

Майер П.А., Исаева Е.Р., Браженко О.Н.

Поло-ролевые особенности отношения к болезни и здоровью
у пациентов с лекарственно-чувствительным туберкулезом
органов дыхания на старте химиотерапии

Maier P.A., Isaeva E.R., Brazhenko O.N.

Gender-Role Characteristics of Attitudes Toward Illness and Health
in Patients with Drug-Sensitive Pulmonary Tuberculosis
at the Start of Chemotherapy

*Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Противотуберкулезный диспансер №14», Санкт-Петербург, Россия*

*Первый Санкт-Петербургский государственный университет им. академика И.П. Павлова,
Санкт-Петербург, Россия*

В настоящее время данных о клинико-психологических особенностях пациентов с впервые выявленным лекарственно-чувствительным туберкулезом органов дыхания в контексте поло-ролевого (гендерного) поведения недостаточно для формирования комплексного медико-психологического сопровождения.

Целью данного исследования является изучение клинико-психологических аспектов отношения к болезни и здоровью мужчин и женщин с впервые выявленным лекарственно-чувствительным туберкулезом органов дыхания на старте химиотерапии. Исследование предоставляет научное обоснование для составления программы психологического сопровождения и, в дальнейшем, может быть учтено при дополнении клинических рекомендаций по лечению туберкулеза разделом, посвященным оказанию психологической помощи.

Материалы и методы. Анализ медицинских карт и анамнестических данных; психодиагностические методы: методика «Тип отношения к болезни (ТОБОЛ)»; «Уровень комплаентности»; «Методика исследования самоотношения (МИС)»; методика «Диагностика реальной структуры ценностных ориентаций личности»; Методы математической обработки данных – частотный, сравнительный анализы.

В исследовании приняла участие 130 пациентов в возрасте от 26 лет до 67 лет, из них 70 мужчин ($M_{\text{возраст}} = 43,03$; $SD = 8,62$) – группа 1; 60 женщин ($M_{\text{возраст}} = 42,75$; $SD = 10,75$) – группа 2, давшие добровольное информированное согласие на участие в психологическом исследовании. У всех больных был верифицирован диагноз лекарственно-чувствительного (ЛЧ) туберкулеза органов дыхания (МКБ-10: A15–A16).

Результаты. Полученные данные позволяют говорить о том, что имеются гендерные различия в отношении к заболеванию с преобладанием сенситив-

ного компонента у мужчин, и эргопатического компонента у женщин. Также различны и ценностные ориентации: у мужчин преобладают ценности, связанные с получением удовольствия, в то время как у женщин ценности определяются просоциальной активностью. Кроме того, установлено, что здоровье не является доминирующей ценностью в обеих группах.

Выводы. При формировании индивидуализированной программы психологического сопровождения пациентов с лекарственно-чувствительным туберкулезом органов дыхания на старте химиотерапии необходимо учитывать поло-ролевые особенности пациентов. Для повышения приверженности лечению пациента-мужчины врачу-фтизиатру и медицинскому психологу необходимо консолидировать усилия для десенсибилизации стигматизации. В то же время для пациентов-женщин целесообразнее акцентировать внимание на эмоциональном комфорте лечебного процесса. Также вне зависимости от пола необходимо включать в программу сопровождения психологические тренинги по формированию ценности здоровья и здорового образа жизни.

Ключевые слова: поло-ролевые особенности, отношение к болезни, лекарственно-чувствительный туберкулез, старт химиотерапии

Для цитирования: Майер, П.А., Псаева, Е.Р., Браженко, О.Н. Поло-ролевые особенности отношения к болезни и здоровью у пациентов с лекарственно-чувствительным туберкулезом органов дыхания на старте химиотерапии // Новые психологические исследования. 2025. № 2. С. 236–260. DOI: 10.51217/npsyresearch_2025_05_02_11

Введение

На сегодняшний день лечение туберкулезной инфекции представляет собой не только серьезную медицинскую проблему, но также затрагивает психологические, правовые и социальные аспекты жизни, как самих больных, так и их ближайшего социального окружения (Грошев и др., 2007).

Зачастую пациенты, попадая в противотуберкулезное учреждение с диагностическими целями, испытывают выраженную тревогу и беспокойство, стремясь как можно скорее его покинуть даже в ущерб диагностическим мероприятиям. Также нередки случаи, когда при установлении диагноза «туберкулез» больные выражают несогласие с диагнозом с последующими попытками его оспаривания, вплоть до категорического отказа от дальнейших диагностических процедур и от лечения в целом (Белостоцкий и др., 2015).

Подобные аффективные реакции во многом обусловлены высоким уровнем стигматизации заболевания и нежеланием пациентов отождествлять себя с группой людей, для которой, по их мнению, характерны устоявшиеся негативные социальные стереотипы: низкий

уровень социальной и личной ответственности, социальное и материальное неблагополучие, злоупотребление психоактивными веществами и алкоголем (Золотова, Стрельцов, 2013).

При частичном преодолении первой аффективно-окрашенной негативной реакции на стрессовую ситуацию больные с бактериовыделением, тем не менее, отказываются от прохождения лечения в специализированных противотуберкулезных учреждениях с круглосуточным наблюдением, мотивируя свой отказ как отсутствием выраженной клинической симптоматики, так и необходимостью в осуществлении трудовой деятельности в силу наличия финансовых обязательств (Волчегорский и др., 2007). В свою очередь, необходимость в изоляции такого пациента обусловлена высокими эпидемическими рисками распространения инфекции и является неотъемлемой частью лечения туберкулеза (Лапшина, 2022). При выявлении больного туберкулезом участковый врач-фтизиатр обязан госпитализировать пациента в учреждение стационарного типа для прохождения лечения. Однако при получении письменного отказа пациента от госпитализации у лечащего врача остается лишь один механизм, способный оказать влияние на принятое пациентом решение, – уведомление больного о вынужденной подаче административного искового заявления о госпитализации в медицинскую противотуберкулезную организацию в недобровольном порядке, согласно постановлению Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 26.11.2019 N50. Подобные меры носят исключительный характер и, с большой вероятностью, деструктивно скажутся на дальнейших взаимоотношениях между пациентом и лечащим врачом. Недобровольная госпитализация снизит возможность к формированию терапевтического альянса, а также потенциальное доверие больного не только к фтизиатрической службе, но и к медицине в целом, подтолкнув больного к поиску альтернативных способов решения сложившейся ситуации.

Еще одной значимой проблемой при лечении туберкулезной инфекции является высокий риск формирования множественной и широкой лекарственной устойчивости возбудителя (МЛУ и ШЛУ-ТБ) при прерывании уже начатого лечения. Согласно действующим клиническим рекомендациям, полный курс противотуберкулезной химиотерапии при сохранной лекарственной чувствительности возбудителя (ЛЧ-ТБ) составляет около шести месяцев. Однако при выявлении резистентности возбудителя к одному или нескольким противотуберкулезным препаратам срок лечения может увеличиваться уже до 18 месяцев и более, что в свою очередь может пагубно сказаться на

психологическом состоянии больного и повысить риски прерывания лечения.

