

Особливості репрезентації образу пацієнта у медичних фахівців, які працюють з хворими на туберкульоз

О. В. Журавська

Кафедра психології Міжрегіональної академії управління персоналом, м. Житомир, Україна
Corresponding author. E-mail: pg.zhuravska@gmail.com

Paper received 25.05.18; Accepted for publication 02.06.18.

<https://doi.org/10.31174/SEND-HS2018-168VI27-11>

Анотація. У статті представлено результати дослідження особливостей репрезентації образу пацієнта у медичних фахівців, які працюють з хворими на туберкульоз. Показано, що найбільш сильно образ хворого вони ідентифікують з хворобою та своєю професійною роллю. Образ хвороби (туберкульозу) у медичних фахівців найбільш сильно пов'язаний зі страхом, гнівом, образом смерті, професійної ролі та пацієнта. Також має місце негативний зв'язок між репрезентацією образу хворого та життя, радості.

Ключові слова: психосемантична структура особистості, ідентифікація, дезадаптація, медичні фахівці, хворі на туберкульоз.

Вступ. Проблеми зміцнення здоров'я фахівців у зв'язку з необхідністю збереження трудових ресурсів і підвищення ефективності професійної діяльності, є однією з найбільш актуальних на сьогоднішній день. В Україні та світі, відмічається неухильне збільшення захворюваності на ті чи інші психічні розлади, в тому числі, розлади адаптації. Серед чинників, що зумовлюють формування станів дезадаптації вагоме значення мають особливості професійної діяльності. Тривалий «робочий» стрес негативно впливає на здоров'я людини та істотно знижує якість її життя. У численних дослідженнях переконливо показано, що професійна діяльність медичних фахівців має високу стресогенність [1-8; 12-15]. Особливо це стосується лікарів, які працюють з хворими на важкі хронічні, невиліковні розлади, що мають негативний прогноз лікування, таким як рак, психічні розлади, важкі неврологічні та інфекційні захворювання.

Огляд публікацій за темою. Розглядаючи особливості діяльності лікарів-фтизіатрів, слід зазначити, що її специфіка проявляється у необхідності роботи в умовах постійного ризику зараження тяжким небезпечним захворюванням, що, безумовно, є джерелом хронічного прихованого стресу та ускладнює механізм адаптації. Так показано, що персонал медичних установ є однією з основних груп ризику захворювання на туберкульоз [8]. «У 2012 році на вперше діагностований туберкульоз захворіло 502 медичних працівники або 6,1 на 10 тис. медпрацівників. Серед захворілих медпрацівників 44,0 % склав середній медичний персонал, інший персонал лікувальних закладів – 23,5 %, молодший медперсонал – 17,2 % та 15,3 % – лікарі.» [11, с. 10]. В свою чергу страх отримати дане захворювання призводить до кадрової нестачі у межах цієї професійної ланки. «Забезпеченість лікарями-фтизіатрами у закладах системи МОЗ України за 2012 рік становила 0,60» [11, с. 20].

Також, хворі на туберкульоз характеризуються певними особистісними та емоційними особливостями, що значною мірою ускладнюють роботу лікаря з ними. Показано, що для них характерні виражена імпульсивність, міжособистісна сензитивність, ригідність афекту, фіксованість переживань на негативному досвіді, інертність у прийнятті рішень, зниження самооцінки у поєднанні з егоцентризмом [1; 10]. Також зазначається,

що у хворих із вперше діагностованим туберкульозом мають місце низька дисципліна лікування, відсутність продуктивної взаємодії з лікарем, неадекватні уявлення про захворювання, фіксованість на переживаннях щодо його симптомів і прогнозу [10].

Зважаючи на все вищевикладене, комплексне дослідження проблеми професійної дезадаптації медичних спеціалістів, що працюють з хворими на туберкульоз на сьогодні є надзвичайно актуальним. Особливої уваги заслуговує проблема професійної ідентичності медичних фахівців, а також особливості їх сприйняття образу пацієнта та хвороби як вагомих умов їх професійної адаптації та конструктивної взаємодії з хворими.

