

УДК 159.9:616

<https://doi.org/10.17072/2078-7898/2023-1-110-119>

Поступила: 09.11.2022

Принята: 12.02.2023

Опубликована: 10.04.2023

ОТНОШЕНИЕ К ДИАГНОЗУ И ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА ЗДОРОВЬЯ У ПАЦИЕНТОВ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ КАК ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ РЕСУРСЫ СОВЛАДАНИЯ С БОЛЕЗНЬЮ

Бергфельд Александра Юрьевна, Формакидов Дмитрий Анатольевич

Пермский государственный национальный исследовательский университет (Пермь)

Проблема включенности психологических факторов в процесс патогенеза злокачественных новообразований на сегодняшний день является одной из актуальных. Однако эмпирических исследований, направленных на изучение психологических механизмов, условий или закономерностей, позволяющих преодолеть онкологическое заболевание, проводится недостаточно. В результате полученных нами данных на выборках пациентов со статусом первичных и вторичных, а также путем сравнительного анализа с «условно здоровыми», были определены психологические ресурсы, с помощью которых у онкологических больных формируется потенциал преодоления болезни. К ним можно отнести: стадии принятия диагноза, связанные с комплаентностью и качеством жизни; психологическое и семейное благополучие; гармоничные межличностные отношения; профессиональную самореализацию; информированность в области собственного здоровья. Результаты корреляционного анализа, направленного на исследование взаимосвязей отношения к диагнозу через анализ стадий его принятия с уровнем комплаентности и качеством жизни пациентов, дают возможность говорить о принятии диагноза как об опосредованном психологическом ресурсе в процессе совладания с болезнью. И принятие диагноза, и торг с болезнью имеют опосредованные эффекты на процесс совладания пациентов с онкологическим заболеванием. Установлено, что личностное саморазвитие и самосовершенствование не рассматривается пациентами в качестве самостоятельного ресурса совладания с болезнью.

Ключевые слова: онкология, холистическая концепция болезни, отношение к диагнозу, внутренняя картина здоровья, комплаентность, ресурсы совладания с болезнью.

Вклад авторов: *А.Ю. Бергфельд* — обзор литературы, определение методологических основ исследования, концепции и дизайна исследования, обработка и интерпретация данных; *Д.А. Формакидов* — сбор, обработка и интерпретация данных, написание текста.

Для цитирования:

Бергфельд А.Ю., Формакидов Д.А. Отношение к диагнозу и внутренняя картина здоровья у пациентов онкологического профиля как психологические ресурсы совладания с болезнью // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. 2023. Вып. 1. С. 110–119. <https://doi.org/10.17072/2078-7898/2023-1-110-119>

THE ATTITUDE TO THE DIAGNOSIS AND THE INTERNAL PICTURE OF HEALTH IN CANCER PATIENTS AS PSYCHOLOGICAL RESOURCES OF COPING WITH THE DISEASE

Alexandra Yu. Bergfeld, Dmitry A. Formakidov

Perm State University (Perm)

The problem of the involvement of psychological factors in the pathogenesis of malignant neoplasms is among the most urgent issues today. However, there is insufficient empirical research on psychological mechanisms, conditions, or patterns that allow overcoming cancer. As a result of studying sample groups of patients having the status of «primary» and «secondary» as well as comparing them with «conditionally healthy» persons, we have determined psychological resources due to which the potential for overcoming the disease is developed in cancer patients. These include: diagnosis acceptance stages related to patient compliance and quality of life; psychological and family well-being; harmonious interpersonal relationships; professional self-realization; awareness in the field of health. We analyzed the relationship between the attitude toward the diagnosis, revealed through an analysis of the stages of acceptance, and the patients' level of compliance and quality of life. The results of this correlational analysis suggest that acceptance of the diagnosis is a mediated psychological resource in the process of coping with the disease. Both acceptance of the diagnosis and «negotiations» with the disease have mediating effects on the coping process. It has been established that personal self-development and self-improvement are not considered by patients as a self-sufficient resource for coping with the disease.

Keywords: oncology, holistic concept of the disease, attitude to diagnosis, internal picture of health, patient compliance, resources for coping with the disease.

Contribution of the authors: *Alexandra Yu. Bergfeld* — literature review, determination of the methodological foundations of the research, concept and design of the study, data processing and interpretation; *Dmitry A. Formakidov* — collection, processing and interpretation of data, writing the text.

