

## РЕГИОНАЛЬНЫЕ И ЭТНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ В КАБАРДИНО-БАЛКАРСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Карданова Л.Д.<sup>1</sup>, Тхабисимова И.К.<sup>1</sup>, Кимова Л.Ф.<sup>1</sup>, Дакиева Л.М.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Кабардино-Балкарский государственный университет им. Бербекова Х.М., г. Нальчик, e-mail: Leilakardanova@yandex.ru;

<sup>2</sup>ГБОУ Ингушский государственный университет, г. Назрань, Россия, e-mail: limara.07@mail.ru

Проведено исследование качества жизни больных туберкулезом легких в КБР в зависимости от региональных и этнических особенностей при помощи опросника КЖ-100. Качество жизни – интегральный показатель состояния больного, это способность его жить такой же полноценной жизнью, как его здоровые сверстники, находящиеся в аналогичных климатических и экологических условиях. В результате выявлено: больные туберкулезом из числа основных национальностей, проживающих на территории республики, имеют более высокое качество жизни. Это может быть объяснено как различиями в общем восприятии действительности, так и различиями в образе жизни, семейном укладе, наличии горизонтальных общественных связей. Больные туберкулезом из числа оседлых имели достоверно более высокое общее качество жизни. КЖ больного зависит от наличия и выраженности вертикальных и горизонтальных связей, складывающихся в течение жизни человека и зависящих от культурных традиций и дружественно-семейных взаимоотношений.

Ключевые слова: туберкулез легких, качество жизни, региональные и этнические особенности.

## REGIONAL AND ETHNIC PECULIARITIES OF THE QUALITY OF LIFE OF SICK (PATIENTS) PULMONARY TUBERCULOSIS IN KABARDINO-BALKARIAN REPUBLIC

Kardanova L. D.<sup>1</sup>, Tkhabisimova I. K.<sup>1</sup>, Kimova L. F.<sup>1</sup>, Dakieva L.M.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kabardino-Balkarian State University of Berbekov H. M., Nalchik, e-mail: leilakardanova@yandex.ru

<sup>2</sup>Ingush State University, Nazran, Russia, e-mail: limara.07@mail.ru

There was an investigation of the quality of life of sick pulmonary tuberculosis in KBR depending on regional and ethnic peculiarities with the help of inquirer (questioning) QL-100. The quality of life is an integral indicator state of patient it is the ability of sick to live so full bodied life as his healthy age, who is in the same analogous (similar climatic and ecological conditions. As a result it was revealed sick tuberculosis among the major nationalities, living on the territory of republic have higher quality of life. It can be explained by the differences of common perception of reality, and also with the differences in way of life, family structure, the existence of horizontal society connections. Tuberculosis patients are one of settled have reliably higher general quality of life. The quality of life depends on availability and denotes of vertical and horizontal connections developing during the life of man and depending on cultural traditions and friendly-family relations.

Keywords: pulmonary tuberculosis, the quality of life, regional and ethnic peculiarities.

Качество жизни – интегральный показатель состояния больного, это способность его жить такой же полноценной жизнью, как его здоровые сверстники, находящиеся в аналогичных климатических и экологических условиях. В это понятие входит физическая, эмоциональная, социальная, творческая, сексуальная активность больных. Именно показатели качества жизни позволяют медицинским работникам оценивать эффективность и прогноз лечения [2, 3, 4, 8].

Различия в менталитете и определенных традициях, характерных для каждой национальности, в значительной мере определяет оценку индивидуумом качества жизни. Менталитет – это совокупность коллективных представлений, общих для членов некоторой

социальной группы, передающихся из поколения в поколение и проявляющихся у индивидов в ответ на внешнее воздействие. Различия в качестве жизни могут быть обусловлены проекцией общественного менталитета на индивидуальное сознание [1,5, 6, 7, 9].

**Цель исследования:** оценить состояние качества жизни у больных туберкулезом легких в зависимости от региональных и этнических особенностей.

