

УДК:[616-002.5-082.5+614.212]:316.35

ПРОБЛЕМЫ БОЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗОМ И ЕГО СЕМЬИ В ЭПОХУ ЭКОНОМИЧЕСКОГО КРИЗИСА

PROBLEMS OF A TB PATIENT AND HIS FAMILY DURING THE PERIOD OF THE ECONOMIC CRISIS

Пузырева Л.В.¹Мордык А.В.¹Батищева Т.Л.²Puzyreva LV¹Mordyk AV¹Batishcheva TL²¹ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России²КУЗОО «Клинический противотуберкулезный диспансер» (г. Омск)¹Omsk State Medical University²Clinical antituberculosis dispensary (Omsk)

Цель — выявить основные социальные и медицинские проблемы больного туберкулезом и его семьи, связанные с экономическими изменениями в стране.

Материалы и методы. Проведено сплошное социологическое исследование у 200 впервые выявленных больных туберкулезом, находящихся на стационарном этапе лечения. Проведен анализ полученных данных.

Результаты. В браке состояли только треть опрошенных пациентов, еще меньше имели официальное трудоустройство. Около половины пациентов работали неофициально, что вызывало определенные сложности. У этих пациентов отмечалось снижение мотивации к длительному стационарному и санаторно-курортному лечению, отмечался страх потери рабочего места. Для большинства пациентов их профессиональная деятельность связана или была связана с неблагоприятными факторами, при этом часть респондентов винили в возникновении заболевания работодателя.

Основной причиной недовольства пациентов явилось невнимательность медицинских работников, при этом каждый третий больной туберкулезом требовал от врача-фтизиатра определение группы инвалидности для улучшения своего материального положения.

Заключение. Изменения в трудовом законодательстве повлияли на возникновение частных организаций, не соблюдающих требования по охране труда работников, что могло повлиять на состояние их здоровья.

Ключевые слова: туберкулез, семья, социальные аспекты, кризис.

Aim — to identify the main social and medical problems of a patient with tuberculosis (TB) and his family that are connected with the economic changes in the country.

Materials and methods. We conducted a solid sociological study involving 200 new TB cases during hospital treatment. The analysis of the obtained data was performed.

Results. Only one third of the patients were married, even fewer were officially employed. About half of the patients had unrecorded employment, which caused some problems. These patients showed decreased motivation for long-term hospital and sanatorium treatment, as they were afraid of losing their jobs. For the majority of the patients, their professional activity is associated or was associated with unfavourable factors. Some of the respondents blamed their employers for the onset of the disease.

The main reason of dissatisfaction of the patients was carelessness of health workers. Furthermore, every third patient with tuberculosis demanded from the phthisiatrician to recognize a disability category in order to improve their financial situation.

Conclusion. Changes in the labour legislation have caused the emergence of private organizations that do not comply with requirements for protection of employees, which can affect their health.

Keywords: tuberculosis, family, social aspects, crisis.

■ ВВЕДЕНИЕ

Финансовый кризис в России отражается не только на снижении промышленного производства [1], но и на здоровье населения. При этом улучшение здоровья населения за счет пролонгации работоспособности приводит к увеличению рабочей силы, производству, росту экономических показателей [2].

Семья и ближайшее окружение больного туберкулезом всегда представляли интерес для врачей-клиницистов. Для больных туберкулезом характерны неудовлетворительные материально-бытовые условия, безбрачие, внутрисемейный туберкулезный контакт [3], психологические проблемы в семье [4].

Заболеваемость туберкулезом в Омской области на протяжении нескольких последних лет снижается

[5], при этом отмечается существенное смещение социального состава заболевших в сторону социально-дезадаптированных и малоимущих групп населения, что вызвало потребность изучения медико-социальных особенностей больного и его семьи в изменившихся экономических условиях страны.