Для предотвращения возникновения конфликтных ситуаций, а также создания благоприятных условий для формирования терапевтического альянса между пациентом и лечащим врачом, важно учитывать психологические характеристики больных при построении плана лечения (Золотова и др., 2020). Наличие у лечащего врача сведений об отношении больного к своему здоровью и лечению может иметь прогностическую ценность с точки зрения его приверженности лечению, что позволит вносить своевременную коррекцию в индивидуальный план лечения при возникновении рисков произвольного прерывания противотуберкулезной терапии, инициированного пациентом. В свою очередь, самостоятельно получить достоверную картину об индивидуально-психологических особенностях больного врачу-фтизиатру не представляется возможным в силу различных обстоятельств. Например, ограничения, связанные с фактором нехватки времени, необходимого на длительное интервьюирование больного, а также отсутствие у врача компетенций и навыков для проведения профессионального психодиагностического обследования, которые имеются только у медицинского психолога. Для решения данной проблемы врачи-фтизиатры могут обратиться к помощи медицинских психологов. Согласно приказу Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. N 932н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом» (Приказ Министерства здравоохранения, 2012), в рекомендуемых штатных нормативах предусмотрена должность медицинского психолога, что подразумевает возможность междисциплинарного подхода к лечению больных туберкулезом.

Однако согласно приказу Министерства здравоохранения РФ от 13 марта 2019 г. № 127н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за больными туберкулезом, лицами, находящимися или находившимися в контакте с источником туберкулеза, а также лицами с подозрением на туберкулез и излеченными от туберкулеза» (Приказ Министерства здравоохранения, 2019), фактически отсутствуют показания к направлению пациента на консультацию к медицинскому психологу, также не оговаривается кратность и объем психокоррекционных и психодиагностических мероприятий. Иными словами, в настоящее время полностью отсутствует нормативно-правовая база, которая регламентировала бы деятельность медицинского психолога в противотуберкулезных учреждениях здравоохранения. Выходом из сложившейся ситуации могут служить локальные нормативно-право-

вые акты в каждом отдельно взятом лечебном учреждении, при этом обнаруживаются сложности, связанные с отсутствием единообразия в подходах к решению проблемы психологического сопровождения больных туберкулезом.

Говоря о формировании персонализированных терапевтических и психокоррекционных стратегий, важно также учитывать специфику поло-ролевого поведения личности в условиях болезни. Так, например, для здоровых женщин зрелого возраста здоровье является терминальной ценностью, а для здоровых мужчин зрелого возраста – лишь способом достижения других, более значимых целей (Маясова и др., 2016).

Всестороннее изучение личности больного туберкулезом, с точки зрения учета его гендерных, возрастных, индивидуально-личностных характеристик и ценностно-мотивационной сферы, необходимо для составления плана психологического сопровождения не только в интенсивной фазе лечения, но и на протяжении всего курса химиотерапии (Баранова, 2012). На сегодняшний день во фтизиатрии отмечается дефицит клинико-психологических исследований, несмотря на выраженную актуальность и востребованность в формировании единообразного, комплексного подхода в оказании психологической помощи и в составлении программ психологического сопровождения на всех этапах лечения с целью повышения уровня приверженности лечению и повышения эффективности лечебных мероприятий (Мордык и др., 2015).

Так как лечение туберкулеза является длительным процессом, то отношение к болезни может изменяться в разные периоды лечения, начиная от старта химиотерапии, на фазе продолжения лечения и до перевода больного в клиническое излечение (Кузнецова, 2018). В свою очередь, построение программы психологического сопровождения с целью профилактики произвольного прерывания противотуберкулезной химиотерапии при лечении туберкулеза невозможно без изучения исходного отношения к болезни и предстоящему лечению (Сиресина, 2011).

Методы исследования

В исследовании приняли участие пациенты с верифицированным диагнозом лекарственно-чувствительного туберкулеза органов дыхания (МКБ-10: A15–A16), ($N = 130$) в возрасте от 26 лет до 67 лет, из них 70 мужчин ($M_{\text{возраст}} = 43,03$; $SD = 8,62$) – группа 1; 60 женщин ($M_{\text{возраст}} = 42,75$; $SD = 10,75$) – группа 2. От всех пациентов было полу-

чено добровольное информированное согласие на участие в психологическом исследовании, одобренное ЛЭК ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России, протокол №7 от 23.10.2023 года. Исследование проводилось в начале интенсивной фазы лечения – на старте химиотерапии. В исследование вошли пациенты без выраженных когнитивных нарушений (оценка производилась с помощью методики «Монреальская когнитивная шкала» (MoCA), включались пациенты со значением баллов > 26).

Психодиагностика проводилась по прошествии недели с начала приема пациентом противотуберкулезных препаратов. Использовались нижеследующие психодиагностические методы.

Методика «Тип отношения к болезни (ТОБОЛ)» (Вассерман и др., 20014) – клиническая тестовая методика, направленная на диагностику типа отношения к болезни. При создании ТОБОЛ была использована клинико-психологическая типология отношения к болезни, предложенная А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым в 1980 году. 12 типов реагирования, диагностируемые тестом: сенситивный, тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический, неврастенический, эгоцентрический, паранойяльный, анозогнозический, дисфорический, эргопатический и гармоничный. Данная методика была сконструирована коллективом авторов: Л.И. Вассерман, А.Я. Вукс, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова в 1987 году в НИИ им. Бехтерева. Методика содержит 12 групп утверждений, от 10 до 16 утверждений в каждой группе, отражающих систему отношений личности: отношение к болезни, к ее лечению, врачам и медперсоналу, родным и близким, окружающим, работе (учебе), одиночеству, будущему, а также самооценка самочувствия, настроения, сна и аппетита.

Методика «Уровень комплаентности» Р.В. Кадырова, О.Б. Асриян, С.А. Ковальчук (Кадыров и др., 2014) – для определения уровня комплаентности, ориентированная на выявление приверженности личности лечению и основанная на характеристиках, обуславливающих комплаентное поведение. Данная методика диагностики предназначена как для пациентов, имеющих хронические заболевания, требующих периодического наблюдения со стороны врача и продолжительного лечения, так и для проверки степени комплаентности у здоровых людей. Тестовая методика содержит 66 вопросов, относящихся к трем субшкалам («Социальная комплаентность», «Эмоциональная комплаентность», «Поведенческая комплаентность»), составляющим в сумме итоговую шкалу «Общий уровень комплаентности».

Многомерный опросник исследования самоотношения (МИС – методика исследования самоотношения) создан С.Р. Пантилеевым, содержит 110 утверждений, распределенных по 9 шкалам. Методика предназначена для углублённого изучения сферы самосознания личности, включающего различные (когнитивные, динамические, интегральные) аспекты. Относительно области применения МИС можно отметить хорошие результаты в рамках индивидуального консультирования осуждённых, так как данная методика позволяет выявить внутрличностные конфликты (Пантилеев, 1991);

Методика «Диагностика реальной структуры ценностных ориентаций» предназначена для изучения реализации ценностных ориентаций личности в реальных условиях жизнедеятельности (Бубнова, 1994). Методика содержит 66 вопросов, распределенных между 11 ценностями. В ее основе лежит положение о том, что представления о значимых ценностях формируются в процессе социализации личности в результате интериоризации общекультурных ценностей.

