

ПСИХОЛОГІЯ

УДК 159.929:616.12-008.331.1:616.61-002.3

Богдан БОЖУК,
Національний медичний університет
ім. О.О. Богомольця,
Київ (Україна),
Маркіян СТЕПАНЧЕНКО,
Буковинський державний медичний
університет,
Чернівці (Україна),
Наталія ШПАЧЕНКО,
Київська міська клінічна лікарня №17,
Київ (Україна).

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ КОПІНГ-ПОВЕДІНКИ У ХВОРИХ НА НЕФРОГЕННУ ГІПЕРТЕНЗІЮ, АСОЦІЙОВАНУ ІЗ ХРОНІЧНИМ ПІЄЛОНЕФРИТОМ

Ключевые слова: *копинг-стратегии, копинг-поведение, уровень жизни, тревожность, психологическая коррекция*

Божук Б., Степанченко М., Шпаченко Н.
Особенности формирования копинг-поведения у больных на нефрогенную гипертензию, ассоциированную с хроническим пиелонефритом

Представлено данные об особенностях возникновения различных копинг-стратегий и форм преодолевающего поведения у пациентов с нефрогенной гипертензией в условиях стационарного лечения. Уточнено и конкретизировано содержание понятия копинг-стратегий и копинг-поведения пациентов соматического профиля. На основе проведенного исследования проведено объёмный комплексный анализ с целью определения мишеней для дальнейших психокоррекционных мероприятий в работе с пациентами, страдающими от нефрогенной гипертензии в период их стационарного лечения.

Життя сучасної людини в зв'язку з урбанізацією, політизацією суспільства, технологічним прогресом вимагає від особистості мобілізації її внутрішніх ресурсів. Це призводить до постійного перенапруження і розвитку дистресу, так як людина постійно відчуває на собі тиск зі сторони оточення¹. Від особистісних особливостей людини залежить сприймання нею негативної сторони описаних чинників, що призводить до розвитку серцево-судинних захворювань, в тому числі і нефрогенної гіпертензії². Серед усіх захворювань соматичного характеру, хвороби серцево-судинної системи, а серед них нефрогенна гіпертензія, займають перше місце. За оцінками Національного наукового

центру «Інститут кардіології імені М.Д.Стражеска НАМН України» (2008р.) нефрогенна гіпертензія спостерігається у майже 36% дорослого населення України, що завдає суттєвих збитків економіці держави та констатує низький загальний стан здоров'я нації. Важливе місце у структурі захворюваності на артеріальну гіпертензію займає нефрогенна гіпертензія.

Клінічна картина при нефрогенній гіпертензії складається з симптомів, характерних для гіпертонічної хвороби та симптомів ураження нирок. В наш час провідною визнається багатофакторна модель виникнення нефрогенної гіпертензії, де провідну етіологічну роль відіграють генетичні фактори та

фактори навколишнього середовища. З останніх психоемоційний стрес та супутні тривожно-депресивні розлади є одними з основних факторів ризику.

Для боротьби зі стресовими чинниками людина використовує механізми копінгу, які можна розподілити на копінг-стратегії і копінг-ресурси. Формування непродуктивних копінг-стратегій веде до виснаження механізмів адаптації, і як наслідок, може призводити до виникнення нефрогенної гіпертензії чи погіршення її перебігу³. Суттєвим фактором, який здатен впливати на механізми адаптації людини до стресу та її психічний комфорт є потрапляння людини на лікування до стаціонару та формування взаємин між хворим та медичними працівниками⁴. Характер цих відносин може визначати ефективність процесу лікування різних захворювань⁵. Тому провідну роль у лікуванні пацієнтів з нефрогенною гіпертензією в умовах стаціонару має відігравати інтегративний підхід, який включає проведення психотерапевтичних та психокорекційних заходів поряд з основним лікуванням⁶. На сьогоднішній день в Україні відсутні системні наукові дослідження з даної проблеми.

Зважаючи на це, метою дослідження був аналіз формування копінг-поведінки у хворих на нефрогенну гіпертензію в умовах стаціонару та розробка програми психокорекційної допомоги даній групі пацієнтів.

