Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

«Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра общей и клинической психологии

|  |
| --- |
| Зав. кафедрой общей и клинической психологиид.пс.н., профессорИсаева Е.Р.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Председатель ГАК

д.пс.н., профессор

Соловьева С. Л.­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Выпускная квалификационная работа

 на тему:

***Мотивация к отказу от курения и отношение к здоровью у пациентов с ХОБЛ на разных стадиях заболевания***

по специальности 37.05.01 – Клиническая психология

Выполнила:

Студентка 6 курса

Факультета клинической психологии

Кириллова Алина Игоревна

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)

Научный руководитель:

 Заведующая кафедрой общей и клинической психологии

доктор психологических наук, профессор

Исаева Елена Рудольфовна

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)

Санкт-Петербург

2019

|  |  |
| --- | --- |
| **Оглавление.**ВВЕДЕНИЕ1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ1.1. Медицинский аспект заболевания хронической обструктивной болезни легких 1.2. Геронтологические особенности пациентов при хронической обструктивной болезни легких 1.3. Эмоциональные нарушения у пациентов при хронической обструктивной болезни легких 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ3.1. Социально-демографические характеристики обследованных пациентов с ХОБЛ 3.2. Эмоциональное состояние – уровень агрессивности пациентов с ХОБЛ на ранних и поздних стадиях заболевания 3.3. Типы курительного поведения у пациентов с ХОБЛ на ранних и поздних стадиях заболевания 3.4. Уровень мотивации к отказу от курения у пациентов с ХОБЛ на ранних и поздних стадиях заболевания 3.5. Отношение к здоровью у пациентов с ХОБЛ на ранних и поздних стадиях заболевания 3.6. Результаты  корреляционного анализа данных 4. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ВЫВОДЫПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИЗАКЛЮЧЕНИЕЛИТЕРАТУРА | стр.3стр.6стр.6стр.12стр.17стр.23стр.28стр.28стр.36стр.39стр.42стр.43стр.45стр.56стр.61стр.63стр.64стр.65 |

**ВВЕДЕНИЕ**

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является широкомасштабной проблемой мирового здравоохранения. По результатам исследования BOLD (Burden of Obstructive Lung Disease), которое проводилось во всех регионах земного шара, хроническая обструктивная болезнь легких II стадии и выше была выявлена у 10,1 ± 4,8 % населения старше 40 лет и её прогрессирование увеличивается с возрастом (Buist A. S., Vollmer W. M., Sullivan S., 2005).

В связи с широкой распространенностью ХОБЛ прямые и косвенные расходы, связанные с заболеваемостью, снижением качества жизни, инвалидизацией и происходящей раньше срока смертностью, представляют серьезную экономическую и социальную проблему для общества и организации здравоохранения.

По последним данным экспертов всемирной организации здравоохранения, в настоящее время 64 миллиона человек имеют ХОБЛ и 3 миллиона человек умерли от ХОБЛ. В России от данного заболевания страдают 11 миллионов человек. Хроническая обструктивная болезнь легких занимает 3-е место в мире среди причин смертности, уступая только лишь ишемической болезни сердца и инсульту. На сегодняшний день данное заболевание является единственным, при котором смертность ежегодно продолжает возрастать. Численность пациентов с описанным заболеванием прогрессирует неуклонно и интенсивно. А к 2020 году ХОБЛ будет занимать 5-е место среди всех заболеваний органов дыхания.

В связи с широкой распространенностью описанного заболевания и малой изученностью эмоциональной сферы пациентов с хронической обструктивной болезнью легких, изучение этой сферы является актуальным, так как в дальнейшем зная психологические особенность данной группы пациентов, представляется возможным улучшить их качество жизни.

**Гипотезы:**

**1)** упациентов с ХОБЛ по мере развития заболевания повышается мотивация к отказу от курения, и к своему здоровью пациенты на поздних стадиях относятся более внимательно, чем пациенты на ранних стадиях.

**2)** у пациентов на поздних стадиях ХОБЛ ухудшается эмоциональное состояние (возрастает уровень агрессивности).

**Цель:** изучить мотивацию к отказу от курения, отношение к здоровью и уровень агрессивности у пациентов с ХОБЛ на ранних и поздних стадиях заболевания.

**Задачи:**

1. Исследовать уровень агрессивности у пациентов при хронической обструктивной болезни легких.
2. Выявить типы курительного поведения у пациентов при хронической обструктивной болезни легких.
3. Определить степень никотиновой зависимости у пациентов при хронической обструктивной болезни легких.
4. Изучить уровень мотивации к отказу от курения у пациентов при хронической обструктивной болезни легких.
5. Определить отношение к здоровью у пациентов при хронической обструктивной болезни легких.
6. Выявить и проанализировать существующие взаимосвязи между различными показателями у пациентов при хронической обструктивной болезни легких.

**Объект:** пациенты с хронической обструктивной болезнью легких на ранних и поздних стадиях заболевания. Исследование проводилось на 3 базах: Введенской клинической больнице г. Санкт-Петербурга, в НИИ Пульмонологии ПСПбГМУ им акад. И. П. Павлова и Городской поликлинике № 54 Калининского района в Санкт-Петербурге. Всего в исследовании приняли участие 60 человек, из них 28 человек женского пола и 32 человека мужского пола, в возрасте от 51 года до 84 лет. Группа 1 - пациенты с легкой стадией ХОБЛ (n=25), средний возраст в данной группе составляет – 63 года. Группа 2 – пациенты с тяжелой стадией ХОБЛ (n=35), средний возраст, которых составил 67 лет. Средний возраст всей выборки респондентов составил 65 лет.

**Критерии включения:**

1. Наличие заболевания ХОБЛ на ранних и поздних стадиях в истории болезни.

2. Добровольное согласие на проведение психологического обследования.

**Предмет:** типы курительного поведения, степень никотиновой зависимости, уровень мотивации к отказу от курения, отношение к здоровью, уровень агрессивности у пациентов при хронической обструктивной болезни легких на ранних и поздних стадиях заболевания.

**Методы исследования:** для реализации поставленных целей и задач были использованы следующие психодиагностические методики:

1. Индивидуальная анкета пациента;

2. Шкала враждебности Кука-Медлей;

3. Анкета Д.Хорни на оценку типа курительного поведения;

4. Оценка степени никотиновой зависимости - тест Фагерстрема;

5. Степень мотивации к отказу от курения – тест Хорна;

6. Отношение к здоровью Р. А. Березовской.

В качестве математико-статистического инструмента были выбраны критерии T-Стьюдента, U-Манна-Уитни и коэффициент корреляции r-Спирмена. Для обработки результатов была использована программа R-Studio.

**1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ**

**1.1 Медицинский аспект заболевания хронической обструктивной болезни легких**

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – хроническое воспалительное заболевание легких с преимущественным поражением дистальных отделов дыхательных путей и паренхимы, формированием эмфиземы, нарушением бронхиальной проходимости с развитием не полностью обратимой или необратимой бронхиальной обструкции, вызванной патологической воспалительной реакцией. Болезнь развивается у предрасположенных лиц и проявляется кашлем, отделением мокроты и нарастающей одышкой, имеет неуклонно прогрессирующий характер с исходом в хроническую дыхательную недостаточность и легочное сердце. К группе ХОБЛ относятся: хронический обструктивный бронхит, эмфизема легких, бронхиальная астма (Чучалин А. Г., 2008).

К фактором риска данного заболевания относят:

1. Курение – проведенные эпидемиологические исследования доказывают, что систематическое употребление никотина оказывает в наибольшей степени влияние на развития заболевания. 90% случаев заболеваемости хронической обструктивной болезни легких связаны с потребление никотина, и лишь 10% заболеваемости взаимосвязаны с другими факторами риска.

2. Продолжительное воздействие аэрополютантов: (пыль; химические полютанты - пары кислот, щелочей; промышленные полютанты - SO2, NO2, черный дым.)

3. Экологические факторы - загрязнение воздуха в атмосфере и помещениях (черный дым - SO2, дым от приготовления пищи и органического топлива и др.). Контакт с профессиональными вредностями. Повышенная вредность у шахтеров, строителей при контакте с цементом, рабочих, контактирующих с горячей обработкой металлов, хлопководов, железнодорожников. Практически всегда имеется интеграция внешних факторов с внутренними - генетической предрасположенностью.

4. Наследственная предрасположенность (дефицит ингибиторов эластазы нейтрофилов - альфа-1-антитрипсина, альфа-1-антихи-мотрипсина, альфа-2-макроглобулина.). Вклад этой причины в возникновение ХОБЛ значительно меньше, чем курения.

5. Частые воспалительные заболевания органов дыхания в раннем детстве, малый вес при рождении. Существуют разные точки зрения на этиологическую значимость микроорганизмов при ХОБЛ, но участие инфекции в механизме развития ХОБЛ и возникновения обострений неоспоримо.

Спирометрия — единственный общедоступный метод количественной оценки обструкции дыхательных путей у больных ХОБЛ.

Спирометрия – основной клинический метод исследования функции внешнего дыхания, который включает измерение жизненной емкости легких (ЖЕЛ) и скоростных показателей вдоха и выдоха (Лаптева И.М, Лаптева Е.А., 2003)

Основные показатели, оцениваемые при спирометрии (см. табл. 1).

Таблица 1

**Показатели спирометрии**

|  |  |
| --- | --- |
| Показатель | Расшифровка |
| ЖЕЛ | Жизненная ёмкость легких. Оценивается как разница между объёмами воздуха в лёгких при полном вдохе и полном выдохе. |
| ФЖЕЛ | Разница между объёмами воздуха в лёгких в точках начала и конца маневра форсированного выдоха. |
| ОФВ | Объем фиксированного выдоха. |
| ОФВ1 | Объём форсированного выдоха за первую секунду маневра форсированного выдоха. |

Для подтверждения диагноза ХОБЛ достаточно удостовериться в том, что при проведении функциональной пробы с использованием бронходилататора отношение объёма форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1, FEV1 — forced expiratory volume in 1 sec) к форсированной жизненной ёмкости легких (ФЖЕЛ, FVC — forced vital capacity) меньше 0.7 (70%) от нормы, а сам ОФВ1 меньше 80% от нормы (Шапорова Н.Л., Трофимов В.И., Марченко В.Н., 2013). Если ОФВ1 больше или равен 80% нормы, то диагноз ХОБЛ правомочен лишь при наличии типичных симптомов — одышки и/или кашля. С помощью спирометрии можно отслеживать развитие заболевания или эффективность лечебных мероприятий. Надо учитывать, что отдельно взятое значение ОФВ1 плохо коррелирует с прогнозом заболевания, качества жизни и функционального статуса больного.

Для того чтобы определить стадию развития хронической обструктивной болезни легких необходимо определить показатели ОФВ после применения бронхолитических препаратов.

В рекомендациях GOLD произошли изменения, которые сформировали новые подходы к оценке тяжести заболевания людей с хронической обструктивной болезнью легких. По новым данным для оценки тяжести заболевания необходимо привычный термин «стадия» заменить на термин «степень». Количественные показатели степени тяжести по GOLD остались прежними. Такие изменения связаны с новыми результатами последних научных исследований. Где было доказано, что при современной терапии можно не только приостановить прогрессирование хронической обструктивной болезни легких, но также теперь возможно улучшить дыхательную функцию легких, тем самым снизить проявление симптомов и повысить качество жизни пациентов.

Согласно обновленной классификации ХОБЛ от 2011 года, интегральная оценка больного определяется выраженностью симптоматики и риском развития обострения. Выраженность симптоматики оценивается в баллах по вопросникам CAT и mMRC.

CAT (COPD Assessment Test) – опросник, который заполняется пациентом и служащий для оценки влияния ХОБЛ на состояние здоровья пациента, состоит из 8 пунктов и оценивается по 6-балльной системе (от 0 до 5 баллов).

