

Секция «Клиническая психология, психосоматика, клиническая психология телесности»
**Отношение к болезни женщин с онкологическим заболеванием (раком
молочной железы).**

Павленко Виктория Александровна

Студент (специалист)

Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия

E-mail: vika_pavlenko_191294@mail.ru

Данная работа посвящена проблеме отношения к болезни женщин страдающих раком молочной железы до менопаузы и после менопаузы.

Объект - женщины страдающие, раком молочной железы (второй и третьей стадии).

Предмет - отношение к болезни женщин страдающих, раком молочной железы.

Цель - исследовать отношение к болезни женщин страдающих, раком молочной железы (до менопаузы и после менопаузы).

Задачи:

1) Определить наиболее распространенный тип отношения к болезни у женщин, страдающих раком молочной железы до менопаузы и после менопаузы;

2) Сравнить результаты тестирования женщин, страдающих раком молочной железы до менопаузы и после менопаузы.

Для решения поставленных задач, были использованы следующие методы исследования:

1) метод психодиагностического тестирования (методика ТОБОЛ);

2) метод статистического анализа (критерий Стьюдента).

Гипотеза: между женщинами страдающими, раком молочной железы до менопаузы и после менопаузы существуют различия, выраженные в отношении к болезни.

По статистике Всемирной организации здравоохранения с 2008 по 2012 год количество людей, страдающих онкологическими заболеваниями выросло с 12,7 млн. ч. до 14,1 млн. ч., тогда как в 2000 г. по опубликованным сведениям Международного агентства по изучению рака (МАИР) в мире количество заболевших раком оценивалось более чем в 10 млн. человек, а в 1990г. аналогичная оценка немногим превышала 8 млн. По оценкам онкологов, второе место по распространенности среди других злокачественных новообразований занимает рак молочной железы, специфика данного заболевания представляет собой не просто угрозу жизни, носит исключительно «женский характер».

Ведущими локализациями в общей (оба пола) структуре онкологической заболеваемости РМЖ занимает 2 место(11,4%), у женского населения РМЖ является ведущей онкологической патологией(20,9%).

Актуальность данной темы обусловлена ростом числа онкологических заболеваний, который наблюдается в последние десятилетия, но уровень выживаемости пациенток страдающих раком молочной железы, то есть продолжительность жизни больных увеличивается, показатели пятилетней(показатель эффективности лечения) выживаемости возрастают для многих видов онкологических заболеваний - в частности, для рака молочной железы они превышают 80%.

Следовательно вопросы отношения к болезни становятся сегодня все более актуальными: воздействие на свое здоровье непосредственно (с помощью физических упражнений и определенного питания, выполнения предписаний врача), но и через свои представления,

чувства, отношение к жизни, болезни, кроме того выздоровление зависит от веры в эффективность лечения, доверия к врачам и адекватного отношения к своей болезни.[8]

Направленное изучение психосоциальных аспектов онкологии началось в 1980-х годах, хотя и ранее клиницисты уделяли внимание социальным, психологическим, психиатрическим проблемам пациентов. В связи с увлечением знаний по этим проблемам возникла новая отрасль науки - психоонкология, которая объединила в себе несколько дисциплин (психология, социология, онкология, психиатрия). В 1984 г. было основано Международное психоонкологическое общество. В течение последних 20-30 лет были созданы валидные инструменты для изучения самоотчетов пациенток.

На данный момент выделены основные психосоциальные аспекты изучения проблематики онкологического заболевания.

В данной работе акцент сделан на части аспекта «Контроль физических и психологических симптомов во время лечения» и исследования отношения к болезни женщин, страдающих раком молочной железы.

Для проведения психодиагностического исследования была сформирована выборка из 50 женщин, страдающих РМЖ. Выборка была разделена на две группы:

1 группа (до менопаузы), то есть после мастэктомии при сохранности менструального цикла (25 человек);

2 группа (после менопаузы), то есть до того, как пациенткам сделали мастэктомию, они прошли курс химиотерапии, из-за которого у них наступила альтерация менструального цикла (в данном случае, конец менструального цикла) (25 человек).

На момент проведения тестирования женщины находились в Свердловском областном онкологическом центре, отделения маммологии и общей онкологии.

В качестве метода исследования выбрана: психодиагностическая методика (методика ТОБОЛ).

Методика ТОБОЛ предназначена для психологической диагностики типов отношения к болезни. При такой диагностике была использована типология отношений к болезни, предложенная А.Е.Личко и Н.Я.Ивановым. Методика позволяет диагностировать следующие 12 типов отношения: сенситивный, тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический, неврастенический, эгоцентрический, паранойяльный, анозогностический, дисфорический, эргопатический и гармоничный. Для составления текста теста были выбраны 12 наиболее важных, по мнению автора, жизненных сфер, отражающих систему отношений личности: к самооценке самочувствия, настроения, сна и аппетита, отношение к болезни, к лечению, к врачам и медперсоналу, к родным и близким, к работе (учебе), к окружающим, к одиночеству, к будущему.