Клініко-психологічне дослідження було здійснене за допомогою бесіди (інтерв'ювання), та аналізу історій хвороби пацієнтів з недугами, описаними вище. Психодіагностичне дослідження було розподілено на наступні блоки: дослідження індивідуально-особистісних характеристик (рівень суб'єктивного контролю, стратегії копінг-поведінки); дослідження потреби в соціальній підтримці; дослідження патопсихологічного підґрунтя розвитку невротичних реакцій (рівень тривожності); дослідження якості життя пацієнтів.

Рівень суб'єктивного контролю було визначено за допомогою однойменної методики J.Rotter в адаптації Є.Ф.Бажина зі співавторами (2002). Основні копінг-стратегії хворих були визначені за допомогою методики «Індикатор стратегій подолання стресу» (J.H. Amirkhan, 1988), адаптованої для України Н.А.Сиротою та В.М.Ялтонським (1994). З використанням «Методики визначення індивідуальних копінг-стратегій» (E.Heim, 1988) було досліджено основні складові копінг-поведінки. Багатовимірною шкалою сприйняття соціальної підтримки

(MSPSS), розроблена G.D.Zimet (1988) та адаптована для Росії Н.А.Сиротою та В.М.Ялтонським (1994), була використана з метою визначення соціального сприйняття хворими. Для оцінки рівня тривожності у обстежуваних була взята методика «Шкала самооцінки рівня тривожності», розроблена Ч.Д.Спілбергером та адаптована Ю.В.Ханіним (1976). Для діагностики якості життя було використано міжнародний опитувальник оцінки якості життя MOS SF-36 (Ware J. E., 1992).

З метою статистичної обробки отриманих результатів визначалися такі показники як середнє, стандартне відхилення, стандартна похибка середнього, коефіцієнт лінійної кореляції Пірсона. Використовувався розрахунок достовірності відмінностей між емпіричними розподілами по критерію Стюдента. Статистична обробка матеріалу проводилась на персональному комп'ютері з використанням програмних можливостей OFFICE Excel та StatPlus 2009 Professional.

Характеристика обстежених. На основі поданої добровільної проінформованої згоди в процесі дослідження протягом 2014-2015 рр. Було обстежено 45 хворих на нефрогенну гіпертензію, асоційовану із хронічним пієлонефритом. З них 18 осіб (основна група) знаходилась на стаціонарному лікуванні, інші 27 осіб – мали аналогічний діагноз, але лікувалися амбулаторно у дільничного лікаря-терапевта. Середній вік обстежуваних хворих на момент дослідження складав $47 \pm 7,9$ років. За статевим складом розподіл хворих основної групи виявився наступним: чоловіків 33,33 % (6 осіб), жінок 66,67% (12 осіб).

Термін стаціонарного лікування пацієнтів склав 14 ± 3 дні і дозволив виявити основні тенденції та дав можливість порівнювати динаміку змін долаючих стратегій та копінг-поведінки стаціонарного хворого під впливом проведеної психокорекційної роботи.

Група порівняння складала 27 осіб, які не знаходились на стаціонарному лікуванні, проте мали встановлений діагноз – хронічний пієлонефрит, нефрогенна гіпертензія та проходили необхідне лікування. Середній вік групи порівняння на момент обстеження склав $49,8 \pm 5,4$ років. За статевим складом розподіл групи порівняння виявився наступним чином: чоловіків 29,63% (8 осіб), жінок 70,37% (19 осіб).

За результатами дослідження рівня суб'єктивного контролю було встановлено, що пацієнти основної групи мали тенденцію до екстернального локус-контролю по переважній

більшості шкал. Цей результат був актуальним як для генералізованого показника, так і для показників майже по всім ситуативним компонентам. Найбільш виражена тенденція до екстернального локусу контролю простежувалась у сфері невдач ($M=3,12$, $\sigma=0,9$, $CV=0,29$, $mM=\pm 0,12$) і виробничих відносин ($M=3,4$, $\sigma=1,02$, $CV=0,3$, $mM=\pm 0,13$). При цьому, тенденція до екстернального локусу контролю у сфері невдач була більш вираженою у пацієнтів стаціонару ($p \leq 0,001$), відмінності по шкалі виробничих відносин знаходились на рівні, нижчому за статистично значимий. Найбільш виражена тенденція до інтернального локусу контролю була виявлена по шкалі інтернальності у відношенні здоров'я і хвороби ($M=5,73$, $\sigma=0,78$, $CV=0,14$, $mM=\pm 0,1$). Статистично достовірних відмінностей між основною і групою порівняння за цією шкалою не спостерігалось ($t_{зд}=1,7$).

