

Отношение к болезни и копинг-стратегии у больных туберкулезом легких



Кафедра
фтизиопульмонологии
доцент Л.В. Лебедь
Заведующая кафедрой
д.м.н. Л.В.Поддубная

**ФГБОУ ВПО «Новосибирский государственный
медицинский университет»**

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра фтизиопульмонологии:

д.м.н. Л.В.Поддубная, к.м.н. Л.В.Лебедь, к.м.н. Т.В.Зырянова,
О.В.Иголина, Е.П.Шилова

Кафедра психологии и педагогики:

к.м.н. Т.А. Шпикс, М.Г. Какаджанова

**Конфликт интересов в данном выступлении
отсутствует**

Термин «копинг» (англ. coping)

впервые использовал в психологической литературе в 1962 г. Л. Мэрфи при изучении преодоления детьми кризисов развития. Р.Лазарус в книге «Психологический стресс и процесс совладания с ним» описал копинг как стратегию совладания с тревогой и стрессом: «непрерывно меняющиеся попытки в когнитивной и поведенческой областях справиться со специфическими внешними или внутренними требованиями, которые оцениваются как чрезмерные или превышающие ресурсы

человека». Lazarus R.S. Psychological stress in the workplace // J. of Social Behavior and Personality. 1991. Vol. 6. N 7. P. 1—13.

В настоящее время под копинг-стратегиями понимаются осознанно используемые человеком приемы совладания с трудными ситуациями, состояниями, стрессами. Копинг следует рассматривать как процесс, предполагающий динамику или постоянные изменения приемов совладания, поскольку личность и среда образуют неразрывную динамическую взаимосвязь и оказывают друг на друга взаимное влияние. Копинговые стратегии — это все то, что помогает человеку преодолеть стрессовое напряжение. Методика копинг-стратегии зависит от конкретной проблемы, самочувствия человека. В настоящее время методики копинга очень разнообразны и объединяют в себе несколько видов.

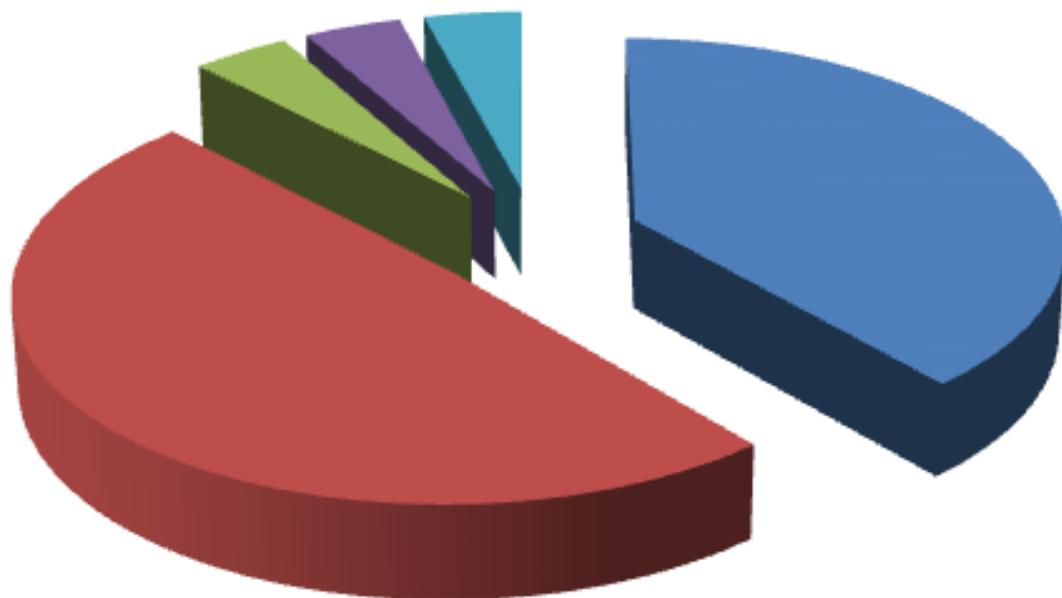
Опрошены 49 больных туберкулезом: 25 мужчин (24-62 лет) и 24 женщины (26 – 54 лет)

По клиническим формам: диссеминированный – 19 (плеврит – 2, Спондиллит - 1), очаговый – 2, инфильтративный – 24, казеозная пневмония – 2 фиброзно-кавернозный – 2 пациента.

Деструкция – 29, МБТ+ – 33, МЛУ – 19.

Сопутствующие заболевания: ХВГС - 18, ХВГВ – 1, ВИЧ – 28, алкогольная зависимость – 11 (2 - наркотическая), наркотическая зависимость – 3.