To cite:

Bergfeld A.Yu., Formakidov D.A. [The attitude to the diagnosis and the internal picture of health in cancer patients as psychological resources of coping with the disease]. *Vestnik Permskogo universiteta. Filosofiya. Psihologiya. Sociologia* [Perm University Herald. Philosophy. Psychology. Sociology], 2023, issue 1, pp. 110–119 (in Russian), <https://doi.org/10.17072/2078-7898/2023-1-110-119>

Введение

Многочисленные исследования подтверждают идею о включенности психологических факторов в процесс патогенеза злокачественных новообразований. В рамках проблемы психологических особенностей онкологических больных и их реакции на болезнь реализованы исследования, в которых установлены корреляции между психологическими/непсихологическими параметрами, способность одних параметров предсказывать значения других. По оценке В.А. Чулкова, В.М. Моисеенко, отсутствуют

достоверные данные, свидетельствующие о том, что психическое состояние или конкретные личностные черты сами по себе могут вызвать онкологическое заболевание, но имеются вполне убедительные факты, подтверждающие, что они могут способствовать созданию и усилению неблагоприятных условий, при которых развивается онкология [Чулкова В.А., Моисеенко В.М., 2009]. Так, К. Саймонтон и С. Саймонтон к таким условиям относят негативную самооценку, неспособность поддерживать длительные отношения, тенденцию к са-

мосожалению [Саймонтон К., Саймонтон С., 2001]. Таким образом, имеются достаточные основания для выделения условий психологического характера, при которых развивается онкологическое заболевание. Однако наблюдается дефицит исследований, в которых был бы представлен анализ психологических механизмов, условий или закономерностей, позволяющих преодолеть онкологическое заболевание.

Изучая психологические показатели, сопряженные с риском продолжения заболевания, на выборках пациентов впервые и повторно обратившихся за медицинской помощью в лечении онкологического заболевания, а также исследуя значимые различия в ряде психологических параметров у лиц, страдающих онкологическими заболеваниями, и лиц без онкологического диагноза, мы пришли к выводу, что эти параметры могут быть рассмотрены в качестве психологических ресурсов, помогающих в преодолении болезни, снижении риска ее продолжения.

Исходной позицией авторов в определении природы злокачественных новообразований при анализе данного вопроса является опора на психосоматический подход и холистическую концепцию болезни В.В. Николаевой [Николаева В.В., 1987].

Исследуя природу взаимосвязей психики и онкологии, в поиске ответа на вопрос о психологических ресурсах преодоления болезни, опираясь при этом на психосоматический подход, важно учесть целый ряд психологических факторов: личность пациента и механизмы ее психологических защит, систему внутренних и внешних отношений личности; самовосприятие и жизненные ценности, мотивацию и психоэмоциональные характеристики на уровне психических состояний и свойств, стратегии совладающего поведения. Немаловажным условием в такого рода исследованиях является учет статуса болезни больного онкологией — является ли пациент первичным, столкнулся ли он с болезнью повторно, либо находится в ремиссии.

В методологических основаниях исследования психологических ресурсов совладания с онкологией, вслед за Н. Бусыгиной, мы отказываемся от клинического понимания болезни как объективной соматической данности, которая существует вне и помимо индивидуального сознания пациента, и принимаем психологическую

модель онкологических заболеваний, представленную тремя компонентами [Бусыгина Н.П., 2000, с. 78]. К ним относятся следующие методологические установки в отношении понимания природы болезни: 1) болезнь как следствие дисрегуляций на биологическом, психологическом или социальном уровнях; 2) болезнь как кризис; 3) имманентная субъективность болезни (субъективное отражение болезни в психике, внутренняя картина болезни). В серии наших многолетних исследований изучена система внутренних отношений пациентов онкологического профиля: отношение к диагнозу (Васева М.А., Бергфельд А.Ю., 2019); динамика внутренней картины здоровья (Неволина Н.П., Бергфельд А.Ю., 2017); мотивация к лечению и жизненные ценности (Дамаскина М.В., Бергфельд А.Ю., 2018). Получены результаты исследования Я-концепции (Михайлова Е.А., Бергфельд А.Ю., 2016), динамики качества жизни (Латыпова Р.Р., Бергфельд А.Ю., 2012) и психологических защит личности (Нефтанова А.А., Бергфельд А.Ю., 2015) в ситуации онкологического заболевания. Проведена серия исследований психоэмоциональных коррелятов онкологического заболевания (Формакидов Д.А., Бергфельд А.Ю., 2017), среди которых существенное значение в оценке риска продолжения заболевания имеет уровень стрессоустойчивости, эмоционального интеллекта и алекситимии. Кроме того, в исследовании психологических ресурсов совладания с онкологическим заболеванием особое значение приобретают результаты исследований личностных ресурсов пациентов и стратегий их совладающего поведения, за счет которых формируется потенциал преодоления. В настоящей статье представлены результаты двух серий исследований, выполненных в рамках очерченного контекста холистической парадигмы и общих установок психосоматического подхода к природе онкологического заболевания.

