



УДК 616-002.5  
DOI: 10.35693/2500-1388-2023-8-3-215-219



## Реализация комплексного подхода с обязательным компонентом психологического сопровождения в лечении больных туберкулезом в противотуберкулезных медицинских организациях Самарской области

© Н.С. Красненкова<sup>1</sup>, Л.А. Барышникова<sup>1, 3</sup>, М.Н. Кабаева<sup>1</sup>, М.Б. Петров<sup>2</sup>, Н.А. Воекова<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ГБУЗ «Самарский областной клинический противотуберкулезный диспансер имени Н.В. Постникова» (Самара, Россия)

<sup>2</sup>ФГБУ Санаторий «Лесное» Минздрава России (Тольятти, Россия)

<sup>3</sup>ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России (Самара, Россия)

### Аннотация

**Цель** – реализация комплексного подхода к лечению больных туберкулезом в противотуберкулезных медицинских организациях.

**Материал и методы.** Изучены данные у 52 пациентов и 14 работников. Использованы психодиагностические методики: «ТОБОЛ»; диагностика профессионального «выгорания» (К. Маслач, С. Джексон); «Колесо жизненного баланса» (Пол Дж. Майер) и методы статистической обработки данных: U-критерий Манна – Уитни, T-критерий Вилкоксона.

**Результаты.** Для пациентов старших возрастных групп более характерны чрезмерная бдительность и агрессивность в проявлениях отношения к болезни. У пациентов с постоянной занятостью более выражены гармоничный и анозогностический типы отношения к болезни. Установлен высокий уровень эмоционального выгорания медицинских работников. Проведенный тренинг позволил снизить значения показателей эмоционального истощения на 7 баллов, переместить значения деперсонализации из разряда высоких в разряд средних, увеличить показатели редукции личных достижений на 5 баллов.

**Заключение.** На тип отношения к заболеванию туберкулезом могут влиять такие факторы, как возраст и социальный статус. Пациенты младше 40 лет с постоянной занятостью имеют более благоприятный прогноз приверженности к лечению и стойкого клинического излечения туберкулеза. Внедрение комплексного подхода к оказанию медицинской помощи с обязательным наличием психологического сопровождения является актуальным и необходимым. Проведенное исследование обосновывает целесообразность создания кабинета медико-психологической помощи в медицинской организации.

**Ключевые слова:** тип отношения к болезни, пациенты, туберкулез, эмоциональное выгорание, медицинские работники, тренинг.

**Конфликт интересов:** не заявлен.

### Для цитирования:

Красненкова Н.С., Барышникова Л.А., Кабаева М.Н., Петров М.Б., Воекова Н.А.

Реализация комплексного подхода с обязательным компонентом психологического сопровождения в лечении больных туберкулезом в противотуберкулезных медицинских организациях Самарской области.

*Наука и инновации в медицине.* 2023;8(3):215-219.

doi: 10.35693/2500-1388-2023-8-3-215-219

### Сведения об авторах

**Красненкова Н.С.** – канд. психол. наук, заведующая кабинетом медико-психологической помощи, медицинский психолог. ORCID: 0000-0001-5257-1866  
E-mail: Krasnenkovans@mail.ru

**Барышникова Л.А.** – д-р мед. наук, заместитель главного врача по медицинской части; доцент кафедры педиатрии.  
ORCID: 0000-0001-7788-4869

E-mail: barishnikoval@yandex.ru

**Кабаева М.Н.** – главный врач. ORCID: 0000-0001-6508-2375

E-mail: soptd@yandex.ru

**Петров М.Б.** – главный врач.

E-mail: s.lesnoe@sanlesnoe.ru

**Воекова Н.А.** – заместитель главного врача

по организационно-методической работе.

ORCID: 0000-0001-9652-2230 E-mail: nvoekova@mail.ru

### Автор для переписки

**Красненкова Наталия Сергеевна**

Адрес: ул. Ново-Садовая, 154, г. Самара, Россия, 443068.

