП – общий показатель.
С) ШКАЛЬНЫЕ ОЦЕНКИ – это результаты пересчета по каждой шкале
ОВ СТА КФФ МЛА ЭК СОП КАП СР ПЭА СК ССА КД
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
^ **3) ПОКАЗАТЕЛИ ШКАЛ:**
I (ФА) II (ПСА) III (СА)

		Сумма пересчета шкал 1+2+3	Сумма пересчета шкал 4+5+6+7	Сумма пересчета шкал 8+9+10+11+12
ФА (физиологическая адаптация)	1	ОБЩАЯ ВИТАЛЬНОСТЬ (**ОВ**)		6,11,13,20,21,51
	2	СУБЪЕКТИВНО-ТЕЛЕСНАЯ АДАПТАЦИЯ (**СТА**)		2,12,16,22,57,56
	3	КАЧЕСТВО ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ (**КФФ**) (сон, вес, аппетит,		26,30,32,36,38,46,55

		сексуальность)	
ПСА (психо-социальная адаптация)	4	МЕЖЛИЧНОСТНАЯ АДАПТАЦИЯ (**МЛА**)	40,49,52,59,58
	5	ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ КОМФОРТ (**ЭК**)	1,3,5,7,10,18,28,48,53
	6	САМООТНОШЕНИЕ И САМОПОНИМАНИЕ (АУТОРЕФЛЕКСИЯ) (**СОП**)	4,8,14,23,50,54
	7	КОГНИТИВНАЯ АДАПТАЦИЯ И ПЛАНИРОВАНИЕ (**КАП**)	9,15,34,42
СА (социальная адаптация)	8	СОЦИАЛЬНАЯ РЕАЛИЗОВАННОСТЬ (**СР**)	17,19,24,44
	9	ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ И ЭКОНОМИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ (**ПЭА**)	25,33,37,41,60
	10	СОЦИАЛЬНЫЕ КОММУНИКАЦИИ (**СК**)	29,45
	11	СОЦИАЛЬНО-СЕМЕЙНАЯ АДАПТАЦИЯ (**ССА**)	27,31,35,39,43,47
	12	КОЭФИЦИЕНТ ДЕЗАДАПТАЦИИ (**КД**)	=100-ОП

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

Пятифакторный личностный опросник (Большая – 5-ка)

Ф. И. О. оцениваемого _____

Возраст (полных лет) _____

Должность _____

Подразделение _____

Дата заполнения _____

I	II	III	IV	V
1.	2.	3.	4.	5.
6.	7.	8.	9.	10.
11.	12.	13.	14.	15.
16.	17.	18.	19.	20.
21.	22.	23.	24.	25.
26.	27.	28.	29.	30.
31.	32.	33.	34.	35.
36.	37.	38.	39.	40.
41.	42.	43.	44.	45.
46.	47.	48.	49.	50.
51.	52.	53.	54.	55.
56.	57.	58.	59.	60.
61.	62.	63.	64.	65.
66.	67.	68.	69.	70.
71.	72.	73.	74.	75.

ПРИЛОЖЕНИЕ Г.2

Стимульный текст пятифакторного опросника личности

Инструкция: Перед Вами опросник, состоящий из 75-и противоположных по значению высказываний, каждое из которых выявляет важные свойства личности и особенности поведения человека в некоторых жизненных ситуациях. В данном опроснике нет утверждений правильных или неправильных, так же как нет “хороших” или “плохих” черт личности, поэтому следует оценить все 75 высказываний. Все стимульные фразы разделены оценочной шкалой. Прочтите внимательно высказывание и определите, какая его часть больше соответствует особенностям Вашей личности. Если Вы считаете, что левая, то используйте для оценки символы -2 и -1 шкалы, если Вы считаете, что правая, то используйте правую часть шкалы (+2 и +1). Цифрами Вы отразите степень выраженности оцениваемого признака: 2 - сильно выражено, 1 - слабо выражено, если Вы сомневаетесь в выборе, то выбирайте 0.

1. Мне нравиться заниматься физкультурой	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	Я не люблю физические нагрузки
2. Люди считают меня отзывчивым и доброжелательным человеком	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	Некоторые люди считают меня холодным и черствым
3. Я во всем ценю чистоту и порядок	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	Иногда я позволяю себе быть неряшливым
4. Меня часто беспокоит мысль, что что-нибудь может случиться	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	«Мелочи жизни» меня не тревожат
5. Все новое вызывает у меня интерес	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	Часто новое вызывает у меня раздражение
6. Если я ничем не занят, то это меня беспокоит	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	Я человек спокойный и не люблю суетиться
7. Я стараюсь проявлять дружелюбие ко всем людям	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	Я не всегда и не со всеми дружелюбный человек

8. Моя комната всегда аккуратно прибрана	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	Я не очень стараюсь следить за чистотой и порядком
9. Иногда я расстраиваюсь из-за пустяков	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	Я не обращаю внимания на мелкие проблемы
10. Мне нравятся неожиданности	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	Я люблю предсказуемость событий
11. Я не могу долго оставаться в неподвижности	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	Мне не нравится быстрый стиль жизни
12. Я тактичен по отношения к другим людям	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	Иногда в шутку я задеваю самолюбие других
13. Я методичен и пунктуален во всем	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	Я не очень обязательный человек
14. Мои чувства легко уязвимы и ранимы	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	Я редко тревожусь и редко чего-либо боюсь
15. Мне не интересно, когда ответ ясен заранее	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	Я не интересуюсь вещами, которые мне не понятны
16. Я люблю, чтобы другие быстро выполняли мои распоряжения	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	Я не спеша выполняю чужие распоряжения
17. Я уступчивый и склонный к компромиссам человек	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	Я люблю поспорить с окружающими

