

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «ПЕРВЫЙ САНКТ–ПЕТЕРБУРГСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ АКАДЕМИКА И.П.ПАВЛОВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра общей и клинической психологии

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

Выпускная квалификационная работа

на тему:

***Психологические особенности и уровень комплаентности у
онкологических больных***

по специальности 37.05.01 – Клиническая психология

Выполнил:
Студент 6 курса
отделения клинической психологии
Кодичева Милана Сергеевна

Научный руководитель:
кандидат психологических наук, доцент
кафедры общей и клинической психологии
Мухитова Юлианна Владимировна

Санкт–Петербург
2024

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЛАЕНТНОСТИ	7
1.1 Понятие комплаентности. Основы формирования комплаентности	7
1.2 Психологические особенности формирования комплаентности	15
1.3 Специфика психологического формирования комплаентности у онкологических больных	22
2. ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	35
3. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ КОМПЛАЕНТНОСТИ	39
3.1. Сравнительный анализ психологических особенностей и уровня комплаентности у пациентов с разным типом онкологии	39
3.2. Сравнительный анализ психологических особенностей у онкологических пациентов в зависимости от уровня комплаентности	47
3.3. Взаимосвязи психологических характеристик, типа отношения к болезни, уровня комплаентности у пациентов с различными типами онкологии	49
3.3.1. Взаимосвязи психологических характеристик, типа отношения к болезни, уровня комплаентности у пациентов с раком молочных желез	49
3.3.2. Взаимосвязи психологических характеристик, типа отношения к болезни, уровня комплаентности у пациентов с раком крови	53

3.3.3. Взаимосвязи психологических характеристик, типа отношения к болезни, уровня комплаентности у пациентов с опухолями желудочно-кишечного тракта	54
ВЫВОДЫ	58
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	59
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	60
ПРИЛОЖЕНИЯ	65
Приложение 1	65
Приложение 2	68

ВВЕДЕНИЕ

В современных условиях медицина все больше отходит от директивного участия врача в лечении, требуя от пациента самостоятельности и ответственности за свое здоровье. В процессе лечения важно, чтобы и врач, и пациент были максимально сосредоточены на нем, а врач способствовал и помогал пациенту. Включенность пациента в лечение в научной литературе называется «приверженностью лечению» или «комплаентностью».

Комплаентность, по мнению Кадырова Р. В., трактуется как «осознанное сотрудничество между врачом и пациентом, а также членами его семьи, выступающее обязательным условием любого серьезного лечения (особенно при сложных и смертельно опасных заболеваниях), обеспечивающим эффективность лечения» (Кадыров Р. В., 2014).

Манифестация онкологического заболевания накладывает уникальную специфику психологических особенностей формирования комплаентности у пациентов данного профиля. При наличии онкологического заболевания осознанное взаимодействие врача, пациента и членов его семьи становится ключевой частью лечения, способной оказать существенное влияние на течение и исход болезни.

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (2018), рак – это группа заболеваний, характеризующихся тем, что происходят неконтролируемый рост и распространение аномальных клеток. На первом месте по смертности находятся сердечно-сосудистые заболевания, которые являются причиной смерти в 31% случаев, а злокачественные опухоли находятся на втором месте с показателем 16% (ВОЗ, 2018).

Макимбетов Э.К. и др. (2020) приводят следующие статистические данные: «в 2018 г. в мире зарегистрировано 18,1 млн новых случаев заболевания (17,0 млн без учета меланомы кожи) и 9,6 млн случаев смерти от рака (9,5 млн без учета меланомы кожи)».

В настоящее время вопрос влияния приверженности лечению на течение и исход онкологического заболевания является одной из наиболее активно изучаемых тем в области онкопсихологии. Кроме того, немаловажным в данной отрасли психологии является психологический аспект формирования комплаентности.

Актуальность данной работы обусловлена распространенностью онкологических заболеваний, их смертельной опасностью для пациента и важностью формирования комплаентности у онкологических больных.

Гипотеза исследования заключается в том, что уровень комплаентности у больных с разным типом онкологических заболеваний будет связан с уровнем тревожности и тревожным типом отношения к болезни.

Целью данной работы является выявление психологических особенностей онкологических пациентов с высоким и низким уровнем комплаентности.

Задачи:

1. Выявить и сравнить психологические особенности и уровень комплаентности у пациентов в зависимости от типа онкологического заболевания.
2. Выявить и сравнить психологические особенности у онкологических пациентов в зависимости уровня комплаентности.
3. Определить взаимосвязи психологических характеристик, типа и уровня комплаентности у пациентов с разными онкологическими заболеваниями.

Предметом исследования являются психологические особенности (отношение к болезни, уровень комплаентности, психоэмоциональное состояние и тревожность, личностные особенности) пациентов с онкологическими заболеваниями

Объект исследования – пациенты с различными типами онкологических заболеваний. В выборку вошло 60 пациентов, из которых 20 пациентов имеют рак молочных желез (далее – рак МЖ), 20 пациентов – рак

крови, 20 пациентов – опухоли желудочного-кишечного тракта (далее – опухоли ЖКТ). Все пациенты имеют первично манифестированное заболевание. Пациенты в исследовании были разделены на 3 группы по 20 человек в каждой в зависимости от типа заболевания.

Методы исследования:

1. Клинико-психологический метод: сбор анамнестических сведений, беседа с пациентами;
2. Экспериментально-психологический метод:
 - 2.1. Шкала астенического состояния (ШАС, адаптация Т. Г. Чертовой. автор Л. Д. Малкова; Е. И. Рогов, 1999)
 - 2.2. Пятифакторный опросник личности (Хромов А. Б., 2000),
 - 2.3. Опросник «Уровень комплаентности» (Кадыров Р. В., 2014),
 - 2.4. Шкала тревоги Спилбергера-Ханина (Карелин А. А., 2007),
 - 2.5. Методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ; 2005)
3. Методы математико-статистической обработки данных:
 - 3.1. Описательный анализ,
 - 3.2. Сравнительный анализ,
 - 3.3. Корреляционный анализ.

Теоретическая значимость исследования заключается в расширении представлений о психологических особенностях пациентов с онкологическими заболеваниями и их связи с типом и уровнем приверженности лечению.

Практическая значимость работы заключается в разработке методических рекомендаций для врачей-онкологов по выстраиванию контакта с пациентами, первично обращающихся за лечением, с учетом их психологических особенностей, а также-разработки программы психообразования для пациентов с онкологическими заболеваниями.

1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЛАЕНТНОСТИ

1.1 Понятие комплаентности. Основы формирования комплаентности

Для определения такого понятия как комплаентность в литературе можно найти ряд похожих терминов, которые некоторыми авторами соотносятся как синонимы, а другими авторами – как антонимы. Рассмотрим подробно основные из них.

«Приверженность терапии» представляет собой «аспект поведения пациента, связанного с процессом лечения, в соответствии с рекомендациями врача - прием назначенных лекарств, соблюдение разработанной диеты, самостоятельное выполнение рекомендованных физических упражнений в процессе реабилитации и т. п.» (Деларю В. В., Вершинин Е. Г., 2015).

«Комплаенс» («комплаентность») по мнению авторов трактуется как «согласие на лечение, сотрудничество с врачом и выполнение всех требований терапии или же точное и осознанное выполнение рекомендаций врача в ходе лечения» (Деларю В. В., Вершинин Е. Г., 2015). В рамках данной работы для описания приверженности лечению будет использоваться термин «комплаентность».

Для описания данного понятия зарубежные специалисты используют в настоящее время термин «согласие с лечением» (concordance with medication). Упомянутые выше термины (комплаенс, приверженность лечению, согласие с лечением) могут рассматриваться и как неравнозначные, уникальные:

- Первое понятие – комплаенс – определяет степень готовности пациента следовать рекомендациям врача без учета личного мнения пациента относительно лечения.
- Второе понятие – «согласие с лечением». В настоящее время взаимоотношения медицинского специалиста и пациента предполагается конструировать, исходя из принципа партнёрства. Именно данный принцип представляет причину выбора для использования термина «согласие с лечением», которое, в свою очередь, учитывает взгляд, точку зрения именно

пациента на проводимые врачебные манипуляции, назначенные лечебные мероприятия.

- приверженность больного к лечению может проявляться как в отношении следования назначенной фармакотерапии, так и в других медицинских рекомендациях, но зачастую данное понятие соотносится именно с приемом фармацевтических препаратов (Захарова Е. В., 2019).

Таким образом, понятие «комплаенс» следует использовать как обозначение ключевого аспекта взаимодействия в системе врач-пациент, а термин «комплаентность» - как личностные переживания пациентов относительно назначенного лечения.

На формирование комплаенса может влиять ряд факторов.

Данилов С. Д. (2014) пишет, что факторы, оказывающие воздействие на комплаентность могут быть разделены на две категории:

1. Первую категорию представляют внешние факторы. Данные факторы оказывают воздействие на формирование комплаенса и под ними понимают медико-социальные условия:

- Возраст пациента,
- Основные аспекты заболевания, которым страдает пациент,
- Длительность имеющегося заболевания
- Возможное наличие болевого синдрома,
- Особенности сформированного лечебно-диагностического процесса,
- Удобство и доступность назначенного лечения,
- Стоимость назначенных фармацевтических препаратов,
- Наличие/отсутствие у них побочных эффектов воздействия,
- Удобство их применения пациентом;

2. Вторую категорию составляют внутренние факторы, к которым относятся:

- Познавательные особенности
- Эмоционально-поведенческие особенности,

- Особенности личности,
- Своеобразие внутренней картины болезни (Данилов С. Д., 2014).

Существует разделение факторов комплаенса на 4 группы факторов, определяющих комплаенс (Петрова Н. Н., 2021):

1) Факторы, связанные с пациентом:

- Возраст,
- Пол,
- Наличие психопатологических симптомов и синдромов,
- Когнитивные нарушения,
- Эмоциональные нарушения,
- Сопутствующие заболевания;

2) Факторы, связанные с процессом лечения:

- Длительность проведения терапии,
- Путь введения препарата,
- Возможные побочные эффекты,
- Схема дозирования,
- Стоимость лечения;

3) Факторы, связанные с медицинским работником:

- Следование стандартам оказания лечения,
- Уверенность в назначенной терапии,
- Отношения медицинского работника с пациентом,
- Регулярность наблюдения,
- Доступное, понятное информирование об особенностях болезни и её лечения.

4) Факторы окружающей среды:

- Отношение к лечению (со стороны семьи, друзей, социума и т.п.),
- Социальная поддержка,
- Система здравоохранения,

- Финансовая поддержка,
- Отношение общества.

Кроме того, все факторы, влияющие на выполнение пациентами врачебных рекомендаций, разделены на пять взаимодействующих между собой групп:

1. Факторы, касающиеся пациента.
2. Факторы состояния пациента в данный момент времени.
3. Факторы проводимой терапией.
4. Факторы, касающиеся медицинского персонала и системы здравоохранения.
5. Социально-экономические факторы (Бузина Т. С., Бузин В. Н., Ланской И. Л., 2020).

При этом подчеркивается, что ни один из них не является решающим.

В противопоставление комплаенсу выделяется нонкомплаенс – не приверженность лечению. Причины отказа от приема лекарств могут быть различны по своему содержанию. Как правило, они представляют собой следующие особенности:

- Личностные характеристики пациента.
- Тяжесть и длительность заболевания.
- Особенности физического благосостояния пациента.
- Особенности назначенной терапии (режим приема, дозировка, особенности приема лекарства, схемы приема препаратов, побочные эффекты).
- Основные аспекты взаимоотношений в диаде «врач — пациент».
- Поведение врача (Наумова Е. А., Семенова О. Н., 2016).

Зачастую, при хронических бессимптомных болезнях пациентом демонстрируется наиболее низкий уровень выраженности соблюдения рекомендаций врача. Именно в связи с данной особенностью пациенты, которые находятся в ремиссии могут не осознавать важность соблюдения назначенных мероприятий для поддерживающего лечения. Как только такие

пациенты начинают чувствовать себя лучше, они прекращают прием лекарств, то в разы увеличивает риск наступления рецидива.

Среди особенностей, влияющих на формирование нонкомплаентного поведения, выделяются 2 группы:

- Обязательные предикторы:
 - неблагоприятная обстановка в семье,
 - недавнее начало заболевания,
 - отрицательное отношение к лекарствам,
 - возможное наличие зависимости, аддикции от психоактивных веществ,
 - наличие в истории болезни пациента случаев некомплаентного поведения,
 - отсутствие критики к поведению,
 - отсутствие сформированных взаимоотношений «врач — пациент»;
- Необязательные предикторы:
 - Социально-демографические - пол, возраст, образование, семейное положение, этническая принадлежность,
 - познавательные нарушения,
 - эмоциональные нарушения,
 - возможное наличие позитивных симптомов,
 - завышенные дозировки лекарств,
 - возможное наличие побочных явлений,
 - особенности пути введения препарата (Петрова Н. Н., 2021).

Определенного и точного описания комплаенса в литературе на сегодняшний день не существует. В трактовке комплаентности можно найти 2 основных подхода:

1. Качественный подход. Заключается в описании комплаенса как бинарной характеристики, предполагающей наличие комплаентности (комплаенс) или её отсутствие (нонкомплаенс)

2. Количественный подход. Второй подход раскрывается в особенности количественного описания комплаенса от 0 до 100% (Захарова Е. В., 2019).

В литературе встречается разделение подходов к оценке комплаентности (Деларю В. В., Вершинин Е. Г., 2015):

1) Клинический подход.

Когда пациент проходит лечение в стационаре, он неустанно находится под врачебным присмотром. Врач должен проводить осмотры и регистрировать: когда пациенту дали лекарство, в какой дозировке, какое лекарство было дано, как пациент его принял, как он себя чувствует после принятия лекарства. Но не всегда в листе назначения отметка о том, что лекарство было дано, означает именно то, что пациент его принял.

Для того, чтобы убедиться в приеме лекарств врач может опрашивать пациента, уточняя форму, запах, внешний вид и цвет препарата.

Клинические методы оценки комплаенса представляют собой:

- Набирает популярность использование MEMS (Medication Event Monitoring System) и eDEM (Electronic Drug Exposure Monitor) систем, которые представляют собой электронную микросхему, помещенную в крышке стандартного контейнера, используемого для приема лекарств, и регистрирующей каждый эпизод его открытия. Недостаток данного способа состоит в том, что доказательства реального приема лекарства при этом отсутствуют. Кроме того, данный метод технически сложный и финансово не выгодный.

- Проверка концентрации препарата или его компонентов в биологических средах для оценки следования пациентом назначенной фармакотерапии. С одной стороны, это очень точный показатель, который может позволить достоверно оценить прием лекарства. С другой стороны, данный способ финансово затратный, а также может быть недостоверен в связи с индивидуальными физиологическими особенностями. Данный способ

также не показывает регулярность приема. Этот способ во врачебной практике для оценки комплаентности практически не применяется.

2) Социологический подход.

Довольно распространен в научно-исследовательских целях, где и находит широкое применение. В рамках оценки комплаентности пациентов используется анкетирование врачей различных специальностей, которые участвуют в лечении пациента. Проводятся и анкетирования пациентов, участвующих в лечении.

3) Психологический подход.

Свое применение данный подход находит довольно широко в исследовательской деятельности.

Одним из популярных методов оценки комплаентности является достаточно простой тест Мориски-Грин (Деларю В. В., Вершинин Е. Г., 2015). В данном тесте есть 4 вопроса: не пропускаете ли Вы прием препаратов, если чувствуете себя хорошо?; забывали ли Вы когда-либо принять препараты?; если Вы чувствуете себя плохо после приема лекарств, не пропускаете ли Вы следующий прием?; не относитесь ли Вы иногда невнимательно к часам приема лекарств?.