Вопросник mMRC позволяет с помощью 5-балльной шкалы (от 0 до 4 баллов) оценить возникновение одышки у больного в зависимости уровня физической активности. Риск обострения оценивается по двум критериям: степень тяжести ХОБЛ в соответствии с ОФВ1, число обострений в течение последнего года - наличие двух и более обострений в год говорит о высоком риске новых обострений (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) (GOLD) (2012).

Классификация ХОБЛ по степени тяжести (стадиям) заболевания. Белявский А. С. (2009) выделяет 4 степени ХОБЛ.

Степени заболевания:

* легкая (I стадия)
* среднетяжелая (II стадия)
* тяжелая (III стадия)
* крайне тяжелая (IV стадия)

Стадия I: легкое течение ХОБЛ. Обструктивные нарушения выражены незначительно - значение ОФВ, > 80% от нормативных показателей. На начальной стадии пациент, как правило, не замечает признаков нарушения легочной функции. Возможно, но не обязательно хроническая обструктивная болезнь легких проявляется не регулярным кашлем и продукцией мокроты. Да данном этапе заболевания диагностируется лишь четверть случаев.

Стадия II: среднетяжелое течение ХОБЛ. 50 % < ОФВ1 < 80 % от нормативных показателей. На данном этапе заболевания пациентов начинает беспокоить отдышка, появляющаяся при любой физической нагрузке, в связи с этим процент обращений в медицинские учреждения возрастает.

Степень III: тяжелое течение ХОБЛ. 30 % < ОФВ, < 50 % от нормативных показателей. Обострения происходят минимум 2 раза в месяц, что резко ухудшает качество жизни пациента, соматическое и психологическое состояние больного. При любой минимальной физической нагрузки появляются: кашель, отдышка, слабость, начинается темнеть в глазах и кружится голова. Дыхание становится шумным и тяжелым. Внешность больного на данной стадии начинает изменяться – грудная клетка расширяется, на шее набухают вены, а кожа приобретает синюшный, либо розоватый оттенок.

Степень IV: крайне тяжелое течение ХОБЛ. ОФВ, < 30 % от нормативных показателей или ОФВ, < 50 % от нормативных показателей при наличии дыхательной недостаточности. На данном этапе развития заболевания качество жизни пациентов резко изменяется к худшему. Обострения заболевания могут привести к летальному исходу. Начинает развиваться дыхательная недостаточность. Как правильно, пациенты уже не могут дышать самостоятельно и им необходимо пользоваться медицинским аппаратом. На данном этапе происходит полная потеря трудоспособности и болезнь приобретает инвалидизирующее течение. На четвертой стадии развития хронической обструктивной болезни легких вероятно развитие легочного сердца. Это крайне тяжелое соложение заболевания, в результате которого развивается сердечная недостаточность.

К основным симптомам хронической обструктивной болезни легких относят: одышку (или ощущение нехватки воздуха), патологическую мокроту (смесь слюны и слизи в дыхательных путях) и хронический кашель. По мере развития заболевания физическая активность пациентов становится меньше, а на последних стадиях и вовсе отсутствует. С нарастаниями симптомов заболевания становится невозможным выполнять элементарные бытовые действия.

Диагноз хроническая обструктивная болезнь легких устанавливается на основании показателей спирометрии. Хроническая обструктивная болезнь легких прогрессирует медленно, но неуклонно. И поэтому часто ХОБЛ обнаруживается у людей в возрасте 40 лет, хотя первые симптомы могли появиться значительно раньше. (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) (2008).

При постановке диагноза учитываются не только функциональные показатели, но и индивидуальные симптомы, которые имеются у пациента, а также берутся во внимание факторы риска свойственные конкретному пациенту. В связи с этим, риск ошибочной диагностики или неверно установленной степени заболевания сведен к минимуму. (Чучалин А. Г 2008). Основным диагностическим критерием, рекомендованным для диагностики хронической обструктивной болезни легких остается показатель спирометрии.

Хроническая обструктивная болезнь легких на сегодняшний день является смертельным заболеванием. Для того чтобы остановить развитие заболевания необходимо не только принимать лекарства, способствующие уменьшению проявления симптомов ХОБЛ, но также следует отказаться от привычки систематически употреблять никотин, для повышения качества жизни.

Целями всемирной организации здравоохранения по борьбе и профилактике хронической обструктивной болезни легких являются: (ВОЗ, 2008).

1. Информирование населения о факторах развития заболевания;
2. Экологический контроль окружающей среды, а также её отдельных объектов, особенно в неблагополучных районах;
3. Внедрение социальных проектов направленных на формирование здорового образа жизни у населения;
4. Профилактика преждевременной смертности и предотвратимой инвалидности в результате основных неинфекционных заболеваний.

**1.2 . Геронтологические особенности пациентов при хронической обструктивной болезни легких**

Хроническая обструктивная болезнь легких в наибольшей степени распространена, среди людей достигших зрелого возраста.

У пожилых лиц диагностика ХОБЛ может быть затруднена, в связи с тем, что в лечебное учреждение они обращаются достаточно поздно и чаще всего совершенно по другому, сопутствующему заболеванию. К тому моменту хроническая обструктивная болезнь легких уже достигает поздних стадий развития.

Чаще всего пациенты обращаются за помощью к врачу пульмонологу, когда к затяжному кашлю добавляется отдышка, которая в наибольшей степени снижает качество жизни пациентов. ХОБЛ принято считать болезнью зрелого возраста, в связи с тем, что диагностируется она в позднем возрасте. Как правило, при проявлении первых симптомов заболевания, пациенты не обращаются за помощью, в то время как болезнь продолжает прогрессировать и болезнь удается обнаружить лишь на стадии развернутых клинических проявлений (Дворецкий Л.И., Яковлев С.В., 2008).

У геронтологических пациентов по двум причинам снижается диагностическая ценность ведущих симптомов ХОБЛ - кашля и одышки. В основе первой причины лежит то, что как правило, пожилым пациентам присуще возрастное снижение кашлевого рефлекса и наличие изменений со стороны центральной нервной системы, что приводит к снижению выраженности кашля или вовсе его отсутствию. А второй причиной является тот фактор, что более половины пожилых пациентов имеющих заболевание ХОБЛ, совершенно не жалуются на отдышку, в связи с самоограничением повседневной активной деятельности. (Voronina L. P., 2014).

При выборе метода исследования необходимо учитывать особенности пожилых пациентов. С пациентами данной возрастной группы может быть затруднено установление контакта, они отличаются ригидностью ума в связи с чем, проведение сложных функциональных проб, требующих включенности в процесс и внимательности может быть затруднено, а полученные показатели могут быть недостоверными. В имеющихся условиях спирометрия является наиболее простым, безопасным, функциональным и максимально информативным исследованием. Для пациентов данное исследование является простым и необременительным. Основной функциональный показатель для выявления бронхиальной обструкции – хорошо воспроизводимый в динамике ОФВ. Для получения достоверных показателей исследования, необходимо установить доверительный контакт с пациентом, так как для проведения исследования необходимо хорошее сотрудничество, способность к усвоению инструкций и их повторению. По мнению Чучалина А. Г (2004) отклонения данных спирометрии и их низкая воспроизводимость в дальнейшем у пожилых, могут быть обусловлены следующими факторами: слабостью дыхательной мускулатуры, возрастными изменениями грудной клетки, а также низким эмоциональным фоном. Беря во внимания вышеизложенные факторы, перед назначением исследования, амбулаторно или в условиях стационара для пациентов данной возрастной группы необходима консультативная беседа в клиническим психологом.

Психологические изменения у пожилых людей часто приобретают патологический вид.

Среди пациентов с диагнозом ХОБЛ чрезвычайно распространены реакции - тревоги, страха, депрессии и агрессии, на возникающие изменения в образе жизни и трудности связанные с приспособлением к новым условиям жизни. В дальнейшем, у данной группы пациентов все чаще возникают отрицательные переживания, связанные с потерей трудоспособности и физической слабостью. Гериатрическим пациентам свойственны ипохондрические, фобические и депрессивные состояния. С возрастом, они начинают патологически беспокоиться о своем здоровье, чрезмерно гипертрофируя имеющие симптомы. Другие же пациенты наоборот склонны недооценивать состояние своего соматического состояния и часто умалчивают об имеющихся у них симптомах. По данным зарубежных исследователей, адекватное отношение к собственным соматическим заболеваниям отмечается у 50% пожилых, у 25% наблюдается их недооценка, а у 25% - переоценка соматического недуга (Evans J.G., Williams T.F., 1992). Таким образом, адекватная оценка состояния гериатрического пациента может быть значительно затруднена.

Когда человек попадает на лечение в стационар, это вызывает негативные переживания. Смена привычного образа жизни, ухудшение соматического состояния, общение с новыми, не всегда приятными людьми - всё это негативно сказывается на психологическом комфорте пациентов.

Ниже приведены наиболее значимые психологические факторы, которые влияют на пожилого человека в условиях стационара:

1. Отношения с лечащим врачом. Далеко не все пациенты настроены на активное взаимодействие с лечащим врачом. Одна часть пациентов, действительно строго выполняет все назначения врача, регулярно принимает лекарства и систематически следит за состоянием своего здоровья, для таких пациентов характерен высокий уровень комплаенса. С другими же пациентами часто невозможно установить контакт. В условиях стационара они становится апатичными и ипохондричными. Для таких пациентов характерны - утрата ощущения собственной значимости, чувство ненужности, чувство невостребованности, переживание одиночества, стремление к самоизоляции (Мякотных В.С., Боровкова Т.А., Баталов А.А. 1999). Для наиболее эффективного лечения целесообразно оказывать этим пациентам в период нахождения в стационаре психотерапевтическую поддержку.

2. Ограничение свободы. Когда человек поступает на лечение в стационар, ему приходится находиться в измененных условиях. Но чем более сохранна физическая активность в повседневной жизни, чем больше человек адаптирован и социализирован, тем меньший стресс вызывает у него новая обстановка. Во время нахождения в стационаре в личное пространство человека регулярно вторгаются: человек взаимодействует с соседями по палате, и эти люди не всегда бывают ему приятны; отсутствует возможность уединения, когда это необходимо. Также в больнице существует определенный распорядок дня, который человек должен соблюдать, и далеко не всегда больничный распорядок соответствует привычному образу жизни человека.

3. Необходимость медикаментозного лечения. Пациенты в равной степени, как придерживаются назначенного лечения, так и отказываются от него. Социально активные люди, которые хотят как можно скорее вернуться к активному образу жизни - более внимательно относятся к назначениям лечащего врача и соблюдают положенный режим. Другие же, наоборот скептически относятся к лечащему врачу, негативно настроены к прохождению необходимых диагностических процедур. (Чучалин А. Г. 2000). В таком случае, при наличии у пациента сопротивления к лечению, лечащему врачу целесообразно отправить пациента на консультацию к клиническому психологу.

4.Социальный статус пациента до выхода на пенсию. Занимаемое положение пациента в обществе является психологически значимым фактором в формировании отношения пациента к своему соматическому состоянию, а также к окружающей его действительности. Те люди, которые сохраняют физическую и интеллектуальную активность в пожилом возрасте, наиболее склоны адекватно реагировать на свою соматическую болезнь, без проявления патологических черт реагирования. У таких пациентов имеется доверительный контакт с лечащим врачом, они активно взаимодействуют с ним в ходе лечения. Но с другой стороны, таким пациентам свойственно регулярно проверять врача на профессиональную компетентность, задавая вопросы (Сухова, Е. В., 2003). С такими пациентами для установления доверительного контакта необходимо провести подробную беседу, о состоянии пациента и тактике лечения. В другом случае, где люди не имеют высшего образования и находятся на более низкой социальной ступени порой можно обойтись формальной беседой, или, иногда, распоряжением лечащего врача "значит, надо".