Цель исследования

В первой серии исследований изучалось отношение к диагнозу у пациентов онкологического профиля через анализ стадий его принятия, а также характер его взаимосвязи с уровнем комплаентности и качеством жизни, поскольку, на наш взгляд, процесс принятия диагноза связан с

комплаенсом¹ и определяет качество жизни пациента. Указанные параметры выступают в качестве психологических ресурсов совладания с болезнью. Проверялась гипотеза о взаимосвязях между стадиями принятия диагноза, уровнем комплаентности и качеством жизни пациентов, проходящих лечение впервые и повторно. При постановке гипотезы учитывались данные, полученные в исследовании О.Ю. Щелковой, Е.Б. Усмановой, Е.А. Сушенцова, в котором выявлено, что значительную роль в формировании приверженности к лечению пациентов со злокачественными опухолями костей играет отношение пациентов к своему заболеванию и лечению [Щелкова О.Ю. и др., 2019].

Предметом второй серии исследований выступили особенности когнитивного компонента внутренней картины здоровья у лиц, страдающих онкологическими заболеваниями. Основной функцией внутренней картины здоровья является регуляция деятельности индивида в отношении его поведения, направленного на поддержание здоровья и противостояние болезни. Она задает модус поведения человека в отношении собственного тела и здоровья, что и определяет значимость изучения субъективных представлений о здоровье индивида [Корытова Г.С., 2012]. На этом основании мы предположили, что существуют различия в когнитивном компоненте внутренней картины здоровья у онкологических больных и условно здоровых лиц, которые и могут быть определены в качестве психологических ресурсов совладания с болезнью. Под когнитивным компонентом внутренней картины здоровья понимается совокупность представлений о здоровье как феномене; знание факторов, определяющих здоровье; представления о приемах распознавания психических и соматических индикаторов благополучия/неблагополучия в области здоровья; знание оптимальных способов сохранения и развития здоровья; адекватное представление о собственном здоровье [Ананьев В.А., 2006; Жданов С.И., 2008; Корытова Г.С., 2012]. Значительную нагрузку в определении направленности усилий пациента на укрепление и поддержание здоровья, поиск ресурсов совладания,

на наш взгляд, несет именно когнитивный компонент во внутренней картине здоровья. В целом же структура феномена внутренней картины здоровья определяется нами через единство когнитивного, эмоционально-ценностного, мотивационного и поведенческого компонентов.

Таким образом, в настоящем исследовании в качестве психологических ресурсов совладания с онкологическим заболеванием рассматриваются отношение к здоровью через когнитивный компонент внутренней картины здоровья; отношение к болезни через анализ стадий ее принятия; отношение пациентов к процессу лечения (комплаентность).

Материалы и метод

В *первой серии исследований* приняли участие 60 испытуемых. В первую группу вошли 30 пациентов, проходящих лечение впервые. Средний возраст выборки составил 56,9 лет. Во вторую группу вошли 30 пациентов, проходящих лечение вторично. Средний возраст составил 54 года. Все участники — женщины. В качестве участников *второй серии исследований* выступили две группы. В первую группу вошли 50 чел. с онкологическим заболеванием: 40 женщин и 10 мужчин. Средний возраст составил 55 лет. Во вторую группу вошли 50 условно здоровых лиц, не имеющих диагноза «онкология». Из них 40 женщин, 10 мужчин. Средний возраст — 48 лет. Обе серии исследований проводились на базе Пермского краевого онкологического диспансера.

В качестве основного метода *первой серии исследования* был избран клинико-психологический, представленный анкетой, разработанной на основе концепции Э. Кюблер-Росс о 5 стадиях принятия смертельного диагноза, а также модификации клинической беседы, предложенной А.М. Беляевым с соавторами с целью выявления переживаний, относящихся к конкретной стадии принятия диагноза [Беляев А.М. и др., 2018]. Структура анкеты представлена 5 вопросами, каждый из которых содержит 6 вариантов ответов в виде утверждений, относящихся к конкретной стадии принятия диагноза (отрицание, гнев, торг, депрессия, принятие), описанной Э. Кюблер-Росс. Кроме того, была предусмотрена свободная форма ответа. Для исследования приверженности к лечению и качества

¹ Подразумевается конструктивное взаимодействие больного с врачом в интересах лечения.

жизни пациентов применялись: опросник «Уровень комплаентности» [Кадыров Р.В., 2014], опросник SF-36 (англ. The Short Form-36) [Кадыров Р.В., 2014; Пикалова Н.Н., Мовчан Е.А., 2012]. Математико-статистическая обработка данных проводилась с помощью критерия Колмогорова-Смирнова, ϕ -углового преобразования Фишера, коэффициента корреляции Спирмена, критерия U Манна-Уитни, а также программы SPSS Statistics 23.0. Содержание ответов пациентов на вопросы анкеты обрабатывались методом контент-анализа с предварительной экспертной оценкой выделенных категорий при общем проценте согласия 3-х экспертов в 81,67%. Основные категории контент-анализа были выделены с учетом объектов отношения пациентов: «отношение к заболеванию», «отношение к процессу лечения», «отношение к помощи врачей и медперсонала», «отношение к поддержке родных и близких», «отношение к будущему».

