

## **ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ И СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ ОНКОБОЛЬНЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ С МЕДРАБОТНИКАМИ**

**К. А. Фурса**

Злокачественные опухоли или рак – это одно из заболеваний, которое несет в себе мощную стрессовую нагрузку. Кроме этого, отрицательные эмоции, отрешенность или отчаяние могут усугубить течение болезни. Поэтому актуальным является изучение психологической устойчивости личности при столкновении с неожиданными негативными событиями, которая помогает совладать со стрессом.

А также одной из важных психологических проблем в онкологической клинике является проблема реакции личности на болезнь. От того, как больной относится к своему заболеванию, зависит общий успех лечения. Помимо того, пациенты с онкологическим заболеванием длительно проходят лечение в больнице, они включены во взаимоотношения с медицинским персоналом, который может влиять на внутреннюю картину болезни.

Таким образом, **целью** работы является исследование особенностей внутренней картины болезни и стрессоустойчивости у онкологических больных в зависимости от их взаимоотношений с медицинским персоналом.

**Объектом** исследования являются личность пациента с онкологическим заболеванием и личность медицинского работника. **Предметом** исследования выступает зависимость внутренней картины болезни и стрессоустойчивости от коммуникативной толерантности, направленности в общении. **Гипотеза** исследования заключается в следующем: внутренняя картина болезни изменяется в зависимости от степени стрессоустойчивости и от взаимоотношений с медработниками.

**Методики:** Ленинградский опросник бехтеревского института для оценки типов психического реагирования на соматические заболевания [2], методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге [4], «Направленность личности в общении» Братченко [1], диагностика общей коммуникативной толерантности В.В. Бойко [3].

Исследование проводилось на базе Минского городского клинического онкологического диспансера. В исследовании принимали участие 2 группы пациентов с онкологическим заболеванием первого и второго отделений и 2 группы медицинского персонала, работающих в этих отделениях. Объем выборки онкобольных составляет 60 человек, из них 30

мужчин, 30 женщин в возрасте 39–81 год. Объем выборки медицинских работников составляет 22 женщины в возрасте 24–53 года.

Длительность заболевания у пациентов первого отделения составляет: от 0,4 месяцев до 1 года – 26 человек (13 женщин и 13 мужчин), от 1 года до 1,5 года – 4 человека (2 женщины и 2 мужчины). Длительность заболевания у пациентов второго отделения в период от 2 месяцев до 1 года – 9 человек (3 женщины и 6 мужчин) и в период от 1 года до 4,5 лет – 21 человек (12 женщин и 9 мужчин).

Стаж работы у медицинского персонала первого отделения составляет: от 4 лет до 12 лет – 3 человека, от 17 до 25 лет – 8 человек, а стаж работы у медперсонала второго отделения в период от 5 до 11 лет – 7 человек, от 19 до 23 лет – 4 человека.

Для обработки данных были использованы следующие методы математической статистики: коэффициент ранговой корреляции Спирмена для выявления взаимосвязи между переменными и U-критерий Манна-Уитни для сравнения двух выборок.

**Статистически значимые результаты у пациентов первого отделения.** Результаты, полученные при обработке данных в первом отделении, свидетельствуют о наличии статистически значимой обратной зависимости между длительностью заболевания и эргопатической реакцией на онкологическую патологию у пациентов. Это значит, что чем младше пациент с онкозаболеванием, тем больше он склонен к эргопатической реакции на него, то есть погружаться в работу и тем самым «уходить» от болезни.

Обнаружилась прямая зависимость между степенью стрессоустойчивости и эгоцентрическим типом реагирования на заболевание. Пациенты с более высокой степенью устойчивости к стрессу склонны больше к эгоцентрическому типу реагирования, то есть «бегству в болезнь».

