

**Кафедра общей и клинической психологии**

Зав. кафедрой общей  
и клинической психологии  
д.пс.н., профессор  
Исаева Е.Р. \_\_\_\_\_

Председатель ГАК  
д.пс.н., профессор  
Соловьева С.Л. \_\_\_\_\_

Выпускная квалификационная работа на

тему:

***Приверженность лечению и временная перспектива пациентов  
онкологического профиля***

по специальности 37.05.01 – Клиническая психология

Выполнил:  
Студент 6 курса  
Факультета клинической психологии  
Титкова Анна Сергеевна  
\_\_\_\_\_ (подпись)

Научный руководитель:  
Демченко Татьяна Владимировна  
ассистент кафедры общей и клинической психологии  
ПСПБГМУ им. акад. И.П. Павлова  
\_\_\_\_\_ (подпись)

Санкт-Петербург  
2024

## Оглавление

ВВЕДЕНИЕ .....	4
ГЛАВА 1. АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ ПО ТЕМЕ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	9
1.1. Особенности пациентов с абдоминальной онкологией .....	9
1.2. Психологические особенности онкологических пациентов .....	14
1.3. Виды терапии пациентов онкологического профиля.....	20
1.3.1. Хирургическое лечение .....	21
1.3.2. Лучевая терапия .....	23
1.3.3. Системная терапия .....	27
1.4. Особенности приверженности лечению пожилых пациентов с онкологией....	30
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ .....	37
2.1. Описание выборки .....	37
2.2. Описание методов исследования .....	39
2.2.1. «Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности лечению» (КОП-25).....	39
2.2.2. Опросник SF-36 «Оценка качества жизни» .....	40
2.2.3. «Тест смысложизненных ориентаций» Д.А. Леонтьева .....	41
2.2.4. «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ).....	42
2.2.5. «Семантический дифференциал времени» (СДВ).....	43
2.3. Методы математической статистики .....	45
ГЛАВА 3. ОПИСАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ .....	46
3.1. Описательная статистика психологических характеристик пациентов с разными типами лечения .....	46
3.1.1. Выявление особенностей приверженности лечению, временной перспективы, типа отношения к болезни, качества жизни и смысложизненных ориентаций пациентов, прошедших химиотерапию .....	46
3.1.2. Выявление особенностей приверженности лечению, временной перспективы, типа отношения к болезни, качества жизни и смысложизненных ориентаций пациентов, прошедших хирургическое лечение.....	54
3.1.3. Выявление особенностей приверженности лечению, временной перспективы, типа отношения к болезни, качества жизни и смысложизненных ориентаций пациентов, прошедших комплексное лечение .....	62

3.2. Сравнительный анализ психологических характеристик пациентов с разными типами лечения .....	70
3.3. Корреляционный анализ психологических характеристик пациентов, проходящих разные виды лечения.....	80
ГЛАВА 4. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ .....	84
ВЫВОДЫ .....	88
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	89
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ .....	90

## ВВЕДЕНИЕ

Россия имеет один из наиболее высоких показателей онкологической заболеваемости в мире. По данным Всемирной организации здравоохранения (далее ВОЗ), наша страна находится на 49 месте в мире по заболеваемости раком, а по уровню смертности от новообразований – на 33 месте.

В 2022 г. в Российской Федерации впервые выявлено 624 835 случаев злокачественных новообразований (в том числе 283 179 и 341 656 у пациентов мужского и женского пола соответственно). Прирост данного показателя по сравнению с 2021 г. составил 7,6% (по данным Федеральной службы государственной статистики).

В целом же с 2016 по 2022 год число онкобольных, состоящих под диспансерным наблюдением, выросло с 3,4 до 4,0 млн. Согласно 17-летнему прогнозу, этот показатель увеличится до 4,1 млн в 2025 году и до 4,9 млн еще через 5 лет (по данным отчета МНИОИ им. П.А. Герцена, 2022).

Доля злокачественных новообразований, выявленных на I–II стадиях, в процентном отношении к диагностированным на любых стадиях с 2015-го по май 2023 года повышалась хотя и медленно, но непрерывно: с 53,7 до 60 % (за исключением вполне объяснимого провала в ковидном 2020-м), в то время как план на 2022 год составлял 57,9 %, а по итогам 2023 года – 58,2 % (для расчета всех показателей использовались данные Росстата о среднегодовой численности населения административных территорий России за 2021).

В структуре смертности от рака онкологические заболевания системы пищеварения занимают одно из ведущих мест, составляя 29,3% (Афанасенкова Т.Е., Самородская И.В., Ойноткинова О.Ш., Никонов Е.Л., 2021). Рак желудка в мире занимает 5-е место по распространенности и 3-е место по причинам смерти, связанным со злокачественными новообразованиями. Колоректальный рак является третьей по частоте злокачественной опухолью и четвертой причиной смерти от рака в мире.

Согласно данным, приведенными целевой группой Международного общества гериатрической онкологии (International Society of Geriatric Oncology), пациенты от 65

лет и выше с онкологическими заболеваниями являются группой риска, в отношении которой может снижаться эффективность терапевтического вмешательства. Поэтому пациентам данной возрастной группы необходимо психологическое сопровождение в процессе реабилитации после оказанного лечения. Так, согласно Методическому руководству Министерства здравоохранения Российской Федерации «Приверженность лечению» (2022 года) у пожилых пациентов в России ведущей причиной низкой приверженности лекарственной терапии являются развитие нежелательных эффектов и страх таковых.

Таким образом, в связи со старением населения и увеличением ожидаемой продолжительности жизни, лечение и реабилитация пожилых людей с онкологическими заболеваниями становится все более серьезной проблемой в России и во всем мире.

В настоящее время в Российской Федерации в лечении онкологических заболеваний широко применяется междисциплинарный подход. Сотрудничество между онкологами, хирургами, радиологами, психологами и другими специалистами позволяет разработать оптимальные планы лечения для пациентов, основанные на их патологическом состоянии и медицинских показателях.

Согласно Приказу Министерства здравоохранения РФ от 19 февраля 2021 г. № 116н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях», который регулярно обновляется, должность онкопсихолога в штатное расписание онкологического учреждения не входит. Отчасти по этой причине в большинстве регионов онкопсихологическая служба отсутствует как таковая, в лучшем случае есть разрозненные психологи общего профиля, оказывающие помощь онкологическим больным и их родственникам, преимущественно уже на финальных этапах жизни.

На XXIV Российском онкологическом конгрессе в 2020 году состоялась совместная сессия ASTRO-RUSSCO, посвященная ментальным расстройствам и психологическим особенностям у онкологических больных на фоне лечения, эта же сессия была принята на ежегодном конгрессе ASTRO, прошедшем в смешанном формате в сентябре 2021 года, и ведущие радиационные онкологи мира, включая

президента ASCO профессора Lorie Pierce, безоговорочно согласились с необходимостью психологической поддержки онкобольных пациентов – что еще раз подчеркивает актуальность проблемы.

Для современной науки значимо исследование психологического времени в зависимости от возраста личности, а для клинической психологии – исследование психологического времени пациентов при различных заболеваниях (Головаха Е.А., 2008). Постановка диагноза «рак» является знаковым событием в жизни человека, разделяя его бытие на жизнь «до» и «после». Большая часть больных не задумываются над ценностью жизни до момента заболевания. Выявление соотношения категорий «прошлое», «настоящее», «будущее», семантической наполненности этих категорий может помочь в переоценке ценности жизни онкобольного (Веккер Л.М., 2000).

Таким образом, тема диплома, посвященная исследованию приверженности лечению и временной перспективы пациентов онкологического профиля, является актуальной.

**Гипотеза исследования:** приверженность лечению и субъективное восприятие времени своей жизни отличаются у пациентов пожилого возраста с установленным диагнозом «Злокачественные новообразования органов пищеварения» (С15-С26), проходящих разные виды лечения.

**Цель исследования:** изучить отличия в приверженности лечению и временной перспективе пациентов пожилого возраста с установленным диагнозом «Злокачественные новообразования органов пищеварения» (С15-С26), проходящих разные виды лечения.

**Задачи исследования:**

1. Выявить особенности приверженности лечению, временной перспективы, типа отношения к болезни, качества жизни и смысложизненных ориентаций пациентов пожилого возраста с установленным диагнозом «Злокачественные новообразования органов пищеварения» (С15-С26), прошедших химиотерапию.

2. Выявить особенности приверженности лечению, временной перспективы, типа отношения к болезни, качества жизни и смысложизненных ориентаций пациентов пожилого возраста с установленным диагнозом «Злокачественные новообразования органов пищеварения» (С15-С26), прошедших хирургическое лечение.
3. Выявить особенности приверженности лечению, временной перспективы, типа отношения к болезни, качества жизни и смысложизненных ориентаций пациентов пожилого возраста с установленным диагнозом «Злокачественные новообразования органов пищеварения» (С15-С26), прошедших комплексное лечение (химия + хирургическое вмешательство).
4. Выявить взаимосвязь приверженности лечению с психологическими характеристиками у пациентов пожилого возраста с установленным диагнозом «Злокачественные новообразования органов пищеварения» (С15-С26), проходящих разные виды лечения.

**Объект исследования:** пациенты пожилого возраста с установленным диагнозом «Злокачественные новообразования органов пищеварения» (С15-С26).

**Предмет исследования:** приверженность лечению, смысложизненные ориентации, временная перспектива, тип отношения к болезни, качество жизни пожилых пациентов с установленным диагнозом «Злокачественные новообразования органов пищеварения» (С15-С26).

В работе были использованы следующие **методики:**

1. «Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности лечению (КОП-25)».
2. Опросник SF-36 «Оценка качества жизни».
3. «Тест смысложизненных ориентаций» Д.А.Леонтьева.
4. «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ).
5. «Семантический дифференциал времени» (СДВ).

Для анализа полученных эмпирических данных применялись следующие **методы математической статистики:**

1. Критерий Краскела-Уоллиса для сравнения разницы средних показателей в изучаемых группах респондентов.
2. Корреляционный анализ Спирмена для выявления взаимосвязей между исследуемыми характеристиками.

**Теоретическая значимость работы** заключается в обобщении и систематизации разрозненных данных по проблеме исследования.

**Практическая значимость работы:** полученные знания могут быть применены для организации более эффективного сопровождения пациентов пожилого возраста с онкологической патологией.



# ГЛАВА 1. АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ ПО ТЕМЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

## 1.1. Особенности пациентов с абдоминальной онкологией

Одним из самых распространенных и многообразных видов заболеваний являются именно онкологические. Именно онкологические заболевания способны затронуть все жизненные системы и органы человека.

Онкология – наука, занимающаяся изучением и появлением опухолевых заболеваний, их механизмами, профилактикой, диагностикой и лечением. Является разделом медицины, изучающей доброкачественные и злокачественные новообразования (М. Д. Будурова, И. В. Вакарчук, М. Г. Венедиктова, 2022).

Задачи, которые ставит перед собой онкология – это изучение и патогенез blastom, разработка и применение методов современной диагностики, совершенствование лучевых, лекарственных, комбинированных методов лечения, разработка методов профилактики возникновения злокачественных новообразований (Ш. Х. Ганцев, В. Н. Павлов, И. Р. Рахматуллина, 2020).

Необходимо отметить, что достаточно часто понятие «онкология» и «рак» используются как синонимичные. При этом, по словам М.М. Давыдова, наличие онкологического заболевания не свидетельствует о том, что человек болен раком. Онкология включает в себя целый класс заболеваний, и рак, или карцинома, – лишь одно из них. Иными словами, рак – это всеобъемлющий термин, обозначающий неконтролируемое размножение и деление клеток.

Доброкачественная и злокачественная опухоль – это два основных типа опухолей, отличающихся их поведением и потенциалом для распространения и повреждения окружающих тканей.

1. *Доброкачественная опухоль* – это тип опухоли, который растет медленно и ограниченно в определенной области. Доброкачественные опухоли имеют обычно четкие границы и не распространяются на соседние органы или метастазируют в другие участки тела. Они состоят из изначальных нормальных

клеток, которые просто начинают расти сверх нормального уровня (М. И. Давыдов, Ш. Х. Ганцев, 2020).

2. *Злокачественная опухоль* – тип опухоли, который имеет способность инвазивного роста и распространения вокруг тканей и органов. Злокачественные опухоли могут также метастазировать, то есть давать отдаленные от первичной опухоли дочерние опухоли, которые обычно растут в других органах или тканях. Злокачественные опухоли возникают из предварительно измененных или аномальных клеток, которые приобретают способность к неограниченному делению и уклонению от нормальных механизмов контроля роста клеток (М. Д. Будурова, И. В. Вакарчук, М.Г. Венедиктова, 2022).

Абдоминальная онкология – это раздел медицины, занимающийся диагностикой и лечением опухолей, которые поражают органы пищеварительной системы и малого таза. Это доброкачественные и злокачественные опухоли пищевода, желудка, кишечника, а также поджелудочной железы, печени, желчного пузыря, матки и яичников.

В настоящее время в России абдоминальная онкология является областью онкологии, которая достаточно активно развивается и модернизируется в соответствии с реалиями научных достижений, используются самые современные методы лечения и технологии, специалисты-онкологи активно участвует в мировых исследованиях и клинических испытаниях новых препаратов и методик. За последние несколько десятилетий были сделаны открытия, которые позволили использовать новые подходы к диагностике и лечению опухолей брюшной полости и малого таза. Благодаря таким инновационным методам, как компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ), врачи получили возможность более точно выявлять опухоли, а также определять их стадии (М.Д. Будурова, И. В. Вакарчук, М. Г. Венедиктова, 2022).

Одной из характеристик, которая часто встречается у пациентов с онкологией брюшной полости, является преклонный возраст. Рак брюшной полости чаще встречается у пожилых людей, поэтому нередко такие заболевания диагностируются

у пациентов старше 60 лет. Кроме того, при диагностике и лечении рака брюшной полости важную роль играет пол: мужчины, как правило, более склонны к развитию этих заболеваний, чем женщины (Т.Е. Афанасенкова, И.В. Самородская, О.Ш. Ойноткинова, Е.Л. Никонов, 2023).

Раннее выявление злокачественных опухолей имеет решающее значение для определения прогноза заболевания и выбора тактики лечения. Пятилетняя выживаемость при раке желудка составляет 15%. Однако, при злокачественных образованиях печени данный показатель составляет менее 10%. Более того, пятилетняя выживаемость при раке поджелудочной железы находится на уровне 3%. Столь низкие показатели пятилетней выживаемости показывают трудность диагностики и лечения пациентов с вышеописанными заболеваниями (М.Ф. Баллюзек, А.К. Ионова, М.В. Машкова, 2017).

Симптоматика абдоминальных опухолей может варьироваться в зависимости от их типа, размера, местоположения и других факторов. Одним из наиболее распространенных симптомов абдоминальных опухолей является боль или дискомфорт в области живота. Это может быть постоянной или периодической болью, которая может усиливаться с движением или при нажатии на определенные области живота.

Если опухоль достаточно большая, она может приводить к видимому увеличению живота или появлению выступающей массы. Это может быть замечено визуально или ощущаться при прикосновении или пальпации. При этом у пациентов с опухолями брюшины и малого таза может наблюдаться стойкая потеря или снижение аппетита, а также необъяснимое похудение. Опухоли могут вызывать общую слабость и ухудшение самочувствия, что может проявляться в постоянной утомляемости и потере энергии (М. И. Давыдов, Ш. Х. Ганцев, 2020).

У пациентов с абдоминальными опухолями могут наблюдаться различные изменения в пищеварительной системе, такие как запоры, поносы, необъяснимая потеря аппетита, тошнота или рвота; может ощущаться общая слабость, утомляемость, снижение веса или потеря энергии. Возможно появление изменений в мочеиспускании, такие как изменение частоты мочеиспускания, боли при

мочеиспускании или появление крови в моче. Некоторые опухоли могут вызывать проблемы с пищеварительными органами, например, желтушку, гастрит, язвы или обструкцию кишечника (Т.Е. Афанасенкова, И.В. Самородская, О.Ш.Ойноткинова, Е.Л. Никонов, 2023).

Опухоли могут оказывать влияние на гормональный баланс женщины, что может приводить к изменениям в менструальном цикле, в том числе к более обильным или болезненным менструациям или к неправильности цикла.

Диагностика абдоминальной онкологии включает различные методы: физический осмотр, лабораторные анализы, ультразвуковое исследование, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, биопсия и другие.

Лечение абдоминальной онкологии зависит от типа и стадии опухоли, а также от общего состояния пациента. Оно может включать хирургическое удаление опухоли, химиотерапию, лучевую терапию, иммунотерапию и другие методы.

Немаловажным аспектом абдоминальной онкологии является мультимодальный подход к лечению, включающий сотрудничество между хирургами, онкологами, радиологами, патологами и другими специалистами. Они разрабатывают индивидуальные планы лечения для каждого пациента, учитывая его особенности и патологическое состояние.

Как и при любом другом виде онкологических опухолей, специфика, состояние и особенности пациентов с абдоминальными опухолями, а также непосредственно выбор тактики лечения, зависит от степени локализации опухоли, наличия метастаз, а также индивидуально-личностных особенностей пациента. Если говорить о метастазировании, то необходимо отметить, что абдоминальные опухоли имеют различную скорость и возможность метастизировать.

Выживаемость при опухолях брюшной полости от 5% до 90%. На начальных стадиях при отсутствии метастазов выживаемость 80–90%. Шансы на наступление ремиссии при раке брюшной полости 4 стадии минимальны, такие пациенты являются паллиативными – излечить невозможно, но улучшить состояние и продлить жизнь, проводя дезинтоксикационную терапию, общеукрепляющую, обезболивание, можно. Некоторые больные живут недели, а некоторые – месяцы, все зависит от

компенсаторных возможностей организма, состояния сердечно-сосудистой системы, функции почек и печени (К. А. Андрейчук, О. В. Баринов, Н.В. Берия, 2019).

Неблагоприятный прогноз при раке поджелудочной железы, поскольку он плохо поддается лечению и 30% больных живут не больше одного года, а 5-летняя выживаемость только 5%. Прогноз при саркомах также неблагоприятный в связи с нечувствительностью к химиотерапии и высоким процентом рецидивов (до 80%). При мезотелиоме брюшины оперативное лечение возможно только у 30% больных, при этом после радикальной операции живут до трех лет. Если проводилась интраоперационная гипертермическая химиотерапия – 3,5 года. Средняя продолжительность жизни при канцероматозе брюшины (множественные метастазы в брюшину) от 3 месяцев до полугода (Т.Е. Афанасенкова, И.В. Самородская, О.Ш. Ойноткинова, Е.Л. Никонов, 2023).

Наряду с признаками, общими для различных экстремальных и кризисных ситуаций, специфическими факторами, оказывающими влияние на пациентов с абдоминальной онкологией, являются: осознание угрозы жизни; полиэтиологичность заболевания; калечащий характер оперативного вмешательства; длительное тяжелое лечение, нередко сопровождающееся болью; отсутствие гарантий выздоровления; изменение социальных связей, социального статуса; изменение материального положения.

Таким образом, абдоминальная онкология – это раздел медицины, занимающийся диагностикой и лечением опухолей, которые поражают органы пищеварительной системы и малого таза. Общими симптомами рака брюшной полости являются потеря веса, усталость, тошнота / рвота, желтуха (пожелтение кожи), вздутие живота, боль/дискомфорт или чувство наполненности после приема небольшого количества пищи или жидкости, а также изменения в работе кишечника, такие как запор или диарея.

В целом, понимание особенностей пациентов с абдоминальным онкологическим заболеванием может помочь составить план лечения и обеспечить лучшие результаты лечения и выживаемости. Врачам важно учитывать все аспекты

при диагностике и лечении этих видов рака, чтобы обеспечить своим пациентам наилучшее из возможных на сегодняшний день лечение.

## **1.2. Психологические особенности онкологических пациентов**

Изменения в личности человека и его психике могут происходить не только под влиянием возрастных процессов, но и под влиянием внешних, зачастую непредвиденных обстоятельств, таких как различного рода болезни.

С психологической точки зрения онкология представляет собой экстремальную и кризисную ситуацию. Это связано с внезапным началом заболевания, ощущением отсутствия контроля над ситуацией, широким спектром реакций, неуверенностью в завтрашнем дне и нарушением мировоззрения.

Специфика переживаний онкологического больного не может быть полностью понята без учета психологических особенностей, присущих этому заболеванию. Данные особенности отличают подобные ситуации от других жизненных обстоятельств, формируя особый человеческий опыт.

Такие авторы, как Солопова А.Г., Власина А.Ю., Идрисова Л.Э., Москвичева В.С., Бажанов С.А., Семиглазова Т. Ю., Ткаченко Г. А., Чулкова В. А. отмечают, что с эффективностью реабилитационных программ связаны приверженность лечению, которая в свою очередь имеет устойчивые взаимосвязи с типом отношения к болезни и эмоциональной сферой пациентов онкологического профиля.

Согласно опубликованным результатам исследований, у онкологических больных на всех этапах специального лечения выявляются признаки реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации: 47,5% случаев диагностируется тревожно-депрессивный синдром, в 28% – субдепрессивный и в 24,5 – депрессивный (Семиглазова Т.Ю., Ткаченко Г.А., Чулкова В.А., 2016).

Клинические проявления психических расстройств самые разные: дереализация, деперсонализация, периоды помрачения сознания и др. Чаще, чем при иных заболеваниях, отмечаются суициды. Разброс тревожных расстройств по данным

разных авторов чрезвычайно широк – 0,9% - 49% (Trevino KM, Healy C, Martin P., 2018).

Д. Калшед утверждает, что психологическая травма в ситуации онкозаболевания представляет собой реальную опасность фрагментации идентичности индивида, в результате чего у него формируются минимальные стереотипные реакции, отсутствует смысл или жесткая связь с другими людьми (Д. Калшед, 2001). И. Д. Родина (2021) предполагает, что психологическая реакция на диагноз является значимым предиктором.

Имеются данные (И. В. Пономарева, Д. А. Циринг, А. И. Кузнецова, М.Н. Миронченко, 2021) о том, что существует корреляция между интенсивными эмоциональными реакциями на болезнь и снижением вероятности рецидива при условии принятия.

Во время лечения рака психическое состояние пациента становится неустойчивым, и он стремится изолироваться от угрожающей его жизни болезни. Когда окружающие не могут облегчить его боль и страдания, он ощущает глубокое одиночество. В результате он теряет веру в честность и справедливость окружающего мира, утрачивает смысл жизни.

Последствия онкологии носят повсеместный характер, влияя на физическое здоровье, эмоциональное состояние, психологические отношения и социальное положение. Более того, это заболевание может нарушать и духовную жизнь человека, вызывая у него чувство законченности, одиночества и ответственности за цель своей жизни.

