

ger, A. S. Go, D. M. Lloyd-Jones, R. J. Adams, J. D. Berry, T. M. Brown et al. // *Circulation*. – 2011. – Vol. 123, Issue 4. – P. 18–209. doi: 10.1161/CIR.0b013e3182009701

14. Scarci, M. Does intermittent cross-clamp fibrillation provide equivalent myocardial protection compared to cardioplegia in patients undergoing bypass graft revascularisation? [Text] / M. Scarci, H. B. Fallouh, C. P. Young // *Interactive Cardio Vascular and Thoracic Surgery*. – 2009. – Vol. 9, Issue 5. – P. 872–878. doi: 10.1510/icvts.2009.209437

References

1. Ystinov, A. V. (2012). Kardioxirgyi I intervencionnyy kardiologiy: problem I perspektivi razvitiy [Cardiac Surgery and Interventional Cardiology: Problems and Prospects]. *Ukrainian Medical Journal*, 1, 8–10.

2. Hausenloy, D. J., Boston-Griffiths, E., Yellon, D. M. (2012). Cardioprotection during cardiac surgery. *Cardiovascular Research*, 94 (2), 253–265. doi: 10.1093/cvr/cvs131

3. Fujii, M., Chambers, D. J. (2005). Myocardial protection with intermittent cross-clamp fibrillation: does preconditioning play a role? *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, 28 (6), 821–831. doi: 10.1016/j.ejcts.2005.06.048

4. Okamura, Y., Sugita, Y., Mochizuki, Y., Iida, H., Mori, H., Tabuchi, K., Matsushita, Y., Kobayashi, S., Shimada, K. (1996). Indication and result of hypothermic fibrillatory arrest in coronary artery bypass grafting. *Nihon Kyobu Geka Gakkai Zasshi*, 44 (5), 623–628.

5. Umakanthan, R., Leacche, M., Petracek, M. R. et al. (2008). Safety of Minimally Invasive Mitral Valve Surgery Without Aortic Cross-Clamp. *The Annals of Thoracic Surgery*, 85 (5), 1544–1550. doi: 10.1016/j.athoracsur.2008.01.099

6. Jacob, S., Kallikourdis, A., Sellke, F., Dunning, J. (2008). Is blood cardioplegia superior to crystalloid cardioplegia? *Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery*, 7 (3), 491–498. doi: 10.1510/icvts.2008.178343

7. Akins, C. W. (1992). Hypothermic Fibrillatory Arrest for Coronary Artery Bypass Grafting. *Journal of Cardiac*

Surgery, 7 (4), 342–347. doi: 10.1111/j.1540-8191.1992.tb01024.x

8. Mishra, P. K. (2006). Fibrillatory arrest technique: is it worth tasting the old wine in new bottle? *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, 29 (5), 860–860. doi: 10.1016/j.ejcts.2006.01.037

9. Petrucci, O., Baker, R. S., Lam, C. T., Reed, C. A., Duffy, J. Y., Eghtesady, P. (2010). Fetal Right Ventricular Myocardial Function Is Better Preserved by Fibrillatory Arrest During Fetal Cardiac Bypass. *The Annals of Thoracic Surgery*, 90 (4), 1324–1331. doi: 10.1016/j.athoracsur.2010.06.032

10. Akins, C. W., Carroll, D. L. (1987). Event-free Survival Following Nonemergency Myocardial Revascularization during Hypothermic Fibrillatory Arrest. *The Annals of Thoracic Surgery*, 43 (6), 628–633. doi: 10.1016/s0003-4975(10)60236-6

11. Phillips, S. J., Zeff, R. H., Kongtahworn, C., Iannone, L. A., Brown, T. M., Gordon, D. F. (1979). Anoxic Hypothermic Cardioplegia Compared to Intermittent Anoxic Fibrillatory Cardiac Arrest Clinical and Metabolic Experience with 1080 Patients. *Annals of Surgery*, 190 (1), 80–83. doi: 10.1097/0000658-197907000-00018

12. Antunes, P. E., Ferrao de Oliveira, J., Prieto, D., Coutinho, G. F., Correia, P., Branco, C. F., Antunes, M. J. (2015). Coronary artery bypass surgery without cardioplegia: hospital results in 8515 patients. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*. doi: 10.1093/ejcts/ezv177

13. Roger, V. L., Go, A. S., Lloyd-Jones, D. M., Adams, R. J., Berry, J. D., Brown, T. M. et al. (2010). Heart Disease and Stroke Statistics--2011 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*, 123 (4), e18–e209. doi: 10.1161/cir.0b013e3182009701

14. Scarci, M., Fallouh, H. B., Young, C. P. (2009). Does intermittent cross-clamp fibrillation provide equivalent myocardial protection compared to cardioplegia in patients undergoing bypass graft revascularisation? *Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery*, 9 (5), 872–878. doi: 10.1510/icvts.2009.209437

Дата надходження рукопису 16.06.2015

Лоскутов Олег Анатольевич, доктор медицинских наук, старший научный сотрудник, профессор, кафедры «Анестезиологии и интенсивной терапии», НМАПО им. П. Л. Шупика, ул. Дорогожицкая, 9, г. Киев, Украина, 04112
E-mail: doclosk@mail.ru

