

2) поддержка молодежных организаций с позитивными целями и пресечение деятельности асоциальных групп;

3) проведение молодежной политики, отвечающей современным требованиям.

Профилактика негативных девиаций и нежелательного поведения несовершеннолетних может быть эффективной, если в центре предпринимаемых мер будет стоять конкретный человек с его заботами, чаяниями, устремлениями, сильными и слабыми сторонами. Это говорит о необходимости принятия соответствующих мер органами здравоохранения, просвещения и другими заинтересованными ведомствами.

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

***Масюк А.В., Королева Е.Г., Карпюк В.А.***

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,  
Гродно, Беларусь

В структуре заболеваемости злокачественных опухолей в мире рак молочной железы занимает третье место после рака легких и рака желудка, и составляет 10% от всех онкологических нозологий. В Беларуси к числу наиболее часто регистрируемых опухолей среди женщин относится рак молочной железы.

Эмоциональное восприятие больными диагноза "Рак" является серьезной проблемой. Известие об онкологическом диагнозе вызывает у больных сильнейший стресс, высокую степень реактивной тревожности, приводит к паническим и депрессивным реакциям. Психологический стресс особенно ярко отмечается в случае заболеваний молочной железы, поскольку для женщин, кроме здоровья, большое значение имеет также внешняя привлекательность, сексуальность. К сожалению, в большинстве случаев лечение опухолевого очага достигается путем тяжелой операции и других агрессивных методов терапии. А это приводит не только к функциональным нарушениям из-за потери органа или его части, изменениям внешнего вида, но и к глубоким психоэмоциональным переживаниям. Мастэктомия – это операция, калечащая, прежде всего, душу, а не тело женщины. В то же время, нарушения нервно-психической сферы сами по себе могут способствовать развитию гормональных нарушений и формированию патологических изменений в молочных железах. Учитывая, что психологический фактор может влиять не только на развитие патологических изменений, но и на процесс выздоровления, становится понятным необходимость психологической реабилитации больных раком молочной железы.

В настоящее время имеется достаточное количество научных

исследований, посвященных психологическим аспектам пациенток с раком молочной железы. Однако степень их внедрения на разных этапах оказания помощи в практическом здравоохранении остается недостаточной. Наиболее актуальными остаются проблемы: межличностные отношения с окружающими, отношение к поставленному диагнозу, психологическое состояние на момент поступления и в день выписки.

Целью настоящего исследования явилось изучение отношения к факту заболевания раком молочной железы у женщин, особенностей их психического состояния на разных стадиях заболевания.

Нами было исследовано 100 пациенток, средний возраст 40 – 67 лет с диагнозом рак молочной железы, находившихся в онкологическом отделении Гродненской областной клинической больницы в 2007-2008 гг. на разных этапах стационарного лечения: до операции 41% женщин и после оперативного вмешательства 59%. Городские жительницы составили 73%, сельские – 27%. 93% пациенток были замужем, 85% имели детей (от года и старше).

Сведения о том, каким образом было выявлено заболевание, как быстро обратились за медицинской помощью и поступили в стационар после выявления заболевания, как строились взаимоотношения с близкими после установления диагноза, наличие депрессивного эпизода, собственного отношения к болезни и методам лечения изучались с помощью специально разработанной анкеты и дополнялись в ходе диагностической беседы.

При анализе анкетных сведений было выявлено, что 71% женщин обнаружили заболевание самостоятельно, при этом у 12% наблюдалась деформация груди, 9% отмечали болезненность, а 50% – обнаружили случайно уплотнение при пальпации. В 29% заболевание выявлено во время медицинских осмотров. Из этого следует, что для онкологических больных характерно то, что они, как правило, не чувствуют себя больными до обнаружения у них опухоли, не причисляют себя к больным, не обращают внимания на признаки болезни. Ранняя стадия опухоли не вызывает выраженных расстройств общего состояния больных и обнаруживается чаще случайно. Однако достаточный процент выявляемости приходится на медицинские осмотры населения при обращении к различным врачам, прежде всего – врачу-онкологу, гинекологу, терапевту.

За медицинской помощью сразу же после выявления опухоли обратились 54% опрошенных больных. 46% спустя некоторое время: через 1-3 недели (12%), 2-3 месяца (18%), полгода (9%), год (7%). Высокий процент отставленного обращения был обусловлен страхом перед последствиями выявленного заболевания. Данный факт можно объяснить существующим в нашем обществе общим представлением об онкологических заболеваниях: рак означает неизбежную смерть, неотвратимую цепь страданий, причина возникновения рака неизвестна, бороться с ним невозможно, любое лечение всегда переносится с большим трудом, редко приводит к хорошим результатам и часто

сопровождается нежелательным побочным эффектом.

Наиболее тяжёлым по силе переживаний этапом является установление диагноза и начало лечения, именно в этот период психологические проблемы значительно преобладают над проблемами, обусловленными физическим состоянием. Об этом свидетельствует высокий процент (96%) депрессии умеренной степени выраженности у женщин до операции.