ЦЕЛЬ

Выявить основные социальные и медицинские проблемы больного туберкулезом и его семьи, связанные с экономическими изменениями в стране.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Организовано социологическое исследование (анкетирование) сельских и городских больных активным туберкулезом органов дыхания в период с 2015 по 2016 г. Анкета состояла из 50 вопросов. Исследование было проведено среди 200 респондентов (67,5% — мужчины, 32,5% — женщины), основная часть которых на момент опроса находилась на стационарном лечении.

Критерии включения: впервые выявленный активный туберкулез органов дыхания, согласие на анкетирование, возраст от 18 до 55 для женщин и до 60 лет для мужчин, ВИЧ-негативные пациенты. Из числа опрошенных, жители сел составили 35,0%, районных центров — 17,0%, г. Омска — 42,0% и жители других городов Омской области — 6,0%.

Полученные данные обработаны с помощью программного средства MICROSOFT EXCEL (функция «Автофильтр»).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Среди мужчин 55,0% составили пациенты в возрасте от 35 до 54 лет, а среди женщин около половины всех заболевших были лицами в возрасте от 20 до 34 лет.

Обращает внимание относительно небольшая доля лиц, состоявших в зарегистрированном браке, — 33,0%, в то же время значителен удельный вес гражданских или незарегистрированных браков — 16,0%, разведенных — 21,0%, из числа опрошенных женщин — 5,0% являлись матерями-одиночками. Никогда не создавали семьи 30,0% опрошенных больных туберкулезом.

Из общего числа состоявших в браке у 54,0% пациентов брак был первым, у 34,0% вторым, у 12,0% третьим и более. Одного ребенка имели 33,5% семей, двух детей — 48,5% семей больных туберкулезом. Многодетными являлись 18,0% семей больных туберкулезом, среди которых трое детей было в 13,0%, четверо и более — в 5,0% семей. При этом только 12,0% заболевших смогли позволить себе иметь детей после начала заболевания.

Подробно оценивался вопрос трудоустройства и его официальность. Вообще не имели никакого места работы 75 (37,5%) больных туберкулезом. Работали неофициально — без трудового договора — 88 (44,0%) больных, при этом в данной группе лист нетрудоспособности не имел значимости, пациентам оплачивали труд по факту работы. Выдача листов нетрудоспособности была произведена только у 37 больных (18,5%). Среди пациентов неофициально работающих наиболее часто встречались водители частных перевозок (22 больных — 25,0%) и ра-

ботавшие по найму (31 больной — 35,2%) на предприятиях Севера (в основном в Ханты-Мансийском автономном округе). Оставшиеся 35 пациентов (39,7%) работали в городе и области в различных отраслях у частных лиц продавцами, грузчиками, рабочими, установщиками окон, отделочниками мягкой мебели и т.д.

Для большинства пациентов (работающих официально и неофициально — 125) их профессиональная деятельность связана или была связана с неблагоприятными факторами. Наиболее часто характер неблагоприятных воздействий заключался в большой физической нагрузке (37,6%), повышенной запыленности (31,2%), загазованности (30,4%), неблагоприятных метеорологических условиях (27,2%), нервно-эмоциональной нагрузке (35,2%).

Уровень дохода у подавляющего большинства опрошенных также был невысоким. Из них 62,0% ответили, что их дохода хватает только на оплату жилья и самых необходимых продуктов питания, 16,0% кроме оплаты жилья могли приобрести продукты по своему выбору, 19,0% кроме перечисленного выше могли позволить себе покупку промышленных товаров первой необходимости, и лишь у 3,0% оставались сбережения. Отсюда понятно, что только 18,0% оценили уровень доходов своей семьи как средний, остальные как низкий (43,0%) и очень низкий (39,0%).

Ухудшение материального положения семей, однозначно связанного с заболеванием, произошло у 60,0%, без связи с заболеванием — у 13,0%, не изменилось у 25,0%, и лишь у 2,0% улучшилось.

