

**О. И. Ахраменко**

Научный руководитель: О. А. Короткевич

Гомельский государственный университет имени Ф. Скорины,  
г. Гомель, Республика Беларусь

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ  
ОТДЕЛЕНИЯ ДНЕВНОГО ПРЕБЫВАНИЯ С РАЗНЫМ ТИПОМ ОТНОШЕНИЯ  
К БОЛЕЗНИ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬЮ К ЛЕЧЕНИЮ**

*В статье рассматривается проблема качества жизни пациентов с сердечно-сосудистой патологией. Отношение к болезни и приверженность лечению данных пациентов может быть решающим фактором в успешности терапии. Автором приводятся данные эмпирического исследования психологических особенностей качества жизни пациентов отделения дневного пребывания с разным типом отношения к болезни и приверженностью к лечению.*

*Ключевые слова: качество жизни, пациенты отделения дневного пребывания, отношение к болезни, тип отношения к болезни, приверженность лечению.*

**O. I. Akhramenko**

Scientific Adviser: O. A. Korotkevich

Francisk Skorina Gomel State University,  
Gomel, Republic of Belarus

**PSYCHOLOGICAL FEATURES OF THE QUALITY OF LIFE OF DAY CARE  
CENTRE PATIENTS WITH DIFFERENT TYPES OF ATTITUDE TO THE DISEASE  
AND ADHERENCE TO TREATMENT**

*The article deals with the problem of quality of life of patients with cardiovascular pathology. The attitude to the disease and adherence to treatment of these patients can be a decisive factor in the success of therapy. The author presents the data of the empirical study of psychological features of the quality of life of patients of the day care department with different types of attitude to the disease and adherence to treatment*

*Keywords: quality of life, day care patients, attitude to illness, type of attitude to illness, adherence to treatment.*

В последнее время существенно увеличивается количество людей, страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой системы и артериальной гипертензией. Успешность их лечения во многом зависит от приверженности пациента лечению, стремления вести более здоровый образ жизни, прислушиваться к рекомендациям врача, применять лекарства. В настоящее время клинические факты убеждают, что биологические закономерности у человека не существуют вне связи с личностью и ее отношением к самому факту наличия заболевания – отношением к болезни. Представления о заболевании существенно влияют на его течение и эмоциональное состояние человека, а формирование определенных типов отношения к болезни у пациентов оказывает существенное влияние на приверженность лечению.

О. Е. Ельникова указывает на то, что именно «отношение к болезни» можно рассматривать как некий механизм, позволяющий человеку не только справиться с такой стрессовой ситуацией, как ежедневное фиксирование у себя тех или иных симптомов,

которые не позволяют личности нормально функционировать, нарушают его планы, а зачастую даже меняют жизненный путь, но и выработать со временем некую модель поведения, которую человек применяет, зачастую автоматизированно, всякий раз, когда возникает угроза потери здоровья [1].

В. Д. Менделевич пишет, что психологами выделяются двенадцать типов психологического реагирования на заболевание. Типология реагирования на заболевание создана А. Е. Личко и Н. Я. Ивановым на основе оценки влияния трех факторов: природы самого соматического заболевания; типа личности; отношения к данному заболеванию в референтной для больного группе. Первый блок включает типы отношения к болезни, при которых социальная адаптация существенно не нарушается: гармоничный, эргопатический и анозогнозический тип. Во второй и третий блок включаются типы реагирования на болезнь, характеризующиеся наличием психической дезадаптации в связи с заболеванием. При этом второй блок включает типы реагирования преимущественно с интрапсихической направленностью: тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический. В третий блок входят типы реагирования с интерпсихической направленностью. Этот блок включает типы с таким сенсibilизированным отношением к болезни, которое в наибольшей степени зависит от преморбидных особенностей личности больных: сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный, дисфорический.

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, «приверженность лечению» – это степень соответствия поведения пациента назначениям врача в отношении приема лекарственных препаратов, выполнения рекомендаций по питанию и/или изменения образа жизни. Под приверженностью к лечению, по мнению Ю. В. Лукиной и Н. П. Кутишенко, понимают вовлеченность больного в процесс лечения, готовность и сознательное невыполнение рекомендаций врача. «Здоровая» приверженность – характеризует модель поведения, свойственную человеку, который самостоятельно стремится к здоровому образу жизни и выполнению всех рекомендаций по улучшению здоровья. «Неприверженность лечению» (nonadherence) включает: отказ больного начинать прием лекарственных препаратов; несогласие принимать препараты длительно, досрочное самостоятельное прекращение терапии; а рациональная неприверженность – отказ от лечения из-за нежелательных явлений последнего [3].