E-mail: Krasnenkovans@mail.ru

**Рукопись получена:** 20.12.2022

**Рецензия получена:** 29.01.2023

**Решение о публикации принято:** 30.01.2023

## An integrated treatment approach including an obligatory component of psychological support to patients with tuberculosis in the anti-tuberculosis medical organizations of the Samara region

© Nataliya S. Krasnenkova<sup>1</sup>, Lada A. Baryshnikova<sup>1, 3</sup>, Mariya N. Kabaeva<sup>1</sup>, Mikhail B. Petrov<sup>2</sup>, Natalya A. Voekova<sup>1</sup>

<sup>1</sup>N.V. Postnikov Samara Regional Clinical TB Dispensary (Samara, Russia)

<sup>2</sup>Sanatorium "Lesnoye" (Togliatti, Russia)

<sup>3</sup>Samara State Medical University (Samara, Russia)

## Abstract

**Aim** – to implement a comprehensive approach to treatment of patients with tuberculosis in anti-tuberculosis medical organizations.

**Material and methods.** Fifty-two patients and fourteen employees took part in the study. For psychodiagnosics, we used the "TOBOL" questionnaire, the diagnostics of professional "burnout" by K. Maslach, S. Jackson, the Wheel of Life concept by Paul J. Meyer. The data was analyzed using Mann – Whitney U-test, Wilcoxon signed rank test.

**Results.** The older patients had a tendency for excessive vigilance and aggressiveness in their attitude to the disease. The harmonious and anosognostic types of attitude to the disease were prevalent in patients with permanent employment. The medical workers demonstrated a high level of emotional burnout. The training aimed at prevention of burnout was the part of the study. After the training, the registered values of emotional exhaustion were reduced by 7 points, the depersonalization score shifted from high to average, the reduction of personal achievements score raised by 5 points.

**Conclusion.** The age and social status can influence the type of attitude towards tuberculosis. Patients under 40 years of age with permanent employment have a more favorable prognosis of adherence to treatment and persistent clinical cure of tuberculosis. The introduction of an integrated approach to the provision of medical care with the mandatory presence of psychological support is relevant and necessary. This study substantiates the expediency of creating a psychological assistance office in a medical organization.

**Keywords:** attitude to the disease, patients, tuberculosis, emotional burnout, medical workers, training.

**Conflict of interest:** nothing to disclose.

## Citation

Krasnenkova NS, Baryshnikova LA, Kabaeva MN, Petrov MB, Voekova NA. An integrated treatment approach including an obligatory component of psychological support to patients with tuberculosis in the anti-tuberculosis medical organizations of the Samara region. *Science and Innovations in Medicine*. 2023;8(3):215-219. doi: 10.35693/2500-1388-2023-8-3-215-219

## Information about authors

**Nataliya S. Krasnenkova** – PhD, Head of medical and psychological assistance office, medical psychologist. ORCID: 0000-0001-5257-1866  
E-mail: Krasnenkovans@mail.ru

**Lada A. Baryshnikova** – PhD, Deputy Chief Physician; Associate Professor of the Department of Pediatrics. ORCID: 0000-0001-7788-4869  
E-mail: baryshnikoval@yandex.ru

**Mariya N. Kabaeva** – Chief Physician. ORCID: 0000-0001-6508-2375  
E-mail: soptd@yandex.ru

**Mikhail B. Petrov** – Chief Physician.  
E-mail: s.lesnoe@sanlesnoe.ru

**Natalya A. Voekova** – Deputy Chief Physician for organizational and methodological work. ORCID: 0000-0001-9652-2230  
E-mail: nvoekova@mail.ru

## Corresponding Author

**Nataliya S. Krasnenkova**

Address: 154 Novo-Sadovaya st., Samara, Russia, 443068.

E-mail: Krasnenkovans@mail.ru

Received: 20.12.2022

Revision Received: 29.01.2023

Accepted: 30.01.2023

## ВВЕДЕНИЕ

Туберкулез – это социально значимое, опасное для окружающих заболевание, возбудитель которого был открыт в 1882 году Робертом Кохом. Наиболее подвержены заболеванию лица из групп риска. К факторам повышенного риска развития туберкулеза относятся: сопутствующие заболевания (заболевания, ослабляющие иммунную систему), эпидемиологический (контакт с больным туберкулезом) и социальный (дезадаптивный образ жизни, миграция и т.д.) факторы. На сегодняшний день борьба с туберкулезом остается по-прежнему важной медико-социальной проблемой, контроль над которой в России осуществляется на государственном уровне [1, 2].