Метою статті було дослідження особливостей репрезентації образу пацієнта у медичних фахівців, які працюють з хворими на туберкульоз.

Матеріали та методи дослідження. На принципах анонімності та добровільності в дослідженні взяли участь 111 осіб: 49 (44,1 %) лікарів-фтизіатрів та 62 (55,9 %) медсестри, які працюють в з хворими на туберкульоз. Середній вік медичних фахівців склав $43,1 \pm 15,3$ років, середній стаж роботи $21,2 \pm 15,7$ років, середній стаж роботи з хворими на туберкульоз – $16,6 \pm 15,2$ років.

У дослідженні застосовувались методи спостереження, бесіди, психодіагностичний та математико-статистичний. Психодіагностичний метод було реалізовано за допомогою варіанту уніполярного семантичного диференціалу. В якості шкал було використано 8 кольорів з тесту Люшера, а також білий та сірий кольори. Оцінювались такі поняття, як «Я», «лікар» (або «медсестра»), «пацієнт»; образ хвороби («туберкульоз»), смерті, життя; позитивні (радість, надія, впевненість) та негативні (страх, відраза, гнів, невпевненість) емоції та почуття; а також поняття випадковості і контроль. Процедура проведення методики полягала в оцінці наведених понять за зазначеними шкалами за 10-бальною шкалою, де 1 – мінімальна оцінка, а 10 – максимальна. Таким чином, методика дозволяє визначити ступінь семантичної близькості між ними та виявити особливості семантичного простору респондента в цілому. Рівень семантичної близькості між зазначеними параметрами визначається шляхом кореляційного аналізу індивідуальних семан-

тичних матриць [3]. Оскільки коефіцієнти кореляції не є адитивними величинами їх було переведено у адитивні показники (Z-значення Фішера для коефіцієнтів кореляції), які можуть бути включені у подальший аналіз в якості бальних оцінок. [9]. Рівень значущості коефіцієнтів кореляції між оцінюваними поняттями для всіх індивідуальних семантичних матриць є однаковим (для n=10, рівню p=0,05 відповідає значення r=0,632; рівню p=0,01 – значення r=0,765; рівню p=0,001 – значення r=0,872) можна визначити бали, які відображають ступінь семантичної близькості між поняттями. Статистичний аналіз здобутих даних здійснювався за допомогою методу встановлення вірогідності відмінностей (за U-критерієм Манна-Уїтні), кореляційного (коефіцієнт кореляції r-Спірмена) та факторного аналізу методом головних компонент.

Результати дослідження та їх обговорення. Результати дослідження показали, що в середньому у медичних спеціалістів переважає емоційно-нейтральне ставлення до пацієнта (Пацієнт-Страх (0,2±0,3 балів), Пацієнт-Радість (-0,3±0,4 балів), Пацієнт-Відраза (0,2±0,3 балів), Пацієнт-Надія (-0,3±0,3 балів)) (табл. 1). Найбільш сильно образ пацієнта вони ідентифікують з хворобою (0,6±0,5 балів) та власною професійною роллю (0,5±0,3 балів). Медсестри більшою мірою, ніж лікарі ідентифікують образ хворого з невпевненістю (0,4±0,4 та 0,2±0,3 балів (U_{emp}=1103,4, p=0,047)).