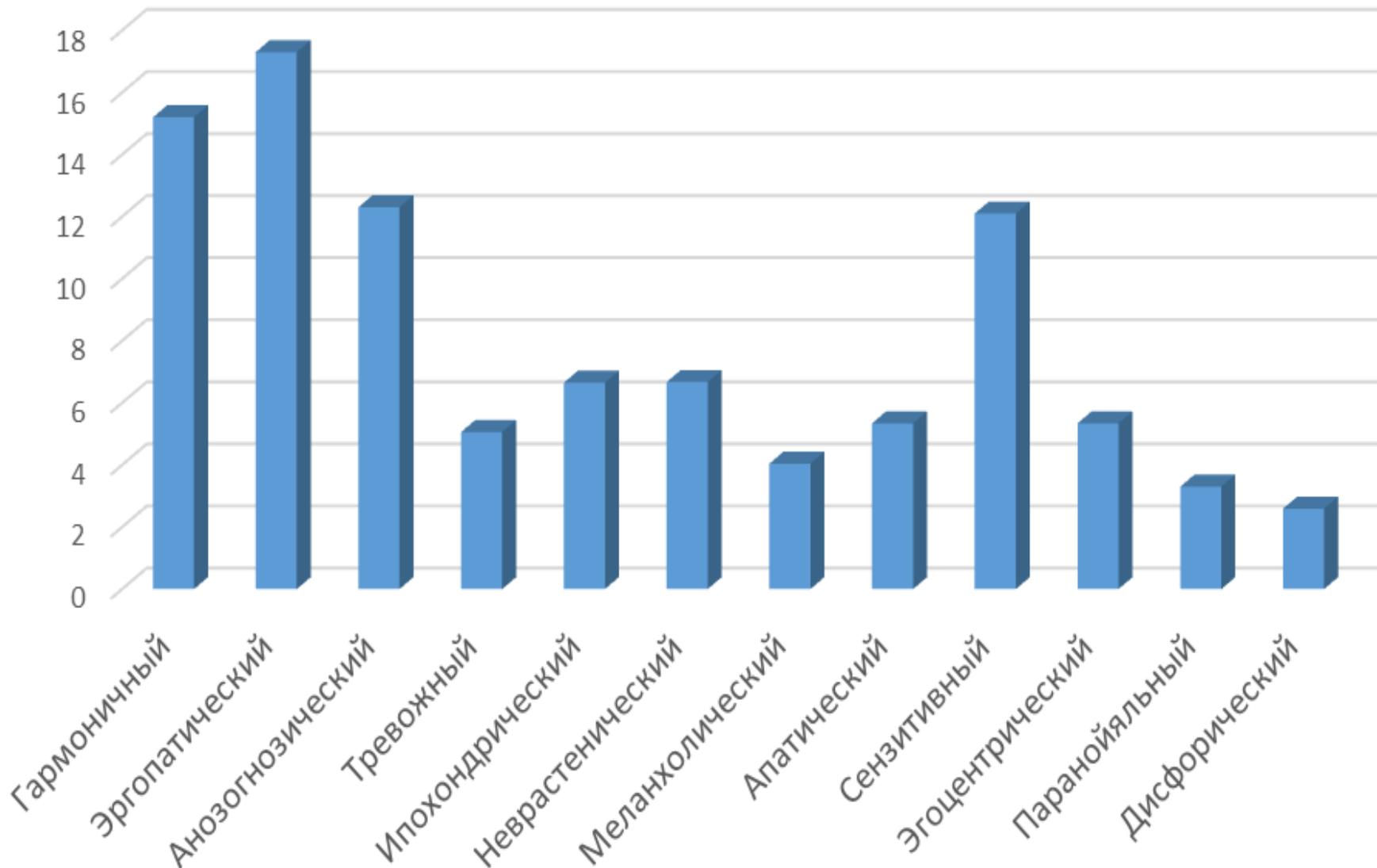
По клиническим формам туберкулеза



- диссеминированный
- инфильтративный
- очаговый
- казеозная пневмония
- фиброзно-кавернозный

Методы исследования:

1. Экспериментально-психологический метод был представлен набором методик:
 - авторская анкета;
 - анкета Л.И.Вассермана «Психологическая диагностика отношения к болезни» («ТОБОЛ»);
 - опросник Р. Лазаруса «Способы совладающего поведения»;
 - четырехмерный опросник для оценки дистресса, депрессии, тревоги и соматизации (4ДДТС).
2. Математико-статистический метод включал непараметрический критерий Спирмена, коэффициент Манна-Уитни.



Профиль типов отношения к болезни

Описание типов отношения к болезни

Эргопатический - стенический. «Уход от болезни в работу». Характерно сверхответственное, подчас одержимое, стеническое отношение к работе, которое в ряде случаев выражено еще в большей степени, чем до болезни. Избирательное отношение к обследованию и лечению, обусловленное, прежде всего стремлением, несмотря на тяжесть заболевания, продолжать работу. У наших больных - зачастую стремление во что бы то ни стало сохранить прежний стиль жизни.