В современной медицине понятие «качество жизни» логически связано с известным определением здоровья Всемирной Организации Здравоохранения и трактуется как «качество жизни, связанное со здоровьем». Сам термин «качество жизни» ВОЗ определяет как «восприятие индивидами их положения в контексте культуры и систем ценностей, в которых они живут, в соответствии с их собственными целями, ожиданиями, стандартами и заботами». ВОЗ так же выработала основополагающие критерии качества жизни пациентов: физические (сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых); психологические (положительные эмоции, мышление, обучение. Концентрация, самооценка, переживания); уровень независимости (повседневная активность, работоспособность, зависимость от лекарств и лечения); социальная жизнь (личные взаимоотношения, общественная ценность субъекта, сексуальная активность); окружающая среда (быт, благополучие, безопасность, доступность, качество медицинской и социальной помощи, обеспеченность, экология, возможность обучения, доступность информации); духовность (религия, личные убеждения) [2].

Было проведено эмпирическое исследование на базе учреждения здравоохранения «Октябрьская центральная районная больница» Гомельской области. Выборку составили 30 пациентов отделения дневного пребывания в возрасте 45–50 лет. Для исследования особенностей качества жизни пациентов с различным типом отношения к болезни и с различной степенью приверженности лечению применялось три методики: «Тип отношения к болезни» (Л. И. Вассерман) и «Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25)» (Н. А. Николаев, Ю. П. Скирденко). Оценка уровня удовлетворенности качеством жизни (Н. Е. Водопьянова).

На первом этапе с целью определения типа отношения к болезни пациентов от деления дневного пребывания с заболеваниями сердечно-сосудистой системы была использована методика «Тип отношения к болезни» (Л. И. Вассерман). Можно сделать следующие выводы: среди участников исследования у 6 испытуемых, что составляет 20 % выявлен гармоничный тип отношения к своему заболеванию. Их можно охарактеризовать как пациентов, которые адекватно относятся к своей болезни, понимают ее опасность, но при этом не преувеличивают ее влияние на организм. Они имеют выраженный настрой на лечение, заинтересованы в том, чтобы вести такой образ жизни при выявленном заболевании, который позволит ему не прогрессировать.

В первом блоке типов отношения к болезни имеются еще эргопатический тип. Он выявлен у 10 % участников исследования. Особенности испытуемых с данным типом заключаются в том, что они склонны к «уходу от болезни в работу». Главное стремление – сохранить профессиональный статус и возможность продолжения активной трудовой деятельности в прежнем качестве.

Анозогнозический тип отношения к болезни не выявлен в данной выборке. У 9 испытуемых, что составляет 30 % от выборки выявлен тревожный тип отношения к своему заболеванию. Им присуще постоянное беспокойство о своей жизни и о влиянии на нее заболевания. Они много переживают из-за того, что лечение может быть неэффективным. Склонны постоянно искать альтернативные способы для выздоровления, консультироваться у разных специалистов. При этом, эти респонденты часто проявляют недоверие к компетентности лечащего врача, что существенно снижает их приверженность лечению. Постоянная тревога и беспокойство влияют на настроение и самочувствие, ухудшают сон и аппетит, что также негативно сказывается на течении заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Ипохондрический тип отношения к болезни доминирует у 5 пациентов, что составляет 16,6 %. Они склонны много внимания уделять своим болезненным ощущениям. У них выражено стремление об этом постоянно рассказывать, в том числе и лечащему врачу, часто преувеличивая выраженность симптомов, что вводит специалистов в заблуждение. При этом, значительно меньше внимания пациенты с ипохондрическим типом отношения к болезни уделяют вопросам лечения. При употреблении лекарственных средств они могут преувеличивать побочные действия, которые от них возникают. Это в свою очередь затрудняет их медикаментозное лечение.

Меланхолический тип отношения к болезни доминирует у 3 пациентов, что составляет 10 %. Эти участники исследования не верят в то, что исход болезни может быть положительный, а также в эффективность лечения. Им присуща некоторая депрессивность, склонность к суицидальным мыслям, безысходности. В целом, их взгляд на жизнь пессимистический, что отражается и на реакции на предложение врача принимать медикаментозное лечение.

Апатический тип отношения к болезни доминирует у 2 пациентов, что составляет 6,7 %. Эти участники исследования склонны проявлять безразличие к заболеванию и лечению. Принимают препараты и проходят обследования они в основном под действием окружающих людей. Сами же проявляют пассивность. Им присуща утрата интереса к жизни и тому, что их окружает из-за заболевания. В данной выборке не выражен такой тип отношения к болезни как неврастенический.

