

ДИНАМИКА ОТНОШЕНИЯ ПАЦИЕНТА С КАРДИОЛОГИЧЕСКИМИ ПРОБЛЕМАМИ К БОЛЕЗНИ И ОКРУЖАЮЩИМ

Д.В. Гартфельдер, канд. мед. наук

Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова, Чебоксары

E-mail: hdv@gmx.ru

Приведены результаты изучения динамики отношения 127 пациентов с кардиологическими проблемами к болезни и своему окружению. Установлено, что прохождение повторных курсов лечения в кардиологическом стационаре сопровождается у больных дифференцировкой социальных взаимодействий на субъективно значимые (ход лечения, взаимодействие с врачом и близкими людьми) и малозначимые (собственный социальный статус).

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, личность больного, психология больного, отношение к болезни, межличностные отношения.

Повышенный уровень настороженности медицинского персонала в отношении больных сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) связан не столько с высокой распространенностью кардиологической патологии и трудностями ее лечения, сколько с высоким риском осложнений, сопровождающихся необходимостью оказания интенсивной медицинской помощи в условиях сосудистых центров [4]. В такой ситуации большое значение приобретают вопросы эффективной ранней профилактики, которая невозможна без учета личностных особенностей пациента [2].

Личность больного характеризуется определенной совокупностью изменений, отражающих ее доболезненные индивидуально-психологические свойства [6], результаты негативного воздействия психосоциальных факторов риска [8], специфические формы адаптации больного к своему заболеванию [5], что справедливо и в отношении больных ССЗ [7].

Правильные представления об отношении больного ССЗ к своему заболеванию и окружающим имеют большое значение для более глубокого осмысления клинко-психологических механизмов развития кардиальной патологии [3], понимания особенностей компенсаторно-приспособительного поведения пациента на разных этапах заболевания [1], а также для организации эффективной системы лечения и реабилитации [9, 10].

Взаимодействие больного с врачом и медицинским персоналом в ходе обследования и лечения регулируется коммуникационными процессами. При

грамотном построении коммуникации в ходе стационарного лечения пациента можно значительно снизить интенсивность и негативную окраску его эмоциональных переживаний, что в целом, позитивно влияет на качество медицинской помощи.

Нами изучена специфика изменения отношения к своему заболеванию и ближайшему социальному окружению у больных ССЗ в ходе развития заболевания и его лечения.

В исследование были включены 127 больных кардиологического стационара (52 мужчины и 75 женщин), страдающих ССЗ: ишемической болезнью сердца, гипертонической болезнью, врожденными и приобретенными пороками сердца, кардиомиопатией, атеросклеротическим поражением аорты и периферических сосудов. Возраст больных составил от 17 до 87 лет (в среднем – 48,4±13,9 года).

На основании характера течения заболевания исходная выборка была разделена на 2 подгруппы: впервые обратившиеся – ВО (55 человек: 23 мужчины и 32 женщины, средний возраст – 48,3±15,5 года) и повторно обратившиеся (ПО) с хроническим течением заболевания (72 человека: 29 мужчин и 43 женщины, средний возраст 48,5±12,7 года). Использовалась анкета, содержащая вопросы о поле, возрасте, семейном статусе и характере течения заболевания. Для изучения индивидуально-психологических особенностей личности и специфики межличностных взаимоотношений применялись Цветовой тест отношений – ЦТО (Бажин Е.Ф., Эткинд А.М., 1980) и Личностный опросник Бехтеревского института (Тип отношения к болезни – ТОБ); Вассерман Л.И. и соавт., 2005.

Статистический анализ результатов проводился при помощи Microsoft Excel 2010 с вычислением значений первичных описательных статистик, двухвыборочного t-критерия Стьюдента, углового преобразования Фишера φ.

Анализ ответов на вопросы анкеты выявил однородность по большинству показателей как выборки в целом, так и выделенных групп.

С помощью ЦТО определяли характер отношения больных к значимым для них понятиям. С учетом особенностей заболевания был составлен перечень понятий, охватывающих наиболее актуальные сферы существования больных и относящихся к заболе-

ванию и пребыванию в лечебном учреждении (самочувствие, здоровье, болезнь, лечение, лечащий врач); к повседневной жизни (работа, семья, жизнь, физическая активность); к жизненному опыту (прошлое, настоящее, будущее); к эмоциям (счастье, горе, радость, печаль). Результаты интерпретировали по соотношению доли основных и дополнительных цветов, а также по оценке цветового содержания каждого значимого понятия.