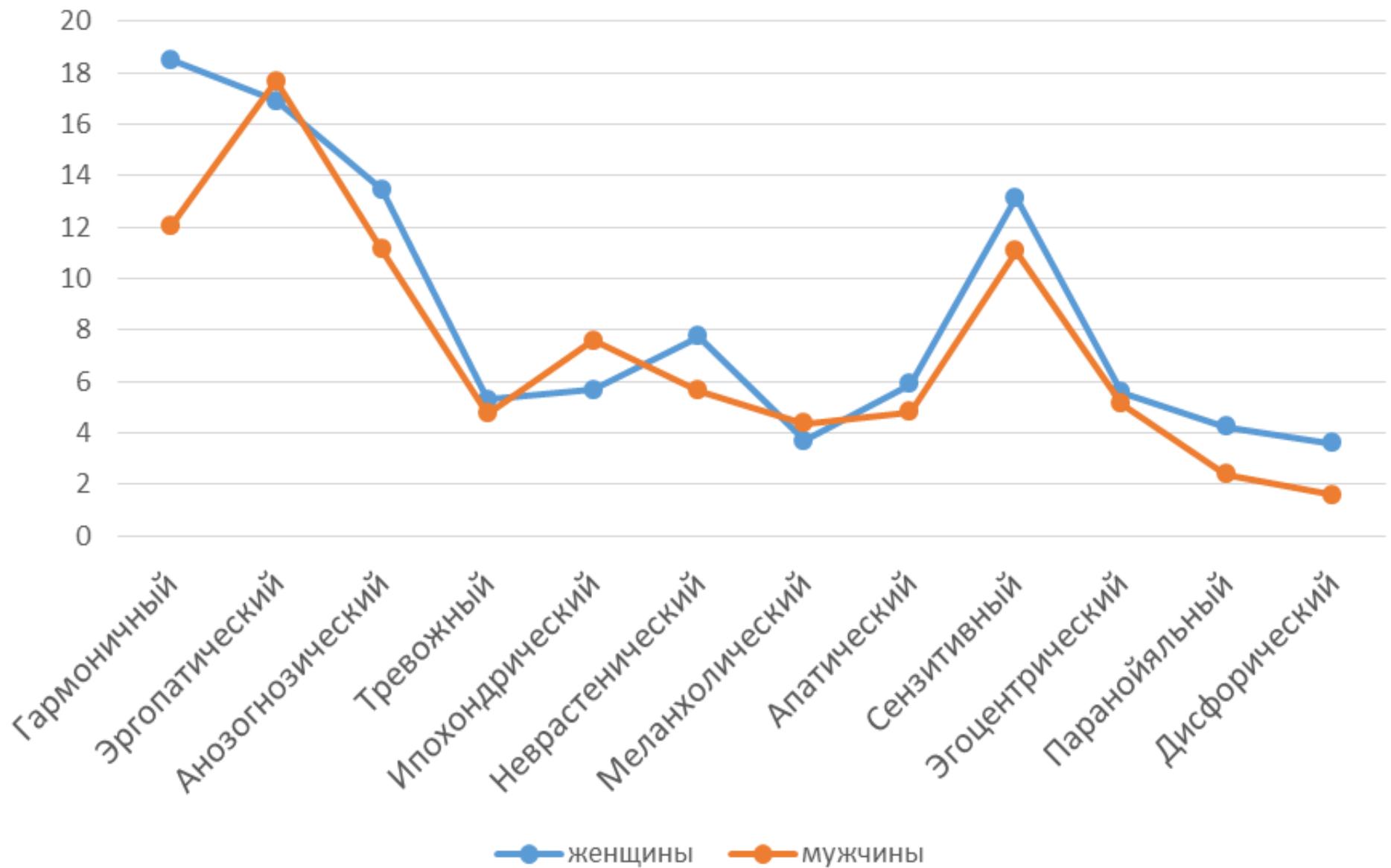
Гармоничный - реалистичный, взвешенный.

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

Анозогнозический - эйфорический.

Активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях, вплоть до отрицания очевидного. При признании болезни – отбрасывание мыслей о возможных ее последствиях, отказ от врачебного обследования и лечения. При эйфорическом варианте этого типа – необоснованно повышенное настроение, пренебрежительное, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Желание продолжать получать от жизни все, что и ранее, несмотря на болезнь.