В качестве методов *второй серии исследования* применялись: «Шкала самооценки здоровья»; метод неоконченных предложений; опросник «Отношение к здоровью» Р.А. Березовской [Барканова О.В., 2009]. Для выявления значимых различий в исследуемых группах применялся *критерий U Манна-Уитни*. Для обработки данных, полученных методом неоконченных предложений, был применен метод контент-анализа. Основанием для выделения категорий содержательного анализа неоконченных предложений выступили концепция внутренней картины здоровья [Ананьев В.А., 2006] и концепция социокультурных эталонов здоровья [Васильева О.С., Филатов Ф.Р., 2001]. Для оценки объективности выделенных категорий контент-анализа применялся метод экспертной оценки. Результатом экспертной оценки стал коэффициент согласованности 3-х экспертов по идентификации категорий контент-анализа, выраженный в процентном отношении, который составил 94,2%. Математическая обработка результатов контент-анализа проводилась с использованием процедуры описательной статистики — частотного анализа. Для выявления значимых различий между представлениями/установками онкобольных и условно здоровых лиц в области здоровья мы использовали критерий ϕ -углового преобразования Фишера.

Результаты и обсуждение

В первой серии исследований, посвященной изучению отношения к диагнозу у пациентов онкологического профиля через анализ стадий его принятия и взаимосвязей с уровнем комплаентности и качеством жизни, установлено, что пациенты, проходящие лечение впервые, чаще отмечают у себя переживания, относящиеся к такой стадии принятия диагноза как «Торг» (60% и 37%, $\phi^* = 1,820$; $p \leq 0,05$). Среди пациентов, проходящих лечение вторично, чаще встречается выбор ответов, относящихся к стадии «Принятие» (63% и 40%, $\phi^* = 1,824$; $p \leq 0,05$). Пациенты, проходящие лечение повторно, имея опыт борьбы с онкологическим заболеванием и столкновения с сопутствующими переживаниями и последствиями, более склонны принимать свой диагноз, чем пациенты, оказавшиеся в ситуации онкологического заболевания впервые. Возможно, что в принятии диагноза вторичные пациенты изыскивают ресурс, помогающий им справиться с болезнью, в то время как первичные пациенты чаще «торгуются» с заболеванием.

В результате применения критерия U Манна-Уитни были установлены значимые различия по показателям качества жизни (жизненная активность, физический компонент здоровья, общий психологический компонент здоровья) пациентов онкологического профиля, проходящих лечение впервые и повторно. Значимых различий по остальным показателям не установлено. Так, вторичные пациенты чувствуют себя более обессиленными, уставшими, чем первичные пациенты ($U = 256,5$; $p = 0,04$) по показателю жизненной активности. Они в большей степени испытывают ограничения в жизненной активности, в социальном функционировании, в повседневной деятельности, обусловленные ухудшением эмоционального состояния ($U = 308,5$; $p = 0,036$) по показателю общего психологического компонента здоровья. Средний ранг первичных пациентов по показателю физического компонента здоровья выше (35,75), чем средний ранг у пациентов, проходящих лечение повторно (25,25) при $U = 292,5$; $p = 0,02$, что говорит о том, что первичные пациенты в меньшей степени испытывают ограничения, вызванные физическим со-

стоянием, влияние этих ограничений на повседневную деятельность, чем вторичные пациенты. Эти данные свидетельствуют о существенных ограничениях на уровне физиологических и эмоциональных ресурсов, которые в большей мере свойственны пациентам, оказавшимся на лечении повторно.

Корреляционный анализ в выборке первичных пациентов показал взаимосвязь между стадией принятия диагноза «Торг» и уровнем эмоциональной комплаентности ($r = 0,375$, $p \leq 0,05$), свидетельствующей о том, что в процессе «торга» с болезнью, в стремлении договориться с ней, они проявляют большую готовность к тому, чтобы способствовать лечению, ориентированы на врачебную помощь, демонстрируют эмоциональную приверженность лечению. Однако показатель эмоциональной комплаентности и психологического здоровья обнаруживают обратную корреляционную связь ($r = -0,363$, $p \leq 0,05$). Демонстрация эмоциональной приверженности лечению при этом у первичных пациентов связана со снижением общего фона психологического благополучия. Возможно, высокий уровень эмоциональной приверженности лечению является не единственным условием, обеспечивающим первичным пациентам стабильный фон психологического благополучия.