УДК 616.89:616.37-002-052

DOI: 10.15587/2313-8416.2015.48007

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК КОПІНГУ ТА ПАТЕРНІВ ЗАЛЕЖНОЇ ПОВЕДІНКИ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ БІЛІАРНОЇ ТА АЛКОГОЛЬНОЇ ЕТІОЛОГІЇ В АСПЕКТІ ДИФЕРЕНЦІАЦІЇ ЇХ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ

© **М. В. Маркова, Н. В. Кутова**

Дослідження виявило, що для опитуваних з алкогольною етіологією панкреатиту притаманні конфронтація, низький самоконтроль, зниження відповідальності та позитивної переоцінки. Жінки виявляли високу прихильність до пошуку соціальної підтримки, чоловіки – до дистанціювання. Міжгрупові відмінності виражалися схильністю до порушень харчової поведінки у хворих з біліарною та вживання алкоголю і тютюнопаління – з алкогольною етіологією панкреатиту

Ключові слова: *алкогольний хронічний панкреатит, біліарний хронічний панкреатит, копінг, адикція, медико-психологічна допомога*

Chronic pancreatitis is an actual medical and psychological problem in Ukraine. The aim of the work was to study the features of coping in patients with chronic pancreatitis of alcoholic and biliary etiology.

Methods. For detecting coping-mechanisms the standard method WCQ P of Lazarus was used. The study of addictive tendencies was carried out with the help of questionnaire AUDIT and UDIT-tests oriented on patterns of dependent behavior.

Results. The study of features of coping-mechanisms and an addiction to dependent behavior in patients with chronic pancreatitis revealed intergroup and intragroup differences. Confrontation and low levels of self-control, responsibility and positive assessment were intrinsic for respondents with alcoholic etiology of pancreatitis. Women demonstrated the high addiction to the search of social support, men – to distancing. As to an addictive behavior there was revealed that the typical common tendencies were the consumption of coffee, alcohol, internet-dependence, the specific ones for women – TV, shopping-dependencies, for men – workaholism in patients with biliary and computer-addiction in patients with alcoholic chronic pancreatitis. Intergroup differences were demonstrated by an addiction to disorder of food behavior in patients with biliary and consumption of alcohol and smoking in respondents with alcoholic etiology of pancreatitis.

Conclusions. The revealed differences in coping-strategies of patients with different nosological forms of chronic pancreatitis give important information for detecting the targets of medical and psychological influence and constructing of differentiated program of medical and psychological help to patients of this type

Keywords: alcoholic chronic pancreatitis, biliary chronic pancreatitis, coping, addiction, medical and psychological help

1. Вступ

Соматичне захворювання – це безсумнівно стресова подія, що впливає на фізичне та емоційне функціонування індивіда, відображається на поведінковій активності. Рівень стресу викликаною хворобою визначається через міру її впливу на життя людини: прогноз (сприятливий, несприятливий), тривалість (гострі, хронічні захворювання), тяжкість соматичного дистресу, соціальні наслідки (стигматизація).

Психологічне сприйняття і, відповідно, відрегування на швидкоминучі коливання самопочуття та відсутність наслідків буде відмінним від ситуації довготривалого зниження працездатності в наслідок ускладнень, обумовлених хворобою, або стрімкого прогресування недуги і близького летального завершення. Питання копінг – способу справлятися зі стресом – особливо важливим стає саме для захворювань, які несуть значну потенційну загрозу для життя. Вчасне звернення за допомогою, планові огляди, висока прихильність до лікування, корекція поведінкових стереотипів (дієта, шкідливі звички), партнерські відносини з медичним персоналом – вагомі компоненти лікувального процесу, що безпосередньо залежать від хворого і впливають на ефективність лікувальних заходів через адекватну включеність пацієнта.

2. Обґрунтування дослідження

Хронічний панкреатит (ХП) – це захворювання, яке належить до групи хвороб потенційно небезпечних для життя. У 1/3 хворих розвиваються ранні ускладнення, первинна інвалідизація досягає 15 %, а летальність складає 5,1 % [1]. Рівень смертності при ХП досягає 20 % після 10 років та до 50 % при 25-літньому перебігу хвороби [2]. Зниження працездатності та фізіологічного життєвого ресурсу при ХП відбувається за рахунок порушення толерантності до глюкози, що спостерігається у 2/3 пацієнтів, у 1/3 розвивається цукровий діабет, у 1/2 хворих виникає екзокринна недостатність. Трива-

лість захворювання на ХП більше 20 років підвищує ризик розвитку раку підшлункової залози в 5 разів [1].

Гостроту проблемі надає неухильне зростання захворюваності на ХП до 80 % за останнє десятиліття, а також висока поширеність даної нозології серед населення України – 2400 на 100 тис. осіб. Пацієнти з ХП складають 1/4 всіх звернень до лікарів-гастроентерологів та займають більше 10 % ліжок у стаціонарі [3]. ХП – джерело психологічного стресу та може викликати розвиток нозогенно обумовлених психічних розладів [4–6].

Спектр ускладнень ХП, больовий синдром як сильний дистрес фактор, екзо- та ендокринна недостатність підшлункової залози, потребують жорсткого медичного контролю та лікування, що робить прихильність та дотримання режиму терапії і копінг-поведінку під час лікувального процесу у пацієнтів з даною нозологією одними з провідних точок прикладення психологічної допомоги.

3. Мета дослідження

Вивчити особливості копінг та залежної поведінки у пацієнтів з ХП алкогольної (АХП) та біліарної (БХП) етіології, для визначення необхідності диференційованих підходів до їх медико-психологічної підтримки.

