

Особенности восприятия времени у пациентов после полостных операций

Научный руководитель – Фролова Светлана Валериевна

Сухомлинова А.О.¹, Камынина А.В.²

1 - Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Москва, Россия, *E-mail: floro2011@yandex.ru*; 2 - Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Москва, Россия, *E-mail: lorents.73@mail.ru*

По данным Минздрава РФ количество операционных вмешательств за последние 10 лет возросло. Наиболее показательным является увеличение в 1,2 раза операций на органы брюшной полости [1].

Реакция на операционный стресс во многом зависит от личности пациента, его прошлого опыта. Ситуация болезни оказывает влияние на временную перспективу личности, которую следует понимать как отношение человека ко времени, как процесс, при помощи которого жизненный путь объединяется в такие временные категории, как прошлое, настоящее и будущее. Это помогает человеку структурировать свою жизнь и придать ей смысл.

Целью нашего исследования является изучение особенностей временной перспективы у пациентов, перенесших операции на брюшной полости.

В ходе исследования проверялись следующие гипотезы:

1. отношение к болезни прооперированных больных зависит от количества операций в прошлом; 2. временная перспектива отличается у пациентов с разным типом отношения к болезни;

3. существуют специфические особенности временной перспективы у послеоперационных больных по сравнению с испытуемыми контрольной группы.

В исследовании приняли участие 52 человека в возрасте 43-78 лет. Из которых 27 пациентов, перенесших оперативное вмешательство в течение недели и проходящих лечение на базе отделения абдоминальной хирургии ГКБ им. Филатова. Контрольную группу составили люди, которые не переносили операций в течение 5 лет.

Для проведения экспериментального исследования были использованы следующие методики: опросник временной перспективы Ф. Зимбардо, методика «Тип отношения к болезни», анкета, включающая блок вопросов по социально-демографическим характеристикам респондентов, а также методы математической и статистической обработки: выявление различий в уровне исследуемого признака (критерий Краскала-Уоллиса), ранговая корреляция (коэффициент ранговой корреляции r_s Спирмена).

Анализ результатов исследования показал взаимосвязь типа отношения к болезни и количества перенесенных в прошлом операций. Для неоднократно оперированных больных характерна психическая дезадаптация интрапсихической направленности реагирования на болезнь, проявляющаяся в неврастеническом ($r_s=0,593$, при $p<0,001$) и меланхолическом ($r_s=0,729$, при $p<0,001$) типах. А также интерпсихической направленности, выражающейся в дисфорическом ($r_s=0,555$, при $p<0,001$) и паранойальном ($r_s=0,541$, при $p<0,001$) типе отношения к болезни. Пациентам, оперированным впервые, как и для испытуемых контрольной группы, свойственны типы отношения к болезни, при которых психическая и социальная адаптация существенно не нарушается. Это гармонический и эргопатический тип отношения к болезни. Также для контрольной группы характерен анозогностический тип.

Корреляционный анализ показал, что существует взаимосвязь типа отношения к болезни и социально-демографических факторов. Лицам пожилого возраста характерны меланхолический ($r_s=0,344$, при $p<0,001$), паранойяльный ($r_s=0,415$, при $p<0,001$), дисфорический ($r_s=0,371$, при $p<0,005$) типы. Для людей со стабильной работой эргопатический ($r_s=0,412$, при $p<0,001$), сенситивный ($r_s=0,417$, при $p<0,001$), анозогнозический ($r_s=0,462$, при $p<0,001$) типы. Испытуемым с высоким материальным положением свойственны ипохондрический ($r_s=0,475$, при $p<0,001$) и тревожный ($r_s=0,372$, при $p<0,005$) типы. Овдовевшим испытуемым с характерны неврастенический ($r_s=0,315$, при $p<0,005$) и меланхолические ($r_s=0,389$, при $p<0,005$) типы, что является статистически значимым результатом.

Для прооперированных лиц временная перспектива взаимосвязана с типом отношения к болезни. Гедонистическое настоящее отмечается у впервые оперированных пациентов с гармоническим ($r_s=0,421$, при $p<0,001$) и эргопатическим ($r_s=0,534$, при $p<0,001$) типом отношения к болезни.

Для пациентов, неоднократно перенесших оперативное вмешательство, характерно фаталистическое настоящее, свойственное неврастеническому ($r_s=0,358$, при $p<0,001$), меланхолическому ($r_s=0,575$, при $p<0,001$) и дисфорическому ($r_s=0,478$ при $p<0,001$) типам.

Выводы:

1. Отношение к болезни прооперированных больных зависит от количества операций в прошлом. Для неоднократно оперировавшихся характерно дезадаптивное поведение: отказ от борьбы с заболеванием, раздражительная слабость, обвинение окружающих в своей болезни, построение паранойяльных концепций, объясняющих возникновение болезни.

2. Для впервые оперировавшихся больных, также как и для лиц контрольной группы характерна адекватная оценка своего состояния, активное участие в лечении заболевания, а также уход от болезни в работу.

3. Впервые прооперированным пациентам характерна ориентация на получение удовольствия и наслаждения в настоящем. Для неоднократно прооперированных больных свойственно беспомощное и безнадежное отношение к будущему и настоящей жизни, а также негативное отношение к прошлому, связанное с болезненным опытом предыдущих операций.

4. Испытуемым контрольной группы свойственна ориентация на будущее, отбрасывание мыслей о болезни и её последствиях.

Источники и литература

- 1) 1. Здоровоохранение в России. 2017: Стат.сб./Росстат. - М.,2017. – 170 с.