

ОСОБЛИВОСТІ ДОЛАЮЧОЇ КОПІНГ-ПОВЕДІНКИ ЖІНОК З ЛЕЙОМІОМОЮ МАТКИ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИЙ ПЕРІОД

Науменко Г.М., Божук Б.С.

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, м.Київ, Україна

Ключові слова: лейоміома матки, психоемоційний стан, копінг-стратегі), тип ставлення до хвороби, гістеректомія, соціальна реабілітація.

Актуальність проблеми.

Домінуючою пухлинною патологією у жінок репродуктивного віку є міома матки (ММ), яка в більшості країн є найчастішим показанням для гістеректомії в пременопаузі і тому є важливою проблемою сучасного суспільного здоров'я (Vollenhoven B., 1998). До теперішнього часу близько 50% хворих міомою матки в гінекологічних стаціонарах піддаються оперативному лікуванню (Краснопольський В.І., 2004; Макаров О.В. та ін, 2000; La Morte AJ et al., 1993; Broder MS et al., 2000). Це призводить до необротного безпліддя, втрати менструальної функції, виражених гормональних порушень, вегетосудинних та психоемоційних розладів (Вихляева Е.М., 1997; Адамян Л.В. та ін, 1999; Кулаков В.І. та ін, 2001; Benassi L. et al., 2002; Matera E. et al., 2002). На міому матки страждають 25-30% жінок старше 35 років, а в останні роки захворювання все частіше виявляється у більш молодому віці (Радзинський В.Є. та ін., 2002; Сидорова І.С., 2003; Вихляева Е.М., 2004; Тихомиров А.Л. та ін, 2006; John AR, 1998).

Однією із значущих причин виникнення і росту пухлини в міометрії традиційно вважається гіперестрогенія (в тому числі локальна), ановуляція і, як наслідок, прогестеронова недостатність (Яковлева І.А. та ін, 1976; Вихляева Е.М., 1997; Савицький Г.А. та ін, 2000; Andrade L.A. et al., 1998). Згідно психосоматичної концепції міоми матки, дисгормонемія, є наслідком синдрому психоемоційного напруження, в результаті якого розвиваються порушення функціонування гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи (Ільїн В.І., 1988; Брехман Г.І., 1990).

Гінекологічне захворювання створює особливу ситуацію для хворої жінки, обумовлену специфічними процедурами обстеження і лікування, спілкуванням з лікарем, тобто саме звернення до гінеколога може бути додатковим фактором стресу, оскільки пов'язано для жінки з проблемами, що беруть свій початок у стереотипах, які склалися у суспільстві, із страхами, пов'язаними з низькою соціальною оцінкою захворювань даної нозології [13]. Гінекологічне захворювання суб'єктивно забарвлене переживанням сорому, провини, тривоги, напруженості у стосунках, депресії та ізоляції [7, 8, 14]. Встановлена велика роль стресу у їх виникненні і вторинний негативний вплив психічних порушень на результат лікування основного захворювання. В той же час, не достатньо досліджені осо-

бистісні аспекти гінекологічної патології: як психогенні/соматогенні впливи хвороби, так і вплив особистісних характеристик, механізмів психологічного захисту та способів подолання жінки на перебіг її захворювання.

За свідченням ряду вчених, після оперативних втручань на матці поширеність психічних розладів у жінок становить 50-80% [6]. У таких хворих після операції проявляється депресивна симптоматика з тривогою і страхом перед майбутнім і за своє здоров'я, невпевненість у собі і сумнівами в своїх "жіночих" можливостях. Характер психічних розладів після операції багато в чому пояснюється характером самого оперативного втручання, що представляє собою своєрідну психічну травму. Психічні порушення значно обтяжують перебіг захворювання після оперативних втручань на матці, знижують ступінь соціально-трудової адаптації хворих, приводячи до інвалідизації та погіршення якості життя. У той же час, результати досліджень інших авторів говорять про наявність позитивного впливу гістеректомії на психічний стан жінок - видалення матки, на їхню думку, допомагає позбутися неприємних симптомів, які викликали необхідність операції, звільняє від необхідності контрацепції, сприяє пов'язанню від місячних і пов'язаних з ними неприємних відчуттів і т.д. [3,12].