4. Контингент і методи дослідження

У дослідженні прийняли участь 147 пацієнтів з БХП – група 1, з них 98 жінок (ПГ1а) та 49 чоловіків (ПГ1б), і 140 хворих з АХП – група 2, з них 44 опитувані жіночої (ПГ2а) та 96 – чоловічої статі (ПГ2б). В дослідження не включались особи з відсутністю мотивації на участь, наявністю в анамнезі психічних і поведінкових розладів, з результатом 20 і більше балів за відповідними AUDIT-подібними тестами.

Для виявлення копінг-механізмів був задіяний психодіагностичний метод з використанням стандартної методики «Способи долаючої поведінки» Р. Лазаруса [7]. Також було застосовано опитувальник

AUDIT [8] та батарею AUDIT-подібних тестів (FOOD-udit, SEX-udit, WORKING-udit, TV-udit, INTERNET-udit, GAMBLE-udit, COMP-udit, SHOPPING-udit, TOBACCO-udit, COFFE(TEA)-udit), орієнтованих на визначення патернів залежної поведінки. Згідно з рекомендацією авторів методики, показник до 7 балів розцінювався нами як безпечний рівень вживання,

діапазон від 8 до 15 балів як ризикований, а 16–19 балів – як небезпечний [9].

5. Результати дослідження

У табл. 1–4 наведені результати дослідження поведінкових особливостей – копінг-стратегій та залежної поведінки у пацієнтів з БХП та АХП.

Таблиця 1

Вираженість копінг-механізмів у пацієнтів з ХП, $\bar{x} \pm \sigma$

Копінг-стратегії	Група 1, n=147				Група 2, n=140			
	ПГ1а, n=98		ПГ1б, n=49		ПГ2а, n=44		ПГ2б, n=96	
	P	C	P	C	P	C	P	C
Конфронтація	8	5,6±2,5	7	5,9±2,6	4	6,6±3,0	2	6,9±2,8
Дистанціювання	4	6,4±2,6	1	7,2±3,3	2	7,7±3,1	1	7,0±2,9
Самоконтроль	2	6,9±2,8	3	6,7±2,9	5	5,9±2,4*	4	6,6±2,8*
Соціальна підтримка	1	7,6±2,7*	6	6,1±2,6*	1	8,0±3,0*	6	5,9±2,8*
Прийняття відповідальності	5	6,1±2,5	4	6,6±2,8	7	5,5±2,1	7	5,5±2,3
Уникнення	3	6,9±2,9	2	6,7±2,5	3	7,3±3,0	3	6,8±3,3
Планування рішення проблеми	6	6,0±2,4	5	6,2±2,3	6	5,8±2,0	5	6,0±2,4
Позитивна переоцінка	7	5,8±2,6	8	5,3±2,8	8	5,3±2,7	8	5,4±2,2

Примітки: P – порядковий номер за рангом, C – середнє значення; сірим кольором відмічено показники на рівні значимості $p < 0,05$ у опитуваних однієї статі з різною нозологією, * – суттєвість різниці між чоловіками та жінками з однаковою етіологічною причиною розвитку захворювання

Таблиця 2

Структурний розподіл за напруженістю копінг-стратегій у опитуваних з ХП, $\% \pm m$

	Група 1, n=147					
	ПГ1а, n=98			ПГ1б, n=49		
	0–6 балів	7–12 балів	13–18 балів	0–6 балів	7–12 балів	13–18 балів
КФ	69,4±4,6	28,6±4,5	2,0±1,4	73,5±4,4	22,4±4,2	4,1±2,0
Д	55,1±5,0*	38,8±4,9	6,1±2,4	42,9±4,9*	49,0±5,0	8,2±2,7
СК	60,2±4,9	28,6±4,5*	11,2±3,2	51,0±5,0	42,9±4,9*	6,1±2,4
СП	46,9±5,0*	42,9±4,9	10,2±3,0	65,3±4,8*	32,7±4,7	2,0±1,4
В	74,5±4,4*	19,4±4,0*	6,1±2,4	55,1±5,0*	36,7±4,8*	8,2±2,7
У	45,9±5,0	46,9±5,0	7,1±2,6	51,0±5,0	44,9±5,0	4,1±2,0
Р	60,2±4,9	39,8±4,9	–	67,3±4,7	30,6±4,6	2,0±1,4
ПЦ	61,2±4,9*	36,7±4,8*	2,0±1,4	73,5±4,4*	22,4±4,2*	4,1±2,0
	Група 2, n=140					
	ПГ2а, n=44			ПГ2б, n=96		
	0–6 балів	7–12 балів	13–18 балів	0–6 балів	7–12 балів	13–18 балів
КФ	56,8±5,0	34,1±4,7	9,1±2,9	57,3±4,9	31,3±4,6	11,5±3,2
Д	38,6±4,9	54,5±5,0	6,8±2,5	49,0±5,0	44,8±5,0	6,3±2,4
СК	70,5±4,6	25,0±4,3	4,5±2,1	66,7±4,7	27,1±4,4	6,3±2,4
СП	45,5±5,0*	40,9±4,9*	13,6±3,4*	68,8±4,7*	27,1±4,4*	4,2±2,0*
В	77,3±4,2	20,5±4,0	2,3±1,5	77,1±4,2	21,9±4,1	1,0±1,0
У	56,8±5,0	29,5±4,6	13,6±3,4	53,1±5,0	37,5±4,8	9,4±2,9
Р	63,6±4,8	36,4±4,8	–	59,4±4,9	37,5±4,8	3,1±1,7
ПЦ	79,5±4,0	13,6±3,4	6,8±2,5	77,1±4,2	20,8±4,1	2,1±1,4