Комплаентность по данному тесту оценивается следующим образом:

1) COMPLAINTными считаются пациенты, ответившие на вопросы «нет» 4 раза (4 балла)

2) Пациенты, которые ответили на 2 вопроса или на 1 вопрос «нет» - не COMPLAINTные (2 балла и меньше)

3) Те пациенты, которые ответили на 3 вопроса «нет» - считаются пациентами, недостаточно COMPLAINTными, находящимися в группе риска (3 балла).

Наиболее популярной методикой оценки комплаентности в настоящее время является методика «Уровень комплаентности» Р. В. Кадырова. Данная методика исходит из наличия у человека общей комплаентности, представленной тремя составляющими:

1. социальная комплаентность — соблюдение лечения, терапии, назначенных рекомендаций ради социального одобрения;

2. эмоциональная комплаентность — эмоциональная значимость соблюдения рекомендованного лечения, обусловленная наличием страхов, опасений и т.п.;

3. поведенческая комплаентность — болезнь в данном случае воспринимается как то, что необходимо победить или преодолеть (Кадыров Р. В., 2014).

По результатам исследования пациентов методикой «Уровень комплаентности» (Кадыров Р. В.) может быть выявлен высокий / средний / низкий уровень эмоциональной, социальной, поведенческой и общей комплаентности.

Помимо приведённых выше методик для оценки комплаентности иногда могут быть применимы:

- Опросник отношения к лекарствам (Шкала оценки отношения к лекарственным препаратам — Drug Attitude Inventory, DAI).

- о Данная методика была предложена в рамках оценки приверженности лечению психиатрическими пациентами.

- о Методика заполняется пациентом. Существует 2 варианта методики - первоначально был вариант с 30 вопросами (DAI-30), в настоящее время есть вариант с 10 формулировками (DAI-10).

- Шкала медикаментозного комплаенса (ШМК).

- о Она была создана в 2012 г. в НИПНИ им. В. М. Бехтерева. Её создание обусловилось наличием программ комплексной терапии коморбидных психических расстройств.

- о Методика является полуструктурированным интервью, в котором пункты шкалы оцениваются и заполняются исключительно врачом-психиатром в процессе клинической беседы с пациентом.

о Заполняя опросник, врачу не следует строго следовать пунктам, использовать прямые вопросы, а предпочтительнее вести беседу в нужном русле, отмечая необходимую информацию на бланке или отдельном листочке.

Последние две методики для оценки комплаентности хорошо разработаны и апробированы в психиатрических учреждениях. Их применение в иных медицинских учреждениях должно осуществляться с учетом данного аспекта.

Таким образом, комплаентность (приверженность лечению) играет одну из самых важных ролей во взаимодействии врача и пациента, направленном на повышение качества жизни пациента. На формирование приверженности или не приверженности влияет ряд факторов, одним из которых и возможно самым важным являются психологические особенности самого пациента. Данный аспект необходимо рассмотреть подробнее в рамках исследования.

1.2 Психологические особенности формирования комплаентности

В процессе лечения пациенту крайне необходимо точно следовать указаниям врача. К сожалению, существует множество проблем, с которыми сталкивается пациент, мешающих неукоснительно выполнять все назначения врача.

Для улучшения приверженности лечению у пациентов необходимо понимать, то, как формируется комплаенс с точки зрения самого пациента, какие психологические особенности помогают соблюдать лечения, а какие мешают придерживаться плана терапии.

Приверженность к лечению - это сложный и многоуровневый механизм, в котором можно выделить несколько этапов:

1. Столкновение с наличием болезни, осознание факта наличия заболевания;
2. Обсуждение особенностей болезни со специалистом;

3. Совместная разработка тактики, особенностей, плана, строения лечения врачом и пациентом;

4. Собственно приверженность лечению как строгое выполнение лечебных мероприятий;

5. Коррекция плана при необходимости, уточнение появившихся у пациента вопросов (Лукина Ю. В., Кутишенко Н. П., Марцевич С. Ю., 2017).

Очевидно, крайне важно для формирования комплаентности учитывать то, что манифестация заболевания сама по себе оказывает огромное влияние на человека и может способствовать как повышению уровня комплаенса, так и его снижению. Так, когда человек узнает о своем диагнозе, формируется особый психологический механизм – «Внутренняя картина болезни».

В рассмотрении Р.А. Лурии – А. Гольдшейдера термин «Внутренняя картина болезни» определяется как «все то, что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений, не только местных болезненных, но его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, о ее причинах, все то, что связано для больного с приходом его к врачу, — весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм» (Лурия Р. А., 1977).

Внутренняя картина болезни (ВКБ) имеет определенную структуру, которая является универсальной для всех людей, вне зависимости от их заболевания. Она состоит из четырех уровней (Лурия Р. А., 1977):

1. Сенсорный уровень (уровень ощущений).

Становление ощущений в рамках формирования ВКБ происходит в 2 этапах:

- На 1 этапе они возникают в виде первичного осознания какого-то неблагополучия, дискомфорта.

- Это проявляется следующим образом - человек еще не может сказать, что с ним не так, поскольку он сам не понимает особенностей своего состояния, так как его ощущения еще не определены.
- Окончание первого этапа связано с осознанием ощущений, их наименованием и обозначением.
- Далее наступает 2 этап сенсорного уровня, когда ощущения становятся как бы симптомами болезни человека («я чувствую сильную слабость и головокружение»).

2. Когнитивный уровень (уровень познания и понимания).

На этом уровне необходимо существование когнитивной модели болезни, которая помогает человеку воспринимать ощущения в теле и ассоциировать их с симптомом болезни.

В дальнейшем этот симптом ассоциируется с самой болезнью, которая характеризуется именно данными ощущениями. Когнитивная модель болезни необходима для оценки возможности угрозы болезни, которая в свою очередь активирует эмоциональную реакцию человека на болезнь.

3. Эмоциональный уровень.

Он представлен всевозможными реакциями человека на болезнь, начиная с отрицания самого факта болезни (анозогнозия) до преувеличения наличия болезни или ее симптомов (гипернозогнозия). Возможно даже ощущение наличие болезни или её симптомов при отсутствии таковых (ипохондрия).

4. Уровень мотиваций.

Данный уровень представлен смысловой составляющей, то есть то, как человек воспринимает болезнь, какой смысл в нее вкладывает. Влияние смысла болезни может быть разнообразным – болезнь как препятствие, как кара, награда или помощь и т.п.

ВКБ в силу её универсальности для всех пациентов является главенствующей психологической основой, которая формирует комплаентность (Продовикова А.Г., Окулова О.А., 2021).

Р. В. Кадыров (2014) пишет, что «правильная оценка больным своего состояния, что бывает при гармоничном типе внутренней картины болезни, является важнейшим фактором формирования комплаентности. В данном случае значение сопутствующих факторов, снижающих терапевтический альянс, уменьшается».

Елфимова Е. В. в своей работе подчеркивает, что «изучение мотивационно-поведенческого компонента и его отражения во внутренней картине болезни представляется чрезвычайно важным при рассмотрении развития личности в условиях хронического заболевания в связи с тем, что мотивы и цели деятельности человека выражаются в его поведении, влияя на направленность больного либо на выздоровление, либо на пассивное отношение к заболеванию» (Елфимова Е. В., 2009).

Павлова О. С., Шапатина О. В. считают, что «учитывая важность роль ВКБ в формировании комплаенса и ее мотивационного аспекта, анализ личности пациента должен опираться на анализ мотивов ведущей деятельности, таких как: их содержание, степень подчинённости, общий профиль мотивационно-потребностной сферы и ценностно-смысловые образования личности в ситуации болезни» (Павлова О. С., Шапатина О. В., 2020).

Остановимся подробнее на отношении пациентов к ВКБ. Необходимо понимать, что не только сам факт наличия ВКБ играет роль в формировании комплаентного поведения пациента, но и личностное отношение определенного пациента к ВКБ оказывает разнообразное влияние на комплаенс.

Так, при преуменьшении или отрицании факта заболевания, а, соответственно и необходимости лечения, полезное и продуктивное взаимодействие врача и пациента нарушается. Для таких пациентов непонятным, сложным и ненужным является факт необходимости лечения. Кроме того, у пациентов встречается амбивалентное отношение к болезни.

Они хотят избавиться от болезни, но находят в ней выгоду, пользу, что препятствует формированию комплаентного поведения.

Павлова О. С., Шапатина О. В. считают, что проблема некомплаентности «включает в себя отсутствие мотивации к лечению, выражается в отказе от лекарственной терапии, прерывании терапии, изменении дозы лекарственного средства пациентом. Все это говорит о плохой приверженности к лечению и также уменьшает продолжительность и качество жизни пациентов» (Павлова О. С., Шапатина О. В., 2020).

Кроме того, согласно авторам, в основе комплаентности лежат следующие психологические установки:

- при анозогнозии пациент не верит, что болезнь существует, а, следовательно, и не соблюдает назначенное лечение;
- при частичном неприятии болезни (например, при наличии вторичной выгоды от болезни) пациент не будет соблюдать рекомендации в полном объеме;
- при гипернозогнозии пациент преувеличивает факт болезни, испытывает тревогу или страх, в следствии чего может не просто соблюдать рекомендации, а чрезмерно их применять (Павлова О. С., Шапатина О. В., 2020).

Помимо ВКБ немаловажную роль в психологическом формировании комплаентности играют и особенности личности пациента. Они сами по себе могут определять особенности ВКБ, её тип, и также оказывают воздействие на приверженность лечению.

В одной из типологий личности относительно приверженности лечению выделяют следующие типы личности (Кадыров Р. В., 2014):

- Все предписания врача выполняются пациентами, имеющими тревожно-мнительный тип личности. Для таких пациентов характерны повышенный уровень тревоги, неуверенность, сомнительность. В случае, если пациенты такого типа не доверяют врачу или если лечение не приносит

результатов, снижается их комплаентность. Они перестают следовать терапии, а иногда и меняют врача.

- Довольно хороший уровень комплаентности демонстрируют пациенты с застревающим типом личности. Для них характерны: ригидность, упорство в последовательности действий, достижении планов и целей, иногда эгоцентризм.

- Сниженный уровень комплаентности характерен для гипертимных личностей. Для них свойственны недооценка тяжести заболевания, быстрая переключаемость взглядов и интересов, неустойчивость в поведении.

- Неустойчивы в комплаентном поведении пациенты, имеющие гипотимичные черты. С одной стороны, они склонны переоценивать тяжесть заболевания, в связи с чем будут строго следовать рекомендациям врача. С другой стороны, при нарастании сниженного настроения, усилении депрессивных черт, они начинают рассматривать лечение как неудачное, не помогающее, снижается их интерес к жизни, а в следствии этого, снижается комплаентность.

- Некомплаентны пациенты, имеющие шизоидный тип личности. Они не соблюдают лечение, так как не доверяют врачу, возможно имеют собственное видение лечения.

Те заболевания, с которыми сталкивается человек за свою жизнь, могут оказать влияние на состояние его психологического равновесия. Это объясняется наличием особого влияния болезни на психологические особенности больного.

Нозогенное влияние приводит к формированию особенных реакций на вопросы лечения, прогнозов и исхода болезни. Вместе с тем, современные исследователи отмечают некоторую схожесть реакций больных на определенной стадии лечения, а также в зависимости от индивидуальных особенностей больного (Петрова Н.Н., 2017).

Обобщая все вышеперечисленные данные Р. В. Кадыров (2014) выделяет следующие основные психологические характеристики комплаентности:

1) Тревога

- характеризуется беспокойством относительно болезни, её влияния, что повышает приверженность лечению.

2) Личный опыт.

- Может быть позитивным или негативным и может иметь соответствующее, позитивное или негативное влияние на комплаентность в зависимости от своего наполнения.

- Положительный опыт увеличивает комплаенс, так как подкрепляет веру человека в возможность выздоровления.

- Негативный опыт снижает комплаенс, так как сталкиваясь с ним, человек перестает в дальнейшем прикладывать усилия для выздоровления.

3) Система и структура ценностей.

- Если для человека его здоровье и благополучие являются важными, становятся ценностями, это безусловно повысит приверженность лечению.

4) Имеющиеся качество и уровень жизни.

- Состояние здоровья играет непременно важную роль в качестве жизни.

- Улучшая состояние здоровья, улучшается качество жизни. Соответственно, если качество жизни является важным для человека, то и его поведение будет комплаентным.

5) Психологическое благополучие.

- Болезнь – это не только физическое, но и психическое неблагополучие.

- Для улучшения своего психического состояния, которое в большей степени может ухудшать общее благосостояние, человек следует назначенному лечению и рекомендациям.

Таким образом, для понимания механизмов психологического формирования комплаентности наиболее важно учитывать личность пациента и основные личностные особенности, а также внутреннюю картину болезни. Все описанные выше особенности неспецифичны и могут рассматриваться при наличии любого заболевания. В данной работе необходимо рассмотреть специфику психологического формирования комплаентности именно у онкологических больных.

1.3 Специфика психологического формирования комплаентности у онкологических больных

Обычно, врач, занимающийся лечением пациента, подробно продумывает план лечения для достижения наибольшей его эффективности. Зачастую, врач не придает должного внимания психологической стороне заболевания. Так, «личность самого больного, его переживания и психоэмоциональное состояние, оказывающие влияние на лечение, зачастую учитываются врачом в меньшей степени» (Тарабрина Н. В., 2010).

При наличии онкологического заболевания включенность самого врача в сотрудничество крайне важно. Его задачами становятся помощь пациенту в адаптации к ситуации жизни в болезни.

Согласно исследованию Холланда Дж., Ватсона М., направленному на выявление социально-психологических нужд онкологических пациентов, «наиболее эффективными оказались меры по улучшению коммуникации между врачом и пациентом и только потом — психотерапевтическое и психологическое консультирование, а применение психофармакологических средств — на третьем месте» (Холланда Дж., Ватсона М., 2013).

По мнению Thome S. E., Bultz B.D., Baile W. F «новые высокотехнологичные методы диагностики и лечения онкологических больных сосредотачивают внимание врача на проводимом лечении и ответственности за его результат» (Thome S. E., Bultz B.D., Baile W. F., 2005).

Чулкова В. А. считает, что «трудность для врача составляет необходимость создания индивидуальных отношений с каждым пациентом, но при этом он должен исходить не из своих личных предпочтений и оценок, а руководствоваться осуществлением цели своей профессиональной деятельности. Такие взаимоотношения влияют не только на эмоциональное состояние больного, но и на самого врача, способствуя его эмоциональному выгоранию» (Чулкова В. А. и др., 2012).

Большинство пациентов считают идеальным врачом человека того же пола, вероисповедания, сексуальной ориентации и преклонного возраста, хотя наиболее важными являются личные и харизматические характеристики. Как правило, у пациентов существует тенденция выбирать врачей своей или родственной национальности.

Важность религиозного компонента в построении лечебных мероприятий ни в коем случае нельзя упускать из виду. Так, по мере увеличения числа верующих, этот компонент нельзя не включать в построение плана лечения, потому что особенности жизнедеятельности религиозных пациентов напрямую связаны с нормами и традициями их религии

Существует мнение, что обращение за медицинской помощью к врачу другой религии можно считать отходом от позиции веры. Это особенно очевидно в случае с мусульманскими женщинами.

Кроме того, среди личных и характерных черт пациент предпочитает:

- Уважение,
- Внимание,
- Любовь к профессии,
- Доброту,
- Почтительность,
- Искренность,
- Чувствительность,
- Чувство юмора.

Васильева Ю. В. пишет, что «с точки зрения пациента, наиболее существенным в образе идеального врача является эмпатия и стиль общения» (Васильева Е.Ю., 2020).