Лечение туберкулеза характеризуется длительностью. Кроме того, заболевание может принимать хроническое течение. Отношение пациента к болезни, как и любое психологическое отношение, индивидуально и неповторимо. От него зависит сам ход лечения, приверженность к лечению и во многом исход заболевания [3].

Современный этап развития методики реабилитации в медицине характеризуется все большим признанием психологической и социальной помощи пациентам как неотъемлемой части процесса выздоровления, что необходимо для коррекции имеющихся у пациентов нарушений, а также для улучшения результатов медицинского вмешательства [4]. Авторы подчеркивают, что учет зависимых факторов, а также основных психологических особенностей пациента обеспечивает возможность нивелирования ряда отрицательных факторов, влияющих на курс лечения, что особенно важно при заболевании туберкулезом [5, 6]. Поэтому так важен комплексный подход, который заключается не только в медикаментозном лечении, но охватывает все стороны личности пациента, что возможно при обязательном осуществлении психологического сопровождения процесса медицинской помощи пациенту. Кроме того, в сопровождении нуждаются и сами медицинские работники с целью профилактики и коррекции у них

возможного эмоционального выгорания [7, 8]. В настоящей работе мы остановимся именно на психологическом сопровождении и его роли в достижении оптимальных результатов лечения.

## ЦЕЛЬ

Обоснование повышения эффективности длительного лечения в противотуберкулезной медицинской организации за счет реализации комплексного подхода с обязательным компонентом психологического сопровождения как пациентов, так и медицинских работников.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследование проведено ретроспективно сплошным методом на базе Самарского областного клинического противотуберкулезного диспансера имени Н.В. Постникова (март 2022 г.) и санатория «Лесное» (сентябрь 2021 г.).

Изучены данные у 52 пациентов санатория «Лесное» в возрасте от 18 до 72 лет. Для диагностики была использована методика определения типа отношения к болезни «ТОБОЛ» [9]. Пациенты были распределены на 4 группы исследования исходя из их возраста и наличия постоянной занятости. По возрастному фактору в первую группу вошли лица в возрасте от 18 до 40 лет (18 человек – 34,6%), во вторую группу – от 41 до 72 лет (34 человека – 65,4%). По наличию постоянной занятости в третью группу вошли работающие пациенты (22 человека – 42,3%), в четвертую – неработающие (30 человек – 57,7%). Проведено сравнение групп исследования.

Общепринятые методики «Диагностика профессионального «выгорания» (К. Масlach, С. Джексон) [10, 11]; «Колесо жизненного баланса» (Пол Дж. Майер) [12] применены в отношении работников противотуберкулезного диспансера – 14 человек. В проведении психокоррекции эмоционального выгорания работников применялась разработанная и апробированная авторская программа психологического тренинга «Профилактика синдрома эмоционального выгорания»

[13–15]. Основная цель тренинга – сохранение и укрепление психического здоровья медицинских работников. Задачи – ознакомление с понятием «синдром эмоционального выгорания», «эмоциональная саморегуляция», «стресс»; обучение приемам саморегуляции, снятия эмоционального напряжения; повышение сопротивляемости стрессу; снижение уровня эмоционального выгорания; повышение уровня сплоченности коллектива. Тренинг состоит из теоретической и практической части, рассчитан на 6 встреч по 60 минут. За время тренинга медицинским работникам давались домашние задания.

Статистическая обработка данных заключалась в использовании U-критерия Манна – Уитни для установления различий в группах исследования пациентов; T-критерия Вилкоксона для выявления эффективности проведенного психологического тренинга с работниками.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

После обработки результатов анкетирования по методике «ТОБОЛ» нами проведены оценка и анализ показателей типа отношения к болезни. Были выделены три основных кластера: гармоничный (84,6%), тревожный (19,2%) и сенситивный (30,7%).