Внутренняя картина болезни, как считает Д.С. Тарасова (2018), представляет собой разнообразные грани субъективной стороны заболевания и состоит у онкологических больных из следующих компонентов: соматический; когнитивный; эмоциональный; мотивационный.

Соматический аспект внутреннего опыта онкологического больного выражается в физическом дискомфорте, боли и ее выраженности.

Когнитивный компонент включает в себя представления и знания о болезни, размышления пациента о ней и ее осмысление. Недостаток информации, неумение

говорить на темы, связанные с его состоянием и лечением, могут усиливать уровень тревоги вплоть до обострения симптомов и негативного прогноза.

Эмоциональный аспект включает в себя страх смерти и боли, а также другие негативные эмоции, такие как опасения, дистресс, фрустрация, ярость, чувство вины, унижение, агрессивное настроение и депрессия.

Согласно обобщенным данным исследования психологического статуса онкологических больных, которые проводились в Великобритании и США, депрессии и тревожность – наиболее часто встречающиеся расстройства данной группы больных. Тревога отмечается у 15-28% больных; фобические расстройства – 6,9%; расстройство адаптации с беспокойством – 3,9-4,2%; паническое расстройство – 1,3% (Holden СА., 2020).

Учеными отмечается (Лутошлива Е. С., 2018), что у пожилых людей (от 60 до 80 лет) уровень тревоги зачастую выше в дооперационный период, однако в послеоперационный период могут наблюдаться такие психопатологические синдромы, как астено-депрессивный и тревожно-депрессивный. Многие исследователи подмечают, что повышение уровня депрессии и снижения активности укладывается в типичные черты пожилого возраста, что еще раз подчеркивает сложность раннего диагностирования депрессии у пожилых пациентов.

Мотивационный компонент в контексте онкологии относится к факторам, влияющим на мотивацию пациента для борьбы с заболеванием и прохождения лечения.

И. Ялом (2019) отмечает, что повышение осознания личностной ответственности за собственную жизнь значительно улучшает психологическое состояние онкологических больных, повышает уровень социальной адаптации.

В.А. Чулкова и Е.В. Пестерева выделяют и описывают три основные фазы психологического принятия онкологического диагноза (динамики психического состояния), с соответствующими психологическими проявлениями (Чулкова В.А., 2015). Опишем более детально данные фазы.

Первая фаза динамики психического состояния пациента – *от отрицания болезни к принятию*. Сразу после получения известия о диагнозе «онкология»



пациент находится в состоянии шока. Устойчивое мировоззрение мгновенно разрушается, сознание пациента путается, он чувствует себя безнадежным и загнанным в тупик, возникает риск суицида.

Социальная позиция на этом этапе приводит к доминированию такого смыслообразующего мотива, как мотив подготовки к смерти. У большинства больных формируется линия поведения, направленная на «завершение дел», «благоустройство детей» и т.д. Это сопровождается чувством растерянности, отчаяния и даже паники. Человек может почувствовать себя в ловушке и безнадежности, могут появиться мысли о самоубийстве. Тогда включаются подсознательные защитные механизмы, приводящие к отрицанию тяжести заболевания или вытеснению мыслей о нем. В результате внешне человек выглядит спокойным и слегка возбужденным, в то время как внутри он по-прежнему испытывает страх. На этой стадии люди часто демонстрируют анозогнозическое поведение по отношению к своему заболеванию.

У всех людей, независимо от образования и пола, при осознании того, что болезнь представляет серьезную угрозу, вырабатывается защитный психологический механизм – отрицание. Это связано с индивидуальными адаптационными особенностями. Запускаются бессознательные психологические защитные механизмы, снижающие травматизацию от полученной информации о наличии заболевания. Отрицание злокачественного характера болезни, вытеснение мыслей о заболевании. Продолжительность этой защиты может составлять от нескольких часов до нескольких лет.

**Стадия агрессии.** Психологические бессознательные защитные механизмы перестают действовать. Происходит признание всей серьезности ситуации. Пациент пытается найти причину своей болезни в себе или в действиях окружающих.

Агрессивная фаза сменяется **депрессивной**. У пациента могут появиться симптомы, такие как постоянное чувство грусти, потеря интереса к повседневным занятиям, чувство усталости и энергетического истощения, изменения в аппетите и соне, проблемы с концентрацией и принятием решений, негативное самоощущение и мысли о смерти или самоубийстве.

Чаще всего у лиц пожилого возраста, страдающих онкологическими заболеваниями, могут наблюдаться скрытые признаки депрессии, которые ошибочно можно принять за общее снижение активности и интенсивности работы организма, что затрудняет своевременное лечение и сопровождение больного.

Агрессия и депрессия могут быть взаимосвязаны. Например, пациент может испытывать гнев и грусть из-за своего заболевания, и могут возникать проблемы в общении с окружающими, а это в свою очередь может усугублять депрессию. Важно понимать, что эти психологические состояния обычно являются нормальными реакциями на стресс и травму, связанные с онкологическим заболеванием.

Знание личностных психологических особенностей реагирования пациентов пожилого возраста имеет особое значение в силу того, что наличие тяжелых сопутствующих заболеваний, снижение функциональности организма значительно ограничивает пути излечения от раковой опухоли, препятствуя или сужая возможность оперативного вмешательства.

И.М. Шестопалова и Г.А. Ткаченко (2007) отмечают, что депрессия у пожилых пациентов онкологического профиля может сопровождаться повышенной тревожностью или эмоциональной лабильностью. Ведущие психопатологические синдромы в послеоперационном периоде – астено-депрессивный и тревожно-депрессивный.

Пожилые люди, страдающие раком, подвержены повышенному риску самоубийства по сравнению с населением в целом и людьми, страдающими другими заболеваниями. Депрессия является одним из основных факторов, способствующих суицидальному поведению пожилых людей. Следовательно, пожилые онкологические больные, страдающие депрессией, особенно склонны к суициду (Trevino KM, Nealy C, Martin P., 2018).

Приверженность к лечению у пациентов с онкологией снижается с возрастом (Бергфельд А.Ю., 2017). То есть чем старше пациент, тем ниже у него приверженность и тем менее он готов идти на контакт с медперсоналом.

Таким образом, онкозаболевание вызывает сильнейший дистресс. Именно агрессия и депрессия являются одними из чередующихся стадий проявлений данного дистресса.

**Фаза «сговор (договор) с судьбой»** возникает, когда пациент испытывает достаточно сильные эмоции в предыдущей фазе. Во время этой фазы пациенты могут пытаться найти некую форму контроля над своим заболеванием, например, обращаясь к альтернативным методам лечения, молитвам, обрядам или суевериям. Они могут чувствовать, что своими действиями они способны повлиять на исход заболевания (Арпентьева М.Р., 2016).

**Вторая стадия «принятия болезни»** наступает тогда, когда пациент идентифицирует себя с больным человеком и примиряется с этим.

Стадия «принятия» является частью психологического адаптационного процесса, который происходит у пациента после диагностики онкологического заболевания. В этой стадии происходит формирование новой идентичности – принятие себя как больного человека, примирение с судьбой и окружающими, возможность жить в условиях болезни.

Третья фаза динамики психического состояния пациента характерна для больных, которые переживают заболевание как кризис. В конечной стадии принятия пациент начинает осознавать реальность своей болезни и принимать ситуацию. Он начинает адаптироваться к новой жизни с онкологией и принимает лечение и рекомендации медицинского персонала.

Исходя из концепции геротрансцендентности, пожилые люди склонны испытывать и переживать изменения в личностном измерении, и, как было замечено выше, пересмотр и переоценка ценностей и отношения к жизни в целом происходит у всех больных онкологией (Стрижицкая О.Ю, 2017). Подобное наложение является сильнейшим испытанием для истощенной и изнеможенной психики пожилого человека, что зачастую приводит к возникновению мыслей о суициде и попыткам прекращения лечения. Многие пожилые люди продолжают лечение только по настоянию родственников, так как сами они уже потеряли веру и интерес продолжать попытки к ремиссии (М. В. Вагайцева, Т. Ю. Семиглазова, К. О. Кондратьева, 2019).

Изменения в личности человека и его психике могут происходить не только под влиянием возрастных процессов, но и под влиянием внешних, зачастую непредвиденных обстоятельств, таких как различного рода болезни.

Важно понимать, что процесс принятия онкологии индивидуален для каждого пациента. Некоторые могут проходить через все эти фазы, в то время как для других могут быть характерны только некоторые из них. Невозможно дать точный прогноз прогрессирующей болезни, отчего психологическое состояние пациента онкологического профиля стремительно ухудшается. Поддержка со стороны близких, медицинского персонала и психолога может быть важной для помощи пациенту пройти через этот процесс и адаптироваться к новой реальности онкологии (Арпентьева М.Р., 2019).

Знание личностных психологических особенностей реагирования пациентов пожилого возраста имеет особое значение в силу того, что наличие тяжелых сопутствующих заболеваний, снижение функциональности организма значительно ограничивает пути излечения от раковой опухоли, препятствуя или сужая возможность оперативного вмешательства.

Таким образом, круг психологических особенностей пациентов онкологического профиля достаточно обширен и разнообразен, отличается множеством факторов, которые могут повлиять на принятие болезни и ее протекании у конкретного человека.

### **1.3. Виды терапии пациентов онкологического профиля**

В связи с особенностью строения, быстрым и бесконтрольным ростом, склонностью к метастазированию лечение злокачественных опухолей представляет сложную задачу. Выбор способа лечения основан на результатах диагностики, установлении биологических особенностей опухоли, состоянии организма пациента.

По методам воздействия на злокачественную опухоль применяют следующие методы лечения: хирургический; лучевой; системная терапия (химиотерапия, гормонотерапия, иммунотерапия).

Традиционное лечение абдоминальной онкологии состоит из хирургического вмешательства, лекарственных препаратов и лучевой терапии. Ведутся дальнейшие исследования, направленные на поиск более эффективных и безопасных методов лечения.

При большинстве опухолей лечение предусматривает сочетание двух (комбинированное лечение) или трех (комплексное лечение) методов. Опухоли брюшной полости в большей части – это солидные опухоли, которые лечат комбинированным методом (химиотерапия + лучевое лечение или химиотерапия + хирургическое лечение). При диссеминации процесса комбинированное лечение увеличивает 5-летнюю выживаемость.

### **1.3.1. Хирургическое лечение**

Хирургическое лечение абдоминальной онкологии – это метод, при котором хирург проводит операцию для удаления опухоли или всей пораженной ткани в брюшной полости и полости малого таза. Целью такой операции является контроль над раковым процессом, улучшение качества жизни пациента, а в некоторых случаях и полное излечение.

*Оперативное удаление* опухоли является первичным методом лечения во многих случаях. Целью операции является полное удаление опухоли с сохранением адекватных онкологических марж, то есть здоровой ткани вокруг опухоли. Хирургическое лечение может быть применено для удаления первичной опухоли, а также для лечения метастазов.

Удельный вес хирургического метода как самостоятельного вида лечения продолжает расти, в 2022 г. он составил 59,5% (2021 г. – 58,7%), доля наиболее эффективного комбинированного метода – 28,6% (2021 г. – 29,3%). Относительно высокие показатели применения хирургического метода в качестве самостоятельного вида радикального лечения отмечены при злокачественных новообразованиях почки (94,4%), щитовидной железы (85,4%), кожи (кроме меланомы) (75,1%), соединительной и других мягких тканей (68,1%), мочевого пузыря (67,5%), костей и суставных хрящей (65,6%), ободочной кишки (63,1), тела матки (62,3%), губы

(61,6%), печени и внутрипеченочных желчных протоков (57,7%), при меланоме кожи (88,5%) (Состояние онкологической помощи населению России в 2022 году МНИОИ им. П.А. Герцена, 2022).

Показатель применения хирургического метода лечения в комбинации с другими методами в целом по России в 2022 году составил 88,1%.

В зависимости от места и характера опухоли в абдоминальной полости, хирургическое лечение может включать в себя следующие процедуры:

1. Радикальная резекция: при раке желудка, кишечника или других органов внутри брюшной полости может быть необходимо удаление опухоли или пораженной части органа. В некоторых случаях может потребоваться удаление соседних лимфатических узлов, чтобы предотвратить распространение рака.
2. Гепатэктомия: при раке печени может потребоваться удаление опухоли или одного или нескольких сегментов печени. В случае метастазов из других органов, таких как колон или прямая кишка, может быть необходимо удалить пораженные части печени.
3. Панкреатэктомия: при раке поджелудочной железы может потребоваться удаление опухоли вместе с частью или всей поджелудочной железой. В некоторых случаях может потребоваться удаление части желудка, двенадцатиперстной кишки и селезенки.
4. Цистэктомия: при раке мочевого пузыря может быть необходимо удаление мочевого пузыря. В зависимости от распространения опухоли может потребоваться также удаление части мочеточников и соседних лимфатических узлов. В таких случаях создается новый выход для вывода мочи.
5. Гистэрэктомия: при раке яичников, матки или шейки матки может потребоваться удаление соответствующих органов. В некоторых случаях может потребоваться также удаление соседних лимфатических узлов (А. М. Беляев, В. А. Чулкова, Т. Ю. Семиглазова, М. В. Рогачев, 2018).

Использование малоинвазивных, малотравматичных хирургических методик становится все более популярным в области хирургии. Например, эндоскопические

вмешательства целесообразны на ранних стадиях рака желудка и толстой кишки, когда опухоль можно удалить, не прибегая к открытым операциям. Однако при достижении более запущенных стадий приоритетными становятся органосохраняющие методы лечения, такие как резекция. В терминальных стадиях хирургическое вмешательство направлено на обеспечение лучшего качества жизни пациента и предотвращение опасных исходов; рак пищеварительного тракта может вызывать такие опасные для жизни проблемы, как кровотечение, кишечная непроходимость и стеноз желудка. Эндоскопия используется в первую очередь для коагуляции ран, установки стентов и восстановления функций органов, что позволяет выиграть время для проведения более сложных процедур в случае необходимости.

Обструкция желчных протоков может привести к опасной ситуации для пациентов с опухолями печени и гепатобилиарной системы, называемой механической желтухой. Для снижения уровня билирубина в крови хирурги разработали ряд малоинвазивных методик, позволяющих эффективно восстановить отток желчи. Однако в тех случаях, когда эти методы неэффективны или имеют ограниченный срок действия, может потребоваться наложение более сложных обходных анастомозов.

Хирургическое лечение абдоминальной онкологии обычно проводится в комбинации с другими методами лечения, такими как химиотерапия или лучевая терапия, чтобы достичь наилучших результатов.

### **1.3.2. Лучевая терапия**

Лучевая терапия абдоминальных опухолей – это метод лечения онкологических опухолей в брюшной полости и полости малого таза, при котором используются высокоэнергетические лучи, чтобы уничтожить или замедлить рост раковых клеток в этой области. Лучевая терапия может быть применена как самостоятельный метод лечения или в комбинации с другими методами, такими как хирургия или химиотерапия (М. Д. Будурова, И. В. Вакарчук, М. Г. Венедиктова, 2022).

Злокачественная опухоль представляет собой сложную систему, характеризующуюся наличием аномальной массы клеток, способных к

бесконтрольной пролиферации и существенно отличающихся от материнской ткани. Эти клетки паренхимы неоднородны, имеют разную степень дифференцировки, находятся в разных фазах клеточного цикла и содержат различное количество кислорода. Кроме того, они содержат соединительнотканную строму с новообразованными сосудами и нервами. Облучение может вызывать морфологические изменения в опухоли — от легкой клеточной дистрофии до некроза с гиалинозом и склерозом стромы, замещенной фиброретикулярной тканью. Тем не менее, из-за индивидуальной чувствительности различных компонентов опухоли достижение заметного эффекта с помощью одной стандартной дозы не представляется возможным (М. И. Давыдов, Ш. Х. Ганцев, 2020).

Влияние лучевой терапии на структуру опухоли проявляется в виде реоксигенации и создания новых участков гипоксии. Эти изменения имеют существенное значение при рассмотрении радиочувствительности опухоли, которая определяется частотой и временем возникновения рецидивов после облучения.

Основной особенностью радионуклидной терапии в сравнении с другими методами лечения злокачественных опухолей является ее селективность — направленность лучевого воздействия именно на опухолевые клетки. Результат достигается благодаря тому, что радиоактивный изотоп либо сам по себе (как например, радиоактивный йод), либо за счет того, что несет на себе конкретную молекулу, воздействует именно на те патологические клетки, которые и представляют собой опухоль. Ряд изотопов уже вошли в широкую клиническую практику, ведется также разработка новых радиофармпрепаратов.

Показатель частоты применения лучевого метода в качестве самостоятельного вида лечения преобладал при злокачественных опухолях губы (24,8%), кожи (кроме меланомы) (21,3%), глотки (18,1%), гортани (14,9%), предстательной железы (14,3%), шейки матки (13,7%) и полости рта (10,6%).

Лучевой метод в сочетании с другими методами нашел применение при лечении 9,0% злокачественных новообразований, в основном глотки (45,5%), шейки матки (32,5%), губы (26,0%), гортани (23,2%), кожи (исключая меланому) (21,5%), полости рта (20,5%).



Общее число пациентов, получавших в течение 2022 г. лучевое лечение (независимо от стадии заболевания и времени взятия на учет), составило 154 482 (3,8% от общего числа пациентов, состоящих на учете; 2021 г. – 3,3%) (Состояние онкологической помощи населению России в 2022 году МНИОИ им. П.А. Герцена, 2022).

Методы лучевой терапии могут быть классифицированы по различным основаниям. Вот некоторые из распространенных классификаций:

1. По типу лучей выделяют фотонную и протонную лучевую терапию.
  - a. Фотонная (рентгеновская) лучевая терапия: использует рентгеновские лучи, которые генерируются линейным ускорителем. Это наиболее распространенный тип лучевой терапии.
  - b. Протонная лучевая терапия: использует протоны, которые имеют массу и заряд, что позволяет им доставлять энергию более точно в определенные участки опухоли. Протонная терапия может быть особенно полезной для лечения глубоко лежащих опухолей.
2. По способу доставки лучей различают внешнюю лучевую и внутриопухолевую терапию.
  - a. Внешняя лучевая терапия: лучи направляются на злокачественную опухоль извне организма с помощью линейного ускорителя. Это наиболее часто используемый метод лучевой терапии.
  - b. Внутриопухолевая лучевая терапия: лучи доставляются непосредственно внутрь опухоли через имплант, капсулу или другой специальный аппарат, размещенный внутри тела пациента.
3. По режиму лечения принято выделять долгосрочную и краткую интенсивную терапию.
  - a. Долгосрочная лучевая терапия: лечение проводится в течение нескольких недель, с дозировкой лучей, разделенной на несколько сеансов.
  - b. Краткая интенсивная лучевая терапия: лечение проводится в течение нескольких сеансов, с каждым сеансом длительностью от нескольких минут до нескольких часов.

4. По форме распределения лучей различается конформационную и интенсивно модулированную лучевую терапию (М. И. Давыдов, Ш. Х. Ганцев, 2020).
  - а. Конформационная лучевая терапия: лучи формируются для соответствия форме опухоли, минимизируя облучение здоровых тканей вокруг.
  - б. Интенсивно модулированная лучевая терапия (ИМЛТ): лучи имеют различную интенсивность, чтобы точнее соответствовать форме опухоли и давать большую дозу лучей внутри опухоли.

Конкретный выбор методов лучевой терапии зависит от типа опухоли, ее расположения, стадии заболевания и других факторов. Решение принимается медицинскими специалистами, и они выбирают наиболее подходящий метод лучевой терапии для каждого пациента.

Процесс лучевой терапии обычно включает следующие шаги:

1. Планирование лечения: перед началом лучевой терапии пациенту делается компьютерная томография или магнитно-резонансная томография, которые помогают точно определить размер и местоположение опухоли. На основе этих данных радиолог и радиотерапевт планируют лучевое лечение, определяют дозу лучей и точное направление облучения.
2. Облучение: во время процедуры пациент размещается на лечебном столе, а линейный ускоритель, генерирующий лучи, направляется на опухоль. Во время процедуры пациент нужно оставаться спокойным и не двигаться, чтобы обеспечить точность облучения. Лечение может длиться от нескольких минут до нескольких сеансов, которые проводятся в течение нескольких недель.
3. Контроль и следимость: после завершения лечения пациент будет проходить регулярные контрольные обследования, чтобы оценить эффективность лучевой терапии и проследить за возможным возникновением побочных эффектов. Дополнительное лечение или терапия может быть назначены в зависимости от результатов контрольных обследований (М. Д. Будурова, И. В. Вакарчук, М.Г. Венедиктова, 2022).

Лучевая терапия может иметь побочные эффекты, такие как утомляемость, тошнота, рвота, изменения аппетита, кожные реакции в области облучения и другие. Однако эти побочные эффекты обычно временные и могут быть управляемыми с помощью лекарств и советов специалистов.

Лучевая терапия может использоваться для лечения различных типов абдоминальных опухолей, включая рак желудка, печени, поджелудочной железы, прямой кишки, мочевого пузыря и других органов внутри брюшной полости. Важно проводить лечение под наблюдением опытных радиотерапевтов и в составе мультидисциплинарной команды для достижения наилучших результатов.

### **1.3.3. Системная терапия**

Системная терапия онкологии включает химиотерапию (т.е., обычную или цитотоксическую химиотерапию), гормональную терапию, таргетную терапию и иммунотерапию.

Все лекарства против рака по механизму действия делят на: цитостатические и цитотоксические. Первые, цитостатические, тормозят размножение злокачественных клеток и вызывают их апоптоз, или программу самоуничтожения, клеточный распад. Вторые, цитотоксические, препараты вызывают гибель клеток вследствие их интоксикации, разрушения оболочки и ядра клетки, других структур, и в конечном итоге некроз опухоли (М. Д. Будурова, И. В. Вакарчук, М. Г. Венедиктова, 2022).

Учитывая разные механизмы действия, в большинстве случаев онкологи подбирают комбинацию из двух-трех препаратов разных фармакологических групп.