За шкалою інтернальності в сімейних відносинах середній показник у обстежуваних був помірно екстернальним ($M=5,0$, $\sigma=0,69$, $CV=0,14$, $mM=\pm 0,09$). Статистично значимої відмінності від групи порівняння за шкалою інтернальності не було виявлено. У сфері міжособистісних відносин отриманий середній показник склав 4,8 бала ($\sigma=0,54$, $CV=0,11$, $mM=\pm 0,07$), що свідчило про помірну екстернальність. Помічено достовірну різницю за цією шкалою ($p \leq 0,001$). Середньостатистичні показники по сфері досягнень склали 4,78 бала ($\sigma=0,89$, $CV=0,19$, $mM=\pm 0,12$). Пацієнти стаціонару достовірно ($p \leq 0,001$) більш схильні до приписання своїх досягнень іншим людям чи долі. Середньостатистичні показники за шкалою загальної інтернальності були виявлені на рівні 3,75 ($\sigma=1,04$, $CV=0,28$, $mM=\pm 0,14$). Статистично достовірної відмінності між основною групою і групою порівняння за цією шкалою не було встановлено.

Визначення основних копінг-стратегій, яких набували пацієнти з нефрогенною гіпертензією, потрапивши до лікувального закладу, було важливим завданням дисертаційного дослідження. Згідно даним отриманим за допомогою методики «Індикатор стратегій подолання стресу» (табл. 1), хворі основної групи були найбільш схильні до використання непродуктивної копінг-стратегії уникання – 28,68 бала ($\sigma=2,65$, $CV=0,09$, $mM=\pm 0,34$), питома вага цієї стратегії у структурі копінг-поведінки складала 37,5%. Пацієнти стаціонару вдавались до використання цієї копінг-стратегії достовірно значно частіше за нешпиталізованих хворих ($p \leq 0,001$), в той час

як її використання не вирішує проблем, з якими зустрічається особистість, а лише частково їх згладжує і пом'якшує.

Середньостатистичний показник по шкалі пошуку соціальної підтримки склав 24,92 бала ($\sigma=2,71$, $CV=0,11$, $mM=\pm 0,35$), що явило собою 75,5% від максимально можливого балу по цій шкалі. Питома вага соціальної підтримки в структурі копінг-поведінки пацієнтів – 32,6%. Шпиталізовані хворі прагнули соціальної підтримки частіше за групу порівняння ($p \leq 0,05$).

Таблиця 1

Ступінь вираженості основних копінг-стратегій, та їх питома вага в загальній структурі стратегій долаючої поведінки.

	Основна група	Група порівняння	
	Бал \pm m	%	Бал \pm m
Вирішення проблем	22,85 \pm 0,47	29,9	27,84 \pm 0,38
Пошук соціальної підтримки	24,92 \pm 0,35	32,6	24 \pm 0,4
Уникання	28,68 \pm 0,34	37,5	19,96 \pm 0,31

По шкалі вирішення проблем середньостатистичний показник склав 22,85 бала ($\sigma=3,64$, $CV=0,16$, $mM=\pm 0,47$). Питома вага цієї стратегії була визначена на рівні 29,9%. Цей результат був достовірно нижчим ($p \leq 0,001$) за результат групи порівняння.

Виявлена залежність між використанням основних копінг-стратегій та фактом шпиталізації хворих. Пацієнти стаціонару значно частіше використовували стратегії уникання (43,7%) та рідше вдавались до стратегії вирішення проблем – на 21,8%, в порівнянні з нешпиталізованими хворими. Тобто можна розглядати даний факт, як один з факторів впливу лікувального закладу на особистість хворого.

Переважає використання пацієнтами стаціонару непродуктивних та відносно продуктивних поведінкових стратегій було встановлено за допомогою методики Е.Хайма, котра розглядає особливості копінг-поведінки в емоційній, когнітивній та поведінковій сферах. Серед непродуктивних стратегій пацієнти стаціонару використовували: когнітивні копінг-стратегії - 51,7%, емоційні копінг-стратегії - 93,3%, поведінкові копінг-стратегії - 33,3%. Відносно продуктивні копінг-стратегії використовували: когнітивні – 43,3%, емоційні – 5,0%, поведінкові – 66,7%. В той же час продуктивні стратегії використовувала незначна кількість хворих: когнітивні – 5,0%,

емоційні – 1,7%, поведінкові - продуктивні стратегії були відсутні. Серед когнітивних стратегій переважно використовувались «примирнення» (31,7%), ігнорування (25,0%) та розгубленість (20,0%); серед емоційних – «подавлення» (61, 7%) та «емоційна розрядка» (25,0%); серед стратегій в поведінковій сфері переважали «звернення» (50,0%), «уникнення» (20,0%) та «компенсація» (16, 7%).

