

6. СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ВЗАИМОДЕЙСТВИЮ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И МЕДИЦИНСКИХ СЛУЖБ В РАБОТЕ С ОНКОПАЦИЕНТАМИ

УДК 159.9

ВЗАИМОСВЯЗЬ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ У ЖЕНЩИН С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СФЕРЫ

*Э.Г. Бурачевская
Республика Беларусь, г. Минск,
Белорусский государственный педагогический университет
имени Максима Танка
milaphon@mail.ru*

В статье приведены результаты исследования воспринимаемой социальной поддержки, социальной сети, картины мира и психологического благополучия женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной сферы, а также характер их взаимосвязи. Показано, что эффект социальной поддержки связан с модуляцией когнитивно-личностных факторов психологического благополучия, представленных базисными убеждениями личности.

Распространенность и рост онкологической заболеваемости, значительные социальные и психологические последствия выводят проблему человека, находящегося в ситуации онкологического заболевания, с сугубо медицинского на междисциплинарный уровень, заставляя объединяться ученых и специалистов различных направлений с целью создания более эффективного комплексного_медико-психологического_подхода в лечении и реабилитации онкологических больных.

Современная клиническая психология относит онкологические заболевания к экстремальным и кризисным ситуациям, которые в силу своей кризисной природы требуют серьезной психологической работы со сложной системой, включающей больного, его близких и медперсонал на каждом этапе заболевания для сохранения психологического благополучия. Психологическое благополучие человека в современной психологии рассматривается как состояние, не ограничивающееся только положительными эмоциями, а как требующее личностной и психологической работы, в том числе по переживанию кризисных событий, осмыслению и интегрированию полученного опыта. Это субъективная оценка человеком себя, своей жизни и отношений с окружающими, выражающаяся в переживании счастья, удовлетворенности собой и собственной жизнью.

Социально-психологическими факторами психологического благополучия личности при онкозаболевании могут выступать: личностные характеристики и состояния (тревожность, депрессия); стратегии поведения и совладания со стрессом; ког-

нитивно-личностные базисные убеждения; социальная поддержка со стороны семьи, друзей, значимых других и удовлетворенность ей; размер и качество социальной сети.

Среди социально-психологических факторов, влияющих на переживание отношения к болезни, а также способствующих адаптации и психологическому благополучию онкологического больного, как один из основных выделяют фактор социальной поддержки. Социальная поддержка также оказывает позитивное влияние на приверженность лечению и рассматривается как один из наиболее значимых внешних ресурсов для преодоления стресса болезни (Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., 2013).

Социальная поддержка представляет собой с одной стороны процесс получения человеком фактической помощи от членов его социальной сети, а с другой – субъективное восприятие человеком наличия поддержки со стороны его окружения и ее соответствие жизненной ситуации, то есть веру человека в получение помощи при необходимости. Исследователи связывают низкий уровень воспринимаемой социальной поддержки с депрессией, симптомами ПТСР и общим дистрессом (Лифинцева А.А., 2012).

Целью исследования являлось изучение воспринимаемой социальной поддержки как фактора психологического благополучия женщин в ситуации онкологического заболевания. В исследовании использовались психодиагностические методы, анализ качественных данных, методы математической статистики.

В исследовании приняли участие 40 женщин в возрасте от 30 до 70 лет, средний возраст 48,8 лет \pm 11,4. Замужем 33 женщины, не имеют спутника жизни 7 женщин. Одного ребенка имеют 16 женщин, двоих – 15, троих – 5 женщин, у 4 женщин детей нет. Выборка включила пациенток, имеющих онкологические заболевания репродуктивной системы, и проходивших хирургическое лечение в отделении онкогинекологии «РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова».

Для изучения когнитивного и эмоционального компонентов психологического благополучия женщин использовались «Шкала удовлетворённости жизнью» E. Diener и «Шкала субъективного счастья» S. Lyubomirsky, H. Lepper в адаптации Леонтьева Д. А. и Осина Е. Н. Для выявления и оценки тяжести депрессии и тревоги использовалась «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» Zigmond A. S., Snaithe R. P., адаптированная М. Ю. Дробижевым. Отношение женщин в ситуации онкологического заболевания к себе и к миру изучено с помощью опросника «Шкала базисных убеждений» Р. Янов-Бульман в адаптации О. Кравцовой. Индивидуальный стиль совладания со стрессом определен по методике «Три моих основных способа противодействия» М. Lahad. Восприятие социальной поддержки изучено с помощью «Опросника социальной поддержки F-SOZU – 22» G. Sommer, T. Fydrich в адаптации А. Б. Холмогоровой, Н. Г. Гаранян, Г. А. Петровой. Для определения основного источника социальной поддержки использовалась «Многомерная шкала восприятия социальной поддержки» D. Zimet в адаптации Н. А. Сироты, В. М. Ялтонского. Также нами была разработана анкета, содержащая вопросы, касающиеся возможности человека обратиться за поддержкой и самому оказать поддержку другим, о соци-

альной сети респондентов, а также о соотношении в ней общего количества и людей, на чью помощь респондент реально может рассчитывать, кого считает наиболее близкими и поддерживающими.