**Материалы и методы:** в исследовании приняли участие 632 человека. Объектом изучения служили 512 больных туберкулезом легких и 120 лиц, не страдающих этим заболеванием, подобранных с учетом возраста, пола, национальности, образования, социального и семейного положения и составивших группу контроля. Среди исследуемых групп имелось одинаковое число больных с острым течением заболевания и хроническими формами туберкулеза. Одним из этапов исследования являлось анкетирование респондентов, согласно опроснику ВОЗ «КЖ-100».

**Результаты исследования.** Национальность пациента и связанный с ней образ жизни накладывают серьезный отпечаток на качество его жизни, в связи с чем мы разделили наших больных по национальности на 2 наиболее представительные группы из числа национальностей, проживающих в республике: кабардинцы + балкарцы и русские. По данным переписи населения 2010 г. в КБР кабардинцев – 55,3 %; балкарцев – 21,4 %; русских – 11,6 %.

Национальный состав больных туберкулезом легких, принявших участие в данном исследовании, был следующим: кабардинцев –  $59,1 \pm 2,2$  %, балкарцев –  $13,6 \pm 1,5$  %, русских –  $20,1 \pm 1,8$  %, представителей прочих национальностей –  $7,2 \pm 1,1$  %.

Больные туберкулезом легких кабардинской и балкарской национальности исповедовали ислам, строго придерживались мусульманских обычаев и традиций, что включало в себя соблюдение религиозных постов, ритуальных церемоний и т.д. Из них  $84,0 \pm 1,9$  % проживали в семьях с патриархальным укладом, определенной иерархией отношений со старшими, разграничением ролевых функций мужчины и женщины.

Респонденты русской национальности, по их словам, исповедовали христианство, но отличались менее строгой приверженностью религиозным традициям и обычаям. Среди них  $92,0 \pm 2,7$  % имели нуклеарные семьи с меньшей фиксированностью социальных ролей.