Взаимодействие врача и пациента обязательно сопровождается асимметрией. В то время как пациент находится в уникальном и часто критическом состоянии, для врача это одно из множества взаимодействий с пациентами, с которыми он одновременно сталкивается в процессе лечения.

Роль врача в психологическом формировании комплаентности является одной из главенствующих. В рамках данной работы необходимым для изучения является именно психический мир больного онкологическим заболеванием, его личность и особенности влияния манифестации заболевания.

Диагностика онкологического заболевания разрушает иллюзию бессмертия и ставит под угрозу саму жизнь человека. Страх перед смертью становится центральным переживанием для онкологического больного, нарушая привычную картину мира, которая формируется в течение жизни и отвечает его потребности в безопасности

В результате постановки онкологического заболевания, стабильная жизнь пациента оказывается нарушена. Он теряет контроль над ситуацией, своим здоровьем и будущим, что вызывает чувство беспокойства и неопределенности.

С позиций клинической психологии, ситуацию онкологического заболевания можно охарактеризовать не просто как стрессовую, а как «экстремальную или кризисную ситуацию, для которых характерными являются сверхсильные предельные переживания» (Семиглазова Т. Ю., Ткаченко Г. А., Чулкова В. А., 2016).

Экстремальные эмоциональные переживания у пациентов с онкологическим заболеванием могут представлять опасность для их психического благополучия, приводя к возникновению посттравматического

стрессового расстройства. Это состояние наблюдается у примерно каждого пятого пациента с онкологическим диагнозом.

Заливин А. А., Набока М.В., Волосникова Е.С. обращают внимание на то, что «ситуация онкологического заболевания наполнена мучительными и сверхсильными переживаниями больного, требующими огромной душевной работы для разрешения экзистенциальных и других психологических проблем, возникших или ставших актуальными в связи с болезнью. При отсутствии своевременной психологической помощи у таких пациентов в будущем может сформироваться даже посттравматическое стрессовое расстройство» (Заливин А. А., Набока М.В., Волосникова Е.С., 2019).

У пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями, клиническая картина посттравматического стрессового расстройства может проявляться следующими симптомами:

- Пациент отказывается вести беседу о своем заболевании;
- Постепенно возникают нарушения сна, затруднения с засыпанием, нарастает раздражительность и начинают периодически встречаться вспышки гнева;
- Пациент теряет интерес к жизни, попросту не видит в ней смысла;
- Пациенту могут начать сниться кошмары в виде навязчивых непрекращающихся снов о событиях, связанных с заболеванием;
- Пациент не может заставить себя встретиться со своим лечащим врачом, избегает его, мысли о нем вызывают эмоциональный дискомфорт или даже плач;
- Любая боль или другие непонятные больному физические ощущения вызывают у него невротические и психосоматические симптомы, которые символизируют для больного рецидив заболевания, проявление метастазов;
- Пациент просит не обсуждать с ним тему его болезни, может даже отрицать факт болезни;

- В случае сильного эмоционального стресса пациент может изолироваться от других людей, чтобы не сталкиваться с возможностью упоминания его болезни
- Могут возникнуть затруднения с сосредоточением внимания, повышенный уровень настороженности (Тарабарина Н. В. и др., 2010).

Наличие достаточной информации играет важную роль в формировании адекватного отношения больного к своему заболеванию. Когда пациент получает лишь скромные сведения о своем состоянии, например, ограничивающиеся только диагнозом, а все вопросы о лечении и своем общем состоянии остаются без ответов, это только усиливает его тревогу. Такой подход создает место для появления страхов и может даже способствовать развитию или усилению симптомов заболевания.

Так, по мнению Холланда Дж., Ватсона М., «практически все больные признают руководящую роль врача в лечении — это и есть признак того, что больные сами не контролируют ситуацию заболевания и лечения» (Холланд Дж., Ватсон М., 2013).

Непосредственную роль в комплаентности онкологических больных играет личность и ее особенности. Биктина Н.Н., Кекк А.Н., 2015), описывая психологические особенности людей с злокачественными новообразованиями, отмечают, что «сниженная чувствительность, ослабленная способность осознавать собственное эмоциональное состояние, личностная инфантильность зачастую компенсируются такими качествами, как рационализм и ипохондричность» (Биктина Н.Н., Кекк А.Н., 2015).

Кроме того, авторы уделяют инфантилизму особое место в портрете личности онкологического больного и обращают внимание на то, что «пациентам присуще реагирование на события, неадекватное степени их тяжести, и склонность к избеганию угрозы» (Биктина Н.Н., Кекк А.Н., 2015).

По мнению Тарабариной Н. В. «сохранение привычного способа действия и эмоционального состояния, игнорирование собственных

переживаний приводит к еще большей «инфантилизации» психики» (Тарабрина Н. В., 2010).

Другим важным компонентом является отношение пациента к болезни и тот факт, что онкологические больные часто живут воспоминаниями о прошлом, и в диалогах часто прослеживаются обсуждения событий далекого прошлого. Планы на будущее часто расплывчаты, и их обсуждение усиливает тревогу и напряжение.

В онкологическом отделении находятся пациенты с различными картинами заболевания, вместе с тем их объединяет переживание расставания с семьей, с профессиональной деятельностью. Из-за длительности своего лечения они испытывают волнение, касательно своих болезненных ощущений. Пациенты могут испытывать физический дискомфорт, вызванный психологической установкой на такого рода ощущения (Новик А.А., 2002).

Проявление таких признаков, как волнительность, беспокойство, порождают у пациентов еще большие переживания, провоцируют возникновение невротоподобных характерных синдромов (Сапренков П.М., 2017).

Наиболее частое проявление синдрома вегетативных расстройств характеризуется нарастанием боли, повышением давления, таким признаком, как онемение рук или ног и пр. Больные могут отмечать ощущение замирания в грудной области (Русина Н.А., 2002).

Астенический синдром состоит в характерной повышенной усталости организма, больной испытывает понижение интереса и возможностей выполнения трудовой деятельности. Человек испытывает понижение уровня памяти и внимания. Ночной сон беспокойный, а настроение больного часто меняется (Семиглазова Т.Ю., 2013).

При обсессивном синдроме, в данном случае, наиболее частым явлением выступает проведение необходимых для больного ритуалов, что

существенным образом мешает нормальному диалогу и контакту с окружающим миром и людьми (Павлов Ю.Д., 2017).

При фобическом синдроме пациенты испытывают чувство страха. Наиболее часто такой синдром проявляется у пожилых людей. Встречается также ипохондрический синдром, который находит проявление в излишнем переживании о состоянии своего здоровья. Наиболее характерным проявлением является присвоение и поиск у себя таких болезней, которые не имеют место быть у данного человека. (Соловьёва С. Л., 2007).

Более детального рассмотрения требуют расстройства, характеризующиеся как депрессивные. Человек, для которого характерны депрессивные нарушения, зачастую прибегает к мерам по выполнению антивитаальных действий, в том числе и самоубийство (Гнездилов А.В., 1977).

Примечательно, что является недостаточным пресечение суицидальных действий, а вместе с тем, нужно и устранить предпосылки к таким действиям. В таком случае особенно важным является установление качественного контакта, характеризующего психологическое доверие пациента. Проявление внимания и понимания позволяют больному испытать ощущение заботы о нем и нужности (Болучевская В.В., 2018).

Контакт не должен быть настроен на переживание негативного опыта, направление должно задаваться в позитивное русло. Интересно заметить, что самые сложные, глубокие и насыщенные контакты психологического характера должны быть реализованы с теми группами пациентов, которые имеют наибольшую глубину и сложность проблем (Бажин Е.Ф., 1980).

Иными словами, чем сложнее проблема, тем более доверительный и сильный контакт должен подлежать установке. Грамотное ведение беседы позволит человеку, испытывающему разного рода депрессивные переживания, освободиться от груза переживаний и волнений, выплеснуть те позывы и импульсы, которые приводят к совершению суицидальных мыслей (Карпов А.В., 2018). Возможно возникновение разного рода психических

состояний у больных не только со сложными диагнозами, но и с повышенной температурой, насморком и пр.

При наличии онкологического заболевания особое значение отводится вопросам оказания деонтологической помощи (Чулкова В.А., 2016). Сюда следует включать качественную необходимую помощь не только самому больному, но и его родным.

Применение тактики, предполагающей щадящее отношение к вопросам психологического состояния больного, подлежит выполнению с момента обнаружения заболевания (Васильева А.В., 2016).

В первую очередь, это касается исключение из лексического рациона слов, характеризующих онкологическое заболевание как «рак», «метастаз» и пр. Предполагается необходимым осуществление некоторых изменений в названии заболевания и его озвучивании, в обозначении стадий заболевания.

Необходимо определить заболевание, иными словами, которые не ассоциируются у людей с неминуемой смертью. Подобная замена термина позволяет индивиду более спокойно и осознанно принять свою болезнь. В данном случае онкологическое заболевание воспринимается как состояние, поддающееся лечению, лишённое страха, привычно сопутствующего этому диагнозу (Русина Н.А., 2002).

Мягкие техники могут быть контрпродуктивными, если их не применять должным образом. Пациенты будут чувствовать тревогу, уязвимость и недостаточность. Поэтому особенно важно определить пациента как стандартный объект отношений в здравоохранении (Чойнзонов Е.Л., 2008).

У пациента необходимо убрать негативное восприятие его исключительности, сложности и неизлечимости болезни. Также следует приложить усилия для того, чтобы он вступил в общение и повседневную жизнь. Психологическая работа должна проводиться осторожно, в частности, не следует касаться вопросов о длительности операции и о том, что не назначена интенсивная лучевая терапия. При проведении операции,

направленной на паллиативную помощь, не следует сообщать об этом пациенту (Новик А.А., 2002).

Психотерапия, оказываемая пациентам онкологического профиля, предполагает наличие определенных, последовательных этапов согласно последовательности прохождения лечебно-диагностического процесса (Семиглазова Т.Ю. и др., 2015).

1. Этап диагностики

Этап диагностики является одним из наиболее важных с точки зрения тяжести реакций и для определения их дальнейшей динамики. На этом этапе пациент впервые напрямую сталкивается с фактом подозрения или наличия рака. Для пациента становится сложной даже необходимость дать согласие на обследование и лечение. Ткаченко Г. А. пишет, что «У большинства пациентов (до 90%) наблюдаются тяжелые и умеренные тревожные и депрессивные расстройства, а у некоторых пациентов - острые шоковые реакции» (Ткаченко Г. А., 2010).

В ситуации отсутствия внедрения взаимодействия пациента с психологом на данном этапе лечебно-диагностического процесса, первичные психологические проблемы, с которыми сталкивается человек, могут значительно ухудшить его и психическое, и даже физическое состояние, что ухудшает качество жизни и способность в дальнейшем справляться с трудностями (Семиглазова Т.Ю., 2016).

Кирюхина М. В. пишет, что «Для снижения у больных эмоциональных расстройств и положительного влияния на соблюдение больными дальнейшего режима противоопухолевого лечения, повышения их личностной комплаентности используются следующие психокоррекционные мероприятия: для индивидуальной коррекции применяются личностно-ориентированные методы, которые включают, прежде всего, убеждение» (Кирюхина М. В., 2016).

Перечисленные автором методы могут использоваться при психотерапии с пациентами, обладающими высоким уровнем

интеллектуального развития. Благодаря помощи психолога ни могут справиться с эмоциональным напряжением, тревогой, возникшими в результате столкновения с возможностью наличия заболевания. Со стороны психолога очень важно специализироваться в онкопсихологии, использовать мультидисциплинарный подход, чтобы иметь возможность оказать пациенту эффективную и продуктивную помощь.

В качестве методов работы могут быть использованы техники когнитивно-поведенческой терапии. С помощью данного подхода психолог может трансформировать дезадаптивные убеждения пациента относительно болезни и оказываемых лечебно-диагностических мероприятий, а также способствовать коррекции некомплаентного поведения.

2. Этап поступления в стационар

На данном этапе пациент уже понимает, что с ним происходит, его эмоциональный фон начинает стабилизироваться. Начинается процесс адаптации к наличию заболевания. Но при поступлении в стационар на психологическое состояние пациента могут оказывать воздействия различные факторы, имеющие как негативный, так и позитивный эффект.

К факторам, оказывающим позитивное влияние на этапе поступления в стационар, относятся непосредственное начало лечения, отношение медицинского персонала и его внимательность к пациенту, наблюдение за примерами лечения и выздоровления других пациентов.

Негативно действующими факторами на данном этапе могут быть изоляция в медицинском учреждении, отрыв от семьи и близких людей, что вызывает одиночество у пациентов, столкновение с неблагоприятным исходом болезни (ухудшение здоровья), возможных осложнениях от лечения.

Если в стационаре пациент сталкивается с ухудшением состояния пациентов, имеющих сходное онкологическое заболевание, или даже со смертью пациентов, то это оказывает значительно сильное отрицательное влияние на состояние пациента. Психологу очень важно обсудить с пациентом его страхи и опасения относительно лечения.

Психоэмоциональное состояние пациентов зачастую может сказываться и на их когнитивном функционировании. Начало приема терапии, сильный стресс и эмоциональное напряжение могут ухудшить концентрацию и устойчивость внимания пациентов, их память, моторные функции и т.п.

На данном этапе психологу важно отслеживать любые изменения у пациентов и вовремя внедрять психотерапевтическую и психокоррекционную работу над психологическими проблемами пациента. Без своевременного вмешательства психолога состояние таких больных может значительно усугубиться, что скажется и на общем состоянии здоровья, и на комплаентности больных, и на возможном ухудшении симптомов. В таком случае может наблюдаться и возникновение психических расстройств.

В качестве методов работы на данном этапе психолог может использовать арт-терапию, которая показывает эффективность воздействия в ситуации нормализации психоэмоционального состояния. Также можно использовать релаксационные, визуализационные техники, способные помочь клиенту справиться со страхом, тревогой.

3. Предоперационный период

После поступления в стационар одной из самых опасных для психоэмоционального состояния пациентов ситуаций может быть ожидание операции. Может наблюдаться высокий уровень тревоги в предоперационном периоде.

В большей степени на возникновение тревожного состояния могут оказывать влияние: страх наркоза, риск летального исхода, страх не проснуться, рассказы других больных о проблемах, возникающих во время операции, реальное столкновение с примерами неудачно проведенных операций.

Психолог на данном этапе обсуждает с пациентом его чувства, эмоции, убеждения, страхи относительно операции. Пациента необходимо психологически подготовить и принять факт операции.

4. Послеоперационный период

В этом периоде, как правило, не наблюдается серьезного ухудшения состояния пациентов. После операции пациент воодушевляется, ведь все прошло хорошо, ему помогли. На этом этапе преобладают астено-депрессивный и тревожно-ипохондрический синдромы (Семглазова Т. Ю., 2015).

После операции пациент может продолжать бояться осложнений, его организм истощен и требует восстановления сил. Для данного этапа характерна апатия, общая физическая усталость, обусловленная именно восстановлением после операции.

Психолог также продолжает работать с пациентами, их страхами и опасениями. Важно на этом этапе обсудить с пациентами тактику дальнейших действий относительно лечения.

5. Выписка

На данном этапе пациент чувствует облегчение в связи с окончанием сложного этапа лечения. У него все равно могут остаться опасения и страхи относительно его болезни и состояния. Таким пациентам тяжело привыкать самостоятельно, без врачебного надзора, справляться с лечением и поддерживающей терапией.

Именно после выписки очень важно сформировать комплаентное поведение и обеспечить пациентами способами поддержки. Пациент должен понимать зачем ему в дальнейшем необходимы лечение и профилактика заболевания, какие мероприятия ему необходимо выполнить, как ему можно вновь обратиться за помощью в случае затруднений.