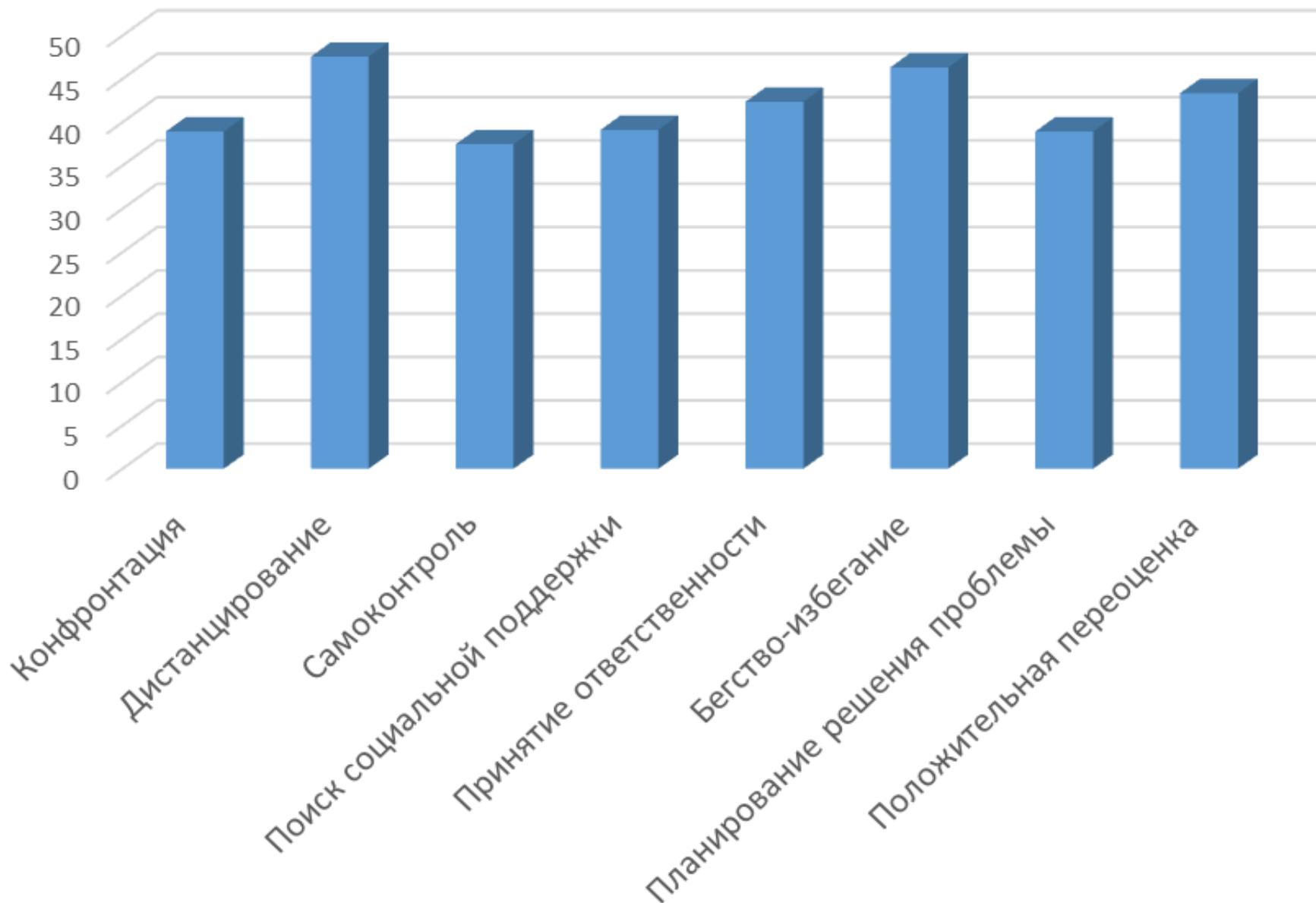
Сенситивный - чрезмерная ранимость, уязвимость, озабоченность возможными неблагоприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения о болезни. Опасения, что окружающие станут жалеть, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться, распускать сплетни и неблагоприятные слухи о причине и природе болезни и даже избегать общения с больным. Боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагоприятного отношения с их стороны в связи с этим.