96% женщин до операции и 78% после оперативного вмешательства опрошенных отметили изменение настроения: преобладает чаще плохое, возникает чувство грусти, тоски, печали. Ситуация встречи с онкологическим заболеванием является для данных больных, безусловно, кризисной, поскольку, со слов пациенток, она связана с непосредственной угрозой для жизни, что приводит к высокому уровню эмоционального напряжения. По результатам опроса у больных до операции и после оперативного вмешательства отмечается наличие депрессивного эпизода умеренной и легкой степени выраженности, соответственно.

45% всех женщин с наличием депрессивного эпизода, находившихся в стационаре до операции, отметили, что им как никогда хочется жить. Здоровье для них находится на первом месте в иерархии их жизненных ценностей.

На задаваемый вопрос, если вам, возможно, будет удалена грудь, у 95% женщин из числа ожидающих операцию звучали слова «если надо, то надо» со скрываемой внутри грустью и печалью. 90% перенесенных операцию, имеющих косметический дефект, констатировали наличие дефекта, также скрывая свою грусть и печаль. Такое отношение является прямым доказательством выражения ими своей борьбы за жизнь. Но практически у каждой из этих женщин (93% до операции и 86% оперированных) появляются мысли о том, как их встретят дома, о своём новом статусе в семье и обществе – статусе больного человека, инвалида. Для 92% всех исследуемых женщин особенно актуальным является вопрос о возможной утрате прежней привлекательности и женственности. Для них это является источником обострения тревоги, появления чувства неуверенности в себе, что порождает желание скрыть от окружающих, а иногда даже и от самых близких людей характер своего заболевания, вид оперативного вмешательства, сам факт пребывания в онкологическом стационаре.

Только 32% больных понимают и принимают необходимость в лечении таких методов, как химиотерапия и лучевая терапия. 27% женщин не слышали об этом вообще, 17% – лишь со слов других людей, а 24% возлагали всю ответственность на лечащего врача в выборе лечения – полностью ему доверяют. Значительная часть женщин – 57% – предпочли бы сначала оперативное вмешательство, интерпретируя это как удаление очага, что является, по их мнению, необходимым.

На вопрос о необходимости работы психотерапевта в данном стационаре прозвучал 100% положительный ответ. Некоторые пациентки выражали своё недоумение по поводу отсутствия в «таком» стационаре

специалистов данного профиля. В то же время 38% отметили только необходимость в помощи такого врача для других женщин, но ни в коем случае не для себя, что является следствием наличия ярко выраженных механизмов психологической защиты.

Результаты проведенного исследования показывают, что использование медико-психологического подхода, имеющего ярко выраженную гуманистическую направленность, призвано прийти на помощь онкологическим больным, которые испытывают тяжёлые психологические переживания. Развитие и внедрение различных форм психокоррекционной работы с пациентками, страдающими раком молочной железы, является насущной потребностью сегодняшнего дня.

## **КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ**

**Матиевская Н.В., Станько Э.П., Цыркунов В.М.**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»  
г. Гродно, Беларусь

**Актуальность.** Рост случаев HIV-инфекции в Республике Беларусь приводит к появлению новой категории пациентов с пожизненной хронической патологией, при которой не разработана эффективная радикальная терапия. В связи с этим оценка качества жизни (КЖ) ВИЧ-инфицированных пациентов и выявление факторов, оказывающих на него влияние, является важной задачей здравоохранения.

**Цель исследования:** оценить показатели КЖ ВИЧ-инфицированных пациентов и определить влияющие на КЖ факторы.

**Материал и методы.** Под наблюдением находилось 35 больных ВИЧ-инфекцией (25 мужчин и 9 женщин). Распределение по стадиям ВИЧ-инфекции проведено с учетом клинико-лабораторных данных больных: асимптомная стадия (АИ) – 10 больных, пре-СПИД – 17, СПИД – 7. Средний возраст больных –  $35,5 \pm 6,2$  года. 25 ВИЧ-инфицированных пациентов на момент опроса находились в местах лишения свободы (МЛС). Группу сравнения составили 83 здоровых студента (21 мужчина, 62 женщины, средний возраст –  $19,2 \pm 1,0$  лет). Методикой исследования был опрос респондентов с использованием международного опросника SF-36. Статистический анализ выполнялся с использованием пакета «Статистика».

**Результаты.** При проведении сравнительного анализа результатов анкетирования ВИЧ-инфицированных и здоровых респондентов, оцениваемых за последние 4 недели их жизни, было установлено, что ВИЧ-инфицированные пациенты имели достоверно более низкие показатели как по всем составляющим, так и по двум интегральным компонентам КЖ: физическому компоненту (ФК) и психическому компоненту (ПК), что было ожидаемо и закономерно.

Показатели психического компонента (ПК) КЖ ВИЧ-