18. Я проявляю настойчивость, решая трудную задачу	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	Я не очень настойчивый человек
19. В трудных ситуациях я весь сжимаюсь от напряжения	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	Я могу расслабиться в любой ситуации
20. У меня очень живое воображение	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	Я всегда предпочитаю реально смотреть на мир
21. Мне часто приходится быть лидером, проявлять инициативу	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	Я скорее подчиненный, чем лидер
22. Я всегда готов оказать помощь и разделить чужие трудности	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	Каждый должен уметь позаботиться о себе
23. Я очень старательный во всех делах человек	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	Я не очень усердствую на работе
24. У меня часто выступает холодный пот и дрожат руки	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	Я редко испытывал напряжение, сопровождаемое дрожью в теле
25. Мне нравится мечтать	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	Я редко увлекаюсь фантазиями
26. Часто случается, что я руковожу, отдаю распоряжения другим людям	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	Я предпочитаю, чтобы кто-то другой брал в свои руки руководство

27. Я предпочитаю сотрудничать с другими, чем соперничать	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	Без соперничества общество не могло бы развиваться
28. Я серьезно и прилежно отношусь к работе	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	Я стараюсь не брать дополнительные обязанности на работе
29. В необычной обстановке я часто нервничаю	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	Я легко привыкаю к новой обстановке
30. Иногда я погружаюсь в глубокие размышления	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	Я не люблю тратить свое время на размышления
31. Мне нравится общаться с незнакомыми людьми	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	Я не очень общительный человек
32. Большинство людей добры от природы	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	Я думаю, что жизнь делает некоторых людей злыми
33. Люди часто доверяют мне ответственные дела	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	Некоторые считают меня безответственным
34. Иногда я чувствую себя одиноко, тоскливо и все валится из рук	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	Часто, что-либо делая, я так увлекаюсь, что забываю обо всем
35. Я хорошо знаю, что такое красота и элегантность	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	Мое представление о красоте такое же, как и у других

36. Мне нравится приобретать новых друзей и знакомых	-2	-1	0	1	2	Я предпочитаю иметь только несколько надежных друзей
37. Люди, с которыми я общаюсь, обычно мне нравятся	-2	-1	0	1	2	Есть такие люди, которых я не люблю
38. Я требователен и строг в работе	-2	-1	0	1	2	Иногда я пренебрегаю своими обязанностями
39. Когда я сильно расстроен, у меня тяжело на душе	-2	-1	0	1	2	У меня очень редко бывает мрачное настроение
40. Музыка способна так захватить меня, что я теряю чувство времени	-2	-1	0	1	2	Драматическое искусство и балет кажутся мне скучными
41. Я люблю находиться в больших и веселых компаниях	-2	-1	0	1	2	Я предпочитаю уединение
42. Большинство людей честные, и им можно доверять	-2	-1	0	1	2	Иногда я отношусь подозрительно к другим людям
43. Я обычно работаю добросовестно	-2	-1	0	1	2	Люди часто находят в моей работе ошибки
44. Я легко впадаю в депрессию	-2	-1	0	1	2	Мне невозможно испортить настроение
45. Настоящее произведение	-	-	0	1	2	Я редко восхищаюсь

искусства вызывает у меня восхищение	**2**	**1**				совершенством настоящего произведения искусства
46. «Болея» на спортивных соревнованиях, я забываю обо всем	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	Я не понимаю, почему люди занимаются опасными видами спорта
47. Я стараюсь проявлять чуткость, когда имею дело с людьми	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	Иногда мне нет дела до интересов других людей
48. Я редко делаю необдуманно то, что хочу сделать	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	Я предпочитаю принимать решения быстро
49. У меня много слабостей и недостатков	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	У меня высокая самооценка
50. Я хорошо понимаю свое душевное состояние	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	Мне кажется, что другие люди менее чувствительны, чем я
51. Я часто игнорирую сигналы, предупреждающие об опасности	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	Я предпочитаю избегать опасных ситуаций
52. Радость других я разделяю как собственную	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	Я не всегда разделяю чувства других людей
53. Я обычно контролирую свои чувства и желания	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	Мне трудно сдерживать свои желания

54. Если я терплю неудачу, то обычно обвиняю себя	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	Мне часто «везет», и обстоятельства редко бывают против меня
55. Я верю, что чувства делают мою жизнь содержательнее	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	Я редко обращаю внимание на чужие переживания
56. Мне нравятся карнавальные шествия и демонстрации	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	Мне не нравится находиться в многолюдных местах
57. Я стараюсь поставить себя на место другого человека, чтобы его понять	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	Я не стремлюсь понять все нюансы переживаний других людей
58. В магазине я обычно долго выбираю то, что надумал купить	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	Иногда я покупаю вещи импульсивно
59. Иногда я чувствую себя жалким человеком	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	Обычно я чувствую себя нужным человеком
60. Я легко «вживаюсь» в переживания вымышленного героя	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	Приключения киногероя не могут изменить мое душевное состояние
61. Я чувствую себя счастливым, когда на меня обращают внимание	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	Я скромный человек и стараюсь не выделяться среди людей
62. В каждом человеке есть нечто, за что его	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	Я еще не встречал человека, которого можно было бы

можно уважать						уважать
63. Обычно я хорошо думаю, прежде чем действую	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	Я не люблю продумывать заранее результаты своих поступков
64. Часто у меня бывают взлеты и падения настроения	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	Обычно у меня ровное настроение
65. Иногда я чувствую себя фокусником, подшучивающим над людьми	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	Люди часто называют меня скучным, но надежным человеком
66. Я привлекателен для лиц противоположного иола	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	Некоторые считают меня обычным и неинтересным человеком
67. Я всегда стараюсь быть добрым и внимательным с каждым человеком	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	Некоторые люди думают, что я самонадеянный и эгоистичный
68. Перед путешествием я намечаю точный план	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	Я не могу понять, зачем люди строят такие детальные планы
69. Мое настроение легко меняется на противоположное	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	Я всегда спокоен и уравновешен
70. Я думаю, что жизнь – это азартная игра	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	Жизнь – это опыт, передаваемый последующим поколениям