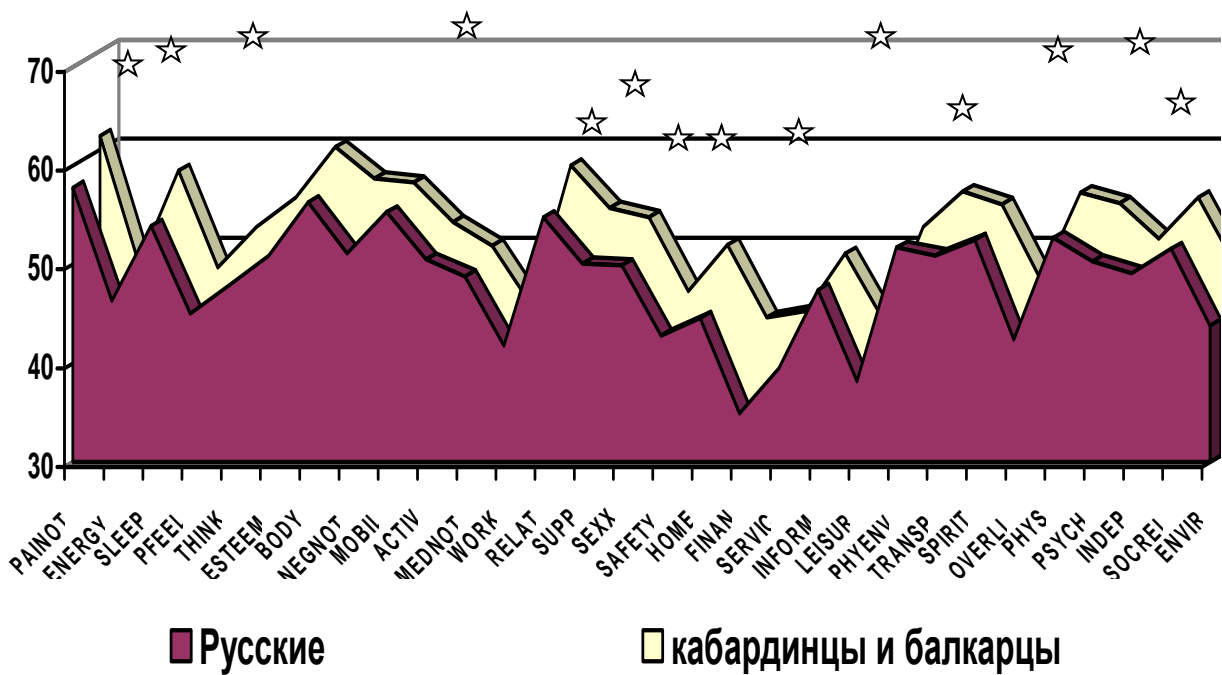


Рис. 1. Профили качества жизни больных туберкулезом с учетом их национальности

Как видно из рисунка 1, качество жизни больных туберкулезом кабардинцев и балкарцев оказалось выше, чем у больных русской национальности, со статистической достоверностью разницы показателей по шкалам психологического здоровья ( $54,6 \pm 0,8$  и  $50,3 \pm 1,2$ ,  $p < 0,003$ ) и общественной жизни ( $55,2 \pm 0,8$  и  $51,6 \pm 1,5$  при  $p < 0,05$ ).

Все диаграммы, демонстрирующие качество жизни больных внутри отдельных шкал, оказались параллельны, и только в рамках одной шкалы – отношения больных к окружающей среде эта параллельность была нарушена (рис. 2).