Таблиця 1. Результати дослідження суб'єктивної репрезентації образу пацієнта у медичних фахівців, що працюють з хворими на туберкульоз у балах

Параметр	Медичні фахівці		
	загальна група, n=111	лікарі, n=49	медсестри, n=62
1	2	3	4
Пацієнт-Я	0,2±0,2	0,2±0,1	0,2±0,4
Пацієнт-Страх	0,2±0,3	0,3±0,4	0,2±0,2
Пацієнт-Радість	-0,3±0,4	-0,3±0,3	-0,2±0,3
Пацієнт-Відраза	0,2±0,3	0,3±0,3	0,2±0,2
Пацієнт-Надія	-0,3±0,3	-0,3±0,4	-0,2±0,2
Пацієнт-Впевненість	0,3±0,3	0,3±0,3	0,2±0,3
Пацієнт-Випадковість	0,4±0,6	0,4±0,6	0,3±0,5
Пацієнт-Туберкульоз	0,6±0,5	0,6±0,4	0,6±0,6
Пацієнт-Професійна роль	0,5±0,3	0,5±0,2	0,5±0,4
Пацієнт-Контроль	0,4±0,5	0,5±0,5	0,3±0,5
Пацієнт-Невпевненість	0,3±0,4	0,2±0,3	0,4±0,4 ¹⁾
Пацієнт-Гнів	0,2±0,2	0,2±0,2	0,2±0,3
Пацієнт-Смерть	0,3±0,3	0,3±0,3	0,2±0,3
Пацієнт-Життя	0,3±0,3	0,3±0,2	0,2±0,4

Примітка. Достовірність відмінностей за U-критерієм Манна-Уїтні:
¹⁾ - p<0,05 між показниками в групах лікарів та медсестер.

Факторна структура репрезентації образу пацієнта у медичних фахівців включає 2 фактори, які пояснюють 72,4 % дисперсії (табл. 2). Визначена факторна структура достатньо наближена до простої. Міра адекватності вибірки КМО дорівнює 0,70, p-рівень значущості критерію сферичності Бартлетта менший, ніж 0,01.

Фактор 1 – «Смерть/хвороба – Життя пацієнта» (51,6 % дисперсії) є біполярним. Один полюс включає такі параметри: Пацієнт-Страх (0,860), Пацієнт-

Відраза (0,759), Пацієнт-Туберкульоз (0,838), Пацієнт-Невпевненість (0,702), Пацієнт-Гнів (0,596), Пацієнт-Смерть (0,850). Протилежний полюс утворюють: Пацієнт-Радість (-0,844), Пацієнт-Надія (-0,890), Пацієнт-Впевненість (-0,761), Пацієнт-Життя (-0,744).

Таблиця 2. Результати факторного аналізу психосемантичної структури образу пацієнта у медичних спеціалістів, що працюють з хворими на туберкульоз

Параметр	Фактор	
	1 51,6 % дисперсії	2 20,8 % дисперсії
1	2	3
Пацієнт-Я	-0,374	-0,718
Пацієнт-Страх	0,860	-0,364
Пацієнт-Радість	-0,844	0,357
Пацієнт-Відраза	0,759	-0,396
Пацієнт-Надія	-0,890	0,267
Пацієнт-Впевненість	-0,761	0,173
Пацієнт-Випадковість	-0,084	0,922
Пацієнт-Туберкульоз	0,838	-0,393
Пацієнт-Проф. роль	0,380	-0,692
Пацієнт-Контроль	-0,186	-0,668
Пацієнт-Невпевненість	0,143	0,702
Пацієнт-Гнів	0,596	0,485
Пацієнт-Смерть	0,850	-0,166
Пацієнт-Життя	-0,744	0,287

Фактор 2 – «Невпевненість–Контроль при взаємодії з пацієнтом» (20,8 % дисперсії) також є біполярним. Один з його полюсів включає такі змінні, як Пацієнт-Випадковість (0,922), Пацієнт-Невпевненість (0,702), Пацієнт-Гнів (0,485). На протилежному полюсі знаходяться: Пацієнт-Я (-0,718), Пацієнт-Проф. роль (-0,692) та Пацієнт-Контроль (-0,668).