71. Мне нравится выглядеть вызывающе	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	В обществе я обычно не выделяюсь поведением и модной одеждой
72. Некоторые говорят, что я снисходителен к окружающим	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	Говорят, что я часто хвастаюсь своими успехами
73. Я точно и методично выполняю свою работу	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	Я предпочитаю «плыть по течению», доверяя своей интуиции
74. Иногда я бываю настолько взволнован, что даже плачу	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	Меня трудно вывести из себя
75. Иногда я чувствую, что могу открыть в себе нечто новое	**-2**	**-1**	**0**	**1**	**2**	Я не хотел бы ничего в себе менять

ПРИЛОЖЕНИЕ Г.3

Способ обработки результатов пятифакторного опросника личности

Ключ. После того, как все утверждения оценены их необходимо перевести в баллы. Для этого первичные сырые оценки -2 -1 0 1 2 заменяются соответствующими баллами 5 4 3 2 1. Переводные баллы заносятся в правую ячейку бланка ответов, которые в дальнейшем суммируются по вертикали, и, таким образом, получаются тэстовые параметры личности. Каждый первичный компонент – фактор состаит из суммы трех балльных оценок. Например, фактор 1.1 активность – пассивность, это сумма баллов , полученная на стимулы 1, 6 и 11. Вторичный фактор – сумма пяти первичных факторов.

Для того, чтобы получить факторы необходимо суммировать по вертикали переведенные баллы стимульные оценки. Полученные суммы свидетельствуют о выраженности соответствующих качеств личности, входящих в «большую пятерку» и в дальнейшем будут использоваться для интерпретации результатов тестирования.

Интерпретация результатов

Показатели степени выраженности:

0 – 18: низкая

18 – 31: ниже среднего

32 – 47: средняя

48 – 62: выше среднего

63 – 72: высокая

ПРИЛОЖЕНИЕ Д

Сводная таблица по методике «ТОБОЛ» основная группа

Основная группа	Г	Р	З	Т	И	Н	М	А	С	Э	П	Д
1	19	8	39	21	8	14	4	4	16	12	13	13
2	4	5	7	14	16	13	21	24	20	32	19	20
3	10	9	13	24	4	2	20	15	22	13	11	12
4	18	30	44	8	8	8	7	4	16	11	24	20
5	12	20	14	19	6	15	20	17	13	33	15	15
6	15	14	8	24	12	13	29	22	32	6	4	11
7	17	19	21	17	12	6	12	11	13	30	6	3
8	4	13	16	19	12	20	8	7	17	29	13	23
9	9	17	51	4	8	12	8	5	8	0	23	23
10	19	11	15	16	10	18	24	13	13	23	12	14
11	5	9	39	0	0	0	0	5	0	0	4	0
12	18	12	13	3	12	23	26	25	14	9	13	16
13	7	13	47	18	12	7	13	0	15	11	14	7
14	23	31	21	7	16	15	12	21	17	17	7	8
15	22	19	30	3	4	3	8	16	9	4	9	3
16	9	13	24	19	8	10	22	3	18	29	8	5
17	13	10	3	24	9	12	17	21	22	32	9	7
18	0	0	5	8	14	36	30	24	9	43	21	22
19	10	21	0	4	8	0	11	11	7	59	21	12
20	11	3	25	4	20	22	15	8	5	33	21	15
21	3	3	12	16	12	3	8	4	7	4	8	8
22	6	9	4	17	4	0	4	0	8	28	0	0
23	16	22	28	4	12	11	12	17	8	25	9	12
24	8	13	14	21	16	11	11	12	22	10	36	23
25	12	18	11	8	0	4	0	0	24	0	0	0
26	18	25	12	15	12	21	3	0	38	14	23	25
27	17	16	25	3	4	0	0	0	17	0	5	4
28	6	23	12	15	12	8	12	4	24	6	10	7
29	9	31	39	5	11	4	0	8	26	39	4	3
30	15	22	15	9	12	7	4	9	28	17	6	0
31	11	14	19	13	9	6	12	10	7	10	11	7

ПРИЛОЖЕНИЕ Д.2

Сводная таблица по методике «ТОБОЛ» группы сравнения

Группа сравнения	Г	Р	З	Т	И	Н	М	А	С	Э	П	Д
1	9	3	10	8	13	26	37	27	5	14	15	26
2	12	14	9	22	12	14	8	13	9	10	12	4
3	6	12	17	36	0	11	4	7	16	29	3	4
4	13	10	25	30	4	13	0	4	12	18	13	10
5	21	14	13	25	16	18	4	4	19	13	7	5
6	22	16	27	20	16	18	17	6	5	9	0	4
7	11	15	18	12	15	10	4	12	25	23	18	6
8	20	4	12	12	14	15	19	16	19	28	23	20
9	13	14	24	14	0	9	13	12	29	10	13	11
10	11	9	27	4	12	8	20	12	8	9	17	8
11	11	15	18	12	15	10	4	12	25	23	18	16
12	17	16	23	39	16	9	13	7	11	27	16	23
13	16	13	8	24	20	12	21	16	16	4	13	13
14	30	17	17	4	7	7	14	20	21	3	12	5
15	4	9	27	8	11	16	17	6	12	11	13	16
16	24	4	42	30	4	9	0	8	15	5	17	11
17	18	17	13	10	8	15	11	8	12	24	19	27
18	12	15	5	22	14	15	8	12	24	35	15	23
19	26	12	21	15	15	8	4	20	13	29	11	8
20	20	15	18	32	7	11	4	13	16	38	8	5
21	26	24	22	14	4	15	8	10	19	8	10	12
22	16	20	9	16	21	21	16	10	24	36	26	19
23	26	32	8	40	8	16	7	4	8	10	15	16
24	7	16	25	19	17	3	4	0	17	22	5	4
25	18	14	19	10	12	16	4	4	11	35	23	15
26	8	22	10	28	20	10	21	10	26	8	8	3
27	15	15	13	7	24	25	8	11	13	19	17	12
28	20	12	13	28	16	17	16	15	32	15	8	11
29	11	17	14	14	19	10	22	13	23	18	16	16
30	8	13	12	14	21	22	19	4	34	9	17	31
31	14	14	19	13	0	17	12	15	12	12	25	25