Системная терапия включает в себя следующие методы:

1. Химиотерапия: это использование препаратов, называемых цитостатиками, чтобы уничтожить или замедлить рост раковых клеток. Химиотерапия может быть применена в единственном препарате или в комбинации нескольких препаратов. Она может проводиться как интраартериально, т.е. препарат инъецируется в крупные артерии, снабжающие опухоль кровью, или внутривенно, т.е. препарат вводится в вену. Некоторые из важных видов химиотерапии включают:

- a. Первичная химиотерапия: это лечение, которое проводится перед другими методами, такими как хирургия или лучевая терапия. Целью первичной химиотерапии является уменьшение размера опухоли и контроль распространения раковых клеток в организме.
- b. Адьювантная химиотерапия: это лечение, которое проводится после операции с целью уничтожения оставшихся раковых клеток и предотвращения рецидива. Адьювантная химиотерапия может уменьшить риск повторного возникновения опухоли.
- c. Неoadьювантная химиотерапия: это лечение, которое проводится перед операцией. Целью неoadьювантной химиотерапии является уменьшение размера опухоли или контроль ее роста, чтобы сделать операцию более эффективной.
- d. Паллиативная химиотерапия: это лечение, которое проводится в случаях, когда рак невозможно полностью вылечить, и его целью является улучшение симптомов, снижение боли, контроль роста опухоли и увеличение продолжительности жизни пациента.
- e. Комбинированная химиотерапия: это использование двух или более цитостатических препаратов вместе для усиления эффективности лечения и снижения риска развития лекарственной резистентности. Комбинированная химиотерапия может быть применена при различных типах рака.
- f. Мультимодальная химиотерапия: это комбинация химиотерапии с другими методами лечения, такими как хирургия, лучевая терапия или таргетированная терапия. Мультимодальная химиотерапия может быть применена для достижения наилучших результатов лечения (М.И. Давыдов, Ш. Х. Ганцев, 2020).

Выбор определенного вида химиотерапии и комбинации препаратов зависит от типа рака, стадии заболевания, генетических особенностей опухоли, общего состояния пациента и других факторов. План лечения разрабатывается

индивидуально для каждого пациента медицинской командой, включающей онколога и других специалистов.

2. Таргетированная терапия: это использование лекарств, которые направлены непосредственно на определенные молекулярные цели в раковых клетках. Это может включать ингибиторы тирозинкиназы, моноклональные антитела или другие препараты, которые могут блокировать специфические сигнальные пути, необходимые для роста и выживания раковых клеток.
3. Иммунотерапия: это использование лекарственных препаратов, которые стимулируют иммунную систему организма для распознавания и уничтожения раковых клеток. Это может включать применение иммуномодуляторов, моноклональных антител, вакцин и других методов, которые могут усилить иммунный ответ организма. Отметим, что иммунотерапия все больше проникает в сферу лечения злокачественных новообразований.
4. Гормональная терапия: это использование лекарственных препаратов, которые изменяют уровень или действие гормонов в организме для управления ростом и распространением раковых клеток.

Системная терапия обычно проводится курсами. Курс включает время введения препарата (от 1 до 5 дней для внутривенных препаратов, может быть дольше для таблетированных препаратов) и время перерыва для восстановления организма и снижения риска побочных эффектов лечения (М. Д. Будурова, И.В. Вакарчук, М. Г. Венедиктова, 2022).

Системная терапия применяется в различных ситуациях, включая предоперационную подготовку, постоперационное лечение, лечение метастазов и как самостоятельное лечение в случае распространенной или невозможной для удаления опухоли (Е. А. Шестель, 2018).

Выбор метода системной терапии и препаратов зависит от типа и стадии рака, генетических особенностей опухоли и других факторов, которые учитывает медицинская команда. Часто комбинируются различные методы системной терапии для достижения наилучших результатов.

В 2022 году лекарственная терапия как самостоятельный метод противоопухолевого лечения применялась при злокачественных новообразованиях лимфатической и кроветворной ткани – лейкомиях (97,5%), лимфомах (80,8%).

Химиолучевой метод в качестве самостоятельного вида лечения в среднем применялся у 2,0% больных. Наиболее высокие показатели использования этого метода отмечены при лечении злокачественных новообразований глотки (27,4%), шейки матки (18,8%), пищевода (15,0%), полости рта (10,0%), гортани (8,2%), злокачественных лимфомах (6,8%), опухолях прямой кишки, ректосигмоидного соединения, ануса (6,6%), трахеи, бронхов, легкого (3,9%), предстательной железы (3,4%). Лекарственный метод в сочетании с химиолучевым в основном использовался при лечении злокачественных новообразований лимфатической и кроветворной ткани (лимфомы – 87,7%, лейкомии – 98,0%) (Состояние онкологической помощи населению России в 2022 году МНИОИ им. П.А. Герцена, 2022).

Выбор метода системной терапии и препаратов зависит от конкретных обстоятельств каждого пациента, включая тип и стадию опухоли, общее состояние здоровья и индивидуальные характеристики. План лечения должен быть определен медицинской командой, объединяющей онкологов, хирургов и других специалистов.

#### **1.4. Особенности приверженности лечению пожилых пациентов с онкологией**

По данным специального доклада Всемирной организации здравоохранения, приверженность к длительной терапии хронических заболеваний в развитых странах в 2003 г. в среднем составляла 50 %. В развивающихся странах этот показатель был еще ниже. Спустя два десятилетия после доклада вопросы приверженности не потеряли своей актуальности (М. П. Саргаева, М. Н. Дарижапова, 2022).

Процесс психологической адаптации к онкологическому заболеванию предполагает использование внутренних и внешних психологических ресурсов, которые обеспечивают выбор стратегий совладающего с болезнью и лечением поведения (Ялтонский В.М., 2011, Сирота Н.А., 2008).

Приверженность лечению – это понятие, которое описывает степень, с которой пациент следует рекомендациям и инструкциям по лечению своего заболевания. Это включает выполнение указаний врача, принятие необходимых лекарств, придерживание диеты или изменение образа жизни, а также регулярные посещения врача и выполняемые процедуры.

В 2017 г. российскими терапевтами разработан консенсус по количественной оценке приверженности к терапии в клинической практике в отношении больных, требующих длительного или постоянного лечения [4]. В работе авторы (О.М. Драпкина, М.А. Ливзан, А.И. Мартынов, С.В. Моисеев, Н.А. Николаев, Ю.П. Скирденко, 2018) обозначили ряд определений, характеризующих приверженность к лечению (рисунок 1).

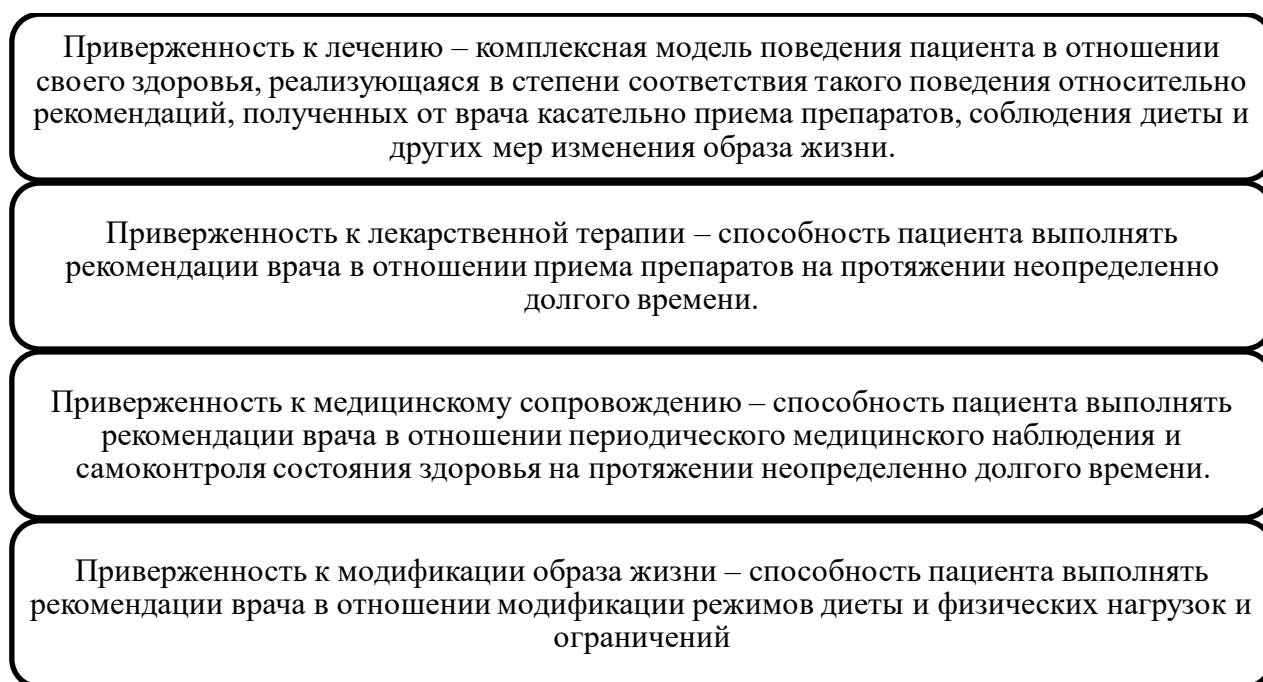


Рис. 1. Типы приверженности лечению

Ряд исследователей использует различные термины для обозначения приверженности на разных этапах лечения – фазность приверженности. Впервые о существовании различных фаз в приверженности больных к лечению упоминается в работе В. Vrijens и соавт. (ABC Project Team). Согласно предложенным в этом проекте определению и классификации приверженности, последняя является динамическим процессом, проходящим три взаимосвязанных фазы: начало приема препаратов,

соблюдение режима приема лекарственных препаратов, устойчивость к терапии (initiation, implementation, and persistence) И. В. Пономарева, Д. А. Циринг, А. И. Кузнецова, М. Н. Миронченко, 2022). Данная классификация была поддержана Европейским обществом по приверженности – the European Society for Patient Adherence, COMpliance, and Persistence (ESPACOMP) и введена в соответствующее руководство – Medication Adherence Reporting Guideline (EMERGE) (Nelson CJ, Weinberger MI, Balk E., 2009).

Приверженность лечению является важным фактором в эффективности лечения и результативности. Приверженность лечению включает следующие аспекты:

1. Соблюдение рекомендаций по лечению: включает следование предписаниям врача относительно применения лекарств, протоколов химиотерапии, радиотерапии или хирургических процедур. Пациент должен принимать лекарства в соответствии с указаниями, не пропускать приемы и следовать регулярному графику лечения.
2. Регулярные посещения врача: пациент должен оставаться приверженным регулярным приемам у онколога или других специалистов, для контроля и оценки эффективности лечения. Регулярные посещения помогут врачу отслеживать прогресс лечения, корректировать план, если необходимо, и обсуждать любые существующие проблемы или побочные эффекты.
3. Поддержание здорового образа жизни: пациент должен следить за своим образом жизни, включая правильное питание, физическую активность, прекращение курения и умеренное употребление алкоголя. Здоровый образ жизни может улучшить эффективность лечения и общее состояние пациента.
4. Соблюдение медицинских рекомендаций: пациент должен следовать всем инструкциям и указаниям, которые даются врачом, включая режимы приема лекарств, ограничения по питанию или физической активности, использование противопоказанных методов или препаратов.
5. Психологическая поддержка: приверженность лечению может быть связана с психологическим состоянием пациента. Поддержка со стороны психолога или



психотерапевта может помочь пациенту справиться с эмоциональными трудностями, стрессом или тревогой, что может повлиять на его способность следовать лечению.

В статье А.Ю. Бергфельд «Типы реагирования на болезнь и смысло-жизненные ориентации пациентов онкологического профиля» (2017) довольно подробно исследован данный аспект. Бергфельд А.Ю. пишет, что в целом уровень комплаентности онкологических пациентов высокий. «Пациенты настроены на активное взаимодействие с лечащим врачом и установление с ним доверительных отношений, готовы полностью полагаться и зависеть от него. Врач воспринимается как значимое, авторитетное лицо». Но это утверждение не касается пациентов с паранойальным и дисфорическим типами отношения к болезни. Чем ярче выражены данные типы, тем меньше выражена у пациентов приверженность к лечению.

По данным Национального канцер-регистра, основной процент онкологической заболеваемости в России приходится на возрастную группу 75-79 лет. Поэтому проблема лечения онкологического пациента старшей возрастной группы становится все более актуальной (по материалам конгресса ASCO 2019: Гериатрические синдромы у пожилых пациентов с онкологическими заболеваниями.)

Приверженность лечению пожилых пациентов с онкологическими заболеваниями имеет свои особенности, учитывая возрастные и физиологические изменения, а также наличие сопутствующих заболеваний. В настоящее время к пожилым больным относят людей в возрасте 65 лет и старше. А. В. Важенин, Я.Н. Пахомова (2023), занимающиеся этой проблемой, отмечают, что психологическое состояние и биологический возраст не всегда соответствуют календарному возрасту.

При решении вопроса о возможности лечения пожилого онкологического больного определяющим фактором должен быть статус до лечения. Стереотипный подход к решению вопроса о лечении пожилого больного приводит часто к необоснованному отказу от операции, от проведения лучевой и химиотерапии, что связано с боязнью серьезных осложнений и смерти больных (Стрижицкая О.Ю, 2017).

Т.В. Демченко (2022) в своем исследовании утверждает, что у пациентов 76–90 лет с онкологическими заболеваниями выявлены эмоциональные нарушения в виде депрессивных проявлений. Группой риска являются пациенты 76–90 лет с установленным онкологическим диагнозом (наиболее низкие показатели всех шкал геротрансцендентности, низкие показатели восприятия времени своей жизни, низкая приверженность лечению). Приверженность лечению у пациентов с онкологическими заболеваниями имеет устойчивые прямые корреляционные взаимосвязи со всеми компонентами геротрансцендентности и восприятием величины своего прошлого времени.

Пожилые пациенты могут испытывать большее количество физических и психологических ограничений, что может повлиять на приверженность к лечению рака. Некоторые исследования показали, что пациенты старшего возраста могут быть менее привержены к выполнению медицинских рекомендаций и соблюдению протоколов лечения (И.М. Шестопалова, Г.А. Ткаченко, 2007).

Вот некоторые особенности приверженности лечению у пожилых пациентов с онкологией:

1. **Объяснение и понимание:** пожилым пациентам часто требуется более подробное объяснение и коммуникация со стороны медицинского персонала. Врачам необходимо использовать понятные термины и уделять время для обсуждения лечебного плана и прогноза заболевания.
2. **Помощь с доступом и мобильностью:** пожилым пациентам может быть сложно самостоятельно добираться до медицинских учреждений и выполнять необходимые процедуры. Необходимость в транспорте, сопровождающем лице или помощи с перемещением может повлиять на приверженность лечению.
3. **Сложности в принятии лекарств:** пожилые пациенты могут столкнуться с трудностями в использовании и принятии лекарств, особенно если существуют другие хронические заболевания и полифармакотерапия. Регулярные посещения врача и консультации с фармацевтом могут помочь в адаптации к лекарственной терапии. Кроме того, у пожилых людей с онкологическими заболеваниями часто сопутствуют другие хронические заболевания, которые

могут усложнить лечение рака. Наличие сопутствующих заболеваний может требовать более сложного лечебного подхода и может привести к более сильным побочным эффектам лекарственной терапии. Это может снизить приверженность пациента к лечению.

4. Психологическая поддержка: пожилым пациентам может быть сложно справляться с эмоциональными нагрузками, связанными с диагнозом рака и лечением. Социальная поддержка семьи, друзей и здравоохранительного персонала может играть важную роль в приверженности к лечению. Отсутствие поддержки и изоляция могут влиять на мотивацию пациента и его способность справиться с физическими и эмоциональными трудностями, связанными с онкологическим заболеванием. Необходимость в психологической поддержке и консультации психотерапевта может помочь пациентам преодолеть эти трудности и повысить приверженность лечению.
5. Размещение и поддержка в домашних условиях: некоторым пожилым пациентам предпочтительнее получать лечение в домашних условиях. Это требует соответствующего размещения, ухода и необходимости организовывать домашнюю медицинскую помощь для обслуживания и сопровождения пациентов.

Также отметим, что культурные и психологические факторы также могут влиять на приверженность к лечению рака у пожилых пациентов. Религиозные убеждения, индивидуальные предпочтения и уровень образования могут оказывать влияние на решение пациента следовать лечебным рекомендациям.

Это лишь некоторые факторы, которые могут влиять на приверженность к лечению рака у пожилых людей с онкологическими заболеваниями. Понимание и учет этих факторов могут помочь медицинскому персоналу разработать индивидуализированный и поддерживающий подход к лечению пожилых пациентов.

Таким образом, приверженность лечению у пожилых пациентов с онкологическими заболеваниями часто зависит от сочетания физических, психологических и социальных факторов. Поддержка семьи, медицинского

персонала и психологическая помощь могут сделать приверженность лечению более успешной и повысить качество жизни пожилых пациентов.

## ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

### 2.1. Описание выборки

Исследование проводилось на отделении абдоминальной онкологии, которое является структурным подразделением отдела онкохирургии научно-исследовательского института хирургии и неотложной медицины Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. академика И. П. Павлова. Приоритетным направлением отделения абдоминальной онкологии является лечение опухолей желудочно-кишечного тракта. В исследовании принимала участие группа обследуемых больных с установленным диагнозом «Злокачественные новообразования органов пищеварения» (C15-C26).

Было исследовано 60 пациентов со злокачественным новообразованием органов пищеварения. Возраст испытуемых составил от 60 до 78 лет. Средний возраст респондентов –  $66.6 \pm 6.3$  лет. Группа состояла из 25 мужчин и 35 женщин. Каждый пациент, принимавший участие в исследовании, подписывал информированное согласие для его прохождения.

#### **Критерии включения в исследование:**

1. Возраст от 60 до 90 лет.
2. Когнитивная сохранность (не менее 24 баллов по тесту MoCA).
3. Установленный диагноз «Злокачественные новообразования органов пищеварения» (C15-C26).

#### **Критерии исключения из исследования:**

1. Возраст моложе 60 лет.
2. Признаки когнитивного снижения (менее 24 баллов по тесту MoCA).

Респонденты были разделены на 3 группы в соответствии с типом лечения: прошедшие химиотерапию, прошедшие хирургическое лечение и прошедшие комплексное лечение.

**Описание выборки пациентов с установленным диагнозом «Злокачественными новообразованиями органов пищеварения»**

	<b>1 группа Пациенты, прошедшие химиотерапию</b>	<b>2 группа Пациенты, прошедшие хирургическое вмешательство</b>	<b>3 группа Пациенты, прошедшие комбинированное лечение</b>	<b>Все пациенты</b>
	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD
<b>N (чел.)</b>	20	20	20	60
<b>Средний возраст</b>	67.3±6.7	66.1±6.3	66.4±6.2	66.6±6.3
<b>Мужчины (чел.)</b>	8	11	6	25
<b>Средний возраст мужчин</b>	68.8±6.6	64.8±4.5	68.1±4.3	67.1±5.5
<b>Женщины (чел.)</b>	12	9	14	35
<b>Средний возраст женщин</b>	66.09±6.8	67.09±7.5	65.7±6.8	66.2±6.9
<b>Стадия заболевания пациентов с онкологическим заболеванием</b>				
<b>I стадия заболевания</b>	2	7	1	10
<b>II стадия заболевания</b>	7	11	10	28
<b>III стадия заболевания</b>	8	2	4	14
<b>IV стадия заболевания</b>	3	0	5	8
<b>Давность постановки диагноза у пациента с онкологическим заболеванием</b>				
<b>Менее 1 года назад</b>	16	18	12	46
<b>От 1 до 3 лет</b>	4	1	7	12
<b>Более 3 лет назад</b>	0	1	1	2

Согласно данным, отраженным в таблице 1, в исследовании приняли участие три группы пациентов:

1 группа. В данную группу вошло 8 мужчин и 12 женщин, прошедших химиотерапию. Средний возраст пациентов – 67,3±6,7 лет.

2 группа. В данную группу вошли 11 мужчин и 9 женщин, прошедших хирургическое лечение. Средний возраст пациентов – 66,1±6,3 лет.

3 группа. В данную групп вошли 6 мужчин и 14 женщин, прошедших комплексное лечение. Средний возраст пациентов – 66,4±6,2 лет.

## **2.2. Описание методов исследования**

### **2.2.1. «Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности лечению» (КОП-25)**

Опросник был разработан двумя авторами: Николаевым Николаем Анатольевичем и Скирденко Юлией Петровной в 2008 г. Изначально он использовался для оценки приверженности к лечению у больных артериальной гипертонией, но позже был доработан и теперь используется для оценки приверженности к лечению у пациентов с различными диагнозами. Анализ опросника продемонстрировал высокий уровень его чувствительности и надежности. Чувствительность равна 93%, надежность – 94%, специфичность – 78% (Замятина Е.А., 2013; Николаев Н.А., 2015).

Обработка результатов теста проводится в 2 этапа. На 1 этапе вычисляются такие технические показатели как:

- «Важность лекарственной терапии».
- «Важность медицинского сопровождения».
- «Важность модификации образа жизни».
- «Готовность к лекарственной терапии».
- «Готовность к медицинскому сопровождению».
- «Готовность к модификации образа жизни».

Каждый из этих показателей рассчитывается путём складывания баллов за ответы на соответствующие вопросы. Минимальное значение показателя – 5 баллов, а максимально – 30 баллов.

На втором этапе рассчитываются такие показатели как:

- «Приверженность лекарственной терапии»,
- «Приверженность медицинскому сопровождению»,
- «Приверженность модификации образа жизни»,
- «Приверженность лечению» (интегральный показатель).

Эти показатели рассчитываются с помощью специальных формул и представляют собой проценты от максимально возможного уровня их проявления

для тестируемого.

### **2.2.2. Опросник SF-36 «Оценка качества жизни»**

Опросник SF-36 — это неспецифический опросник для оценки качества жизни пациента, широко используемый при проведении исследований качества жизни в странах Европы и в США. Он был установлен для оценки качества жизни в Италии, Франции, Австралии и общей популяции США. В странах Европы и в США были проведены исследования отдельных групп людей и получены результаты по нормам для здорового населения и для больных с различными хроническими заболеваниями (с распределением на группы соответственно возрасту и полу). Опросник отражает общее благополучие и степень удовлетворенности теми сторонами жизнедеятельности человека, на которые влияют состояние здоровья.

SF-36 состоит из 36 вопросов, сгруппированных в восемь шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Показатели каждой шкалы составлены таким образом, что чем выше значение показателя (от 0 до 100), тем лучше оценка по избранной шкале. Из них формируют два параметра: психологический и физический компоненты здоровья.

Результаты представляются в виде 8 шкал (более высокая оценка указывает на более высокий уровень качества жизни):

- Физическое функционирование (Physical Functioning — PF).
- Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-Physical Functioning — RP).
- Интенсивность боли (Bodily pain — BP).
- Общее состояние здоровья (General Health — GH).
- Жизненная активность (Vitality — VT).
- Социальное функционирование (Social Functioning — SF).
- Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional — RE).