Дослідження соціальної підтримки, яка тісно взаємопов'язана з фізичним здоров'ям і поведінкою особистості (S. Cohen et.al., 1985), дало наступні результати. Встановлено, що у осіб, які перебували на лікуванні у стаціонарі, результати розподілені відносно рівномірно по субшкалам «підтримка сім'ї», «підтримка значимих інших» (табл. 2). За шкалою «підтримка сім'ї» досліджуваними було набрано 3,23 бали ($\sigma=0,7$, $CV=0,22$, $mM=\pm 0,09$), що склало 80,8% від максимально можливого показника по цій шкалі. Пацієнти стаціонару підтримки сім'ї потребували менше за представників групи порівняння ($p\leq 0,05$).

Таблиця 2
Показники соціальної підтримки за субшкалами (бали $\pm m$)

Група	Підтримка сім'ї	Підтримка друзів	Підтримка значимих інших	Загальна оцінка
Основна	3,23 \pm 0,09	2,42 \pm 0,13	3,37 \pm 0,08	9,02 \pm 0,23
Порівняння	3,5 \pm 0,12	2,78 \pm 0,17	2,7 \pm 0,1	8,98 \pm 0,26

Середньостатистичний бал за шкалою «підтримка значимих інших» склав 3,37 бали ($\sigma=0,61$, $CV=0,18$, $mM=\pm 0,08$). Цей показник дорівнює 84,2% максимально можливого балу. Причому потреба в підтримці значимих інших була достовірно вищою у пацієнтів стаціонару ($p\leq 0,01$). Результат за шкалою «підтримка друзів» був суттєво нижчим від попередніх двох і склав 2,42 ($\sigma=0,99$, $CV=0,41$, $mM=\pm 0,13$), що становить лише 60,4% максимального балу. Він також був достовірно нижчим за результат нешпиталізованих хворих ($p<0,05$). Показник загальної оцінки у пацієнтів склав 9,02 бали ($\sigma=1,76$, $CV=0,19$, $mM=\pm 0,23$), або 75.1% від максимально можливого ступеня вираженості. Незважаючи на відмінності по трьом шкалам між дослідною і контрольною групою, загальна оцінка у них була статистично однорідною ($t_3=0,1$), отже, потреба у соціальній підтримці у

цих людей була однаковою, а змінювалось тільки джерело задоволення цієї потреби.

Таблиця 3
Середні показники особистісної та ситуативної тривоги у дослідженні різних груп (бали $\pm m$)

	Особистісна	Ситуативна
Основна група	45,28 \pm 0,57	45,18 \pm 0,57
Група порівняння	44,98 \pm 0,51	37,46 \pm 0,45

Важливим фактором, з яким зіштовхується особистість, потрапляючи до стаціонару є тривога (табл. 3).

Середній рівень особистісної тривожності у пацієнтів склав 45,28 балів ($\sigma=4,42$, $CV=0,1$, $mM=\pm 0,57$). При цьому ситуативна тривожність спостерігалась на рівні 45,18 балів ($\sigma=4,46$, $CV=0,1$, $mM=\pm 0,57$). Отриманий результат свідчить, що рівень тривожності як особистісної, так і ситуативної знаходився на верхній межі помірної тривожності. При цьому у 40% пацієнтів особистісна тривога і у 63,3% пацієнтів ситуативна тривога знаходилась на високому рівні. Одночасно високий рівень обох видів тривоги спостерігався у 30% обстежених.

Достовірних відмінностей за шкалою особистісної тривоги не було виявлено, тобто рівні особистісної тривоги у пацієнтів стаціонару і нешпиталізованих хворих були статистично однаковими. Проте відмінності за шкалою ситуативної тривоги були достовірними при рівні значимості $p\leq 0,001$. Ступінь прояву ситуативної тривоги у пацієнтів стаціонару на 20,6% більший за групу порівняння. Таким чином, факт потрапляння до стаціонару є фактором підвищення реактивної (ситуативної) тривоги, а це потрібно враховувати при плануванні психокорекційних заходів з метою адаптації пацієнтів до умов стаціонарного лікування і з метою запобігання розвитку невротичних реакцій.