Особо важно внедрить семью пациента и его близких в лечебно-профилактические мероприятия. Если семья не готова оказывать поддержку, не знает, как помочь пациенту, а иногда и не понимает состояния пациента и необходимость оказания помощи, то все это может привести к ухудшению состояния пациента, его изоляции от семьи, нарушению приема лекарств и схемы лечения.

Поэтому, по мнению Семке В. Я., «немаловажным аспектом в работе психолога является оказание помощи и поддержки родственникам и близким больного, которые также находятся в состоянии стресса и испытывают порой даже большие переживания, чем сам больной» (Семке В. Я., 2008).

Таким образом, специфика психологического формирования комплаентности у онкологических больных заключается в немаловажной роли врача и взаимодействии пациента с ним, кризисностью ситуации онкологического заболевания и эмоционально-личностных особенностях пациентов, включая их внутреннюю картину болезни.

2. ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Характеристика выборки

Исследование проводилось на базе клинического онкологического диспансера №1 г. Краснодара, Армавирского онкологического диспансера, Онкологического центра в Краснодаре «Евроонко».

В проведенном исследовании приняло участие 60 испытуемых, из них 20 пациентов имеют рак молочных желез, 20 пациентов – рак крови (лимфому), 20 пациентов – опухоли желудочно-кишечного тракта. Средний возраст испытуемых составил 46 лет \pm 9 лет.

Все пациенты имеют первично манифестированное заболевание, находятся в стадии ремиссии или на поддерживающей терапии. Средний возраст испытуемых в первой группе (рак молочных желез) составляет 46,3 лет. Во второй группе (рак крови) – 38,3. В третьей (опухоли ЖКТ) – 46,7. Пациенты в исследовании были разделены на 3 группы по 20 человек в каждой в зависимости от типа заболевания.

2.2 Организация и этапы исследования

Гипотеза исследования заключается в том, что уровень комплаентности у больных с разным типом онкологических заболеваний будет связан с уровнем тревожности и тревожным типом отношения к болезни.

Целью данной работы является выявление психологических особенностей онкологических пациентов с высоким и низким уровнем комплаентности.

Задачи:

1. Выявить и сравнить психологические особенности и уровень комплаентности у пациентов в зависимости от типа онкологического заболевания.

2. Выявить и сравнить психологические особенности у онкологических пациентов в зависимости уровня комплаентности.

3. Определить взаимосвязи психологических характеристик, типа и уровня комплаентности у пациентов с разными онкологическими заболеваниями.

Предметом исследования являются психологические особенности (отношение к болезни, уровень комплаентности, психоэмоциональное состояние и тревожность, личностные особенности) пациентов с онкологическими заболеваниями

Исследование проводилось в несколько этапов.

Первый этап исследования заключался в формировании экспериментальных групп на основании имеющейся медицинской информации посредством изучения медицинской документации. Особое внимание уделялось типу онкологического заболевания и первичность его манифестации.

Следующий этап исследования – экспериментальный. Он состоял в проведении подобранных в соответствии с поставленными задачами, экспериментально-психологических методов.

Для определения психологических особенностей испытуемых использовались методики для оценки эмоционального состояния (шкала астенического состояния; шкала тревоги Спилбергера-Ханина), личностных особенностей (Пятифакторный личностный опросник), типа отношения к болезни (методика «ТОБОЛ»). Был изучен тип и уровень комплаентности пациентов при помощи методики «Уровень комплаентности» (Кадыров Р. В.).

Следующий этап состоял в обработке собранных материалов с помощью методов математической статистики.

Заключительный этап состоял в описании и интерпретации полученных результатов.

2.3 Методы исследования

В соответствии с поставленными задачами исследования были использованы клинико-психологические (сбор анамнестических сведений, беседа с пациентами), экспериментально-психологические методы исследования и методы математико-статистической обработки данных.

2.3.1 Экспериментально-психологические методы

Для изучения психологических особенностей формирования комплаентности онкологических больных проведено экспериментально-психологическое исследование, реализованное при помощи следующего инструментария:

1. Шкала астенического состояния (ШАС)

Авторы (адаптация): Л. Д. Майкова, Т. Г. Чертова (1999)

Цель: исследование выраженности астенического состояния

Процедура проведения: испытуемый читает каждое предложение опросника и оценивает его по предъявленной инструкции.

2. Пятифакторный опросник личности

Автор (адаптация): А. Б. Хромов (2000)

Цель: исследование личностных особенностей путем оценки 5 личностных факторов (нейротизма, эстраверсии, открытости опыту, согласия, сознательности)

Процедура проведения: испытуемый читает каждый пункт методики и оценивает его по предъявленной инструкции.

3. Опросник «Уровень комплаентности»

Автор: Р. В. Кадыров (2014)

Цель: исследование типа и уровня комплаентности

Процедура проведения: испытуемый читает каждый пункт методики и оценивает его по предъявленной инструкции.

4. Шкала тревоги Спилбергера-Ханина

Автор: Ч. Д. Спилбергер (адаптация Ю. Л. Ханина, 1978)

Цель: исследование личностной и ситуативной тревожности

Процедура проведения: испытуемый читает каждый пункт методики и оценивает его по предъявленной инструкции.

5. Методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ; 2005)

Автор: Л.И. Вассерман и др. (1987)

Цель: диагностика вариаций индивидуальных реакций в ответ на болезнь, а также определение типа отношения к болезни у пациентов с различными заболеваниями.

Процедура проведения: испытуемому предъявляется бланк с 12 группами утверждений. В каждой группе он должен выбрать одно или максимум два утверждения, которые наиболее полно описывают его состояние.

2.3.2. Методы математико-статистической обработки данных

Полученные результаты были статистически обработаны в программах: Excel, Statistica 7. Были использованы следующие методы математико-статистической обработки данных:

1. Описательный анализ – для анализа характера распределения данных
2. Сравнительный анализ – критерий Краскела-Уоллиса для оценки различий между 3 независимыми выборками.

3. Корреляционный анализ – для выявления взаимосвязей психологических особенностей пациентов с типом и уровнем комплаентности.

3. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ КОМПЛАЕНТНОСТИ

3.1. Сравнительный анализ психологических особенностей и уровня комплаентности у пациентов с разным типом онкологии

В исследовании приняли участие 60 онкологических пациентов, имеющих три типа онкологических заболеваний. Респонденты были разделены на группы в зависимости от типа заболевания (далее):

- группа 1 – пациенты с раком МЖ (n=20),
- группа 2 – пациенты с раком крови (n=20),
- группа 3 – пациенты с опухолями ЖКТ (n=20).

Был проведен сравнительный анализ степени выраженности астенического состояния у испытуемых при его оценке с помощью Шкалы астенического состояния (ШАС) в исследуемых группах. Результаты представлены на рисунке 1.

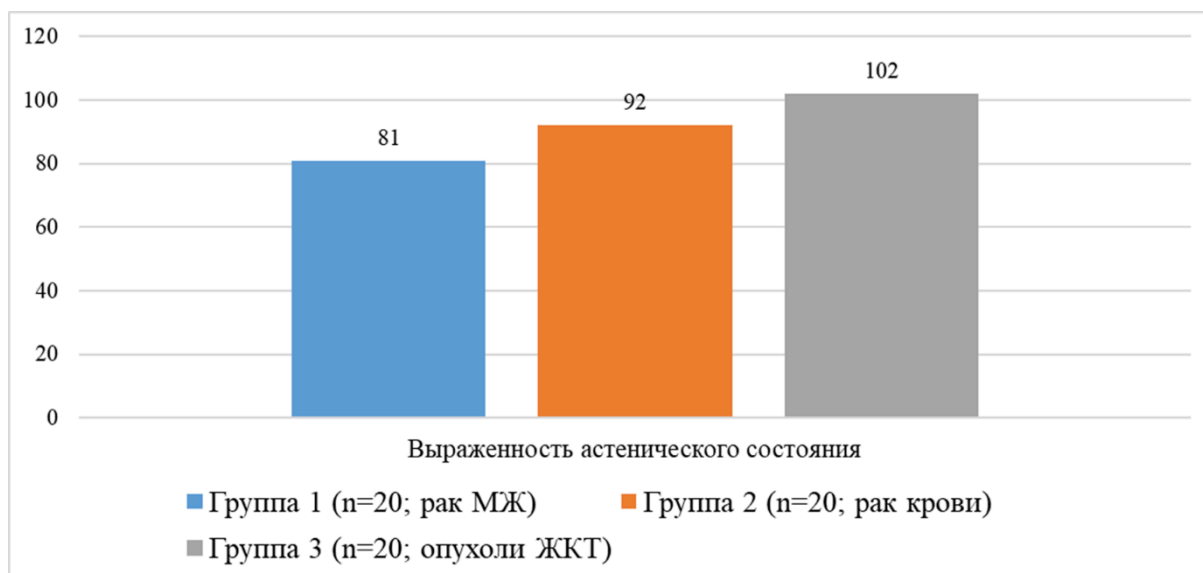


Рис. 1. Выраженность астенического состояния у пациентов с разным типом онкологии (в процентах)

По результатам оценки выраженности астенического состояния в группе 1 (рак молочных желез) большинство испытуемых имеет умеренно выраженную астению (81 балл).

В группе 2 (рак крови) среднее значение по данной методике составило 92 балла \pm 13 баллов, что соответствует умеренно выраженной астении.

В группе 3 (опухоли ЖКТ) средний балл по методике 102 \pm 13 баллов, что соответствует выраженной астении.

Результаты сравнительного анализа (критерий Краскела-Уоллиса) уровня астенического состояния у пациентов с разным типом онкологических заболеваний не демонстрируют достоверно значимые отличия.

Был проведен сравнительный анализ личностных характеристик онкологических пациентов при помощи Пятифакторного личностного опросника. Результаты представлены на рисунке 2.

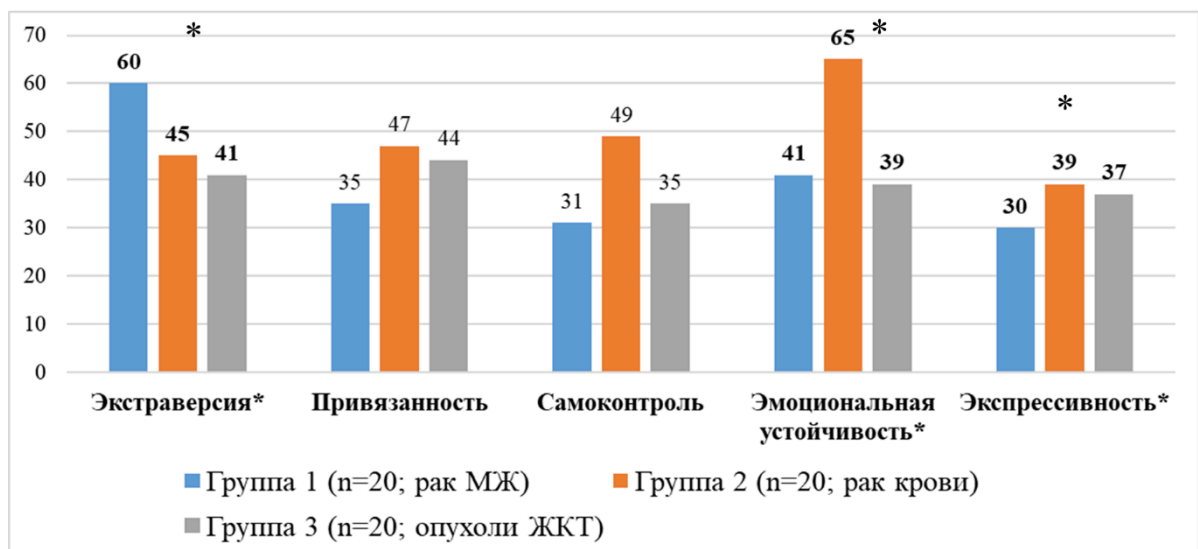


Рис. 2. Личностные особенности испытуемых (в баллах) (*-достоверность различий при $p \leq 0,05$)

По результатам исследования личностных особенностей в 1 группе выявлена высокая экстраверсированность испытуемых (60 баллов) при обособленности (35 баллов по шкале привязанности), импульсивности (31 баллов по шкале самоконтроля), средней эмоциональной устойчивости (41) и практичности (30 баллов по шкале экспрессивности).

Среди личностных особенностей второй группы выделяется высокая эмоциональная устойчивость (65) и средне выраженная экстраверсия (45), привязанность (44), самоконтроль (49), экспрессивность (39).

В 3 группе у пациентов снижен самоконтроль (35), и они характеризуются практичностью в поведении (37 по шкале экспрессивности), эмоциональной неустойчивостью (39), привязанностью (44), экстраверсией (41).

Согласно проведенному сравнительному анализу группы статистически значимо различаются по уровню экстраверсии, эмоциональной устойчивости, экспрессивности, то есть для групп пациентов разных типов онкологии характерны различия в степени эмоциональной устойчивости, открытости к общению с другими людьми и ответственности по отношению к жизни.

Пациенты с раком молочных желез (группа 1) наиболее открыты к общению с другими людьми, средне эмоционально устойчивы и реалистично относятся к жизненным событиям.

Пациенты с раком крови (группа 2) высоко эмоционально устойчивы, менее открыты к общению с другими людьми и склонны недооценивать события, происходящие в их жизни.

Для пациентов с опухолями ЖКТ (группа 3) в наименьшей степени характерна открытость при общении с другими людьми, они эмоционально неустойчивы и в большей степени реалистично относятся к жизни, принимая ответственность за все события, происходящие с ними.

Был проведен сравнительный анализ уровня комплаентности пациентов к лечению с помощью опросника «Уровень комплаентности» (Кадыров Р. В.). Результаты представлены на рисунке 3.

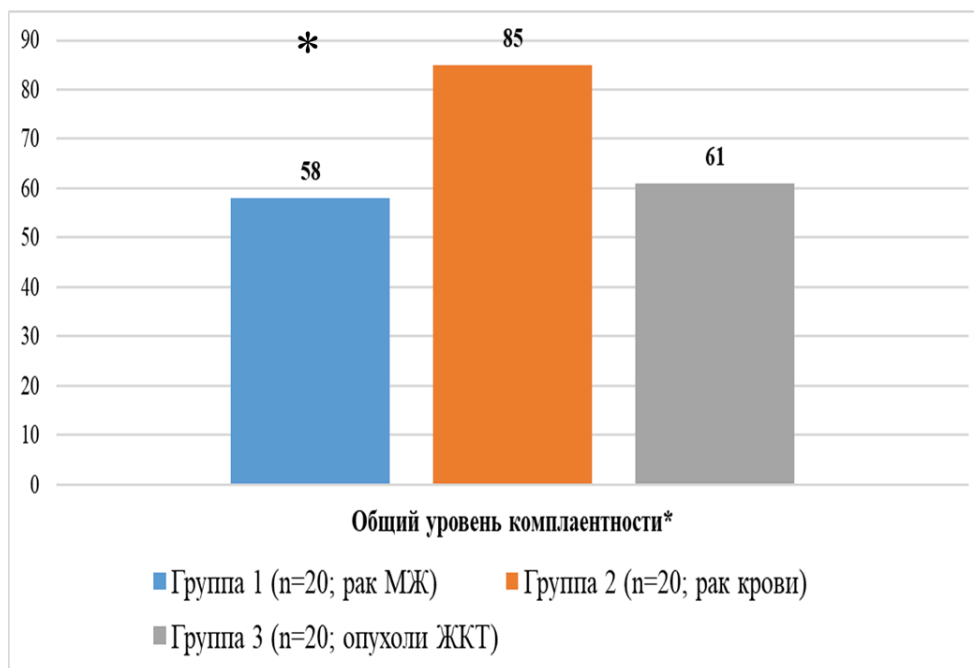


Рис. 3. Общий уровень комплаентности у пациентов с различными типами онкологии (в баллах) (*-достоверность различий при $p \leq 0,05$)

Согласно результатам исследования пациентов, при помощи опросника «Уровень комплаентности» у пациентов группы 1 и группы 3 обнаружена комплаентность среднего уровня (58 и 61 балл соответственно), а у пациентов группы 2 – высокий уровень комплаентности (85 баллов).