Сенситивный тип отношения к болезни доминирует у 2 пациентов, что составляет 6,7 %. Эти испытуемые отличаются излишней ранимостью. Они избегают рассказывать о своем заболевании окружающим, так как опасаются услышать от них жалость либо сплетни, что может существенно ранить пациента с таким типом отношения к болезни. Соответственно, у них существенно сужается круг людей, которые могут им оказать помощь в трудной жизненной ситуации. В данной выборке не выражены такие типы отношения к болезни как эгоцентрический, дисфорический и паранойяльный.

Для определения степени приверженности к лечению пациентов отделения дневного пребывания был использован «Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25) (Н. А. Николаев, Ю. П. Скирденко)». Можно сделать вывод, что больше всего у участников исследования выражена важность лекарственной терапии ( $m=21,33$ ). Данный показатель выражен на уровне выше среднего. При этом показатель по готовности к лекарственной терапии проявляется слабее ( $m = 19,1$ ). Умеренно у испытуемых выражена важность медицинского сопровождения пациента ( $m = 16,53$ ). При этом показатель по готовности к медицинскому сопровождению у пациентов более слабый ( $m = 15,33$ ). Умеренно у участников исследования отмечается выраженность проявления важности модификации образа жизни ( $m = 17,56$ ). Готовность к этому проявляется чуть слабее ( $m = 16,33$ ).

Далее была изучена степень удовлетворенности качеством жизни пациентов посредством использования методики «Оценка уровня удовлетворенности качеством жизни (Н. Е. Водопьянова)». Проведенная диагностика показала, что большинство пациентов отметили средний уровень индекса качества жизни – 47 % (14 испытуемых). Они в целом довольны уровнем способности к профессиональной деятельности, имеют определенные личностные достижения, которые их устраивают. В их жизни есть общение с близкими людьми, которым они вполне довольны, так как получают психологическую поддержку. Оптимистичность выражена умеренно. Тревожность и напряжённость на таком уровне, который не влияет сильно на личную и профессиональную жизнь. На высоком уровне данный показатель отмечается у 20 % участников исследования (6 испытуемых). Эти участники исследования довольны своей жизнью и тем, что в ней происходит. Только у 33 % отмечается низкий уровень проявления индекса качества жизни (10 испытуемых). На момент исследования они недовольны своей профессиональной деятельностью, личными достижениями, особенностями взаимоотношения с близкими людьми. Они не ощущают поддержки со стороны близких. Склонны к проявлению пессимизма, напряженности.

Далее были проанализированы и представлены в средних значениях показатели качества жизни пациентов (рисунок 1).



**Рисунок 1 – Показатели удовлетворенность качеством жизни у пациентов ( $m$ )**

Можно сделать вывод о том, что наиболее низкие показатели у испытуемых находятся по шкале «здоровье» ( $m=19,46$ ). Данное значение находится в диапазоне низкого уровня (от 4 до 25 баллов). Это свидетельствует о том, что с позиции здоровья качество жизни у пациентов низкое.

На втором месте по степени выраженности стоит самоконтроль: ( $m=21,6$ ). Это является показателем того, что пациентам сложно контролировать свою жизнь. Напряженность

в данной выборке находится на верхней границе низкого уровня ( $m = 22,03$ ). Можно говорить о том, что в целом, переживания у пациентов есть, но, они не оказывают существенного влияния на жизнь. Умеренно проявляются негативные эмоции ( $m = 22,6$ ). Это проявляется в проявлении гнева и раздражительности.

Пациенты умеренно удовлетворены поддержкой, которая оказывается из со стороны окружающих людей ( $m = 22,93$ ). На среднем уровне выражены данные по личным достижениям и устремлениям ( $m = 23,9$ ). В целом, испытуемые довольны общением с друзьями ( $m = 24,5$ ) и умеренно проявляют оптимистичность ( $m = 24,93$ ). Лучше всего участники исследования оценивают свою работу и карьеру ( $m = 25,4$ ).

Одной из задач данного исследования было определение различий в качестве жизни пациентов отделения дневного пребывания с разным типом отношения к болезни и приверженностью к лечению. С этой целью использовался такой метод статистической обработки данных как U-критерий Манна-Уитни. В результате исследования было определено, что в данной выборке имеются пациенты со средним и низким уровнем приверженности к лечению. Это обусловило сравнение между собой двух выборок, следующих по количественному составу: группа 1 – средний уровень приверженности к лечению (12 испытуемых); группа 2 – низкий уровень приверженности к лечению (18 испытуемых). Критические значения для данной выборки следующие:  $U = 68$ ;  $p \leq 0,05$  и  $U = 53$ ;  $p \leq 0,01$ .