Таблиця 3. Результати дослідження суб'єктивної репрезентації образу хвороби у медичних фахівців, що працюють з хворими на туберкульоз у балах

Параметр	Медичні фахівці		
	загальна група, n=111	лікарі, n=49	медсестри, n=62
1	2	3	4
Туберкульоз-Я	-0,3±0,2	-0,3±0,2	-0,3±0,3
Туберкульоз-Страх	0,7±0,6	0,7±0,7	0,7±0,4
Туберкульоз-Радість	-0,6±0,4	-0,6±0,3	-0,6±0,5
Туберкульоз-Відраза	0,5±0,3	0,5±0,3	0,5±0,4
Туберкульоз-Надія	0,4±0,4	0,4±0,3	0,3±0,5
Туберкульоз-Впевненість	0,3±0,2	0,3±0,3	0,3±0,4
Туберкульоз-Випадковість	0,4±0,4	0,4±0,4	0,4±0,4
Туберкульоз-Пацієнт	0,6±0,5	0,6±0,4	0,6±0,6
Туберкульоз-Професійна роль	0,6±0,6	0,6±0,7	0,6±0,6
Туберкульоз-Контроль	0,3±0,4	0,4±0,4	0,2±0,3
Туберкульоз-Невпевненість	0,5±0,5	0,5±0,7	0,5±0,3
Туберкульоз-Гнів	0,6±0,4	0,6±0,5	0,5±0,6
Туберкульоз-Смерть	0,6±0,6	0,6±0,5	0,6±0,7
Туберкульоз-Життя	-0,6±0,5	-0,6±0,6	-0,6±0,8

Образ хвороби (туберкульозу) у медичних фахівців найбільш сильно пов'язаний зі страхом (0,7±0,6 балів), гнівом (0,6±0,6 балів), образом смерті (0,6±0,6 балів), професійної ролі (0,6±0,6 балів) та пацієнта (0,6±0,5 балів). Також має місце негативний зв'язок між репрезентацією образу хвороби, життя (-0,6±0,5 балів) та радістю (-0,6±0,4 балів). Відзначається досить слабкий зв'язок між образом хвороби та впевне-

ністю (0,3±0,2 балів), контролем (0,3±0,4 балів) та надією (0,4±0,4 балів). У лікарів та медсестер семантична структура образу хвороби суттєво не відрізняється.

Факторна структура репрезентації образу хвороби у медичних фахівців містить 3 фактори, які пояснюють 66,0 % дисперсії (табл. 3) і достатньо наближена до простої. Міра адекватності вибірки КМО дорівнює 0,64, р-рівень значущості критерію сферичності Бартлетта менший, ніж 0,01.

Таблиця 3. Результати факторного аналізу психосемантичної структури образу хвороби у медичних спеціалістів, що працюють з хворими на туберкульоз

Параметр	Фактор		
	1 25,7 % дисперсії	2 20,4 % дисперсії	3 19,9 % дисперсії
1	2	3	4
Туберкульоз-Я	0,457	0,403	0,324
Туберкульоз-Страх	-0,169	0,828	-0,061
Туберкульоз-Радість	0,677	-0,350	-0,093
Туберкульоз-Відраза	-0,857	0,130	0,027
Туберкульоз-Надія	0,811	-0,237	0,090
Туберкульоз-Впевненість	0,635	-0,189	0,343
Туберкульоз-Випадковість	0,015	-0,187	-0,772
Туберкульоз-Пацієнт	0,143	0,366	0,631
Туберкульоз-Проф. роль	0,119	-0,225	0,698
Туберкульоз-Контроль	-0,276	-0,204	0,499
Туберкульоз-Невпевненість	-0,693	0,000	-0,152
Туберкульоз-Гнів	-0,115	0,873	-0,271
Туберкульоз-Смерть	-0,296	0,742	-0,133

Фактор 1 – «Надія/Впевненість–Невпевненість при лікуванні туберкульозу» (25,7 % дисперсії) біполярний, один з полюсів якого включає такі параметри:

Туберкульоз-Я (0,457), Туберкульоз-Радість (0,677), Туберкульоз-Надія (0,811) та Туберкульоз-Впевненість (0,635). Протилежний полюс склали: Туберкульоз-Відраза (-0,857), Туберкульоз-Невпевненість (-0,693).