Таким образом, изучение литературы посвященной психологическим особенностям геронтологических пациентов и учет данных особенностей в процессе диагностики и лечения заболевания имеет не меньшее значение, чем изучение анамнеза и клинических вариантов имеющейся патологии. Именно это объединенное воздействие на соматическое и психологическое здоровье определяет успех лечения больных в пожилом возрасте.

**1.3 Эмоциональные нарушения у пациентов при хронической обструктивной болезни легких**

В изученной литературе к основным эмоциональным нарушениям у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких относят:

* тревожные состояния
* депрессивные состояния
* астенические состояния
* повышенную агрессивность

По различным данным проведенных ранее исследований общераспространенность депрессивных состояний среди пациентов с ХОБЛ варьирует в диапазоне 7% до 80% Zhang M.W. (2011).

По результатам исследования Yohannes A.M. (2010) распространенность тревожных состояний у больных ХОБЛ также варьирует в широком диапазоне от 10 до 100%.

Одной из основных жалоб, с которой обращаются пациенты к врачам –повышенная слабость и утомляемость. А повышенная утомляемость длительный промежуток времени, является основным диагностическим критерием при дифференциальной диагностике астенический расстройств. Распространенность астенических состояний в терапевтической практике варьирует от 47,5 до 97% случаев, в зависимости от способа их диагностик (Tamayo J.M., 2005).

Неоднозначность полученных данных при использовании психологических опросников определяется еще и тем, что главные проявления инвалидизирующего хронического заболевания ХОБЛ – это кашель, слабость и снижение переносимости физической нагрузки. Именно эти симптомы могут вызывать раздражение, агрессию и другие описанные эмоциональные нарушения и именно поэтому данные состояния схожи с проявлениями психического неблагополучия, которые приводятся в вопросах психометрических шкал.

Агрессия, по определению Роберта Б. и Деборы Р. (1994) - это мотивированное деструктивное поведение, противоречащее нормам и правилам сосуществования людей в обществе, наносящее вред объектам нападения (одушевленным и неодушевленным), приносящее физический ущерб людям: отрицательные переживания, состояние напряженности, страха, подавленности.

Сила, направленность и продолжительность агрессивных действий зависит от целого спектра психологических, физиологических и ситуационных факторов. Любая агрессия является проявлением активного недовольства человека сложившими условиями окружающей жизни, самим собой или своими близкими людьми.

Агрессию принято рассматривать как модель поведения, а не эмоцию или мотив. Агрессия в обществе зачастую ассоциируется с негативными эмоциями – например, такими как ненависть или гнев, с такими мотивами поведения как - стремление навредить, или оскорбить человека.

Для дальнейшей работы необходимо разграничить понятия «агрессия» и «агрессивность».

Агрессия - это поведение, направленное на нанесение физического, либо психологического вреда или ущерба.

Агрессивность - относительно устойчивая черта личности, выражающаяся в готовности к агрессии, а так же в склонности воспринимать и интерпретировать поведение другого как враждебное. В силу своей устойчивости и вхождения в структуру личности, агрессивность способна предопределять общую тенденцию поведения.

Г. Аммон (1995) выделял 3 вида агрессии:

1) конструктивную (проявление агрессии в социально приемлемой форме или с социально позитивным результатом);

2) деструктивную (проявление агрессии в социально неприемлемой форме или с социально негативным результатом);

3) дефицитарную (связанную с де­фицитом соответствующих поведенческих навыков и вслед­ствие этого - с недостаточным отреагированием агрессивных побуждений).

Последняя форма агрессии наиболее свойственна для па­циентов с хронической обструктивной болезнью легких.

По мнению Смулевич А. Б. (2000) пациенты с хронической обструктивной болезнью легких более предрасположены к подавлению агрессии, чем пациенты с другими соматическими заболеваниями. Но за агрессивным поведением скрывается сильная потребность в любви и поддержке, особенно в период обострения заболевания, которую иначе они выразить не могут. Общепринятым считается значение агрессии, ее выражение - он не может «выпустить свой гнев на воздух». Это проявляется в приступах удушья. Если пациент склонен к проявлению патологических реакций на заболевание, например – фобических, истерических, анозогнозических и др., то вероятность агрессивного поведения во время обострения и/или усугубления симптомов заболевания возрастает.

Если сравнить пациентов с хронической обструктивной болезнью легких с пациентами, которые этого заболевания не имеют, то первые будут более склонны к проявлению негативных эмоций (Сирота Н. А., Ярославская М. А., 2012). Пациенты с ХОБЛ склонны к конфликтному поведению, при межличностном взаимодействии склонны к авторитарному проявлению. Часто пациенты данной группы не могут взять на себя ответственность за свои действия и поступки, что говорит о наличии инфантильных черт у пациентов.

Деструктивные эмоциональные реакции, которые возникают у пациентов в ответ на возникающие жизненные трудности, провоцируют быстрое эмоциональное истощение. Человек растрачивает большую часть ресурсов на негативную реакцию, а до решения проблемы так и не доходит. В связи с эти перекладывает ответственность, например, за свое здоровье на других, чаще всего на близких родственников или друзей.

Пациенты с ХОБЛ склонны отрицать наличие проблемы, это касается не только соматического состояния, но и актуальных жизненных проблем. Зачастую пациенты уходят от решения, не признают личной роли в возникновении трудностей и ухудшении своего состояния. Например, отрицают тот факт, что курение негативно сказывается на общем самочувствии и более того не признают, что курение играет основную роль при прогрессировании заболевания. (Охматовская А.В., 2001).

У пациентов с ХОБЛ отмечается высокая потребность в социальной поддержке, даже не смотря на то, что они регулярно демонстрируют агрессивное поведение.

Агрессия, наблюдаемая у больных ХОБЛ, может соответствовать личностному реагированию на соматическое заболевание – «реакция на болезнь» по определению Личко А.Е. (1983). Pilowsky I. (1986) трактовал эти явления как «патологическое поведение в болезни», а Lazarus R. S. и Folkman S. (1984) в это же время называли их стратегиями совладения с телесным недугом – «копинг стратегии».

Пациенты с хронической обструктивной болезнью легких при выборе копинг-стратегии больше ориентируются на неадаптивные защитные механизмы, что еще раз доказывает наличие инфантильных черт у данных пациентов. Пациенты с ХОБЛ более ориентированы на самостоятельное решение проблемы, или вовсе ее отрицают, сдерживание и подавление негативных эмоций, а также им свойственно «уходить в себя», что, безусловно, негативно отражается на взаимоотношениях в социальной среде.

Пациенты с хронической обструктивной болезнью легких имеют проблему с оценкой проблемной ситуации. Им свойственно переоценивать значимость прошлых событий, недооценивать настоящие события и переоценивать перспективы на будущее.

Например, зная о том, что курение провоцирует развитие заболевания, они часто высказывают сожаление о том, что не бросили курить в прошлом, тем не менее, в настоящем продолжают систематически употреблять никотин и надеются, что в будущем это не приведет к развитию осложнений.

Важно отметить, что пациенты с ХОБЛ склонны к подавлению и сдерживанию эмоций, не только негативных, но также и позитивных. Им тяжело говорить о своих переживаниях, потребностях и желаниях, именно поэтому они держат их в себе. Вследствие, накопления эмоций начинает возрастать внутреннее напряжение, которое длительное время не снимается, тем самым истощая внутренние ресурсы организмы. Также важно учитывать склонность пациентов данной группы к избыточной сосредоточенности на стрессовой ситуации, что также приводит к быстрому эмоциональному истощению и снижению функциональных резервов организма. Pauwels R.A., Buist A.S., Calverley P.M.A. (2001) отмечают, что физическая астенизация у больных ХОБЛ зачастую связана с ухудшением психологического состояния и сопутствующими заболеваниями.

Изучив вышеизложенную литературу можно сделать следующие выводы:

1. Основным фактором развития хронической обструтивной болезни легких является - курение; ХОБЛ имеет 4 стадии развития – легкая, среднетяжелая, тяжелая и крайне тяжелая. Самыми распространенными симптомами ХОБЛ являются: одышка, патологическая мокрота и хронический кашель.

2. Для пожилого человека наиболее психологически значимыми факторами при развитии заболевания и в условиях стационара можно считать следующие: отношения с лечащим врачом, ограничение свободы, необходимость медикаментозного лечения, социальный статус пациента до выхода на пенсию.

3. К основным эмоциональным нарушениям у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких относятся: тревожные состояния, депрессивные состояния, астенические состояния, повышенная агрессивность.

**2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

Для реализации поставленных целей и задач, были обследованы пациенты, страдающие хронической обструктивной болезнью легких на ранних и поздних стадиях заболевания в возрасте от 51 до 84 лет (n=60 чел). Всего в исследовании приняли участие 60 человек, из них 28 человек женского пола и 32 человека мужского пола. Обследование пациентов проводилось на 3 базах: Введенской клинической больнице г. Санкт-Петербурга и в НИИ Пульмонологии ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова и Городской поликлинике № 54 Калининского района в Санкт-Петербурге.

В процессе исследования пациенты были разделены на 2 группы. Группа 1 – пациенты на ранней стадии заболевания (n=25), средний возраст в данной группе составляет 63 года. Группа 2 – пациенты на поздней стадии заболевания (n=35), средний возраст которых составил 67 лет. Средний возраст всей выборки респондентов составил 65 лет.

Критерии включения:

1. Наличие заболевания ХОБЛ на ранних и поздних стадиях, зафиксированное врачом в истории болезни.
2. Добровольное согласие на проведение психологического обследования.

Для диагностики людей, имеющих заболевание ХОБЛ, использовались следующие методики:

1. Индивидуальная анкета пациента;
2. Шкала враждебности Кука-Медлей;
3. Анкета Д.Хорни на оценку типа курительного поведения;
4. Оценка степени никотиновой зависимости - тест Фагерстрема;
5. Степень мотивации к отказу от курения – тест Хорна;
6. Отношение к здоровью Р. Е. Березовской.
7. **Индивидуальная анкета пациента**. Индивидуальная карта пациента включает в себя: личные данные обследуемых, такие как - пол, возраст, семейное положение, наличие детей, уровень образования, вредные привычки. И социально-демографические характеристики обследованных пациентов – наличие или отсутствие трудовой деятельности, наличие группы инвалидности, жилищные условия, удовлетворенность жилищно-бытовыми условиями.
8. **Шкала враждебности Кука-Медлей.** Шкала враждебности Кука-Медлей (Cook-Medley Hostility Scale) разработана **У. Куком**и**Д. Медлей** (W. W. Cook, D. M. Medley) в 1954 году на основе соответствующей шкалы MMPI. Русскоязычная адаптация выполнена Л. Н. Собчик. Цель методики: диагностика склонности к враждебному и агрессивному поведению. По итогам обследования вычисляется уровень цинизма, агрессивности и враждебности. Порядок работы с методикой: исследование проводится индивидуально или в группах. Время ответов не ограничено. Оборудование: бланк-опросник с предложенными утверждениями на выявление цинизма, агрессивности и враждебности, где пациент должен выбрать наиболее подходящий для него ответ. Опросник состоит из 27 вопросов, ответ на каждый вопрос оценивается по шестибальной шкале (никогда – 1, редко – 2, случайно – 3, иногда – 4, часто – 5, обычно – 6). Интерпретация результатов для шкалы цинизма: 65 баллов и больше – высокий показатель, 40-65 баллов – средний показатель с тенденцией к высокому, 25-40 баллов – средний показатель с тенденцией к низкому, 25 баллов и меньше – низкий показатель. Интерпретация результатов для шкалы агрессивности: 45 баллов и больше – высокий показатель, 30-45 баллов – средний показатель с тенденцией к высокому, 15-30 баллов – средний показатель с тенденцией к низкому,15 баллов и меньше – низкий показатель. Интерпретация результатов для шкалы враждебности: 25 баллов и больше – высокий показатель, 18-25 баллов – средний показатель с тенденцией к высокому; 10-18 баллов – средний показатель с тенденцией к низкому;10 баллов и меньше – низкий показатель (Собчик Л. Н., 2003).