О том, что туберкулез вызвал изменения в их семьях, ответили 56,0% опрошенных, причем в худшую сторону — 36,0%. Негативные последствия, вызванные туберкулезом, в семье состояли в следующем: заболевший оставлял учебу (7,0%), терял работу (27,0%), был вынужден сменить место жительства (12,0%), распался брак (16,0%), ухудшились отношения с родственниками (17,0%) и друзьями (13,0%), лишился участия в общественной и культурной жизни (21,0%). Только 44,0% опрошенных отметили, что заболевание не повлекло за собой ухудшения отношений между супругами.

В некоторых семьях (у 79 больных, 39,5%) возникали конфликтные ситуации. Так, у 25,0% семей конфликты бывали изредка, у 8,5% возникали по пустякам, у 6,0% доходили до скандалов и драк. Отчасти ухудшение семейных взаимоотношений пациенты связывали с изменением их психики, что наблюдалось в 46,5% (93) случаев. Это преимущественно выражалось в депрессии, потере интереса к жизни, повышенной раздражительности, злоупотреблении алкоголем. Вместе с тем негативные изменения психики происходили также у 36,0% их жен и 24,5% мужей.

Основная часть родственников относились к больным с состраданием (51,5%), 15,5% — безразлично, избегали общения — 33,0%. В собственной семье 41,5% опрошенных были окружены вниманием домочадцев, их щадили в быту — 30,5%. Иногда пациенты жаловались на безразличное отношение членов семьи (21,0%) и на непосильные требования, предъявляемые к ним в быту (7,0%).

Более половины опрошенных (63,5%) считали, что в возникновении заболевания винить некого, остальные (36,5%) были готовы указать виновников. По их мнению, в 27,0% случаев причиной заболевания туберкулезом являлись другие больные, их заразившие, в 10,0% случаев причиной явилось недобросовестное отношение медицинских работников к своим обязанностям. Однако 63,0% утверждали, что не могли обратиться за медицинской помощью (даже для прохождения плановой флюорографии) ввиду повышенной загруженности на рабочем месте, длительным рабочим днем (до 21.00 – 22.00 часов) и отсутствием заинтересованности работодателей в здоровье работников.

Возможной причиной заболевания 4,0% пациентов называют частые простудные заболевания, 26,0% — плохое питание, 12,0% — позднее обращение за медицинской помощью, 11,0% — плохие жилищные условия, 22,0% — плохие условия на работе, 8,0% — совместное проживание с больным туберкулезом, 17,0% — сочетание различных бытовых, производственных и социальных причин.

У одной трети (33,5%) от числа опрошенных туберкулез был выявлен при плановой флюорографии, у 29,0% опрошенных — при обращении в поликлинику с наличием жалоб, у 26,5% — при нахождении в соматических стационарах, куда они поступили в связи с ухудшением состояния (17,5%) или по поводу других заболеваний (9,0%). У 11,0% больных туберкулез был выявлен в местах лишения свободы.

Низкий материальный достаток большинства семей, больных туберкулезом, обуславливал потребность в постоянной материальной помощи (34,0%), 17,5% испытывали нужду в бесплатных медикаментах, 13,5% — в необходимости улучшения жилищных условий. На необходимость моральной и психологической поддержки указали 9,5% опрошенных, 25,5% отказались от любого вида помощи.

Более 3/4 опрошенных больных (86,5%) полностью доверяли своему врачу-фтизиатру и лишь 8,0% не были удовлетворены его работой. Оставшиеся 5,5% опрошенных отказались отвечать на данный вопрос.

Основными причинами недовольства пациентов являлись невнимательность медицинских работников (18,0%), то, что врач мало времени уделял общению с пациентами по вопросам их заболевания и лечения (29,0%), грубость персонала (16,0%). Большое количество пациентов негативно относились к врачу ввиду отказа в оформлении документов на МСЭ для определения инвалидности (37,0%), среди них более половины объясняли этот факт недостаточной компетентностью врача. Возможно, отчасти по этим причинам врач не хотели видеть у себя дома 83,0%, но для 17,0% врач был бы желанным посетителем. При этом обращает на себя внимание тот факт, что авторитет врача среди больных туберкулезом достаточно велик и все его рекомендации 68,0% больных стараются выполнять полностью, 28,0% не всегда и не полностью и лишь 4,0% не доверяет назначенному лечению.