Кроме того, были получены различия по полу в особенностях реагирования на онкологию в данной выборке. Значения, полученные при расчете U-критерия Манна-Уитни, позволяют говорить о наличии статистически значимых различий в психическом типе реагирования на онкологию у мужчин и женщин (так как  $p < 0,05$ ). Значения ранговых сумм указывают на то, что для мужчин более характерен эгоцентрический тип реакции на свою болезнь, чем для женщин.

**Статистически значимые результаты у пациентов второго отделения.** В ходе исследования во втором отделении была обнаружена слабая обратная зависимость между возрастом и анозогностической реакцией, и прямая зависимость между возрастом и паранойяльной. То есть для пациентов старшего возраста более характерно стремление приписывать возможные осложнения лечения или побочные действия лекарств халат-

ности или злomu умыслу врачей и персонала, а для более молодых пациентов – отрицание очевидного в проявлениях болезни, приписывание их случайным обстоятельствам.

Была выявлена умеренная обратная зависимость между длительностью заболевания и анозогнозической реакцией. Чем меньше человек болеет онкологией, тем больше он склонен к анозогнозической реакции на нее.

Далее была получена слабая прямая зависимость между степенью стрессоустойчивости и эргопатической реакцией. Пациент, использовавший погружение в работу как способу реагирования на онкологию, имеет более высокий уровень стрессоустойчивости.

Кроме того, были получены различия по полу в особенностях реагирования на онкологию у больных второго отделения. Значения, полученные при расчёте U-критерия Манна-Уитни, позволяют говорить о наличии статистически значимых различий в психическом типе реагирования на онкологию у мужчин и женщин (так как  $p < 0,05$ ). Значения ранговых сумм указывают на то, что для женщин более характерна ипохондрическая реакция на заболевание.

**Сравнение пациентов двух отделений.** При сравнении двух групп обнаружили статистически значимые различия в длительности заболевания, внутренней картине болезни и степени стрессоустойчивости, так как  $p < 0,05$ . Пациенты второго отделения более длительно болеют, менее стрессоустойчивые и им чаще свойственны эйфорический, анозогнозический и паранойяльный типы реагирования на онкологию, а для пациентов первого отделения больше характерна неврастеническая реакция.

**Статистически значимые результаты у медработников первого отделения.** Можно увидеть наличие прямой зависимости между стажем работы в первом отделении и склонностью помнить причиненные обиды. Обнаружилась слабая обратная связь между индифферентной направленностью и стремлением перевоспитывать партнера, слабая прямая связь между конформной направленностью и уровнем общей коммуникативной толерантностью. Значит, чем больше испытуемый ориентируется на «сугубо деловые» вопросы, тем меньше он старается перевоспитать собеседника. А чем больше медработник данного отделения готов «подстроиться» под собеседника, тем выше он имеет уровень общей коммуникативной толерантности.

**Статистически значимые результаты у медработников второго отделения.** Можно увидеть наличие умеренной обратной зависимости между стажем работы во втором онкологическом отделении и изменностью оценок в адрес окружающих, и уровнем общей коммуникативной толерантности. Чем дольше человек работает с онкопатологией, тем меньше он склонен менять свое мнение по поводу окружающих, и тем

меньше у него уровень общей коммуникативной толерантности. Была найдена умеренная обратная связь между возрастом и стремлением перевоспитывать партнера. Чем старше респондент, тем меньше он склонен переделывать собеседника.

А также наблюдается умеренная обратная зависимость между авторитарной направленностью и оцениванием людей, исходя из собственного «Я», и сохранением в памяти причиненных обид. Чем больше для медработника характерна ориентация на доминирование в общении, тем он меньше дает оценки другим, используя в качестве точки отсчета себя, и тем меньше помнит обиды. Была выявлена умеренная прямая связь между конформной направленностью и стремлением помнить обиды. Чем больше испытуемый проявляет отказ от равноправия в общении в пользу собеседника, тем дольше он помнит обиды и упрекает в этом.