3. **Анкета Д. Хорни на оценку типа курительного поведения.** Диагностика типа курительного поведения помогает в выборе тактики при лечении табакокурения. Цель методики: выявить ведущий тип курительного поведения. Порядок работы с методикой: Исследование проводится индивидуально или в группах. Время ответов строго не ограничено, но не должно превышать 5 минут. Оборудование: бланк-опросник с предложенными утверждениями на выявление типа курительного поведения, где пациент должен выбрать наиболее подходящий для него ответ. Анкета состоит из 18 вопросов (6 блоков по 3 вопроса). Ответ на каждый вопрос оценивается по пятибалльной шкале (1- никогда, 2 - редко, 3 - не очень часто, 4 - часто, 5 - всегда). Интерпретация ответов проводится по сумме трех вопросов соответствующего блока. Сумма баллов 11 и более указывает, что обследуемый курит именно по этой причине. Сумма баллов от 7 до 11 в нескольких типах – говорит о смешанном типе курительного поведения. Сумма меньше 7 говорит о том, что данный тип курения не характерен для обследуемого пациента (Березовская Р. А, 2005).

4. **Оценка степени никотиновой зависимости - тест Фагерстрема.** Цель методики: выявить степень никотиновой зависимости. Порядок работы с методикой: исследование проводится индивидуально или в группах. Время ответов строго не ограничено, но не должно превышать 5 минут. Оборудование: бланк-опросник с предложенными утверждениями для выявления степени никотиновой зависимости, где пациент должен выбрать наиболее подходящий для него ответ. Опросник состоит из 6 вопросов, ответ на каждый вопрос оценивается по трехбалльной шкале, где 3 – высокая зависимость, 2 – средняя зависимость, 1 – слабая зависимость, 0 – очень слабая зависимость. При интерпретации результатов учитывает суммарный показатель по каждому утверждению, при этом выделяют 5 областей степени зависимости: 0-2 очень слабая, 3-4 слабая, 5 средняя, 6-7 высокая, 8-10 очень высокая никотиновая зависимость (Березовская Р. А, 2005).

5. **Степень мотивации к отказу от курения – тест Хорна.** Цель методики: выяснение степени мотивации к отказу от курения. Методика позволяет выделить из числа курильщиков тех пациентов, которым рационально в первую очередь начинать оказывать непосредственную поддержку в отказе от табака (высокий уровень мотивации), и тех, кому предварительно необходимо освещать негативные последствия курения и положительные аспекты отказа от него (низкий уровень мотивации). Порядок работы с методикой: исследование проводится индивидуально или в группах. Время ответов строго не ограничено, но не должно превышать 5 мин. Оборудование: бланк-опросник с предложенными утверждениями для определения уровня мотивации к отказу от курения, где, пациент должен выбрать наиболее подходящий для себя ответ. При интерпретации результатов учитывается суммарный показатель по каждой шкале, при этом выделяют 3 области его значений: 0-3 низкая мотивация, 4-6 средняя мотивация, 7-8 высокая мотивация на отказ от курения (Березовская Р. А, 2005).

6. **Отношение к здоровью Р. Е. Березовской.** Цель методики: исследовать психологические особенности человека к своему здоровью. Оборудование: бланк-опросник с предложенными утверждениями для оценки отношения к здоровью, где пациент должен выбрать наиболее подходящий ответ, касающийся его субъективного ощущения или эмоционального переживания на момент обследования, где 1 — абсолютно не согласен или совершенно не важно; 2 — не согласен, это не важно;3 — скорее не согласен;4 — не знаю (не могу ответить); 5 — скорее согласен, чем нет;6 — согласен, очень важно; 7 — абсолютно согласен, безусловно важно. В соответствии с ключом подсчитывается сумма баллов для каждой шкалы: когнитивной, эмоциональной, поведенческой и личностно – мотивационной. При интерпретации результатов учитывается суммарный показатель по каждой шкале, при этом выделяют 3 области его значений для каждой шкалы: когнитивная шкала: 4-17 низкий уровень, 18-73 средний уровень, 74-84 высокий уровень; эмоциональная шкала: 20 – 40 низкий уровень, 41 – 76 средний уровень, 77 – 140 высокий уровень; поведенческая шкала: 16 - 77 низкий уровень, 78 – 100 средний уровень, 101 – 132 высокий уровень; личностно – мотивационная: 24 – 95 низкий уровень, 96 – 130 средний уровень, 131 – 168 высокий уровень. (Никифоров Г.С., 2005)

В качестве математико-статистического инструмента были выбраны критерии Наследов А.Д.(2004) T-Стьюдента, U-Манна-Уитни и коэффициент корреляции r-Спирмена. Для обработки результатов была использована программа R-Studio (Кабанов Р., 2014).

**3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

**3.1. Личные и социально-демографические характеристики обследованных пациентов с ХОБЛ**

Одной из задач исследования было изучить и проанализировать социально-демографические данные пациентов.

Рис.1.Пол (в процентах).

В ходе исследования было обследовано 60 пациентов, у которых имеется заболевание хроническая обструктивная болезнь легких. Среди всех респондентов 28 человек были женского пола и 32 человека мужского пола (рис.1).

Рис.2. Гендерное соотношение внутри групп.

В группе пациентов на ранних стадиях хронической обструктивной болезнью легких n=25, количество мужчин составляет 12 человек, а женщин 13 человек. В группе пациентов на поздних стадиях ХОБЛ n= 35, количество мужчин равно 19, а женщин 16 (рис.2).

Рис.3. Средний возраст пациентов в группе 1 и группе 2.

Средний возраст в 1-й группе пациентов на ранних стадиях заболевания составил 63 года, а во 2-й группе пациентов на поздних стадиях заболевания составил 67 лет (рис.3).

Рис.4. Группа 1. Семейное положение (в процентах).

В первой группе пациентов на ранних стадиях ХОБЛ, на момент исследования, 56% - 14 человек, состоят в законном браке, 12% - 3 человека на момент проведения исследования разведены, 8% - 2 человека никогда не состояли в законном браке, 16% - 4 человека состоят в гражданском браке, а оставшиеся 8% - 2 человека являются вдовцами (рис.4).

Рис.5. Группа 2. Семейное положение (в процентах).

Во второй группе пациентов на поздних стадиях ХОБЛ, на момент обследования пациентов, 66% - 23 человека, состояли в законном браке, 17% - 6 обследуемых на момент проведения исследования разведены, 6% - 2 человека состоят в гражданском браке, 8% - 3 человека являются вдовцами и 3% - 1 человек никогда не состоял в законном браке (рис.5).

Рис.6. Группа 1. Взаимоотношения в семье (в процентах).

У 72% - 18 пациентов, первой группы на ранних стадиях заболевания, в семье теплые и доверительне отношения, у 4% - 1 обследуемого, отношения в семье удовлетворительные, а у 24% - 6 пациентов проживают одни. Конфликтных отношений в семье нет ни у одного обследуемого пациента (рис.6).

Рис.7. Группа 2. Взаимоотношения в семье (в процентах).

Во второй группе пациентов на поздних стадиях заболевания, у 71% - 25 пациентов, в семье теплые и доверительне отношения, у 6% - 2 обследуемых, отношения в семье удовлетворительные, а 23% - 8 человек проживают одни. Конфликтных отношений в семье не выявлено ни у одного обследуемого пациента, также как и в группе 1 (рис.7).

Рис. 8. Наличие детей.

В группе 1, у пациентов на ранних стадиях заболевания, у 60% - 15 респондентов, имеются дети, а у 40% - 10 человек отсутствуют. В группе 2, у пациентов на поздних стадиях заболевания, у 83% - 39 обследуемых есть дети, у 17% - 6 пациентов детей никогда не было (рис.8).

Рис.9. Уровень образования в группе 1 (в процентах).

В группе пациентов на ранних стадиях ХОБЛ, 64% - 16 человек имеют высшее образование, среднее образование получили 36% - 9 человек испытуемых (рис.9).

Рис.10. Уровень образования в группе 2 (в процентах).

Во второй группе пациентов на поздних стадиях заболевания, 51% - 18 человек получили высшее образование, 15 человек, т.е. 43% имеют среднее образование, и 3% - 1 человек имеет неоконченное высшее образование и еще один респондент 3 % получил образование менее 8 классов (рис.10).

Рис.11. Жилищно-бытовые условия в группе (в процентах).

По полученным данным, в группе пациентов на ранних стадиях заболевания, 68% - 17 человек, проживают с семьей в отдельной квартире, 20% - 5 обследуемых, проживают одни в отдельной квартире. 8% - 2 человека живут одни в отдельной квартире, и 1 пациент – 4% проживает с семьей в собственном доме (рис.11).

Рис.12. Жилищно-бытовые условия в группе 2 (в процентах).

При обследовании второй группы испытуемых на поздних стадиях заболевания, было выявлено, что 66% - 23 человека, проживают с семьей в отдельной квартире, 20% - 7 пациентов, проживают одни в отдельной квартире. 8% - 3 человека проживают с семьей в собственном доме, а 6%- 2 респондента проживают одни в коммунальной квартире (рис.12).

Рис.13. Удовлетворенность жилищно-бытовыми условиями.

В группе 1 – 48 %, т.е. 12 человек полностью удовлетворены своими условиями жизни, во второй группе, 66% - 23 человека также полностью удовлетворены условиями проживания. В группе пациентов на ранних стадиях заболевания, 11 человек – 44% удовлетворены частично условиями проживания, во второй группе 34% - 12 человек условиями жизни удовлетворены частично, полностью не удовлетворенных своими жилищно-бытовыми условиями во второй группе не обнаружено. В первой группе этот процент равен 8, что соответствует 2 обследуемым пациентам (рис.13).

Таблица 2

**Социально-демографические характеристики пациентов**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Группа 1 | Группа 2 |
| Не имеют трудовой деятельности | 23 человека (92%) | 35 человек (100%) |
| Имеют инвалидность  | 5 человек (20%) | 35 человек (100%) |

Как показано в таблице все пациенты на поздних стадиях заболевания имеют инвалидность, второй или третьей группы и не работают. У пациентов на ранних стадиях заболевания только у 5 из 25 человек имеется инвалидность 3 группы, но наличие трудовой деятельности отсутствует практически у ста процентов выборки (92% - 23 из 25 человек) (см. табл. 2).

Рис.14. Наличие вредных привычек.

Под вредными привычками, при обследовании пациентов подразумевалось курение. Как видно из гистограммы пациенты 1-й группы курят абсолютно все -100%. Многие пациенты второй группы отказалась от этой пагубной привычки и 46% - 16 человек перестали курить, а 54% - 19 человек продолжают курить (рис. 14).

**3.2 Эмоциональное состояние – уровень агрессивности пациентов с ХОБЛ на ранних и поздних стадиях заболевания**

Одной из задач исследования являлось изучение уровня агрессивности пациентов с хронической обструктивной болезнью легких. Для ее решения применялась – «шкала враждебности Кука-Медлей». Полученные результаты представлены в таблице 3.