Примітка: КФ – конфронтація, Д – дистанціювання, СК – самоконтроль, СП – пошук соціальної підтримки, В – прийняття відповідальності, У – уникнення, Р – планування рішення проблеми, ПЦ – позитивна переоцінка; сірим кольором відмічено показники на рівні значимості $p < 0,05$ у опитуваних однієї статі з різною нозологією, * – суттєвість різниці між чоловіками та жінками з однаковою етіологічною причиною розвитку захворювання

Таблиця 3

Вираженість проявів залежної поведінки, $x \pm \sigma$

	Група 1, n=147					Група 2, n=140				
	ПГ1а, n=98		ПГ1б, n=49		Всього	ПГ2а, n=44		ПГ2б, n=96		Всього
	Р	С	Р	С		Р	С	Р	С	
A	5	8,1±1,9	5	8,5±2,0	8,3±1,9	1	14,8±1,1	1	15,1±0,8	15,0±1,0
F	1	14,0±1,3	2	13,8±1,2	13,9±1,3	7	8,3±1,3**	9	7,2±1,9**	7,8±1,8
C	8	7,3±1,5*	7	8,0±1,8*	7,7±1,3	8	7,8±1,2**	5	9,3±1,6**	8,6±1,7
W	7	7,5±1,7*	1	14,0±1,7*	10,8±1,7	9	7,6±1,0	7	8,0±1,4	7,8±1,3
TV	3	8,4±0,7	6	8,2±1,2	8,3±1,0	4	10,4±0,8**	6	8,2±1,2**	9,3±1,1
I	6	7,8±2,5*	4	8,9±1,2*	8,4±2,0	5	8,6±2,3**	4	10,1±1,4**	9,4±2,0
G	11	3,2±0,5*	10	4,7±1,0*	4,0±0,9	11	4,6±1,0	10	5,1±1,8	4,9±1,5
S	9	6,0±1,9	9	6,7±2,8	6,4±2,5	10	6,8±2,8	8	7,3±2,2	7,0±2,4
SH	4	8,2±0,8*	11	4,5±0,9*	6,4±0,8	6	8,5±1,0**	11	5,0±1,3**	6,8±1,2
TB	10	5,9±1,6*	8	7,1±1,9*	7,1±1,8	3	10,6±1,0**	2	12,3±0,6**	11,5±0,9
CF	2	10,8±1,4	3	10,4±1,2	10,6±1,3	2	11,2±1,9	3	11,5±1,1	11,4±1,7

Примітки: сірим кольором відмічено показники на рівні значимості $p < 0,05$ у опитуваних однієї статі з різною нозологією, * – суттєвість різниці між чоловіками та жінками з однаковою етіологічною причиною розвитку захворювання; A – AUDIT, F – FOOD-udit, C – COMP-udit, W – WORKING-udit, TV – TV-udit, I – INTERNET-udit, G – GAMBLE-udit, S – SEX-udit, SH – SHOPPING-udit, TB – TOBACCO-udit, CF – COFFE(TEA)-udit

Таблиця 4

Структура адиктивного статусу за рівнем вираженості вживання об'єктів залежної поведінки, $\% \pm m$

Тест	Група 1, n=147			Група 2, n=140		
	Б	Р	Н	Б	Р	Н
AUDIT	68,0±4,7	31,3±4,6	0,7±0,8	0	39,3±4,9	60,7±4,9
FOOD-udit	13,6±3,4	46,3±5,0	40,1±4,9	65,0±4,8	32,1±4,7	2,9±1,7
COMP-udit	72,1±4,5	26,5±4,4	1,4±1,2	58,6±4,9	38,6±4,9	2,9±1,7
WORKING-udit	41,5±4,9	46,9±5,0	11,6±3,2	62,1±4,9	35,7±4,8	2,1±1,4
TV-udit	59,9±4,9	39,5±4,9	0,7±0,8	50,7±5,0	47,1±5,0	2,1±1,4
INTERNET-udit	57,8±4,9	40,8±4,9	1,4±1,2	48,6±5,0	49,3±5,0	2,1±1,4
GAMBLE-udit	93,9±2,4	6,1±2,4	0	92,9±2,6	6,4±2,5	0,7±0,8
SEX-udit	92,5±2,6	7,5±2,6	0	85,7±3,5	14,3±3,5	0
SHOPPING-udit	72,1±4,5	27,9±4,5	0	69,3±4,6	29,3±4,6	1,4±1,2
TOBACCO-udit	61,2±4,9	32,0±4,7	6,8±2,5	30,0±4,6	55,0±5,0	15,0±3,6
COFFE (TEA)-udit	42,9±4,9	40,8±4,9	16,3±3,7	15,0±3,6	67,9±4,7	17,1±3,8