ПРИЛОЖЕНИЕ Е

Сводная таблица по методике «МИКЖ-2006» основная группа

	I(ФА)			II(ПСА)				III(СА)				
Группа основная	ОВ	СТА	КФФ	МЛА	ЭК	СОП	КАП	СР	ПЭА	СК	ССА	КД
1	35,7	64,3	55,1	89,3	57,0	54,7	71,4	50,0	45,6	14,3	59,5	47,2
2	78,5	95,2	61,2	99,7	74,8	69,0	75,0	46,4	57,0	28,6	47,6	34,0
3	38,1	76,2	55,1	60,7	57,0	64,3	50,0	46,4	57,0	14,3	42,8	48,6
4	78,5	69,0	79,6	78,5	58,7	61,9	35,7	35,7	74,1	99,8	59,5	38,4
5	61,9	50,0	77,5	42,8	51,6	61,9	53,6	39,3	34,2	99,6	60,0	48,8
6	61,9	73,8	63,2	67,8	64,1	52,4	64,3	42,8	77,0	42,8	52,4	43,0
7	40,5	52,4	51,1	42,8	62,3	33,3	39,3	38,4	45,6	28,6	90,4	59,5
8	71,4	61,9	63,0	42,8	83,7	59,5	35,7	64,3	62,7	42,8	35,7	44,8
9	83,3	59,5	57,2	99,9	81,9	26,2	64,3	60,7	62,7	57,1	52,4	41,9
10	40,5	59,5	77,1	85,7	58,7	38,1	46,4	25,0	28,5	42,8	54,7	42,6
11	64,3	57,1	69,5	96,5	64,1	78,5	35,7	53,5	34,2	85,7	52,4	42,6
12	50,0	42,8	53,4	92,8	44,5	71,4	57,1	42,8	45,6	57,1	46,2	57,4
13	54,7	59,5	65,0	50,0	46,3	35,7	60,7	25,0	40,0	57,1	33,3	58,1
14	47,6	85,7	61,3	82,1	83,7	42,8	14,3	60,7	50,0	48,5	42,8	42,9
15	66,6	47,6	57,2	53,5	66,6	63,2	67,8	42,8	57,0	71,4	47,6	41,0
16	42,8	61,9	63,1	71,4	33,8	52,4	45,0	60,7	34,2	35,7	69,0	49,0
17	57,1	57,1	61,2	60,7	57,0	64,3	71,4	57,1	78,1	28.6	76,2	43,4
18	31,0	40,5	60,2	71,4	54,7	60,2	74,1	64,3	45,6	42,8	57,1	53,8
19	35,7	52,4	87,5	59,3	50,2	61,5	76,2	60,7	43,2	42,8	52,3	43,6
20	80,9	45,2	69,7	85,7	69,4	45,2	42,8	57,1	78,1	92,8	57,3	39,8
21	32,4	39,6	89,3	62,4	60,3	50,4	73,4	59,2	45,5	40,5	53,3	56,5
22	47,6	66,6	65,8	78,5	73,0	54,7	35,7	75,0	25,7	99,8	81,0	39,5
23	85,7	57,1	32,3	78,5	76,3	59,5	32,3	39,3	59,5	89,3	42,8	47,6
24	90,4	64,3	30,6	53,5	85,4	38,1	64,3	35,7	71,3	14,3	28,6	47,2
25	90,4	54,7	89,3	50,4	81,9	50,0	62,4	33,4	69,5	71,4	23,3	24,0
26	47,6	52,4	30,8	82,1	99,7	61,9	35,7	21,4	34,2	98,7	57,1	45,7
27	40,5	38,1	83,6	82,1	36,5	23,8	14,3	28,6	25,7	28,6	19,0	73,8
28	72,8	50,2	55,4	63,3	70,2	45,8	40,0	35,8	60,0	45,6	42,8	47,7
29	71,4	71,4	69,1	39,3	76,5	45,2	17,9	53,6	79,8	64,3	47,6	44,8
30	69,0	50,0	32,4	75,0	67,6	38,1	35,7	46,4	71,3	51,7	45,2	45,0
31	52,3	28,6	33,6	42,8	39,2	28,6	53,6	42,8	28,5	28,6	33,3	61,2