Таблица 3

**Сравнительная таблица уровня агрессивности у пациентов ХОБЛ на ранних и поздних стадиях заболевания**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Название шкалы | Средние значения по группам | Уровень достоверности, р |
| Группа 1 | Группа 2 |
| Цинизм | 42,8±9,8 | 47,7±12,1 | 0,09 |
| Враждебность | 17,7±5,0 | 19,0±5,6 | 0,35 |
| Агрессивность\*\* | 31,5±7,2 | 40±13,8 | 0,01\*\* |

В ходе проведенного исследования пациенты с ХОБЛ были разделены на 2 группы: 1 – пациенты на ранних стадиях заболевания (25 человек; 42%); 2 – пациенты на поздних стадиях заболевания (35 человек; 58%). При сравнении двух групп были получены следующие результаты: по шкалам «цинизм» и «враждебность» - статистически значимых различий между группами не обнаружено. А по шкале «агрессивность» различия обнаружены на высоком уровне статистической значимости (р≤0,01) (см. табл. 3)

Во второй группе пациентов на поздних стадиях заболевания, уровень агрессивности респондентов был статистически значимо выше, чем в первой группе. Уровень агрессивности во второй группе определяется как «средний с тенденцией к высокому», а в первой как «средний с тенденцией к низкому». В соответствии с полученными результатами целесообразно сделать вывод о том, что при прогрессировании заболевания, эмоциональное состояние пациентов становится хуже. В связи с нарастающими симптомами заболевания, а именно - при минимальной физической нагрузке появляются: кашель, отдышка, слабость, головокружение, ухудшается общее состояние пациента, что, безусловно, сказывается на соматическом и психологическом состоянии человека, и именно это приводит к повышению уровня агрессивности.

Для обследуемых пациентов 2 группы, характерен повышенные уровень агрессивности, как ответ на сложившиеся неблагоприятные обстоятельства. Можно предположить, что пациенты данной группы используют агрессивность, как защитный механизм, который не является адаптивным, при попытке приспособиться к новым сложившимся условиям. Ухудшение соматического состояния здоровья несет за собой изменение привычного образа жизни пациента. Во-первых, в связи с тем, что обострение состояния наступаем минимум 2 раза в месяц, увеличивается и количество госпитализаций в стационар. Во-вторых, пациент вынужден постоянно пользоваться ингалятором, для облегчения дыхания, а в-третьих, для увеличения продолжительности жизни, на поздних стадиях заболевания, многие пациенты вынуждены отказаться от сигарет.

Но уровень агрессивности у пациентов с ХОБЛ не достигает максимальных показателей ни в одной из групп, следовательно, полученные значения говорят не об активном проявлении агрессии, а скорее **о раздражительности, которая появляется и становится более интенсивной при прогрессировании заболевания и при вынужденном отказе от табакокурения.**

Как показано на рисунке 14, пациенты первой группы хоть и имеют заболевание ХОБЛ, тем не менее, не отказываются от своей пагубной привычки, хотя осведомлены о том, что курение является главной причиной развития и усугубления имеющегося заболевания. И лишь тогда, когда заболевание достигает третьей и четвертой стадии, где курение в геометрической прогрессии сокращает продолжительность жизни человека, пациент вынужден отказаться от сигарет. Если раньше сигарета, была одним из способов решения проблем, помогала в трудных жизненных ситуациях, была опорой при возникающем стрессе, то теперь, чтобы повысить качество жизни, необходимо отказаться от сигарет. Данное обстоятельство, бесспорно, вызывает дискомфорт у пациентов второй группы и провоцирует повышение уровня агрессивности.

Далее, для подтверждения полученных результатов, мы исследовали уровень агрессивности в группе пациентах на поздних стадиях развития заболевания, между теми, кто продолжает курить (n=19) – группа 1. И теми, кто бросил курить (n=16) - группа 2. Полученные результаты представлены в таблице 4.

Таблица 4

**Сравнительная таблица уровня агрессивности у пациентов ХОБЛ на поздних стадиях заболевания**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Название шкалы | Средние значения по группам | Уровень достоверности, р |
| Группа 1 | Группа 2 |
| Цинизм | 42,5 | 46,66 | 0,2 |
| Враждебность | 17,3  | 19,03 | 0,4 |
| Агрессивность\*  | 29,4 | 40  | 0,02 |

Как видно из таблицы 4, по «цинизму» и «враждебности» - статистически значимых различий между группами не обнаружено, а по шкале «агрессивность» были выявлены статистически значимые различия (р≤0,05). Уровень агрессивности в первой группе определяется как «низкий», а во второй как «средний с тенденцией к высокому». Полученные результаты подтверждают наше предположение о том, что **уровень агрессивности у пациентов на поздних стадиях зависит не только от ухудшения соматического состояния, но и от отказа от употребления никотина.**

**3.3 Типы курительного поведения у пациентов с ХОБЛ на ранних и поздних стадиях заболевания**

С целью выявить ведущий тип курительного поведения использовалась «анкета Д. Хорни на оценку типа курительного поведения». Результаты представлены в таблице 4.

Рис.15. Соотношение продолжающих курить и бросивших курить в группе №2 (в процентах).

В ходе проведения исследования, при тестировании пациентов, было обнаружено, что во второй группе, некоторые из обследуемых, а именно 16 человек бросили курить.

В группе 1: 100% - 25 человек систематически употребляют никотин.

В группе 2: 54% - 19 человек курят регулярно, оставшиеся 16 обследуемых пациентов - 46% перестали систематически употреблять никотин (рис. 15).

Таблица 5

**Сравнительная таблица типов курительного у пациентов ХОБЛ на ранних и поздних стадиях заболевания**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Название шкалы | Средние значения по группам | p-level (уровень значимости) |
| Группа 1 | Группа 2 |
| Стимуляция | 6,9±3,9 | 5,3±3,0 | 0,06 |
| Игра с сигаретой | 8,8±16,2 | 4,3±2,1 | 0,09 |
| Расслабление\*\* | 10,6±3,6 | 6,4±4,0 | 0,00\*\* |
| Поддержка \* | 9,4±4,5 | 6,9±4,9 | 0,02\* |
| Жажда\*\* | 11,2±3,5 | 7,2±4,5 | 0,00\*\* |
| Рефлекс | 4,0±1,4 | 4,7±2,4 | 0,41 |

При сравнении групп продолжающих курить на ранних стадиях заболевания (группа 1 – 25 человек) и поздних стадиях заболевания (группа 2 – 19 человек) были получены следующие результаты.

Что касается «типа курительного поведения», то в обеих группах ведущими типами являются: «расслабление», «поддержка» и «жажда». Во-первых, это значит, что обследуемые 1 и 2 групп имеют физиологическую привязанность и курят, как только снижается концентрация никотина в крови – жажда. Во-вторых, с помощью курения пациенты получают дополнительное удовольствие к отдыху – расслабление. В-третьих, пациенты данных групп относят к курению как к средству, снижающему эмоциональное напряжение – поддержка. В процессе исследования были выявлены статистически значимые различия по данным типам курительного поведения в двух сравниваемых группах. По типам «расслабление» и «жажда» различия обнаружены на высоком уровне статистической значимости (р≤0,01), а по типу «поддержка» обнаружены достоверные (значимые) различия (р≤0,05) (см. табл. 5). Это говорит о том, что потребность в курении в группе 1, оценивается выше, и эффект от никотина ожидается больший, чем во второй группе обследуемых пациентов.

Статистически значимых различий между такими типами курительного поведения как «игра с сигаретой», «стимуляция» и «рефлекс» не обнаружено. Из оставшихся типов курительного поведения на последнем месте находится «рефлекс», это значит, что пациенты двух групп курят всегда осознанно, замечают факт курения и осознают причины, по которым курят. Пациенты обследуемых групп контролируют свое поведение и стараются уменьшить количество потребления никотина, всегда знают число выкуриваемых сигарет за сутки.

Что касается типов «стимуляция» и «игра с сигаретой» показатели по этим шкалам в группе 1 незначительно выше, чем в группе 2. Пациенты первой группы больше верят в то, что сигарета обладает стимулирующим действием: взбадривает, снимает усталость, чем пациенты второй группы. А также, пациенты на ранних стадиях заболевания, во время курения как бы «играют с сигаретой», пациенты данной группы больше склонны курить «за компанию», и для пациентов на ранних стадиях заболевания, более важны «курительные» аксессуары: зажигалки, пепельницы, определенный сорт сигарет. Для пациентов второй группы, данные атрибуты курения играют менее значимую роль.

Таблица 6

**Уровень зависимости от никотина у пациентов ХОБЛ на ранних и поздних стадиях заболевания**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Название шкалы | Средние значения по группам | p-level (уровень значимости) |
| Группа 1 | Группа 2 |
| Зависимость от никотина\* | 5,2±1,9 | 3,5±3,9 | 0,04\* |

 По уровню никотиновой зависимости обнаружены достоверные (значимые) различия (р≤0,05) (см. табл. 6). Установлено, что **уровень никотиновой зависимости в группе пациентов на ранних стадиях заболевания достоверно выше, чем в группе пациентов на поздних стадиях заболевания.** В группе 1 степень зависимости оценивается как «средняя», а в группе 2 уровень зависимости определяется как «слабый». Из полученных результатов следует, что пациентам как первой группы, так и второй целесообразно оказывать поддержку в отказе от табака. И одновременно с этим освещать негативные последствия курения и положительные аспекты отказа от него. В беседе с пациентами первой группы актуально делать акцент, на то, что в случае отказа от табака, степень заболевания может не прогрессировать. А в беседе со второй группой пациентов целесообразно акцентировать внимание, то том, что при отказе от вредной привычки существенно повысятся шансы на увлечение продолжительности жизни и улучшится качество жизни.

**3.4 Уровень мотивации к отказу от курения у пациентов с ХОБЛ на ранних и поздних стадиях заболевания**

Для того чтобы изучить уровень мотивации к отказу от курения у пациентов с ХОБЛ применялся «тест Хорна». Полученные результаты представлены в таблице 7.

Таблица 7

**Уровень мотивации к отказу от курения у пациентов с ХОБЛ на ранних и поздних стадиях заболевания**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Название шкалы | Средние значения по группам | p-level (уровень значимости) |
| Группа 1 | Группа 2 |
| Мотивация к отказу от курения\* | 6,6±1,2 | 7,3±3,0 | 0,05\* |

При исследовании уровня мотивации к отказу от курения у пациентов на ранних и поздних стадиях заболевания, предполагалась, что во второй группе пациентов, на поздних стадиях ХОБЛ, уровень мотивации к отказу от курения будет выше, так как в связи с прогрессированием заболевания, симптомы ХОБЛ усугубляются сильнее и употреблять никотин становится тяжелее. При обработке полученных результатов были обнаружены достоверные (значимые) различия (р≤0,05) (см. табл. 7)

Уровень мотивации к отказу от курения в группе пациентов на поздних стадиях заболевания, определяется как «высокий», а в группе пациентов на ранних стадиях заболевания, уровень мотивации находится на «среднем» уровне. Пациенты второй группы, как и предполагалось, более мотивированы на отказ от сигарет.

**3. 5 Отношение к здоровью у пациентов с ХОБЛ на ранних и поздних стадиях заболевания**

Для того чтобы изучить отношение к здоровью у пациентов с ХОБЛ была использована методика - «отношение к здоровью Р. Е. Березовской». Результаты, которой представлены в таблице 7.

Таблица 8

**Отношение к здоровью у пациентов с ХОБЛ на ранних и поздних стадиях заболевания**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Название шкалы | Средние значения по группам | p(уровень значимости) |
| Группа 1 | Группа 2 |
| Когнитивная шкала\*\* | 48,9±18,2 | 64,3±19,3 | 0,00\*\* |
| Эмоциональная шкала\*\* | 63,5±25,7 | 83,0±21,9 | 0,00\*\* |
| Поведенческая шкала\*\* | 43,4±17,1 | 72,0±29,2 | 0,00\*\* |
| Личностная шкала | 78,1±22,8 | 87,5±25,40,14 | 0,14 |

При исследовании отношения к здоровью у групп пациентов обнаружены различия на высоком уровне статистической значимости (р≤0,01) по следующим пунктам: «когнитивная шкала», «эмоциональная шкала» и «поведенческая шкала». По «личностной шкале» достоверно значимых различий не обнаружено (см. табл. 8).