Для получения достоверных данных, материалы были обработаны с помощью статистических математических методов. В качестве статистических методов был использован статистический пакет Statisticav7.0.61.0. Был применен критерий Стьюдента.

Самые распространенные типы отношения к болезни у женщин, страдающих раком молочной железы (до менопаузы) - смешанный (44%) и анозогностический (20%).

Смешанный тип (44%): у восьми пациенток (эргопатический + анозогностический), у трех пациенток (эргопатический + неврастенический).

Этим пациенткам свойственно: либо активное отбрасывание мысли о болезни, о ее последствиях; либо уход от своей болезни в работу; либо поведение по типу раздражительной

слабости, эти пациентки быстро утомляются, у них вспышки гнева на первого встречного, затем раскаянье.

Можно предположить, что анозогнозический и смешанный типы, которые в большей степени, свойственны этим женщинам, так как они еще не осознали всей тяжести своего заболевания, потому что с момента приема и до момента операции прошел короткий срок, и им не хватило времени, чтобы осознать свою болезнь, и они не определились, как относиться к своей болезни.

Существует небольшое количество женщин с эргопатическим (16%), гармоническим (12%), тревожным (8%) и это можно отнести к индивидуально личностным реакциям.

Этим женщинам свойственно, либо уход от своей болезни в другие виды деятельности, в глубине души они понимают, что они больны, но пытаются компенсировать, либо адекватная оценка своего состояния и болезни, такие пациентки могут трезво оценивать свое состояние, стремятся во всем содействовать успеху лечения и выполняют рекомендации врача, либо непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения, поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни и методах лечения, в большей степени выражен интерес к объективным данным о болезни (результат анализов, заключение специалиста), неудач лечения, а также возможных (но малообоснованных) неудач в жизни, работе, семейной ситуации в связи с болезнью.

Самые распространенные типы отношения к болезни у женщин, страдающих раком молочной железы после менопаузы - эргопатический (48%) и гармоничный (28%).

Смешанный тип отношения к болезни (12%): у одной пациентки (тревожный + дисфорический), у второй пациентки (анозогнозический + тревожный), у третьей пациентки тревожный + ипохондрический).

Этим женщинам свойственно либо уход в работу им характерно одержимое отношение к работе, избирательное отношение к лечению и обследованию, которое обусловлено, стремлением продолжить активную трудовую деятельность, либо адекватная оценка своего состояния и болезни, такие пациентки могут трезво оценивать свое состояние, стремятся во всем содействовать успеху лечения и выполняют рекомендации врача

В отличие от первой группы, во второй группе гармоничного типа отношения к болезни на 20% больше. Можно предположить, что это связано либо с тем, что пациентки на протяжении нескольких лет живут с этой болезнью и четко выполняют инструкцию врача (они уже к ней привыкли и знают, что нужно делать для поддержания своей жизни), эти женщины в больницу попали из-за рецидива, либо женщины направляются на операцию после того как прошли химиотерапию, за этот промежуток времени они могли успеть осознать всю тяжесть заболевания и стараются помогать врачам корректно выполнять план лечения.

Используя описательную статистику, были получены следующие результаты:

1) Эмпирическое распределение женщин, страдающих РМЖ до менопаузы не отличается от теоретического нормального распределения (показатели ошибок по асимметрии и эксцессу являются больше, чем асимметрия и эксцесс; $AS_{0.9}(0,46) > AS(0,25)$, $ЭК-С_{0.9}(0,9) > ЭК(0,25)$; показатели p для критериев Колмогорова - Смирнова(0,2), Лиллиефорса(0,2), Шапиро - Уилка(0,89), являются больше, чем критическое (теоретические) значение $p=0,05$.

2) Эмпирическое распределение женщин, страдающих РМЖ после менопаузы не от-

личается от теоретического нормального распределения (показатели ошибок по асимметрии и эксцессу являются больше, чем асимметрия и эксцесс; $AS_{\text{опш}}(0,52) > AS(0,46)$, $\text{ЭКС}_{\text{опш}}(0,9) > \text{ЭКС}(0,69)$; показатели p для критериев Колмогорова - Смирнова (0,35), Лиллиефорса (0,2), Шапиро - Уилка (0,6) являются больше, чем критическое (теоретическое) значение $p=0,05$.

Для доказательства или опровержения гипотезы исследования был выбран параметрический критерий Т - Стьюдента. Были получены следующие результаты:

После выполнения расчетов, значение t -критерия оказалось равным 3,09. Находим число степеней свободы как $(25 + 25) - 2 = 48$. Сравниваем полученное значение t -критерия Стьюдента 3,09 с критическим при $p < 0,05$ значением, указанным в таблице: 2,011. Так как рассчитанное значение критерия больше критического, делаем вывод о том, что наблюдаемые различия статистически значимы (уровень значимости $p < 0,05$).