- Психическое здоровье (Mental Health — МН).

Шкалы группируются в два показателя:

- Физический компонент здоровья (Physical health — РН):
  - физическое функционирование;
  - ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием;
  - интенсивность боли;
  - общее состояние здоровья.
- Психологический компонент здоровья (Mental Health — МН):
  - психическое здоровье;
  - ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием;
  - социальное функционирование;
  - жизненная активность.

### **2.2.3. «Тест смысложизненных ориентаций» Д.А. Леонтьева**

Тест смысложизненных ориентаций (СЖО) Д.А. Леонтьева. Тест смысложизненных ориентаций представляет собой адаптированную версию теста «Цель в жизни» Дж. Крамбо и Л. Махолика, который был разработан авторами на основе теории стремления к смыслу и логотерапии В. Франкла (Леонтьев Д. А., 2006).

Методика включает в себя 5 субшкал:

- *Шкала «Цели в жизни».* Баллы, набранные по данной шкале, позволяют оценить степень представленности в жизни испытуемого целей в будущем (наличие/отсутствие), которые придают жизни человека осмысленности, направленность и временную перспективу.
- *Шкала «Процесс жизни, или интерес и эмоциональная насыщенность жизни».* Баллы по данной шкале характеризуют то, насколько интересным, эмоционально насыщенным и наполненным смыслом воспринимает испытуемый процесс своей жизни.
- *Шкала «Результативность жизни, или удовлетворенность самореализацией».* Данная шкала характеризует субъективную оценку испытуемого продуктивности и осмысленности прожитой части его жизни.

- Шкала «Локус контроля-Я (Я – хозяин жизни)». Баллы по данной шкале отражают представления испытуемого о силе своей личности и об уверенности в своих способностях.
- Шкала «Локус контроля-жизнь, или управляемость жизни». Баллы по данной шкале отражают степень уверенности испытуемого в собственных способностях контролировать свою жизнь.

Первые три шкалы («цели», «процесс», «результат») представляют собой собственно смысло-жизненные ориентации в трех временных координатах – будущем, настоящем и прошлом. Две другие шкалы («локус контроля-Я» и «локус контроля-Жизнь») характеризуют два разных аспекта внутреннего локуса контроля. Также вычисляется общий показатель осмысленности жизни (интегральный показатель) на основании суммы баллов по всем 20 пунктам методики (Леонтьев Д. А., 2006).

#### **2.2.4. «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ)**

ТОБОЛ был разработан в 1987 году в НИИ им. Бехтерева группой авторов: Л.И. Вассерман, А.Я. Вукс, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова. При его создании они пользовались типологией отношения к болезни предложенной в 1980 году А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым.

Для валидации данной методики проводилась экспертная оценка. Исследование проводилось в два этапа. На первом этапе участвовали 32 специалиста: психотерапевты, невропатологи, психиатры и терапевты-интернисты. Они заполняли предложенный вариант теста подобно больным с тем или иным типом реагирования на болезнь. На этом этапе были отсеяны утверждения, редко выбираемые экспертами для того или иного типа реагирования, как диагностически малоценные.

На втором этапе другая группа экспертов - 28 человек - оценивали диагностическую ценность тех или иных утверждений для того или иного типа реагирования на болезнь. Полученные балльные данные были подвергнуты статистической коррекции с целью нивелирования склонности специалиста давать заниженные или завышенные балльные оценки.

При проведении данной методики баллы подсчитываются путём складывания

диагностические коэффициенты, соответствующих 12 шкалам типов отношения к болезни. При этом вариант ответа «Ни одно утверждение мне не подходит» не имеет диагностического веса ни для одной из шкал. После подсчёта сумм баллов по каждой шкале, их изображают графически, где по горизонтали отмечены буквенные символы 12-ти шкал, а по вертикали – числовые значения шкальных оценок.

Если испытуемый выбирает хотя бы одно утверждение, помеченное «звёздочкой», то шкальная величина соответствующего этому знаку типа отношения к болезни приравнивается к нулю.

Методика позволяет определить 12 типов отношения к болезни, которые разделены на 3 блока:

- Типы без социальной дезадаптации:
  - Гармоничный.
  - Эргопатический.
  - Анозогнозический.
- Типы с нарушением социальной адаптации с интрапсихической направленностью личностного реагирования на болезнь:
  - Тревожный.
  - Ипохондрический.
  - Неврастенический.
  - Меланхолический.
  - Апатический.
- Типы с нарушением социальной адаптации с интерпсихической направленностью личностного реагирования на болезнь:
  - Сенситивный.
  - Эгоцентрический.
  - Паранойяльный.
  - Дисфорический.

#### **2.2.5. «Семантический дифференциал времени» (СДВ)**

Эта методика была разработана Л. И. Вассерманом,

Е.А. Трифоновой и К. Р. Червинской (2005). Она предназначена для изучения когнитивных и эмоциональных компонентов в субъективном восприятии личностью своего психологического времени. Она содержит 25 пар прилагательных, на основе которых испытуемый может описать своё субъективное переживание прошлого (П), настоящего (Н) и будущего (Б). Прилагательные в каждой паре являются антонимами друг для друга и представлены в виде полярных шкал. С помощью этих шкал были выделены 5 факторов:

- Активность времени (АВ). Демонстрирует степень напряженности, активности и изменчивости времени. Отрицательное значение этого фактора может свидетельствовать о том, что для испытуемого время ощущается пассивным, застывшим. У испытуемого могут присутствовать такие особенности, как психическая заторможенность, апатичность, низкая мотивация.
- Эмоциональная окраска времени (ЭВ). Демонстрирует то, насколько испытуемый удовлетворён своим временем. Отрицательные значения этого фактора могут свидетельствовать о пессимизме испытуемого по отношению ко времени и к своей жизни. Эмоциональная окраска особенно показательна для будущего, поскольку ЭВ отражает надежды испытуемого. Отрицательные показатели ЭВ могут свидетельствовать о депрессивном состоянии испытуемого.
- Величина времени (ВВ). Косвенно демонстрирует общий мотивационный потенциал и эмоциональное состояние пациента. Положительное значение этого фактора можно расценивать как то, что испытуемый воспринимает время чем-то длительным, объемным и глубоким. Отрицательное значение фактора свидетельствует о том, что испытуемый воспринимает время как маленькое, мгновенное и узкое.
- Структура времени (СВ). Свидетельствует о развитии понятности, ритмичности, обратимости, непрерывности и неделимости познавательной структурой времени у испытуемого. Высокие положительные значения СВ демонстрируют, что у испытуемого хорошо продуманы планы в отношении

будущего, точные представления касательно предстоящих событий и деятельности. Отрицательное значение СВ может говорить о непонятности, неритмичности и прерывистости времени для испытуемого.

- Ощущаемость времени (ОВ). Демонстрирует степень реальности, близости, общности и открытости психологического времени для испытуемого. Ряд психопатологических синдромов могут вызывать у испытуемого значительные изменения в восприятии времени и ощущаемости себя во времени. При отрицательном значении ОВ испытуемый может воспринимать время далеким, замкнутым или даже неощущаемым.

При проведении методики испытуемому предоставляется три одинаковых бланка (для прошлого, настоящего и будущего). Он должен отметить на каждой шкале прилагательное, которое соответствует его ощущению времени в каждом из временных периодов. Также он должен указать выраженность названного свойства времени отметив цифру от  $-3$  до  $+3$ .

Полученные баллы по факторам могут варьироваться от  $-15$  до  $+15$ . Интерпретация происходит в зависимости от того отрицательное вышло число или положительное.

### **2.3. Методы математической статистики**

Расчет статистических критериев проводился с использованием статистического пакета SPSS.

Для анализа полученных эмпирических данных применялись следующие методы математической статистики:

1. *Критерий Краскела-Уоллиса* для сравнения разницы средних показателей в изучаемых группах респондентов.
2. *Корреляционный анализ Спирмена* для выявления взаимосвязей между исследуемыми характеристиками.

## ГЛАВА 3. ОПИСАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

### 3.1. Описательная статистика психологических характеристик пациентов с разными типами лечения

#### 3.1.1. Выявление особенностей приверженности лечению, временной перспективы, типа отношения к болезни, качества жизни и смысложизненных ориентаций пациентов, прошедших химиотерапию

Одной из задач нашего исследования было выявление особенностей приверженности лечению, временной перспективы, типа отношения к болезни, качества жизни и смысложизненных ориентаций пациентов пожилого возраста с установленным диагнозом «Злокачественные новообразования органов пищеварения» (С15-С26), прошедших химиотерапию. Для выполнения данной задачи мы посмотрели средние показатели по проведенным методикам. Данные по методике «*Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности лечению* (КОП-25)» представлены в таблице 2.

Таблица 2

Средние показатели уровня приверженности лечению у пациентов, прошедших химиотерапию (КОП-25)

Шкалы КОП-25	Пациенты, прошедшие химиотерапию M±SD	Диапазоны нормы
Приверженность лекарственной терапии	57.28 ± 9.20	Высокий: 76% и более
Приверженность медицинскому сопровождению	54.81 ± 9.32	
Приверженность модификации образа жизни	55.83 ± 8.59	Средний: 51-75%
Интегративный показатель «Приверженность лечению»	56.38 ± 5.69	Низкий: 50% и менее

Согласно результатам, представленным в таблице 2, в группе пациентов, прошедших химиотерапию средние значения по всем шкалам соответствуют среднему уровню выраженности приверженности лечению (51-75%). Это означает, что пациенты в целом склонны следовать медицинским предписаниям, принимать лекарства и имеют среднюю выраженность мотивации на лечение.

Для большей наглядности, мы представили полученные данные в виде диаграммы (см. рис. 2).

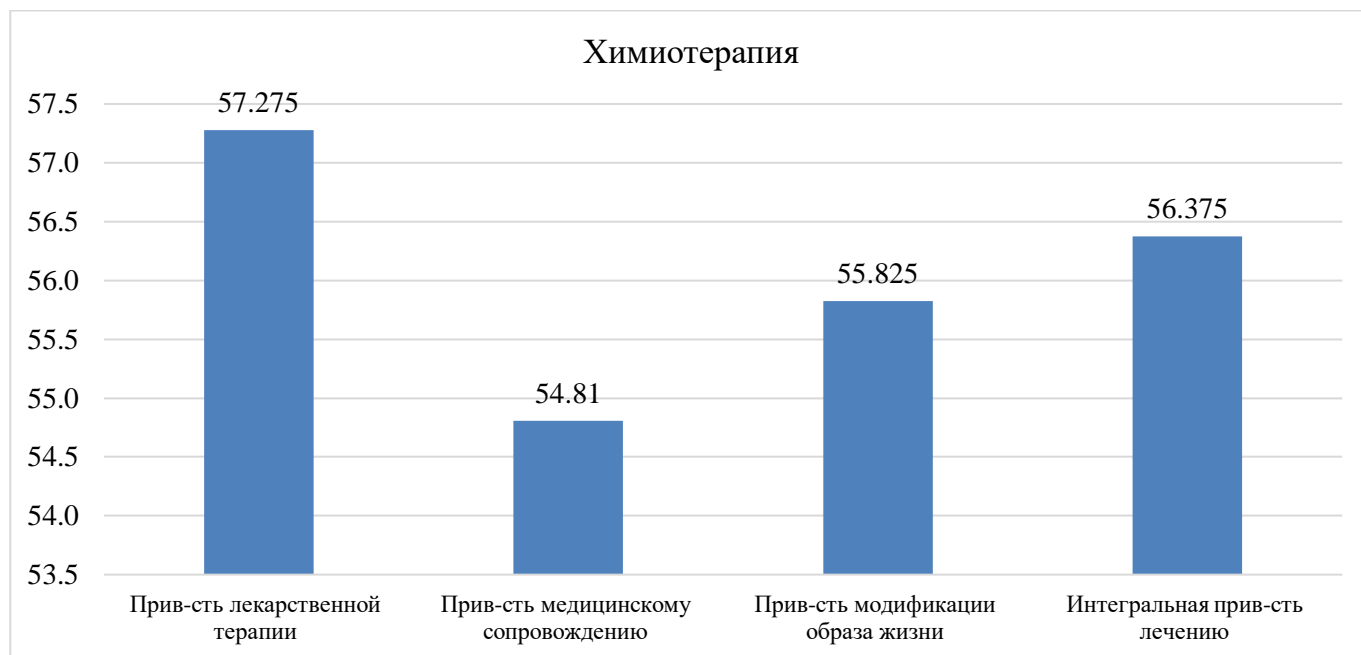


Рис 2. Показатели теста КОП-25 по группе пациентов, прошедших химиотерапию

Из всех составляющих приверженности лечению, у пациентов, прошедших химиотерапию, более выраженные показатели по приверженности *лекарственной терапии*, что свидетельствует о том, что лекарственные средства таким пациентам можно назначать в виде фиксированных или нефиксированных комбинаций. Стоит отметить, что менее выраженные показатели в данной группе по приверженности *медицинскому сопровождению*. Рекомендации по самоконтролю пациентом состояния здоровья или его отдельных параметров умеренно эффективны или малоэффективны.

Результаты по тесту смысложизненных ориентаций представлены в таблице 3.

Средние показатели теста смысложизненных ориентаций у пациентов, прошедших химиотерапию («Тест смысложизненных ориентаций»)

Смысложизненные ориентации	Пациенты, прошедшие химиотерапию M±SD
Цели	29.55 ± 4.09
Процесс	29.90 ± 3.35
Результативность	23.45 ± 3.26
Локус контроля - Я	19.80 ± 3.18
Локус контроля - Жизнь	30.30 ± 3.85

Показатели теста *смысложизненных ориентаций* в группе пациентов, прошедших химиотерапию, соответствуют норме, усреднённой для групп мужчин и женщин.

Для большей наглядности, мы представили полученные данные в виде диаграммы (см. рис. 3).

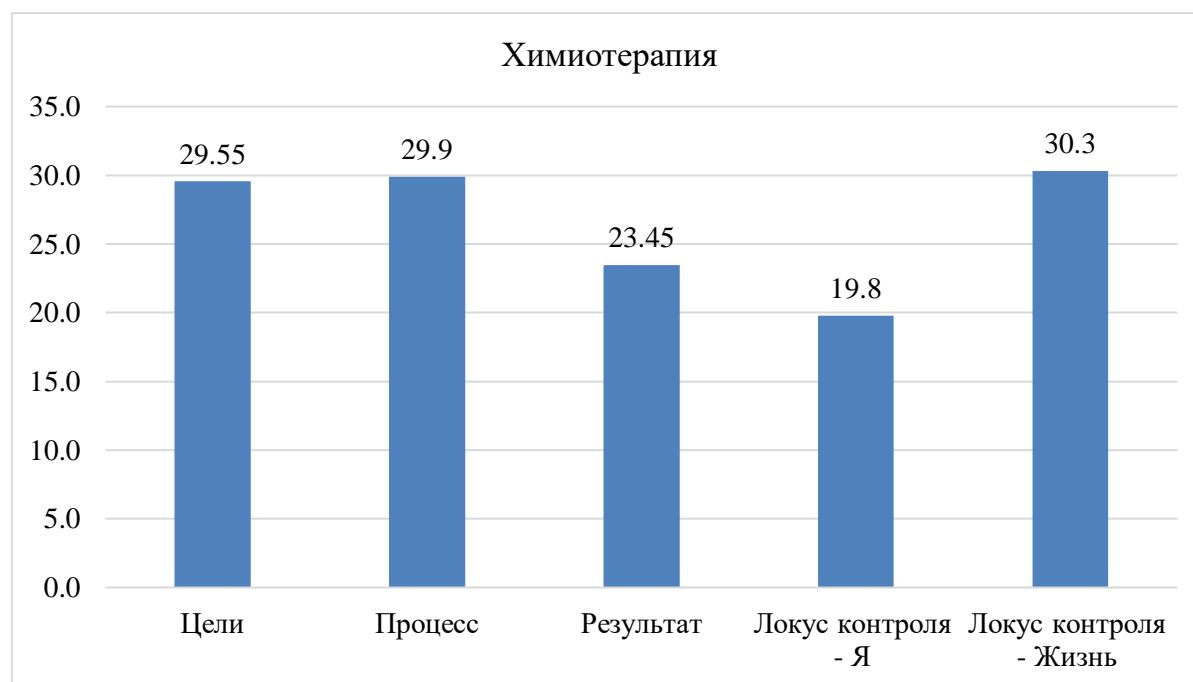


Рис 3. Показатели теста СЖО по группе пациентов, прошедших химиотерапию

Наименее выраженным для группы пациентов, прошедших химиотерапию, являются шкалы *локус контроля-Я* и *результативность жизни*. Это может свидетельствовать о сомнении респондентов в том, что они могут контролировать



свою жизнь, а также в связи с заболеванием не обладают полноценной свободой выбора, чтобы строить свою жизнь в соответствии со своими целями. В остальных шкалах разница между показателями незначительна.

Средние показатели по шкалам методики *семантического дифференциала времени* представлены в таблице 4.

Таблица 4

Средние показатели субъективного восприятия времени своей жизни у пациентов, прошедших химиотерапию (методика «Семантический дифференциал времени») (в баллах)

Восприятие времени		Пациенты, прошедшие химиотерапию M±SD
Прошлое	Активность	9 ± 2.07
	Эмоциональная окраска	10.15 ± 1.78
	Величина	10.4 ± 2.13
	Структура	9.7 ± 1.68
	Ощущаемость	9.4 ± 2.03
	Среднее	9.73 ± 0.61
Настоящее	Активность	0.25 ± 3.49
	Эмоциональная окраска	9.35 ± 4.34
	Величина	7.8 ± 4.7
	Структура	6.7 ± 5.2
	Ощущаемость	5.4 ± 4.5
	Среднее	5.9 ± 3.1
Будущее	Активность	5.9 ± 1.74
	Эмоциональная окраска	5.45 ± 1.90
	Величина	6.65 ± 1.38
	Структура	6.35 ± 1.18
	Ощущаемость	5.9 ± 1.44
	Среднее	6.05 ± 0.74

В группе пациентов, прошедших химиотерапию, восприятие настоящего, прошлого и будущего соответствует высокому положительному показателю. При этом наибольшее среднее значение у оценки прошлого ( $\mu = 9,73$ ), что означает, что прошлое воспринимается наиболее позитивно наполненным.

Для большей наглядности, мы представили полученные данные в виде диаграммы (см. рис. 4)

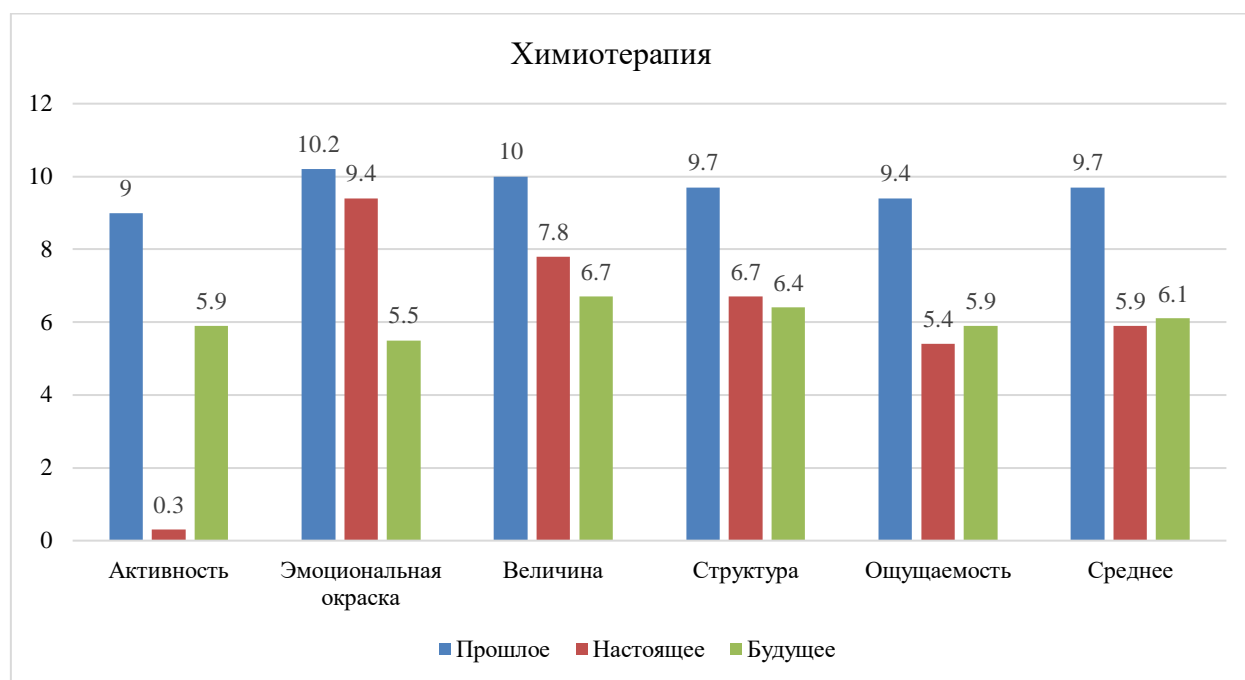


Рис 4. Показатели семантического дифференциала времени по группе пациентов, прошедших химиотерапию

У пациентов данной группы были выявлены высокие показатели оценки своего прошлого, снижение показателей восприятия своего настоящего и еще большее снижение показателей восприятия будущего по эмоциональной окраске, величине и структуре. Таким образом, для пациентов, прошедших химиотерапию характерно более негативное восприятие своего настоящего и будущего, в сравнении с восприятием прошлого времени.

Отметим также, что активность настоящего времени воспринимается в наименьшей степени (имеет минимальный показатель (0,3)), что может объясняться физической неспособностью к динамичной жизни пациентов, в связи с влиянием химиотерапии на организм, пассивностью и монотонностью текущих дней при регулярном посещении стационара.

По методике «*Оценка качества жизни*» средние показатели по шкалам представлены в таблице 5.

Средние показатели оценки качества жизни у пациентов, прошедших химиотерапию  
(Опросник SF-36 «Оценка качества жизни»)

<b>Шкалы SF-36</b>	<b>Пациенты, прошедшие химиотерапию M±SD</b>
Физическое функционирование	54.00 ± 14.74
Роль в функционировании, обусловленное физическим состоянием	26.25 ± 24.96
Интенсивность боли	55.5 ± 23.72
Общее состояние здоровья	55.75 ± 15.24
Жизненная активность	43.75 ± 16.77
Социальное функционирование	54.37 ± 27.58
Роль в функционировании, обусловленное эмоциональным состоянием	48.57 ± 25.44
Психическое здоровье	52.20 ± 17.14
<b>Физический компонент здоровья</b>	39.08 ± 19.78
<b>Психологический компонент здоровья</b>	33.22 ± 7.60

Интегральные показатели физического и психологического компонента здоровья слабо выражены, что может объясняться тем, что физическое состояние пациентов характеризуется плохим самочувствием из-за токсического действия химиотерапии, повышенной утомляемостью, а психологическое состояние характеризуется недостатком положительных и избытком отрицательных эмоций, наличием тревожных и депрессивных переживаний в связи с заболеванием.