Пациенты на поздних стадиях заболевания гораздо ответственнее относятся к состоянию своего здоровья, чем пациенты на ранних стадиях хронической обструктивной болезни легких. На когнитивном уровне это проявляется как осведомленность об основных факторах риска заболевания. Пациенты второй группы в большей степени осознают, что здоровье играет главную роль в продолжительности жизни.

Обследуемые второй группы, беря во внимание ухудшение своего соматического и психологического состояния, меняют свой образ жизни, подстраивая его под наличие заболевания, отказываются от вредных привычек, и начинают больше заботиться о состоянии своего здоровья, такие изменения происходят на поведенческом уровне. В процессе исследования это было обнаружено и подтверждено: во второй группе 16 испытуемых из 35 бросили курить, а в первой группе курили 100% обследуемых.

На эмоциональном уровне, у пациентов второй группы отмечается оптимальный уровень тревожности по отношению к здоровью, это значит, что пациенты данной группы с наибольшей серьезностью относятся к состоянию своего здоровья. Для пациентов второй группы период обострения заболевания, является наименее дискомфортным, чем для пациентов первой группы. Когда заболевание переходит в поздние стадии, приступы обострения случаются регулярно, как минимум 2 раза в месяц, в связи с этим пациенты второй группы уже более адаптированы к своему заболеванию и эмоционально более устойчивы, менее тревожны, чем пациенты первой группы.

Понятие «отношение к здоровью» с точки зрения Р. А. Березовской представляет собой систему индивидуальных, избирательных связей личности с различными явлениями окружающей действительности, способствующими или, наоборот, угрожающими здоровью людей, а также определяющими оценку индивидом своего физического и психического состояния. Отношение к здоровью описывается с помощью трех компонентов: когнитивного, эмоционального и личностно-мотивационного. Отношение человека к своему здоровью, с одной стороны отражает его индивидуальный опыт, а с другой стороны – оказывает существенное влияние на его поведение.

На личностном уровне, среди обследуемых как первой группы, так и второй, здоровье признается важным в индивидуальной иерархии ценностей. Опираясь на вышеизложенный материал, полученные результаты интерпретируются следующим образом: для пациентов на ранних стадиях заболевания, здоровье хоть и находится на первых позициях в индивидуальной иерархии ценностей, но они, не смотря на это, продолжают систематически употреблять никотин. Вероятно, это связано с тем, что пациенты на ранних стадиях заболевания надеются, на то, что хроническая обструктивная болезнь легких не достигнет поздних стадий. У пациентов на поздних стадиях заболевания, здоровье высоко ценится, не только на личностном уровне, но и на когнитивном и на эмоциональном уровнях. Для таких пациентов характерны изменения в сторону сохранения и укрепления своего соматического состояния.

Исходя из полученных данных, можно сделать вывод, что группа пациентов на ранних стадиях заболевания не отрицают того факта, что их зависимость влияет на состояние здоровья, но самостоятельно отказаться от вредной привычки они не могут.

**3.6. Результаты  корреляционного анализа данных**

Одной из задач исследования было выяснить, взаимосвязаны ли между собой показатели: уровня агрессивности, мотивации к отказу от курения и отношение к здоровью у пациентов с ХОБЛ на ранних и поздних стадиях заболевания. Полученные результаты представлены в таблице 9 и таблице 10.

Таблица 9

**Результаты корреляционного анализа данных пациентов на ранних стадиях ХОБЛ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Зависимость от никотина | Стимуляция | Жажда | Рефлекс |
| Когнит. шкала |  |  | 0,46\* | 0,41\* |
| Эмоц. шкала |  | 0,40\* |  | 0,50\*\* |
| Личн. шкала | 0,52\*\* |  |  |  |

По результатам, полученным в ходе корреляционного анализа, для пациентов с легкой стадией хронической обструктивной болезни легких умеренные положительные связи наблюдались между следующими показателями: «когнитивная шкала» и «жажда» (r=0,46, р≤0,05); «когнитивная шкала» и «рефлекс» (r=0,41, р≤0,05); «эмоциональная шкала» и «стимуляция» (r=0,40, р≤0,05);

Сильные положительные связи наблюдались между следующими показателями: «эмоциональная шкала» и «рефлекс» (r=0,41, р≤0,01); «личностная шкала» и «зависимость от никотина» (r=0,52, р≤0,01) (см. табл. 9).

На основе полученных данных с помощью методов корреляционного анализа были обнаружены взаимосвязи между исследуемыми параметрами. Полученные результаты представлены в виде корреляционных плеяд.



Рис.16. Корреляционные плеяды для группы пациентов на ранних стадиях ХОБЛ (часть 1).

Как видно из рисунка 16, выявленные умеренные положительные взаимосвязи между «когнитивной шкалой» и «жаждой» (r=0,46, р≤0,05); «когнитивной шкалой» и «рефлексом» (r=0,41, р≤0,05), в группе пациентов на ранней степени заболевания объясняются тем, что пациенты хоть и осознают все риски имеющегося заболевания, все равно испытывают неконтролируемое желание курить (жажда, рефлекс). Обнаруженная взаимосвязь между «эмоциональной шкалой» и «стимуляцией» (r=0,40, р≤0,05) объясняется тем, что в том, случае, когда человек взбадривает себя, снимает усталость и повышает свою продуктивность сигаретой (стимуляция), повышается и его уровень эмоционального состояния. Сильная положительная взаимосвязь между «эмоциональной шкалой» и «рефлексом» (r=0,50, р≤0,01) может быть проинтерпретирована следующим образом, пациенты с ХОБЛ на ранних стадиях заболевания, курят осознанно, то есть всегда отмечают тот факт, что закуривают сигарету, и точно знают количество выкуриваемых сигарет в день, и чем больше пациенты первой группы употребляют никотин, тем сильнее они беспокоятся о состоянии своего здоровья. Хотя на поведенческом уровне, никаких изменений не происходит.



Рис.17. Корреляционные плеяды для группы пациентов на ранних стадиях ХОБЛ (часть 2).

Опираясь на полученные данные и выявленную взаимосвязь между показателями «личностная шкала» и «зависимость от никотина» (r=0,52, р≤0,01) (рисунок 17), можно сделать вывод о том, что чем сильнее никотиновая зависимость, тем больше респондентами ценится собственное здоровье. Так, пациенты знают, о негативном влиянии табака на организм, но самостоятельно отказать от вредной привычки они не могут, хоть и мотивация на отказ от курения находится на «среднем» уровне. Систематически употребляя никотин, они понимают, что чем больше они курят, тем хуже становится их здоровье и, следовательно, тем сильнее они начинают его ценить.

Проанализировав все взаимосвязи, полученные в группе пациентов на ранних стадиях заболевания, можно сделать следующие выводы:

1. Пациенты 1 группы продолжают курить, несмотря на то, что знают о пагубном влиянии никотина на организм;
2. Чем больше пациенты первой группы употребляют никотин, тем сильнее они беспокоятся о состоянии своего здоровья. Но при этом на поведенческом уровне никаких изменений не происходит - они не готовы ограничивать себя в употреблении никотина.
3. Несмотря на «средний» уровень мотивации к отказу от сигарет, пациенты все равно не предпринимают никаких действий, направленных на сохранения и укрепления своего соматического состояния.

Таблица 10

**Результаты корреляционного анализа данных для пациентов на поздних стадиях ХОБЛ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Зависимость от никотина  | Мотивация к отказу от сигарет | Стимуляция | Игра с сигаретой | Расслабление | Поддержка  | Жажда | Рефлекс |
| Враждебность | -0,67\*\* |  |  |  |  |  |  |  |
| Стимуляция | 0,82\*\* | -0,74\*\* |  |  |  |  |  |  |
| Игра с сигаретой | 0,53\*\* | -0,43\*\* |  |  |  |  |  |  |
| Расслабление | 0,69\*\* | -0,40\* |  |  |  |  |  |  |
| Поддержка  | 0,66\*\* | -0,44\*\* |  |  |  |  |  |  |
| Жажда | 0,83\*\* | -0,54\*\* |  |  |  |  |  |  |
| Рефлекс | 0,74\*\* | -0,59\*\* |  |  |  |  |  |  |
| Когнит. Шкала |  |  | 0,49\*\* |  |  | 0,39\* | 0,40\* | 0,45\*\* |
| Повед. Шкала | -0,33\* |  |  |  | 0,47\*\* | 0,42\*\* | 0,40\*\* | 0,33\* |

По результатам, полученным в ходе корреляционного анализа, для пациентов с поздними стадиями хронической обструктивной болезни легких умеренные положительные связи наблюдались между следующими показателями: «когнитивная шкала» и «поддержка» (r=0,39, р≤0,05); «когнитивная шкала» и «жажда» (r=0.40, р≤0.05); «поведенческая шкала» и «рефлекс» (r=0,33, р≤0,05).

Сильные положительные связи наблюдались между показателями: «стимуляция» и «зависимость от никотина» (r=0,82, р≤0,01); «игра с сигаретой» и «зависимость от никотина» (r=0,53, р≤0,01); «расслабление» и «зависимость от никотина» (r=0,69, р≤0,01); «поддержка» и «зависимость от никотина» (r=0,66, р≤0,01); «жажда» и «зависимость от никотина» (r=0,83, р≤0,01); «рефлекс» и «зависимость от никотина» (r=0,74, р≤0,01); «когнитивная шкала» и «стимуляция» (r=0,49, р≤0,01); «когнитивная шкала» и «расслабление» (r=0,41, р≤0,01); «когнитивная шкала» и «рефлекс» (r=0,45, р≤0,01); «поведенческая шкала» и «расслабление» (r=0,47, р≤0,01); «поведенческая шкала» и «поддержка» (r=0,42, р≤0,01); «поведенческая шкала» и «жажда» (r=0,40, р≤0,01). Также были обнаружены и умеренно отрицательные связи у следующих показателей: «враждебность» и «зависимость от никотина» (r=-0,67, р≤0,01); «стимуляция» и «мотивация» (r=-0,74, р≤0,01); «игра с сигаретой» и «мотивация» (r=-0,43, р≤0,01); «расслабление» и «мотивация» (r=-0,40, р≤0,01); «поддержка» и «мотивация» (r=-0,44, р≤0,01); «жажда» и «мотивация» (r=-0,54, р≤0,01); «рефлекс» и «мотивация» (r= -0,59, р≤0,01); «поведенческая шкала» и «зависимость от никотина» (r=0,33, р≤0,05) (см. табл. 10).



Рис.18. Корреляционные плеяды для группы пациентов на поздних стадиях ХОБЛ (часть 1).

Как видно из рисунка 18, была обнаружена отрицательная взаимосвязь между показателями «враждебность» и «зависимость от никотина» (r=-0,67, р≤0,01), которую можно объяснить следующим образом: чем меньше становится уровень никотиновой зависимости, тем сильнее у пациентов второй группы становится уровень враждебности, который проявляется в негативном отношении к окружающим людям в виде негативных мыслей, слов и эмоций. Полученная взаимосвязь интерпретируется следующим образом: пациенты вынуждены отказываться от курения, для сохранения своего здоровья и увеличения продолжительности жизни. Но так, как стаж курения у пациентов данной групп был длительный, а сигарета часто была способом снижения негативных эмоций в стрессовых ситуациях, то теперь для того, что бы выработать новый механизм при борьбе с нарастающим напряжением и закрепить его, необходимо продолжительное количество времени. И можно предположить, что на время адаптации к новым условиям жизни, пациенты второй группы выбирают как защитный механизм - враждебность, именно такой способ поведения помогает им избавляться от негативных эмоций. Пациенты данной группы в открытой форме еще не демонстрируют свою агрессивность, но в косвенной форме, она проявляется достаточной силы выраженности (враждебность).



Рис.19. Корреляционные плеяды для группы пациентов на поздних стадиях ХОБЛ, которые продолжают систематически употреблять никотин.