Хворі часто звертаються до лікаря дуже пізно, що, очевидно, є наслідком захисних механізмів, які продовжують функціонувати і надалі. Хвора боїться реального стану речей, не бажає приймати відома факту своєї хвороби, а при певних соціальних умовах можуть відігравати роль сором'язливість, своєрідне табу на все, що пов'язано з сексуальністю, недостатня інформативність.

Виражена негативна стресова дія гістеректомії, що негативно відбивається на психологічному стані жінок, у свою чергу, може приводити до розладів взаємодій систем регуляції гомеостазу. В обстеженій групі гінекологічних хворих [4] стан дестабілізованих психологічних процесів поєднувався з напруженням у системі імунітету, гормонального гомеостазу. В умовах психоемоційного і операційного стресу взаємозв'язок систем адаптації знижується, вірогідність ускладнень значно зростає. У групі з дезадаптацією різноманітні ускладнення спостерігалися в 30,4% випадків. Відмічена найбільш тривала передопераційна підготовка і найбільш довгий післяопераційний пе-

ріод - 15,5 дб. У групі з напруженням психологічної адаптації ускладнення виявлені в 28,6% випадків [4].

Після видалення матки на перший план висувуються відчуття втрати жіночності, привабливості, жіночої сексуальності, і тільки пізніше приходить усвідомлення небезпеки для життя. Часто операція мобілізує такі приховані, ірраціональні фантазії і страхи, які пов'язані з особистістю хворої, її уявлення про себе як жінку [2,5]. Втрата жіночності взаємопов'язана зі змінами особистості і її прагненнями в майбутнє. Хворі відчувають сором навіть перед самими собою, часто це почуття сорому проєктується і на оточуючих. Хворі частіше виключають сексуальність зі свого життя. (Франк, 1997)

Безпосередньо після операції, а в деяких випадках через 3-4 тижні нестійкість настрою, почуття неповноцінності, болісні відчуття покинутості, сором'язливість перед сексуальним партнером можуть призвести до депресивних реакцій. Повернення в сім'ю може посилити депресію, якщо поведінка близьких не відповідає очікуванням хворої. При неадекватному ставленні до неї хвора виявляється ізольованою від сім'ї і більш широкого оточення, змінюються її відносини з людьми, вона виявляється в умовах соціальної депривації.

При важких хронічних захворюваннях з оперативною загрозою, емоційно-афективні розлади необхідно розглядати також в контексті соматопсихічних співвідношень, пов'язаних з ситуацією хвороби. Аналіз емоцій в цьому випадку проводиться у відповідності з такими поняттями, як "відношення до хвороби", "внутрішня картина хвороби". Важливо підкреслити, що коли мова йде про соматопсихічні співвідношення, ці співвідношення вимагають аналізу цілого ряду чинників: когнітивного компонента (переробка інформації про хворобу та прогноз), емоційного компонента (реакція на стрес) і цілого ряду поведінкових розладів, обумовлених психосоціальними аспектами.

Однією з важливих психологічних проблем в гінекологічній клініці є проблема реакції особистості на хворобу. Від того, як хворий ставиться до свого захворювання, залежить загальний успіх лікування.

Для досягнення максимально можливого ефекту лікування основного захворювання необхідним є визначення *внутрішньої картини хвороби* пацієнток з гінекологічною патологією [10]. Особливості внутрішньої картини хвороби у жінок з ММ досліджували з допомогою Особистішого опитувальника Типу Відношення до Хвороби (тест ТОВОЛ) [11], який дозволяє виявити 12 типів відношення до хвороби: гармонійний, ергопатичний, анозонозичний, тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолічний, апатичний, сенситивний, егоцентричний, паранойяльний, дисфоричний. На першому етапі обстеження було спрямоване на виявлення патернів особистісного реагування на захворювання.

Найважливішим є питання *"адекватності — неадекватності"* типів ставлення до хвороби. Умовно названі адекватні (гармонійні) реакції на хворобу найчастіше зустрічаються в осіб зі зрілою і здоровою психікою, при наявності благополучного сімейно-соціального фону і соматичних захворюваннях, що не представляють об'єктивно серйозної загрози соціальному і біологічному статусу

людини. У цих випадках ситуація хвороби зазвичай не сприймається як психотравматична і природні компенсаторні можливості нервової системи виявляються достатніми для запобігання виникнення патологічних реакцій з боку психіки. У зв'язку з цим проблема реагування особистості на соматичне захворювання виявляється у фокусі уваги медичного психолога.

