

**Когнитивная оценка болезни у пациенток с онкологическими
заболеваниями репродуктивной системы**

Московченко Денис Владимирович

Аспирант

*Московский государственный медико-стоматологический университет, Факультет
клинической психологии, Москва, Россия*

E-mail: xedin-90@mail.ru

Введение. Злокачественные новообразования репродуктивной системы являются одной из самых серьезных проблем здравоохранения, ввиду высокой частоты смертности от них, тяжести течения и приносимых страданий. Несмотря на успехи ранней диагностики и лечения, проблема злокачественных новообразований не теряет своей актуальности. Заболеваемость злокачественными опухолями репродуктивной системы на 2007 год в России превысила 17% среди онкологических патологий у женщин. При этом отмечается тенденция к омоложению контингента больных, отмечается, что в возрастной группе 15-39 лет доля рака шейки матки является максимальной – 19,7%. Несмотря на внедрение современных методов лечения, летальность при раке яичников занимает первое место в структуре смертности от онкогинекологических заболеваний [1].

Особенностью лечения данных заболеваний является, как правило, близкая сопряженность лечебного и токсического эффекта. Наиболее частым методом лечения после хирургического вмешательства выступает химиотерапия. Химиотерапия длится в течение многих месяцев и может затруднять успешность больных в различных сферах социальных отношений, семье, работе, ввиду наличия порой достаточно тяжелых побочных эффектов и необходимости регулярного повторения курса [2]. В связи с длительностью лечения, наличием побочных эффектов, а также необходимостью повторного прохождения режимов лечения важным становится изучение «внутренней позиции» пациенток в отношении болезни, их когнитивной оценки болезни. Некоторыми зарубежными авторами выделяются три варианта когнитивной оценки хронического заболевания: беспомощность, принятие, предполагаемые преимущества в ситуации болезни [3].

Не менее важным аспектом адаптации в ситуации болезни и лечения выступают навыки самоорганизации, саморегуляции т.е. собственная активность субъекта, его чувство компетентности, а не просто пассивное реагирование на действие окружающей среды [4]. Субъективная оценка пациента о его способности и возможности справляться с требованиями стрессовой ситуации способствует выработке эффективного поведения в процессе болезни и лечения.

В проводимом исследовании рассматривается роль когнитивной оценки болезни и самоэффективности в процессе совладающего поведения у пациенток с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы.

Цель работы: исследование самоэффективности и когнитивной оценки болезни, а также структуры совладающего поведения у женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы. В качестве методов исследования выступили следующие опросники: «Типы поведения больных раком (2001) Carolyn A. Heitzmann, Thomas V. Merluzzi, в адаптации Сирота Н.А., Московченко Д.В. (2012); «Когниции болезни»

(1998) Evers A.W., Kraimaat F.W., в адаптации Сирота Н.А., Московченко Д.В.; «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (1983) Zigmond A.S., Snaith R.P.; Опросник «COPE» (1989) Carver, C. S., Scheier, M. F., Weintraub, J. K., в адаптации Гордеевой Т.О., Осина Е.Н., Рассказовой Е.А., Сычева О.А., Шевяхова В.Ю. (2010). Было обследовано 40 женщин со злокачественными опухолями репродуктивной системы. Средний возраст $57,7 \pm 7,68$. Пациентки обследовались на этапе стационарного лечения в послеоперационный период (15 человек) и на этапе химиотерапии (25 человек).

Результаты. На основе полученных данных выборка была разделена на две группы: с высоким уровнем самоэффективности (240,4 балла, $n=20$) и группа с низким уровнем самоэффективности (160,6, $n=20$). Значимые различия между группами по критерию Манна-Уитни (U-критерий) были получены по следующим факторам самоэффективности: «Управление стрессом» ($p<0,001$), «Поддержание положительного отношения» ($p<0,01$), «Сохранение духовного благополучия» ($p<0,01$). Различия между группами по когнитивной оценке болезни были получены по шкале «Принятие», «Предполагаемые преимущества», которые преобладают в группе с высоким уровнем самоэффективности. В группе пациенток с низким уровнем самоэффективности преобладала когниция «Беспомощность» ($p<0,01$). В группе с высокой самоэффективностью также не было выявлено наличие тревоги и депрессии. Группа пациенток с низкой самоэффективностью характеризовалась наличием субклинических значений тревоги и депрессии. Исследование структуры совладающего поведения показало, что пациентки с высокой степенью самоэффективности в большей степени опираются на стратегии «Позитивное переформулирование» ($p<0,02$), «Использование инструментальной социальной поддержки» ($p<0,01$), «Принятие» ($p<0,02$). Пациентки с низким уровнем самоэффективности в большей степени склонны использовать стратегии «Мысленных уход от проблем» ($p<0,02$), «Отрицание» ($p<0,02$).

Таким образом, в изучение совладающего поведения у женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы важным фактором адаптации является когнитивная оценка в процессе совладания с болезнью. Пациентки с высокой самоэффективностью в преодолении болезни и положительной когнитивной оценкой ситуации болезни менее подвержены эмоциональному дистрессу (тревога и депрессия). Когнитивные структуры (когнитивная оценка, самоэффективность) могут выступать как «мишени» психокоррекционной работы с данной категорией больных при их своевременной диагностике.

Литература

1. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика злокачественных образований в России и странах СНГ в 2007 г.//Вестник российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина РАМН. 2009. №3, прил. 1 – С. 156
2. Hall A., Fallowfield L., Hern R. When Breast cancer recurs: a 3-year prospective study of psychological morbidity// Breast Journal, 1996. – P. 197-203.
3. Lauwerier E., Crombez G., Van Damme S. et al. The construct validity of the illness cognition questionnaire// Journal Behavior Medicine, 2010. – P. 90.

4. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change//Psychological Review, 1977. – P. 191.

Слова благодарности

Автор выражает благодарность научному руководителю - декану факультета клинической психологии ГБОУ ВПО "МГМСУ им. А.И. Евдокимова" Минздрава России, доктору медицинских наук, профессору, члену-корреспонденту РАЕН Н.А. Сирота за поддержку научного исследования.