Средние показатели по тесту *типа отношения к своему заболеванию* (ТОБОЛ) представлены в таблице 6.

Таблица 6

Средние показатели типов отношения к болезни у пациентов, прошедших химиотерапию (методика «Тип отношения к болезни (ТОБОЛ)») (в баллах)

Тип отношения к болезни	Пациенты, прошедшие химиотерапию M±SD
<i>Тревожный</i>	28.36 ± 9.24
<i>Сенситивный</i>	25.84 ± 6.87
<i>Гармоничный</i>	24.35 ± 8.45
Анозогнозический	9.3±5.2
Эргопатический	5.42 ± 2.63
Неврастенический	5.3 ± 2.4
Эгоцентрический	3.6 ± 1.8
Меланхолический	3.9±4.64
Ипохондрический	3.1±1.9
Апатический	2.5 ± 1.2
Паранойяльный	2.2± 1.8
Дисфорический	2.2±1.3

По результатам методики выявлено, что у пациентов, прошедших химиотерапию наиболее выражены такие типы отношения к заболеванию, как тревожный, сенситивный, гармоничный. Пациенты данной группы реалистично оценивают своё состояние здоровья, без склонности преувеличивать его тяжесть, но и без недооценки тяжести болезни. Они могут беспокоиться из-за неблагоприятного течения болезни и возможных осложнений, побочных эффектов химиотерапии. Важно отметить колебания настроения, связанные, главным образом, с межличностными контактами.

Для большей наглядности, мы представили данные в виде диаграммы (см. рис. 6).

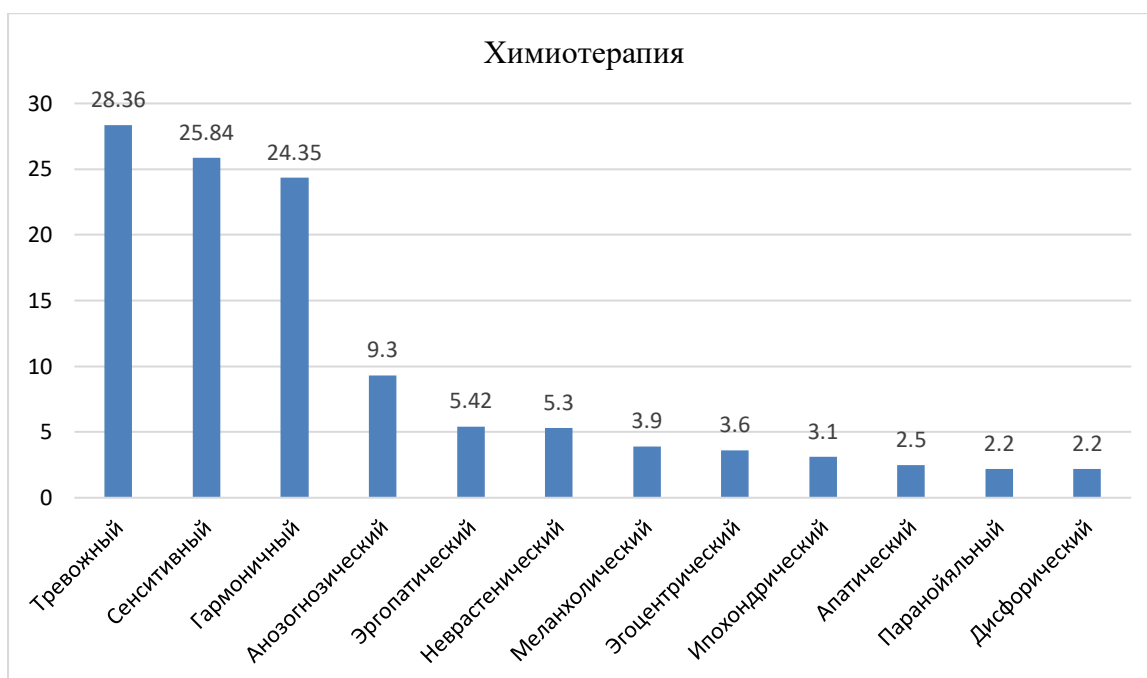


Рис 6. Показатели теста ТОБОЛ по группе пациентов, прошедших химиотерапию

Таким образом, пациенты пожилого возраста, прошедшие химиотерапию в рамках лечения онкологического заболевания, имеют среднюю выраженность мотивации на лечение, медицинские рекомендации (основанные на них действия) выполнять скорее будут, чем не будут. Из всех составляющих приверженности лечению, у пациентов, прошедших химиотерапию, более выраженные показатели по приверженности лекарственной терапии. Пациенты данной группы имеют сомнения в том, что они могут контролировать свою жизнь, а также в связи с заболеванием не обладают полноценной свободой выбора, чтобы строить свою жизнь в соответствии со своими целями. Пациенты позитивно оценивают своё прошлое время и негативно воспринимают настоящее и будущее время, что может объясняться неспособностью к динамичной жизни в настоящем времени в связи с влиянием химиотерапии на организм и монотонностью текущих дней при регулярном посещении стационара. Психологический компонент здоровья характеризуется ухудшением эмоционального состояния, физический компонент также слабо выражен в связи с токсическим воздействием химиотерапии на организм, повышенной утомляемостью и слабостью. Характерные типы отношения к болезни в данной группе пациентов: гармоничный, тревожный и сенситивный.

### 3.1.2. Выявление особенностей приверженности лечению, временной перспективы, типа отношения к болезни, качества жизни и смысловых ориентаций пациентов, прошедших хирургическое лечение

Одной из задач нашего исследования было выявление особенностей приверженности лечению, временной перспективы, типа отношения к болезни, качества жизни и смысловых ориентаций пациентов пожилого возраста с установленным диагнозом «Злокачественные новообразования органов пищеварения» (С15-С26), прошедших хирургическое лечение. Для выполнения данной задачи мы посмотрели средние показатели по проведенным методикам. Данные по методике «*Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности лечению*» представлены в таблице 7.

Таблица 7

Средние показатели уровня приверженности лечению у пациентов, прошедших хирургическое лечение (методика «КОП-25») (в %)

Показатели КОП-25	Пациенты, прошедшие хирургическое лечение M±SD	Диапазоны нормы
Приверженность лекарственной терапии	47.86 ± 6.67	Высокий 76% и более  Средний 51-75%
Приверженность медицинскому сопровождению	48.02 ± 6.73	
Приверженность модификации образа жизни	41.28 ± 4.9	
Интегральная приверженность лечению	45.69 ± 4.07	Низкий 50% и менее

Согласно представленным в таблице 7 данным, в группе пациентов, прошедших хирургическое лечение, выявлено, что средние значения по всем показателям соответствуют низкому уровню выраженности приверженности лечению (ниже 50%), что говорит о том, что медицинские рекомендации врача и основанные на них действия пациентами выполняться не будут или скорее не будут. Для большей наглядности, мы представили полученные данные в виде диаграммы (см. рис. 7).

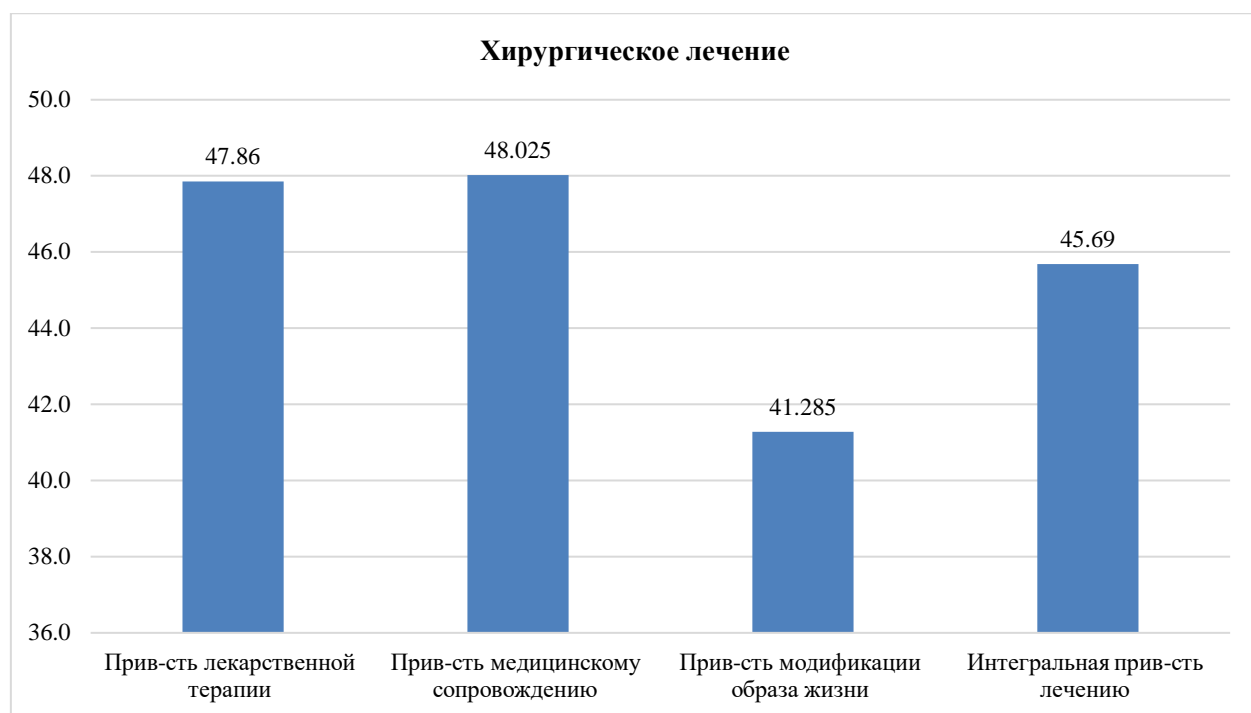


Рис 7. Показатели теста КОП-25 по группе пациентов, прошедших хирургическое лечение

У пациентов, прошедших хирургическое лечение, наиболее низкие показатели приверженности модификации образа жизни. Остальные показатели незначительно отличаются друг от друга. Низкие показатели по данным шкалам говорят о том, что пациенты данной группы вероятнее всего не будут следовать рекомендациям врача. Рекомендации по коррекции диеты и физических нагрузок должны быть конкретными и предельно краткими; общие рекомендации по коррекции привычной диеты и физических нагрузок не эффективны для данной группы пациентов, полный или частичный отказ от нежелательных привычек маловероятен или невозможен.

Результаты по тесту *смыслоразностных ориентаций* представлены в таблице 8.

Таблица 8

Средние показатели теста смыслоразностных ориентаций у пациентов, прошедших хирургическое лечение («Тест смыслоразностных ориентаций»)

Смыслоразностные ориентации	Пациенты, прошедшие хирургическое лечение M±SD
Цели	30.80 ± 3.77
Процесс	29.60 ± 3.51
Результат	24.75 ± 3.22
Локус контроля - Я	19.35 ± 2.60
Локус контроля - Жизнь	31.25 ± 3.52

Показатели теста смысложизненных ориентаций в группе пациентов, прошедших хирургическое лечение соответствуют норме, усреднённой для групп мужчин и женщин.

Для большей наглядности, мы представили полученные данные в виде диаграммы (см. рис. 8)

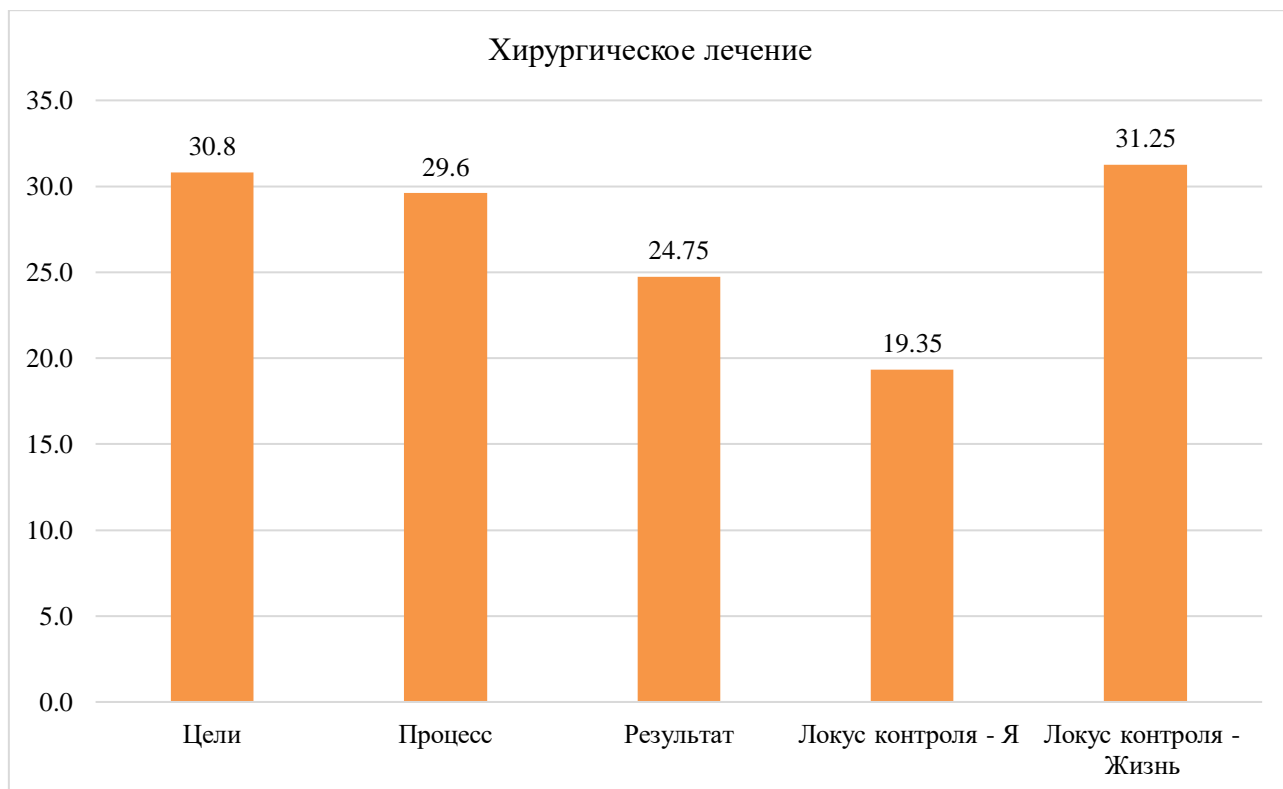


Рис 8. Показатели теста СЖО по группе пациентов, прошедших хирургическое лечение

Наименее выраженным для группы пациентов, прошедших хирургическое лечение, являются шкалы *локус контроля-Я* и *результативность жизни*. Это может свидетельствовать о сомнении респондентов в том, что они могут контролировать свою жизнь, а также в связи с заболеванием не обладают полноценной свободой выбора, чтобы строить свою жизнь в соответствии со своими целями. В остальных шкалах разница между показателями незначительна.

Средние показатели по шкалам методики *семантического дифференциала времени* представлены в таблице 9.



Средние показатели субъективного восприятия времени своей жизни у пациентов, прошедших химиотерапию (методика «Семантический дифференциал времени») (в баллах)

Восприятие времени		Пациенты, прошедшие хирургическое лечение M±SD
Прошлое	Активность	10.6 ± 1.09
	Эмоциональная окраска	10.3 ± 1.21
	Величина	10.45 ± 1.31
	Структура	9.9 ± 1.33
	Ощущаемость	10.2 ± 1.50
	Среднее	10.29 ± 0.51
Настоящее	Активность	1.7 ± 3.59
	Эмоциональная окраска	8.25 ± 5.22
	Величина	7.55 ± 4.9
	Структура	6.25 ± 5.21
	Ощущаемость	3.75 ± 4.89
	Среднее	5.5 ± 3.57
Будущее	Активность	8.2 ± 2.04
	Эмоциональная окраска	8.3 ± 1.26
	Величина	8 ± 1.94
	Структура	8.35 ± 2.05
	Ощущаемость	7.95 ± 1.53
	Среднее	8.16 ± 1.20

В группе пациентов, прошедших хирургическое лечение, восприятие настоящего, прошлого и будущего соответствует высокому положительному показателю. При этом наибольшее среднее значение у оценки прошлого ( $\mu = 10,29$ ), что означает, что прошлое время воспринимается наиболее позитивным и благополучным.

Для большей наглядности, мы представили полученные данные в виде диаграммы (см. рис. 9)

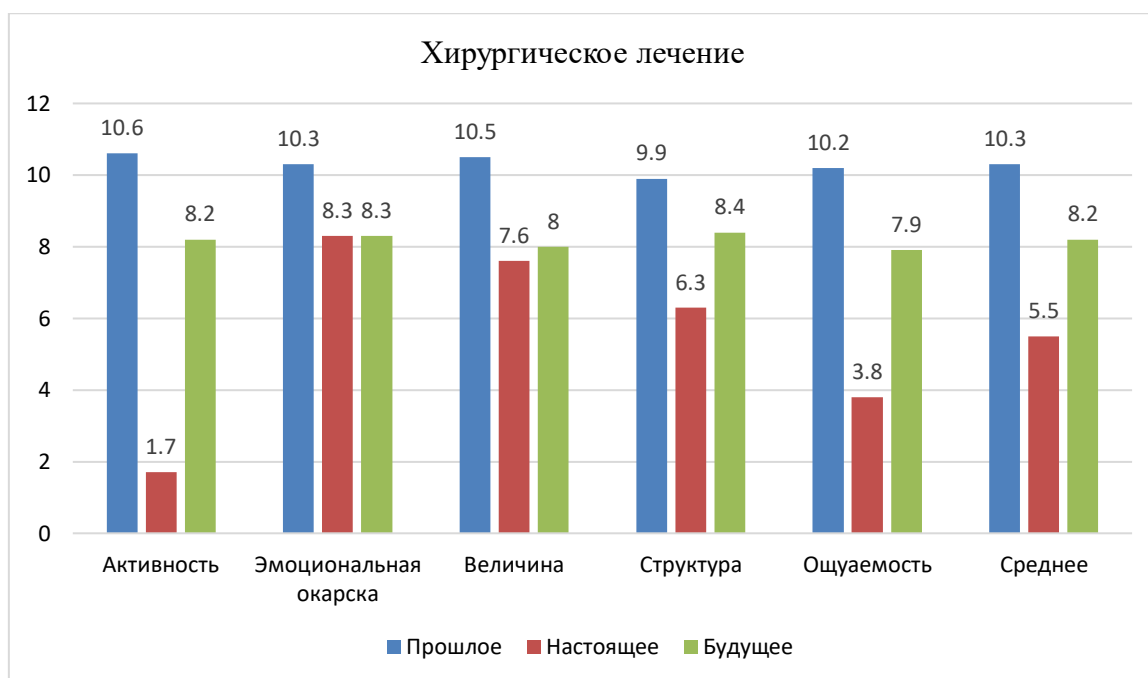


Рис 9. Показатели семантического дифференциала времени по группе пациентов, прошедших хирургическое лечение

*Активность настоящего* воспринимается в наименьшей степени, что может объясняется физической неспособностью к динамичной жизни пациентов после перенесённой операции и монотонностью текущих дней (нахождение респондента в стационаре).

Также было выявлено, что в отличие от группы пациентов, проходивших химиотерапию, у пациентов данной группы показатели восприятия своего прошлого и будущего высокие, а настоящего – низкие. Таким образом, несмотря на негативную оценку настоящего, пациенты верят в то, что будущее будет наполнено положительными эмоциями, событиями, целями, ценностями и смыслом.

Средние показатели по шкалам методики *оценки качества жизни* представлены в таблице 10.

Средние показатели оценки качества жизни у пациентов, прошедших хирургическое лечение (Опросник SF-36 «Оценка качества жизни»)

<b>Показатели SF-36</b>	<b>Пациенты, прошедшие хирургическое лечение M±SD</b>
Физическое функционирование	48.50 ± 13.87
Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием	50.00 ± 22.94
Интенсивность боли	54.50 ± 20.89
Общее состояние здоровья	41.25 ± 16.37
Жизненная активность	49.50 ± 20.89
Социальное функционирование	43.35 ± 25.99
Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	53.32 ± 25.15
Психическое здоровье	52.60 ± 14.69
<b>Физический компонент здоровья</b>	38.65 ± 16.83
<b>Психологический компонент здоровья</b>	33.78 ± 5.73

Интегральные показатели физического и психологического компонента здоровья слабо выражены, что может объясняться тем, что физическое состояние пациентов характеризуется снижением толерантности к физическим нагрузкам, а также ограниченностью в питании. Психологическое состояние характеризуется недостатком положительных и избытком отрицательных эмоций, наличием тревожных и депрессивных переживаний.

Данные по методике «Тип отношения к болезни (ТОБОЛ)» представлены в таблице 11.

Средние показатели типов отношения к болезни у пациентов, прошедших хирургическое лечение (ТОБОЛ) (в баллах)

Тип отношения к болезни	Пациенты, прошедшие хирургическое лечение M±SD
<i>Эгоцентрический</i>	29.25 ± 13.7
<i>Гармоничный</i>	24.6 ± 8.9
<i>Неврастенический</i>	16.84 ± 6.87
Сенситивный	2.8 ± 1.21
Анозогнозический	11.1 ± 4.65
Дисфорический	1.3 ± 0.5
Тревожный	4.6 ± 1.8
Меланхолический	3.9±4.64
Ипохондрический	3.1±5.2
Апатический	2.5 ± 1.2
Паранойяльный	2.2± 1.8
Эргопатический	3.2±1.3

По результатам методики выявлено, что у пациентов, прошедших хирургическое лечение наиболее выражены такие типы, как эгоцентрический, гармоничный и неврастенический, что говорит о том, что для пациентов данной группы характерна реалистичная оценка своего состояния, однако может проявляться и эмоциональная нестабильность, вспышки раздражения, особенно при болях или неприятных ощущениях, желание заботы и внимания к себе.

Для большей наглядности, мы представили данные в виде диаграммы (см. рис. 11).