Таким чином, ситуацію гінекологічного захворювання доцільно розглядати в рамках кільцевих психосоматичних-соматопсихічних залежностей, що відображають складні міжрівневі співвідношення, які забезпечують функціонування людини.

Важливий вплив на перебіг захворювання, швидку реабілітацію та реадaptaцію хворих після оперативного втручання (зокрема гістеректомії), відіграють механізми подолаючої поведінки, або копінг-стратегії.

Lazarus R. S. (1984) дав перше повне визначення: *подолавання* - це стратегія дій, що використовується людиною в ситуації загрози та відноситься до її фізичного, особистісного та соціального благополуччя.

Копінг - поведінка - відповідно, цілеспрямована поведінка особистості з метою усунути або зменшити інтенсивність шкідливого впливу стресу. Відбувається вибір стратегій (копінг - стратегії), що базуються на ресурсах (копінг - ресурсах) особистості та середовища. Головне в процесах описуваних як "копінг", саме подолавання, адаптації вирішення стресової ситуації, не уникання її (Лапін І.П., 1999).

Копінг-механізми можуть проявлятися в когнітивній, емоційній та поведінковій сферах функціонування особистості. І забезпечують людині можливість (усвідомлено і / або неусвідомлено) впливати на стресогенні події і ефективно реагувати на останні.

Подальше вивчення психосоматичного статусу, індивідуальних особливостей особистості хворих міомою матки з різними варіантами клінічного перебігу дозволить оптимізувати лікувальний процес, поставити завдання для розробки психотерапевтичної дії з метою поліпшення якості соціальної реадaptaції жінок, які страждають на це захворювання.

Матеріали та методи

В дослідженні прийняли участь 56 жінок основної групи у віці від 25-50 років, з фіброміомою матки (в діагнозі можливі аднексити, кістоми та кісти яєчників, ендометріоз як основні захворювання), тривалість захворювання від 1 до 6 років. Середній вік обстежених жінок складає 42 ± 4 роки. Рівень освіти у всіх обстежених жінок вищий. Дослідження проводилось протягом 2011-2013 років на базі Міської клінічної лікарні № 18, у відділенні гінекології.

У відповідності з задачами дослідження основна група ділилась на підгрупи. По віку 25-34 років (репродуктивний вік) - 23%; 35-49 років (старший репродуктивний вік) - 77%. По тривалості захворювання: стоїть на обліку від 1-6 років, нещодавно виявлена патологія. По об'єму проведеної операції: органозберігаюча операція (міомектомія), група 1А; екстирпація матки, група 1Б; екстирпація матки з оваріоектомією, група 1В. По періоду діагностики: ранній післяопераційний період (3-5 день), пізній післяопераційний період (1-6 місяців).

Критеріями відбору для включення в основну групу були: вік жінок 25-50 років; наявність в анамнезі захворювання лейоміоми матки (можливі хронічні аднексити та ендометрити, кіста яєчників); добровільна згода пацієнтки на участь в психологічному дослідженні. Критеріями виключення були: вік старше 50 років, клімактеричний період; наявність в анамнезі злоякісної пухлинної патології, відмова пацієнта від участі у дослідженні; наявність черепно-мозкової травми; тяжкі соматичні та психічні захворювання в анамнезі.

Соматичний (гінекологічний) статус жінок основної групи оцінювався лікуючим гінекологом відділення на основі клініко-лабораторних даних та (по показанням) на основі даних ультразвукового дослідження. У відповідності з задачами даного дослідження враховувались наступні параметри (гінекологічного) захворювання: діагноз; тривалість захворювання; гострота захворювання. Тривалість захворювання виявлялась при збиранні анамнезу зі слів пацієнток, а також на основі даних історії хвороби та інших медичних документів (виписки зі стаціонару після попередніх госпіталізацій, амбулаторні дані). У жінок основної та групи порівняння соціально-демографічний та психологічний статус вивчався стандартним шляхом.

Для дослідження соціально-демографічних характеристик, використовувався короткий структурований опитувальник.

Для психологічного дослідження використані Копінг-тест Лазаруса та ТОБОЛ (тип відношення до хвороби), опитувальник самооцінки Ч.Д. Спілбергера та Ю.Л. Ханіна.