ПРИЛОЖЕНИЕ Е.2

Сводная таблица по методике «МИКЖ-2006» группа сравнения

		I(ФА)			II(ПСА)				III(СА)			
Группа основная	ОВ	СТА	КФФ	МЛА	ЭК	СОП	КАП	СР	ПЭА	СК	ССА	КД
1	30,9	76,2	77,5	64,3	62,3	52,4	78,5	46,4	31,4	14,3	71,4	43,4
2	59,5	76,2	58,2	67,8	83,6	73,8	53,6	53,6	51,3	14,3	66,6	39,8
3	88,1	66,6	59,8	42,8	60,5	40,5	35,7	50,0	37,1	57,1	31,0	51,0
4	71,4	54,7	40,6	32,1	78,3	64,3	39,3	39,3	22,8	21,4	23,8	54,5
5	69,0	76,2	28,3	46,4	90,8	57,1	21,4	42,8	40,0	14,3	38,1	43,4
6	85,7	83,3	67,4	75,0	78,3	78,5	35,7	50,0	40,0	14,3	36,0	35,5
7	95,2	83,3	73,0	95,3	91,3	88,1	93,0	96,3	85,5	98,4	86,0	12,4
8	64,3	59,5	98,5	42,8	80,1	76,2	39,3	46,4	54,2	14,3	33,3	42,6
9	90,4	88,1	77,3	93,2	91,0	88,1	89,3	96,4	96,2	98,2	88,1	9,6
10	97,5	86,0	96,2	91,4	89,1	90,4	89,2	96,4	91,2	98,4	90,4	10,3
11	78,5	61,8	91,7	53,5	58,7	71,4	53,5	60,7	57	14,3	52,4	39,0
12	56,0	66,6	87,4	96,4	69,4	78,5	32,1	32,1	48,5	14,3	45,2	42,4
13	76,2	66,6	71,6	50,0	74,8	69,0	60,7	67,8	54,2	21,4	38,1	38,8
14	23,8	65,3	79,4	66,6	80,1	73,8	67,8	67,8	52,3	21,4	47,6	39,0
15	95,2	85,7	71,0	91,3	92,3	90,4	85,7	78,5	88,4	78,5	83,3	12,7
16	92,8	88,1	98,3	96,1	91,4	92,8	82,1	96,4	91,2	100	85,7	10,7
17	64,3	73,8	94,6	53,6	74,8	83,3	53,6	60,7	23,0	21,4	40,5	41,0
18	31,0	43,0	79,8	42,8	50,0	33,3	35,7	28,6	40,0	28,6	28,6	65,0
19	52,4	54,7	40,0	57,1	69,4	52,4	64,3	82,1	45,6	28,6	50,0	43,1
20	52,4	59,5	53,0	64,3	83,6	66,6	57,1	82,1	57,0	21,4	28,6	41,2
21	57,1	66,6	53,3	67,8	55,2	71,1	50,0	64,3	37,1	14,3	45,2	46,5
22	57,1	78,5	67,3	75,0	82,0	73,8	60,6	57,1	54,2	21,4	35,7	40,0
23	40,5	38,1	65,6	32,1	35,6	23,8	21,7	28,6	28,5	28,6	19,0	71,4
24	85,7	71,4	30,4	82,1	76,5	78,5	75,0	67,8	48,5	21,4	35,5	20,7
25	23,8	73,8	69,7	78,5	50,0	52,3	75,0	57,1	48,5	14,3	47,6	51,5
26	88,1	88,1	36,0	71,4	76,5	54,7	23,0	57,1	45,6	21,4	50,0	41,7
27	42,8	81,0	47,0	53,5	53,4	61,8	50,0	46,4	37,1	21,4	31,0	52,2
28	60,0	73,7	45,2	67,8	66,0	57,1	42,8	78,5	31,4	57,1	33,3	47,2
29	64,3	73,8	75,5	53,5	74,8	58,7	50,0	60,7	25,6	21,4	28,6	41,0
30	57,1	66,6	69,4	89,3	71,2	61,9	46,4	53,6	57,0	14,3	45,2	41,9
31	85,7	88,1	75,5	67,8	81,9	78,5	64,3	42,8	54,2	14,3	38,1	34,8

ПРИЛОЖЕНИЕ Е.3

Сводная таблица по методике «МИКЖ-2006» основная группа и группа сравнения

	Группа основная				Группа сравнения			
n=31	ОП	I(ФА)	II(ПСА)	III(СА)	ОП	I(ФА)	II(ПСА)	III(СА)
1	52,8	155,1	272,4	216,6	56,6	184,6	257,5	206,9
2	66,0	234,9	318,5	213,6	60,2	194,9	278,8	225,6
3	51,4	169,4	232,0	209,1	49,0	195,5	179,5	226,1
4	61,6	227,1	234,8	307,5	45,5	154,7	214,0	161,8
5	51,2	189,4	209,0	281,9	56,6	208,5	215,7	178,6
6	56,9	198,9	248,6	258,1	64,5	280,5	267,5	175,8
7	40,5	148,0	147,7	262,5	87,6	276,5	367,7	378,6
8	55,2	186,3	221,7	250,3	57,4	201,3	238,4	190,8
9	58,1	206	272,3	274,8	90,4	274,8	361,6	388,5
10	57,4	157,1	228,9	193,6	89,7	274,7	360,1	386,7
11	57,4	198,9	272,8	268,4	61,0	228	237,1	223,4
12	42,6	162,2	65,8	249,1	57,6	194	276,4	182,5
13	41,9	167,2	192,7	213,5	61,2	222,4	254,5	220,3
14	57,1	198,6	222,9	244,9	61,0	160,5	288,3	228,1
15	59,0	175,4	251,1	259,8	87,3	278,9	359,7	341,4
16	51,0	161,8	202,6	248,6	89,3	275,2	362,4	384
17	56,6	177,4	253,4	236,7	59,0	217,7	265,3	186,6
18	46,2	132,7	260,4	263,6	35,0	114,8	161,8	190,8
19	56,4	148,6	247,2	242,6	56,9	160,1	243,2	249,4
20	60,2	213,8	243,1	325,1	58,8	164,9	271,6	230,3
21	43,5	141,3	246,5	255	53,5	191	244,1	207,4
22	60,5	204	241,9	321	60,0	200,9	291,4	208,4
23	52,4	208,1	246,6	240,5	28,6	109,2	113,2	176,1
24	52,8	187,3	241,3	197,1	73,3	226,5	312,1	194,1
25	76,0	175,4	244,7	221,6	48,5	134,3	255,8	219
26	54,3	189,8	243,7	257,1	58,3	223,2	255,6	215,8
27	26,2	109,2	105,8	175,7	47,8	168,8	387,5	188,1
28	52,3	206,2	219,3	231,9	52,8	192,9	233,7	247,5
29	55,2	197,9	178,9	290,1	59,0	213,6	264	177,3
30	55,0	188,4	219,4	265	58,1	193,1	268,8	212
31	38,8	113,5	164,2	194,4	65,2	249,3	292,5	184,2