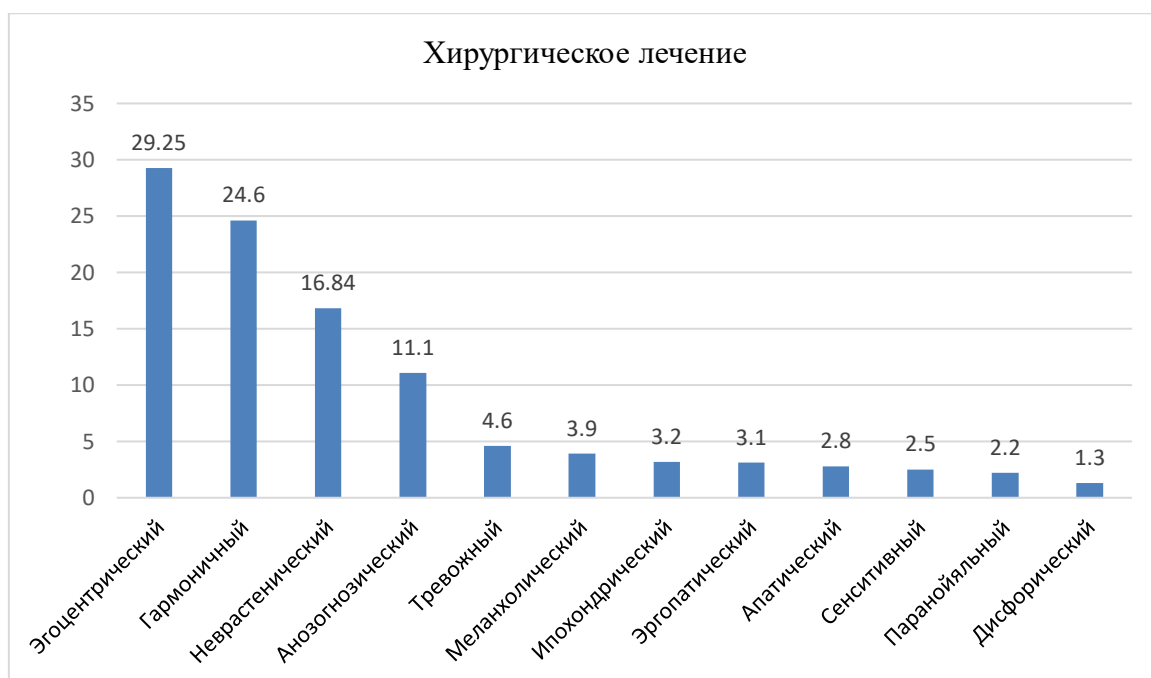


Рис 11. Показатели теста ТОБОЛ по группе прошедших хирургическое лечение

Таким образом, для пациентов пожилого возраста, прошедших хирургическое лечение в рамках лечения онкологического заболевания характерен низкий уровень приверженности лечению, что говорит о том, что медицинские рекомендации врача и основанные на них действия пациентами выполняться не будут или скорее не будут. Общие рекомендации по коррекции привычной диеты и физических нагрузок не эффективны для данной группы пациентов, полный или частичный отказ от нежелательных привычек маловероятен или невозможен. Присутствуют сомнения в своих силах контролировать происходящие события своей жизни, а именно результаты операции. Активность настоящего времени воспринимается в наименьшей степени, что может объясняться физической неспособностью к динамичной жизни пациентов после перенесённого оперативного вмешательства и монотонностью текущих дней (нахождение респондента в стационаре). В отличие от группы пациентов, проходивших химиотерапию, у пациентов данной группы показатели восприятия своего будущего высокие, несмотря на негативную оценку настоящего, пациенты верят в то, что будущее будет наполнено положительными эмоциями, событиями, целями, ценностями и смыслом. Интегральные показатели физического и психологического компонента здоровья слабо выражены, что может

объясняться тем, что физическое состояние пациентов характеризуется снижением толерантности к физическим нагрузкам, из-за перенесённого оперативного вмешательства, а также ограниченностью в питании, а психологическое состояние характеризуется недостатком положительных и избытком отрицательных эмоций, наличием тревожных и депрессивных переживаний. Для пациентов данной группы характерна реалистичная оценка своего состояния, однако может проявляться и эмоциональная нестабильность, вспышки раздражения, особенно при болях или неприятных ощущениях, желание заботы и внимания к себе.

### **3.1.3. Выявление особенностей приверженности лечению, временной перспективы, типа отношения к болезни, качества жизни и смысложизненных ориентаций пациентов, прошедших комплексное лечение**

Одной из задач нашего исследования было выявление особенностей приверженности лечению, временной перспективы, типа отношения к болезни, качества жизни и смысложизненных ориентаций пациентов пожилого возраста с установленным диагнозом «Злокачественные новообразования органов пищеварения» (С15-С26), прошедших комплексное лечение. Для выполнения данной задачи мы посмотрели средние показатели по проведенным методикам. Данные по методике *«Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности лечению (КОП-25)»* представлены в таблице 12.

Средние показатели уровня приверженности лечению у пациентов, прошедших комплексное лечение (методика «КОП-25») (в %)

Показатели КОП-25	Пациенты, прошедшие комплексное лечение M±SD	Диапазоны нормы
Приверженность лекарственной терапии	74.63 ± 7.76	Высокий 76% и более
Приверженность медицинскому сопровождению	78.90 ± 8.05	
Приверженность модификации образа жизни	78.70 ± 8.6	Средний 51-75%
Интегральная приверженность лечению	76.70 ± 6.2	Низкий 50% и менее

В результате описательной статистики по тесту КОП-25 в группе пациентов, прошедших комплексное лечение, выявлено, что средние значения по всем показателям соответствуют высокому уровню выраженности приверженности лечению (выше 75%). Таким образом, пациенты данной группы с большей вероятностью будут выполнять все рекомендации врача.

Для большей наглядности, мы представили полученные данные в виде диаграммы (см. рис. 12).

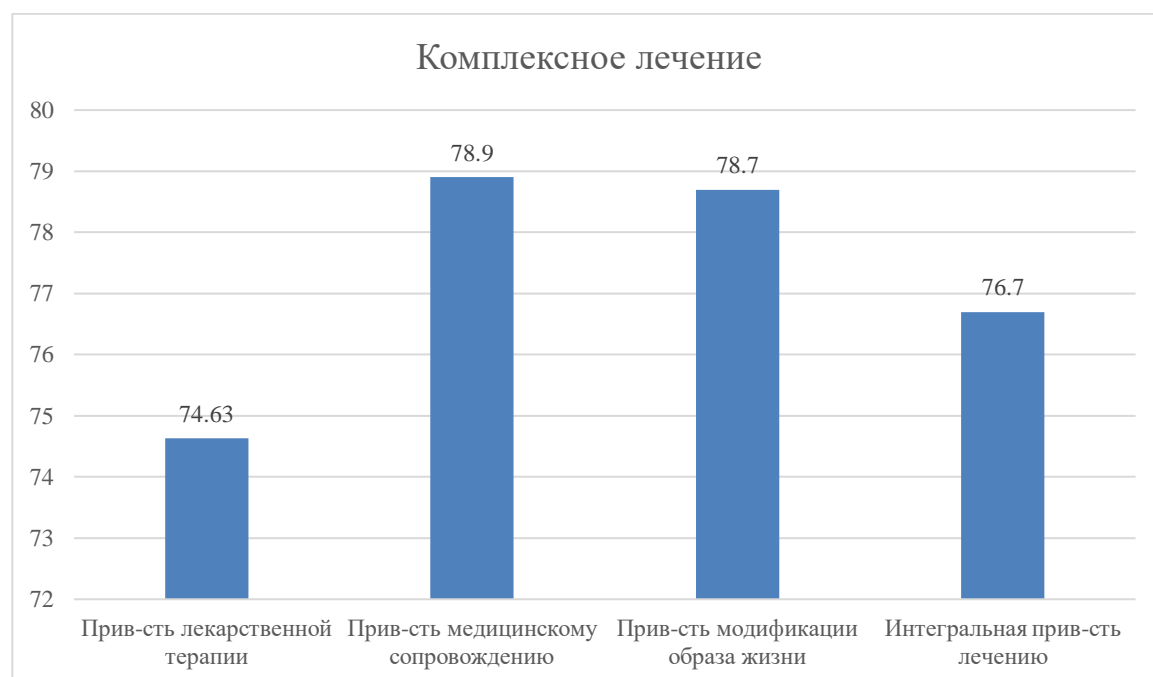


Рис 12. Показатели теста КОП-25 по группе, прошедших комплексное лечение

У пациентов, прошедших комплексное лечение, из всех показателей приверженности наиболее низкие показатели приверженности лекарственной терапии, что может свидетельствовать об эмоциональном истощении в связи с длительным лечением и нахождением в стационаре.

Результаты по тесту *смысложизненных ориентаций* представлены в таблице 13.

Таблица 13

Средние показатели теста смысложизненных ориентаций у пациентов, прошедших комплексное лечение («Тест смысложизненных ориентаций»)

Смысложизненные ориентации	Пациенты, прошедшие комплексное лечение M±SD
Цели	29.0 ± 2.24
Процесс	27.85 ± 3.29
Результат	23.4 ± 4.39
Локус контроля - Я	20.05 ± 2.16
Локус контроля - Жизнь	29.55 ± 3.39

Для большей наглядности, мы представили полученные данные в виде диаграммы (см. рис. 13)



Рис 13. Показатели теста СЖО по группе, прошедших комплексное лечение

Наименее выраженным для группы пациентов, прошедших комплексное лечение, являются шкалы *локус контроля-Я* и *результативность жизни*. Это может



свидетельствовать о сомнении респондентов в своих силах повлиять на исход заболевания, убеждение, что жизненные обстоятельства неподвластны их контролю. В остальных шкалах разница между показателями незначительна. Пациенты имеют цели в будущем и воспринимают настоящий жизненный период как эмоционально насыщенный.

Результаты *семантического дифференциала времени* представлены в таблице 14.

Таблица 14

Средние показатели субъективного восприятия времени своей жизни у пациентов, прошедших комплексное лечение (методика «СДВ») (в баллах)

Восприятие времени		Пациенты, прошедшие комплексное лечение M±SD
Прошлое	Активность	9.65 ± 1.53
	Эмоциональная окраска	9.8 ± 1.36
	Величина	10.1 ± 1.51
	Структура	9.9 ± 1.44
	Ощущаемость	10.55 ± 1.43
	Среднее	10 ± 0.75
Настоящее	Активность	4.55 ± 5.69
	Эмоциональная окраска	8.25 ± 4.16
	Величина	6.05 ± 4.88
	Структура	3.85 ± 4.83
	Ощущаемость	3.55 ± 4.19
	Среднее	5.25 ± 2.80
Будущее	Активность	9.35 ± 1.26
	Эмоциональная окраска	9.3 ± 1.21
	Величина	9.2 ± 0.95
	Структура	9.4 ± 1.18
	Ощущаемость	9.65 ± 1.22
	Среднее	9.38 ± 0.48

В группе пациентов, прошедших комплексное лечение, восприятие настоящего, прошлого и будущего соответствует высокому показателю. При этом наибольшее

среднее значение у оценки прошлого ( $\mu = 10,00$ ), что говорит о позитивной наполненности прошлой жизни пациентов до заболевания.

Для большей наглядности, мы представили полученные данные в виде диаграммы (см. рис. 14)

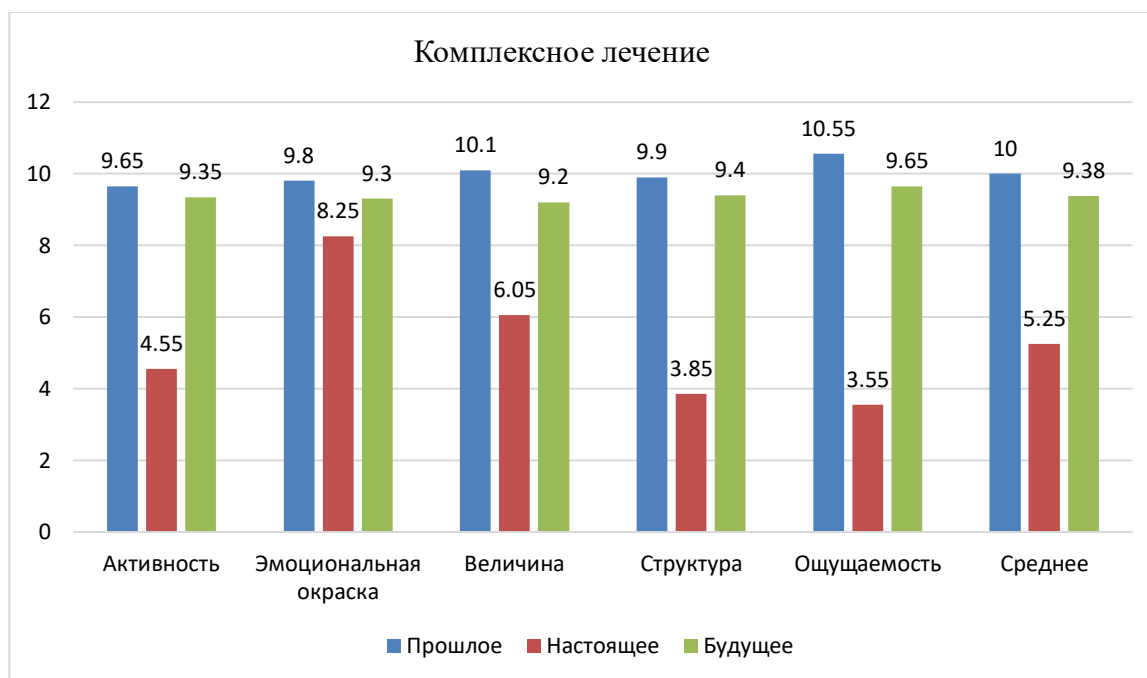


Рис 14. Показатели семантического дифференциала времени по группе прошедших комплексное лечение

Отметим также, что *активность, ощущаемость и структура настоящего* воспринимается в наименьшей степени, что может объясняется физической неспособностью к динамичной жизни пациентов в связи с перенесённой операцией и монотонностью текущих дней (нахождение в стационаре), а также сфокусированностью на последовательности медицинских процессов, нежели привычной жизнедеятельности.

Результаты теста *SF-36* по группе прошедших комплексное лечение, представлены в таблице 15.

Средние показатели оценки качества жизни у пациентов, прошедших комплексное лечение (Опросник SF-36 «Оценка качества жизни»)

Показатели SF-36	Пациенты, прошедшие комплексное лечение M±SD
Физическое функционирование	51.25 ± 14.49
Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием	45.00 ± 22.36
Интенсивность боли	50.50 ± 19.59
Общее состояние здоровья	56.75 ± 14.44
Жизненная активность	56.00 ± 16.90
Социальное функционирование	55.00 ± 26.40
Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	44.90 ± 27.10
Психическое здоровье	49.8 ± 16.18
<b>Физический компонент здоровья</b>	44.16 ± 12.27
<b>Психологический компонент здоровья</b>	34.47 ± 7.32

Интегральные показатели физического и психологического компонента здоровья слабо выражены, что может объясняться тем, что физическое состояние пациентов характеризуется снижением толерантности к физическим нагрузкам, из-за перенесённого оперативного вмешательства и возможных побочных эффектов от химиотерапии, а также ограниченностью в питании. Психологическое состояние характеризуется недостатком положительных и избытком отрицательных эмоций, наличием тревожных и депрессивных переживаний.

Данные по методике «*Тип отношения к болезни* (ТОБОЛ)» представлены в таблице 16.

Средние показатели типов отношения к болезни у пациентов, прошедших комплексное лечение (методика «ТОБОЛ») (в баллах)

Тип отношения к болезни	Пациенты, прошедшие комплексное лечение M±SD
<i>Гармоничный</i>	35.78 ± 10.8
<i>Сенситивный</i>	24.5 ± 8.63
Меланхолический	6.2 ± 1.7
Тревожный	5.5 ± 1.3
Эгоцентрический	5.4 ± 1.2
Эргопатический	4.3 ± 1.1
Анозогностический	3.6 ± 1.8
Апатический	3.2±4.64
Неврастенический	2.6±5.2
Паранойяльный	2.5 ± 1.2
Ипохондрический	2.2± 1.8
Дисфорический	2.1±1.3

По результатам методики выявлено, что у пациентов, прошедших комплексное лечение наиболее выражены такие типы, как гармоничный и сенситивный, что говорит о реалистичной оценке пациентами своего состояния, стремление активно содействовать успеху лечения. Встречается и группа пациентов, для которой характерны ранимость и боязнь стать обузой для близких из-за болезни. Колебания настроения связаны, главным образом, с межличностными контактами.

Для большей наглядности, мы представили данные в виде диаграммы (см. рис. 16).

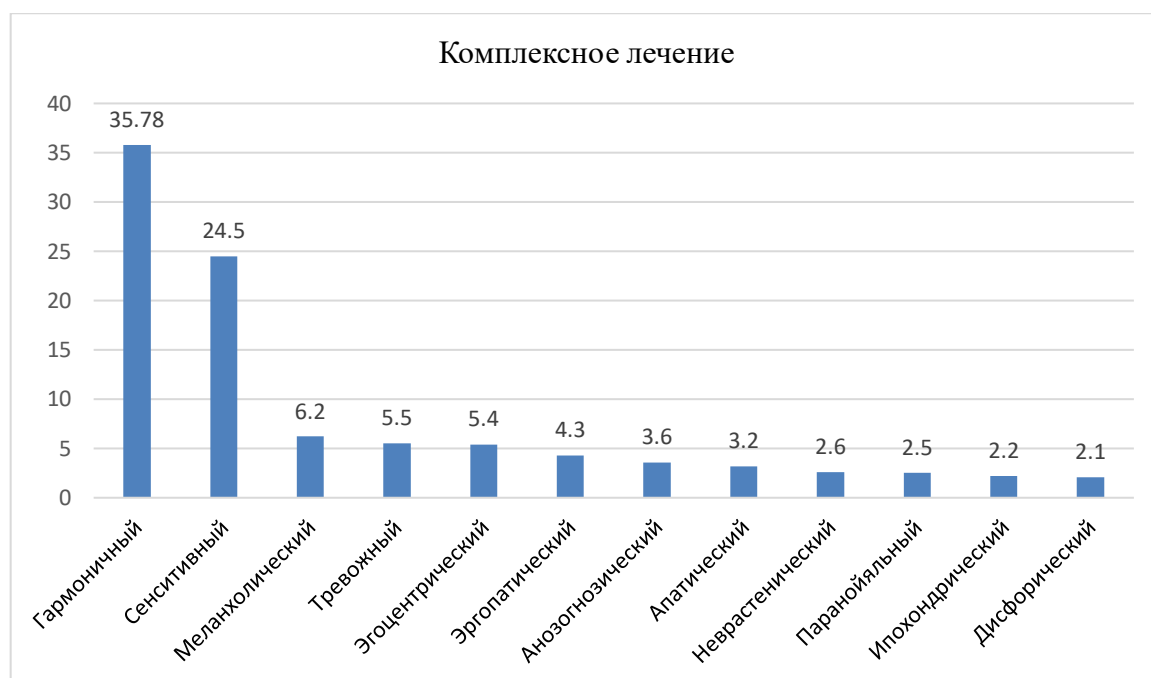


Рис 16. Показатели теста ТОБОЛ по группе прошедших комплексное лечение

Таким образом, для пациентов пожилого возраста, прошедших комплексное лечение в рамках лечения онкологического заболевания характерен высокий уровень приверженности лечению, что говорит о том, что пациенты данной группы с большей вероятностью будут выполнять все рекомендации врача. У пациентов, прошедших комплексное лечение, из всех показателей приверженности наиболее низкие показатели приверженности лекарственной терапии, что может свидетельствовать об эмоциональном истощении в связи с длительным лечением и нахождением в стационаре. Характерны сомнения в своих силах повлиять на исход заболевания, убеждение, что жизненные обстоятельства неподвластны их контролю, однако пациенты имеют цели в будущем и воспринимают настоящий жизненный период как эмоционально насыщенный. Прошлое время воспринимается наиболее позитивно, что говорит о позитивной наполненности прошлой жизни пациентов до заболевания. Важно отметить, что активность, ощущаемость и структура настоящего воспринимается в наименьшей степени, что может объясняться физической неспособностью к динамичной жизни пациентов в связи с перенесённой операцией и монотонностью текущих дней (нахождение в стационаре), а также сфокусированностью на последовательности медицинских процессов, нежели

привычной жизнедеятельности. Физическое состояние пациентов характеризуется снижением толерантности к физическим нагрузкам из-за перенесённого оперативного вмешательства и возможных побочных эффектов от химиотерапии, а также ограниченностью в питании. Психологическое состояние характеризуется недостатком положительных и избытком отрицательных эмоций, наличием тревожных и депрессивных переживаний. Пациенты реалистично оценивают своё состояние и готовы активно содействовать успеху лечения. Встречается и группа пациентов, для которой характерны ранимость и боязнь стать обузой для близких из-за болезни. Колебания настроения связаны, главным образом, с межличностными контактами.

### **3.2. Сравнительный анализ психологических характеристик пациентов с разными типами лечения**

Для выявления отличий между группами с различным типом лечения, был проведен сравнительный анализ по каждому тесту с использованием непараметрического критерия Краскела-Уоллиса.

В таблице 17 представлены данные сравнительного анализа групп респондентов по тесту КОП-25.

Таблица 17

Статистические критерии сравнения групп по тесту «Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности лечению (КОП-25)

	Критерий Краскела-Уоллиса	Уровень статистических различий
Приверженность лекарственной терапии	39.528	<0.005
Приверженность медицинскому сопровождению	39.815	<0.005
Приверженность модификации образа жизни	47.015	<0.005
Интегральный показатель приверженности лечению	50.424	<0.005

Анализ данных, приведенных в таблице 17, позволяет сделать следующий вывод: выявлены значимые отличия по каждому показателю приверженности лечению в трех группах респондентов. Характер различий представлен на рис. 17.