Дослідження якості життя у хворих на нефрогенну гіпертензію, які потрапили на стаціонарне лікування показало її зниження по основним параметрам. Якість життя можна поділити на дві групи: компоненти, котрі відносяться до здоров'я (фізична, психологічна, духовна, соціальна функції) та ті, що до нього не відносяться (навколишнє середовище, економічні, суспільні, політичні чинники). Потрапляння пацієнта до стаціонару стаціонару впливає на ряд фізичних, фізіологічних, психоемоційних чинників, а це в свою чергу впливає на суспільну та соціальну функції особи (табл. 4).

Таблиця 4
Середні величини показників якості життя пацієнтів стаціонару

Група	PF	RP	P	GH	VT	SF	RE	MH
Основна	46	19,7	59,0	57,83	57,08	36,46	40,56	47,8
Порівняння	58,6	27,5	59,4	66,1	60,7	42,5	71,33	52,72

По шкалі фізичного функціонування (PF) середній показник склав 46 балів ($\sigma=12,03$, $CV=0,27$, $mM=\pm 1,59$). Середній рівень рольового функціонування (RP) – 19,7 балів ($\sigma=19,7$, $CV=1,03$, $mM=\pm 2,54$), при цьому 45% досліджуваних основної групи набрали мінімально можливий бал, тобто їхня щоденна рольова діяльність стала суттєво обмеженою. Показник по шкалі болю (P) виявлений на рівні 59 балів ($\sigma=9,51$, $CV=0,16$, $mM=\pm 1,23$). Загальний стан свого здоров'я (GH) пацієнти стаціонару оцінили з середнім показником 57,83 бала ($\sigma=11,3$, $CV=0,2$, $mM=\pm 1,47$).

Слід зазначити, що показник якості життя по шкалі фізичного функціонування та шкалі загального стану здоров'я був достовірно нижчим при $p \leq 0,001$ у пацієнтів стаціонару, тоді як по шкалі рольового функціонування $p \leq 0,05$. По шкалі болю статистично достовірних відмінностей не було виявлено.

Серед показників психічного здоров'я, середньостатистичний рівень життєздатності (VT) склав 57,08 балів ($\sigma=9,92$, $CV=0,17$, $mM=\pm 0,28$). При цьому життєздатність у шпиталізованої людини мала тенденцію до зниження ($p \leq 0,05$). По шкалі соціального функціонування (SF) середній показник склав 36,46 балів ($\sigma=11,8$, $CV=0,32$, $mM=\pm 1,52$). Він також був достовірно нижчим ($p \leq 0,01$) за групу порівняння. За шкалою емоційного функціонування (RE) пацієнти показали середній результат на рівні 40,56 балів ($\sigma=23,03$, $CV=0,57$, $mM=\pm 2,97$), при цьому за цією шкалою 13,3% пацієнтів набрали мінімально можливий результат, тобто особливості їх емоційної сфери знижують їх функціонування і рівень якості життя. Показник емоційного рівня якості життя був суттєво нижчим у пацієнтів стаціонару в порівнянні з нешпиталізованими хворими ($p \leq 0,001$), а, отже, емоційний компонент їх якості життя є однією з мішеней психокорекційної роботи. Середньостатистичний показник якості життя за шкалою психічного здоров'я (MH) дорівнює 47,8 балів ($\sigma=12,95$, $CV=0,27$, $mM=\pm 1,67$). Він також є достовірно нижчим у пацієнтів стаціонару ($p \leq 0,05$).

Таким чином якість життя пацієнтів стаціонару по всім шкалах, крім шкали болю, була нижчою у порівнянні з нешпиталізованими хворими. А відповідно суб'єктивне сприйняття якості життя мало стати черговим завданням психокорекційної роботи з хворими на нефрогенну гіпертензію (НГ) в умовах стаціонару.

Підсумовуючи результати дослідження (табл. 5), слід відмітити, що існували певні спільні психологічні особливості хворих на НГ, котрі не залежали від об'єму надання лікувальної допомоги. А саме копінг-стратегію соціальної підтримки однаково використовували пацієнти обох груп, що було підтверджено загальним показником соціальної підтримки. Також спільною для хворих з НГ була підвищена особистісна тривога.