Сравнительный анализ показал достоверные различия в изучаемых группах по уровню комплаентности, то есть пациенты, в зависимости от типа онкологии различаются по степени приверженности лечению. Наиболее комплаентная группа – пациенты с раком крови.

Был проведен сравнительный анализ типов комплаентности в изучаемых группах. Результаты представлены на рисунке 4.

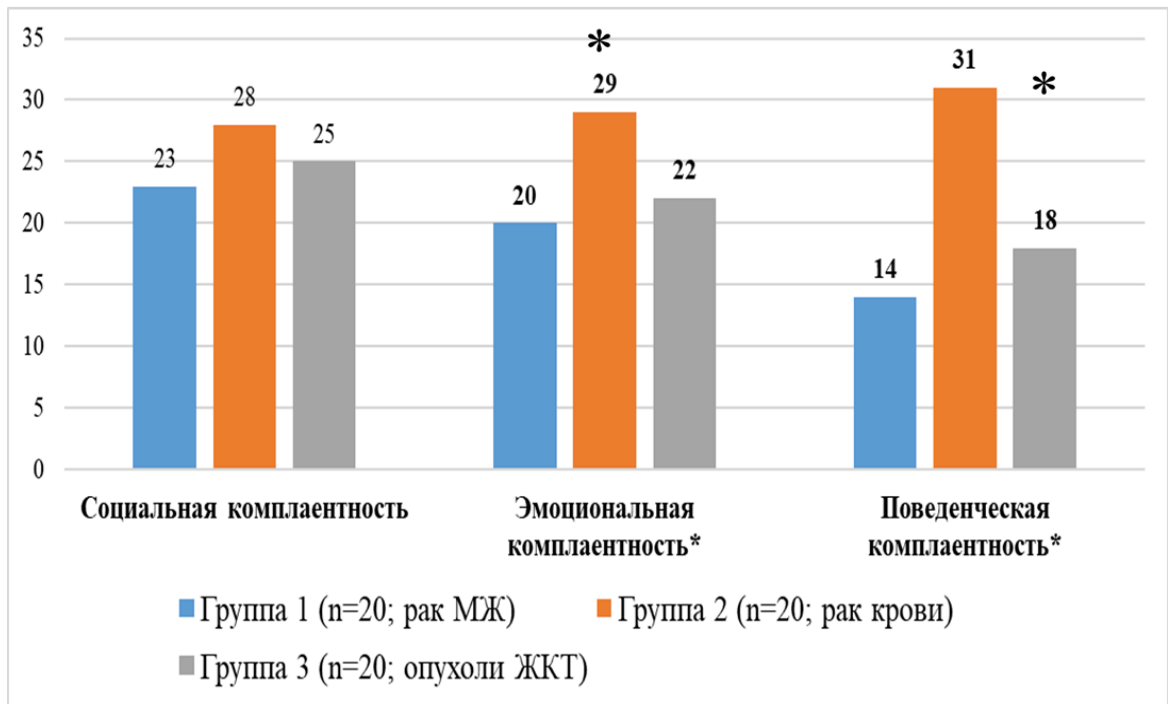


Рис. 4. Типы комплаентности в группах (в баллах) (*-достоверность различий при $p \leq 0,05$)

По результатам оценки типов комплаентности пациентов с различными типами онкологических заболеваний в первой группе выявлен средне-выраженный уровень социальной и эмоциональной комплаентности (23 и 20 баллов соответственно), не выраженный уровень поведенческой комплаентности (14 баллов).

Во второй группе выявлен средне-выраженный уровень социальной и эмоциональной комплаентности (28 и 29 баллов соответственно), значительно выраженный уровень поведенческой комплаентности (31 балл).

В 3 группе выявлен средне-выраженный уровень социальной, эмоциональной и поведенческой комплаентности (25, 22, 18 баллов соответственно).

По результатам сравнительного анализа группы пациентов статистически достоверно различаются по показателям эмоциональной и поведенческой комплаентности, то есть пациенты с разными типами онкологии имеют различия в данных типах комплаентности.

Для пациентов с раком молочных желез (группа 1) характерен средне-выраженный уровень эмоциональной комплаентности и не выраженный уровень поведенческой комплаентности.

Пациенты с раком крови (группа 2) имеют чуть больший средне-выраженный уровень эмоциональной комплаентности и значительно выраженный уровень поведенческой комплаентности.

Пациенты с опухолями ЖКТ (3 группа) имеют средне-выраженные уровни эмоциональной и поведенческой комплаентности.

С целью повышения комплаентности пациентов при планировании лечения необходимо учитывать, что для пациентов с раком молочных желез наиболее подходящий аспект – эмоциональный, для пациентов с раком крови – поведенческий, для пациентов с опухолями ЖКТ – и эмоциональный, и поведенческий.

Статистически достоверных различий в уровне социальной комплаентности не обнаружено, что может быть обусловлено высокой социальной значимостью болезни в жизни пациентов.

Был проведен сравнительный анализ уровней личностной и ситуативной тревоги при помощи шкалы тревоги Спилбергера-Ханина. Результаты представлены на рисунке 5.

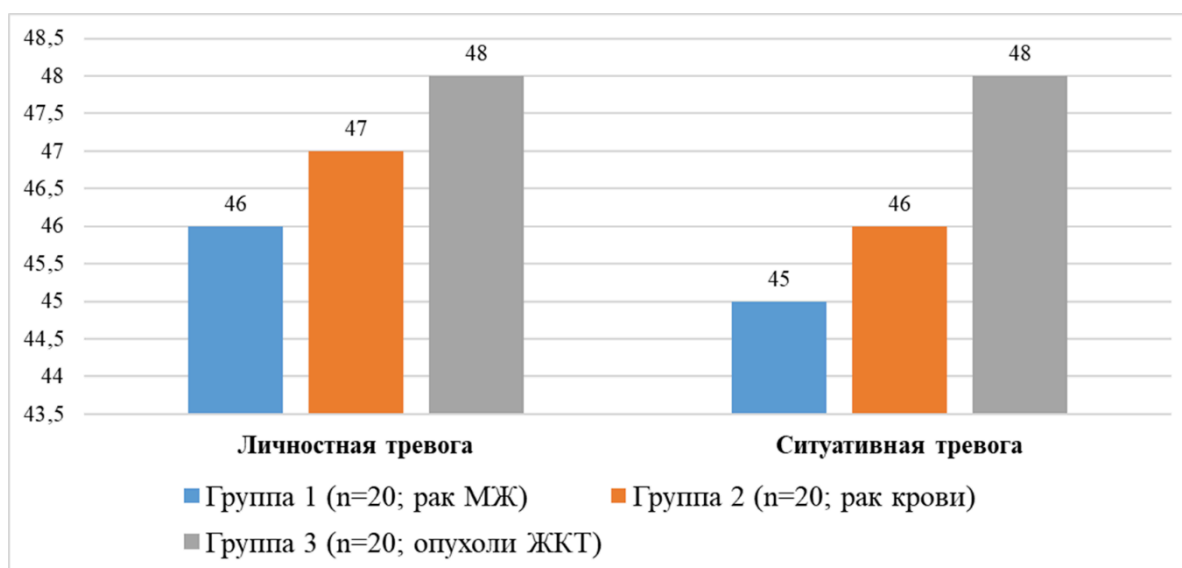


Рис. 5. Личностная и ситуативная тревога в изучаемых группах (в баллах)

Согласно результатам исследования пациентов, при помощи шкалы тревоги Спилбергера-Ханина был выявлен высокий уровень и личностной, и ситуативной тревоги во всех трех изучаемых группах, что обусловлено серьезной тяжестью и опасностью онкологического заболевания.

В группе 1 уровень личностной тревоги выше, чем ситуативной (46 баллов – личностная тревога, 45 – ситуативная тревога). В группе 2 уровень личностной тревоги также выше, чем ситуативной тревоги (47 баллов – личностная тревога, 46 баллов – ситуативная тревога).

В группе 3 уровни личностной и ситуативной тревоги одинаково высокие (48 баллов по обоим шкалам). Кроме того, наибольший уровень и личностной, и ситуативной тревоги выявлен в группе 3.

Сравнительный анализ показал, что в группах пациентов с различными типами онкологических заболеваний не выявлены статистически значимые различия в уровнях ситуативной и личностной тревоги.

Такой результат означает, что сам факт наличия онкологического заболевания независимо от его типа оказывает влияние на психическое состояние пациентов и приводит к увеличению уровня тревоги.

Был проведен сравнительный анализ типов отношения к болезни у пациентов с разными типами онкологических заболеваний при помощи методики «ТОБОЛ». Результаты исследования типов отношения к болезни представлены на рисунке 6.

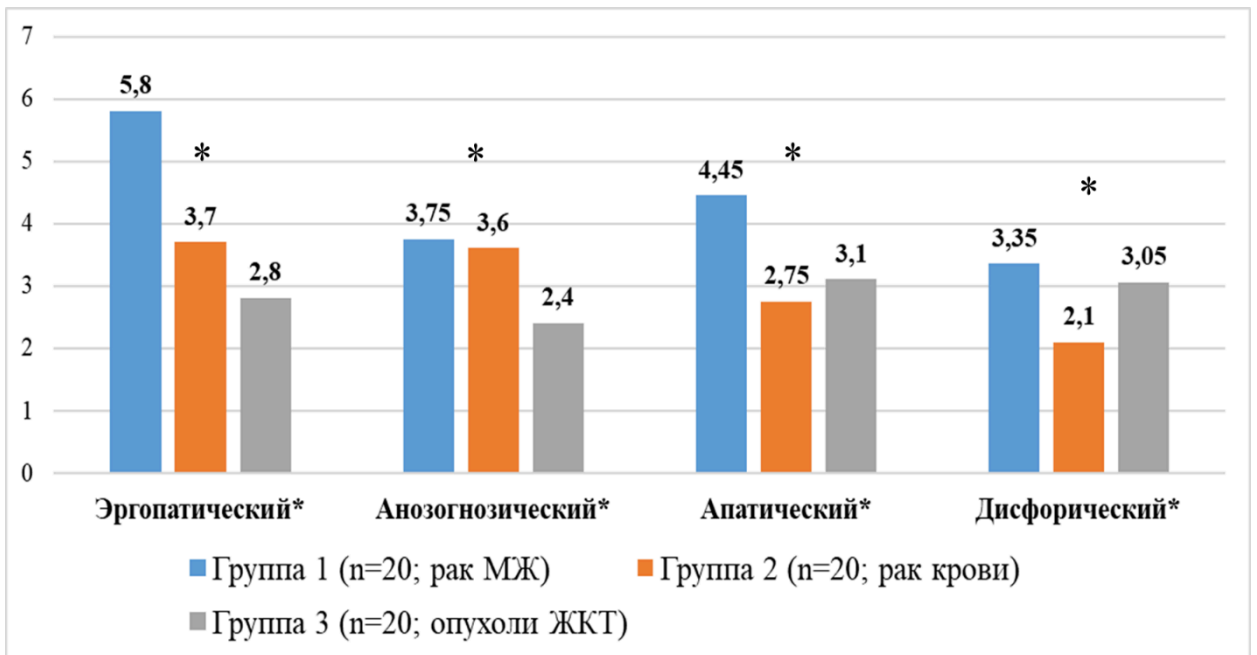


Рис. 6. Типы отношения к болезни в изучаемых группах (в баллах)
 (*-достоверность различий при $p \leq 0,05$)

По результатам исследования типов отношения к болезни у пациентов с разными типами онкологических заболеваний при помощи методики «ТОБОЛ» было выявлено, что у пациентов группы 1 и группы 2 преимущественно наблюдается эргопатический тип отношения к болезни, то есть «уход от болезни в работу». При таком типе отношения к болезни характерно сверхответственное, стеничное отношение к работе, которое в ряде случаев выражено еще в большей степени, чем до болезни при избирательном отношении к обследованию и лечению, обусловленном, стремлением, несмотря на тяжесть заболевания, продолжать работу, и во что бы то ни стало сохранить профессиональный статус и возможность продолжения активной трудовой деятельности в прежнем качестве. Для пациентов группы 3 преимущественно характерен апатический тип отношения к болезни.

Сравнительный анализ типов отношения к болезни в группах пациентов с различными типами онкологических заболеваний показал, что статистически достоверные различия обнаружены в группах по эргопатическому, анозогностическому, апатическому, дисфорическому типам

отношения к болезни, то есть пациенты с различными типами онкологии различаются по типам отношения к болезни – эргопатическому (с головой уходят в работу), анозогнозическому (отрицают болезнь), апатическому (чувствуют упадок сил и снижение способности справиться с болезнью), дисфорическому (накапливают негативные эмоции, злятся на себя и окружающих в связи с болезнью).

Для пациентов с раком молочных желез и раком крови наиболее характерен эргопатический тип отношения к болезни. Апатический тип болезни наиболее характерен для пациентов с опухолями ЖКТ.

3.2. Сравнительный анализ психологических особенностей у онкологических пациентов в зависимости от уровня комплаентности

Для выяснения различий психологических особенностей пациентов с рассматриваемыми типами онкологических заболеваний в зависимости от уровня приверженности лечению пациенты были разделены на три группы в зависимости от уровня комплаентности:

- группа 1 – низкий уровень комплаентности (n=11),
- группа 2 – средний уровень комплаентности (n=34),
- группа 3 – высокий уровень комплаентности (n=15).

Был проведен сравнительный анализ психологических особенностей пациентов в зависимости от уровня комплаентности пациентов по критерию Краскела-Уоллиса.

Сравнительный анализ пациентов с онкологическими заболеваниями не показал достоверных различий астенического состояния, уровня личностной и ситуативной тревоги.

Были выявлены статистически достоверные различия по личностным особенностям и типу отношения к болезни. Результаты представлены на рисунках 7-8.

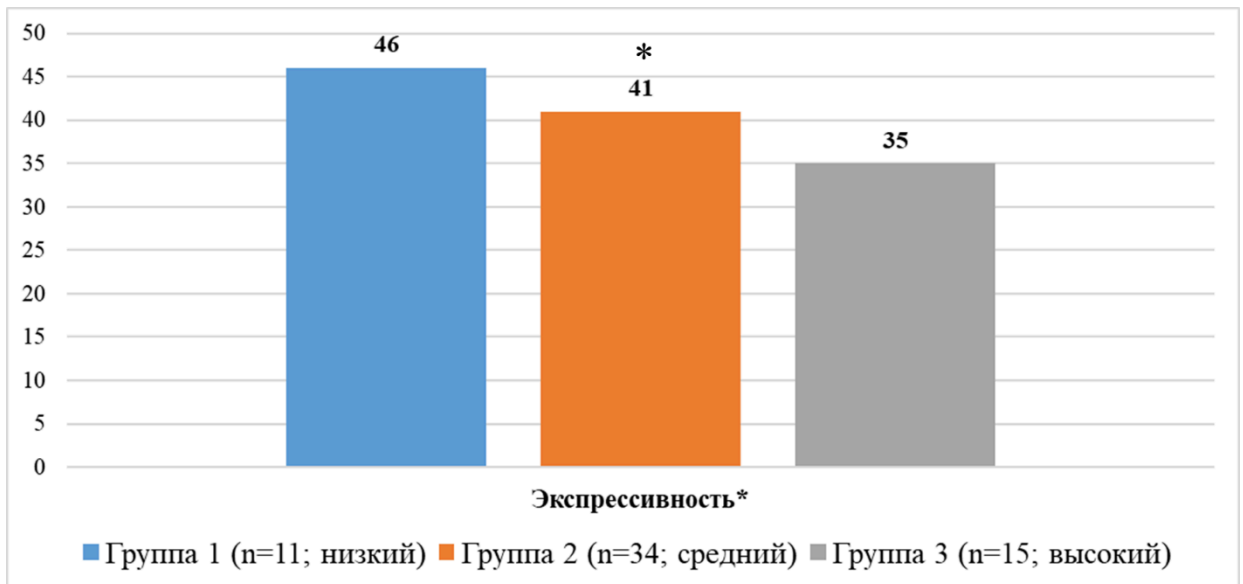


Рис. 7. Личностные особенности у пациентов с разными уровнями комплаентности (в баллах) (*-достоверность различий при $p \leq 0,05$)

Сравнительный анализ личностных особенностей у пациентов с различными уровнями комплаентности показал статистически достоверные различия по ответственному отношению к жизни. Пациенты с низким уровнем комплаентности менее ответственны по отношению к жизни, а с высоким уровнем – более ответственные.