На вопрос: «Что вы ждете от своего врача-фтизиатра?» более половины пациентов, не задумываясь, отвеча-

ли — «инвалидность» (59,5%). Также ждут от участкового фтизиатра больше информации о своем заболевании 28,5% пациентов, 8,5% высказали пожелание, чтобы врач был более доброжелателен и внимателен к своим пациентам, 3,5% хотели бы видеть своего специалиста человеком более высокой культуры.

Несмотря на трудное экономическое положение службы здравоохранения в целом и фтизиатрии в частности, 78,0% пациентов не тратили своих денег на приобретение противотуберкулезных препаратов, остальные 22,0% лишь эпизодически приобретали отдельные лекарства. Приобретать патогенетические лекарственные средства (омепразол, ранитидин, гепатопротекторы, поливитамины) на свои деньги постоянно приходилось 43,0% пациентам, 45,0% — изредка, лишь 12,0% все необходимое получали в лечебном учреждении.

Большая часть пациентов (82,0%) считали санаторно-курортное лечение ненужным этапом лечения, «бесполезной тратой времени», что связывали с необходимостью возвращения к трудовой профессиональной деятельности. Настроены и желали получить санаторно-курортное лечение 18,0% больных, даже за счет своего отпуска (9,0%).

Характерно, что подавляющее большинство пациентов (52,0%) предпочитали лечение в стационаре круглосуточного пребывания, значительно меньшее количество (12,0%) в дневном стационаре, амбулаторно (30,0%) и на дому (6,0%).

Основные причины предпочтения круглосуточному стационару следующие: постоянное наблюдение лечащего врача, отработанный режим лечения и питания, меньший риск осложнений заболевания, отсутствие риска заражения членов семьи, сложная домашняя обстановка, отсутствие постоянного места жительства.

Свои доводы имели и сторонники дневного стационара: возможность дополнительного питания дома, психологического отдыха в домашних условиях, контроля за членами семьи, «ночевать лучше дома».

Амбулаторное лечение, как и лечение на дому, по мнению ряда опрошенных, имело следующие преимущества: пациент оставался в привычной для него обстановке, имел возможность лучше питаться, делать работу (как по дому, так и продолжать трудовую деятельность, получая заработную плату), отсутствовал контакт с бактериальными больными в стационаре.

Обращало на себя внимание мнение пациентов, что органы социальной защиты населения, Красногского Креста, другие общественные организации мало участвовали в решении проблем больных туберкулезом и их семей. Многие пациенты хотели бы иметь инвалидность по своему заболеванию (121 больной, 60,5%), чтобы улучшить свое материальное положение (77–63,7%), получая компенсацию по причине «неизлечимого хронического заболевания» (14–11,6%), для приобретения необходимых лекарственных препаратов (30–24,8%).

Одной из наиболее серьезных проблем после излечения туберкулеза является возвращение больного к трудовой деятельности у 73,0%, из них 32,0% сомневаются, что смогут работать в прежнем качестве,

а 26,0% эту возможность отрицают. Причем только 15,0% хотели бы изменить профессию после своего выздоровления.

■ ВЫВОДЫ

Результаты проведенного опроса свидетельствовали о серьезных проблемах семей больных туберкулезом. Очевидно, что принимаемые меры, среди которых федеральный и местные законы о борьбе с туберкулезом, территориальные программы, пилотные проекты ВОЗ,

не способны разрешить все вопросы, которые ставит перед пациентами жизнь. В сложившейся экономической ситуации выросло число предприятий, нанимающих работников неофициально, скрывающих доходы от пенсионного фонда и налоговых инспекций, не соблюдающих требования по охране наемных работников.