В группе вторичных пациентов выявлена прямая корреляционная связь между стадией принятия диагноза «Торг» и показателем «Общее состояния здоровья» ($r = 0,392$, $p \leq 0,05$). Пациенты, проходящие лечение повторно и отмечающие у себя переживания, относящиеся к стадии «Торг», субъективно дают удовлетворительную оценку своему здоровью, считая, что торговля с судьбой, Богом, «высшими силами» проходит успешно, и они поправляются благодаря этому. При этом установлены обратные корреляционные связи между показателем «Общее состояния здоровья» и показателями общей ($r = -0,576$, $p \leq 0,01$), социальной ($r = -0,574$, $p \leq 0,01$) и поведенческой ($r = -0,599$, $p \leq 0,01$) комплаентности. Полагаем, что «торг» с болезнью через оценку вторичными пациентами общего состояния своего здоровья может приводить к снижению уровня приверженности лечению, доверия к врачам и их предписаниям. Данные результаты частично согласуются с ре-

зультатами исследования К.Р. Амлаева и соавторов в отношении некоторых аспектов профилактики раковых заболеваний и качества жизни онкологических пациентов [Амлаев К.Р. и др., 2013]. В ходе их исследования было выявлено, что степень доверия официальной медицине у пациентов онкологического профиля остается невысокой, нередко случаи обращения за помощью к служителям религиозных культов, экстрасенсам и т.д.

Обратный характер приобрела взаимосвязь между показателем стадии принятия диагноза «Принятие» и показателем «Общее состояние здоровья» в группе пациентов, проходящих повторное лечение ($r = -0,392$, $p \leq 0,05$). Однако при этом установлены и обратные корреляционные связи между показателем «Общее состояния здоровья» и показателями общей ($r = -0,576$, $p \leq 0,01$), социальной ($r = -0,574$, $p \leq 0,01$) и поведенческой ($r = -0,599$, $p \leq 0,01$) комплаентности. Принимая диагноз, они склонны ниже оценивать свое общее состояние здоровья. При этом снижение оценки общего состояния здоровья связано с повышением уровня общей комплаентности, в частности социальной и поведенческой, что отражает стремление пациента вступать в доверительные отношения с врачом, опираться на его мнение, строго соблюдать все рекомендации, направленные на преодоление болезни, ориентацию на цели в ситуации болезни, — выздоровление, преодоление болезни.

Во второй серии исследования с целью выявления статистически значимых различий в когнитивном компоненте внутренней картины здоровья пациентов онкологического профиля и условно здоровых лиц был применен критерий ϕ -угловое преобразование Фишера для оценки частоты встречаемости категорий контент-анализа (таблица).

По результатам ϕ -критериального анализа Фишера обнаружены значимые различия в:

1) *определении понятия «здоровье»*. Толкуя понятие здоровье, лица, страдающие онкологическим заболеванием, в большей мере отмечают психологическое благополучие человека ($\phi = 2,875$; $p \leq 0,01$). Представители группы нормы, напротив, в большей степени акцентируют внимание на физическом благополучии ($\phi = 2,9$; $p \leq 0,01$);

Значения ϕ -критерия Фишера при сравнении когнитивного компонента в структуре внутренней картины здоровья лиц, страдающих онкологическим заболеванием, и условно здоровых лиц

The values of the criterion ϕ -Fisher when comparing the cognitive component in the structure of the internal picture of the health of persons suffering from cancer and conditionally healthy persons

Код	Категория	% пациентов	% гр. нормы	ϕ -критерий Фишера	Уровень значимости (p)
А. Дефиниция «здоровья»		94	92	0,395	
A1	физическое благополучие	12	36	2,9	0,01
A2	психологическое благополучие	44	18	2,875	0,01
Б. Образ здоровой личности		98	98	0	
Б1	социальные характеристики	54	30	2,46	0,01
В. Условия здорового существования		84	94	1,64	0,05
В1	образ жизни	50	76	2,735	0,01
В2	экологическая обстановка	12	32	2,48	0,01
В3	профессиональная реализация	22	6	2,405	0,01
В4	семейное благополучие	30	6	3,32	0,01
С. Принципы-правила здорового существования		94	94	0	
С1	личностное самосовершенствование	20	38	2,005	0,05
С2	полноценное общение и адекватное взаимодействие с людьми	10	0	2,115	0,05
D. Способы оздоровления личности		92	96	0,855	
D1	соблюдение правил ЗОЖ	56	78	2,37	0,01
D2	гармонизация межличностных отношений	12	2	2,115	0,05

Примечание: приведены категории контент-анализа, обнаружившие статистически значимые различия по частоте встречаемости.