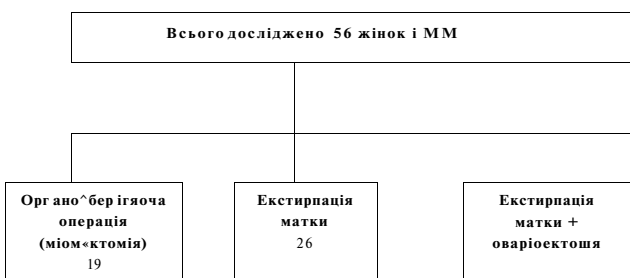


Рис.1 Розподіл обстежених на групи

Результати досліджень

При обстеженні тестом ТОБОЛ у пацієнток з ММ, - з метою визначення провідних типів ставлення до хвороби, виявили, що провідними типами відношення до хвороби у жінок з ММ в ранній післяопераційний період виявилися сенситивний (підвищена чутливість до ставлення до них з боку оточуючих людей) та тривожний. Високі показники по сенситивний типу свідчать про задіту самооцінку (самоповагу) у зв'язку з втратою такого важливого символу жіночності і материнства, як матка. Вираженість сенситивного типу ставлення до хвороби також пояснюється надмірною стурбованістю тим, яке враження на оточуючих може привести хвороба, підвищеною чутливістю до ставлення інших людей, більш типово для раннього післяопераційного періоду. Тривожний тип (тривожно-депресивний і обсесивно-фобічний) характеризується безпер-

вним занепокоєнням і підозрілістю, пов'язаними з несприятливим перебігом хвороби, можливими ускладненнями, неефективністю і навіть небезпекою лікування. У таких людей помітніше інтерес до об'єктивних даних (результати аналізів, висновки фахівців), ніж до суб'єктивних відчуттів. Тому вони воліють почути про протікання захворювання інших, а не пред'являти без кінця свої скарги. Настрій у них тривожний, пригнічений, психічна активність знижена.

Для пізнього післяопераційного періоду характерні: ергопатичний та тривожний типи відношення до хвороби.

Ергопатичний тип характеризується "уходом від хвороби" в роботу, бажання обов'язково продовжувати трудову діяльність.

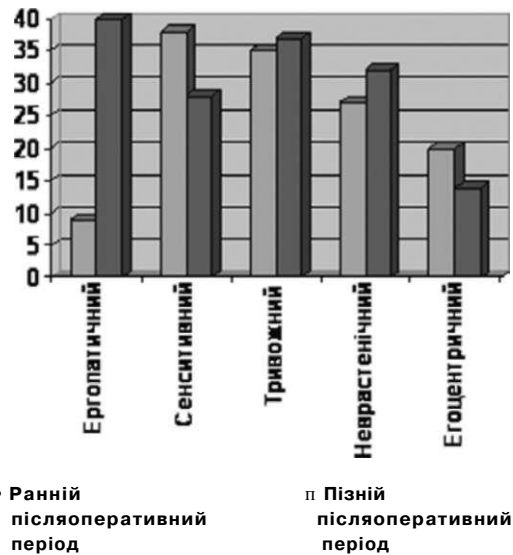


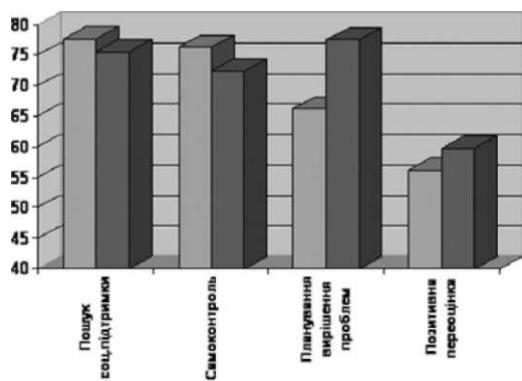
Рис.2 Порівняльний аналіз обстежених груп за показниками типу ставлення до хвороби.

За методикою копінг-стратегій Лазаруса, переважають стратегіями для хворих з ММ в ранній післяопераційний період є пошук соціальної підтримки та самоконтроль. Це пояснюється тим, що для їх типу особистості характерна залежність від соціальних норм, оточення та надконтроль. Для хворих в пізній післяопераційний період характерні пошук соціальної підтримки та планування вирішення проблем. Спільне між ними - пошук соціальної підтримки - пояснюється мотиваційною спрямованістю особистості на нормативні критерії в соціальному оточенні. Жорстко пов'язані самоконтроль і пошук соціальної підтримки.