Считаем, что без разработки и принятия мер по адресной помощи семье больного туберкулезом, закрепленных на региональном и федеральном уровнях, проблему туберкулеза кардинально решить не удастся. ■

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Тетушкин В.А. Маркетинговый анализ влияния финансового кризиса на экономический спад в Российской Федерации. *Финансовая аналитика: проблемы и решения*. 2016;8(290):20-35.

Tjotushkin VA. Marketing analysis of influence of financial crisis on economic recession in the Russian Federation. *Finansovaja analitika: problemy i reshenija*. 2016;8(290):20-35. (In Russ.).

2. Самутин К.А. Здоровье населения как составной элемент экономической политики государства. *Российское предпринимательство*. 2012;(11):131-136.

Samutin KA. Health of the population as component of economic policy of the state. *Rossijskoe predprinimatel'stvo*. 2012;(11):131-136. (In Russ.).

3. Мякишева Т.В., Рашкевич Е.Е. Факторы риска туберкулеза легких у пациентов молодого возраста. *Фтизиатрия и пульмонология*. 2014;1(8):22-28.

Mjakisheva TV, Rashkevich EE. Risk factors of pulmonary tuberculosis in young patients. *Ftiziatrija i pul'monologija*. 2014;1(8):22-28. (In Russ.).

4. Мордык А.В., Иванова О.Г., Турица А.А., Кондря А.В., Пузырева Л.В. Психологические проблемы больных туберкулезом и членов их семей. *Дальневосточный медицинский журнал*. 2016;(2):67-71.

Mordyk AV, Ivanova OG, Turitsa AA, Kondrya AV, Puzyreva LV. Psychological problems of TB patients and members of their families. *Dal'nevostochnyj medicinskij zhurnal*. 2016;(2):67-71. (In Russ.).

5. Основные показатели противотуберкулезной деятельности в Сибирском и дальневосточном округе. Новосибирск: Сибмедиздат НГМУ, 2016.

Osnovnye pokazateli protivotuberkuleznoj dejatel'nosti v Sibirskom i dal'nevostochnom okruge. Novosibirsk: Sibmedizdat NGMU, 2016. (In Russ.).

■ Участие авторов

Концепция и дизайн исследования, написание текста: Пузырева Л.В.

Сбор и обработка материала: Пузырева Л.В. и Батищева Т.Л.

Статистическая обработка, редактирование: Мордык А.В.

Конфликт интересов отсутствует.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Пузырева Л.В. — к.м.н., ассистент кафедры инфекционных болезней ОмГМУ.
E-mail: puzirevalv@mail.ru

Мордык А.В. — д.м.н., доцент, заведующий кафедрой фтизиатрии и фтизиохирургии ОмГМУ.
E-mail: amordik@mail.ru

Батищева Т.Л. — заместитель главного врача по лечебной работе, врач-фтизиатр, КПТД.
E-mail: tbatishcheva@mail.ru

INFORMATION ABOUT AUTHORS

Puzyreva LV — PhD, teaching assistant of the Department of infectious diseases, Omsk State Medical University.
E-mail: puzirevalv@mail.ru

Mordyk AV — PhD, associate professor, head of the Department of phthiology and phthisiosurgery, Omsk State Medical University.
E-mail: amordik@mail.ru

Batishcheva TL — deputy chief physician for medical work, phthiatrician, Clinical antituberculosis dispensary.
E-mail: tbatishcheva@mail.ru

■ Контактная информация

Пузырева Лариса Владимировна

Адрес: Омский государственный медицинский университет, ул. Ленина 12, г. Омск, Россия, 644099.

E-mail: puzirevalv@mail.ru

■ Contact information

Puzyreva Larisa Vladimirovna

Address: Omsk State Medical University, 12 Lenin st., Omsk, Russia, 644099.

E-mail: puzirevalv@mail.ru

Phone: + 7 (913) 149 12 32.