Примітки: рівень вживання: Б – безпечний, Р – ризикований, Н – небезпечний

6. Обговорення результатів

Аналіз вибору копінг-стратегій у опитуваних з різних груп виявив переважне домінування таких способів копіngu, як пошук соціальної підтримки, самоконтроль, уникнення та дистанціювання, які займали перші три позиції у рейтингу (табл. 1). У жінок незалежно від нозології превалювали застосування соціальної допомоги (1-ше місце у ПГ1а – 7,6±2,7 балів та ПГ2а – 8,0±3,0 балів), у чоловіків – дистанціювання (1-ше у ПГ1б – 7,2±3,3 балів та ПГ2б – 7,0±2,9 балів). Особливістю був високий рейтинг конфронтації серед респондентів-чоловіків з АХП (2-ге місце у ПГ2б – 6,9±2,8 балів). Найнижчі рангові позиції у опитуваних обох груп належали позитивній переоцінці (6-е місце у ПГ1а – 5,8±2,6 балів, 7-е у ПГ1б – 5,3±2,8 балів, 8-е у ПГ2а – 5,3±2,7 балів та ПГ2б – 5,4±2,2 балів), у пацієнтів з БХП – конфронтації (7-е у ПГ1а – 5,6±2,5 балів, 6-е у ПГ1б – 5,9±2,6 балів), у хворих з алкогольною етіологією ХП – прийняттю відповідальності (7-е у ПГ2а – 5,5±2,1 балів та ПГ2б – 5,5±2,3 балів).

Виявлено відмінності у вираженості копінг-механізмів у опитуваних, а саме, вищий рівень дистанціювання (6,4±2,6 балів у ПГ1а та 7,7±3,1 балів у ПГ2а), конфронтації (5,6±2,5 балів у ПГ1а та 6,6±3,0 балів у ПГ2а) та нижчий самоконтролю у жінок з АХП на відміну від пацієнток з БХП (6,9±2,8 балів у ПГ1а та 5,9±2,4 балів у ПГ2а), $p < 0,05$. Поміж чоловіків зареєстровано більшу вираженість конфронтації у респондентів з АХП (5,9±2,6 балів у ПГ1б та 6,9±2,8 балів у ПГ2б) та прийняття відповідальності з біліарною етіологією ХП (6,6±2,8 балів у ПГ1б та 5,5±2,3 балів з ПГ2б) (табл. 1), $p < 0,05$.

Гендерні особливості визначалися вищими рівнями пошуку соціальної підтримки серед осіб жіночої статі (7,6±2,7 балів у ПГ1а та 6,1±2,6 балів у ПГ1б; 8,0±3,0 балів у ПГ2а та 5,9±2,8 балів у ПГ2б), та більшій вираженості стратегії самоконтролю у чоловіків з АХП на противагу жінкам з даною нозологією (5,9±2,4 балів у ПГ2а та 6,6±2,8 балів у ПГ2б), $p < 0,05$.

За структурою копінг-механізмів у жінок з БХП була більшою кількість опитуваних з низьким рівнем

напруженості стратегії конфронтації (69,4±4,6 % у ПГ1а та 56,8±5,0 % у ПГ2а), дистанціювання (55,1±5,0 % у ПГ1а та 38,6±4,9 % у ПГ2а), мала місце тенденція до застосування позитивної переоцінки (36,7±4,8 % у ПГ1а та 13,6±3,4 у ПГ2а) і уникнення у порівнянні з пацієнтками з АХП (46,9±5,0 % у ПГ1а та 29,5±4,6 % у ПГ2а), $p < 0,05$.

Серед чоловіків з біліарною етіологією ХП була більшою кількість осіб з низьким рівнем напруження конфронтації (73,5±4,4 % у ПГ1б та 57,3±4,9 % у ПГ2б), виявлено тенденцію до використання копінг-механізму самоконтролю (42,9±4,9 % у ПГ1б та 27,1±4,4 % у ПГ2б) та прийняття відповідальності на противагу респондентам з АХП (36,7±4,8 % у ПГ1б та 21,9±4,1 % у ПГ2б), $p < 0,05$.

Гендерні особливості у структурі напруженості копінг-стратегій у групі з БХП виражалися у більшій схильності чоловіків вибирати дистанціювання (55,1±5,0 % у ПГ1а та 42,9±4,9 % у ПГ1б), самоконтроль (28,6±4,5 % у ПГ1а та 42,9±4,9 % у ПГ1б), прийняття відповідальності (19,4±4,0 % у ПГ1а та 36,7±4,8 % у ПГ1б) і менше опиратися на пошук соціальної підтримки (46,9±5,0 % у ПГ1а та 65,3±4,8 % у ПГ1б) та позитивну переоцінку з метою подолання стресової ситуації (36,7±4,8 % у ПГ1а та 22,4±4,2 % у ПГ1б), $p < 0,05$ (табл. 2). У групі з АХП відмінність полягала лише у більшій напруженості стратегії використання соціальної підтримки жінками (40,9±4,9 % у ПГ2а та 27,1±4,4 % у ПГ2б), $p < 0,05$.

Дистанціювання проявлялося суб'єктивним зниженням значущості проблеми, емоційним віддаленням від неї. В якості психологічних механізмів дистанціювання виступали раціоналізація, переключення уваги, відсторонення, знецінення, гумор.

Пошук соціальної підтримки полягав у застосуванні зовнішнього соціального ресурсу, який дозволяв заповнювати інформаційні прогалини, отримувати емоційну підтримку.

Уникнення виражалось у подоланні негативних переживань шляхом заперечення проблеми, невинуватих очікувань, відволіканні.

Конфронтація як копінг-механізм проявлялася протипоставленням себе і власних інтересів ситуації, іншим людям, відстоюванням особистісної позиції, опорі.

Для самоконтролю були властивими цілеспрямоване стримування емоцій, об'єктивний погляд на проблему, високий контроль поведінки.