ПРИЛОЖЕНИЕ Ж

Сводная таблица первичных данных по методике «Большая пятерка» основной группы

Основная	I	II	III	IV	V
1	37	22	19	33	20
2	30	16	11	20	33
3	47	26	37	40	34
4	29	22	25	19	18
5	34	22	24	54	27
6	26	20	26	20	16
7	54	32	47	48	42
8	64	19	41	68	43
9	30	32	25	57	36
10	52	15	37	58	10
11	22	17	18	20	16
12	26	20	14	25	50
13	33	36	48	50	29
14	38	26	44	46	20
15	16	18	22	23	23
16	54	32	38	28	28
17	39	20	38	45	20
18	43	43	49	43	32
19	37	11	31	55	18
20	58	16	26	26	32
21	67	55	44	21	19
22	54	33	21	41	24
23	57	52	22	34	53
24	37	10	34	39	32
25	36	21	39	54	50
26	46	31	23	47	30
27	43	25	39	29	41
28	58	14	20	45	35
29	48	35	45	38	25
30	28	21	23	21	26
31	25	27	30	40	29

ПРИЛОЖЕНИЕ Ж.2

Сводная таблица первичных данных по методике «Большая пятерка» группы сравнения

Основная	I	II	III	IV	V
1	22	21	23	27	19
2	51	27	29	30	40
3	21	22	21	36	27
4	40	25	33	35	33
5	48	42	48	46	39
6	25	21	25	23	25
7	26	25	24	58	38
8	38	21	24	68	30
9	42	45	37	49	40
10	39	34	50	58	43
11	40	36	42	46	44
12	44	50	42	54	60
13	30	61	33	68	48
14	34	51	39	64	41
15	28	21	23	21	26
16	33	23	31	54	27
17	21	20	20	19	23
18	20	22	20	27	22
19	45	28	29	33	42
20	44	37	28	39	28
21	53	50	27	59	39
22	21	20	22	21	18
23	23	21	20	19	20
24	39	39	35	32	37
25	22	21	24	20	24
26	51	53	49	58	45
27	64	47	45	60	46
28	56	54	53	52	42
29	38	39	52	46	40
30	48	41	48	38	40
31	35	34	22	55	34