Методы математической обработки данных: частотный анализ, сравнительный анализ с использованием непараметрического критерия Манна-Уитни. Критический уровень значимости составил $p = 0,01$. Обработка данных проводилась с использованием пакета программного обеспечения IBM SPSS Statistics v27.

Результаты

При анализе частотного распределения социально-бытовых и социально-демографических характеристик были получены следующие результаты (см. табл. 1).

Группу 1 составили мужчины в возрасте от 41 до 50 лет, большинство пациентов работают (78,6%), при этом 47,2% пациентов с низким уровнем дохода (до 35 тысяч руб.) и лишь 22,9% пациентов с уровнем дохода от 55 до 75 тысяч руб. на 1 человека в месяц. В данной группе 28,6% пациентов имеют высшее образование, состоят в браке 44,3%, имеют детей 58,5%. Следует отметить, что у 32,9% нет кредитных обязательств, а 67,1% пациентов имеют долговые обязательства в виде кредитов (ипотечного или потребительского). Лишь 37,2% пациентов имеют собственное жилье, а 51,4% арендуют; 70% пациентов ранее не находились в местах лишения свободы.

Группу 2 составили женщины в возрасте от 31 до 40 лет, 76,7% женщин работают. В отличие от группы мужчин, 48,3% пациенток имеют высшее образование, 60% женщин состоят в браке, 71,7% имеют детей. Женщины оказались более благополучными и в финансовом положении по сравнению с мужчинами – 29,9% из них имеют

низкий уровень дохода (до 35 тысяч руб.), а 35% имеют ежемесячный доход в размере 55–75 тысяч рублей. В группе женщин примерно одинаковое соотношение (в сравнении с группой мужчин) по наличию кредитов: 38,3% женщин без кредитных обязательств, 61,7% имеют долговые обязательства в виде кредитов (ипотечного или потребительского). В группе женщин 43,4% имеют собственное жилье и 51,7% проживают в арендованном жилье, 95% не находились ранее в местах лишения свободы.

Таблица 1. Частотное распределение социально-бытовых и социально-демографических характеристик

Социально-бытовые и социально-демографические характеристики		Группа 1 (n = 70)		Группа 2 (n = 60)	
		Абс.	%	Абс.	%
Возраст	От 21 до 30 лет	5	7,1	5	8,3
	От 31 до 40 лет	20	28,6	23	38,3
	От 41 до 50 лет	35	50,0	21	35,0
	От 51 до 60 лет	7	10,0	3	5,0
	Старше 60	3	4,3	8	13,3
Образование	Среднее	27	38,6	14	23,3
	Среднее-специальное	23	32,9	17	28,3
	Высшее	20	28,6	29	48,3
Брак	Вне брака	39	55,7	24	40,0
	В браке	31	44,3	36	60,0
Количество детей	Нет детей	29	41,4	17	28,3
	Один ребенок	32	45,7	32	53,3
	Два ребенка	8	11,4	10	16,7
	Три и более	1	1,4	1	1,7
Трудовая занятость	Безработный	9	12,8	6	10,0
	Работает официально	35	50,0	32	53,3
	Работает не официально	20	28,6	14	23,4
	Пенсионер	6	8,6	6	10,0
	Работающий пенсионер	—	—	2	3,3
Уровень дохода	< 15 тыс. рублей	9	12,9	2	3,3
	15–25 тыс. рублей	9	12,9	8	13,3
	25–35 тыс. рублей	15	21,4	8	13,3
	35–45 тыс. рублей	7	10,0	10	16,7
	45–55 тыс. рублей	14	20,0	11	18,3
	55–65 тыс. рублей	9	12,9	16	26,7
	65–75 тыс. рублей	7	10,0	5	8,3

Кредитные обязательства	Нет кредитов	23	32,9	23	38,3
	Ипотечный кредит	25	35,7	22	36,7
	Потребительский кредит	17	24,3	13	21,7
	Ипотечный и потребительский	5	7,1	2	3,3
Обеспеченность жильем	Приватизированная квартира	6	8,6	10	16,7
	Приватизированная комната	20	28,6	16	26,7
	Арендванная квартира	26	37,1	25	41,7
	Арендванная комната	10	14,3	6	10,0
	С родными/родственниками	8	11,4	3	5,0
Нахождение в МЛС	Не находились	49	70,0	57	95,0
	Находились	21	30,0	3	5,0

При анализе частотного распределения по клиническим характеристикам были получены следующие данные (см. табл. 2).

Группу 1 можно охарактеризовать как пациентов, проходивших флюорографическое исследование от года до двух лет назад, с инфильтративным туберкулезом без бактериовыделения, 50% из них не предъявляло соматических жалоб на первичном приеме, лишь 30% мужчин было без сопутствующих заболеваний, у 25,7% обнаружена ВИЧ-инфекция, у 15,7% – ВИЧ+Гепатит В/С. Большинство из них – активные потребители табака (54,3%). При этом 75,7% из них получают лечение амбулаторно, большинство отказались от госпитализации в круглосуточный стационар по причине неустойчивого материального положения.

Группу 2 можно охарактеризовать как пациенток, проходивших флюорографическое исследование от года до двух лет назад (73,3%), с очаговым туберкулезом (46,7%), преимущественно без бактериовыделения (70%), получающих лечение в дневном стационаре противотуберкулезного диспансера. На первичном приеме соматических жалоб не предъявляли (43,3%), при этом у некоторых (21,7%) отмечались жалобы в виде слабости. Также отмечалось отсутствие сопутствующих заболеваний у 40% больных, а наиболее часто встречающейся сопутствующей патологией выступала ВИЧ-инфекция (18,3%). Большая часть пациентов отказалась от госпитализации в круглосуточный противотуберкулезный стационар (73,3%), основной причиной являлось неустойчивое материальное положение (48%).

Таблица 2. Частотное распределение клинических характеристик

Клинические характеристики		Группа 1, мужчины (n = 70)		Группа 2, женщины (n = 60)	
		Абс.	%	Абс.	%
Давность ФЛГ обследования	До года	12	17,1	9	15
	От года до двух	32	45,7	29	48,3
	От двух до трех	14	20	15	25
	Более трех лет	12	17,1	7	11,7
Клиническая форма туберкулеза	Очаговый ТБ	17	24,3	28	46,7
	Инфильтративный ТБ	31	44,3	21	35
	Диссеминированный ТБ	16	22,9	6	10
	ТВГЛУ	4	5,7	2	3,3
	Туберкулема	2	2,9	3	5
Бактериовыделение	МБТ+	17	24,3	18	30
	МБТ-	53	75,7	42	70
Тип лечения	Стационар	17	24,3	19	31,7
	Амбулаторно	27	38,6	20	33,3
	Дневной стационар	26	37,1	21	35
Жалобы при первичном приеме	Нет	35	50	26	43,3
	Одышка	6	8,6	10	16,7
	Кашель	2	2,9	9	15
	Повышение температуры	3	4,3	7	11,7
	Слабость	7	10	13	21,7
	Ночная потливость	7	10	6	10
	Снижение массы тела	6	8,6	4	6,7
Сопутствующие заболевания	Боли в грудной клетке	4	5,7	1	1,7
	Нет	21	30	24	40
	ВИЧ-инфекция	18	25,7	11	18,3
	Гепатит В/С	1	1,4	1	1,7
	ВИЧ+Гепатит В/С	11	15,7	6	10
	Сахарный диабет	4	5,7	8	13,3
	СС-патология	3	4,3	2	3,3
	СС-патология+ХОБЛ	3	4,3	1	1,7
	ХОБЛ	9	12,2	7	11,7