Полученные по выборке средние значения по шкалам удовлетворённости жизнью 22,27 (SD 6,87) и субъективного счастья 14,40 (SD 5,61) соответствуют среднему уровню. Взаимосвязей удовлетворенности жизнью и субъективного счастья с возрастом, семейным положением, а также наличием и количеством детей у женщин в ситуации онкологического заболевания обнаружено не было.

Полученные по выборке женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы средние значения соответствуют субклинически выраженной тревоге с отсутствием достоверно выраженных симптомов депрессии. Высокий коэффициент корреляции между субшкалами ($r=0,592$; $p<0,0001$) свидетельствует о тесной взаимосвязи тревожных и депрессивных состояний у женщин в ситуации онкологического заболевания. Субклинически выражены проявления депрессии у 17%, клиническая депрессия наблюдается у 8% женщин, субклинически выраженная тревога у 32% и клинически выраженная тревога у 23%. В результате исследования была выявлена значимая отрицательная взаимосвязь уровня депрессии с удовлетворенностью жизнью ($r= -0,523$; $p<0,001$); субъективным счастьем ($r= -0,661$; $p<0,001$) и положительная с возрастом ($r= 0,432$; $p<0,01$). Менее выражены отрицательная связь тревоги с субъективным счастьем ($r=-0,453$; $p<0,01$) и положительная с возрастом ($r= 0,315$; $p<0,05$). Данные говорят о том, что депрессивные состояния у женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной сферы напрямую связаны с уровнем психологического благополучия, причем одинаково сильно как с эмоциональным переживанием собственной жизни, так и с когнитивной оценкой своей жизни, тревожность же связана в основном с эмоциональным переживанием женщиной собственной жизни как целого. При этом наблюдается тенденция к усилению этой связи с возрастом.

Анализ показателей когнитивных базисных убеждений показал, что в кризисной ситуации онкологического заболевания в картине мира у женщин более всего страдают убеждения о справедливости окружающего мира, его контролируемости, а также представления о собственной безопасности и неуязвимости (средний показатель общего отношения к осмысленности мира ниже критического уровня в 3,5 балла). Женщины в такой ситуации склонны думать, что страдают незаслуженно, что в происходящих с ними событиях нет закономерности и смысла. Более всего депрессия у женщин с онкологическим заболеванием связана с представлениями о собственной неудачливости, невезучести и неспособности повлиять на происходящие события.

С помощью модели Мули Лаада BASIC Ph в исследовании было выявлено, что абсолютно все респондентки используют стратегию совладания со стрессом S (Социальность). Также высокий показатель был получен по использованию канала C (Когнитивность), наименее используемыми стратегиями преодоления оказались A (Эмоции) и Ph (Физическая активность).

Большинство испытуемых использует все три источника социальной поддержки – семья, друзья, значимые другие, но семья стоит на первом месте. В результате анализа были выявлены корреляции социальной поддержки со стороны семьи с удовлетворенностью жизнью ($r=0,420$; $p<0,01$), субъективным счастьем ($r=0,314$; $p<0,05$), а также между счастьем и поддержкой значимых других ($r=0,524$; $p<0,001$). Выраженность депрессивных проявлений имеет отрицательную корреляцию с поддержкой от значимых других ($r=-0,390$; $p<0,05$). Анализ анкет показал, что основным источником социальной поддержки у женщин в ситуации онкологического заболевания в нашем исследовании оказались дети – как поддерживающих их отметили 65 %. На втором месте выступают супруги, потом родители, братья и сестры, и лишь 25 % женщин указывали также и более дальних родственников. Само по себе наличие супруга автоматически не приводит к восприятию его, как поддерживающего ресурса – 22 % женщин, состоящих в браке, не считают своих супругов поддерживающими. И далеко не все члены социальной сети оказались поддерживающими – близкие и доверительные отношения у женщин только с 28 % родственников, указывают высокую вероятность получения помощи и поддержки от 22 % знакомых и 35 % коллег по работе. В целом женщины в ситуации онкологического заболевания высоко оценивают возможность получения от своего окружения поддержки на инструментальном, эмоциональном уровне и уровне социальной интеграции. Найдены значимые взаимосвязи удовлетворенности жизнью с социальной интеграцией ($r=0,353$; $p<0,05$), счастья с социальной поддержкой на эмоциональном уровне ($r=0,416$; $p<0,01$), на уровне социальной интеграции ($r=0,403$; $p<0,01$), с общим баллом воспринимаемой социальной поддержки ($r=0,408$; $p<0,01$) и уровнем удовлетворенности поддержкой ($r=0,470$; $p<0,01$). Уровень депрессии отрицательно коррелирует с социальной поддержкой на эмоциональном уровне ($r=-0,321$; $p<0,05$), уровне социальной интеграции ($r=-0,538$; $p<0,001$), с общим баллом воспринимаемой социальной поддержки ($r=-0,418$; $p<0,01$) и уровнем удовлетворенности поддержкой ($r=-0,490$; $p<0,01$), а тревожность только с общим уровнем удовлетворенности социальной поддержкой ($r=-0,404$; $p<0,01$). Однако социальная интеграция и доверительные связи, а также общий показатель и коэффициент удовлетворенности социальной поддержкой статистически достоверно связаны только с количеством поддерживающих знакомых и коллег, а не с их общим количеством. Оказалось, что социальная сеть поддержки составляет в среднем всего лишь одну пятую часть от общей социальной сети.