ПРИЛОЖЕНИЕ И

	Var 1	Var 2	Var 3	Var 4	Var5	Var6	Var7	Var8	Var9	Var10	Var11	Var12	Var13	Var14	Var15	Var16	Var17	Var18	Var19	Var20	Var21	Var22	Var23	Var24	Var25	Var26	Var27	Var28	Var29	Var30
1	1	19	8	39	21	8	14	4	4	16	12	13	13	35,7	64,3	55,1	89,3	57	54,7	71,4	50	45,6	14,3	59,5	47,2	37	22	19	33	20
2	1	4	5	7	14	16	13	21	24	20	32	19	20	78,5	95,2	61,2	99,7	74,8	69	75	46,4	57	28,6	47,6	34	30	16	11	20	33
3	1	10	9	13	24	4	2	20	15	22	13	11	12	38,1	76,2	55,1	60,7	57	64,3	50	46,4	57	14,3	42,8	48,6	47	26	37	40	34
4	1	18	30	44	8	8	8	7	4	16	11	24	20	78,5	69	79,6	78,5	58,7	61,9	35,7	74,1	99,8	59,5	59,5	38,4	29	22	25	19	18
5	1	12	20	24	19	6	15	20	17	13	33	15	15	61,9	50	77,5	42,8	51,6	61,9	53,6	39,3	34,2	99,6	60	48,8	34	22	24	54	27
6	1	15	14	8	24	12	13	29	22	32	6	4	11	61,9	73,8	63,2	67,8	64,1	52,4	64,3	42,8	77	42,8	52,4	43	26	20	26	20	16
7	1	17	19	21	17	12	6	12	11	13	30	6	3	40,5	52,4	55,1	42,8	62,3	33,3	39,3	38,4	45,6	28,6	90,4	59,5	54	32	47	48	42
8	1	4	13	16	19	12	20	8	7	17	29	13	23	71,4	61,9	63	42,8	83,7	59,5	35,7	64,3	62,7	42,8	35,7	44,8	64	19	41	68	43
9	1	9	17	51	4	8	12	8	5	8	0	23	23	83,3	59,5	57,2	99,9	81,9	26,2	64,3	60,7	62,7	57,1	52,4	41,9	30	32	25	57	36
10	1	19	11	15	16	10	18	24	13	13	23	12	14	40,5	59,5	77,1	85,7	58,7	38,1	46,4	25	28,5	42,8	54,4	42,6	52	15	37	58	10
11	1	5	9	39	0	0	0	0	5	0	0	4	0	64,3	57,1	69,5	94,5	64,1	78,5	35,7	53,5	34,2	85,7	52,4	42,6	22	17	18	20	16
12	1	18	12	13	3	12	23	26	25	14	9	13	16	50	42,8	53,4	92,8	44,5	71,4	57,1	42,8	45,6	57,1	46,2	57,4	26	20	14	25	50
13	1	7	13	47	18	12	7	13	0	15	11	14	7	54,7	59,5	65	50	46,3	35,7	60,7	25	40	57,1	33,3	58,1	33	36	48	50	29
14	1	23	31	23	7	16	15	12	21	17	17	7	8	47,6	85,7	61,3	82,1	83,7	42,8	14,3	60,7	50	48,5	42,8	42,9	38	26	44	46	20
15	1	22	19	30	3	4	3	8	16	9	4	9	3	66,6	47,6	57,2	53,5	66,6	63,2	67,8	42,8	57	71,4	47,6	41	16	18	22	23	23
16	1	9	13	24	19	8	10	22	3	18	29	8	5	42,8	61,9	63,1	71,4	33,8	52,4	45	60,7	34,2	35,7	69	49	54	32	38	28	28
17	1	13	10	3	24	9	12	17	21	22	32	9	7	57,1	57,1	61,2	60,7	57	64,3	71,4	57,1	31,4	28,6	76,2	43,4	39	20	38	45	20
18	1	0	0	5	8	14	36	30	24	9	43	21	22	31	40,5	60,2	71,4	54,7	60,2	74,1	64,3	45,6	42,8	57,1	53,8	43	43	49	43	32
19	1	10	21	0	4	8	0	11	11	7	59	21	12	35,7	52,4	87,5	59,3	50,2	61,5	76,2	60,7	43,2	42,8	52,3	43,6	37	11	31	55	18
20	1	11	3	25	4	20	22	15	8	5	33	21	15	80,9	45,2	69,7	85,7	69,4	45,2	42,8	57,1	78,1	92,8	57,3	39,8	58	16	26	26	32
21	1	3	3	12	16	12	3	8	4	7	4	8	8	32,4	39,6	89,3	62,4	60,3	50,4	73,4	59,2	45,5	40,5	53,3	56,5	67	55	44	21	19
22	1	6	9	4	17	4	0	4	0	8	28	0	0	47,6	66,6	65,8	78,5	73	54,7	35,7	75	25,7	99,8	81	39,5	54	33	21	41	24
23	1	16	22	28	4	12	11	12	17	8	25	9	12	85,7	57,1	32,3	78,5	76,3	59,5	32,3	39,3	59,5	89,3	42,8	47,6	57	52	22	34	53
24	1	8	13	14	21	16	11	11	12	22	10	36	23	90,4	64,3	30,6	53,5	85,4	38,1	64,3	35,7	71,3	14,3	28,6	47,2	37	10	34	39	32
25	1	12	18	11	8	0	4	0	0	24	0	0	0	90,4	54,7	89,3	50,4	81,9	50	62,4	33,4	69,5	71,4	23,3	24	36	21	39	54	50
26	1	18	25	12	15	12	21	3	0	38	14	23	25	47,6	52,4	30,8	82,1	99,7	61,9	35,7	21,4	34,2	98,7	57,1	45,7	46	31	23	47	30
27	1	17	16	25	3	4	0	0	0	17	0	5	4	40,5	38,1	83,6	82,1	365	23,8	14,3	28,6	25,7	28,6	19	73,8	43	25	39	29	41
28	1	6	23	12	15	12	8	12	4	24	6	10	7	72,8	50,2	55,4	63,3	702	45,8	40	35,8	60	45,6	42,8	47,7	58	14		45	35
29	1	9	31	39	5	11	4	0	8	26	39	4	3	71,4	71,4	69,1	39,3	76,5	45,2	17,9	53,6	79,8	64,3	47,6	44,8	48	35	45	38	25
30	1	15	22	15	9	12	7	4	9	28	17	6	0	69	50	32,4	75	67,6	38,1	35,7	46,4	71,3	57,1	45,2	45	28	21	23	21	26
31	1	11	14	19	13	9	6	12	10	7	10	11	7	52,3	28,6	33,6	42,8	39,2	28,6	53,6	42,8	28,5	28,6	33,3	61,2	25	27	30	40	29
32	2	9	3	10	8	13	26	37	27	5	14	15	26	30,9	76,2	77,5	64,3	62,3	52,4	78,5	46,4	31,4	14,3	71,4	43,4	22	21	23	27	19
33	2	12	14	9	22	12	14	8	13	9	10	12	4	59,5	76,2	58,2	67,8	83,3	73,8	53,6	53,6	51,3	14,3	66,6	39,8	51	27	29	30	40
34	2	6	12	17	36	0	11	4	7	16	29	3	4	88,1	66,6	59,8	42,8	60,5	40,5	35,7	50	37,1	57,1	31	51	21	22	21	36	27