Сравнение 1 группы (до менопаузы) со 2 группой (после менопаузы):

Эмпирическое значение критерия $t_{\text{эмп.}} = 3,09$ больше $t_{\text{крит.}} = 2,011$ (при $p \leq 0,05$) говорит о том, что существуют различия между группами.

В результате было выявлено, что различия, выраженные в отношении к болезни, между женщинами страдающими, РМЖ до менопаузы и после менопаузы существуют. Гипотеза о том что, между женщинами страдающими, раком молочной железы до менопаузы и после менопаузы существуют различия, выраженные в отношении к болезни, подтвердилась.

Женщина, которая узнает о своем состоянии, погружается в ситуацию болезни. Она может реагировать совершенно разными, или даже раньше не свойственными ей способами. Не только для психологов, но и для врачей важно знать, какое у пациентки отношение к болезни, чтобы корректировать лечение, реабилитацию и психотерапию.

Источники и литература

- 1) 1. Вассерман Л. И. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей / Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев. – СПб. : Психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева, 2005. – 32 с.
- 2) 2. Ильин Е. П. Психология индивидуальных различий / Е. П. Ильин. – СПб. : Питер, 2004. – 701 с.
- 3) 3. Иовлев Б. В. Об отношении к концепции отношений в медицинской психологии / Б. В. Иовлев, Э. Б. Карпова. – СПб.: Питер, 1999. – 85 с.
- 4) 4. Каприна А. Д. Злокачественные новообразования в России в 2013 году (заболеваемость и смертность) / А. Д. Каприна, В. В. Старинского. [U+F02D] М.: МНИОИ им. П.А. Герцена [U+F02D] филиал ФГБУ «ФМИЦ им. П.А. Герцена» Минздрава России, 2015. [U+F02D] 250 с.
- 5) 5. Мясичев В. Н. Введение в медицинскую психологию / В. Н. Мясичев, М. С. Лебединский. – Л. : Медицина, 1996. – 431 с.
- 6) 6. Мясичев В.Н. Психология отношений: Избранные психологические труды / В.Н.Мясичев. – М. : Модэк МПСИ, 2004. – 398 с.
- 7) 7. Саймонтон К. Психотерапия рака / К. Саймонтон. – СПб. : Питер, 2001. – 288 с.
- 8) 8. Тарабрина Н. В. Онкопсихология: посттравматический стресс у больных раком молочной железы / Н. В. Тарабрина, О. А. Ворона. – М. : Изд-во «Институт психологии РАН», 2010. –175с.

- 9) 9. Черенков В. Г. Клиническая онкология / В. Г. Черенков. – М. : МК, 2010. – 434 с.
 10) 10. Чиссов В. И. Онкология / В. И. Чиссов, С. Л. Дарьялова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 560 с.

Иллюстрации

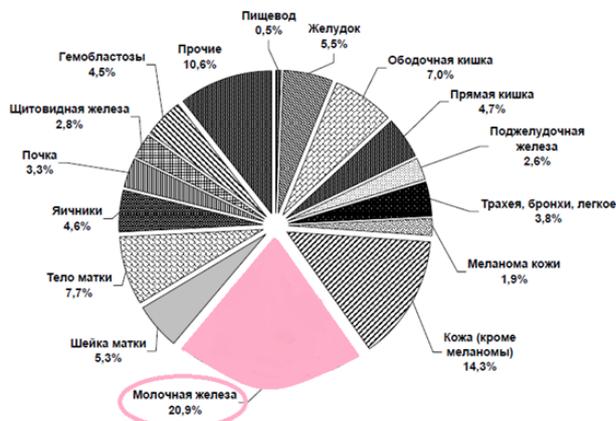


Рис. 1. Структура заболеваемости злокачественными новообразованиями женского населения в России в 2013 г.

Локализация, нозологическая форма	Код МКБ 10	Годы										
		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
ЖЕНЩИНЫ												
Все новообразования	C00-97	239128	248615	250102	254615	259183	262536	269882	278892	282303	284993	290707
Молочная железа	C50	46288	49230	49548	50292	51865	52469	54315	57241	57534	59037	60717

Рис. 2. Данные о динамике распространенности злокачественных образований у женщин в России с 2003 по 2013 гг.

№№	Тип отношения к болезни	Количество человек (%)
1.	Смешанный	11 человек (44 %)
2.	<u>Анозогнозический</u>	5 человек (20 %)
3.	<u>Эргопатический</u>	4 человека (16%)
4.	Гармоничный	3 человек (12%)
5.	Тревожный	2 человека (8%)

Рис. 3. Типы отношения к болезни у женщин, страдающих раком молочной железы (до менопаузы)

№№	Тип отношения к болезни	Количество человек(%)
1.	<u>Эргопатический</u>	14 человек (56%)
2.	Гармоничный	8 человека (32%)
3.	Смешанный	3 человек (12%)

Рис. 4. Тип отношения к болезни у женщин страдающих, раком молочной железы (после менопаузы)