Профили типов отношения к болезни для мужчин и женщин

Таким образом, у женщин были выражены гармонический и сенситивный типы отношения к болезни, а у мужчин - эргопатический и сенситивный типы отношения к болезни.

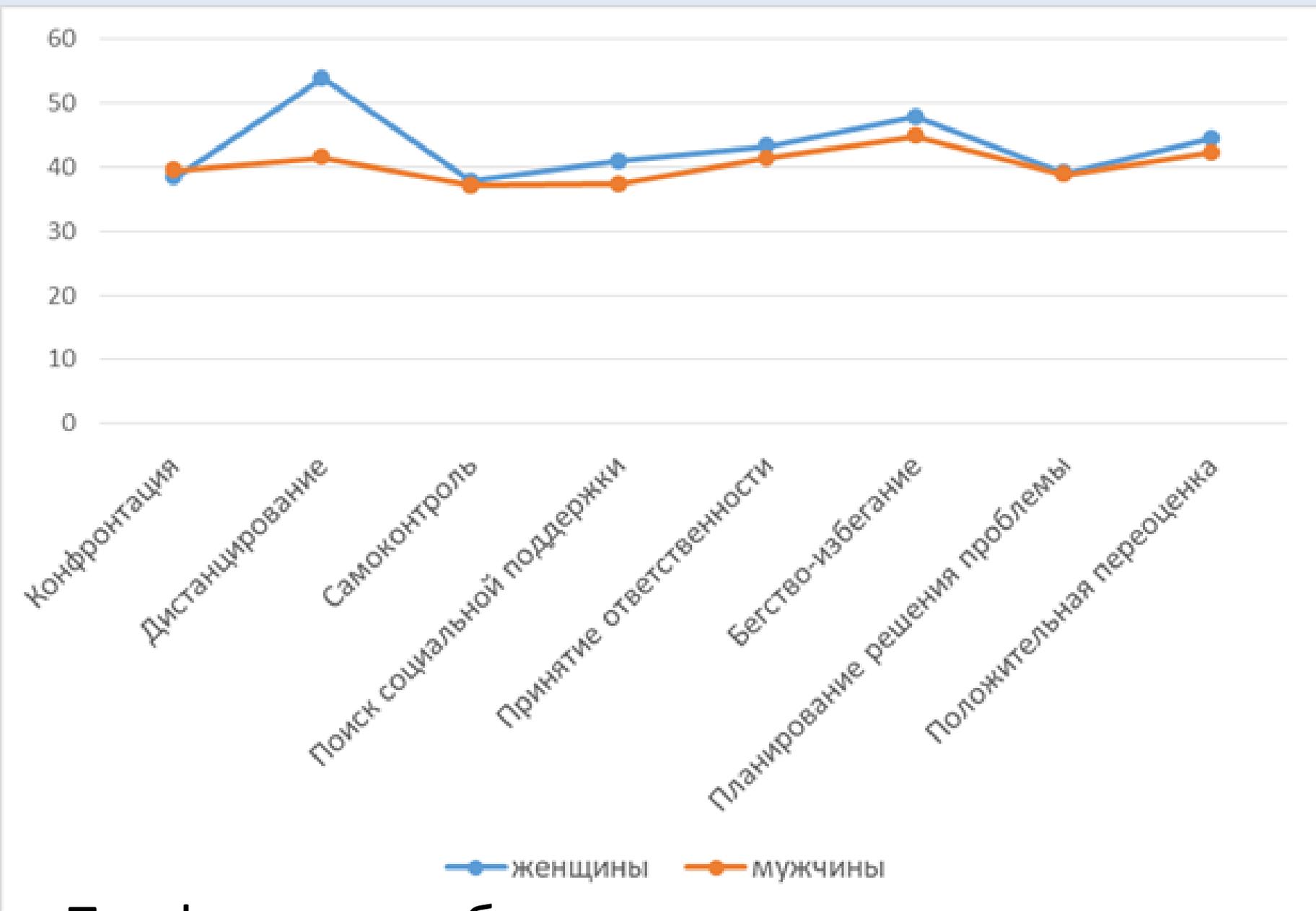
Статистически значимое различие по ипохондрическому типу отношения к болезни указывает на то, что мужчины в большей степени, чем женщины сосредоточены на субъективных болезненных ощущениях, преувеличении страданий.