Выявленные корреляции между показателями: «стимуляция» и «зависимость от никотина» (r=0,82, р≤0,01); «игра с сигаретой» и «зависимость от никотина» (r=0,53, р≤0,01); «расслабление» и «зависимость от никотина» (r=0,69, р≤0,01); «поддержка» и «зависимость от никотина» (r=0,66, р≤0,01); «жажда» и «зависимость от никотина» (r=0,83, р≤0,01); «рефлекс» и «зависимость от никотина» (r=0,74, р≤0,01) (рисунок 19), характерны для той части пациентов второй группы, которые продолжают систематически употреблять никотин (n=19). При усилении никотиновой зависимости и увеличении стажа курения, у пациентов второй группы, увеличиваются также и причины, из-за которых можно закурить сигарету. Из этого следует, что для пациентов данной группы характерен не один, ведущий тип курительного поведения, а смешанный – это одновременно и расслабление, и жажда, и игра с сигаретой, и поддержка и рефлекс, и стимуляция.



Рис.20. Корреляционные плеяды для группы пациентов на поздних стадиях ХОБЛ, которые отказались от привычки систематически употреблять никотин.

Обнаруженные отрицательные взаимосвязи между показателями: «стимуляция» и «мотивация к отказу от курения» (r=-0,74, р≤0,01); «игра с сигаретой» и «мотивация к отказу от курения» (r=-0.43, р≤0.01); «расслабление» и «мотивация к отказу от курения» (r=-0,40, р≤0,05); «поддержка» и «мотивация к отказу от курения» (r=-0,44, р≤0,01); «жажда» и «мотивация к отказу от курения» (r =-0,54, р≤0,01); «рефлекс» и «мотивация к отказу от курения» (r=-0,59, р≤0,01), указывают что у пациентов второй группы, с тяжелыми стадиями заболевания имеется тенденция к снижению актуальности курения, так как возрастает уровень мотивации к отказу от курения. Поэтому, чем выше уровень мотивации к отказу от курения, у пациентов данной группы, тем меньше потребность к курению и, следовательно, обнаруженные типы курительного поведения снижают свою значимость, так как пациенты отказываются от своей пагубной привычки. Описанные взаимосвязи характерны для той части пациентов второй группы, которые отказались от привычки систематически употреблять никотин или употребляют его время от времени (n=16).



Рис.21. Корреляционные плеяды для группы пациентов на поздних стадиях ХОБЛ.

В ходе исследования, были выявлены следующие взаимосвязи между показателями: «когнитивная шкала» и «стимуляция» (r=0,49, р≤0,01); «когнитивная шкала» и «расслабление» (r=0,41, р≤0,01); «когнитивная шкала» и «поддержка» (r=0,39, р≤0,05); «когнитивная шкала» и «жажда» (r=0,40, р≤0,05); «когнитивная шкала» и «рефлекс» (r=0,45, р≤0,01) (рисунок 21), проанализировав взаимосвязи можно сделать вывод о том, чем больше пациенты второй группы курят, а это проявляется в увеличении типов курительного поведения, когда доминирует не один тип, а их преобладает несколько («стимуляция», «поддержка», «жажда», «рефлекс»), тем выше информированность пациентов на поздних стадиях о негативных последствиях употребления никотина (когнитивная шкала).



Рис.22. Корреляционные плеяды для группы пациентов на поздних стадиях ХОБЛ, которые употребляют никотин.

Как показано на рисунке 22, обнаруженная отрицательная взаимосвязь между показателями «поведенческая шкала» и «зависимость от никотина» (r=-0,33, р≤0,05); и положительные взаимосвязи между показателями: «поведенческая шкала» и «расслабление» (r=0,47, р≤0,01); «поведенческая шкала» и «поддержка» (r=0,42, р≤0,01); «поведенческая шкала» и «жажда» (r=0,40, р≤0,01); «поведенческая шкала» и «рефлекс» (r=0,33, р≤0,05), позволяют сделать вывод о том, что по мере того как у пациентов на тяжелых стадиях развития заболевания, уменьшается степень никотиновой зависимости, то есть они начинают курить меньше обычного, курение может становиться автоматическим («рефлекс»). То есть, с одной стороны пациенты контролируют свою зависимость и не курят для снятия напряжения («расслабление», «поддержка»), а также при снижении концентрации в крови («жажда»), с другой стороны из-за большого стажа курения привычка сохраняется, и пациенты не всегда могу контролировать свое желание - курение становится автоматическим. Как только у пациентов, появляется осведомленность о рисках своего заболевания, начинают происходить изменения на поведенческом уровне.

По этой причине, необходимо не только информировать пациентов с ХОБЛ о вреде табака, но и оказывать необходимую психологическую и медикаментозную поддержку в период отказа от никотина. Тогда, у обследуемых данной группы увеличивается и степень соответствия действий и поступков человека требованиям здорового образа жизни, что подразумевает в данном случае отказ от курения (поведенческий уровень).

Проанализировав все взаимосвязи, полученные в группе пациентов на поздних стадиях заболевания, можно сделать следующие выводы:

1. Когда пациенты второй группы прекращают курить, у них повышается уровень враждебности;
2. Для той части группы пациентов на поздних стадиях заболевания, которые продолжают курить, причин для курения становится тем больше, чем большее количество времени они продолжают курить;
3. У той части пациентов на поздних стадиях заболевания, которые отказались от привычки систематически употреблять никотин или употребляют его время от времени, возрастает уровень мотивации к отказу от курения и снижается острота желания курить;
4. Чем больше пациенты второй группы информированы о негативном влиянии табака на развитие имеющегося заболевания, тем быстрее они адаптируют свое поведение для здорового образа жизни – т.е. прекращают систематически употреблять никотин.

**4. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ**

В ходе проведенного исследования у пациентов на ранних и поздних стадиях ХОБЛ были выявлены средние показатели по уровню «цинизма» и «враждебности». В первой группе пациентов (на ранних стадиях заболевания) средний показатель по «цинизму» равен 43 баллам, а по «враждебности» 17 баллам, во второй группе (на поздних стадиях заболевания) - 48 и 19 соответственно. Уровень агрессивности во второй группе (на поздних стадиях заболевания) достоверно выше, чем в первой. Средние показатели уровня агрессивности во второй группе равны 40 баллам (средний уровень с тенденцией к высокому), а в первой 30 баллам (средний уровень с тенденцией к низкому). По «цинизму» и «враждебности» - статистически значимых различий между группами не обнаружено. А по шкале «агрессивность» различия обнаружены на высоком уровне статистической значимости (р≤0,01). При сравнении пациентов на поздних стадиях развития заболевания, между теми, кто продолжает курить и теми, кто бросил по «цинизму» и «враждебности» - статистически значимых различий между группами не обнаружено, а по шкале «агрессивность» были выявлены статистически значимые различия (р≤0,05). Уровень агрессивности в первой группе пациентов на поздних стадиях, которые продолжают курить, определяется как «низкий», а во второй группе пациентов с тяжелыми стадиями, которые бросили курить - как «средний с тенденцией к высокому». Полученные результаты подтверждают наше предположение о том, что уровень агрессивности у пациентов на поздних стадиях зависит не только от ухудшения соматического состояния, но и от употребления никотина. Но уровень агрессивности у пациентов с ХОБЛ не достигает максимальных показателей, ни в одной из групп, следовательно, полученные значения говорят не об активном проявлении агрессии, а скорее о раздражительности, которая появляется и становится более интенсивной при прогрессировании заболевания и при вынужденном отказе от курения.

Исходя из описанных выше данных, можно сделать вывод о том, что при нарастании симптомов заболевания и увеличении степени болезни, а также при отказе от никотина - уровень агрессивности возрастает.

В обеих исследуемых группах ведущими типами курительного поведения являются: «расслабление», «поддержка» и «жажда». Но в процессе исследования были выявлены статистически значимые различия по данным типам курительного поведения в двух сравниваемых группах. Это говорит о том, что потребность в курении в группе 1, оценивается выше, и эффект от никотина больший, чем в группе 2. Полученные результаты свидетельствует о том, что сигарета играет психологическую, помогающую роль в эмоциональном саморегулировании пациентов с ХОБЛ, поэтому потребуется дополнительное специализированное психологическое сопровождение при отказе от курения данных пациентов. Больным ХОБЛ в период отказа от курения целесообразно предлагать комплексную поддерживающую медицинскую помощь с привлечением не только врачей, но и специалистов-психологов для повышения мотивации пациентов и психологической поддержки (Четверкина Е.Д., Козырев А.Г., Иванова Г.А., Исаева Е.Р., Кириллова А.И., 2017).

У пациентов на ранних стадиях развития ХОБЛ уровень мотивации на изменение образа жизни, а именно - к отказу от курения, находится на «среднем» уровне. Именно для этих пациентов целесообразна разработка мотивационного интервью для повышения уровня мотивации к отказу от курения. В группе пациентов, которые находятся на поздних стадиях развития заболевания - уровень мотивации к отказу от курения определяется как «высокий». Средние показатели в первой группе равны 6 баллам, а во второй 7 баллам. По этим показателям входе обработке данных были обнаружены значимые различия (р≤0,05), что говорит о том, что группа пациентов с тяжелыми стадиями заболевания более настроена на отказ от систематического употребления никотина.

По уровню никотиновой зависимости также обнаружены различия на высоком уровне статистической значимости (р≤0,01). В группе с ранними стадиями заболевания зависимость никотина определяется как «средняя» показатели равны 5 баллам, а в группе на поздних стадиях заболевания как «низкая» средние значения равны 3 баллам. Пациенты на поздних стадиях развития заболевания наименее зависимы от сигарет, тем не менее, уровень никотинной зависимости все равно недостаточно низкий, и в связи с этим, при отказе от систематического употребления никотина пациентам, как первой группы, так и второй рекомендована психологическая поддержка.

Что касается отношения к здоровью, то вторая группа пациентов с поздними стадиями развития заболевания, более бережно относится к своему здоровью, чем пациенты на первых стадиях развития заболевания. Средний балл по «когнитивной шкале» в первой группе равен 49, а во второй 65, по «эмоциональной шкале» в первой – 63, во второй – 83, по «поведенческой шкале» в первой группе средний балл равен – 43, а во второй – 72 балам. По этим шкалам в процессе исследования были выявлены достоверно значимые статические отличия между группами. По личностному уровню значимых отличий не обнаружено, средний балл в первой группе 78, а во второй 88. Пациенты первой группы, хоть и высоко ценят состояние своего здоровья, и знают, что их зависимость негативно сказывается на их здоровье, тем не менее, продолжаю курить, и самостоятельно не могут отказаться от вредной привычки. При работе с данной группой пациентов целесообразно информировать респондентов о рисках связанных с табакокурением. У пациентов на поздних стадиях заболевания, здоровье высоко ценится на личностном уровне, когнитивном уровне и эмоциональном уровне. Для таких пациентов характерны изменения в сторону сохранения и укрепления своего соматического и психологического состояния.

Проанализировав все взаимосвязи, полученные в группе пациентов на ранних стадиях заболевания, можно сделать следующие выводы: респонденты, зная о пагубном влиянии никотина, продолжают систематически курить; несмотря на «средний» уровень мотивации к отказу от сигарет, пациенты все равно не предпринимают действий, направленных на сохранения и укрепления своего соматического состояния. При работе с пациентами на ранних стадиях заболевания необходимо не только повышать их уровень знаний о взаимосвязи никотина и усугубления имеющегося заболевания, но и повышать их уровень мотивации на отказ от никотина. Так как, «средний» уровень, для этой группы пациентов является недостаточным для отказа от сигарет. Для тех пациентов, которые находятся на ранних стадиях развития заболевания, когда самостоятельно отказаться от курения трудно также целесообразно использование медикаментозных препаратов для лечения никотиновой зависимости.