Note: the categories of content analysis are given, which revealed statistically significant differences in frequency of occurrence.

2) описании образа здоровой личности. Описывая образ здоровой личности, онкологические пациенты в большей степени, нежели условно здоровые лица, отмечали социальные характеристики ($\phi = 2,46$; $p \leq 0,01$);

3) отмеченных условиях здорового существования. Определяя условия здорового существования, лица, страдающие онкологическим заболеванием, в большей мере отмечают значимость семейного благополучия ($\phi = 3,32$; $p \leq 0,01$) и профессиональной реализации ($\phi = 2,405$; $p \leq 0,01$). Представители группы нормы в большей мере делают акцент на образе жизни, который ведет человек ($\phi = 2,735$; $p \leq 0,01$), и влиянии экологической обстановки ($\phi = 2,48$; $p \leq 0,01$);

4) описанных принципах-правилах здорового существования. Пациенты в большей мере склонны называть в качестве принципа здорового существования — полноценное общение и адекватное взаимодействие с людьми

($\phi = 2,115$; $p \leq 0,05$). Тогда как условно здоровые лица в большей мере отмечают необходимость личностного самосовершенствования ($\phi = 2,005$; $p \leq 0,05$);

5) указанных способах оздоровления личности. Отмечая способы оздоровления, пациенты в большей мере отмечают такой способ, как гармонизация межличностных отношений ($\phi = 2,115$; $p \leq 0,05$). В свою очередь, представители группы нормы в большей мере выделяют необходимость соблюдения правил ЗОЖ ($\phi = 2,37$; $p \leq 0,01$).

Данные, полученные в результате исследования отношения к здоровью, позволяют дополнить описание особенностей когнитивного компонента внутренней картины здоровья у исследуемых групп. Так, были установлены информационные каналы онкологических больных и здоровых лиц в области здоровья. Ведущим источником, оказывающим влияние на осведомленность и онкологических больных, и здоровых

лиц, выступили врачи (специалисты) (62 % и 42 % соответственно). На втором месте в рейтинге — средства массовой информации (44 % и 32 % соответственно). Меньше всего на информированность обеих групп оказывают газеты и журналы (18 % и 10 % соответственно), друзья и знакомые (18 % и 20 % соответственно).

Дополнительно были выявлены условия, которые, по мнению участников исследования, оказывают наиболее существенное влияние на состояние их здоровья. На основе сравнительного анализа условий, влияющих на состояние здоровья пациентов и здоровых лиц, с помощью критерия U Манна–Уитни обнаружено значимое различие в отношении такого условия как «качество медицинского обслуживания»: средний ранг у онкологических больных составил 60,12, что значимо выше, чем у здоровых лиц (40,88), при $U = 769,0$ и $p = 0,000$. Следовательно, пациенты онкологического профиля в большей степени оценивают в качестве ресурса совладания с болезнью уровень медицинского обслуживания (его качества), который отражается на поддержании их здоровья.

Заключение

В исследовании психологических ресурсов совладания с онкологическим заболеванием, за счет которых формируется потенциал преодоления болезни, особое значение приобретают результаты исследования отношения пациентов к диагнозу через анализ стадий его принятия в связи с уровнем комплаентности и качеством жизни, а также изучение когнитивного содержания их внутренней картины здоровья.

Пациенты, столкнувшись с заболеванием повторно, испытывают более выраженные ограничения на уровне физиологических и эмоциональных ресурсов в сравнении с первичными пациентами. Сравнительный анализ частоты ответов пациентов в отношении переживаний, связанных со стадиями принятия диагноза, показал, что пациенты, проходящие лечение повторно, более склонны принимать свой диагноз, в сравнении с пациентами, оказавшимися в ситуации болезни впервые, которые чаще «торгуются» с заболеванием.

При этом на уровне корреляционного анализа было установлено, что вторичные пациенты, принимая диагноз, склонны ниже оценивать свое общее состояние здоровья.

В выборке первичных пациентов установлены взаимосвязи между стадией принятия диагноза «Торг» и уровнем эмоциональной комплаентности, свидетельствующей о том, что в процессе «торга» с болезнью, в стремлении договориться с ней, они проявляют большую готовность к тому, чтобы способствовать лечению, ориентированы на врачебную помощь, демонстрируют эмоциональную приверженность лечению.