Первый кластер включает в себя: гармоничный (46,1%), эргопатический (51,9%), анозогностический (32,6%) типы отношения к болезни.

Пациенты, имеющие гармоничное отношение к заболеванию, реалистично и взвешенно оценивают состояние своего заболевания. Такие пациенты обычно выполняют все предписания врача. Особенностью проявления эргопатического и анозогностического типов является активное отторжение мыслей о болезнях и последствиях. В случае улучшения самочувствия эти пациенты могут самостоятельно отменить лечение до следующего ухудшения состояния.

Во второй кластер входят тревожный (3,8%), ипохондрический (3,8%), неврастенический (13,5%), меланхолический (1,9%), апатический (7,7%) типы отношения к болезни.

Тревожный тип проявляется в постоянном беспокойстве и скептицизме по поводу течения заболевания. Пациенты с ипохондрическим типом отношения к болезни фокусируются на своих крайне болезненных ощущениях, вплоть до преувеличений, постоянно жалуются на различные симптомы. Пациенты с неврастеническим типом отношения характеризуются большой раздражительностью, видят все недостатки, не готовы терпеть боль. Для пациента-меланхолика характерно пессимистическое отношение ко всему окружающему, он сомневается в факте выздоровления, вплоть до депрессивных выражений. Такие пациенты требуют особого внимания к себе, поэтому необходимо сосредоточивать их внимание на положительных аспектах лечения. Больных с апатическим типом отношения следует постоянно контролировать. Иными словами, пациенты второго кластера характеризуются дезадаптивным поведением, интрапсихической направленностью личностного реагирования на болезнь с нарушениями социальной адаптации до отказа от борьбы за выздоровление.

Третий кластер составляют сенситивный (26,9%), эгоцентрический (3,8%), паранойяльный (3,8%) и дисфорический (3,8%) типы отношения к болезни.

Сенситивный тип проявляется крайней уязвимостью и чувствительностью. Такие пациенты опасаются, что своими жалобами они могут вызвать у окружающих жалость или наскучить им. Эгоцентричный тип – это прежде всего присутствие у пациентов стремления извлечь выгоду из болезни. Они привлекают внимание других своей болью, чтобы вызвать сочувствие. Эмоциональный фон у таких пациентов неустойчив. Паранойяльный тип – чрезмерная бдительность и подозрительность, надуманность осложнений и побочных эффектов лечения. Дисфорический тип характеризуется вспышками гнева, чувством обиды, обвинением других в своей болезни.

Третий – сенситивный – кластер проявляется в интерпсихической направленности установок к заболеванию, что способствует нарушению социальной адаптации. Перечисленные выше виды отношения к заболеванию проявляются в повышенной чувствительности и требуют особого внимания.

По результатам исследования установлено, что во 2 группе по сравнению с 1 группой выше выраженность паранойяльного (8,7% и 0%,  $U=188,000$ ,  $p \leq 0,05$ ) и дисфорического (4,3% и 3,4%,  $U=154,000$ ,  $p \leq 0,01$ ) типов отношения к болезни. Таким образом, чрезмерная бдительность и агрессивность в проявлениях отношения к болезни более характерны для пациентов старших возрастных групп.

Изучение влияния на тип отношения к болезни такого фактора социального статуса, как постоянная занятость, позволило установить следующее: у работающих пациентов больше выражены гармоничный (47,8% и 37,9%,  $U=195,000$ ,  $p \leq 0,01$ ) и анозогностический (52,2% и 17,2%,  $U=145,0$  при  $p \leq 0,01$ ) типы; у неработающих – тревожный (6,9% и 0%,  $U=210,000$ ,  $p \leq 0,05$ ), ипохондрический (6,9% и 0%,  $U=219,000$ ,  $p \leq 0,05$ ), неврастенический (24,1% и 0%,  $U=190,000$ ,  $p \leq 0,01$ ), меланхолический (3,4% и 0%,  $U=222,000$ ,  $p \leq 0,05$ ), апатический (10,3% и 0%,  $U=178,000$ ,  $p \leq 0,01$ ), сенситивный (41,4% и 8,7%,  $U=200,000$ ,  $p \leq 0,05$ ), эгоцентрический (6,9% и 0%,  $U=212,000$ ,  $p \leq 0,05$ ) и паранойяльный (6,9% и 0%,  $U=218,000$ ,  $p \leq 0,05$ ) типы. Таким образом, в четвертой группе преобладали типы отношения к болезни тревожного и сенситивного кластеров. В третьей группе, напротив, – гармоничного кластера. Следовательно, наличие работы придает пациентам уверенности в себе и в благополучном исходе заболевания. И наоборот, неработающие пациенты ощущают себя более уязвимыми, отличаются неустойчивым эмоциональным фоном, что отрицательно сказывается на отношении пациента к болезни.