Вредные привычки	Нет	15	21,4	35	58,3
	Табакокурение	16	22,9	4	6,7
	Алкоголь	9	12,9	7	11,5
	ПАВ	4	5,7	6	10
	Табакокурение+Алкоголь	12	17,1	3	5
	Табакокурение+ПАВ	8	11,4	2	3,4
	Алкоголь+ПАВ	4	5,7	2	3,4
	Алкоголь+табак+ПАВ	2	2,9	1	1,7
Отказ от госпитализации (Причины)	Не отказывались	20	28,6	16	26,7
	Страх	9	12,9	5	8,3
	Материальное положение	26	37,1	29	48,3
	Условия пребывания	10	14,3	8	13,3
	Иное	5	7,1	2	3,3

С целью изучения гендерных особенностей в отношении пациентов к своему заболеванию был проведен сравнительный анализ типов отношения к болезни (ТОБОЛ) в группах 1 и 2 с помощью U-критерия Манна-Уитни (см. табл.3).

Таблица 3. Распределение средних значений и сравнительный анализ по методике «Тип отношения к болезни (ТОБОЛ)»

Шкалы	Группа 1 (n = 70)	Группа 2 (n = 60)	U-Манна-Уитни	
	M(SD)	M(SD)	U	p
Гармоничный	3,1(9,3)	2,9(8,3)	2082,0	0,889
Эргопатический	12,4(14,6)	14,8(14,1)	2299,5	0,328
Анозогнозический	9,5(17,6)	10,1(20,1)	2037,5	0,711
Тревожный	10,8(8,3)	10,1(9,4)	1928,0	0,418
Ипохондрический	11,2(9,5)	10,7(10)	1993,0	0,614
Неврастенический	10,1(6,3)	9,2(7,0)	1855,0	0,251
Меланхолический	10,6(8,7)	9,7(8,2)	1971,5	0,545
Апатический	10,7(7,1)	9(5,7)	1865,5	0,272
Сенситивный	14,6(8,2)	12,4(8,4)	1746,0	0,097
Эгоцентрический	12,6(6,4)	13,3(6,6)	2156,0	0,793
Паранойальный	10,6(8,6)	8,9(8,4)	1814,0	0,180
Дисфорический	13,8(8,8)	10,8(8,6)	1690,0	0,055

При анализе распределения средних значений по методике «Тип отношения к болезни (ТОБОЛ)» были получены следующие данные (см. табл. 3).

Для Группы 1 (мужчины) наиболее характерным типом отношения к болезни является смешанный (диффузный) тип, с преобладанием в структуре ТОБ сенситивного типа, а также дисфорического, эргопатического и эгоцентрического типов, что говорит о чрезмерной ранимости, эмоциональной неустойчивости и негативизме в отношении заболевания и необходимости лечения. Отмечается повышенная раздражительность и озабоченность, связанные с неблагоприятным впечатлением, которое могут произвести на окружающих сведения о болезни. Эмоциональная неустойчивость выражается во вспышках озлобленности по отношению к здоровым людям. Характерны также требования исключительной заботы, чрезмерная демонстрация своих «страданий» окружающим с целью получения вторичной выгоды от болезни.

Для Группы 2 (женщины) наиболее характерным типом отношения к болезни также является смешанный (диффузный) тип, но с преобладанием в структуре ТОБ эргопатического, эгоцентрического и сенситивного типов, что говорит об избирательном отношении к обследованию и лечению, чрезмерной фиксации на трудовой деятельности. Избирательность проявляется в смещении субъективной значимости в пользу ориентации на выполнении трудовой функции, в ущерб прохождению обследования или лечения. Также характерны требования исключительной заботы в связи с болезнью, сосредоточенность на своих жалобах.

При сравнительном анализе с использованием U-критерия Манна-Уитни статистически значимых различий в типе отношения к болезни между мужчинами и женщинами не выявлено.

Таблица 4. Распределение средних значений и сравнительный анализ по шкале «Уровень комплаентности»

Шкалы	Группа 1 (n = 70)	Группа 2 (n = 60)	U-Манна-Уитни	
	M(SD)	M(SD)	U	p
Социальная комплаентность	31,1(5,3)	27,8(3,6)	1175,5	<0,001
Эмоциональная комплаентность	27,5(5,2)	30,6(6,7)	2697,0	0,005
Поведенческая комплаентность	33,7(2,8)	34,2(2,5)	2422,0	0,128
Общая комплаентность	92,4(9,2)	92,7(10,0)	2190,0	0,674

Анализ результатов показал достаточно высокий общий уровень комплаентности в обеих группах пациентов (см. табл. 4). При этом мужчины (группа 1) демонстрировали достоверно более высокие значения по шкале «Социальная комплаентность» ($U = 1175,5$ $p \leq 0,001$), чем женщины (группа 2). В свою очередь, женщины демонстрировали достоверно более высокие значения по шкале «Эмоциональная комплаентность» ($U = 2697,0$ $p = 0,005$), по сравнению с мужчинами.

Это означает, что мужчины в большей степени ориентированы на механистическое выполнение назначений лечащего врача, без их глубокого осмысления. Для пациентов-мужчин важным условием соблюдения лечебных рекомендаций является установление взаимопонимания с лечащим врачом, который выступает в качестве значимого лица, получение социального одобрения со стороны врача, т.е. комплаентность будет во многом зависеть характера межличностных взаимоотношений с врачом. Для женщин также наиболее характерным является механистическое выполнение назначенных рекомендаций, при этом значимой составляющей комплаентности выступают эмоциональная чувствительность и впечатлительность с попытками перекладывания ответственности за свое здоровье на лечащего врача. Т.е. условием соблюдения врачебных рекомендаций пациентками-женщинами будет наличие эмпатии, проявления заботы и сопереживания со стороны врача.

Переходя к исследованию и дифференциации по половому признаку личностных характеристик больных с впервые выявленным лекарственно чувствительным туберкулезом, стоит отметить, что ранее предпринимались подобные попытки в различных регионах Российской Федерации. В прежних исследованиях изучались, как правило, отдельно взятые индивидуально-личностные характеристики, без рассмотрения в совокупности психологических черт больных туберкулезом, без соотнесения с ценностными ориентациями, выраженностью комплаентного поведения, гендерными особенностями и иными, не менее значимыми характеристиками (Кузнецова, 2018).