**Сравнение медработников двух отделений.** Обнаружились статистически значимые различия в общей коммуникативной толерантности, авторитарной, альтероцентристской и диалогической направленности, так как  $p < 0,05$ . Медицинский персонал первого отделения имеет более высокий уровень коммуникативной толерантности, больше использует добровольную «центрацию» на собеседнике, ориентацию на его цели и потребности и стремление к равноправному общению, основанному на взаимном уважении и доверии. А медицинские работники второго отделения больше применяют авторитарную направленность в общении.

**Эмпирический анализ взаимоотношений медицинских работников и пациентов.** Эмпирический анализ взаимоотношений медицинских работников и пациентов проводился путем сравнения полученных статистически значимых различий по переменным у пациентов и медицинских работников. В первом отделении пациенты склонны реагировать на свое заболевание больше неврастеническим типом и являются более стрессоустойчивыми. Для медицинского персонала этого же отделения характерны больше альтероцентристская (добровольная «центрация» на собеседнике) и диалогическая (ориентация на равноправное общение) направленность в общении и более высокий уровень коммуникативной толерантности.

У пациентов второго отделения можно увидеть чаще такие реакции на онкологию, как эйфорическая, анозогностическая, паранойяльная. Данным больным характерна меньшая стрессоустойчивость. А медицинские работники этого отделения чаще применяют авторитарную (ориентация на доминирование в общении) направленность в общении и имеют меньший уровень коммуникативной толерантности.

Таким образом, у пациентов первого отделения реакция на онкологию более объективная, чем у больных второго отделения. В свою оче-

редь, медицинский персонал первого отделения обладает большей терпимостью к другим людям, большей эмпатией и в общении ориентируются не только на равноправие, но и на потребности другого. А медработники второго отделения проявляют меньше терпимости к другим людям и предпочитают авторитарный стиль общения.

Итак, можно сделать следующие **выводы**: Для мужчин чаще характерна эгоцентрическая реакция на онкологию, а для женщин – ипохондрическая. Пациенты с эргопатической и эгоцентрической реакцией на онкопатологию являются более стрессоустойчивыми. Чем больше медработник готов «подстроиться» под собеседника, тем выше он имеет уровень общей коммуникативной толерантности. Чем дольше человек работает с онкологией, тем меньше у него уровень общей коммуникативной толерантности. Медицинский персонал, который имеет более высокий уровень коммуникативной толерантности, и ориентируется не только на равноправие, но и на потребности собеседника, способствуют более объективному реагированию пациентов на онкологию. А медработники, проявляющие меньше терпимости к другим людям и предпочитающие авторитарный стиль общения, способствуют более субъективной реакции у пациентов с онкологическим заболеванием. Одним из факторов формирования внутренней картины болезни пациента является направленность в общении, коммуникативная толерантность медицинского персонала.

#### Литература

1. *Братченко С. Л.* Подходы к изучению психологии толерантности / Под ред., А.А. Бодалев. Ростов-на Дону, 2003. С. 37–40.
2. *Менделевич В. Д.* Клиническая и медицинская психология. М.:Медпресс,1999.
3. Психодиагностика толерантности личности. / Под ред. Г.У. Солдатовой, Л.А. Шайгеровой. М., 2008.
4. *Райгородский Д. Я.* Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие / под ред. Д. Я. Райгородского. Самара: Бахрах-М, 2001.

### САМООЦЕНКА ЛИЧНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ И САМООТНОШЕНИЯ ПЕРВОРОДЯЩИХ ЗАМУЖНИХ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

**Т. В. Хайкина**

Демографическая ситуация в Республике Беларусь на данном этапе является очень сложной: наблюдается снижение рождаемости. Численность населения в 2001 году составила 9 млн 957 тыс человек, в 2005 году – 9 млн 697 тыс человек, в 2010 – 9 млн 500 тыс человек, в 2012 году – 9 млн 465 тыс человек. Также актуальность исследования обуслов-