 При анализе взаимосвязей, полученных в группе пациентов на поздних стадиях развития заболевания, в процессе исследования мы пришли к следующим выводам: когда пациенты прекращают курить, у них повышается уровень враждебности. Для той части группы пациентов на поздних стадиях заболевания, которые продолжают курить систематически причин для курения становится тем больше, чем большее количество времени они продолжают курить. У той части пациентов второй группы, которые отказались от привычки систематически употреблять никотин или употребляют его время от времени, возрастает уровень мотивации к отказу от курения и снижается острота желания курить; чем больше пациенты второй группы информированы о негативном влиянии табака на развитие имеющегося заболевания, тем быстрее они адаптируют свое поведение для здорового образа жизни – иными словами прекращают систематически употреблять никотин. При работе с пациентами на поздних стадиях заболевания, акцент следует, сделать на проработке эмоционального состояния. Этого можно достичь и с помощью тематических лекций, и благодаря групповому тренингу, а также с помощью практических упражнений, которые будут направлены на регуляцию эмоционального состояния, а именно снижению уровня агрессивности.

Таким образом, зная «проблемные места» пациентов на разных стадиях заболевания, при работе с каждой из групп, акцент целесообразно делать на те проблемы, которые актуальны для каждой из стадий. Для ранней стадии - это повышение уровня мотивации к отказу от никотина. Для поздней стадии, работа с эмоциональным состоянием - снижение уровня агрессивности.

**ВЫВОДЫ**

1. Уровень агрессивности у пациентов с ХОБЛ достоверно становится выше в следующих ситуациях: при нарастании симптомов заболевания и увеличении стадии болезни, а также при отказе от систематического употребление никотина.
2. Степень никотиновой зависимости у пациентов с ХОБЛ на разных стадиях развития заболевания отличается: на ранних стадиях степень зависимости определяется как «средняя», а на поздних стадиях - как «низкая». При этом типы курительного поведения распределяются равномерно в обеих группах, отражая имеющиеся физическую зависимость («жажда») и психологические зависимости («расслабление», «поддержка») у данных групп пациентов.
3. Уровень мотивации к отказу от курения достоверно выше у пациентов на поздних стадиях развития заболевания, что отражает большую обеспокоенность состоянием своего здоровья в данной группе.
4. Здоровье одинаково высоко ценится пациентами с ХОБЛ на разных стадиях заболевания. Но в связи с тем, что на ранних стадиях заболевания пациентов еще не беспокоит ухудшение самочувствия, они не стремятся изменять свои привычки в пользу здорового образа жизни. Когда заболевание достигает поздних стадий и дыхательная недостаточность существенно снижает качество жизни, пациенты начинают менять свое поведение в сторону сохранения здоровья и укрепления своего соматического состояния.
5. Пациенты на ранних стадиях заболевания информированы о пагубном влиянии никотина на организм, однако все равно не предпринимают никаких действий, направленных на сохранение и укрепление своего здоровья. На поздних стадиях развития болезни пациенты готовы отказаться от курения вследствие усиления симптомов и ухудшения самочувствия.
6. У пациентов на поздних стадиях при отказе от никотина повышается уровень враждебности и агрессивности, что подтверждает предположение о том, что негативное эмоциональное состояние на фоне отказа от курения у данной группы пациентов проявляется не в активных действиях, а выражается в форме раздражения.

**ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. Поскольку в исследовании установлено, что сигарета играет помогающую (психологическую) роль в эмоциональной саморегуляции пациентов с ХОБЛ, то в период отказа от курения для данных групп пациентов требуется дополнительное специализированное психологическое сопровождение и медикаментозное лечение.
2. Поскольку у пациентов ХОБЛ отмечался в большинстве случаев средний и высокий уровень никотиновой зависимости, то снижать никотиновую зависимость целесообразно начинать еще на ранних стадиях заболевания. Это необходимо делать путем информирования пациентов о вреде курения и наличии прямой взаимосвязи между никотином и развитием заболевания. Сочетание высокой интенсивности психологических вмешательств и фармакологического лечения является наиболее эффективной стратегией оказания помощи в отказе от табака для пациентов с ХОБЛ.
3. Для повышения уровня мотивации к отказу от курения у пациентов с ХОБЛ, рекомендовано внедрение специализированного мотивационного интервью с целью стимуляции пациентов к отказу от курения.
4. У пациентов с ХОБЛ необходимо не только повышать уровень осведомленности о своем заболевании, но и увеличивать уровень комплаенса для сохранения здоровья.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

В ходе исследования наша гипотеза полностью подтвердилась. Действительно, в связи с прогрессированием заболевания у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких повышается уровень мотивации к отказу от курения. А также в связи с тем, что пациенты на поздних стадиях развития заболевания начинают как и предполагалось более внимательнее и бережнее относится к своему здоровью и отказываются от систематического употребления никотина, вследствие чего у них повышается уровень агрессивности, которая демонстрируется в форме раздражения.

При работе с пациентами, которые находятся на ранней стадии развития заболевания, акцент целесообразно делать на повышении уровня мотивации к отказу от систематического употребления никотина. Для пациентов, которые находятся на поздней стадии развития заболевания, работа должна быть направлена на эмоциональное состояние, а именно - на снижение уровня агрессивности.

Таким образом, для людей, которые страдают от хронической обструктивной болезни легких, необходимо проводить мотивационное интервью. А также необходимо проводить «школу здоровья», которая будет включать в себя образовательные лекции о вреде табака на организм, и содержать упражнения для саморегуляции эмоционального состояния.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Аммон Г. Динамическая психиатрия. CПб.: Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева., 1995. 325с.
2. Белевский А. С. Хроническая обструктивная болезнь лёгких – 2014 [Электронный ресурс] // URL: https://медпортал.com/vnutrennie-bolezni\_718/hronicheskaya-obstruktivnaya-bolezn8624.html (дата обращения 14.11.2018).
3. Березовская Р. А. Отношение к здоровью: практикум по психологии здоровья / под ред. Г. С. Никифорова. - СПб.: Питер, 2005. - С. 100-110.
4. Бэрон Р., Ричардсон Д. Агрессия. Серия «Мастера психологии» — СПб: Питер, 2001. — 352 с.
5. В.С. Мякотных, Т.А. Боровкова, А.А. Баталов. Психологические особенности пациентов гериатрического стационара. // Журнал успехи геронтологии. 1999. №3. С. 25-28.
6. Всемирная организация здравоохранения. Хроническая обструктивная болезнь лёгких – 2011[Электронный ресурс] // URL: http://www.who.int/topics/chronic\_obstructive\_pulmonary\_disease/ru (дата обращения 14.11.2018).
7. Всемирная организация здравоохранения. Хроническая обструктивная болезнь лёгких – 2015[Электронный ресурс] // URL: http://www.who.int/mediacentre/ru/ (дата обращения 14.11.2018).
8. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (пересмотр 2011 г.) / пер. с англ. под ред. А. С. Белевского. – М.: Российское респираторное общество, 2012. – 80 с.
9. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (пересмотр 2008 г.) / пер. с англ. под ред. А. С Белевского – М.: Издательский холдинг «Атмосфера», 2009. – 100 с.
10. Глобальная инициатива по Хронической Обструктивной Болезни Легких – Global initiative for chronic Obstructive pulmonary Disease. – М.: Атмосфера, 2003.
11. Дворецкий Л.И., Яковлев С.В. Пожилой больной и инфекция. Руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 262 с.
12. Кабанов Р. R в действии. Анализ и визуализация данных в программе R // Издательство «ДМК», 2014.
13. Коэффициенты корреляции Пирсона и Спирмена. URL: http://yspu.org/images/1/1f/Тема\_5\_Коэффициенты\_корреляции\_Пирсона\_и\_Спирмена.pdf (дата обращения: 18.09.2018)
14. Лаптева И.М, Лаптева Е.А. Хроническая обструктивная болезнь легких, современные аспекты диагностики и лечения // Журнал медицинская панорама. 2003. №7. С. 2-5.
15. Личко А. Е. Медико-психологическое обследование соматических больных / А. Е. Личко, Н. Я. Иванов // Невропатология и психиатрия. — 1983. — Вып. 8. — С. 1195–1198.
16. Наследов А. Д. Математические методы психологического исследо-вания // Издательство «Речь», 2004.
17. Никифоров Г.С., Практикум по психологии здоровья, СПб.: Питер, 2005. 350 с.
18. Охматовская А.В. Психологические особенности враждебности у больных с психосоматическим заболеванием (бронхиальная астма): автореф. дис. канд. мед. наук. – Москва, 2001. – 120 с.
19. Сирота Н.А., Ярославская М.А. Исследование активных видов совладающего со стрессом поведения как механизмов адаптации / дезадаптации к заболеванию у больных бронхиальной астмой // Журнал «Пульмонология». – 2012. – № 5. – С. 78–80.
20. Смулевич А. Б. Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи). Психиатрия и психофармакотерапия. – М., 2000. – С. 35-40.
21. Собчик Л. Н. Диагностика индивидуально-типологических свойств и межличностных отношений. — Речь, 2003. — 96 с.
22. Сухова, Е. В. Медико-психологическая реабилитация больных хроническими заболеваниями легких: автореф. дис. канд. мед. наук. – Самара, 2003. – 288 с.
23. Четверкина Е.Д., Козырев А.Г., Иванова Г.А., Исаева Е.Р., Кириллова А.И. Отношение к здоровью и мотивация к отказу от курения у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких. Ученые записки Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И. П. Павлова. 2017;24(1):68-73.
24. Чучалин А. Г. Хроническая обструктивная болезнь легких. М.: Издательский дом «Атмосфера», 2008. 568 с.
25. Чучалин А. Г., Айсанов З. Р., Авдеев С. Н. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению хронической обструктивной болезни легких- 2014 [Электронный ресурс] // URL: http://www.pulmonology.ru/download/COPD2014may.doc (дата обращения 17.11.2018).
26. Чучалин А. Г. Хроническая обструктивная болезнь легких: практическое руководство для врачей. М.: Колорит студио, 2004. – 64 с.
27. Шапорова Н.Л., Трофимов В.И., Марченко В.Н. ﻿Современные представления о лечебной тактике у больных хронической обструктивной болезнью легких: место бронхолитической терапии в2-агонистами. М: Издательский дом «Атмосфера» Пульмонология и аллергология, 2013.
28. Buist AS, Vollmer WM, Sullivan S, et al. The Burden of Lung Disease Initiative (BOLD): rationale and design // COPD. 2005. № 2. P. 277-283.
29. Evans J.G., Williams T.F. Oxford Textbook of Geriatric. 1992. 756 р.
30. Lazarus R.S., Folkman S. Stress, appraisal and coping // Springer Publishing Company. 1984. №24. P. - 141.
31. Pauwels R.A., Buist A.S., Calverley P.M.A. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: NHLBI/WHO Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) workshop summary // Am J Respir Crit Care Med. 2001. №163. P. 1256–1276.
32. Pilowsky I. Abnormal illness behavior (dysnosognosia) // Psychother Psychosom. 1986. № 46. P. 248-256.
33. Tamayo J.M. The level of recognition of physical symptoms in patients with a major depression episode in the outpatient psychiatric practice in Puerto Rico: an observational study // BMC Psychiatry. 2005. Vol.5. P.28.
34. Voronina L. P. Obstructive lung disease in the practice of a geriatrician Belarussian // Медицинские новости. 2014. №3. С. 17-22.
35. Yohannes A.M. Depression and anxiety in chronic heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, relevance, clinical implications and management principles // Int. J. Geriatr. Psychiatry. 2010. №12. P. 1209-1221.
36. Zhang M.W. Prevalence of depressive symptoms in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review, meta-analysis and meta-regression // Gen. Hosp. Psychiatry. 2011. Vol.33, №3. P.217-223.