Таблица 5. Распределение средних значений и сравнительный анализ по методике «Методика исследования самоотношения (МИС)»

Шкалы	Группа 1 (n = 70)	Группа 2 (n = 60)	U-Манна-Уитни	
	M(SD)	M(SD)	U	p
Внутренняя честность	6,7(1,8)	6,8(1,8)	2146,5	0,826
Самоуверенность	6,4(1,8)	6,5(1,8)	2101,0	0,996

Саморуководство	5,9(2,1)	5,9(1,9)	2049,0	0,809
Отраженное самоотношение	4,4(2,3)	4,7(2,1)	2232,0	0,533
Самоценность	5,3(2,3)	5,4(2,4)	2219,0	0,574
Самопринятие	4,5(2,9)	4,7(2,5)	2225,0	0,557
Самопривязанность	3,6(2,3)	4,5(2,5)	2559,0	0,030
Внутренняя конфликтность	3,1(1,9)	3,3(2,3)	2127,0	0,898
Самообвинение	3,4(2,5)	3,3(2,0)	2188,0	0,676

Для «Методики исследования самоотношения (МИС)» авторами определяются следующие нормативные показатели: низкие 0–3 стэн; средние 4–7 стэн; высокие 8–10 стэн (Пантилеев, 1991).

В нашем исследовании больных с туберкулезом при анализе распределения средних значений между мужчинами и женщинами по данной методике были получены следующие результаты (см табл. 5).

Пациенты в обеих группах демонстрировали средние значения по всем шкалам, кроме «Внутренняя конфликтность», «Самообвинение», по которым наблюдались низкие значения.

Это означает, что пациенты обеих групп характеризуются сильным желанием изменений, неудовлетворенностью самими собой, тягой к соответствию с идеальным представлением о себе, поверхностным самодовольством, отрицанием проблем на общем фоне негативного отношения к себе. Обращая внимание на низкие значения шкал, относимых авторами к фактору «Внутренняя неустойчивость», мы можем говорить о наличии дезадаптации у больных, а также о необходимости психологического сопровождения этих лиц (Пантилеев, 1991). При этом пациенты в Группе 1 демонстрируют достоверно ($U = 2559,0$ $p = 0,030$) более низкие значения по шкале «Самопривязанность», чем пациенты в Группе 2, что говорит о том, что женщины в меньшей степени склонны менять отношение к себе, склонны к более ригидной Я-концепции и консервативной самодостаточности, чем мужчины, что частично сопоставимо с ранее полученными данными на выборке здоровых людей (Матюшенко, 2016).

Полученные нами данные свидетельствуют о важности психологической работы с мотивацией пациентов с учетом гендерных различий, о необходимости дополнения индивидуального плана лечения психокоррекционными мероприятиями, направленными на формирование адекватной самооценки, с акцентом на возможности не только личностного роста, но и улучшения качества жизни в целом, при высоком уровне приверженности лечению. В отношении женщин психо-

логическое сопровождение может выстраиваться вокруг интеграции заботы о здоровье в уже существующую идентичность, без попыток ее кардинального изменения. В работе с пациентками целесообразно представлять процесс лечения как естественную часть жизни, при этом показывать, что приверженность лечению будет скорее способствовать сохранению и укреплению Я-концепции, чем разрушать ее.

Медицинскому психологу и врачу-фтизиатру, как в случае с пациентками женщинами, так и с мужчинами, необходимо мягко поддерживать процесс принятия больными своего заболевания, объясняя, что заболевание и процесс лечения не определяет их ценность как личности. Важно делать акцент на излечимости болезни и реалистичной возможности возвращения к обыденной жизни на более высоком качественном уровне.

Таблица 6. Распределение средних значений и сравнительный анализ по методике «Структура ценностных ориентаций»

Шкалы	Группа 1 (n = 70)	Группа 2 (n = 60)	U-Манна-Уитни	
	M(SD)	M(SD)	U	p
Приятное времяпровождение и отдых	4,5(1,1)	4,1(0,9)	1650,0	0,028
Высокое материальное благосостояние	5,0(0,8)	4,9(1,04)	1972,5	0,523
Поиск и наслаждение прекрасным	2,6(1,4)	3,3(1,4)	2708,5	0,004
Помощь и милосердие к другим людям	3,7(1,7)	4,6(1,3)	2738,5	0,002
Любовь	3,5(1,4)	4,1(1,5)	2604,0	0,016
Познание нового в мире, природе, человеке	2,1(1,3)	2,8(1,4)	2575,5	0,023
Высокий социальный статус	4,2(1,6)	1,6(1,22)	503,5	<0,001
Признание и уважение других людей	4,3(1,3)	3,7(1,4)	1539,0	0,007
Социальная активность для позитивного изменения общества	2,4(1,4)	2,1(1,1)	1891,5	0,314
Общение	2,6(1,3)	3,8(1,4)	3074,5	<0,001
Здоровье	2,3(1,0)	2,3(1,02)	2134,0	0,867

При анализе распределения средних значений между группами по методике «Структура ценностных ориентаций» были получены следующие результаты (см. табл. 6).

Для больных мужчин в Группе 1 наиболее характерными являлись ориентации на приятное времяпровождение и отдых, на высокое материальное благосостояние, высокий социальный статус, а также

ориентация на признание и уважение со стороны других людей. Наименее значимыми для данной группы были ориентации на познание нового, просоциальную активность и общение, а также ориентация на свое состояние здоровья.

Для больных женщин в Группе 2 наиболее характерными являлись ценностные ориентации на высокое материальное благосостояние, а также ориентации на помощь и милосердие по отношению к другим людям. Наименее значимыми для данной группы больных являлись ориентации на познание нового, высокий социальный статус, просоциальная активность, а также ориентация на состояние собственного здоровья.

При сравнительном анализе с использованием U-критерия Манна-Уитни между мужчинами и женщинами были получены следующие результаты:

Мужчины демонстрировали достоверно более высокие значения по шкалам «Высокий социальный статус» ($U = 503,5$ $p \leq 0,001$); «Признание и уважение других людей» ($U = 1539,0$ $p = 0,007$). В свою очередь, женщины демонстрировали достоверно более высокие значение по шкалам «Поиск и наслаждение прекрасным» ($U = 2708,5$ $p = 0,004$); «Помощь и милосердие к другим людям» ($U = 2738,5$ $p = 0,002$); «Общение» ($U = 3074,5$ $p \leq 0,001$); «Познание нового в мире, природе, человеке» ($U = 2604,0$ $p = 0,016$); «Любовь» ($U = 2575,5$ $p = 0,023$).

Таким образом, при равной по уровню значимости в системе ценностей ориентации на высокое материальное благосостояние, ценностная система мужчин, в сравнении с женщинами, отличается более выраженной ориентацией на значимость своего социального статуса, потребностью в уважении и признании со стороны других людей. В свою очередь, женщин отличает большая ориентация на взаимодействие, направленное на помощь окружающим, а также ориентация на поиск любви и красоты. Для обеих групп больных ценность «здоровье» располагается на последнем месте в иерархии ценностных ориентаций, что говорит о выраженном пренебрежении психологическим и соматическим компонентами здоровья.