Для оценки уровня эмоционального выгорания медицинских работников было проведено тестирование. Среднее значение эмоционального истощения характеризовалось высоким уровнем – 25 баллов. Дегерсонализация, которая проявляется в личностном отдалении от коллег и пациентов, также квалифицируется как высокая – 12 баллов. Редукция личных достижений составила 31 балл, что характеризуется как средний уровень.

На эмоциональное выгорание оказывает влияние не только профессиональная деятельность, но также баланс жизненных сфер (Пол Дж. Майер). Показатели секторов составили: «деньги» – 5 баллов; «личностный рост», «здоровье и спорт», «карьера и бизнес» – по 6 баллов; «яркость

жизни», «духовный рост и творчество» – по 7 баллов; «друзья и окружение», «отношения» – по 8 баллов. Секторы, оцененные от 1 до 5, необходимо развивать в первую очередь для предотвращения эмоционального выгорания и достижения гармоничной и полноценной жизни. 6–8 баллов означают, что работники обращают внимание на этот сектор жизни, но для полного счастья нужно уделять ему больше времени. А оценка 9–10 выражает полное удовлетворение и максимизирует жизненно важные положительные эмоции.

Прохождение тренинга установило положительное воздействие у работников в виде снижения значения показателей эмоционального истощения на 7 баллов; значение деперсонализации перешло из разряда высоких в разряд средних. Одновременно с этим показатели редукции личных достижений увеличились на 5 баллов, что характеризует степень удовлетворенности собой и как личностью, и как профессионалом. Показатели значимости таких секторов сфер жизненного баланса, как «деньги», «личностный рост», «здоровье и спорт», после проведения тренинга увеличились на 1 балл, а показатели «друзья и окружение», «отношения», напротив, снизились на 1 балл. Показатели «яркость жизни», «духовный рост и творчество», «карьера и бизнес» остались на прежних значениях. Мы можем предположить, что, по мнению работников, они уделяют достаточное внимание данным сферам жизни.

Установлены статистически значимые различия: после тренинга показатели по эмоциональному истощению стали ниже (42,8% и 7,1%,  $T=25$ ,  $p \leq 0,05$ ), а по редукции личных достижений выше (50% и 64,3%,  $T=27$ ,  $p \leq 0,05$ ). Таким образом, тренинг повлиял на снижение внутреннего напряжения медицинских работников, восполнение внутренних ресурсов, увеличение чувства компетентности в работе и своих возможностях. По шкалам сфер жизненного баланса различия не выявлены.

## ■ ОБСУЖДЕНИЕ

Итогом проведенной работы и анализа результатов стало принятие организационного решения по созданию **кабинета медико-психологической помощи** в Самарском областном клиническом противотуберкулезном диспансере имени Н.В. Постникова (далее – Кабинет), разработано положение о кабинете. Целью деятельности Кабинета является оказание медико-психологической помощи пациентам и их родственникам, а также работникам диспансера. В задачи включено формирование мотивации и повышения готовности к прохождению лечения у пациентов; оказание своевременной и квалифицированной медико-психологической помощи пациентам и их родственникам на всех этапах и уровнях лечения, а также решение проблем социально-психологической реабилитации и адаптации; осуществление комплекса психологических мероприятий, направленных на повышение эффективности проводимого лечения, снижение уровня стойких негативных последствий заболевания, сохранение и восстановление личного, трудового и социального статуса пациента; анализ факторов, влияющих на уровень развития профессиональных компетенций работников, разработка и проведение мероприятий по их оптимизации; консультирование медицинского персонала по вопросам, связанным с медицинской, социальной психологией и деонтологией.