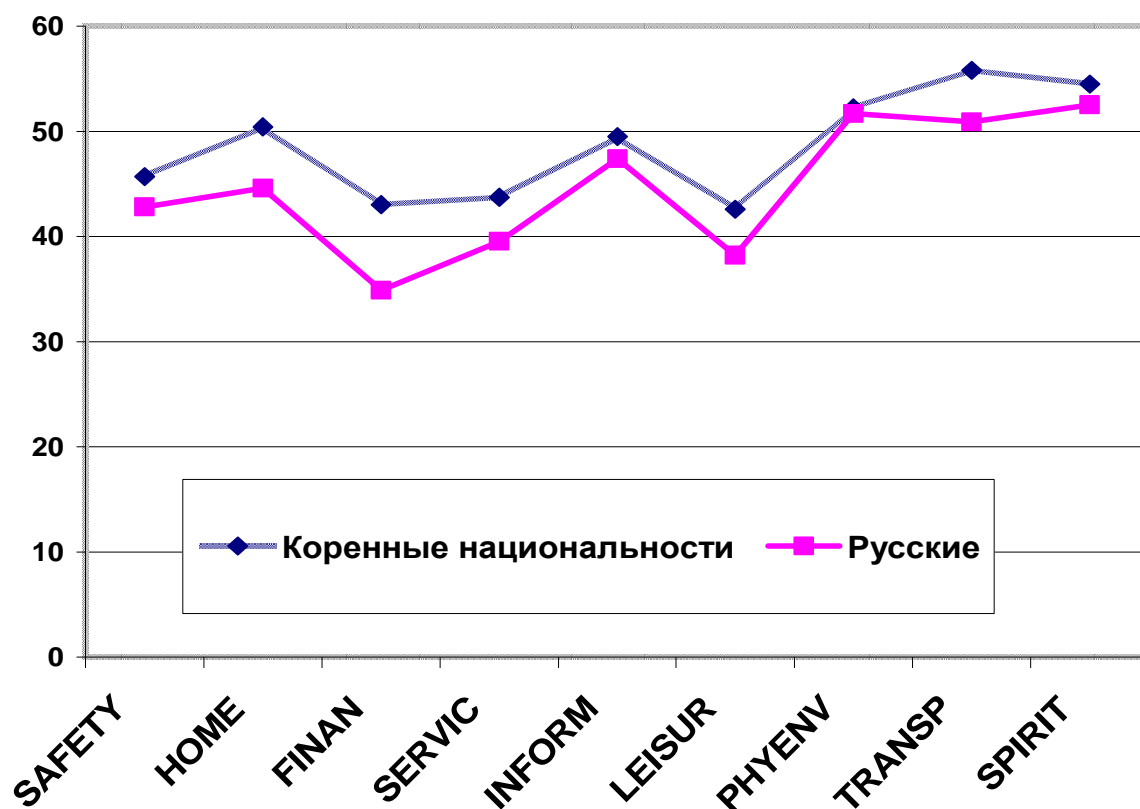


Рис. 2. Профили качества жизни больных туберкулезом по шкале «окружающая среда» с учетом национальности

Особенно это имело место по показателям, которые практически одинаково оценивают больные всех национальностей: безопасность, доступность новой информации, окружающая среда (климатические особенности местности, погодные условия, обстановка, обусловленная соблюдением общественного порядка) и духовность (рис. 2). Несмотря на различия в культуре, религиозные предпочтения, больные туберкулезом различных национальностей видят и имеют одинаковую поддержку в своих убеждениях и верованиях. В рамках рассмотренных шкал достоверные различия между группами имеются по восприятию своих финансовых возможностей ( $42,6 \pm 1,2$  и  $34,9 \pm 1,8$ ,  $p < 0,003$ ), что можно объяснить тем, что большинство кабардинцев и балкарцев имеют большую помощь со стороны родственников ( $68,7 \pm 2,4$  %); социальной защите ( $44,3 \pm 0,8$  и  $39,5 \pm 1,5$ ,  $p < 0,01$ ) и доступности транспорта ( $50,9 \pm 1,9$  и  $55,8 \pm 1,1$ ,  $p < 0,05$ ).

Таким образом, можно сделать вывод о том, что больные туберкулезом из числа основных национальностей, проживающих на территории республики, имеют более высокое качество жизни, чем русские. Это может быть объяснено как различиями в общем восприятии действительности, так и различиями в образе жизни, семейном укладе, наличии горизонтальных общественных связей.

В зависимости от длительности проживания на территории республики, мы разделили обследованных больных туберкулезом на 2 группы: оседлых и неоседлых. В первую группу (оседлые) вошли лица, чьи предки проживали на данной территории не менее чем в 2-х поколениях; во вторую (неоседлые) – приехавшие в КБР и не имеющие здесь родственников.

**Таблица 1**

Качество жизни больных туберкулезом легких в зависимости от длительности их проживания в КБР

Фасеты	Оседлые (n=340)	Не оседлые (n=102)	t	p
Боль	61,9±0,9	57,8±1,7	1,9	<0,05
Энергия	49,2±1,0	46,3±1,6	1,4	>0,05
Сон	58,7±1,1	53,9±1,9	2,1	<0,03
Положительные эмоции	49,2±0,9	45,0±1,7	2,1	<0,03
Возможности обучения	52,6±0,9	47,9±1,4	2,6	<0,05
Чувство собств. достоинства	55,9±0,9	50,9±1,6	2,6	<0,01
Внешность	61,1±1,1	56,3±1,8	2,2	<0,03
Отрицательные эмоции	57,8±0,9	51,1±1,7	3,5	<0,001
Подвижность	57,1±0,9	55,3±1,9	0,9	>0,05
Активность	53,9±1,0	50,5±1,7	1,7	>0,05
Зависимость от лечения	50,7±1,2	48,8±2,4	0,7	>0,05
Работоспособность	44,6±1,3	41,8±2,2	1,0	>0,05
Личные взаимоотношения	59,4±0,9	54,8±1,7	2,3	<0,02
Социальная поддержка	54,2±1,0	50,1±2,1	1,8	<0,05
Секс	53,3±0,9	49,8±1,7	1,7	>0,05
Защищенность	46,5±0,7	42,8±1,2	2,4	<0,01
Дом	50,2±1,0	44,6±1,9	2,7	<0,01
Финансовая независимость	43,5±1,2	34,9±1,8	3,6	<0,001
Социальная защищенность	44,9±0,8	39,5±1,5	3,1	<0,001
Информационность	50,6±0,9	47,4±1,8	1,6	>0,05
Отдых	43,3±0,9	38,2±2,1	2,3	<0,01
Окружающая среда	52,3±0,7	51,7±1,4	0,4	>0,05
Транспорт	56,3±1,1	50,9±1,9	2,4	<0,01
Духовность	54,4±1,2	52,5±2,0	0,8	>0,05
Общее качество жизни	47,8±0,9	42,4±1,4	2,9	<0,003
Физическое здоровье	56,5±0,9	52,7±1,4	2,2	<0,02