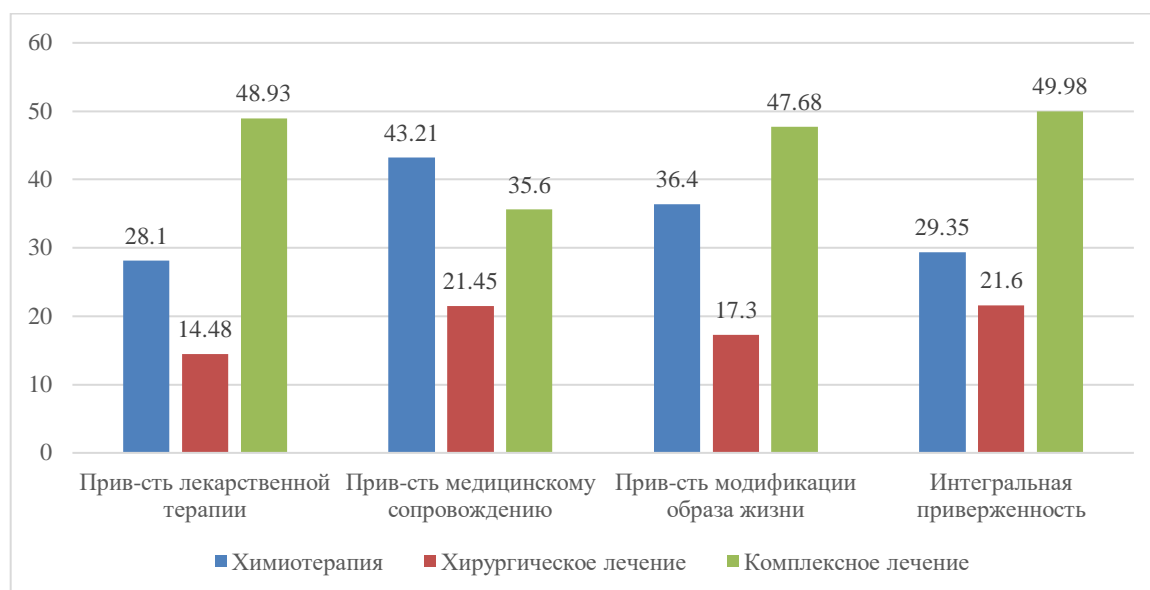


Рис 17. Сравнение средних рангов каждой группы по тесту КОП-25

Для пациентов, проходивших хирургическое лечение, характерны статистически более *низкие показатели приверженности лечению и ее составляющих* в сравнении с пациентами других групп.

Для пациентов, проходивших комплексное лечение, характерны статистически наиболее *высокие показатели интегральной приверженности лечению в целом и приверженности лекарственной терапии и модификации образа жизни, в частности.*

У пациентов, проходивших химиотерапию статистически наиболее высокие показатели *приверженности медицинскому сопровождению*. По остальным шкалам показатели данной группы являются средними.

Таким образом, пациенты после хирургического лечения характеризуются низкой мотивацией на дальнейшее взаимодействие с врачами, на изменение своего образа жизни в условиях соматического заболевания, на следование рекомендаций врачей и с большей степенью вероятности не будут следовать данным рекомендациям. Пациенты же, проходящие комплексное лечение (химия + хирургия) наоборот обладают наиболее высокой мотивацией на изменение образа жизни и

следованиям рекомендаций по медикаментам. Пациенты после химиотерапии наиболее привержены медицинскому сопровождению.

В таблице 18 представлены данные сравнительного анализа групп респондентов по тесту оценки качества жизни (SF-36).

Таблица 18

Статистические критерии сравнения групп по тесту SF-36 (Опросник SF-36)

	Критерий Краскела-Уоллиса	Уровень статистических различий
Физическое функционирование	1.479	<b>0.048</b>
Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием	1.225	0.542
Интенсивность боли	0.883	0.643
Общее состояние здоровья	11.505	<b>0.003</b>
Жизненная активность	4.940	<b>0.045</b>
Социальное функционирование	3.071	0.215
Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	1.635	0.442
Психическое здоровье	0.098	0.952
Физический компонент здоровья	3.366	0.319
Психологический компонент здоровья	0.592	0.744

Анализ данных, приведенных в таблице 18, позволяет сделать следующий вывод: выявлены значимые отличия по показателям *физическое функционирование*, *общее состояние здоровья* и *жизненная активность* в трех группах респондентов. Характер различий представлен на рис. 18.



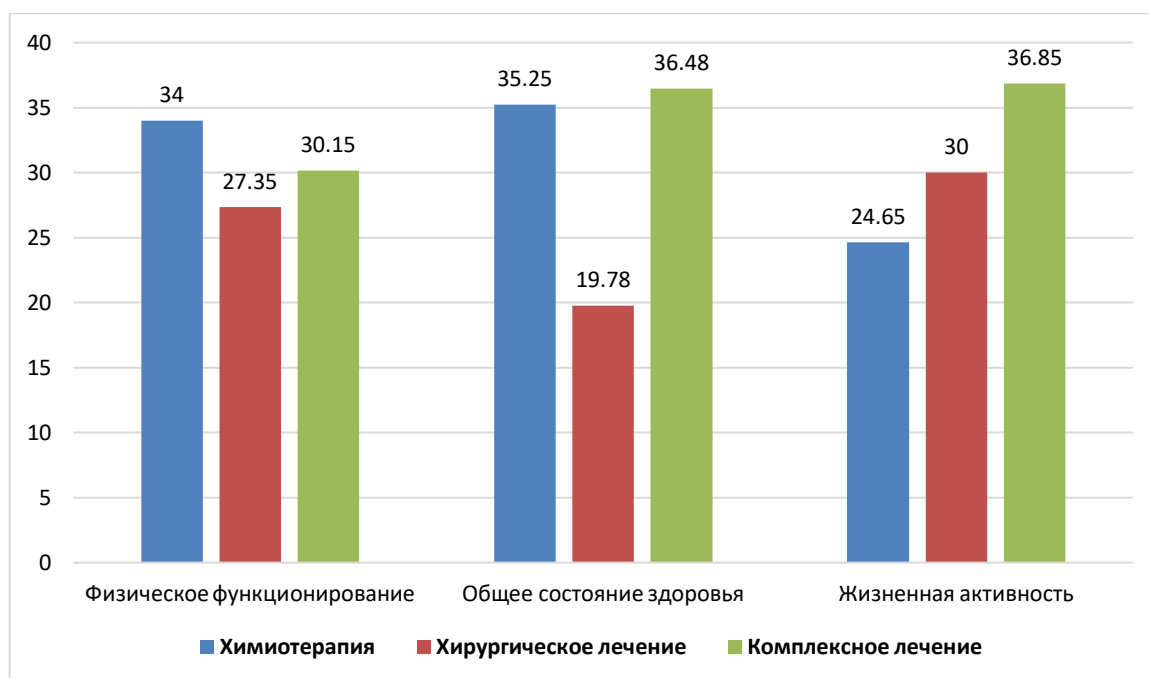


Рис 18. Сравнение средних рангов каждой группы по тесту SF-36

Для пациентов, прошедших хирургическое лечение, характерны статистически более низкие показатели физического функционирования и общего состояния здоровья, в сравнении с пациентами других групп. По шкале *жизненная активность* показатели данной группы являются средними.

Для пациентов после комплексного лечения характерны статистически наиболее высокие показатели по шкалам *общее состояние здоровья* и *жизненная активность*.

Для пациентов, прошедших химиотерапию характерны статистически наиболее низкие показатели по шкалам *жизненная активность* и наиболее высокие показатели по шкале *физического функционирования*.

Таким образом, у пациентов после **химиотерапии** наиболее благоприятное физическое функционирование, что можно объяснить тем, что в группе с хирургическим и комплексным вмешательством, пациенты были физически прооперированы, что накладывает некие ограничения на физические нагрузки. Наименьшая выраженность жизненной активности в данной группе может объясняться влиянием химиотерапии на организм (пациенты испытывают тошноту, постоянную усталость, непредсказуемое поведение организма на протяжении продолжительного времени, т.к. лечение однонаправленное). Для пациентов,

прошедших *хирургическое лечение* повседневное физическое функционирование ограничено состоянием здоровья после перенесённой операции, респонденты не уверены в перспективах лечения из-за ожидаемого ухудшения общего состояния здоровья (боязнь рецидива). У пациентов, прошедших *комплексную терапию*, наиболее высокие показатели общего состояния здоровья и жизненной активности объясняются тем, что пациенты положительно оценивают перспективы своего вида лечения, которое в комбинации химиотерапии и операции снизит сопротивляемость болезни, а также пациенты обладают силами для активного содействия успеху лечения.

В таблице 19 представлены данные сравнительного анализа групп респондентов по тесту смысложизненных ориентаций.

Таблица 19

Статистические критерии сравнения групп по тесту СОЖ  
(«Тест смысложизненных ориентаций»)

	Критерий Краскела-Уоллиса	Уровень статистических различий
Цели	1.858	0.395
<i>Процесс</i>	4.440	<b>0.043</b>
Результат	1.904	0.386
Локус контроля - Я	1.269	0.530
<i>Локус контроля - Жизнь</i>	1.797	<b>0.041</b>
Общий показатель	3.747	0.154

Анализ данных, приведенных в таблице 19, позволяет сделать следующий вывод: выявлены значимые отличия по показателям Процесс и Локус контроля – Жизнь в трех группах респондентов. Характер различий представлен на рис. 19.

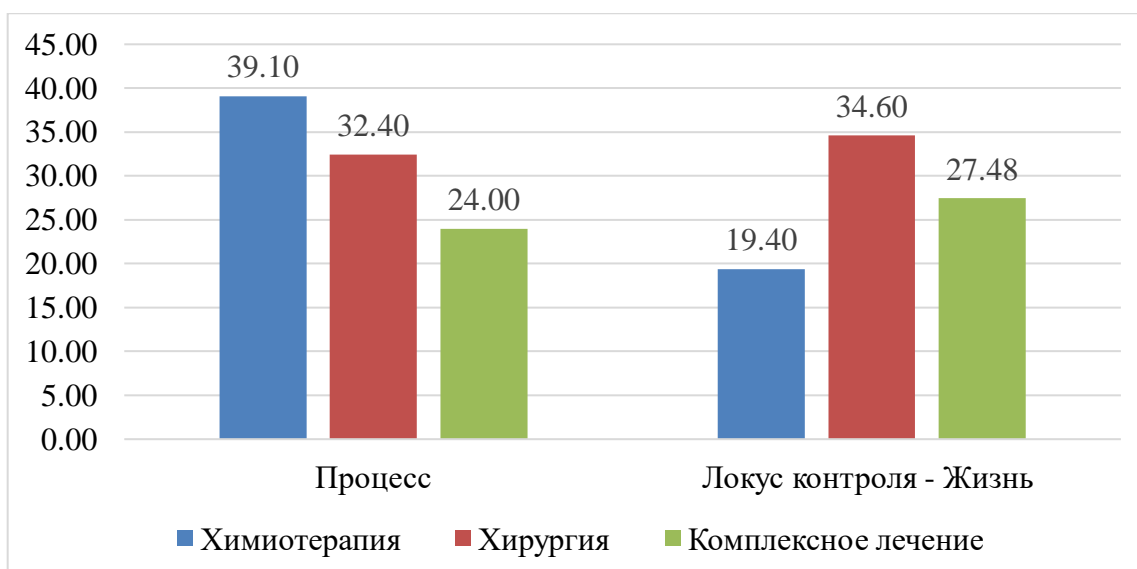


Рис 19. Сравнение средних рангов каждой группы по тесту СЖО

Для пациентов, прошедших хирургическое лечение, характерна статистически наиболее высокие показатели *локус контроля-Жизнь* в сравнении с пациентами других групп. По шкале *Процесс жизни* пациенты данной группы занимают среднее положение.

Пациенты, проходившие комплексное лечение, имеют наименьшую выраженность показателя *процесс жизни*. По шкале *локус контроля-Жизнь* пациенты данной группы занимают среднее положение.

У пациентов, прошедших химиотерапию статистически наиболее высокие показатели по шкале *процесс жизни*. По шкале *локус контроля-Жизнь* респонденты после химиотерапии имеют наименьшую выраженность показателя.

Таким образом, пациенты после *хирургического* и *комплексного* лечения имеют убеждённость, что они могут повлиять на свою жизнь, в нашем случае на свою болезнь с помощью оперативного вмешательства, что нельзя сказать о пациентах после химиотерапии. В группе пациентов после *химиотерапии* более выражена *эмоциональная насыщенность жизни или процесс жизни*, что может объясняться тем, что у пациентов нет необходимости круглосуточного нахождения в стационаре и поэтому их жизнедеятельность не изменяется кардинально, в отличие от пациентов после хирургического и комплексного лечения.

В таблицах 20-21 представлены данные сравнительного анализа групп респондентов по семантическому дифференциалу времени.

Таблица 20

Статистические критерии сравнения групп по показателям субъективного восприятия времени своей жизни у пациентов (методика «СДВ»)

	Критерий Краскела-Уоллиса	Уровень статистических различий
Настоящее	0.589	0.745
Прошлое	7.595	<b>0.022</b>
Будущее	49.417	<b>0.004</b>

Анализ данных, приведенных в таблице 20, позволяет сделать следующий вывод: выявлены значимые отличия по оценке *прошлого* и *будущего* в трех группах респондентов. При этом оценка *настоящего* одинаково низко выражена для всех трех групп ( $\mu \approx 5.5$ ). Характер различий представлен на рис. 20.

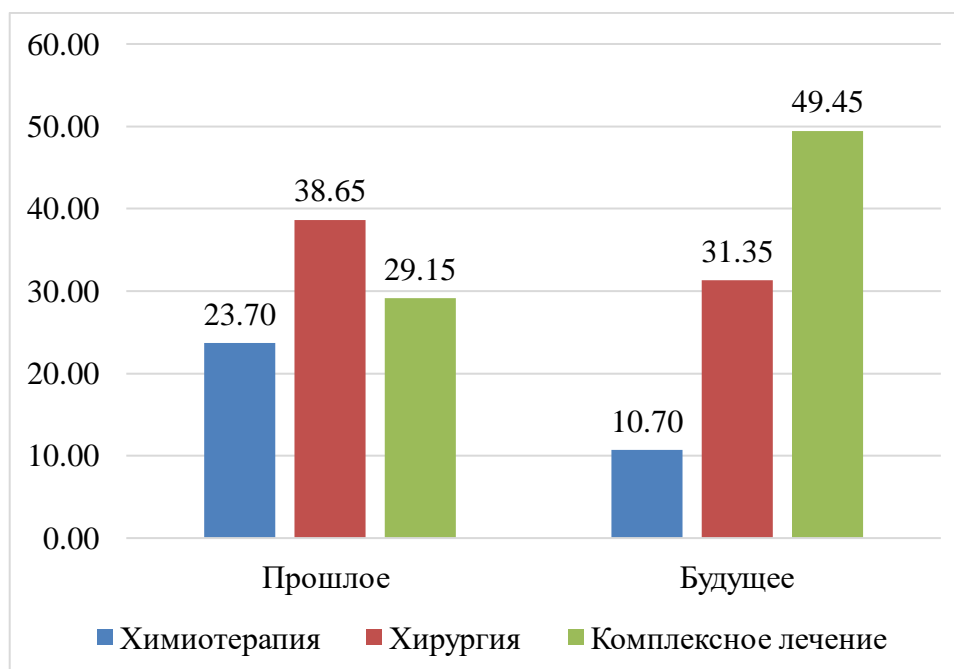


Рис 20. Сравнение средних рангов каждой группы по семантическому дифференциалу времени

Для пациентов, прошедших хирургическое лечение, характерна более положительная оценка *прошлого* времени. По шкале *будущее* показатели данной группы являются средними.

Для пациентов, прошедших комплексное лечение, характерна более положительная оценка *будущего* времени. По шкале *прошлое* показатели данной группы являются средними.

Для пациентов, прошедших химиотерапию, характерны статистически более низкие показатели оценки *и прошлого, и будущего* времени.

Для всех трёх групп пациентов характерна отрицательная оценка *настоящего* времени.

Рассмотрим подробнее различия по компонентам оценки времени (таблица 21).

Статистические критерии сравнения групп по показателям субъективного восприятия времени своей жизни у пациентов (методика «СДВ»)

		Критерий Краскела-Уоллиса	Уровень статистических различий
Прошкое	Активность	9.461	<b>0.009</b>
	Эмоциональная окраска	1.408	0.495
	Величина	0.540	0.763
	Структура	0.074	0.964
	Ощущаемость	3.702	0.157
Настоящее	Активность	7.213	<b>0.027</b>
	Эмоциональная окраска	2.269	0.322
	Величина	1.452	0.484
	Структура	3.455	0.178
	Ощущаемость	1.383	0.501
Будущее	Активность	29.357	<b>&lt;0.005</b>
	Эмоциональная окраска	32.176	<b>&lt;0.005</b>
	Величина	27.961	<b>&lt;0.005</b>
	Структура	29.635	<b>&lt;0.005</b>
	Ощущаемость	32.994	<b>&lt;0.005</b>

Анализ данных, приведенных в таблице 21, позволяет сделать следующий вывод: выявлены значимые отличия по оценке компонента *активность настоящего* и *прошлого* и всех пяти компонентов *будущего* в трёх группах респондентов. Характер различий представлен на рис. 21-22.

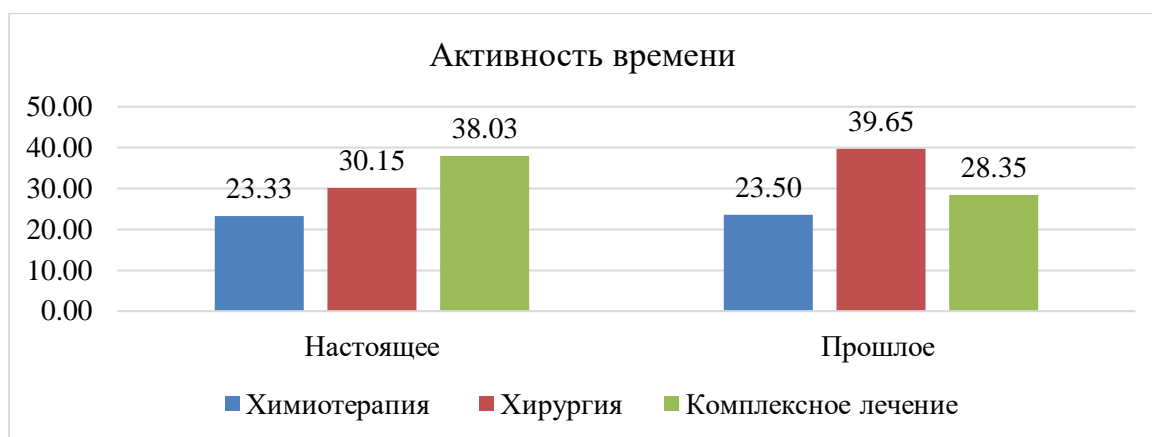


Рис 21. Сравнение средних рангов каждой группы по семантическому дифференциалу времени

*Активность настоящего* оценивается наиболее положительно пациентами с комплексным типом лечения, наименее положительно – с химиотерапией, респонденты с хирургическим типом лечения занимают среднее положение.

*Активность прошлого* оценивается наиболее положительно пациентами с хирургическим типом лечения, наименее положительно – с химиотерапией, респонденты с комплексным типом лечения занимают среднее положение.

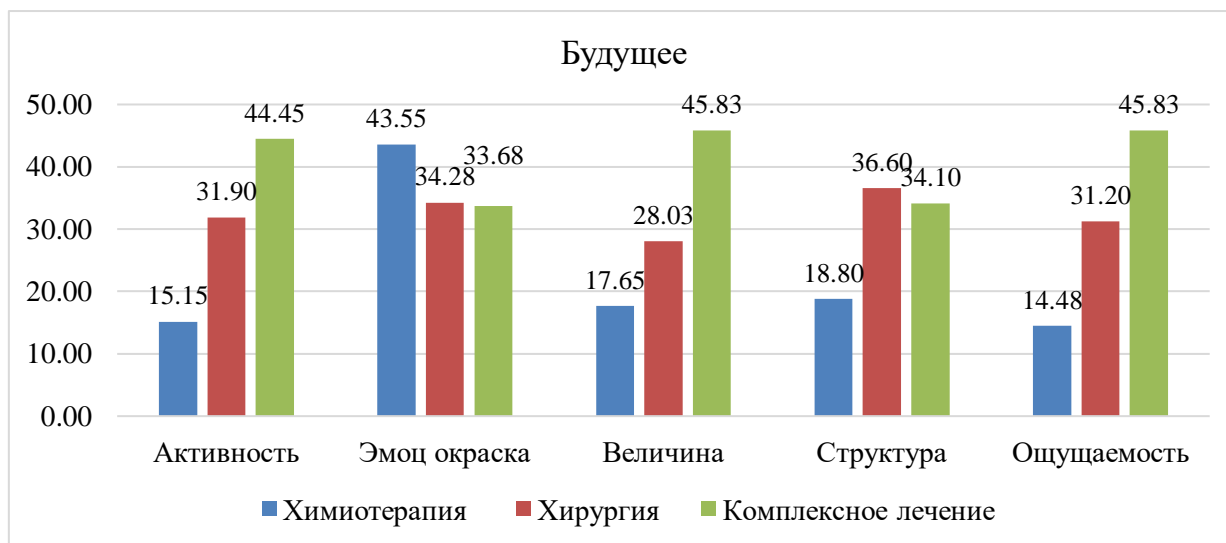


Рис 22. Сравнение средних рангов каждой группы по семантическому дифференциалу времени

*Активность, величина и ощущаемость будущего* оценивается наиболее положительно пациентами с комплексным типом лечения, наименее положительно – с химиотерапией, респонденты с хирургическим типом лечения занимают среднее положение.

*Эмоциональная окраска будущего* оценивается наиболее положительно пациентами с химиотерапией, а респонденты с хирургическим и комплексным типами лечения оценивают примерно одинаково.

*Структура будущего* оценивается наиболее положительно пациентами с хирургическим типом лечения, наименее положительно – с химиотерапией, респонденты с комплексным типом лечения занимают среднее положение.

Таким образом, наиболее положительную оценку *будущего* пациентами после **комплексного лечения** можно объяснить высоким уровнем включённости и многопрофильностью лечения, которые могут сказываться как факторы надежды и веры на наилучший исход в будущем. Пациенты после **хирургического лечения** наиболее позитивно воспринимают *прошлое* время и негативно *настоящее*, что может быть связано с физическим ограничением и изолированностью от привычной жизни. Оценка *настоящего* одинаково низка для всех групп в связи с тем, что респонденты проходят в настоящем времени болезненный и эмоционально тяжёлый период.

### **3.3. Корреляционный анализ психологических характеристик пациентов, проходящих разные виды лечения**

Для исследования взаимосвязи приверженности лечению с психологическими характеристиками мы использовали статистический метод корреляционного анализа, расчета ранговой корреляции Спирмена.

Условные обозначения:

1. ————— - положительная корреляционная связь;
2. - - - - - отрицательная корреляционная связь

В группе респондентов, прошедших **химиотерапию**, существуют значимые положительные корреляционные связи *приверженности лекарственной терапии* с *жизненной активностью*. Значимые отрицательные связи выявлены между *приверженностью медицинскому сопровождению* с показателем *процесс жизни* в тесте смысложизненных ориентаций и *оценкой прошлого*.