Фактор 2 – «Страх смерті/хвороби» (20,4 % дисперсії) містить такі параметри, як Туберкульоз-Страх (0,828), Туберкульоз-Гнів (0,873), Туберкульоз-Смерть (0,742) та Туберкульоз-Я (0,403).

Фактор 3 – «Контроль хвороби–Випадковість» (19,9 % дисперсії) є біполярним. Один полюс містить такі параметри: Туберкульоз-Пацієнт (0,631), Туберкульоз-Проф. роль (0,698), Туберкульоз-Контроль (0,499). Протилежний полюс включає – Туберкульоз-Випадковість (-0,772). Можна сказати, що цей фактор відображає професійну здатність контролювати прояви хвороби у пацієнта.

Висновки. Таким чином, у медичних фахівців, які працюють з хворими на туберкульоз відзначається емоційно-нейтральне ставлення до пацієнта. Найбільш сильно образ хворого вони ідентифікують з хворобою та своєю професійною роллю. При цьому медсестри більшою мірою, ніж лікарі ідентифікують образ хворого з непевненістю. Образ хвороби (туберкульозу) як у лікарів, так і у медсестер найбільш сильно пов'язаний зі страхом, гнівом, образом смерті, професійної ролі та пацієнта. Також має місце негативний зв'язок між репрезентацією образу хвороби та життя та і радості. Отримані результати можуть застосовуватись при розробці спеціальних психокорекційних заходів, спрямованих на відновлення адаптаційного потенціалу медичних фахівців, які працюють з хворими на туберкульоз.

ЛІТЕРАТУРА

1. Баранова Г.В., Золотова Н.В., Столбун Ю.В. Структура личностных черт у больных туберкулезом легких // Медицинская психология в России: электрон. науч. Журн, 2012. N 3 (14). – URL: <http://medpsy.ru>
2. Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. – СПб.: Питер, 1999. 105 с.
3. Бурлачук, Л.Ф. Психодиагностика: Учебник для вузов. – СПб.: Питер, 2006. 351 с.
4. Водопьянова Н. Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. – СПб.: Питер, 2009. 336 с.
5. Гришина Н.В. Помогающие отношения: Профессиональные и экзистенциальные проблемы // Психологические проблемы самореализации личности. – СПб.: Изд-во СПб. ун-та, 1997. С. 143-156.
6. Гринберг Дж. Управление стрессом / [7-е изд]. – СПб.: Питер, 2002. 496 с
7. Емельяненко А.В., Сафукова Н.Н. Особенности синдрома «эмоционального выгорания» личности специалистов различных профессий системы «человек-человек» // Интеграция образования и науки на основе научно-образовательного центра: Сб. трудов участников Всероссийской научно-практич. конф., 15-16 дек. 2005 г. : в 2 ч., Ч.1. – М. – Чебоксары – Ульяновск : УлГУ, 2005. С. 106-110.
8. Кучеров А.Л., Ильичева Е.Ю. Новый подход к организации больных туберкулезом // Русский медицинский журн, 2000. Т. 8, № 12. С. 20-28.
9. Наследов А. Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных: Учебное пособие. – СПб. : Речь, 2004. 392 с.
10. Сухова Е. В. Необходимость психологической коррекции у больных туберкулезом лёгких // Проблемы туберкулеза и болезней лёгких, 2004. №10. С. 34-36.
11. Туберкульоз в Україні. Аналітично-статистичний довідник за 2001-2012 роки: http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/2013/08/spravochnikTV_text_tab_2.pdf
12. Юрьева Л.Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников: Формирование, профилактика, коррекция. – К.: Сфера, 2004. 271 с.
13. Freudenberger H.J. Staff burnout // Journal of Social Issues, 1974. Vol. 30. P. 159-165.
14. Leiter M. P., Durup M.J. Work, home and in-between: A longitudinal study of spillover // J. of Applied Behavioral Science, 1996. V. 32 (1). P. 29-47.
15. Maslach C., Schaufeli W.B., Leiter M.P. Job Burnout // Annual Review of Psychology, 2001. Vol.52. P. 397-422.