Результаты, полученные при исследовании когнитивного компонента внутренней картины здоровья пациентов онкологического профиля, показали, что в его содержании обнаруживаются средства (инструменты), которые могут быть использованы пациентом для трансформации взаимодействия с тяжелой болезнью. К их числу относятся: 1) психологическое благополучие пациента, поскольку в когнитивном содержании внутренней картины здоровья пациенты в первую очередь отмечается значимость психологической составляющей здоровья (здоровье преимущественно определяется как психологическое благополучие); 2) семейное благополучие как ресурс, обеспечивающий пациентам необходимую поддержку и принятие, а также удовлетворение потребности в эмоциональном общении с близкими; 3) гармоничные межличностные отношения пациентов с окружающими; 4) профессиональная самореализация, которая связана со значимостью социальных характеристик в образе здоровой личности; 5) осведомленность (информированность) пациентов в области здоровья с участием в первую очередь врачей и СМИ.

При этом стоит отметить, что в содержании когнитивного компонента внутренней картины здоровья пациентов наблюдается недооцененность с их стороны такого ресурса для поддержания здоровья, как личностное самосовершенствование.

Выражение признательности

Авторы статьи выражают благодарность Ю.В. Казакову — врачу-онкологу высшей категории, старшему преподавателю кафедры онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии ФГБОУ ВО ПГМУ им. акад. Вагнера Минздрава России; И.Н. Парандею — врачу хирургу-онкологу высшей категории за многолетнее сотрудничество.

Acknowledgements

The authors of the article express their gratitude to *Yu.V. Kazakov* — Oncologist of the highest category, senior lecturer of the Department of Oncology, Radiation Diagnostics and Radiation Therapy, PSMU named after Academician E.A. Wagner of the Ministry of Health of Russia; *I.N. Parandey* — surgeon-oncologist of the highest category for many years of cooperation.

Список литературы

Амлаев К.Р., Койчугев А.А., Махов З.Д., Койчугева С.М., Хурцев К.В. Результаты изучения некоторых аспектов профилактики раковых заболеваний и качества жизни онкологических пациентов // Кубанский научный медицинский вестник. 2013. № 5(140). С. 21–25.

Ананьев В.А. Основы психологии здоровья. Кн. 1: Концептуальные основы психологии здоровья. СПб.: Речь, 2006. 384 с.

Барканова О.В. Методики диагностики эмоциональной сферы: психологический практикум. Красноярск: Литера-Принт, 2009. 237 с.

Беляев А.М., Бернацкий А.С., Вагайцева М.В., Васильева А.В. и др. Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов: руководство / ред. А.М. Беляев, В.А. Чулкова, Т.Ю. Семиглазова, М.В. Рогачев. 2-е изд., доп. СПб.: Вопросы онкологии, 2018. 436 с.

Бусыгина Н.П. Психологическая помощь онкологическим больным в свете холистической модели болезни // Московский психотерапевтический журнал. 2000. № 1. С. 77–100.

Васильева О.С., Филатов Ф.Р. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки: учеб. пособие. М.: Академия, 2001. 352 с.

Жданов С.И. Структура и содержание позитивной внутренней картины здоровья студентов // Сибирский педагогический журнал. 2008. № 9. С. 390–400.

Кадыров Р.В., Асриян О.Б., Ковальчук С.А. Опросник «Уровень комплаентности»: монография. Владивосток: Мор. гос. ун-т, 2014. 74 с.

Корытова Г.С. Внутренняя картина здоровья и социальные представления о нем студентов педагогического вуза // Сибирский психологический журнал. 2012. № 46. С. 131–143.

Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику: психологическое исследование. М.: Изд-во МГУ, 1987. 168 с.

Пикалова Н.Н., Мовчан Е.А. Общий опросник SF-36 в изучении физического и психологического

состояния людей на программном гемодиализе // Вестник Новосибирского государственного педагогического университета. 2012. № 3(7). С. 86–96.

Саймонтон К., Саймонтон С. Психотерапия рака: пер. с англ. СПб.: Питер, 2001. 286 с.

Чулкова В.А., Моисеенко В.М. Психологические проблемы в онкологии // Практическая онкология. 2009. Т. 10, № 3. С. 151–157.

Щелкова О.Ю., Усманова Е.Б., Сушенцов Е.А., Софронов Д.И. Отношение к болезни и комплаенс при опухолевым поражении костей // Медицинская психология в России. 2019. Т. 11, № 2(55). URL: http://www.medpsy.ru/mpj/archiv_global/2019_2_55/nomer05.php (дата обращения: 18.09.2022). DOI: <https://doi.org/10.24412/2219-8245-2019-2-10>

References

Amlaev, K.R., Koychuev, A.A., Makhov, Z.D., Koychueva, S.M. and Khurtsev, K.V. (2013). [Results of research of some aspects of cancer prevention and quality of life of oncological patients]. *Kubanskiy nauchnyy meditsinskiy vestnik* [Kuban Scientific Medical Bulletin]. No. 5(140), pp. 21–25.