Прийняття відповідальності базувалося на підсиленому відчутті особистісного внеску за виникнення та наслідки проблемної ситуації. У випадку надмірного застосування даної стратегії виникали самокритика, переживання почуття провини і хронічна незадоволеність собою.

Планування вирішення проблеми характеризувалося змістовним аналізом ситуації, вироблення поведінкової стратегії, плануванням дій з урахуванням минулого досвіду та ресурсів.

Позитивна переоцінка апелювала до знаходження мінімальних ресурсних можливостей ситуації.

Вибір стратегій уникнення та дистанціювання у випадку хронічного захворювання можна вважати неефективними у зв'язку з постійним зіткненням зі стресовим фактором, тривалим перебуванням у психологічно напруженій ситуації, яка потребує стабілізації психоемоційного стану за рахунок пошуку та реалізації нових форм поведінки. Звернення за соціальною підтримкою дійсно може слугувати потужним ресурсом, однак варто пам'ятати також і про ймовірність негативного впливу в наслідок недостатності інформаційного досвіду чи адекватності допомагаючого потенціалу оточення.

Вища вираженість залежної поведінки поміж опитуваних з алкогольною етіологією ХП наводить на думку про більшу психологічну ураженість та, відповідно, потребу у більш довготривалій медико-психологічній підтримці.

Дослідження патернів вживання алкоголю та харчових стереотипів у опитуваних, а також вираженість різних видів залежної поведінки виявили відмінності залежно від етіології захворювання (табл. 3, 4).

Вищу напруженість аддиктивного статусу у групі з АХП діагностовано щодо вживання алкоголю (8,3±1,9 балів у групі 1 та 15,0±1,0 балів у групі 2), кави (відповідно 10,6±1,3 та 11,4±1,7 балів), тютюнопаління (7,1±1,8 та 11,5±0,9 балів), понаднормового користування комп'ютером (7,7±1,3 та 8,6±1,7 балів), інтернетом (8,4±2,0 та 9,4±2,0 балів), телевізором (8,3±1,0 та 9,3±1,1 балів), поїздом до здійснення покупок (6,4±0,8 та 6,8±1,2 балів), ігрової діяльності (4,0±0,9 та 4,9±1,5 балів), та досягнення сексуальної задоволеності (6,4±2,5 та 7,0±2,4 балів), тоді як у групі з БХП більшою вираженістю характеризувалися проблеми з переїданням (13,9±1,3 та 7,8±1,8 балів) і надмірною концентрацією на роботі (10,8±1,7 та 7,8±1,3 балів), $p < 0,05$ (табл. 3).

Типовими тенденціями залежної поведінки у групі з біліарною етіологією ХП були порушення харчових патернів (1-ше місце у ПГ1а – 14,0±1,3 балів та 2-ге – у ПГ1б – 13,8±1,2 балів), надмірне вживання кави (2-ге у ПГ1а – 10,8±1,4 балів та 3-є у ПГ1б – 10,4±1,2 балів), трудоголізм (1-ше у ПГ1б – 14,0±1,7 балів) та схильність до інтернет-залежності у чоловіків (4-те у ПГ1б – 8,9±1,2 балів) та ТВ- (3-є у ПГ1а – 8,4±0,7 балів) і шопінг залежності у жінок (4-є у ПГ1а – 8,2±0,8 балів). Понаднормове вживання алкоголю посідало лише 5-у позицію у рейтингу адикцій (ПГ1а – 8,1±1,9 балів та ПГ1б – 8,5±2,0 балів). У опитуваних з алкогольною етіологією ХП превалювали схильності до вживання алкоголю (1-ше місце у ПГ2а – 14,8±1,1 балів та ПГ2б – 15,1±0,8 балів), тютюнопаління (3-є у ПГ2а – 10,6±1,0 балів та 2-є у ПГ2б – 12,3±0,6 балів), інтернет-залежності (5-є у ПГ2а – 8,6±2,3 балів та 4-є у ПГ2б – 10,1±1,4 балів), ТВ-залежності у осіб жіночої (4-є у ПГ2а – 10,4±0,8 балів) і комп'ютерної – чоловічої статі (5-є у ПГ2б – 9,3±1,6 балів).

У жінок з БХП були нижчими рівні вживання алкоголю (8,1±1,9 балів у ПГ1а та 14,8±1,1 балів у ПГ2а) та тютюнопаління (5,9±1,6 балів у ПГ1а та 10,6±1,0 балів у ПГ2а), перегляду ТВ (8,4±0,7 балів

у ПГ1а та 10,4±0,8 балів у ПГ2а), ігрової (3,2±0,5 балів у ПГ1а та 4,6±1,0 балів у ПГ2а) та секс-залежності (6,0±1,9 балів у ПГ1а та 6,8±2,8 балів у ПГ2а) та вищими – харчові порушення (14,0±1,3 балів у ПГ1а та 8,3±1,3 балів у ПГ2а) у порівнянні з пацієнтками з АХП, $p < 0,05$. Для чоловіків з біліарною етіологією ХП були притаманними нижчі показники споживання алкоголю (8,5±2,0 балів у ПГ1б та 15,1±0,8 балів у ПГ2б), паління (7,1±1,9 балів у ПГ1б та 12,3±0,6 балів у ПГ2б), вживання кави (10,4±1,2 балів у ПГ1б та 11,5±1,1 балів у ПГ2б), інтернет- (8,9±1,2 балів у ПГ1б та 10,1±1,4 балів у ПГ2б), секс- (6,7±2,8 балів у ПГ1б та 7,3±2,2 балів у ПГ2б) та шопінг залежності (4,5±0,9 балів у ПГ1б та 5,0±1,3 балів у ПГ2б), та вищими – схильності до зрушень у харчових стереотипах (13,8±1,2 балів у ПГ1б та 7,2±1,9 балів у ПГ2б) і трудоголізмі (14,0±1,7 балів у ПГ1б та 8,0±1,4 балів у ПГ2б), $p < 0,05$.