Слід відмітити позитивну кореляцію між показниками шкал сенситивності та тривожності (ТОБОЛ) зі шкалою "пошуку соціальної підтримки" (копінг-тест Лазаруса) в ранній післяопераційний період та показників шкали ергопатичного типу відношення до хвороби та тривожного (ТОБОЛ) зі шкалою "самоконтроль" та "планування вирішення проблем" (копінг-тест Лазаруса) в пізній післяопераційний період.

Висновки

1. Отримані дані показують, що жінкам в ранній післяопераційний період характерний сенситивний тип



• Ранній післяопераційний період Ш Пізній післяагтерційний

Рис.3 Порівняльна характеристика копінг-стратегій за Лазарусом у обстежених жінок в залежності від періоду діагностики.

ставлення до хвороби (38 б.), що свідчить про вражену самооцінку жінки, у зв'язку з втратою такого важливого символу жіночності та материнства як матка. Жінки з гінекологічним захворюванням за даними ряду вчених вразливі до соціальної оцінки та соціального прийняття, тому даний тип ставлення до хвороби позитивно корелює з копінг-стратегією "пошук соціальної підтримки" (77,7).

2. В ранній післяопераційний період також характерний тривожний тип (35 б.) ставлення до хвороби. У таких людей помітніше інтерес до об'єктивних даних (результати аналізів, висновки фахівців), ніж до суб'єктивних відчуттів. Тому вони воліють почути про протікання захворювання інших, а не пред'являти без кінця свої скарги. Настрій у них тривожний, пригнічений, психічна активність знижена. Даний тип відношення до хвороби позитивно корелює з копінг-стратегією "самоконтроль" (76,3), що дає нам змогу висунути припущення, що для жінок на даному етапі діагностики характерна алекситимія та низький рівень усвідомлення власних почуттів та переживань, а значить в значній мірі напружені механізми психологічного захисту.

3. Для пізнього післяопераційного періоду характерні ергопатичний (40 б.) та тривожний (37 б.) типи відношення до хвороби, що позитивно корелює з копінг-стратегіями "пошук соціальної підтримки"(75,6) та "планування вирішення проблем" (77,54).

4. Спільним між двома періодами діагностики: пізнім та раннім є пошук соціальної підтримки. Це пояснюється мотиваційною спрямованістю особистості на нормативні критерії в соціальному оточенні. Жорстко пов'язані самоконтроль і пошук соціальної підтримки.

5. Подальше вивчення психосоматичного статусу, індивідуальних особливостей особистості хворих міомою матки з різними варіантами клінічного перебігу дозволить оптимізувати лікувальний процес, поставити завдання для розробки психотерапевтичної дії з метою поліпшення якості соціальної реадптації жінок, які страждають на це захворювання.

Рецензент: академік НАПН України, д.пед.н., професор Максименко С.Д.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Айламазян Э. К. Влияние оперативного лечения на качество жизни гинекологических больных / Э. К. Айламазян, И. Ю. Васильева // Журн. акушерства и женск. болезней. - 2003. - № 3. - С. 4-8.

2. Буянова С. Н. Современные представления об этиологии, патогенезе и морфогенезе миомы матки / С. Н. Буянова, М. В. Мгелиашивили, С. А. Петракова // Рос. вестн. акушера-гинеколога. - 2008. - № 6. - С. 45-51.

3. Володин Б. Ю. Психотерапия и психологическая реабилитация больных миомой матки после оперативного вмешательства / Б. Ю. Володин // Диагностика и лечение онкологических заболеваний основных локализаций : межрегион. сб. науч. трудов / под ред. Е. П. Куликова. - Рязань : Узорочье, 2006. - С. 70-72.

4. Вознесенская Т. Г. Эмоциональный стресс и профилактика его последствий / Т. Г. Вознесенская // Нейро news. - 2008. - № 2. - С. 36-40.

5. Кулагина Н. В. Миома матки: иммунологическая и психосоматическая концепция развития, индивидуальный прогноз и тактика ведения : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. 14.00.01, 14.00.46 / Н. В. Кулагина. - СПб, 2008. - 49 с.

6. Локшин В. Н. Влияние заболеваний репродуктивной системы на качество жизни женщин / В. Н. Локшин, А. А. Петренко, Н. Е. Арефьева // Рос. вестн. акушера-гинеколога. - 2005. № 1. - С. 52-55.