Таблиця 5
Порівняння основних результатів дослідження хворих на НГ

Показник	Амбулаторне лікування	Стаціонарне лікування
Копінг-стратегія: вирішення проблем	27,84 \pm 0,38	22,85 \pm 0,47
соціальна підтримка	24 \pm 0,4	24,92 \pm 0,35
унікання	19,96 \pm 0,31	28,68 \pm 0,34
Соціальна підтримка: загальний показник	8,98 \pm 0,26	9,02 \pm 0,23
сім'я	3,5 \pm 0,12	3,23 \pm 0,09
друзі	2,78 \pm 0,17	2,42 \pm 0,13
значимі інші	2,7 \pm 0,1	3,37 \pm 0,08
Тривога: особистісна	44,98 \pm 0,51	45,28 \pm 0,57
ситуативна	37,46 \pm 0,45	45,18 \pm 0,57
Якість життя: фізичне функціонування		
рольове	58,6	46
функціонування	27,5	19,7
біль	59,4	59
загальне здоров'я	66,1	57,83
життєздатність	60,7	57,08
соціальне	42,5	36,46
функціонування	71,33	40,56
емоційне	52,72	47,8
функціонування психічне здоров'я		

В той же час існують специфічні показники, характерні для пацієнтів з НГ, що перебувають в умовах стаціонарного лікування, котрі відмінні від показників нешпиталізованих хворих. Зокрема спостерігалось використання непродуктивних копінг-стратегій в

поєднанні з підвищеною ситуативною тривогою та зниження якості життя за даними більшості шкал.

Згідно з результатами кореляційного аналізу було встановлено, що у хворих з високим рівнем розвитку копінг-стратегій вирішення проблем спостерігалось зниження потреби в пошуку соціальної підтримки ($r=-0,36$) загалом і потреби в соціальній підтримці, сім'ї зокрема ($r=-0,31$). Це свідчить, що особистості, які мають адаптивний копінг (продуктивний), менше потребують соціальної підтримки як від соціуму загалом (медичного персоналу, колег, друзів та знайомих), так і від сім'ї, тобто найближчих в оточенні людей. Для цих пацієнтів також був характерний більш низький рівень особистісної ($r=-0,28$) та ситуативної тривоги ($r=-0,27$), а також характерною була тенденція до прояву інтернальності по шкалам невдач (Ін) ($r=+0,43$) і інтернальності в відношенні здоров'я і хвороби (Ізд) ($r=+0,26$). Отже, можна констатувати, що хворим, які мали тенденцію до інтернального локус-контролю, властиве використання стратегії вирішення проблем.

Стратегію соціальної підтримки обирали для себе пацієнти зі схильністю до екстернального рівня суб'єктивного контролю по шкалі інтернальності в відношенні здоров'я і хвороби (Ізд) ($r=-0,26$). Таким чином, група пацієнтів, яка використовувала у своїй життєдіяльності як основну стратегію – соціальну підтримку – знаходилась у постійній залежності від соціуму та мала постійний ризик фрустрації в разі відсутності належної підтримки у складних життєвих ситуаціях.

Особи, які вибрали копінг-стратегію уникання, мали екстернальну тенденцію суб'єктивного контролю, кореляційно значиму по шкалі загальної інтернальності (Із) ($r=-0,29$) та знижений показник якості життя в сфері психічного здоров'я (МН) ($r=-0,36$).

Отримані залежності були важливими для визначення мішеней для проведення ефективної психокорекційної роботи. Тому, підсумовуючи вищеописане, ми дійшли наступних висновків:

1. В дослідженні здійснене теоретичне узагальнення та практичне вирішення актуальної наукової задачі – вивчення основних чинників, котрі впливають на копінг-поведінку хворих на нефрогенну НГ в умовах стаціонарного лікування. Встановлено, що хворі в стаціонарі і амбулаторні пацієнти використовують різні механізми копінг-поведінки.