Из данного перечня статистически значимые различия между группами выявлены по понятиям «моя жизнь» (42,6 % основных цветов в группе ВО, 60,0 % – в группе ПО; $\varphi=3,09$, $p=0,00$), «мое будущее» (соответственно 63,5 и 75,0%; $\varphi=2,21$, $p=0,03$) и «горе» (соответственно 11,1 и 5,7 %; $\varphi=1,74$, $p=0,04$). Что касается понятий, относящихся к заболеванию и пребыванию в лечебном учреждении, то статистически значимых различий между группами не выявлено, однако различия в долях основных и дополнительных цветов имеются. Различия отмечены по понятиям «мое лечение» (57,4 % основных цветов в группе ВО, 64,8% – в группе ПО), «мое самочувствие» (соответственно 48,1 и 52,1 %), «моя болезнь» (соответственно 37,0 и 40,8 %) и «мой лечащий врач» (соответственно 67,9 и 63,4 %). На наш взгляд, это связано с динамикой восприятия больными результата лечения в отдаленной перспективе. Переход острой формы заболевания в хроническую приводит к формированию более четкого и объективного представления о болезни и ее последствиях (в том числе – в сфере социального взаимодействия), что сопровождается постепенным отходом пациента от патерналистской модели взаимоотношений с врачом и медицинским персоналом к партнерской.

В целом анализ результатов ЦТО показал, что различия между больными во многом обусловлены наличием у них предшествующего опыта стационарного лечения. Больные группы ВО характеризуются высокоинтенсивными переживаниями и хаотичной активностью, неадекватно негативной оценкой сложившейся ситуации; их отличает обеспокоенность в связи с изменением социального статуса и навязчивое стремление восстановить доболезненное состояние. Больные группы ПО относятся к заболеванию и обусловленным им изменениям более спокойно, социальная значимость заболевания для них уже не играет столь важной роли, они пытаются ретроспективно выявлять негативные факторы, устранение которых позволит улучшить качество их жизни.

Согласно данным опросника ТОВ, наибольшие различия между группами были по показателю сенситивного отношения к болезни (16% в группе ВО, 20% в группе ПО). Можно предположить, что большая выраженность сенситивности выразилась в усилении социальной активности для снижения интен-

сивности переживаний, связанных с заболеванием. Различия по шкалам опросника выражены мало, что свидетельствует о единообразии отношений и реакций больных выделенных групп на свое заболевание. Тем не менее у отдельных больных группы ВО выявлен дисфорический тип отношения к болезни, отсутствующий в группе ПО, а апатический и эгоцентрический типы характерны для группы ПО.

Сравнительный анализ ответов на индивидуальные пункты опросника показал, что больные группы ВО (чаще больных группы ПО) отвечают утвердительно на следующие вопросы:

1. Считаю, что заболел из-за того, что работа (учеба) причинила вред моему здоровью (раздел «Отношение к работе (учебе)»; $t=2,59$; $p=0,00$).

2. Болезнь не мешает мне иметь друзей (раздел «Отношение к окружающим»; $t=2,24$; $p=0,03$).

3. Мое здоровье пока не дает никаких оснований беспокоиться за будущее (раздел «Отношение к будущему»; $t=3,37$; $p=0,00$).

В ответах больных группы ВО чаще подчеркивается незначимость заболевания, то, что его возникновение никак не влияет на социальные отношения, а состояние здоровья не дает повода для тревоги. Причиной заболевания видится профессиональная деятельность, которая привела к определенным нарушениям в организме. Следовательно, больным группы ВО свойственны черты анозогнозического типа отношения к болезни, несмотря на то, что свое проявление в чистом виде он находит лишь в 6 % случаев.

Больные группы ПО чаще отвечают утвердительно на следующие вопросы:

1. Я просыпаюсь с мыслью о том, что сегодня надо будет сделать (раздел «Сон и пробуждение ото сна»; $t=2,44$; $p=0,02$).

2. Меня одолевают мысли, что из-за моей болезни моих близких ждут трудности и невзгоды (раздел «Отношение к родным и близким»; $t=2,09$; $p=0,04$).

3. Мое здоровье не мешает мне общаться с окружающими столько, сколько мне хочется (раздел «Отношение к окружающим»; $t=2,20$; $p=0,03$).

Больным группы ПО в большей степени присущ эргопатический тип реагирования с элементами анозогнозического типа, когда, несмотря на наличие заболевания, больные стремятся сохранить физическую и социальную активность. При этом у них сохраняется беспокойство из-за того, что они своим состоянием способны причинить неудобства окружающим (близким и медицинскому персоналу), что может усиливать компенсаторное проявление стенических черт.