Следует отметить, что полученные данные для больных ЛЧ-туберкулезом не соотносятся с данными выборки здоровых людей. Так, для здоровых наиболее значимыми ценностями выступают «здоровье», «любовь» и «счастливая семейная жизнь» (Исаева, 2018), из чего можно сделать вывод о том, что для больных впервые выявленным ЛЧ-туберкулезом в меньшей степени, чем для здоровых людей, характерна ориентация на ведение здорового образа жизни и забота о здоровье.

Данное наблюдение требует серьезного осмысления и подчеркивает целесообразность включения в курс лечения больных с впервые выявленным туберкулезом программы психологического сопровождения больных.

Обсуждение

Поло-ролевые особенности поведения больных туберкулезом органов дыхания практически не учитываются при составлении программ психологического сопровождения. Объективными факторами, осложняющими лечение, являются: длительность терапии, частота побочных эффектов от препаратов, а также вынужденная социальная изоляция и стигматизация. Для повышения мотивации к соблюдению врачебных рекомендаций у данного контингента больных целесообразно внедрение программ психологического сопровождения на всех этапах лечения, где были бы учтены социальные и психологические характеристики больных, отношение к здоровью с учетом гендерных различий. Кроме того, исследование показало, что при подборе индивидуализированных стратегий сопровождения необходимо учитывать систему ценностей больных, а также их представления о здоровье и характер отношения больных к себе и своему заболеванию. Проведенное исследование дает научное обоснование целесообразности полноценного включения медицинского психолога в терапевтический процесс для оказания комплексной медицинской помощи больным туберкулезом.

Ограничения/Перспективы

Полученные в ходе настоящего исследования данные могут существенно дополнить имеющиеся программы по клинико-психологическому сопровождению больных лекарственно-чувствительным туберкулезом органов дыхания с учетом поло-ролевых особенностей пациентов. Для получения более полной картины приверженности лечению среди контингентов по туберкулезу необходимы дополнительные исследования в данном направлении с более строгим контролем за эквивалентностью групп в отношении социальных характеристик и клинических форм туберкулезной инфекции. Обращает на себя внимание и неравномерность распределения больных по возрасту в группах, однако влияние неравномерности на интерпретацию полученных психологических различий между группами можно расценивать как малозначимое, так как к исследованию не предъявлялось строгих математических ожиданий.

Выводы

Таким образом, по результатам исследования можно составить обобщенные портреты групп больных в зависимости от пола с включением социально-демографических и клинико-психологических характеристик.

1. При сравнении социально-бытовых характеристик мужчины с впервые выявленным ЛЧ-туберкулезом имеют более низкую степень образования, чаще не состоят в официальном браке, имеют более низкий уровень дохода (1,81 МРОТ) и чаще, чем женщины, находились в местах лишения свободы. Для женщин с впервые выявленным ЛЧ-туберкулезом характерны более высокий уровень образования, наличие семьи и детей, а также более высокий уровень дохода (3,11 МРОТ).

2. Мужчины чаще женщин выбирают амбулаторную форму оказания медицинской помощи, в то время как женщины охотнее соглашались на лечение в круглосуточном стационаре. Также мужчины чаще являются потребителями табака и психоактивных веществ в сочетании с другими вредными привычками.

3. В обеих группах пациентов наблюдается диффузный тип отношения к болезни, при этом у мужчин наиболее выражен сенситивный и дисфорический компонент, а у женщин преобладает эргопатический и эгоцентрический. Выявленная специфика отношения к болезни и лечению не способствует устойчивой приверженности лечению в течение длительного времени.

4. При низком осознании опасности своего заболевания пациенты обеих групп в начале лечения (на старте химиотерапии) в равной степени выражают готовность к соблюдению врачебных рекомендаций, однако у мужчин приверженность лечению во многом зависит от характера межличностных отношений с лечащим врачом, а у женщин — от эмоциональной стороны лечебного процесса.

5. Для больных с впервые выявленным ЛЧ-туберкулезом, независимо от пола, характерны неудовлетворенность собой, закрытость, отрицание проблемной ситуации и сниженная критичность в сочетании с общим негативным эмоциональным отношением к себе. Женщинам присуща более ригидная Я-концепция и устойчивая самооценочность, в то время как у мужчин преобладает выраженная неудовлетворенность собой с потребностью во внутренних изменениях.

6. Для мужчин и женщин, больных туберкулезом, в системе ценностных ориентаций ценность здоровья имеет наименьшую выраженность, преобладает ориентация на материальное благосостояние.

Мужчины более ориентированы на гедонистические ценности, а также на значимость своего социального влияния, для женщин ведущими ценностями выступают просоциальная активность в форме общения и коммуникации, а также поиск любви.

Литература

- Баранова, Г.В., Золотова, Н.В., Столбун, Ю.В. Структура личностных черт у больных туберкулезом легких // Медицинская психология в России. 2012. №3. С.14. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 20.12.2024).
- Белостоцкий, А.В., Касаева, Т.Ч., Кузьмина, Н.В., Нелидова, Н.В. Проблема приверженности больных туберкулезом к лечению // Туберкулез и болезни легких. 2015. №4. С.4–9.
- Бубнова, С.С., Методика диагностики индивидуальной структуры ценностных ориентаций личности // Методы психологической диагностики. М.: ИП РАН, 1994. С. 144–175.
- Вассерман, А.И., Щелкова, О.Ю. Психологическая диагностика расстройств эмоциональной сферы и личности: коллективная монография. СПб.: СПбГУ, 2014.
- Волчегорский, И.А., Новоселов, П.И., Астахова, Т.В. Нарушения эмоциональной сферы у больных инфильтративным туберкулезом легких // Проблемы туберкулеза и болезней легких. 2007. № 11. С. 3–6.
- Грошев, И.В., Давыдова, Ю.А., Загузова, Т.А. Половые различия темпераментальных свойств личности // Социально-экономические явления и процессы. 2007. № 4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/polovye-razlichiya-temperamentalnyh-svoystv-lichnosti> (дата обращения: 27.09.2024).
- Золотова, Н.В., Стрельцов, В.В. Психологическая реабилитация больных туберкулезом легких в фазе интенсивного лечения // Консультативная психология и психотерапия. 2013. Т. 21. № 1. С. 10–19.
- Золотова, Н.В., Стрельцов, В.В., Баранова, Г.В., Харитонов, Н.Ю., Багдасарян, Т.Р. Психологические факторы формирования терапевтического сотрудничества больных туберкулезом легких в условиях стационарного лечения // Туберкулез и болезни легких. 2020. Т. 98. № 12. С. 34–40. <https://doi.org/10.21292/2075-1230-2020-98-12-34-40>
- Исаева, О.В. Ценностные ориентации современных мужчин и женщин // Актуальные проблемы психологического знания. 2018. № 1(46). С. 13–28.
- Кадыров, Р.В., Асриян, О.Б., Ковальчук, С.А. Опросник «Уровень комплаентности». Владивосток: Мор. гос. ун-т, 2014.
- Кузнецова, Н.В. Динамика отношения к болезни у пациентов с хроническими заболеваниями // Психология и психотерапия. 2018. Т. 26. № 3. С. 45–56. DOI: 10.26794/2587-5671-2020-24-3-81-91.