Основными направлениями оказания медико-психологической помощи пациентам и работникам определено следующее: работа по психотерапии, психокоррекции, психологическому консультированию пациентов, а также помощь их родственникам относительно психологических проблем пациентов; проведение психодиагностических исследований пациентов; оценка психоэмоционального состояния пациентов; экспертиза эффективности проводимых психологических, лечебных и профилактических мероприятий; санитарно-просветительская работа среди пациентов и их родственников по укреплению здоровья и профилактике заболеваний; пропаганда здорового образа жизни; консультативная и методическая помощь работников по вопросам направления пациентов на психологическую реабилитацию, психокоррекцию и психопрофилактику.

## ■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Оценка типа отношения к болезни у больных туберкулезом показала гармоничный тип в 84,6%, тревожный – в 19,2%, сенситивный – в 30,7% случаев. Установлено, что на тип отношения к заболеванию туберкулезом могут влиять такие факторы, как возраст и социальный статус. У пациентов старше 40 лет больше выражены паранойяльный и дисфорический типы отношения к болезни. У пациентов, имеющих постоянную занятость, преобладают гармоничный и анозогностический типы отношения. При отсутствии работы чаще выявляются тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический, сенситивный, эргоцентрический и паранойяльный типы отношения к болезни. Таким образом, пациенты младше 40 лет с постоянной занятостью имеют более благоприятный прогноз приверженности к лечению и стойкого клинического излечения туберкулеза.

Следовательно, при сборе анамнеза возраст и факт наличия / отсутствия у пациента постоянной работы должен определять дальнейший объем психологического сопровождения больного туберкулезом с целью повышения эффективности оказания медицинской помощи. Психологическое сопровождение пациентов может способствовать изменению негативных реакций на болезнь и процесс лечения, что является важным для полноценного клинического излечения.

Также нами установлен высокий уровень эмоционального выгорания медицинских работников. Проведенный тренинг позволил снизить значения показателей эмоционального истощения на 7 баллов, переместить значения деперсонализации из разряда высоких в разряд средних, увеличить показатели редукции личных достижений на 5 баллов. Психологическое сопровождение медицинских работников способствует восполнению эмоциональных ресурсов.

Таким образом, внедрение комплексного подхода к оказанию медицинской помощи с обязательным наличием психологического сопровождения является актуальным и необходимым. Проведенное исследование обосновывает целесообразность создания кабинета медико-психологической помощи в медицинской организации.