Выяснилось также, что способность женщин обратиться за помощью связана с получением инструментальной поддержки от социального окружения ($r=0,319$; $p<0,05$), а готовность прийти на помощь другим отрицательно коррелирует с показателями тревоги ($r=-0,325$; $p<0,05$), депрессии ($r=-0,335$; $p<0,05$) и положительно коррелирует с уровнем счастья ($r=0,319$; $p<0,05$).

Социальная поддержка женщин в ситуации онкологического заболевания очень тесно взаимосвязана с когнитивными базисными убеждениями женщин о доброте людей по общему показателю ($r=0,561$; $p<0,001$), уровню удовлетворенности ($r=0,543$; $p<0,001$), на эмоциональном уровне ($r=0,425$; $p<0,01$), а также уровне социальной интег-

рации ($r=0,422$; $p<0,01$) и доверительных связей ($r=0,597$; $p<0,01$); о благосклонности окружающего мира по общему показателю ($r=0,480$; $p<0,01$) и уровню удовлетворенности ($r=0,476$; $p<0,01$), на эмоциональном уровне ($r=0,316$; $p<0,05$), а также уровне социальной интеграции ($r=0,409$; $p<0,01$) и доверительных связей ($r=0,417$; $p<0,01$).

Представления о собственной удачливости и везучести у женщин с онкозаболеваниями связаны с социальной интеграцией ($r=0,371$; $p<0,05$) и удовлетворенностью социальной поддержкой ($r=0,361$; $p<0,05$), и более всего с наличием доверительных связей с окружающими людьми ($r=0,608$; $p<0,001$).

Поддержка со стороны семьи связана с убеждениями, что в мире больше добра, чем зла и люди могут предотвращать тяжелые события собственными действиями. Поддержка от значимых других связана с убеждением в благосклонности окружающего мира, а также с убеждением, что люди в нем добры, а сам человек порядочен, достоин любви и удачлив. Общее восприятие социальной поддержки также связано с убеждением в доброте окружающих людей. Также, проведя статистический анализ показателей социальной сети и базисных убеждений, мы выявили связь между общим отношением к благосклонности окружающего мира с количеством родственников ($r=0,404$; $p<0,01$), знакомых ($r=0,323$; $p<0,05$) и поддерживающих коллег ($r=0,321$; $p<0,05$); убеждением в доброте людей с поддерживающими знакомыми ($r=0,353$; $p<0,05$) и коллегами ($r=0,420$; $p<0,01$); контролируемостью мира и процентом поддерживающих знакомых ($r=0,331$; $p<0,05$).

Таким образом, женщины в ситуации онкологического заболевания, имеющие поддержку со стороны семьи и значимых других, испытывающие переживание позитивного чувства близости, доверия и общности с окружающими, использующие разнообразные социальные сети, более позитивно оценивают себя, свою жизнь и отношения с другими, чаще испытывают переживание счастья, удовлетворенности собой и собственной жизнью, менее подвержены тревожным и депрессивным реакциям в сложных жизненных обстоятельствах, имеют когнитивные убеждения о том, что окружающий мир добр и благосклонен к ним, люди доброжелательны и отзывчивы, а они сами довольно удачливы и способны справляться с трудностями и улучшать условия своей жизни.

Пациенты же с низким уровнем восприятия социальной поддержки нуждаются в повышенном внимании со стороны психологической службы, как испытывающие тенденцию к негативному восприятию себя и своей жизни, а также дефицит ресурсов для переживания кризисной ситуации заболевания и успешной адаптации. Роль психолога должна в первую очередь заключаться в помощи родным найти контакт с пациентом, разобраться в особенностях его психологического состояния, помочь восстановить утраченные социальные связи или компенсировать их другими.



Список литературы

1. Вассерман, Л. И. Социальная поддержка как личностный ресурс в процессе адаптации больного / Л. И. Вассерман, Е. А. Трифонова // Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике : материалы XIII конференции. – СПб., 2013. – С. 64–68.

2. Лифинцева, А. А. Субъективные факторы восприятия социальной поддержки: обзор современных исследований / А. А. Лифинцева // Наука и бизнес. – 2012. – № 5. – С. 17–21.

РЕПОЗИТОРИЙ БГПУ