- Лапшина, И.С. Эпидемиология туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, в субъектах Российской Федерации с низким уровнем распространенности туберкулеза // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2022. Т. 14. № 2. С. 55–61. <https://doi.org/10.22328/2077-9828-2022-14-2-55-61>.
- Матюшенко, Е.Т. Изучение стрессоустойчивости и степени эмоциональной реактивности у мужчин и женщин // Концепт. 2016. Т. 11. С. 801–805.
- Маясова, Т.В., Лекомцева, А.А., Юсифов, К.Д. Гендерные особенности отношения к здоровью лиц зрелого возраста // Вестник Минского университета. 2016. №1–1. С. 13. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/gendernye-osobennosti-otnosheniya-k-zdorovyu-lits-zrelogo-vozrasta> (дата обращения 31.12.2024)
- Мордык, А.В., Удалова, Т.Ю., Пузырева, Л.В., Леденева, Т.Н., Ситникова, С.В. Сравнение личностных особенностей больных с впервые выявленным инфильтративным туберкулезом легких и с сочетанной инфекцией ВИЧ/туберкулез // Бюллетень сибирской медицины. 2015. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sravnenie-lichnostnyh-osobennostey-bolnyh-s-vpervye-vyyavlennym-infiltrativnym-tuberkulezom-legkih-i-s-sochetannoy-infektsiey-vich> (дата обращения 03.11.2024)
- Пантилеев, С.Р. Самоотношение как эмоционально-оценочная система: Спецкурс. М.: Изд-во МГУ. 1991.
- Постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 26.11.2019 N 50 «О некоторых вопросах, возникающих в связи с рассмотрением судами административных дел о госпитализации гражданина в медицинскую противотуберкулезную организацию в недобровольном порядке». Москва, 2019. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_338710/ (дата обращения 01.01.2025).
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.03.2019 N 127н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за больными туберкулезом, лицами, находящимися или находившимися в контакте с источником туберкулеза, а также лицами с подозрением на туберкулез и излеченными от туберкулеза и признании утратившими силу пунктов 16–17 Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. N 932н». Зарегистрировано в Минюсте России 19.06.2019 N 54975. Москва, 2019. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_327333/ (дата обращения 01.01.2025).
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 N 932н (ред. от 19.05.2023) «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом». Зарегистрировано в Минюсте России 07.03.2013 N 27557. Москва, 2023. URL: <https://minzdrav.gov.ru/special/documents/9119-prikaz-ministerstva-zdravooxraneniya-rossiyskoy-federatsii-ot-15-noyabrya-2012-g-932n-ob-utverzhdenii-poryadka-okazaniya-meditsinskoy-pomoschi-bolnym-tuberkulezom> (дата обращения 01.01.2025).

Сиресина, Н.Н. Комплексный подход к изучению психологии личности и высших психических функций у больных туберкулезом легких (диагностика. систематика. реабилитация). Автореф. дис... докт. псих. наук. Тверь, 2011.

Фетискин, Н.П., Козлов, В.В., Мануйлов, Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп: учебное пособие. М.: Издательство Института Психотерапии, 2002.

Информация об авторах

Павел А. Майер, медицинский психолог, СПб ГБУЗ «Противотуберкулезный диспансер № 14», Санкт-Петербург, Россия; 192012, Россия, Санкт-Петербург, пр-т Обуховской обороны, д. 231; аспирант, кафедра общей и клинической психологии, ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия; 197022, Россия, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8; SPIN: 1785-1765; ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-7064-0488>; whitefield@inbox.ru

Елена Р. Исаева, доктор психологических наук, профессор, заведующий кафедрой общей и клинической психологии, ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия; 197022, Россия, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8; SPIN: 3322-6935; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7731-7693>; isajeva@yandex.ru

Ольга Н. Браженко, доктор медицинских наук, профессор, кафедра социально-значимых инфекций и фтизиопульмонологии, ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия; 197022, Россия, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8; SPIN: 7830-0697; ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-9564-4833>; spbmbrazhenko@mail.ru

Maier P.A., Isaeva E.R., Brazhenko O.N.

Gender-role Characteristics of Attitudes Toward Illness and Health in Patients with Drug-Sensitive Pulmonary Tuberculosis at the Start of Chemotherapy

*St. Petersburg State Budgetary Healthcare Institution "Tuberculosis Dispensary No. 14",
St. Petersburg, Russia*

I. P. Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, St. Petersburg, Russia

Background. Currently, there is insufficient data on the clinical and psychological characteristics of patients with newly diagnosed drug-sensitive respiratory tuberculosis in the context of gender-role behavior to develop comprehensive medical and psychological support.

The aim of this study is to examine the clinical and psychological aspects of attitudes toward illness and health among men and women with newly diagnosed drug-sensitive respiratory tuberculosis at the start of chemotherapy. The study provides a scientific basis for developing a psychological support program and may later be considered when supplementing clinical guidelines for tuberculosis treatment with a section dedicated to psychological assistance.

Materials and Methods. Analysis of medical records and anamnesis data, psychodiagnostic methods: “Type of Attitude to Illness (TOBOL)”;; “Level of Compliance”;; “Methodology for Studying Self-Attitude (MIS)”;; “Diagnosis of the Real Structure of Value Orientations of Personality”;; statistical methods – frequency and comparative analyses.

The study involved 130 patients aged 26 to 67 years: 70 men (mean age = 43.03; SD = 8.62) – Group 1; 60 women (mean age = 42.75; SD = 10.75) – Group 2, who gave voluntary informed consent to participate in the psychological study. All patients had a verified diagnosis of drug-sensitive (DS) respiratory tuberculosis (ICD-10: A15–A16).

The study included 130 patients aged 26 to 67 years, of whom 70 men (Mage = 43.03; SD = 8.62) comprised Group 1, and 60 women (Mage = 42.75; SD = 10.75) comprised Group 2. All participants gave voluntary informed consent to participate in the psychological study, which was approved by the Ethics Committee of I. P. Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation, protocol No. 7 dated October 23, 2023. All patients had a verified diagnosis of drug-sensitive (DS) pulmonary tuberculosis (ICD-10: A15–A16). The study was conducted at the beginning of the intensive phase of treatment – at the start of chemotherapy. Patients with pronounced cognitive impairments were excluded; cognitive status was assessed using the Montreal Cognitive Assessment (MoCA), including only patients with scores > 26.

Results. The data indicate gender differences in attitudes toward the disease, with a predominance of the sensitive component in men and the ergopathic component in women. Value orientations also differ: men prioritize values related to pleasure, while women’s values are defined by prosocial activity. Additionally, health is not a dominant value in either group.

Conclusions. When forming an individualized psychological support program for patients with drug-sensitive respiratory tuberculosis at the start of chemotherapy, it is necessary to consider patients’ gender-role characteristics. To improve treatment adherence in male patients, phthisiatricians and medical psychologists should consolidate efforts to reduce stigma. For female patients, it is more appropriate to focus on emotional comfort during the treatment process. Regardless of gender, psychological training aimed at fostering the value of health and a healthy lifestyle should be included in the support program.