Рис. 23. Корреляционная плеяда взаимосвязи приверженности лечению с психологическими характеристиками в группе пациентов, прошедших химиотерапию

В группе с *хирургическим типом лечения* приверженность лекарственной терапии отрицательно связана с *физическим компонентом здоровья*. Приверженность модификации образа жизни у респондентов с хирургическим типом лечения значимо положительно коррелирует с оценкой *будущего*.



Рис. 24. Корреляционная плеяда взаимосвязи приверженности лечению с психологическими характеристиками в группе пациентов, прошедших хирургическое лечение

В группе пациентов с *комплексным типом лечения* приверженность лекарственной терапии отрицательно коррелирует с *общим состоянием здоровья* и *физическим компонентом здоровья*. Приверженность медицинскому

сопровождению значимо отрицательно связана с *физическим компонентом здоровья*, *общим состоянием здоровья* и положительно связана с показателями *локус контроля – Жизнь*.



Рис. 25. Корреляционная плеяда взаимосвязи приверженности лечению с психологическими характеристиками в группе пациентов, прошедших комплексное лечение

Таким образом, в группе пациентов, прошедших *химиотерапию*, положительная корреляция приверженности лекарственной терапии с жизненной активностью, предположительно, объясняется тем, что большая жизненная сила и энергия может быть направлена на продолжение длительного приема препаратов, напротив, если сил и ресурсов мало, они скорее расходуются на более базовые потребности. Также чем меньше интереса и эмоций в жизни и чем хуже оценка прошлого, тем более пациент с химиотерапией привержен медицинскому сопровождению.

В группе с *хирургическим лечением* большая приверженность лекарственной терапии связана с отрицательным физическим состоянием. Вероятно, плохое самочувствие становится причиной готовности пациента к приему лекарств. Также такие пациенты привержены к смене образа жизни, если оценивают свое будущее как положительное – видят мотив в лучшем будущем.

При *комплексном лечении*, чем хуже качество жизни, тем больше приверженность медицинскому сопровождению. Мы предполагаем, что страдания, которые сопровождаются при плохом качестве жизни, провоцируют рост готовности принять медицинское сопровождение. Также при этом важно, что данная приверженность связана с локусом контроля – Жизнь, то есть человек понимает, что способен сознательно повлиять на исход событий (в нашем случае, путем медицинского сопровождения).

Таким образом, поставленные задачи осуществлены, проведен качественный анализ использованных тестов, сравнительный и корреляционный анализы.

## ГЛАВА 4. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

При исследовании приверженности лечению выяснилось, что пациенты пожилого возраста с установленным диагнозом «Злокачественные новообразования органов пищеварения», прошедшие *химиотерапию* в рамках лечения онкологического заболевания, имеют среднюю выраженность мотивации на лечение, медицинские рекомендации (основанные на них действия) выполнять скорее будут, чем не будут. Из всех составляющих приверженности лечению, у пациентов, прошедших химиотерапию, более выраженные показатели по приверженности лекарственной терапии, это объясняется тем, что данная группа пациентов исходно более привержена к консервативным методам лечения. Пациенты данной группы имеют сомнения в том, что они могут контролировать свою жизнь, а также в связи с заболеванием не обладают полноценной свободой выбора, чтобы строить свою жизнь в соответствии со своими целями. В группе пациентов более выражена эмоциональная насыщенность жизни или процесс жизни, что может объясняться тем, что у пациентов нет необходимости круглосуточного нахождения в стационаре и поэтому их жизнедеятельность не изменяется кардинально. Пациенты позитивно оценивают своё прошлое время и негативно воспринимают настоящее и будущее время, что может объясняться неспособностью к динамичной жизни в настоящем времени в связи с влиянием химиотерапии на организм и монотонностью текущих дней при регулярном посещении стационара. Психологический компонент здоровья характеризуется ухудшением эмоционального состояния, физический компонент также слабо выражен в связи с токсическим воздействием химиотерапии на организм, повышенной утомляемостью и слабостью. Однако, из всех трёх групп, у пациентов после химиотерапии наиболее благоприятное физическое функционирование, которое объясняется отсутствием хирургического вмешательства и связанных с ним ограничений физических нагрузок. Характерные типы отношения к болезни в данной группе пациентов: гармоничный, тревожный и сенситивный, что говорит о том, что пациенты взвешенно и реалистично относятся к своему состоянию, стараются содействовать успеху лечения, стремятся облегчить близким тяготы ухода за собой и боятся стать обузой для них. Однако, настроение тревожное и как следствие тревоги-

угнетённость настроения и психической активности. Предположительно, прохождение через столь непредсказуемую процедуру как химиотерапия, накладывает определенную долю тревожности и сенситивности по отношению к себе, своей болезни и своей жизни, так как процесс и результат не всегда понятен и однозначен. Результаты соотносятся с данными, полученными в исследовании В.Г. Асеева (Асеев, 2012) и Л.Г. Гаповой с С.А. Данченко (Гапова, Данченко, 2020).

Корреляция приверженности лекарственной терапии с жизненной активностью в группе пациентов, прошедших химиотерапию, предположительно, объясняется тем, что большая жизненная сила и энергия может быть направлена на продолжение длительного приема препаратов, напротив, если сил и ресурсов мало, они скорее расходуются на более базовые потребности. Также чем меньше интереса и эмоций в жизни и чем хуже оценка прошлого, тем более пациент с химиотерапией привержен медицинскому сопровождению.

Для пациентов пожилого возраста с установленным диагнозом «Злокачественные новообразования органов пищеварения», прошедших *хирургическое лечение* в рамках лечения онкологического заболевания характерен низкий уровень приверженности лечению, что говорит о том, что медицинские рекомендации врача и основанные на них действия пациентами выполняться не будут или скорее не будут. Общие рекомендации по коррекции привычной диеты и физических нагрузок не эффективны для данной группы пациентов, полный или частичный отказ от нежелательных привычек маловероятен или невозможен. Присутствуют сомнения в своих силах контролировать происходящие события своей жизни, а именно результаты операции. Активность настоящего времени воспринимается в наименьшей степени, что может объясняться физической неспособностью к динамичной жизни пациентов после перенесённого оперативного вмешательства и монотонностью текущих дней (нахождение респондента в стационаре). В отличие от группы пациентов, проходивших химиотерапию, у пациентов данной группы показатели восприятия своего будущего высокие, несмотря на негативную оценку настоящего, пациенты верят в то, что будущее будет наполнено положительными эмоциями, событиями, целями, ценностями и смыслом.

Интегральные показатели физического и психологического компонента здоровья слабо выражены, что может объясняться тем, что физическое состояние пациентов характеризуется снижением толерантности к физическим нагрузкам, из-за перенесённого оперативного вмешательства, а также ограниченностью в питании, а психологическое состояние характеризуется недостатком положительных и избытком отрицательных эмоций, наличием тревожных и депрессивных переживаний. Для пациентов данной группы характерна реалистичная оценка своего состояния, однако может проявляться и эмоциональная нестабильность, вспышки раздражения, особенно при болях или неприятных ощущениях, желание заботы и внимания к себе.

В группе с хирургическим лечением большая приверженность лекарственной терапии связана с отрицательным физическим состоянием. Вероятно, плохое самочувствие становится причиной готовности пациента к приему лекарств. Также такие пациенты привержены к смене образа жизни, если оценивают свое будущее как положительное – видят мотив в лучшем будущем.

Для пациентов пожилого возраста с установленным диагнозом «Злокачественные новообразования органов пищеварения», прошедших *комплексное лечение* в рамках лечения онкологического заболевания характерен высокий уровень приверженности лечению, что говорит о том, что пациенты данной группы с большей вероятностью будут выполнять все рекомендации врача. У пациентов, прошедших комплексное лечение, из всех показателей приверженности наиболее низкие показатели приверженности лекарственной терапии, что может свидетельствовать об эмоциональном истощении в связи с длительным лечением и нахождением в стационаре. Большая приверженность лекарственной терапии, модификации образа жизни и интегральной приверженности пациентов с комплексным лечением, нежели с химиотерапией или хирургией, предположительно, объясняется тем, что на долю лечения в жизни этой группы людей приходится больший период времени и фокуса внимания. Характерны сомнения в своих силах повлиять на исход заболевания, убеждение, что жизненные обстоятельства неподвластны их контролю, однако пациенты имеют цели в будущем и

воспринимают настоящий жизненный период как эмоционально насыщенный. Прошлое время воспринимается наиболее позитивно, что говорит о позитивной наполненности прошлой жизни пациентов до заболевания. Важно отметить, что активность, ощущаемость и структура настоящего воспринимается в наименьшей степени, что может объясняться физической неспособностью к динамичной жизни пациентов в связи с перенесённой операцией и монотонностью текущих дней (нахождение в стационаре), а также сфокусированностью на последовательности медицинских процессов, нежели привычной жизнедеятельности. Физическое состояние пациентов характеризуется снижением толерантности к физическим нагрузкам из-за перенесённого оперативного вмешательства и возможных побочных эффектов от химиотерапии, а также ограниченностью в питании. Психологическое состояние характеризуется недостатком положительных и избытком отрицательных эмоций, наличием тревожных и депрессивных переживаний. Пациенты реалистично оценивают своё состояние и готовы активно содействовать успеху лечения. Встречается и группа пациентов, для которой характерны ранимость и боязнь стать обузой для близких из-за болезни. Колебания настроения связаны, главным образом, с межличностными контактами.

При комплексном лечении, чем хуже качество жизни, тем больше приверженность медицинскому сопровождению. Мы предполагаем, что страдания, которые сопровождаются при плохом качестве жизни, провоцируют рост готовности принять медицинское сопровождение. Также при этом важно, что данная приверженность связана с локусом контроля – Жизнь, то есть человек понимает, что способен сознательно повлиять на исход событий (в нашем случае, путем медицинского сопровождения).

## ВЫВОДЫ

1. Пациенты, прошедшие *химиотерапию*, характеризуются средней выраженностью приверженности лечению, негативным отношением к настоящему и будущему времени при позитивном отношении к прошлому, преобладанием негативных эмоций и субъективного ощущения своего физического здоровья как плохого, а также страхом негативной оценки окружающих по поводу своего заболевания.
2. Пациентам, прошедшим *хирургическое лечение*, характерна низкая мотивация на лечение и следование рекомендациям врачей, негативное отношение к настоящему времени своей жизни, при позитивном отношении к прошлому и будущему, преобладание негативных эмоций, поведение по типу «раздражительной слабости» и поиск поддержки окружающих.
3. Пациенты, прошедшие *комплексное лечение* характеризуются высокой выраженностью приверженности лечению, негативным отношением к настоящему времени при позитивном отношении к прошлому и будущему времени, преобладанием негативных эмоций, низким физическим функционированием, ранимостью, страхом стать обузой для близких из-за болезни.
4. Для приверженных лечению пациентов после химиотерапии характерны высокая жизненная активность (ощущение себя полным сил и энергии) и негативное восприятие своего прошлого, а также неудовлетворённость своей жизнью. Для мотивированных на лечение пациентов после хирургического вмешательства характерно положительное восприятие своего будущего времени и оценка своего физического состояния как неудовлетворительного. Для мотивированных пациентов, прошедших комплексное лечение, характерно ощущение контроля над своей жизнью и оценка качества своей жизни как неудовлетворительной (низкая оценка своего физического состояния и здоровья в целом).



## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Сделанные выводы позволяют заключить, что гипотеза исследования получила подтверждение - приверженность лечению и субъективное восприятие времени своей жизни отличаются у пациентов пожилого возраста с установленным диагнозом «Злокачественные новообразования органов пищеварения» (C15-C26), проходящих разные виды лечения.

Ценность полученных данных заключается в возможности доведения теоретических разработок до уровня практических рекомендаций, направленных на углубление понимания влияния психологических характеристик на приверженность пожилых людей к лечению, а также на выявление мишеней в реабилитации пожилых пациентов онкологического профиля.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Holden CA et al. A systematic scoping review of determinants of multidisciplinary cancer team access and decision-making in the management of older patients diagnosed with colorectal cancer. *J Geriatr Onco* 2020; 11(6): 909-916.
2. Nelson CJ, Weinberger MI, Balk E, et al. The chronology of distress, anxiety, and depression in older prostate cancer patients. *Oncologist*. 2009; 14: 891-899.
3. Rieke K, Boilesen E, Lydiatt W, et al. Population-based retrospective study to investigate preexisting and new depression diagnosis among head and neck cancer patients. *Cancer Epidemiol*. 2016; 43: 42-48.
4. Trevino KM, Healy C, Martin P, et al. Improving implementation of psychological interventions to older adult cancer patients: convening older adults, caregivers, providers, researchers. *J Geriatr Oncol*. 2018; 9: 423-429.
5. Абдоминальная онкология URL: <https://www.euroonco.ru/oncology/onkologiya-zhkt/abdominalnaya-onkologiya> (дата обращения: 11.10.2023).
6. Арпентьева М. Р. Психотерапевтические аспекты онкологических заболеваний и медикосоциальная реабилитация пациентов // Школа медико-социальной реабилитации : Сборник научных трудов. Осенняя сессия, Москва, 16–17 ноября 2018 года / под общ. ред. И.Е. Лукьяновой. – Москва: Общество с ограниченной ответственностью «Диона», 2019. – С. 6-15.
7. Арпентьева М.Р. Психологические аспекты онкологических заболеваний: жизнеутверждение vs жизнеотрицание // Медицинская психология в России. – 2016. – № 4 (29). URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 11.09.2023).
8. Афанасенкова Т.Е. Динамика региональной смертности от злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта в России за 2019 – 2021 гг. / Т.Е. Афанасенкова, И.В. Самородская, О.Ш.Ойроткинова, Е.Л. Никонов // Доказательная гастроэнтерология. – 2023. –№ 12(2). – С. 15-24.
9. Бергфельд А.Ю. Типы реагирования на болезнь и смысло-жизненные ориентации пациентов онкологического профиля // Вестник ПГГПУ. Серия № 1. Психологические и педагогические науки. – 2017. – №1. – С. 82-89.
10. Вагайцева М. В. Психологические аспекты реабилитации онкологических пациентов / М. В. Вагайцева, Т. Ю. Семиглазова, К. О. Кондратьева // Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация. – 2019. – Т. 1, № 3. – С. 40-43.
11. Важенин А.В. Психологические особенности пациентов со злокачественными новообразованиями разных локализаций / А. В. Важенин, Я. Н. Пахомова // Личностные и регуляторные ресурсы человека в условиях социальных вызовов : Материалы VII Международной научно-практической

конференции, Ставрополь, 15–16 июня 2023 года. – Ставрополь: Северо-Кавказский федеральный университет, 2023. – С. 217-221.

12. Госпитальная хирургия : учебник для медицинских вузов: в 2 томах / К. А. Андрейчук, О. В. Баринов, Н. В. Берия [и др.] ; Под редакцией профессора Б. Н. Котива и профессора Л. Н. Бисенкова. Том 1. – 2-е издание, переработанное и дополненное. – Санкт - Петербург : Общество с ограниченной ответственностью «Издательство "СпецЛит», 2019. – 751 с.

13. Давыдов М. И. Онкология : учебник / М. И. Давыдов, Ш. Х. Ганцев. – Москва : Общество с ограниченной ответственностью Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2020. – 920 с.

14. Демченко Т.В. Временная перспектива личности, геротрансцендентность и приверженность лечению у пациентов пожилого и старческого возраста с онкологическими заболеваниями / Т. В. Демченко, Е. Р. Исаева // Успехи геронтологии. – 2022. – Т. 35, № 4. – С. 592-594.

15. Демченко Т.В. Геротрансцендентность, отношение к будущему и приверженность лечению у пациентов с онкологическими заболеваниями // Вестник психотерапии. – 2022. – № 83. – С. 29-39.

16. Калшед Д. Внутренний мир травмы / Пер. с англ. – М.: Академический проект, 2001. – 368 с.

17. Лутошлива Е.С. Особенности депрессивного состояния онкобольных на разных стадиях заболевания / Е.С. Лутошлива, Е.С. Воробьева, Г.Э. Турганова // Baikal Research Journal. – 2018. – Т. 4, № 9. – С. 1- 13.

18. Междисциплинарный подход при организации программ реабилитации онкологических пациентов / М.Ф. Баллюзек, А.К. Ионова, М.В. Машкова // Многопрофильная клиника в решении проблем онкологического пациента : Сборник научных трудов и материалы научно-практической конференции посвященной 55-летию СПб больницы РАН, Санкт-Петербург, 23 ноября 2017 года / Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения Санкт-Петербургская клиническая больница Российской академии наук. – Санкт-Петербург: Гиппократ, 2017. – С. 11-15.

19. Методическое руководство Министерства здравоохранения Российской Федерации «Приверженность лечению» (2022 года)  
URL:<https://www.rnmot.ru/public/uploads/2022/rnmot/ПРОЕКТ%20методического%20руководства%20Приверженность%20лечению.pdf> (дата обращения: 13.10.2023).

20. Обзор исследований психологических особенностей больных онкологическими заболеваниями различных локализаций / И. В. Пономарева, Д. А. Циринг, А. И. Кузнецова, М. Н. Миронченко // Ананьевские чтения - 2021 : Материалы международной научной конференции, Санкт-Петербург, 19–22 октября 2021 года / Под общей редакцией А.В. Шаболтас. Отв. ред. В.И. Прусаков. – Санкт-Петербург: ООО «Скифия-принт», 2021. – С. 505-506.

21. Онкология : учебник / М. Д. Будурова, И. В. Вакарчук, М. Г. Венедиктова и др. – Москва : Общество с ограниченной ответственностью Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2022. – 656 с.

22. Онкология : учебник / Ш. Х. Ганцев, В. Н. Павлов, И. Р. Рахматуллина и др.. – Ростов-на-Дону : Общество с ограниченной ответственностью «Феникс», 2020. – 301 с.
23. Онкопсихология в России: величина проблемы URL: <https://rosoncoweb.ru/news/oncology/2022/04/08-1/> (дата обращения: 16.10.2023).
24. Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов. Руководство. – 2-е изд., доп. / А. М. Беляев и коллектив авторов // Ред. А. М. Беляев, В. А. Чулкова, Т. Ю. Семиглазова, М. В. Рогачев. – СПб.: Изд-во АНО «Вопросы онкологии», 2018. – 436 с.
25. Первый Российский консенсус по количественной оценке приверженности к лечению: основные положения, алгоритмы и рекомендации / О.М. Драпкина, М.А. Ливзан, А.И. Мартынов, С.В. Моисеев, Н.А. Николаев, Ю.П. Скирденко [и др.] // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2018. – Т. 13. – № 1.2. – С 259-271.
26. По материалам конгресса ASCO 2019: Гериатрические синдромы у пожилых пациентов с онкологическими заболеваниями URL: <https://rosoncoweb.ru/news/oncology/2019/09/03/> (дата обращения: 11.10.2023).
27. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 19 февраля 2021 г. № 116н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях» (с изм. от 24 января 2022 г. № 21н) URL: <https://base.garant.ru/400533605/> (дата обращения: 11.10.2023).
28. Родина И.Д. Профессиональная психологическая помощь онкологическим больным. Онкопсихология как актуальное направление психологической науки / И. Д. Родина, И. М. Шишкова // Психология и медицина: пути поиска оптимального взаимодействия : Сборник материалов VIII международной конференции студентов и молодых ученых, Рязань, 25–26 ноября 2021 года. – Рязань: Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, 2021. – С. 307-317.
29. Саргаева М. П. Особенности работы психолога с онкологическими больными / М. П. Саргаева, М. Н. Дарижапова // Социальная безопасность и социальная защита населения в современных условиях : Материалы международной научно-практической конференции, посвященной 90-летию Бурятского государственного университета имени Доржи Банзарова, Улан-Удэ, 10 июня 2022 года / Отв. редактор Н.С. Антонова. – Ulan-Ude: Бурятский государственный университет имени Доржи Банзарова, 2022. – С. 173-175.
30. Семиглазова Т.Ю. Психологические аспекты лечения онкологических больных / Семиглазова Т.Ю., Ткаченко Г.А., Чулкова В.А. // Злокачественные опухоли. – 2016. – № Спецвыпуск 1. – С. 54-58.
31. Состояние онкологической помощи в Российской Федерации URL: <https://medvedomosti.media/oncology/articles/sostoyanie-onkologicheskoy-pomoshchi-v-rossiyskoy-federatsii/> (дата обращения: 11.10.2023).
32. Состояние онкологической помощи населению России в 2022 году. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2022. – 239 с.
33. Стрижицкая О.Ю. Геротрансцендентность: психологическое содержание и теоретические модели // Вестн. С.-Петерб. ун-та. Сер. Психология и педагогика. – 2017. – Т. 7. – № 3. – С. 268–280.

34. Стрижицкая О.Ю. К вопросу об эмпирическом исследовании геротрансцендентности // Мир науки. Педагогика и психология. – 2017. – №6. – С. 90.
35. Тарасова Д.С. Особенности внутренней картины болезни у больных онкологическими заболеваниями // Известия высших учебных заведений. Уральский регион. – 2018. – № 1. – С. 118-122.
36. Терапия рака у пожилых: в чем особенности подхода? URL: <https://gkobl.ru/news/terapija-raka-u-pozhilyh-v-chem-osobennosti-podhoda/> (дата обращения: 19.10.2023).
37. Федеральная служба государственной статистики URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/13721> (дата обращения: 11.10.2023).
38. Чулкова В.А. Психологические аспекты взаимодействия врача с онкологическим пациентом: учебное пособие / В.А. Чулкова, Е.В. Пестерева, Е.В. Демин, М.В. Рогачев. – СПб.: НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова. – 2015. – 40 с.
39. Шестель Е.А. Пример тактики выбора противоболевой терапии у онкологических пациентов / Е. А. Шестель // Российский журнал боли. – 2018. – № 2(56). – С. 164-165.
40. Шестопалова И.М. Личностные реакции онкологических больных пожилого и старческого возраста / И.М. Шестопалова, Г.А. Ткаченко // Клиническая геронтология. – 2007. – №10. – С. 26-28.
41. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия / Пер. с англ. Т. С. Драбкиной. – М.: Независимая фирма «Класс», 2019. – 576 с.
42. Ялтонский В.М. Психология совладающего поведения: развитие, достижения, проблемы, перспективы / В. М. Ялтонский, Н. А. Сирота // Совладающее поведение. Современное состояние и перспективы / Ответственные редакторы: Журавлев А.Л., Крюкова Т.Л., Сергиенко Е.А.. – Москва : Институт психологии РАН, 2008. – С. 21-54.