Психическое здоровье	55,3±0,8	50,3±1,2	3,3	<0,001
Независимость	51,6±0,9	49,1±1,7	1,3	>0,05
Общественная жизнь	55,6±0,8	51,6±1,5	2,4	<0,01
Окружающая среда	48,4±0,7	43,8±1,2	3,3	<0,05

Такое деление было обусловлено тем, что первые имели развитую сеть родственных контактов, которые, в первую очередь, строятся на характерном для данной местности принципе поддержки родственных отношений, и многодетных семьях. У вторых – отсутствовали родственные контакты и не было многочисленных друзей. Таким образом, мы изучали влияние внутрисемейной (в широком понятии этого слова) и дружественной поддержки на КЖ больных туберкулезом.

Как видно из данных, представленных в таблице 1, больные туберкулезом из числа оседлых имели достоверно более высокое общее качество жизни, а также по основным 4 шкалам опросника (физическому, психическому здоровью, общественной жизни и отношению к окружающей среде) и 14 фасетам. Только на показатели, характеризующие независимость больного (подвижность, повседневная активность, работоспособность, зависимость от медицинских вмешательств) и его духовность, длительность проживания больного в республике достоверно не влияла.

**Вывод:** таким образом, нами наглядно показано, что КЖ больного зависит от наличия и выраженности вертикальных и горизонтальных связей, складывающихся в течение жизни человека и зависящих от культурных традиций и дружественно-семейных взаимоотношений.

### Список литературы

1. Гурылева М.Э. Сравнительное исследование качества жизни больных саркоидозом с использованием опросника ВОЗ «КЖ-100» и Интернет-технологий // Казанский медицинский журнал. – 2009. – № 1. – С.11-19.
2. Карданова Л.Д. Медико-социальные аспекты качества жизни больных туберкулезом легких: дис. ... канд. мед. наук. – М., 2006.
3. Хоменко А.Г. Стратегия DOTS и ее распространение в России // Пробл. туб. – 1999. – № 1. – С.4-5.
4. Шмелев Е.И., Куклина Г.М. Изучение качества жизни у больных туберкулезом легких // Пробл. туб. – 2001. – № 8. – С.34-37.
5. Шомахов А.О. Эпидемиологическое изучение туберкулеза и вопросы его профилактики в Кабардино-Балкарской АССР: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Нальчик, 1970. – 27 с.
6. Marquis P. Strategies for Interpreting Quality of Life Questionnaires // News Letter QoL. –

2010. – № 22. – P.3.

7. Maslow A.H. *Motivation and Personality* //New York, Harper & Brothers, 1954. – P.241-246.

8. The WHOQOL Croup. *Field Trial WHOQOL-100: Facet Definitions And questions* – Geneva; WHO (MNH/PSF/95.1.B).

9. The WHOQOL Croup. *The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization* // Soc. Sci. Med. – 1995. – Vol.41. – P.1403-1409.

**Рецензенты:**

Уметов М.А., д.м.н., профессор, зав. кафедрой факультетской терапии ФГБОУ Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова, г. Нальчик;

Камбачокова З.А., д.м.н., профессор кафедры факультетской терапии Кабардино-Балкарского государственного университета им. Х.М. Бербекова, г. Нальчик.