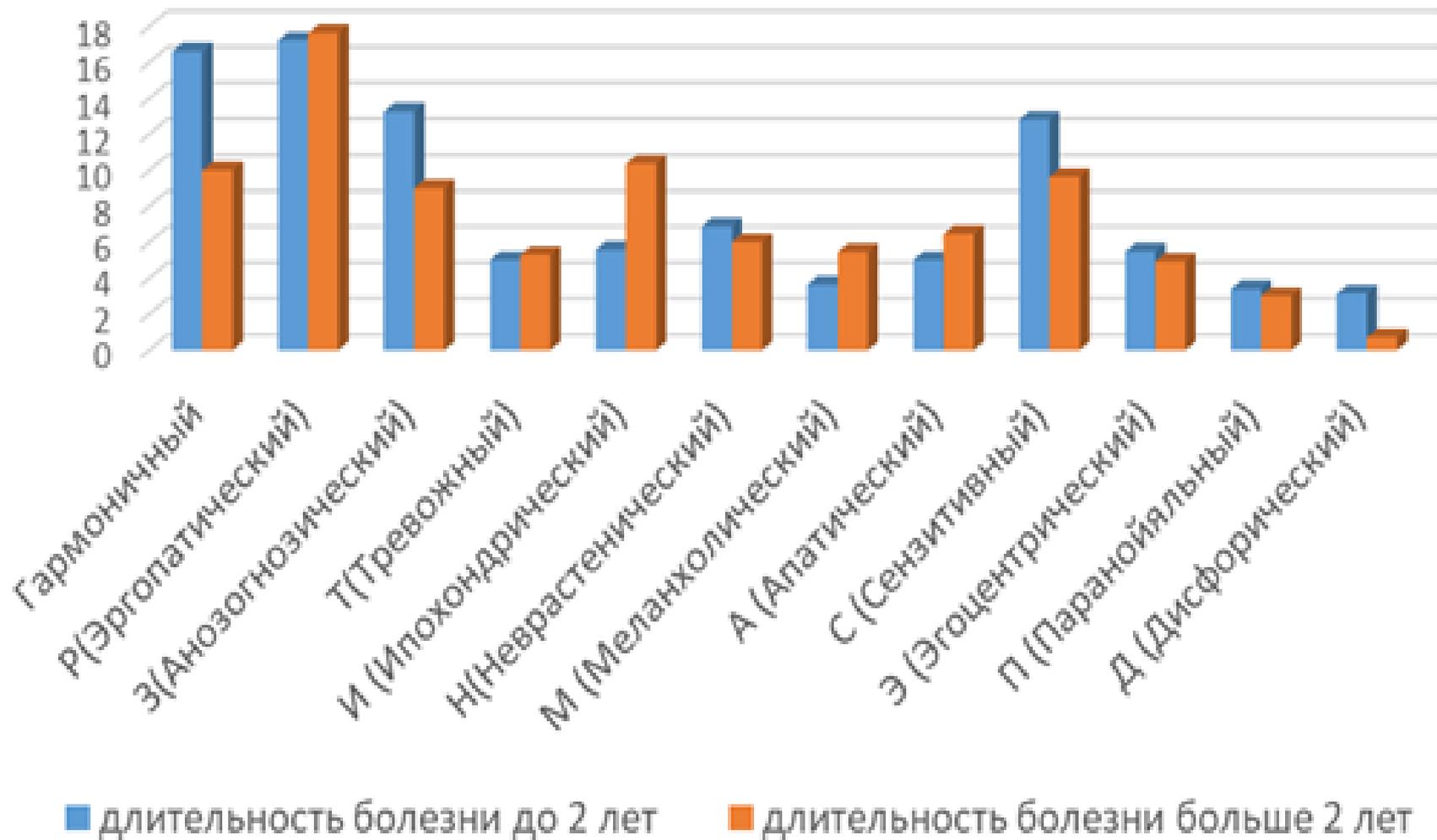
Профиль способов совладающего поведения

Преобладание у больных туберкулезом легких дезадаптивных способов совладающего поведения приводит не к разрешению проблем, а к накоплению и постепенной хронизации внутреннего напряжения, что способствует общему снижению толерантности к стрессу.