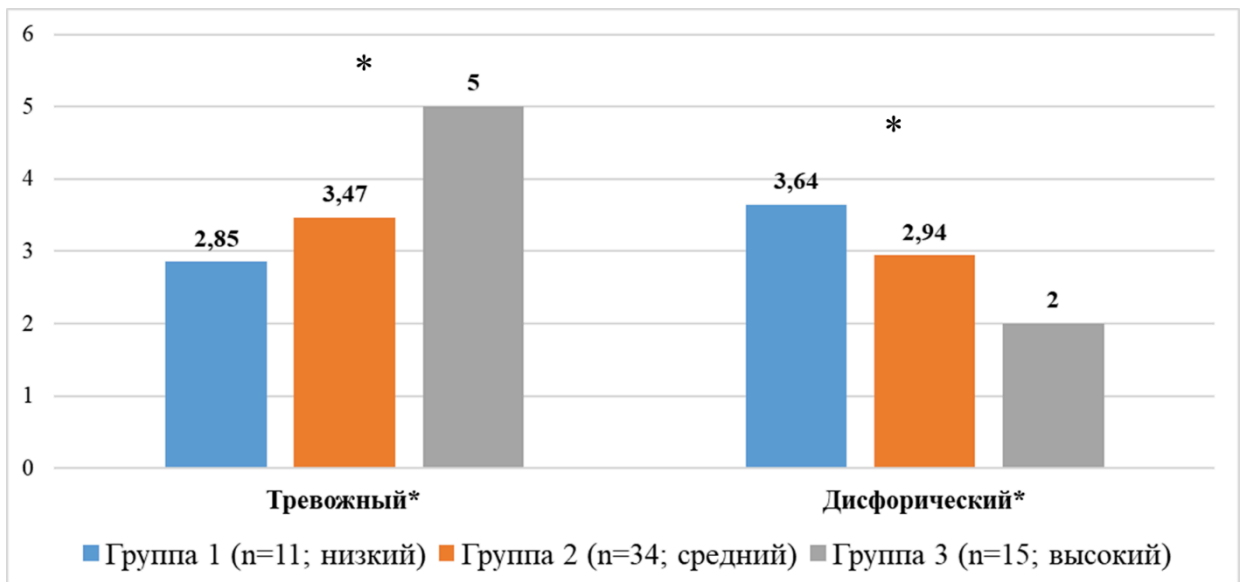


Рис. 8. Типы отношения к болезни у пациентов с разными уровнями комплаентности (в баллах) (*-достоверность различий при $p \leq 0,05$)

Сравнительный анализ психологических характеристик пациентов с различными типами онкологических заболеваний показал, что в зависимости

от уровня комплаентности пациенты статистически достоверно различаются по тревожному и дисфорическому типу отношения к болезни. Данный результат может означать то, что пациенты, имеющие тревожный тип отношения к болезни имеют более высокий уровень комплаентности.

При этом, пациенты, имеющие дисфорический тип отношения к болезни, то есть имеющие гневливо-мрачное, озлобленное настроение, угрюмый и недовольный вид, зависть и ненависть к здоровым людям, включая родных и близких, вспышки озлобленности со склонностью винить в своей болезни других, будут менее привержены к лечению и соблюдению рекомендаций врача.

3.3. Взаимосвязи психологических характеристик, типа отношения к болезни, уровня комплаентности у пациентов с различными типами онкологии

3.3.1. Взаимосвязи психологических характеристик, типа отношения к болезни, уровня комплаентности у пациентов с раком молочных желез

Для выявления взаимосвязей психологических характеристик, типа отношения к болезни, уровня комплаентности был использован критерий корреляции Спирмена. Результаты корреляционного анализа изучаемых показателей в группе пациентов с раком молочных желез представлены на рисунках 9-13.

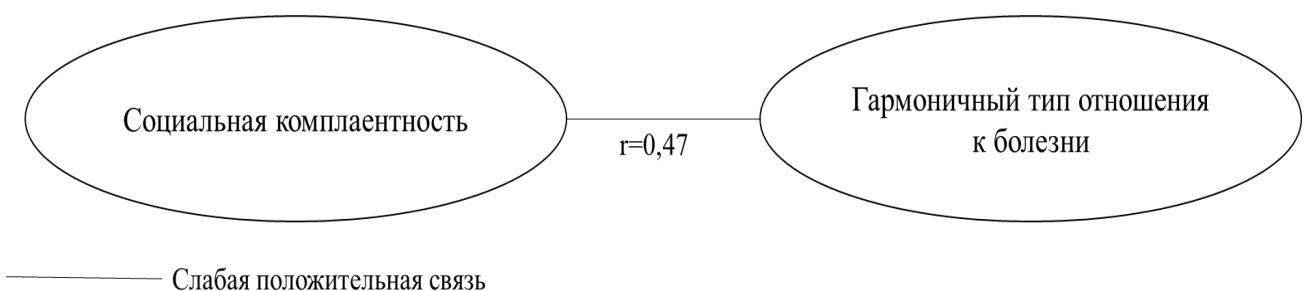


Рис. 9. Взаимосвязь социальной комплаентности с гармоничным типом отношения к болезни в группе пациентов с раком молочных желез

В результате проведенного корреляционного анализа в группе пациентов с раком молочных желез была получена статистически достоверная положительная взаимосвязь социальной комплаентности с гармоничным типом отношения к болезни, то есть пациенты, имеющие гармоничный тип отношения к болезни более социально комплаентны. Они взвешенно и рационально относятся к болезни и более склонны придерживаться лечению и соблюдать все рекомендации врача.

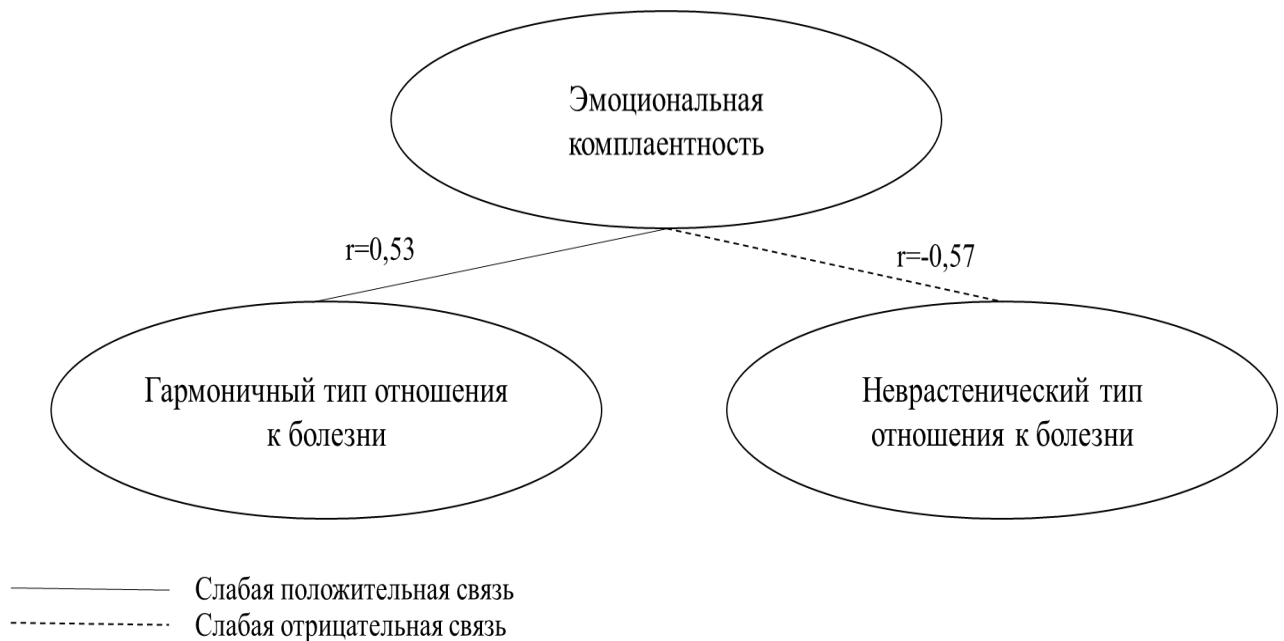


Рис. 10. Взаимосвязь эмоциональной комплаентности с типами отношения к болезни у пациентов с раком молочных желез

При корреляционном анализе взаимосвязи эмоциональной комплаентности с рассматриваемыми показателями в группе пациентов с раком молочных желез была обнаружена статистически достоверная положительная взаимосвязь с гармоничным типом отношения к болезни, то есть у пациентов, имеющих гармоничный тип отношения к болезни выявлен больший уровень эмоциональной комплаентности.

Была обнаружена статистически достоверная отрицательная взаимосвязь эмоциональной комплаентности у пациентов данной группы с неврастеническим типом отношения к болезни, то есть у пациентов,

имеющих неврастенический тип отношения к болезни эмоциональная комплаентность ниже.

У таких пациентов встречаются вспышки раздражения, неумение и нежелание терпеть болевые ощущения, что приводит к нетерпеливости в обследовании и лечении, неспособности терпеливо ждать облегчения и в связи с этим снижается приверженность к лечению.

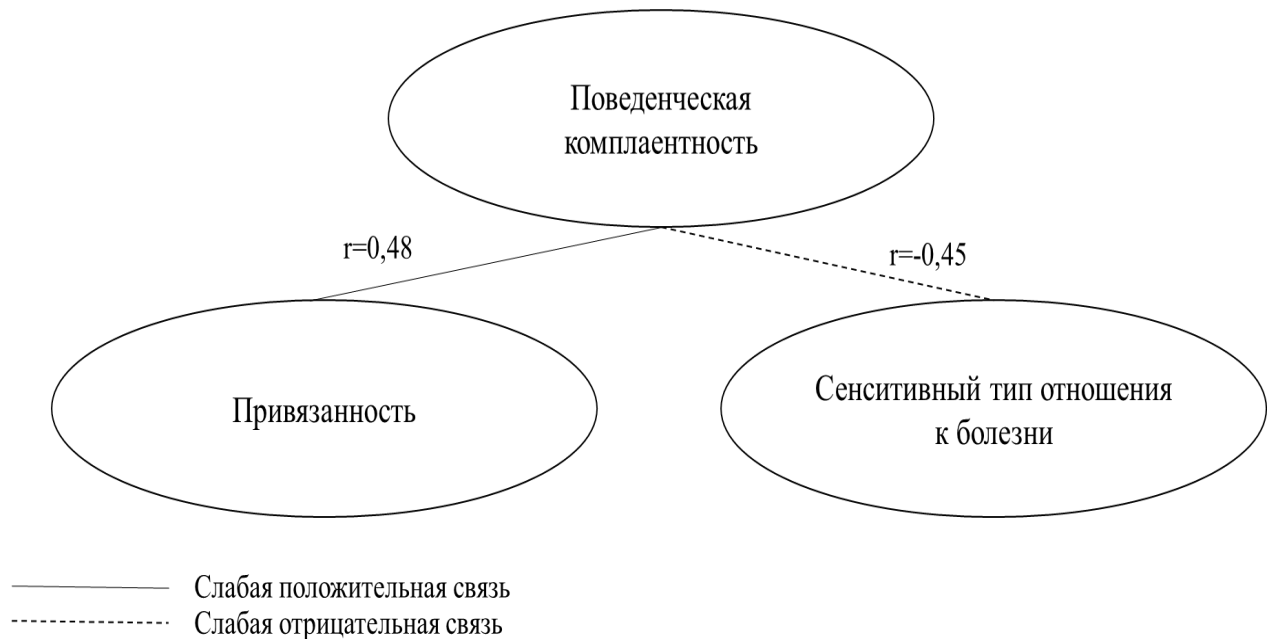


Рис. 11. Взаимосвязь поведенческой комплаентности с рассматриваемыми характеристиками в группе пациентов с раком молочных желез

По результатам корреляционного анализа взаимосвязи поведенческой комплаентности с рассматриваемыми показателями в группе пациентов с раком молочных желез была обнаружена статистически достоверная положительная взаимосвязь с привязанностью в отношениях, то есть у пациентов, имеющих привязанность в отношении с близкими более высокий уровень поведенческой комплаентности. Привязанность в отношениях с близкими, их помощь помогает таким пациентам придерживаться лечения.

Была обнаружена статистически достоверная отрицательная взаимосвязь поведенческой комплаентности у пациентов данной группы с сенситивным типом отношения к болезни, то есть у пациентов, имеющих сенситивный тип отношения к болезни поведенческая комплаентность ниже.

Пациенты с сенситивным типом отношения к болезни ранимы, озабочены возможными неблагоприятными впечатлениями. Боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагоприятного отношения с их стороны заставляет таких пациентов всеми силами скрывать наличие болезни, в связи с чем поведенческая комплаентность таких пациентов будет низкой.

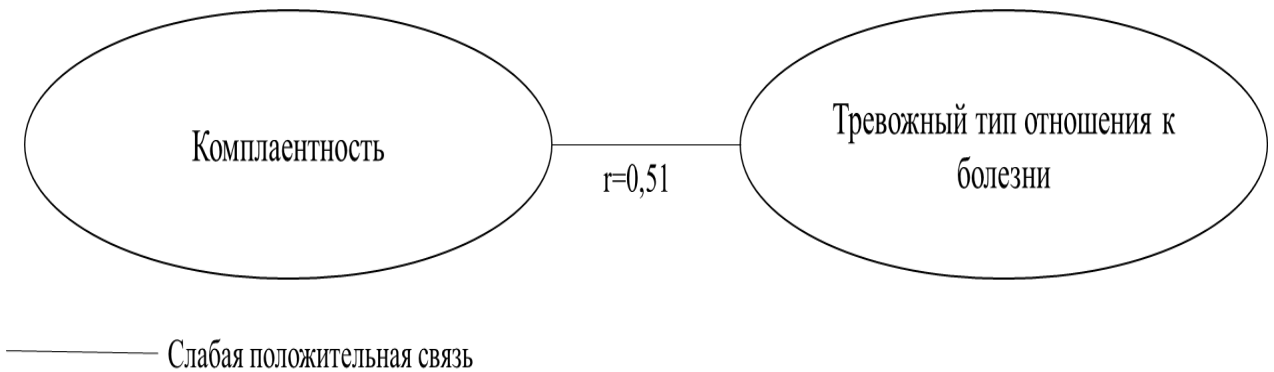


Рис. 12. Взаимосвязь комплаентности с типом отношения к болезни в группе пациентов с раком молочных желез

По результатам корреляционного анализа в группе пациентов с раком молочных желез была выявлена статистически достоверная положительная взаимосвязь общей комплаентности с тревожным типом отношения к болезни, то есть у пациентов, имеющих тревожный тип отношения к болезни выявлен больший уровень общей комплаентности.