За гендерною ознакою у групі з БХП виявлено тенденції до вищих рівнів тютюнопаління (5,9±1,6 балів у ПГ1а та 7,1±1,9 балів у ПГ1б), секс- (6,0±1,9 балів у ПГ1а та 6,7±2,8 балів у ПГ1б), інтернет- (7,8±2,5 балів у ПГ1а та 8,9±1,2 балів у ПГ1б) та ігрової залежності (3,2±0,5 балів у ПГ1а та 4,7±1,0 балів у ПГ1б), трудоголізму (7,5±1,7 балів у ПГ1а та 14,0±1,7 балів у ПГ1б) у чоловіків та схильності до шопінгу у жінок (8,2±0,8 балів у ПГ1а та 4,5±0,9 балів у ПГ1б), $p < 0,05$. У групі з АХП відмінності виражалися у вищих показниках тютюнопаління (10,6±1,0 балів у ПГ2а та 12,3±0,6 балів у ПГ2б), секс- (6,8±2,8 балів у ПГ2а та 7,3±2,2 балів у ПГ2б) та інтернет-залежності поміж чоловіків (8,6±2,3 балів у ПГ2а та 10,1±1,4 балів у ПГ2б), і харчових порушеннях (8,3±1,3 балів у ПГ2а та 7,2±1,9 балів у ПГ2б), ТВ- (10,4±0,8 балів у ПГ2а та 8,2±1,2 балів у ПГ2б) та шопінг залежності серед жінок (8,5±1,0 балів у ПГ2а та 5,0±1,3 балів у ПГ2б), $p < 0,05$.

Результати розподілу пацієнтів залежно від рівня вживання чи використання об'єктів залежності за змістом корелюють з результатами дослідження вираженості залежної поведінки (табл. 4). Так, за вживанням алкоголю в групі БХП практично не було осіб з небезпечним рівнем його вживання (0,7 %), в той час як серед пацієнтів з АХП не було респондентів з безпечним рівнем, а небезпечний рівень його вживання був діагностований у 60,7 % хворих. Протилежна тенденція спостерігалась при аналізі харчової поведінки обстежених: в групі БХП в 40,1 % випадків мало місце небезпечне, а в 46,3 % – ризиковане вживання їжі, в той час як серед осіб АХП небезпечний рівень встановлений у 2,9 % пацієнтів. Також виявлено, що серед пацієнтів з АХП була більшою кількість осіб з ризикованим та небезпечним рівнями за показниками споживання кави (85 % проти 57,1 %), тютюну (70 % проти 38,8 % осіб з БХП), комп'ютерної залежності (41,5 % проти 27,9 %), тоді як у хворих з БХП, окрім надмірного споживання їжі, спостерігалась надмірна захопленість роботою (ризикований та небезпечний рівні робочого перенавантаження мали місце у 58,5 % пацієнтів з БХП, в той час як серед хворих АХП таких осіб було 37,9 %).

Наявність та відмінності у структурі аддиктивних тенденцій між групами з різною етіологією ХП вказували на спільні механізми розвитку захворювання, однак їх реалізація відбувалася різними шляхами. Пацієнти з БХП мали порушення, пов'язані зі споживанням їжі, хворі з АХП – вживанням алкогольних напоїв. Як «заїдання проблеми», так і алкоголь, по своїй суті, спрямовані на зміну власного психологічного стану шляхом усунення емоційних відгуків проблеми, на противагу її вирішенню. При чому переїдання – соціально більш прийнятний спосіб у порівнянні зі споживанням спиртних напоїв.

7. Висновки

Таким чином, були визначені наступні особливості копінгу та залежної поведінки у пацієнтів з ХП:

- домінуючими копінг-стратегіями у опитуваних, незалежно від етіології ХП, були пошук соціальної підтримки, уникнення та дистанціювання. У жінок превалюючим було застосування зовнішнього ресурсу у вигляді соціальної підтримки, у чоловіків – віддалення від проблемної ситуації (дистанціювання);

- пацієнти з АХП у більшій мірі були схильні до конфронтації та рідше застосовували копінг-механізм самоконтролю, у хворих з БХП була вищою частота вибору копінгу прийняття відповідальності і позитивної переоцінки;

- для пацієнтів з ХП, незалежно від його етіології, типовою тенденцією виявилось викривлення аддиктивного статусу, однак превалювання різних видів аддиктивної поведінки, залежало від форми ХП;

- у групі з БХП, в цілому, показники вираженості залежної поведінки були нижчими, у порівнянні з респондентами з АХП;

- міжгрупові відмінності виражалися наявністю порушень харчової поведінки у хворих з біліарною етіологією ХП, та вживання алкоголю, кави та тютюнопаління – у опитуваних з АХП.

Отже, копінг-поведінка пацієнтів з ХП алкогольної та біліарної етіології відзначається наявністю неадаптивних стратегій стрес-долаючого поведіння у ситуації хронічного стресу, що негативно позначається як на лікувальному процесі, так і на особистісному благополуччі пацієнтів.