При этом у женщин больше выражено «дистанцирование» и «бегство-избегание», и в меньшей степени представлен «самоконтроль».

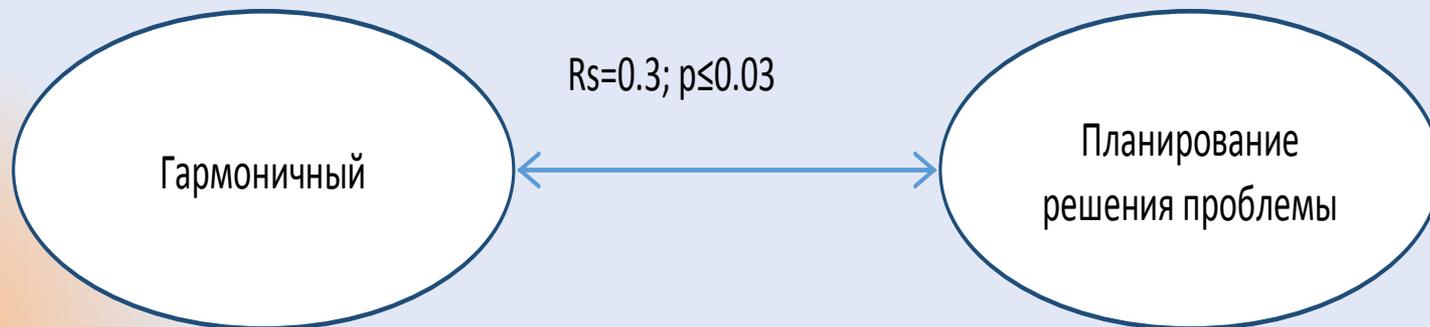


Профиль способов совладающего поведения
для мужчин и женщин

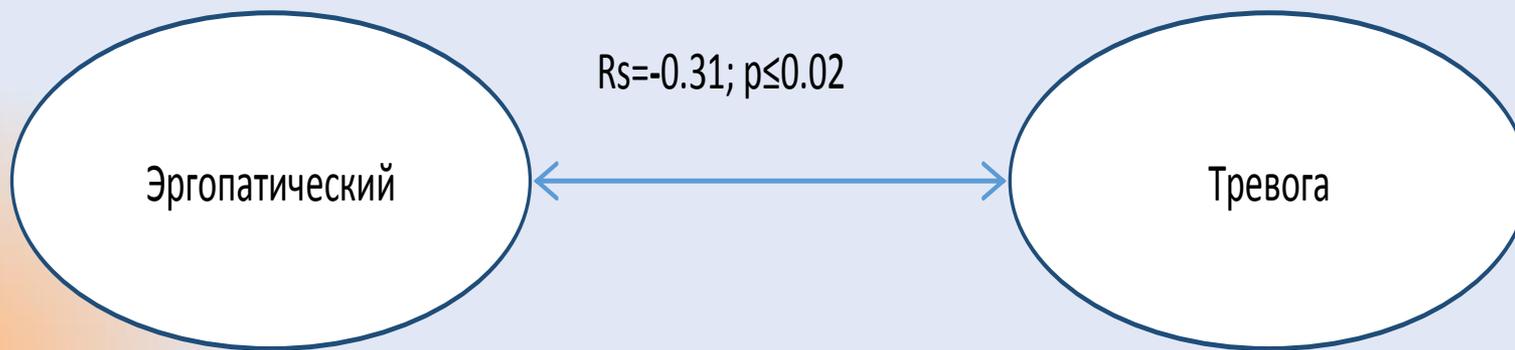


Профиль типов отношения к болезни в группах с разной длительностью заболевания

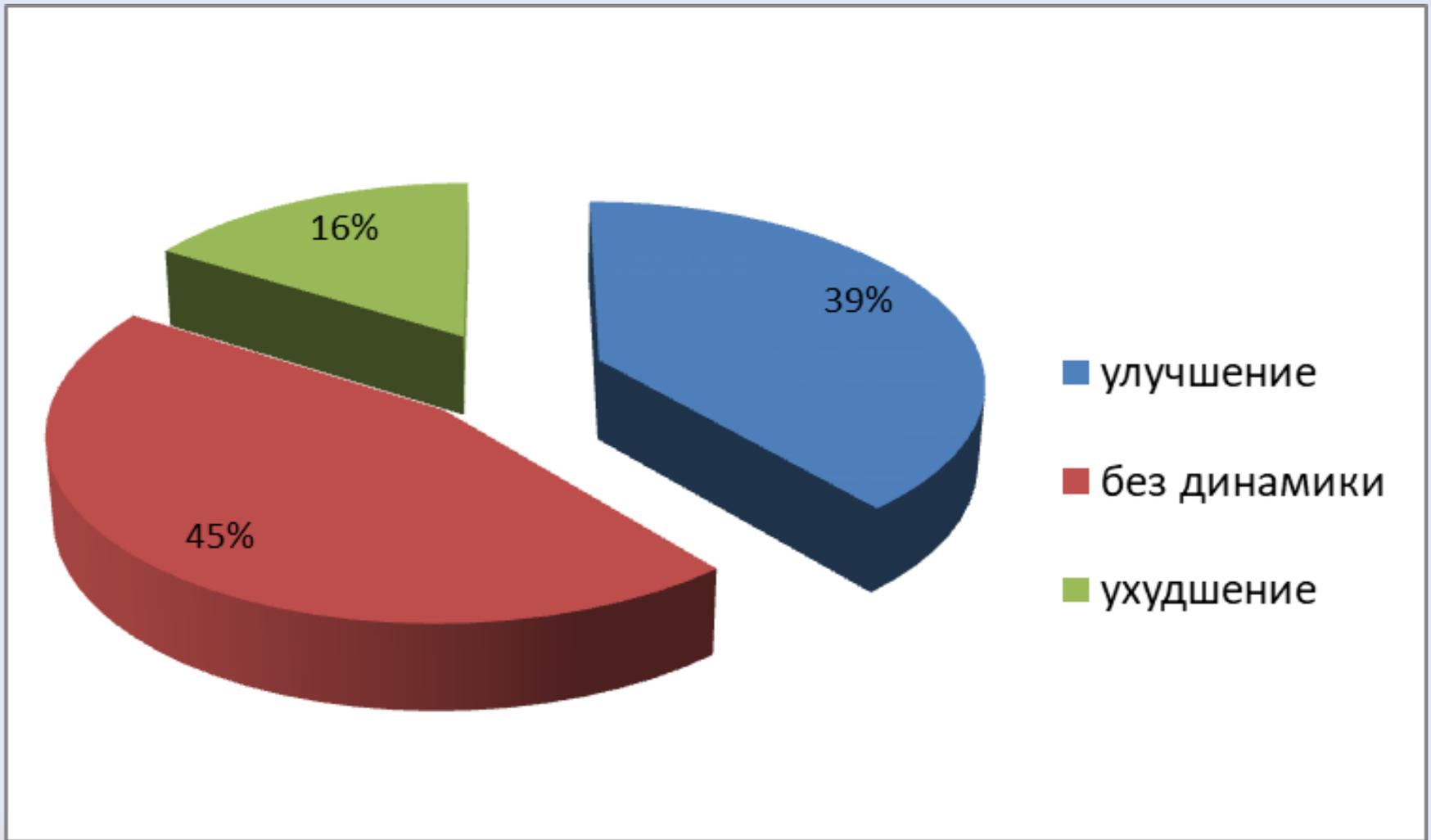
При длительности заболевания менее двух лет у больных преобладал гармоничный тип отношения к болезни, который характеризуется тем, что больной не склонен преувеличивать тяжесть своей болезни, стремится активно принимать участие в лечении. Поэтому положительная взаимосвязь со стратегией «планирование решения проблемы» указывает на то, что больной стремится к конструктивному решению проблем со здоровьем.



При длительности заболевания более двух лет у больных преобладал эргопатический тип отношения к болезни – не конструктивный тип со стремлением забыть о болезни посредством «ухода в работу» или стремлением во что бы то ни стало сохранить прежний стиль жизни, когда пациенты сосредоточены на субъективных болезненных ощущениях и преувеличении своих страданий.