2. Виявлено особливості використання ко-

пінг-ресурсів та копінг-стратегій долаючої поведінки хворого на нефрогенну НГ в умовах стаціонару. Провідною копінг-стратегією є "уникання" ($28,68 \pm 2,65$, питома вага 37,5%), а також непродуктивні та відносно продуктивні долаючі стратегії в когнітивній, емоційній та поведінковій сферах. Тобто хворі на нефрогенну гіпертензію в умовах стаціонару обирають пасивну позицію стосовно життєвих перепон, оминають будь-які активні дії, невдачі вони пояснюють зовнішніми чинниками, потребують соціальної підтримки (близких та оточуючих), але почуття жалю до їх стану ще більш поглиблює спрямованість на уникання.

3. Встановлено, що для хворих на НГ є вагомим потреба в соціальній підтримці. Але джерела її задоволення є різними в залежності від амбулаторного чи стаціонарного лікування. Так, для основної групи цим джерелом є «значимі інші», а зокрема – медичні працівники ($p \leq 0,01$).

4. Для хворих на НГ є характерною підвищена особистісна тривожність. Умови стаціонарного лікування є чинником ситуативної тривоги ($45,18 \pm 4,46$ бали), що є достовірно вищим результатом у порівнянні з амбулаторними хворими ($p \leq 0,001$).

5. Виявлено, що суб'єктивна оцінка якості життя пацієнтів стаціонару є достовірно нижчою за таку у нешпиталізованих хворих за всіма параметрами, окрім шкали болю.

6. Доведено, що хворі на НГ, які мають адаптивний копінг (продуктивний), незалежно від умов лікування менше потребують соціальної підтримки як від соціуму загалом (медичного персоналу, колег, друзів та знайомих), так і від сім'ї, тобто найближчих в оточенні людей ($r=-0,31$). Виявлено, що особи, котрі обирають копінг-стратегії вирішення проблем, мають достовірно нижчий рівень особистісної та ситуативної тривоги ($r=-0,28$ і $r=-0,27$ відповідно).

ЛІТЕРАТУРА

1. Михайлов Б.В. Психотерапия в общесоматической медицине (Клиническое руководство) / Михайлов Б. В., Сердюк А. И., Федосеев В. А.; Под ред. Б. В. Михайлова. – Харьков: Прапор, 2002. – 128 с.
2. Чазова А. А. Копинг-поведение врача и больного в процессе преодоления болезни : Дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.04. / Чазова А. А. - Бишкек, 1998. - 414 с.
3. Шестопалова Л.Ф. Терапевтическая среда: проблемы и перспективы развития / Шестопалова Л.Ф., Луцки В.Л. // Материалы

второго національного конгресса по социальной психиатрии «Социальные преобразования и психическое здоровье».- М., 2006.- С.195

^{4.} Максименко С.Д. Психологічна допомога тяжким соматично хворим. Навчальний посібник. / Максименко С.Д., Шевченко Н.Ф. – Київ: Ніжин, 2007. – 115 с.

^{5.} Гавенко В.Л. Психотерапия как одна из форм лечения и реабилитации первичной артериальной гипертонии у подростков / Гавенко В.Л., Мангубі В.О., Прокопович Є.М., Сінайко В.М. //Актуальные проблемы лечения и реабилитации подростков с соматическими и психическими заболеваниями, Харьков, 1995. - С. 31.

Bozhuk B., Stepanchenko M., Shpachenko N. PECULIARITIES OF COPING-BEHAVIOR FORMATION IN PATIENTS WITH RENAL HYPERTENSION ASSOCIATED WITH CHRONIC PYELONEPHRITIS

The theoretical and experimental investigation of behavioral coping strategies has been done in patients with renal hypertension receiving treatment in hospital. In the course of the study 45 persons were examined, out of which 18 were receiving stationary hospital treatment, and 27 patients undergoing an outpatient treatment and follow-up.

The peculiarities of coping-behavior formation and behavioral strategies were evaluated. The leading coping strategy was found to be "avoidance" (28.68±2.65%). It made 37.5% among others, including relatively unproductive and productive overcoming strategies in the cognitive, emotional and behavioral spheres. It was found that the individual with adaptive coping behavior (productive) needs less social support. Also, patients who used coping strategies for solving problems, had significantly lower levels of personal and situational anxiety.

Based on the data received, targets for the further psycho-corrective work were evaluated. The further recommendations may aim to facilitating adaptation of the patients to the therapeutic hospital environment and intensification of productive coping strategies and adaptive-behavior. The efficacy of psycho-corrective measures has to be evaluated in further research.

Key words: *coping strategy, coping-behavior, quality of life, anxiety, psychological correction.*