Проведенный анализ данных показывает, что существуют статистически значимые различия в двух группах в проявлении такого показателя качества жизни как работа ( $U = 51,0$ ;  $p \leq 0,01$ ). Установлено, что в выборке пациентов, имеющих средний уровень приверженности к лечению, оценка своей профессиональной жизни и активности выше по сравнению с теми, у кого отмечается низкий уровень приверженности к лечению. Это может быть обусловлено тем, что испытуемые первой выборки более ответственно относятся к своему здоровью и понимают, что от заботы о нем во многом зависит эффективность их профессиональной деятельности. В то время как пациенты с низким уровнем приверженности к лечению значительно ниже оценивают качество жизни с позиции профессии. Это можно объяснить тем, что у них более низкий уровень ответственности за свое здоровье. Возможно, они понимают влияние их здоровья на профессиональную деятельность и видят в этом причины неуспеха.

Существуют статистически значимые различия в двух группах в проявлении такого показателя качества жизни как личные достижения ( $U = 40,0$ ;  $p \leq 0,01$ ). Определено, что в выборке пациентов со средним уровнем приверженности к лечению, более высокая оценка своих личных достижений по сравнению с теми, у кого низкий уровень приверженности к лечению, и наоборот. Обосновать это можно тем, что пациенты первой выборки осознают, что и их состояние здоровья, и их личные достижения зависят в основном от них, а не от внешних обстоятельств. Соответственно, они берут ответственность за свои личные достижения и могут оценить эффективность своей деятельности.

Существуют статистически значимые различия в двух группах в проявлении такого показателя качества жизни как здоровье ( $U = 58,0$ ;  $p \leq 0,05$ ). Установлено, что пациенты, имеющие средний уровень приверженности к лечению, оценивают свое здоровье выше по сравнению с теми, у кого низкий уровень приверженности к лечению и наоборот. Это может быть обосновано тем, что они видят результат лечения и могут оценивать динамику в своем здоровье. Возможно, они больше внимания уделяют вопросам здорового образа жизни, так как здоровья для них является важной жизненной ценностью.

Существуют статистически значимые различия в двух группах в проявлении такого показателя качества жизни как негативные эмоции ( $U = 66,5$ ;  $p \leq 0,05$ ). Выявлено, что у испытуемых с низким уровнем приверженности к лечению данный показатель выше по сравнению с теми, у кого отмечается высокий уровень. Неудовлетворенностью жизнью у них демонстрируется посредством раздражительности и гнева. Это может

быть связано с тем, что они не обладают определенными способами совладания со стрессовыми и сложными ситуациями, более халатно относятся к своему здоровью, убеждены, что лечение не принесет положительных результатов.

Далее было осуществлено исследование особенностей качества жизни пациентов в зависимости от типа отношения к болезни. По результатам исследования по методике «Тип отношения к болезни» (Л. И. Вассерман) было сформировано две выборки. В первую выборку вошли испытуемые, у которых доминируют такие типы отношения к болезни, при которых социальная адаптация существенно не нарушается (гармоничный, эргопатический) – 1 блок (9 испытуемых). Во вторую выборку вошли испытуемые, у которых доминируют типы отношения к болезни, которые характеризуются наличием психической дезадаптации в связи с заболеванием: тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический – 19 испытуемых.

Существуют статистически значимые различия в двух группах в проявлении такого показателя качества жизни как работа ( $U = 35,0$ ;  $p \leq 0,01$ ). Пациенты, имеющие тип отношения к болезни, который не нарушает социальную адаптацию, имеют более высокую удовлетворённость таким аспектом качества жизни как работа, по сравнению с испытуемыми второй выборки. Это может быть обусловлено тем, что они трезво оценивают состояние своего здоровья и стараются во что бы то ни стало продолжать трудовую деятельность. Учитывают особенности своего здоровья при выполнении должностных обязанностей. Проявляют гибкость и умеют перестроить свой образ жизни. Пациенты с такими типами отношений к болезни, как тревожный, ипохондрический, меланхолически, апатический склонны к пессимизму и преувеличению влияния заболевания на жизнь. Соответственно, они не проявляют готовности к тому, чтобы перестроить свои жизни в связи с новыми обстоятельствами.