Key words: gender-role characteristics, attitude toward illness, drug-sensitive tuberculosis, start of chemotherapy

For citation: Maier, P.A., Isaeva, E.R., Brazhenko, O.N. (2025). Gender-role Characteristics of Attitudes Toward Illness and Health in Patients with Drug-Sensitive

Pulmonary Tuberculosis at the Start of Chemotherapy. New Psychological Research, No. 2, 236–260. DOI: 10.51217/npsyresearch_2025_05_02_11

References

- Baranova, G.V., Zolotova, N.V., Stolbun, Y.V. (2012). The structure of personality traits in patients with pulmonary tuberculosis. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii: elektronnyy nauchnyy zhurnal*, (3), Article 14. Retrieved from <http://medpsy.ru>
- Belostotskii, A.V., Kasaeva, T.Ch., Kuz'mina, N.V., Nelidova, N.V. (2015). The problem of tuberculosis patients' adherence to treatment. *Tuberkulez i bolezni legkikh*, (4), 4–9.
- Bubnova, S.S. (1994). Methodology for diagnosing the individual structure of value orientations of personality. In *Methods of psychological diagnostics* (pp. 144–175). Moscow: IP RAN.
- Fetiskin, N.P., Kozlov, V.V., Manuilov, G.M. (2002). *Social-psychological diagnosis of personality development and small groups: Textbook*. Moscow: Izdatel'stvo Instituta Psikhoterapii.
- Groshev, I.V., Davydova, Yu.A., Zaguzova, T.A. (2007). Gender differences in temperament traits of personality. *Sotsial'no-ekonomicheskie yavleniya i protsessy*, (4). Retrieved from <https://cyberleninka.ru/article/n/polovye-razlichiya-temperamentalnyh-svoystv-lichnosti>
- Isaeva, O.V. (2018). Value orientations of modern men and women. *Aktual'nye problemy psikhologicheskogo znaniya*, (1), 13–28.
- Kadyrov, R.V., Asriyan, O.B., Kovalchuk, S.A. (2014). *Questionnaire "Level of Compliance"*. Vladivostok: Mor. gos. un-t.
- Kuznetsova, N.V. (2018). Dynamics of attitudes towards illness in patients with chronic diseases. *Psikhologiya i psikhoterapiya*, 26(3), 45–56. <https://doi.org/10.26794/2587-5671-2020-24-3-81-91>
- Lapshina, I.S. (2022). Epidemiology of tuberculosis combined with HIV infection in regions of the Russian Federation with low incidence of tuberculosis. *VICH-infektsiya i immunosupressii*, 14(2), 55–61. <https://doi.org/10.22328/2077-9828-2022-14-2-55-61>
- Matyushenko, E.T. (2016). Study of stress resistance and emotional reactivity in men and women. *Kontsept*, 11, 801–805.
- Mayasova, T.V., Lekomtseva, A.A., Yusifov, K.D. (2016). Gender characteristics of attitudes towards health in mature individuals. *Vestnik Minskogo universiteta*, (1–1)(13). Retrieved from <https://cyberleninka.ru/article/n/gendernye-osobennosti-otnosheniya-k-zdorovyu-lits-zrelogo-vozrasta>
- Mordyk, A.V., Udalova, T.Yu., Puzyreva, L.V., Ledeneva, T.N., Sitnikova, S.V. (2015). Comparison of personality traits in patients with newly diagnosed infiltrative pulmonary tuberculosis and those with co-infection HIV/tuberculosis. *Bulleten' sibirskoy meditsiny*, (1).

- Order of the Ministry of Health of the Russian Federation No. 127n dated March 13, 2019. (2019). *On approval of the procedure for dispensary observation for patients with tuberculosis*. Registered with the Ministry of Justice of Russia on June 19, 2019 No. 54975.
- Order of the Ministry of Health of the Russian Federation No. 932n dated November 15, 2012 (as amended on May 19, 2023). (2013). *On approval of the procedure for providing medical care to patients with tuberculosis*. Registered with the Ministry of Justice of Russia on March 7, 2013 No. 27557.
- Pantileev, S.R. (1991). *Self-attitude as an emotional-evaluative system: Special course*. Moscow: Izd-vo MGU.
- Resolution of the Plenary Session of the Supreme Court of the Russian Federation No. 50 dated November 26, 2019. (2019). *On certain issues arising in connection with the consideration by courts of administrative cases on the hospitalization of a citizen in a medical anti-tuberculosis organization involuntarily*. Moscow.
- Siresina, N.N. (2011). *Comprehensive approach to studying personality psychology and higher mental functions in patients with pulmonary tuberculosis (diagnostics, systematics, rehabilitation)* (Doctoral dissertation). Tver.
- Vasserman, L.I., Shchelkova, O.Yu. (Eds.). (2014). *Psychological diagnosis of emotional sphere and personality disorders: Collective monograph*. St. Petersburg: SPbGU.
- Volchegorskii, I.A., Novoselov, P.I., Astakhova, T.V. (2007). Emotional sphere disorders in patients with infiltrative pulmonary tuberculosis. *Problemy tuberkuleza i bolezni legkikh*, (11), 3–6.
- Zolotova, N.V., Streltsov, V.V. (2013). Psychological rehabilitation of patients with pulmonary tuberculosis during the intensive treatment phase. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya*, 21(1), 10–19.
- Zolotova, N.V., Streltsov, V.V., Baranova, G.V., Kharitonova, N.Yu., Bagdasaryan, T.R. (2020). Psychological factors in the formation of therapeutic cooperation among patients with pulmonary tuberculosis during inpatient treatment. *Tuberkulez i bolezni legkikh*, 98(12), 34–40. <https://doi.org/10.21292/2075-1230-2020-98-12-34-40>

Information about the authors

Pavel A. Maier, medical psychologist, St. Petersburg State Healthcare Institution “Tuberculosis Dispensary No. 14”, St. Petersburg, Russia; bld. 231, Obukhovskoy Oborony Av., St. Petersburg, Russia, 192012; Postgraduate student, Department of General and Clinical Psychology, I.P. Pavlov First Saint Petersburg State Medical University of the Ministry of Health of Russia, St. Petersburg, Russia; bld. 6–8, Lva Tolstogo Str., St. Petersburg, Russia, 197022; SPIN: 1785-1765; ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-7064-0488>; whitefield@inbox.ru

Elena R. Isaeva, Dr. Sci. (Psychology), Professor, Head of the Department of General and Clinical Psychology, I.P. Pavlov First Saint Petersburg State Medical

University of the Ministry of Health of Russia, St. Petersburg, Russia; bld. 6–8, Lva Tolstogo Str., St. Petersburg, Russia, 197022; SPIN: 3322-6935; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7731-7693>; *isajeva@yandex.ru*

Olga N. Brazhenko, Dr. Sci. (Medicine), Professor, Department of Socially Significant Infections and Phthisiopulmonology, I.P. Pavlov First Saint Petersburg State Medical University of the Ministry of Health of Russia, St. Petersburg, Russia; bld. 6–8, Lva Tolstogo Str., St. Petersburg, Russia, 197022; SPIN: 7830-0697; ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-9564-4833>; *spbmunbrazhenko@mail.ru*