35	2	13	10	25	30	4	13	0	4	12	18	13	10	71,4	54,7	40,6	32,1	78,3	64,3	39,3	39,3	22,8	21,4	23,8	54,5	40	25	33	35	33
36	2	21	14	13	25	16	18	4	4	19	13	7	5	69	76,2	28,3	46,4	90,8	57,1	21,4	42,8	40	14,3	38,1	43,4	48	42	48	46	39
37	2	22	16	27	20	16	18	17	6	5	9	0	4	85,7	83,3	67,4	75	78,3	78,5	35,7	50	40	14,3	36	35,5	25	21	25	23	25
38	2	11	8	25	0	8	4	12	8	8	5	0	3	95,2	83,3	73	95,3	91,3	88,1	93	96,3	85,5	98,4	86	12,4	26	25	24	58	38
39	2	20	4	12	12	14	15	19	16	19	28	23	20	64,3	59,5	98,5	42,8	80,1	76,2	39,3	46,4	54,2	14,3	33.3	42,6	38	21	24	68	30
40	2	13	14	24	14	0	9	13	12	29	10	13	11	90,4	88,1	77,3	93,2	91	88,1	89,3	96,4	96,2	98,2	88,1	9,6	42	45	37	49	40
41	2	11	9	27	4	12	8	20	12	8	9	17	8	97,5	86	96,2	91,4	89,1	90,4	89,2	96,4	91,2	98,4	90,4	10,3	39	34	50	58	43
42	2	11	15	18	12	15	10	4	12	25	23	18	16	78,5	61,8	91,7	53,5	58,7	71,4	53,5	60,7	57	14,3	52,4	39	40	36	42	46	44
43	2	17	16	23	39	16	9	13	7	11	27	16	23	56	66,6	87,4	96,4	69,4	78,5	32,1	32,1	48,5	14,3	45,2	42,4	44	50	42	54	60
44	2	16	13	8	24	20	12	21	16	16	4	13	13	76,2	66,6	71,6	50	74,8	69	60,7	67,8	54,2	21,4	38,1	38,8	30	61	33	68	48
45	2	30	17	17	4	7	7	14	20	21	3	12	5	23,8	65,3	79,4	66,6	80,1	73,8	67,8	67,8	52,3	21,4	47,6	39	34	51	39	64	41
46	2	4	9	27	8	11	16	17	6	12	11	13	16	95,2	85,7	71	91,3	92,3	90,4	85,7	78,5	88.4	78,5	83,3	12,7	28	21	23	21	26
47	2	24	4	42	30	4	9	0	8	15	5	17	11	92,8	88,1	98,3	96,1	91,4	92,8	82,1	96,4	91,2	100	85,7	10,7	33	23	31	54	27
78	2	18	17	13	10	8	15	11	8	12	24	19	27	64,3	73,8	94,6	53,6	74,8	83,3	53,6	60,7	23	21,4	40,5	41	21	20	20	19	23
49	2	12	15	5	22	14	15	8	20	26	35	15	23	31	43	79,8	42,8	50	33,3	35,7	28,6	40	28,6	28,6	65	20	22	20	27	22
50	2	26	12	21	15	15	8	4	20	13	29	11	8	52,4	54,7	40	57,1	69,4	52,4	64,3	82,1	45,6	28,6	50	43,1	45	28	29	33	42
51	2	20	15	18	32	7	11	4	13	16	36	8	5	52,4	59,5	53	64,3	83,6	66,6	57,1	82,1	57	21,4	28,6	41,2	44	37	28	39	28
52	2	26	24	22	14	4	15	8	10	19	8	10	12	57,1	66,6	53,3	67,8	55,2	71,1	50	64,3	37,1	14,3	45,2	46,5	53	50	27	59	39
53	2	16	20	9	16	21	21	16	10	24	36	26	19	57,1	78,5	67,3	75	82	73,8	60,6	57,1	54,2	21,4	35,7	40	21	20	22	21	18
54	2	26	32	8	40	8	16	7	4	8	10	15	16	40,5	38,1	65,6	32,1	35,6	23,8	21,7	28,6	28,5	28,6	19	71,4	23	21	20	19	20
55	2	7	16	25	19	17	3	4	0	17	22	5	4	85,7	71,4	30,4	82,1	76,5	78,5	75	67,8	48,5	21,4	35,7	20,7	39	39	35	32	37
56	2	18	14	19	10	12	16	4	4	11	35	23	15	23,8	73,8	69,7	78,5	50	52,3	75	57,1	48,5	14,3	47,6	51,5	22	21	24	20	24
57	2	8	22	10	28	20	10	21	10	26	8	8	3	88,1	88,1	36	71,4	76,5	54,7	23	57,1	45,6	21,4	50	41,7	51	53	49	58	45
58	2	15	15	13	7	24	25	8	11	13	19	17	12	42,8	81	47	53,5	53,4	61,8	50	46,4	37,1	21,4	31	52,2	64	47	45	60	46
59	2	20	12	13	28	16	17	16	15	32	15	8	11	60	73,7	45,2	67,8	66	57,1	42,8	78,5	31,4	57,1	33,3	47,2	56	54	53	52	42
60	2	11	17	14	14	19	10	22	13	23	18	16	16	64,3	73,8	75,5	53,5	74,8	85,7	50	60,7	25,6	21,4	28,6	41	38	39	52	46	40
61	2	8	13	12	14	21	22	19	4	34	9	17	31	57,1	66,6	69,4	89,3	71,2	61,9	46,4	53,6	57	14,3	45,2	41,9	48	41	48	38	40
62	2	14	14	19	13	0	17	12	15	12	12	25	25	85,7	88,1	75,5	67,8	81,9	78,5	64,3	42,8	54,2	14,3	38,1	34,8	35	34	22	55	34

Кодировка переменных

1. независимая переменная (основная группа (1)-группа сравнения(2))

«Тобол»

2 – гармоничный;
3 – эргопатический;
4 – анозогназический;
5 – тревожный;
6 – ипохондрический;
7 – неврастенический;
8 – меланхолический;
9 – апатический;
10 – сенситивный;
11 – эгоцентрический;
12 – параноияльный;
13 – дисфорический;

«МИКЖ-2006»

14 – общая витальность (ОВ);
15 – субъективно-телесная адаптация (СТА);
16 – качество физиологических функций (КФФ);
17 – межличностная адаптация (МЛА);
18 – эмоциональный комфорт (ЭК);
19 – самоотношение и самопонимание (СОП);
20 – когнитивная адаптация и планирование (КАП);
21 – социальная реализованность (СР);
22 – профессиональная и экономическая адаптация (ПЭА)
23 – социальные коммуникации;
24 – социально-семейная адаптация (ССА);
25 – коэффициент дезадаптации (КД);

«Большая 5-ка»

26 – экстроверсия - интроверсия;
27 – нейротизм;
28 – открытость – закрытость к новому опыту;
29 – сознательность – несобранность;
30 – доброжелательность – враждебность.