Существуют статистически значимые различия в двух группах в проявлении таких показателей качества жизни как личные достижения ( $U = 39,0$ ;  $p \leq 0,05$ ) и общение ( $U = 48,0$ ;  $p \leq 0,05$ ). Установлено, что пациенты, имеющие тип отношения к болезни, который не нарушает социальную адаптацию, имеют более высокую удовлетворённость своими личностными достижениями и взаимодействием с окружающими людьми, что свидетельствует о том, что они продолжают поддерживать социально активную жизнь. Также они проявляют более высокий уровень оптимизма ( $U = 45,5$ ;  $p \leq 0,05$ ) по сравнению с испытуемыми, которые выбирают типы отношения к болезни, способствующие дезадаптации.

Установлено, что существуют статистически значимые различия в двух группах в оценке здоровья ( $U = 49,0$ ;  $p \leq 0,05$ ). Пациенты с такими типами отношений к болезни, как тревожный, ипохондрический, меланхолически, апатический склонны более низко его оценивать. Это может быть связано с тем, что они сильно сосредоточены на неприятных и болезненных ощущениях, проявляют неверие в успех либо безразличие к лечению.

Определено, что существуют статистически значимые различия в двух группах в оценке качества жизни ( $U = 49,0$ ;  $p \leq 0,05$ ). Пациенты с гармоничными и эргопатическими типами отношения к болезни имеют более высокий уровень качества жизни по сравнению с теми, кто выбирает типы, способствующие социальной дезадаптации.

Таким образом, проведенное исследование показало, что существуют различия в качестве жизни пациентов с разным уровнем приверженности к лечению и разными типами отношения к заболеванию. Полученные результаты диагностики могут быть использованы в консультативной деятельности медицинских психологов. На основании полученных данных могут быть разработаны программы сопровождения пациентов отделения дневного пребывания, страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой системы, нацеленные на повышение качества их жизни.

#### **Список использованных источников**

1 Ельникова, О. Е. Концепт «отношение к болезни» как научная проблема / О. Е. Ельникова // Комплексные исследования детства. – 2020. – Т. 2. – № 4. – С. 292 – 304.

2 Качество жизни. ВОЗ. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: – [www.who.int/ru/](http://www.who.int/ru/). – Дата доступа: 10.04.2024.

3 Лукина, Ю. В. Приверженность лечению: современный взгляд на знакомую проблему / Ю. В. Лукина, Н. П. Кутишенко, С. Ю. Марцевич // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2017. –16(1). – С. 91– 95.

### **Ю. Е. Березовская**

Научный руководитель: А. С. Ярошевич

Гомельский государственный университет имени Ф. Скорины,  
г. Гомель, Республика Беларусь

## **ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ И УРОВНЯ КОНФЛИКТНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

*В статье рассматриваются проблемы изучения эмоционального выгорания и конфликтности медицинских работников в научной психологической литературе. Приводятся данные проведенного эмпирического исследования взаимосвязи эмоционального выгорания и уровня конфликтности медицинских работников. Анализируются результаты исследования. В ходе корреляционного анализа выявлена прямая взаимосвязь эмоционального выгорания, а также фаз «напряжение», «резистенция» и «истощение» и уровня конфликтности медицинских работников.*

*Ключевые слова: эмоциональное выгорание, конфликт, конфликтность, медицинские работники, взаимосвязь.*

### **Y. E. Berezovskaya**

Scientific supervisor: H. S. Yaroshevich

Francisk Skorina Gomel State University  
Gomel, Republic of Belarus

## **FEATURES OF THE RELATIONSHIP OF EMOTIONAL BURNOUT AND CONFLICT LEVEL OF HEALTHCARE PROFESSIONALS**

*The article deals with the problems of studying emotional burnout and conflict of medical workers in the scientific psychological literature. The data of an empirical study of the relationship between emotional burnout and the level of conflict of medical workers are presented. The results of the study are analyzed. The correlation analysis revealed a direct relationship between emotional burnout, as well as the phases of “tension”, “resistance” and “exhaustion” and the level of conflict among medical workers.*

*Keywords: emotional burnout, conflict, conflict, medical workers, interrelation.*

Под «эмоциональным выгоранием» понимают специфический синдром, который развивается у человека в процессе его профессиональной деятельности и выражается в состоянии эмоционального и физического истощения, отчуждении от людей, с которыми человек взаимодействует, а также в отсутствии профессиональных планов и крушении надежд [3, с. 28].

Конфликт как социально-психологический феномен – это закономерная и естественная характеристика отношений в социуме. В научной литературе существует большое количество исследований, которые направлены на изучение разных сторон этой проблемы. Понятие «конфликт» отличается выраженной содержательностью и поэтому может употребляться в разных значениях, однако в наиболее обобщенном виде