Anan'ev, V.A. (2006). *Osnovy psikhologii zdorov'ya. Kn. 1: Kontseptual'nye osnovy psikhologii zdorov'ya* [Fundamentals of health psychology. Book 1: Conceptual foundations of health psychology]. St. Petersburg: Rech' Publ., 384 p.

Barkanova, O.V. (2009). *Metodiki diagnostiki emotsional'noy sfery: psikhologicheskii praktikum* [Methods of diagnostics of the emotional sphere: psychological practicum]. Krasnoyarsk: Litera-Print Publ., 237 p.

Belyaev, A.M., Bernatskiy, A.S., Vagaytseva, M.V., Vasil'yeva, A.V. et al. (2018). *Onkopsikholgiya dlya vrachey-onkologov i meditsinskikh psikhologov* [Oncopsychology for oncologists and medical psychologists]. 2nd ed. St. Petersburg: Voprosy Onkologii Publ., 436 p.

Busygina, N.P. (2000). [Psychological assistance to cancer patients in the light of the holistic model of the disease]. *Moskovskiy psikhoterapevticheskiy zhurnal* [Moscow Psychotherapeutic Journal]. No. 1, pp. 77–100.

Chulkova, V.A. and Moiseenko, V.M. (2009). [Psychological problems in oncology]. *Prakticheskaya onkologiya* [Practical Oncology]. Vol. 10, no. 3, pp. 151–157.

Kadyrov, R.V., Asriyan, O.B. and Koval'chuk, S.A. (2014). *Oprosnik «Uroven' komplaentnosti»* [Questionnaire «Compliance level»]. Vladivostok: MSUN Publ., 74 p.

Korytova, G.S. (2012). [The internal picture of health and social ideas about it of pedagogical university students]. *Sibirskiy pedagogicheskiy zhurnal* [Siberian Psychological Journal]. No. 46, pp. 131–143.

Nikolaeva, V.V. (1987). *Vliyanie khronicheskoy bolezni na psikhiku: psikhologicheskoe issledovanie* [The impact of chronic illness on the psyche: a psychological study]. Moscow: MSU Publ., 168 p.

Pikalova, N.N. and Movchan, E.A. (2012). [The general questionnaire SF-36 in the study of quality of life of patients on program hemodialysis]. *Vestnik Novosibirskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta* [Novosibirsk State Pedagogical University Bulletin]. No. 3(7), pp. 86–96.

Schelkova, O.Yu., Usmanova, E.B., Sushentsov, E.A. and Sofronov, D.I. (2019). [The attitude to disease and compliance in patients with bone tumors]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii* [Medical

psychology in Russia]. Vol. 11, no. 2(55). Available at: http://www.medpsy.ru/mpj/archiv_global/2019_2_55/nomer05.php (дата обращения 18.09.2022). DOI: <https://doi.org/10.24412/2219-8245-2019-2-10>

Simonton, K. and Simonton, S. (2001). *Psikhoterapiya raka* [Cancer psychotherapy]. St. Petersburg: Piter Publ., 286 p.

Vasilyeva, O.S. and Filatov, F.R. (2001). *Psikhologiya zdorov'ya cheloveka: etalony, predstavleniya, ustanovki: ucheb. posobiye* [Psychology of human health: standards, ideas, attitudes: textbook]. Moscow: Academy Publ., 352 p.

Zhdanov, S.I. (2008). [Structure and content of the positive internal picture of students' health]. *Sibirskiy pedagogicheskiy zhurnal* [Siberian Psychological Journal]. No. 9, pp. 390–400.

Об авторах

Бергфельд Александра Юрьевна

кандидат психологических наук, доцент,
доцент кафедры общей и клинической психологии

Пермский государственный национальный
исследовательский университет,
614990, Пермь, ул. Букирева, 15;
e-mail: abergfeld@yandex.ru
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4679-243X>
ResearcherID: HSG-6859-2021

Формакидов Дмитрий Анатольевич

доктор юридических наук, доцент,
профессор кафедры гражданского права

Пермский государственный национальный
исследовательский университет,
614990, Пермь, ул. Букирева, 15;
e-mail: formakidov@yandex.ru
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1263-0483>
ResearcherID: J-5123-2017

About the authors

Alexandra Yu. Bergfeld

Candidate of Psychology, Docent,
Associate Professor of the Department of General
and Clinical Psychology

Perm State University,
15, Bukirev st., Perm, 614990, Russia;
e-mail: abergfeld@yandex.ru
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4679-243X>
ResearcherID: HSG-6859-2021

Dmitry A. Formakidov

Doctor of Law, Docent,
Professor of Department of Civil Law

Perm State University,
15, Bukirev st., Perm, 614990, Russia;
e-mail: formakidov@yandex.ru
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1263-0483>
ResearcherID: J-5123-2017