Пациенты с тревожным типом отношения к болезни переживают сильное волнение, всё их внимание сосредотачивается на болезни и враче, в силу чего они прикладывают много усилий для соблюдения лечения.

3.3.2. Взаимосвязи психологических характеристик, типа отношения к болезни, уровня комплаентности у пациентов с раком крови

Для выявления взаимосвязей психологических характеристик, типа отношения к болезни, уровня комплаентности был использован критерий корреляции Спирмена. Результаты корреляционного анализа изучаемых

показателей в группе пациентов с раком крови представлены на рисунках 13-14.

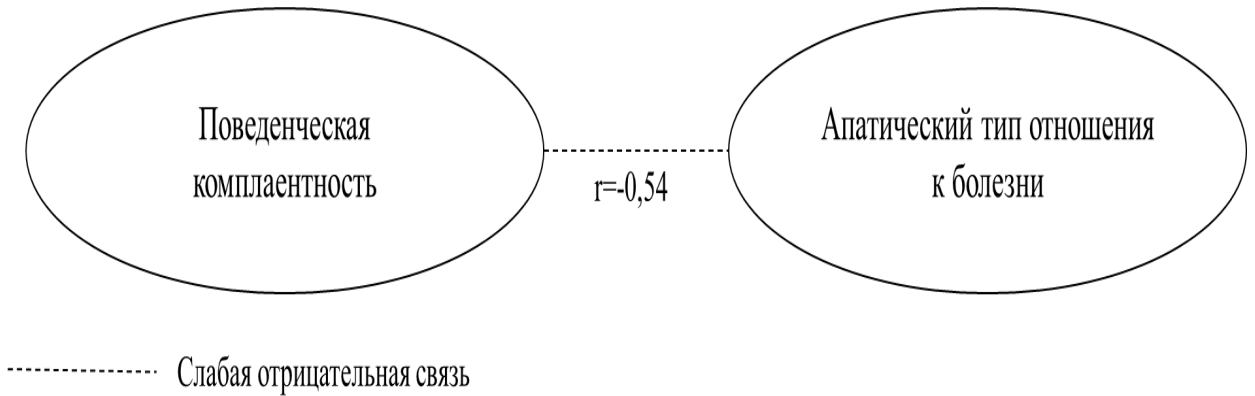


Рис. 13. Взаимосвязь поведенческой комплаентности с апатическим типом болезни у пациентов с раком крови

При корреляционном анализе в группе пациентов с раком крови была выявлена статистически достоверная слабая отрицательная взаимосвязь поведенческой комплаентности с апатическим типом отношения к болезни, то есть пациенты, имеющие апатический тип отношения к болезни менее поведенчески комплаентны. При апатическом типе отношения к болезни пациентам становится безразлично все, и, в таком случае, они не будут соблюдать рекомендации врача.

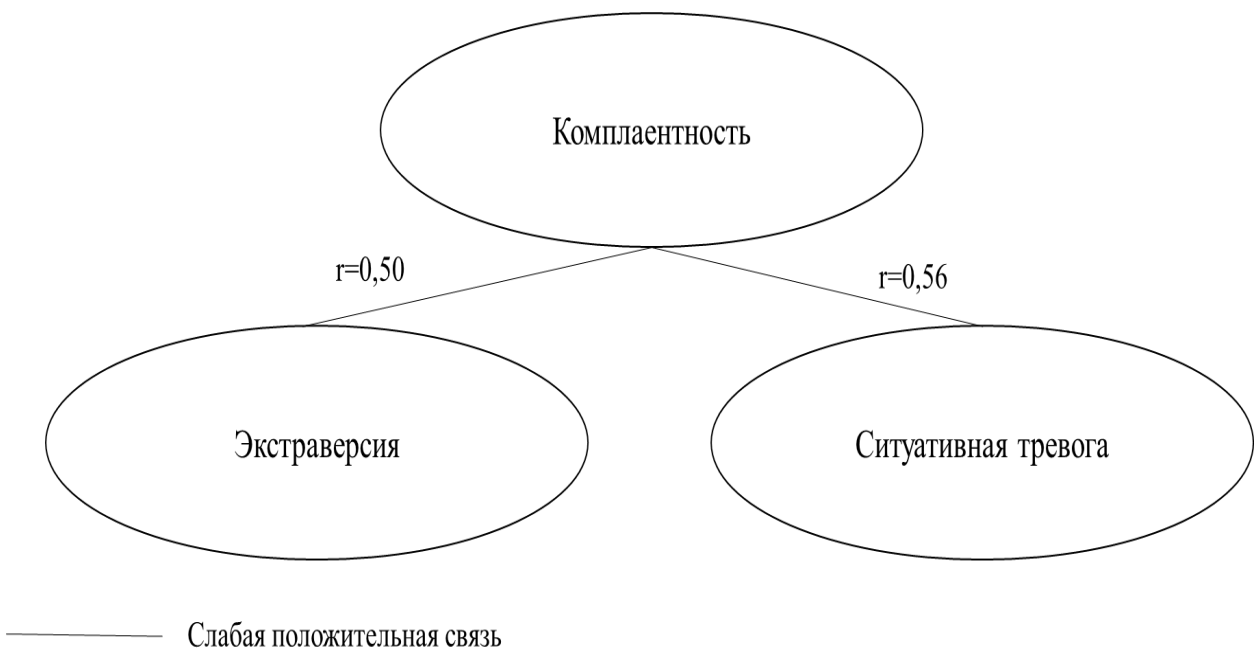


Рис. 14. Взаимосвязь комплаентности с рассматриваемыми характеристиками в группе пациентов с раком крови

По результатам корреляционного анализа взаимосвязи общей комплаентности с рассматриваемыми показателями в группе пациентов с раком крови была обнаружена статистически достоверная положительная взаимосвязь с экстраверсией и ситуативной тревогой, то есть у пациентов, у которых имеется экстравертированность и повышенная ситуативная тревога, общая комплаентность более высокая. Желание сохранить межличностные контакты и уровень общения до болезни в сочетании с высоким уровнем тревоги в ситуации болезни помогают таким пациентам соблюдать предписанное врачом лечение и рекомендации.

3.3.3. Взаимосвязи психологических характеристик, типа отношения к болезни, уровня комплаентности у пациентов с опухолями желудочно-кишечного тракта

Для выявления взаимосвязей психологических характеристик, типа отношения к болезни, уровня комплаентности был использован критерий корреляции Спирмена. Результаты корреляционного анализа изучаемых показателей в группе пациентов с опухолями ЖКТ представлены на рисунках 15-17.

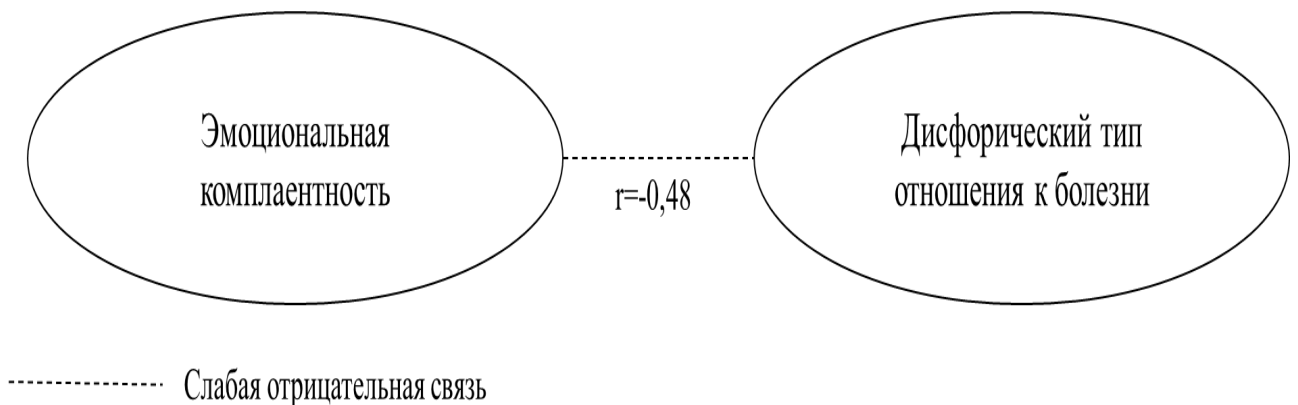


Рис. 15. Взаимосвязь эмоциональной комплаентности с дисфорическим типом отношения к болезни в группе пациентов с опухолями ЖКТ

При корреляционном анализе в группе пациентов с опухолями ЖКТ выявлена статистически достоверная слабая отрицательная взаимосвязь эмоциональной комплаентности с дисфорическим типом отношения к болезни, то есть пациенты, имеющие дисфорический тип отношения к болезни менее эмоционально комплаентны.

Пациенты, имеющие данный тип отношения к болезни, могут быть гневливы, озлоблены, угрюмы и недовольны, вероятно испытывают зависть и ненависть к здоровым людям, включая родных и близких, возможно проявляют вспышки озлобленности со склонностью винить в своей болезни других, из-за чего они менее привержены к лечению и соблюдению рекомендаций врача.

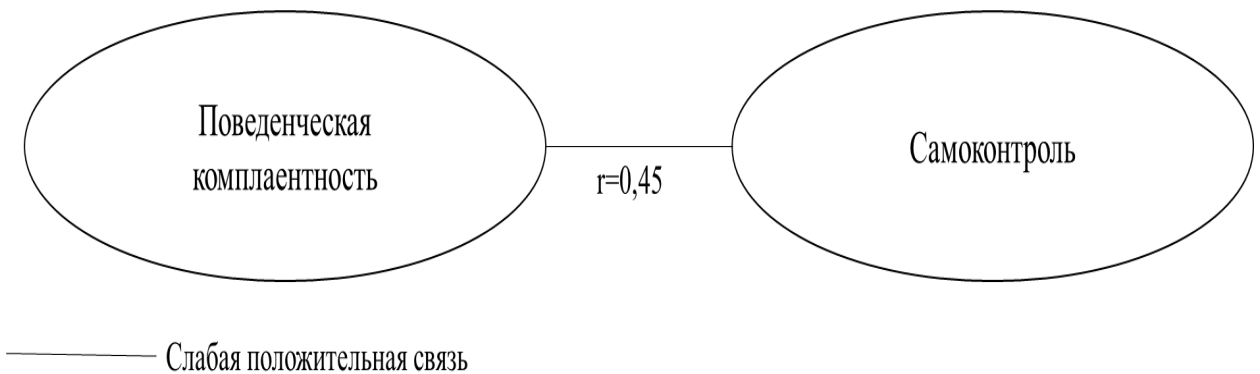


Рис. 16. Взаимосвязь поведенческой комплаентности с самоконтролем в группе пациентов с опухолями желудочно-кишечного тракта

По результатам корреляционного анализа в группе пациентов с опухолями ЖКТ выявлена статистически достоверная положительная корреляция поведенческой комплаентности с самоконтролем, то есть пациенты, с более высоким уровнем самоконтроля более поведенчески комплаентны. Высокий самоконтроль позволяет им выстраивать свое время таким образом, чтобы соблюдать предписанное врачом лечение и рекомендации.

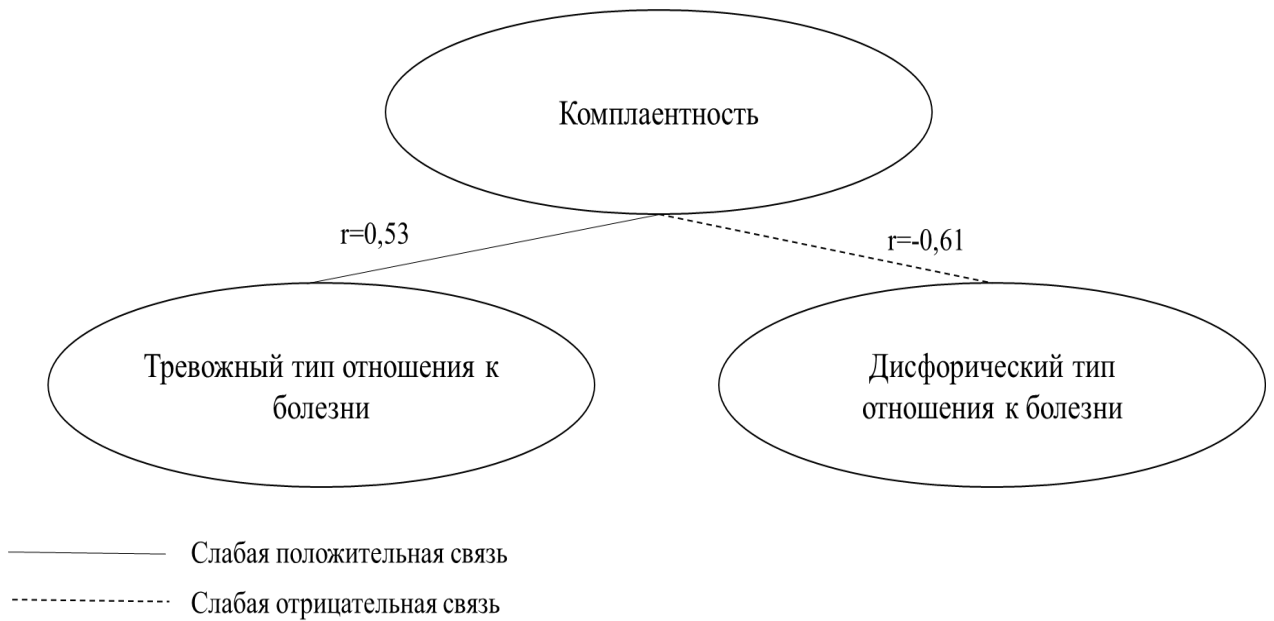


Рис. 17. Взаимосвязь комплаентности с типом отношения к болезни в группе пациентов с опухолями желудочно-кишечного тракта

При корреляционном анализе взаимосвязи общей комплаентности с рассматриваемыми показателями в группе пациентов с опухолями ЖКТ была обнаружена статистически достоверная положительная взаимосвязь с тревожным типом отношения к болезни, то есть у пациентов, имеющих тревожный тип отношения к болезни выявлен больший уровень общей комплаентности. Пациенты с тревожным типом отношения к болезни переживают сильное волнение, всё их внимание сосредотачивается на болезни и враче, в силу чего они прикладывают много усилий для соблюдения лечения.

Была обнаружена статистически достоверная отрицательная взаимосвязь общей комплаентности с дисфорическим типом отношения к болезни, то есть у пациентов, имеющих дисфорический тип отношения к болезни общая комплаентность ниже.

Пациенты, имеющие данный тип отношения к болезни, могут быть гневливы, озлоблены, угрюмы и недовольны, вероятно испытывают зависть и ненависть к здоровым людям, включая родных и близких, возможно проявляют вспышки озлобленности со склонностью винить в своей болезни

других, из-за чего они менее привержены к лечению и соблюдению рекомендаций врача.

ВЫВОДЫ

Исходя из полученных результатов и их статистической обработки, сделаны следующие выводы:

1. Пациенты с разным типом онкологического заболевания различаются по характеристикам личности (экстравертированность, эмоциональная устойчивость, реалистичность в отношении к жизни), типам отношения к болезни (эргопатический, дисфорический, апатический, анозогнозический и тревожный) и поведенческому компоненту комплаентности, в особенности: пациенты с раком молочных желез (низкий уровень поведенческой комплаентности), пациенты с раком крови – наиболее высокий уровень комплаентности. Онкологическое заболевание независимо от его типа приводит к увеличению уровня тревоги (ситуативной и личностной), вызывает астеническое состояние.