**Конфликт интересов:** все авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

## ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Borisov SV, Belilovskii EM, Dolgushina NV, Voronov DA. *Methodology and organization of evidence-based medical research in phthisiology*. М., 2017. (In Russ.). [Борисов С.В., Белиловский Е.М., Долгушина Н.В., Воронов Д.А. *Методология и организация доказательных научно-медицинских исследований во фтизиатрии*. М., 2017]. ISBN 978-5-9907505-1-7
2. Nechaeva OB. Epidemiological situation of tuberculosis in Russia. *Tuberculosis and lung diseases*. 2018;96(8):15-24. (In Russ.). [Нечаева О.Б. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в России. *Туберкулез и болезни легких*. 2018;96(8):15-24]. doi: 10.21292/2075-1230-2018-96-8-15-24
3. Belostotskii AV, Kasaeva TCh, Kuzmina NV, Nelidov NV. Problem of treatment adherence in tuberculosis patients. *Tuberculosis and lung diseases*. 2015;4:4-9. (In Russ.). [Белостоцкий А.В., Касаева Т.Ч., Кузьмина Н.В., Нелидова Н.В. Проблема приверженности больных туберкулезом к лечению. *Туберкулез и болезни легких*. 2015;4:4-9].
4. Borodulina EA, Shmelev IA. Medical, social and legal aspects of providing medical care to tuberculosis patients at the present stage of development of phthisiological care. *Doctor*. 2019;7:77-80. (In Russ.). [Бородулина Е.А., Шмелев И.А. Медико-социальные и правовые аспекты оказания медицинской помощи больным туберкулезом на современном этапе развития фтизиатрической помощи. *Врач*. 2019;7:77-80]. doi: 10.29296/25877305-2019-07-16
5. Zolotova NV, Streltsov VV, Baranova GV, et al. Psychological factors of the formation of therapeutic cooperation of patients with pulmonary tuberculosis in hospital treatment. *Tuberculosis and lung diseases*. 2020;98(12):34-40. (In Russ.). [Золотова Н.В., Стрельцов В.В., Баранова Г.В., и др. Психологические факторы формирования терапевтического сотрудничества больных туберкулезом легких в условиях стационарного лечения. *Туберкулез и болезни легких*. 2020;98(12):34-40]. doi: 10.21292/2075-1230-2020-98-12-34-40
6. Zolotova NV, Streltsov VV, Baranova GV, et al. Model of psychological rehabilitation of patients with pulmonary tuberculosis in a hospital. *Tuberculosis and lung diseases*. 2018;96(4):12-19. (In Russ.). [Золотова Н.В., Стрельцов В.В., Баранова Г.В., и др. Модель психологической реабилитации больных туберкулезом легких в условиях стационара. *Туберкулез и болезни легких*. 2018;96(4):12-19]. doi: 10.21292/2075-1230-2018-96-4-12-19
7. Tvorogova ND, Volkovaja VV. *Psychology of professional development*. М., 2020. (In Russ.). [Творогова Н.Д., Волковая В.В. *Психология развития профессионала*. М., 2020]. ISBN: 978-5-9986-0413-3
8. Sandomirskii ME. *Protection from stress. Work with the subconscious*. М.–СПб., 2016. (In Russ.). [Сандомирский М.Е. *Защита от стресса. Работа с подсознанием*. М.–СПб., 2016]. ISBN: 978-5-388-00492-5
9. Wasserman LI, Iovlev BV, Karpova EB, et al. *Psychological assessment of attitude toward disease: Manual for physicians*. SPb., 2005. (In Russ.). [Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., и др. *Психологическая диагностика отношения к болезни*. СПб., 2005].
10. Yumatova II, Shevyreva EG, Vyshkvyrkina MA, Pavlova TV. *Psychodiagnostics. Study guide*. Rostov-on-Don, 2017. (In Russ.). [Юматова И.И., Шевырева Е.Г., Вышквыркина М.А., Павлова Т.В. *Психодиагностика*. Ростов-на-Дону, 2017]. ISBN: 978-5-222-26151-4
11. Doncov DA, Bazarkina EN. *Psychodiagnostics*. М., 2014. (In Russ.). [Донцов Д.А., Базаркина И.Н. *Психодиагностика*. М., 2014]. ISBN: 978-5-906131-40-9
12. Karpova Ya. The Wheel of Life: How to make it. (In Russ.). [Карпова Я. Колесо баланса жизни: как составить правильно]. Available et: <https://lifemotivation.ru/samorazvitie/kolesobalansa-zhizni>
13. Krasnenkova NS. Study of the relationship between emotional burnout of medical staff and life balance factors. *Medical Alliance*. 2022;10(1):94-98. (In Russ.). [Красненкова Н.С. Исследование взаимосвязи эмоционального выгорания медицинских сотрудников с факторами жизненного баланса. *Медицинский альянс*. 2022;10(1):94-98]. doi: 10.36422/23076348-2022-10-1-94-98
14. Gabdreeva GSh, Yusupov MG. *Self-regulation of mental states: psychological technologies and diagnostics*. Kazan, 2013. (In Russ.). [Габдреева Г.Ш., Юсупов М.Г. *Саморегуляция психических состояний: психологические технологии и диагностика*. Казань, 2013]. ISBN: 978-5-9222-0620-4
15. Prohorov AO. *Self-regulation of mental states: phenomenology, mechanisms, patterns*. Moscow, Saratov, 2019. (In Russ.). [Прохоров А.О. *Саморегуляция психических состояний: феноменология, механизмы, закономерности*. Москва, Саратов, 2019]. ISBN: 978-5-4486-0861-2