Вираженість та структура аддиктивних тенденцій обумовлює застосування різних за тривалістю, змістом та глибиною медико-психологічних інтервенцій.

Відмінності у застосуванні копінг-стратегій та патернів залежної поведінки у пацієнтів з різними формами ХП надали важливу інформацію для визначення мішеней медико-психологічного впливу і побудови індивідуалізованої та диференційованої програми психологічної допомоги соматичним хворим даного профілю.

Література

1. Короткевич, О. И. Хронический панкреатит: от патогенеза к терапии [Электронный ресурс] / О. И. Короткевич // Русский медицинский журнал. – 2009. – № 19. – Режим доступа: http://www.rmj.ru/articles_6765.htm

2. Halloran, C. Хронічний панкреатит [Текст] / С. Halloran // Внутренняя медицина. – 2009. – № 4 (16). – С. 44–47.

3. Харченко, Н. В. Современные подходы к диетическому питанию больных хроническим панкреатитом [Текст] / Н. В. Харченко, Г. А. Анохина, И. А. Коруля и др. // Здоров'я України. – 2011. – № 4 (22). – С. 17–18.

4. Balliet, W. E. Depressive Symptoms, Pain, and Quality of Life among Patients with Nonalcohol-Related Chronic Pancreatitis [Text] / W. E. Balliet, S. Edwards-Hampton, J. J. Borckardt, K. Morgan, D. Adams, S. Owczarski et. al. // Pain Research and Treatment. – 2012. – Vol. 2012. – P. 1–5. doi: 10.1155/2012/978646

5. Гарипова, Ю. А. Различные виды пограничных соматических расстройств у пациентов с хроническим панкреатитом и пути их коррекции [Текст] / Ю. А. Гарипова, В. Л. Юлдашев, Ф. А. Зарудный и др. // Вестник ЮУрГУ. – 2011. – № 7. – С. 109–112.

6. Романова, М. М. Некоторые аспекты выявления пограничных психических расстройств у больных хроническим панкреатитом [Текст] / М. М. Романова, Д. Н. Харьковская // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2006. – Т. 16, № 15. – С. 460.

7. Крюкова, Т. Л. Опросник способов совладания (адаптация методики WCQ) [Текст] / Т. Л. Крюкова, Е. В. Куфтык // Журнал практического психолога. – 2007. – № 3. – С. 93–112.

8. Saunders, J. B. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. II [Text] / J. B. Saunders, O. G. Aasland, T. F. Babor, J. R. De La Fuente, M. Grant // Addiction. – 1993. – Vol. 88, Issue 6. – P. 791–804. doi: 10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x

9. Линский, И. В. Система AUDIT-подобных тестов для комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции [Электронный ресурс] / И. В. Линский, А. И. Минко, А. Ф. Артемчук и др. // Новости украинской

психиатрии. Киев–Харьков. – 2009. – Режим доступа: <http://www.psychiatry.ua/articles/paper313.htm>

References

1. Korotkevich, O. I. (2009). Chronic pancreatitis: from pathogenesis to therapy. Russian medical journal, 19. Available at: http://www.rmj.ru/articles_6765.htm

2. Halloran, C. (2009). Chronic pancreatitis. Internal Medicine, 4 (16), 44–47.

3. Kharchenko, N. V., Anokhin, G. A., Korulya, I. A. et al. (2011). Modern approaches for nutrition for patients with chronic pancreatitis. Health of Ukraine, 4 (22), 17–18.

4. Balliet, W. E., Edwards-Hampton, S., Borckardt, J. J., Morgan, K., Adams, D., Owczarski, S. et al. (2012). Depressive Symptoms, Pain, and Quality of Life among Patients with Non-alcohol-Related Chronic Pancreatitis. Pain Research and Treatment, 2012, 1–5. doi: 10.1155/2012/978646

5. Harypova, A., Yuldashev, V. L., Zarudnyy, F. A. et al. (2011). Various types borderline somatic disorders in patients with chronic pancreatitis and their correction. Journal of SUNU, 7, 109–112.

6. Romanova, M., Kharkova, D. N. (2006). Some aspects of identifying borderline mental health disorders in patients with chronic pancreatitis. Russian journal of gastroenterology, hepatology, coloproctology, 16 (15), 460.

7. Krukova, T. L., Kuftyak, E. V. (2007). Questionnaire of coping (adaptation of WCQ). Journal Virtually psychologist, 3, 93–112.

8. Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De La Fuente, J. R., Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. Addiction, 88 (6), 791–804. doi: 10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x

9. Lynskiy, I. V., Minko, A. I., Artemchuk, A. F. et al. (2009). The system of AUDIT-like test for integrated assessment of addictive status of the individual. News of Ukrainian psychiatry. Available at: <http://www.psychiatry.ua/articles/paper313.htm>

Дата надходження рукопису 11.06.2015

Маркова Маріанна Владиславівна, доктор медичних наук, професор, кафедра сексології та медичної психології, Харківська медична академія післядипломної освіти, вул. Корчагінців, 58, м. Харків, Україна, 61176

E-mail: mariannochka1@ukr.net

Кутова Наталія Валеріївна, лікар-психолог, ТОВ «Медичний учбово-діагностичний центр», м. Харків, вул. Корчагінців, 58, м. Харків, Україна, 61176

E-mail: kutovaya@scana.com.ua