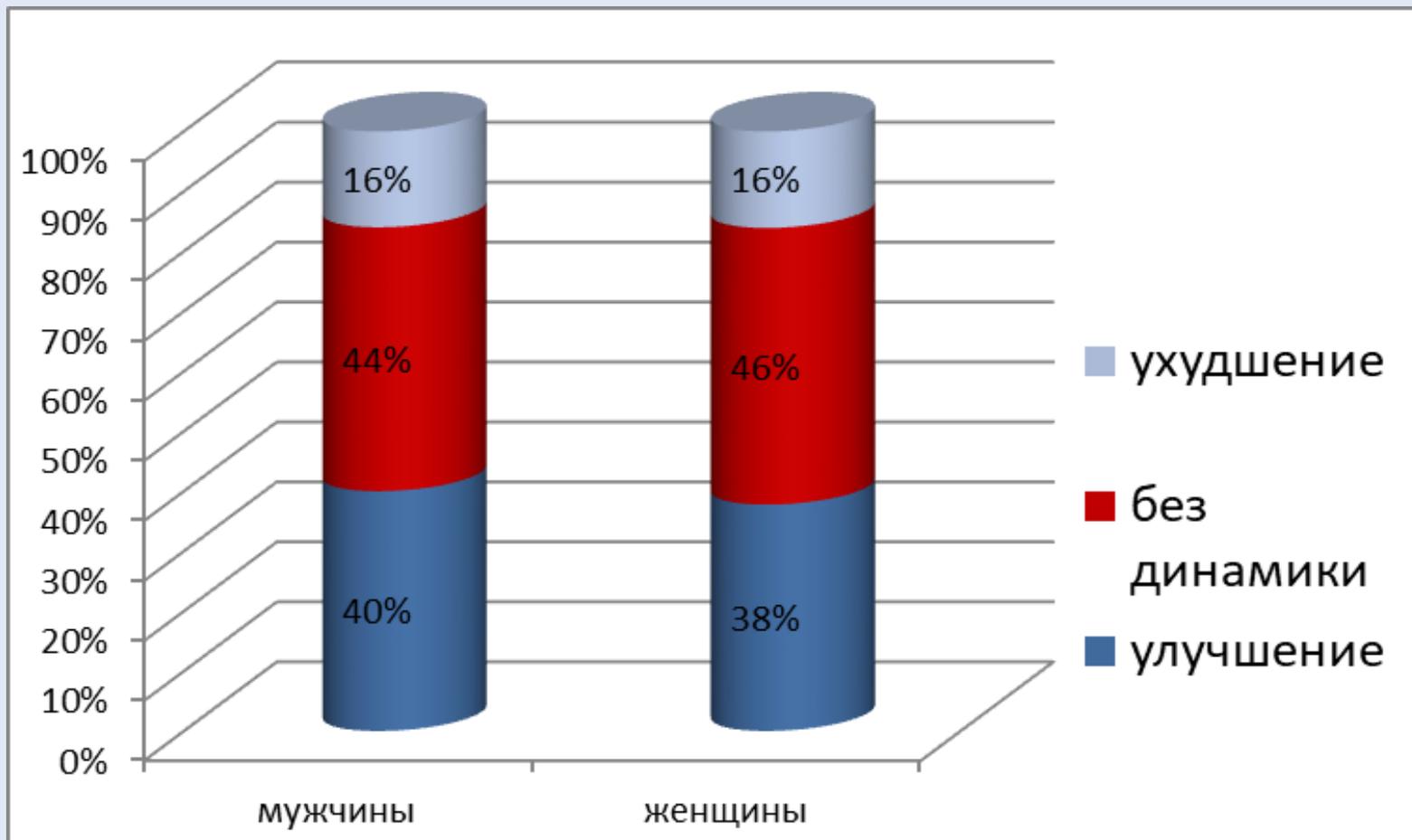


Эффективность лечения (в стационаре)



Абацелирование – 15

Заккрытие деструкции - 5



Различий в эффективности лечения в зависимости от пола не установлено, однако, только у всех женщин с положительной динамикой отмечен гармоничный тип отношения к болезни

Заключение

Больным туберкулезом легких приходится сталкиваться с социально-психологическими проблемами, связанными с тяжестью и длительностью заболевания туберкулезом, сопутствующими заболеваниями, которые связаны с нарушениями в работе иммунной системы, психологическим статусом больного, копинг-стратегиями и отношением их к заболеванию. Принять диагноз туберкулеза - сложная задача (для 61% это было стрессом), она требует немало сил и помощи со стороны близких и специалистов.

Больные люди используют несколько другие копинг-стратегии для совладания с ситуацией, представляющей опасность, чем здоровые люди.

Каждый больной человек одновременно прибегает к нескольким копинг-стратегиям.

Мужчины и женщины прибегают к различным копинг-стратегиям.

Из выявленных копинг-стратегий больных туберкулезом легких только одна являлась продуктивной.

Предположение о том, что у больных туберкулезом выражены тревожный, меланхолический и сенситивный тип отношения к болезни не всегда подтверждается.

Длительность заболевания влияет на отношение к болезни, а, именно, чем дольше человек находится в болезни, тем больше он отрицает болезнь.

Туберкулез длительное заболевание, в котором могут быть разные периоды отношения к болезни от конфронтации до принятия болезни, что необходимо учитывать при лечении больных туберкулезом.

Список литературы

1. Александрова, Е.В., Капустина, Т.В., Кадыров, Р.В., Люкшина, Д.С. Психологические характеристики переживания отчуждения у детей, больных туберкулезом // Экология человека. – 2017. - №11. – С. 47 – 50.
2. Алиева, М.А. Динамика копинг-стратегий у детей школьного возраста // Туберкулез и болезни легких. – 2018. – Т.96 - №1. С.- 41 – 46.
3. Бастрыкина, О.В., Фоменко, Л.А. О психологических типах отношения к болезни у больных туберкулезом // Большой Целевой Журнал о туберкулезе. – 2000 [Электронный ресурс]. URL: <http://www.medafarm.ru/doctor/ftiziopulmo/001.shtml> (дата обращения: 20.01.2019)
4. Баранова, Г.В., Золотова, Н.В., Столбун, Ю.В. Структура личностных черт у больных туберкулезом легких [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012. N 3 (14). URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения:

3.02.2019).

5. Баранова, Г.В., Золотова, Н.В., Овсянкина, Е.С., Сиресина, Н.Н., Столбун, Ю.В., Стрельцов, В.В. Психологические особенности детей и подростков, больных туберкулезом органов дыхания // Туберкулез и болезни легких. - 2010. - № 1. - С. 50–53.
6. Влияние социальных факторов на заболеваемость туберкулезом / Б.А. Березовский [и др.] // Проблемы туберкулеза. - 1995. - № 3. - С. 7 – 9.
7. Горбунова, Н. В. Социально-психологические особенности пациентов, больных туберкулезом // Молодой ученый. — 2012. — №11. — С. 350-353.
8. Исаева, Е.Р. Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни. – СПб.: Изд. СПбГМУ, 2009. – 136 с.
9. Сухова, Е.В. Копинг-стратегии больных фиброзно-каверзным туберкулезом легких и направления психосоциальной коррекции //Туберкулез и болезни легких. – 2014. - № 2. С. 28-33.



***С п а с и б о з а
В Н И М а н и е!***