2. Тревожный тип отношения к болезни, реалистичность и практичность в отношении к жизни демонстрируют пациенты с высоким уровнем комплаентности, тогда как дисфорический тип отношения к болезни и экспрессивность – пациенты с низким уровнем комплаентности. Данные психологические особенности пациентов с онкологическими заболеваниями могут учитываться при разработке рекомендаций для пациентов и врачей.

3. Экстравертированность, тревожный тип отношения к болезни связаны с высоким уровнем комплаентности, тогда как дисфорический, апатический, сенситивный тип отношения к болезни – с низким уровнем комплаентности. Данные психологические характеристики требуют наибольшего внимания и коррекции при работе с пациентами с онкологическими заболеваниями при формировании приверженности лечению.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Онкологическое заболевание – серьезная и тяжелая болезнь, с которой может столкнуться человек. Проведенное исследование было направлено на изучение клинико-психологических особенностей онкологических пациентов, уровня комплаентности, типа отношения к болезни.

В исследовании приняло участие 60 пациентов, из которых 20 пациентов имеют рак молочных желез, 20 пациентов – рак крови, 20 пациентов – опухоли желудочно-кишечного тракта.

В исследовании применялось 5 методик: шкала астенического состояния, пятифакторный опросник личности, опросник «Уровень комплаентности» (Кадыров Р. В.), шкала тревоги Спилбергера-Ханина, методика ТОБОЛ.

По результатам исследования видно, что для всех пациентов ситуация болезни является тревожной, и она оказывает достаточно сильное влияние на их состояние. Пациенты имеют представление о своей болезни и понимают её опасность для жизни и здоровья. Большинство пациентов придерживается назначенного лечения и соблюдает рекомендации лечащего врача.

У большинства пациентов с различными типами онкологических заболеваний имеется тревога, связанная с болезнью, имеющая помимо негативного влияния, положительный эффект, позволяющий пациентам, в силу опасений за собственное здоровье, прикладывать все, имеющиеся у них силы, для достижения выздоровления (ремиссии). Таким образом, выдвинутая в начале исследования гипотеза подтвердилась.

Понимание психологических особенностей пациентов и их влияние на приверженность лечению особо важно учитывать при разработке психокоррекционных мероприятий, направленных на повышение уровня комплаентности. Полученные в результате исследования данные должны учитываться при планировании программы вмешательства.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Бажин Е. Ф. О психогенных реакциях у онкологических больных / Е.Ф. Бажин, А.В. Гнездилов // Журнал Невропатологии и психиатрии им. Корсакова. - 1980. - № 8. - С. 1198-1204.
2. Биктина Н. Н., Кекк А. Н. Личностные особенности и ролевые позиции онкологических больных // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 2-1.; URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=20391>
3. Болучевская В. В., Павлюкова А. И. Общение врача: создание положительных взаимоотношений и взаимопонимания с пациентом. // Медицинская психология в России: электронный научный журнал. - 2018.
4. Бузина Т. С., Бузин В. Н., Ланской И. Л. Врач и пациент: межличностные коммуникации // Медицинская психология в России. – 2020. – Т. 12, № 4. – С. 2
5. Васильева Е. Ю. Основы психологии для медиков, работающих в онкологии. / Е. Ю. Васильева. – М.: КноРус. 2020. – 154 с.
6. Васильева А. В., Караваева Т. А., Лукошкина Е. П., Карпов А. В. Клинико-психологические факторы риска развития посттравматического стрессового расстройства у пациентов с онкологическими заболеваниями прямой кишки, подвергшихся хирургическому лечению с формированием колостомы // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. - 2018. - № 2. - С. 44-53.
7. Гнездилов А. В. Психогенные реакции у онкологических больных: автореф. дис. ... канд. мед. Наук / А. В. Гнездилов. - Л., 1977. - 26 с.
8. Заливин А. А., Набока М. В., Волосникова Е. С. Психолого-психотерапевтические аспекты реабилитации онкологических пациентов // Омский психиатрический журнал. 2019. №3 (21). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologo-psihoterapevticheskie-aspekty-reabilitatsii-onkologicheskikh-patsientov>

9. Захарова Е. В. Теоретические концепции и методы исследования комплаенса и приверженности лечению // Теоретическая и экспериментальная психология. 2019. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/teoreticheskie-kontseptsii-i-metody-issledovaniya-komplaensa-i-priverzhennosti-lecheniyu>
10. Данилов Д. С. Терапевтическое сотрудничество (комплаенс): содержание понятия, механизмы формирования и методы оптимизации // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2014. – № 2. – С. 4–12.
11. Деларю В. В., Вершинин Е. Г. COMPLAENTNOSTЬ: клинический, социологический и психологический подходы к ее оценке // Вестник ВолГМУ. 2015. №3 (55). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/komplaentnost-klinicheskiy-sotsiologicheskiy-i-psihologicheskiy-podhody-k-ee-otsenke>
12. Елфимова Е. В. Личность и болезнь: «внутренняя картина болезни», качество жизни и приверженность [Текст] / Е.В. Елфимова, М.А. Елфимов // Заместитель главного врача. – 2009. – № 11. – С. 18–25.
13. Кадыров Р.В. Опросник «Уровень комплаентности» [Текст] : монография / Р. В. Кадыров, О. Б. Асриян, С. А. Ковальчук. – Владивосток : Мор. гос. ун-т, 2014. – 74 с.
14. Карелин А. А. Большая энциклопедия психологических тестов // М.: Эксмо, 2007.
15. Кирюхина М. В. Психотерапевтическое сопровождение онкологического больного в комплексном лечении / М. В. Кирюхина, Р. Р. Набиуллина, И. И. Хайруллин, А. И. Хасанова // Материалы респ. научно-практ. конференции «Аутоагрессивная составляющая в жизни современного общества» г. Казань, 2016. — С. 63-66.
16. Козлова Н. В. Социально-психологическое сопровождение онкологических больных / Н. В. Козлова, Т. В. Андросова // Вестник Томского государственного университета. – 2010. - № 335. – С. 142-147

17. Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П., Марцевич С.Ю. Приверженность лечению: современный взгляд на знакомую проблему // КВТиП. 2017. №1. URL:
<https://cyberleninka.ru/article/n/priverzhennost-lecheniyu-sovremennyy-vzglyad-na-znakomuyu-problemu>
18. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. 4-е изд. М.: Медицина, 1977. 111 с.
19. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. — М.: МЕД-пресс, 1998. — 592 с.
20. Моисеенко В.М. Психонкология. Пособие для врачей / В.М. Моисеенко, В.А. Чулкова. – СПб. – 2007. – 38 с.
21. Настольная книга практического психолога. Учебное пособие./ Е.И. Рогов — Москва: ВЛАДОС, 1999.
22. Наумова Е. А., Семенова О. Н. Современный взгляд на проблему приверженности пациентов к длительному лечению // Кардиология: Новости. Мнения. Обучение. 2016. №2 (9). URL:
<https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennyy-vzglyad-na-problemu-priverzhennosti-patsientov-k-dlительному-lecheniyu>
23. Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов. Руководство // А.М. Беляев и коллектив авторов. – СПб: Любавич, 2020. – 352 с.
24. Павлова О. С., Шапатина О. В. Роль психологического аспекта в формировании комплаентности у пациентов // Universum: психология и образование. 2020. №11 (77). URL:
<https://cyberleninka.ru/article/n/rol-psihologicheskogo-aspekta-v-formirovanii-komplaentnosti-u-patsientov>
25. Павлов Ю. Д., Сапроненков П. М. Медицинская этика: особенности подхода средних медицинских работников // Л.: Медицина. - 2017.

26. Петрова Н. Н. Психиатрия, медицинская психология : учебник / Н.Н. Петрова. — Москва : КНОРУС, 2021. — 508 с
27. Петрова Н. Н. Руководство по общей онкологии (в кратком изложении для студентов-медиков и врачей всех специальностей) // 2017.
28. Продовикова А.Г., Окулова О.А. Связь внутренней картины болезни, временной перспективы и комплаентности у лиц, перенесших инсульт // СГН. 2021. №1 (5). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/svyaz-vnutrenney-kartiny-bolezni-vremennoy-perspektivy-i-komplaentnosti-u-lits-perenesshih-insult>
29. Психологическая диагностика отношения к болезни. Пособие для врачей // СПб НИПНИ им. Бехтерева, Санкт-Петербург, 2005 г.
30. Русина Н. А. Эмоции и стресс при онкологических заболеваниях // Н. А. Русина / Мир психологии. – 2002. – №6. – С. 215- 260.
31. Семиглазова Т.Ю., Карицкий А.П., Чулкова В.А., Вагайцева М.В. Качество жизни с точки зрения врача и пациента. Материалы XIX Российского онкологического конгресса, М., 2015.
32. Семиглазова Т. Ю., Ткаченко Г. А., Чулкова В. А. Психологические аспекты лечения онкологических больных // Злокачественные опухоли. 2016. № Спецвыпуск 1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskie-aspekty-lecheniya-onkologicheskikh-bolnykh>
33. Семке В.Я., Чойнзонов Е.Л., Куприянова И. Е., Балацкая Л.Н.. Развитие сибирской психоонкологии. — Томск: Изд-во Томского университета. 2008. — 198с.
34. Тарабрина Н. В., Ворона О. В., Курчакова М. С., Падун М. А., Шаталова Н. Е. Онкопсихология: посттравматический стресс у больных раком молочной железы // — М: Издательство «Институт психологии РАН», 2010. — 175 с.
35. Ткаченко Г.А., Седрамян А.Н., Арутюнов С.Д., и др. Анализ эмоционального состояния больных злокачественными новообразованиями

различной локализации. Паллиативная медицина и реабилитация. — 2010. — № 2. — С. 61–64.

36. Холланд Дж., Ватсон М. Psycho-Oncology // Сб. статей и материалов Международной школы психосоциальной онкологии «Психосоциальный подход в клинической онкологии: от науки к практике». — 2013 — С. 8–14.

37. Хромов А. Б. Пятифакторный опросник личности. Учебно-методическое пособие // Курган: КГУ, 2000.

38. Чулкова В. А., Комяков И. П., Карелов А. Е., Демин Е. В., Донских Р. В. Эмоциональное выгорание врачей-онкологов и медицинских сестер онкологической клиники. Учебное пособие для врачей-онкологов // СПб.: Изд-во ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова. —2012. — 30 с

39. Чулкова В.А. Психологическая помощь онкологическим больным / В.А, Чулкова, Е.В. Пестерева // Вестник СПбГУ. – 2010. - Вып.1. Сер. 12.-С.185- 191.

40. Thome S. E., Bultz B.D., Baile W. F. Is There a Cost to Poor Communication in Cancer Care?: A Critical Review of the Literature // Psycho-Oncology: special issue: Patient — Professional Communication. — 2005. — Vol. 14. — № 10. — P. 875–884.

41. World Health Organization. Global Health Observatory. Geneva: World Health Organization, 2018. P.45-48.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Сравнительный анализ полученных результатов у пациентов в зависимости
от типа онкологического заболевания

Параметры	Группа 1 (рак МЖ) (n=20)	Группа 2 (рак крови) (n=20)	Группа 3 (опухоли ЖКТ) (n=20)	Достоверность различий ($p \leq 0,05$)
Астеническое состояние	81±22	92±13	102±13	Различия недостоверны (0,24)
Экстраверсия	60±9	45±5	41±7	Различия достоверны (0,03)
Привязанность	35±6	47±8	44±7	Различия недостоверны (0,1)
Самоконтроль	31±8	49±4	35±8	Различия недостоверны (0,07)
Эмоциональная устойчивость	41±5	65±2	39±8	Различия достоверны (0,001)
Экспрессивность	30±9	39±6	37±8	Различия достоверны (0,04)
Социальная комплаентность	23±9	28±5	25±7	Различия недостоверны (0,46)

Эмоциональная комплаентность	20±10	29±6	22±7	Различия достоверны (0,001)
Поведенческая комплаентность	14±8	22±8	18±8	Различия достоверны (0,00)
Общий уровень комплаентности	58±10	85±9	61±10	Различия достоверны (0,00)
Личностная тревога	46±13	47±12	48±15	Различия недостоверны (0,99)
Ситуативная тревога	45±16	46±13	48±17	Различия недостоверны (0,81)
Гармоничный	5±2,05	4,35±1,95	4,55±2,42	Различия недостоверны (0,62)
Эргопатический	5,80±2,80	3,70±2,18	2,80±1,28	Различия достоверны (0,002)
Анозогнозический	3,75±2,02	3,60±1,76	2,40±1,35	Различия достоверны (0,04)
Тревожный	4,70±2,60	2,95±1,10	2,95±1,28	Различия недостоверны (0,06)

Ипохондрический	4,60±2,19	3,45±1,79	3,15±1,57	Различия недостовверны (0,07)
Неврастенический	4,50±2,52	2,80±1,58	3±1,38	Различия недостовверны (0,13)
Меланхолический	2,50±1,61	2,55±0,83	1,95±0,89	Различия недостовверны (0,2)
Апатический	4,45±2,26	2,75±1,37	3,10±1,52	Различия достоверны (0,04)
Сенситивный	2,70±1,53	3,10±1,62	3,85±2,11	Различия недостовверны (0,17)
Эгоцентрический	2,70±1,30	3,30±1,63	3,50±1,64	Различия недостовверны (0,23)
Паранойяльный	2,50±1,24	3,45±1,43	3,25±1,59	Различия недостовверны (0,08)
Дисфорический	3,35±1,23	2,10±1,07	3,05±1,73	Различия достоверны (0,02)

Приложение 2

Сравнительный анализ полученных результатов у пациентов в зависимости от уровня комплаентности

Параметры	Группа 1 (низкий уровень) (n=11)	Группа 2 (средний уровень) (n=34)	Группа 3 (высокий уровень) (n=15)	Достоверность различий ($p \leq 0,05$)
Астеническое состояние	97±17	93±21	88±14	Различия недостоверны (0,26)
Экстраверсия	44±11	46±5	48±8	Различия недостоверны (0,32)
Привязанность	45±2	46±3	45±3	Различия недостоверны (0,48)
Самоконтроль	46±4	45±3	46±3	Различия недостоверны (0,56)
Эмоциональная устойчивость	45±2	44±5	46±4	Различия недостоверны (0,91)
Экспрессивность	46±8	41±3	35±4	Различия достоверны (0,04)
Личностная тревога	46±16	48±18	41±14	Различия недостоверны (0,53)

Ситуативная тревога	47±17	46±15	51±17	Различия недостовверны (0,63)
Гармоничный	4,27±1,95	4,85±2,26	4,32±1,75	Различия недостовверны (0,52)
Эргопатический	4,27±2,97	4,21±2,27	3,40±2,13	Различия недостовверны (0,55)
Анозогнозический	3,27±1,85	3,24±1,81	3,27±1,91	Различия недостовверны (0,96)
Тревожный	2,85±1,90	3,47±1,73	5±1,85	Различия достоверны (0,02)
Ипохондрический	4,64±2,25	3,41±1,78	3,80±1,97	Различия недостовверны (0,21)
Неврастенический	3,36±2,06	3,85±2,11	2,87±1,06	Различия недостовверны (0,33)
Меланхолический	2,55±1,29	2,15±1,26	2,60±0,83	Различия недостовверны (0,17)
Апатический	3,64±1,96	3,59±2,05	2,93±1,39	Различия недостовверны (0,60)

Сенситивный	3,73±1,90	3±1,87	3,33±1,59	Различия недостоверны (0,46)
Эгоцентрический	2,82±1,66	3,38±1,48	2,93±1,62	Различия недостоверны (0,42)
Паранойяльный	2,94±1,47	2,88±1,43	3,67±1,35	Различия недостоверны (0,20)
Дисфорический	3,64±1,50	2,94±1,43	2±1,07	Различия достоверны (0,04)