REFERENCES

1. Baranova, G.V., Zolotova N.V., Stolbun Yu.V. Structure of personality traits in patients with pulmonary tuberculosis // Medical psychology in Russia: electron. sci. Journal, 2012. N 3 (14). - URL: <http://medpsy.ru>
2. Boyko, V.V. Syndrome of "emotional burnout" in professional communication. - St. Petersburg: Peter, 1999. 105 p.

3. Burlachuk, L.F. Психодиагностика: Textbook for high schools. - St. Petersburg: Peter, 2006. 351 p.
4. Vodopyanova, N.E., Starchenkova, E.S. Burnout syndrome: diagnosis and prevention. - St. Petersburg: Peter, 2009. 336 p.
5. Grishina, N.V. Help relationships: Professional and existential problems // Psychological problems of self-realization of personality. - St. Petersburg.: Publishing House of St. Petersburg. University, 1997. P. 143-156.
6. Greenberg, J. Stress Management / [7th ed.]. - St. Petersburg: Peter, 2002. 496 s
7. Emelianenkova, A.V., Safukova, N.N. Features of the syndrome of "emotional burnout" of the personality of specialists of various occupations of the "person-person" system // Integration of education and science on the basis of the scientific and educational center: Sat. works of participants of the All-Russian scientific-practical. Conf., 15-16 December. 2005: at 2 pm, part 1. - M. - Cheboksary - Ulyanovsk: UIGU, 2005. P. 106-110.
8. Kucherov, A.L., Ilyicheva E.Yu. A new approach to the organization of tuberculosis patients // Russian Medical Journal, 2000. T. 8, No. 12. P. 20-28.
9. Nasledov, A.D. Mathematical methods of psychological research. Analysis and interpretation of data: Textbook. - St. Petersburg.: Speech, 2004. 392 p.
10. Sukhova, E.V. The necessity of psychological correction in patients with pulmonary tuberculosis // Problems of tuberculosis and lung diseases, 2004. №10. Pp. 34-36.
11. Tuberkuloz in the Ukraine. Analitic-statistical information for 2001-2012 rock: http://www.aidsalliance.org.ua/en/library/our/2013/08/spravochnikTB_text_tab_2.pdf
12. Yuryeva, L.N. Professional burnout of medical workers: Formation, prevention, correction. - K.: Sphere, 2004. 271 c.

Peculiarities of representation of patient's image in medical specialists working with patients with tuberculosis

E. V. Zhuravskaya

Abstract. The article presents the results of the study of the features of the patient image representation in medical specialists working with patients with tuberculosis. It is shown that they identify the most strongly the image of the patient with the disease and their professional role. The image of the disease (tuberculosis) in medical specialists is most strongly associated with fear, anger, the image of death, the professional role and the patient. There is also a negative relationship between the representation of the image of illness and life, and joy.

Keywords: *psychosemantic structure of personality, identification, disadaptation, medical specialists, patients with tuberculosis.*

Особенности репрезентации образа пациента у медицинских специалистов, работающих с больными туберкулезом

Е. В. Журавская

Аннотация. В статье представлены результаты исследования особенностей репрезентации образа пациента у медицинских специалистов, работающих с больными туберкулезом. Показано, что наиболее сильно образ больного они идентифицируют с болезнью и своей профессиональной ролью. Образ болезни (туберкулеза) у медицинских специалистов наиболее сильно связан со страхом, гневом, образом смерти, профессиональной роли и пациента. Также имеет место отрицательная связь между репрезентацией образа болезни и жизни, и радости.

Ключевые слова: *психосемантической структура личности, идентификация, дезадаптация, медицинские специалисты, больные туберкулезом.*