Исследование позволило установить, что у кардиологических больных в ходе приобретения опыта лечения в стационаре отмечена определенная динамика отношения к себе, своему окружению и своему

заболеванию. Так, прохождение повторных курсов стационарного лечения по поводу кардиологического заболевания не только сопровождается «свыканием» с болезнью, но и ведет к дифференцировке социальных взаимодействий на субъективно значимые (ход лечения, взаимодействие с врачом и с близкими людьми) и малозначимые (собственный социальный статус).

Динамика выраженности индивидуально-психологических особенностей личности и характера межличностных отношений в ходе устранения недопонимания своего заболевания может быть описана следующим образом: возрастает интенсивность переживания изолированности от окружающих; отмечаются иррациональные страхи и повышенная пассивность в сфере межличностных отношений; выделяются отдельные значимые люди, с которыми больные не всегда обоснованно связывают надежды на благополучный исход заболевания.

Полученные данные имеют практическую значимость: могут помочь медицинским работникам кардиологических подразделений адекватно оценивать не всегда объяснимые реакции больного на болезнь и факт пребывания в лечебном учреждении. Это особенно важно при работе с впервые обратившимися за медицинской помощью пациентами, для которых недостаток информации и низкая степень осознания особенностей своего заболевания могут являться факторами риска проявления дезадаптивных форм реагирования и выбора неоптимальных стратегий взаимодействия с окружающими.

Практическая значимость полученных данных для медицинских работников лежит также в плоскости повышения эффективности лечебно-диагностических мероприятий и профилактики негативных последствий неконструктивных межличностных взаимодействий.

С одной стороны, владение медицинским персоналом знаниями о специфике взаимодействия с кардиологическим больным позволяет при общении с ним успешно применять наиболее продуктивные стратегии взаимодействия, эффективно обращаться к его внутрличностным ресурсам. С другой стороны, проводимая при необходимости психологическая экспресс-диагностика дает медицинским работникам более полную информацию об индивидуально-психологических особенностях больных, гибко дифференцировать стратегию взаимодействия с ними, учитывая общие психологические рекомендации.

Литература

1. Гартфельдер Д.В. Динамика совладающего поведения при сердечно-сосудистых заболеваниях. Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2009; 5: 67–80.
2. Гартфельдер Д.В., Николаев Е.Л., Лазарева Е.Ю. Клинико-психологические характеристики личности больных сердечно-сосудистыми заболеваниями в связи с задачами профилактики. Вестник Кыргызско-Российского славянского университета. – 2014; 14, 4: 60–2.
3. Гартфельдер Д.В., Николаев Е.Л., Николаева О.В., Максимова И.И. Система отношений личности у больных артериальной гипертензией и ее динамика в процессе лечения. Вестник Чебоксарского филиала Московского государственного открытого педагогического университета имени М.А. Шолохова. 2004; 1: 107–11.
4. Голенков А.В., Барышева А.С. Данные мониторинга поступлений кардиологических пациентов в приемное отделение сосудистого центра как информация для разработки управленческих решений. Главная медицинская сестра. 2014; 2: 104–15.
5. Лазарева Е.Ю., Николаев Е.Л. Система многоуровневой адаптации личности при болезни. Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2012; 8: 93–104.
6. Николаев Е.Л., Гартфельдер Д.В., Лазарева Е.Ю. Личность кардиологического пациента: возможности адаптации, межличностное взаимодействие. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2014: 302 с.
7. Николаев Е.Л., Лазарева Е.Ю. Адаптация личности и сердечно-сосудистые заболевания, Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2015; 11, 2: 82–105.
8. Николаев Е.Л., Лазарева Е.Ю. Психосоциальные риски и ресурсы при сердечно-сосудистых заболеваниях. Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2014; 10: 109–30.
9. Николаев Е.Л., Лазарева Е.Ю. Психотерапия и психологическая помощь больным сердечно-сосудистыми заболеваниями. Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2015; 11, 1: 57–76.
10. Wong E.M., Zhong X.B., Sit J.W., Chair S.Y., Leung D.Y., Leung C., Leung K.C. Attitude toward the out-patient cardiac rehabilitation program and facilitators for maintenance of exercise behavior. Psychol. Health Med. 2015; vol. 26: 1–11.

DYNAMIC OF CARDIAC PATIENT'S ATTITUDE TOWARDS DISEASE AND SOCIAL SURROUNDING

D. V. Hartfelder, Cand. Med. Sci

J.N. Ulianov Chuvash State University.

Results of 127 cardiac patients' attitude dynamic towards disease and social surrounding are provided. It is found that refresher course of treatment in cardiologic hospital is accompanied by division of social interaction components into personally significant (course of treatment, interaction with doctor and relatives) and insignificant (maintaining his own social status).

Key words: cardiovascular diseases, patient personality, patient psychology, attitude towards disease, interpersonal relations.