7. Новиков В. В., Володин Б. Ю. Психотерапевтический контакт / В. В. Новиков, Б. Ю. Володин // Материалы науч. конф., посвящ. 60-летию основания Рязан. гос. мед. ун-та / под общ. ред. В. Г. Макаровой. - Рязань, 2004. - Ч. 1. - С. 52-54. 71

8. Особенности личности женщин репродуктивного возраста после хирургического лечения миомы матки / Е. Б. Терешкина, И. С. Бокша, О. К. Савушкина, Г. Ш. Бурбаева // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. - 2001. - № 7. - С. 51-53.

9. Психосоматические взаимоотношения и перспективы психотерапии и психологической реабилитации у больных миомой матки / Б. Ю. Володин, Д. С. Петров, С. С. Петров, В. В. Новиков // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии : сб. науч. статей. - Рязань : РязГМУ, 2005. - Вып. 2. - С. 12-15. 72

10. Свірідова В. В. Порівняльна характеристика психоемоційного стану жінок, які перенесли оперативні втручання на внутрішніх статевих органах / В. В. Свірідова // Мед. психологія. - 2009. - № 1. - С. 82-88.

11. Эмоциональный стресс в этиологии и патогенезе психических и психосоматических заболеваний / Н. Е. Бачериков, М. П. Воронцов, П. Е. Петрюк, А. Я. Цыганенко. - Харьков : Основа, 1995. - 273 с.

12. Differences in the psychological status of hysterectomy and non-hysterectomy women / H. F. Mackinger, A. H. Graf, E. Keck [et al.] // Wien Klin. Wochenschr. - 2001. - Vol. 113, № 23/24. - P. 954-959.

13. Lazarus, R., Volkmann S. Stress, Appraisal and Coping. N.Y., 1984. - 348с.

14. Lazarus, R.S. Emotion and Adaptation. N.Y., Oxford University Press, 1991-58с.

ОСОБЕННОСТИ ПРЕОДОЛЕВАЮЩЕГО КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН С ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Науменко Г.Н., Божук Б.С.

Национальный медицинский университет имени А.А.Богомольца, г.Киев, Украина

Резюме. Данная статья освещает особенности совпадающего поведения больных с лейомиомой матки в послеоперационный период.

Имеющиеся в литературе данные о психоэмоциональном состоянии женщин после гистерэктомии свидетельствуют о разнообразии этих состояний - от психологического благополучия до глубокой психической дезадаптации. Поэтому дальнейшее изучение психосоматического статуса, индивидуальных особенностей личности больных с миомой матки с различными вариантами клинического течения позволит оптимизировать лечебный процесс, поставить задание для разработки психотерапевтического воздействия с целью улучшения качества социальной реадaptации женщин, которые страдают этим заболеванием.

В условиях приспособления к болезни как угрозы физическому, личностному и социальному благополучию, пациентом начинаются действия, направленные на овладение трудной ситуацией - механизмы преодоления стресса (или копинг-механизмы), определяющие успешность или неуспешность адаптации. Изучение и коррекция копинг-стратегий у конкретной личности женщины с лейомиомой матки (возможно и групп) может помочь в профилактике и лечении заболеваний.

Ключевые слова: лейомиома матки, психоэмоциональное состояние, копинг-стратегии, тип отношения к болезни, гистерэктомия, социальная реабилитация.

FEATURES OF COPING-BEHAVIOR IN WOMEN WITH UTERINE LEIOMYOMAS IN THE POSTOPERATIVE PERIOD

G.Naumenko, B.Bozhuk

National O.O.Bogomolets Medical University, Kyiv, Ukraine

Summary: This article highlights the features of coping behavior of patients with uterine leiomyomas in the postoperative period.

The published data on the psycho-emotional state of women after hysterectomy demonstrate the diversity of these states - on the psychological well-being to profound mental maladjustment. Therefore, further study of psychosomatic status, individual personality characteristics of patients with uterine myoma with various clinical course will optimize the healing process, put the task to develop psychotherapy in order to improve the quality of social integration of women who suffer from this disease.

In terms of adaptation to the disease as a threat to the physical, personal and social well-being of the patient starts action to mastering difficult situation - coping mechanisms (or coping mechanisms), determining the success or failure of adaptation. The study and correction coping strategy in particular of a woman with uterine leiomyomas (and possibly groups) can help in the prevention and treatment of disease.

Key words: uterine leiomyoma, the psycho-emotional state, coping strategies, the type of relationship to disease, hysterectomy, social rehabilitation.