

Кафедра общей и клинической психологии

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

Председатель ГАК
д.пс.н., профессор
Соловьева С.Л. _____

Выпускная квалификационная работа

на тему:

***Особенности восприятия своего тела и самооценка у женщин со
злокачественными новообразованиями молочной железы***

по специальности 37.05.01 – Клиническая психология

Выполнила:
Студентка 6 курса
Лечебного факультета
отделения Клинической психологии
Белоусова Инна Юрьевна
_____ (подпись)

Научный руководитель:
Заведующая кафедрой общей и клинической психологии,
д.пс.н., профессор
Исаева Елена Рудольфовна
_____ (подпись)

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4 с.
ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.....	11 с.
1.1. Определения и история развития онкопсихологии	11 с.
1.2. Рак молочной железы	13 с.
1.3. Лечение рака молочной железы	18 с.
1.4. Болезнь и ее оценка.....	22 с.
1.5. Качество жизни как критерий эффективности лечения онкологических больных	23 с.
1.6. Психологические аспекты болезни с высокой витальной угрозой....	27 с.
1.7. Самоотношение и восприятие своего тела.....	29 с.
1.8. Психологические особенности пациенток с раком молочной железы.....	33 с.
1.9. Психологические особенности мужчин с раком предстательной железы.....	37 с.
ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	39 с.
2.1. Организация и основные этапы исследования.....	39 с.
2.2. Описание выборки	39 с.
2.3. Описание методов исследования.....	42 с.
РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	48 с.
3.1. Общая характеристика выборки.....	48 с.
3.1.1. Исследование субъективного отношения к себе.....	48 с.
3.1.2. Исследование самоотношения.....	49 с.
3.1.3. Исследование уровня перфекционизма.....	51 с.
3.1.4. Исследование удовлетворённости различными сферами жизни	53 с.

3.1.5. Исследование образа собственного тела	55 с.
3.1.6. Исследование отношения к собственному телу	56 с.
3.2. Исследование особенностей восприятия своего тела и самооценки у женщин со злокачественными новообразованиями молочной железы ...	57 с.
3.2.1. Анализ субъективного отношения к себе у пациенток с ЗНО МЖ в зависимости от возраста, семейного статуса и длительности заболевания	57 с.
3.2.2. Анализ удовлетворённости различными сферами своей жизни у пациенток с ЗНО МЖ в зависимости от возраста, семейного статуса и длительности заболевания	58 с.
3.2.3. Анализ самоотношения у пациенток с ЗНО МЖ в зависимости от возраста, семейного статуса и длительности заболевания	59 с.
3.2.4. Анализ отношения к собственному телу у пациенток с ЗНО МЖ в зависимости от возраста, семейного статуса и длительности заболевания	60 с.
3.3. Описание корреляционных связей	61 с.
3.3.1. Анализ корреляционных связей в разных возрастных группах	62 с.
3.3.2. Анализ корреляционных связей в группах с разным семейным статусом	65 с.
3.3.3. Анализ корреляционных связей в группах с разной длительностью заболевания	69 с.
ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ	71 с.
ВЫВОДЫ	77 с.
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	79 с.
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	80 с.
ПРИЛОЖЕНИЯ	87 с.

ВВЕДЕНИЕ

Сегодня каждый человек так или иначе подвержен влиянию факторов окружающей среды, которые оказывают неблагоприятное воздействие на соматическое и психическое здоровье человека. Но помимо внешних факторов, мы также подвержены влиянию факторов внутренних, например, осложнённое течение заболевания. Наше психическое здоровье скорее всего будет подвержено негативному влиянию вследствие влияния на неё болезней, а особенно тех, которые несут в себе большую витальную угрозу.

Подобное жизненное событие в любом случае окажет влияние как на физическое, так и на психическое здоровье человека. К сожалению, такие обстоятельства порой затрагивают не только самого пациента, но и его окружение, например, близких родственников. Их состояние в той же мере подвергается негативным воздействиям из-за болезни близкого.

Однако сегодня диагноз «онкологическое заболевание» не является неизлечимым, хотя тяжёлое лечение и меняет привычный образ жизни человека. И в связи с этим большое внимание следует уделять психоэмоциональному состоянию пациента (Ширяев О. Ю., Васильева Ю. Е. 2016).

Появление новых исследований в этой области привело к появлению нового направления – онкопсихологии. В нём сочетаются технологии медицины, психологии и социальных наук для лучшей коррекции состояния пациентов, проходящих тяжёлое лечение. Привычная жизнь человека и его близких обрывается, появление заболевания, тяжёлое лечение и вероятность рецидива формируют сильное психоэмоциональное напряжение и страх неопределённости (Бабик А.И. 2011).

Сам факт обнаружения болезни и дальнейшего агрессивного лечения, состояние незащищенности после выписки разрушают привычное существование человека (Демин Е.В., Гнездилов А.В., Чулкова В.А. 2011).

Кроме того, отсутствие гарантий излечения усиливает переживания пациента и делает их невыносимыми. Для многих болезнь кажется фатальной и несет не только смерть, но и неизбежность физической боли и душевных страданий. Болезненные переживания, продолжающиеся годами, иногда даже несмотря на ремиссию, разрушительны для психического здоровья пациента, не позволяя ему адаптироваться к новым условиям жизни с учетом болезни и тем самым снижая качество жизни (Януц Н.П. 2009).

В настоящее время онкологическая патология является одной из ведущих причин заболеваемости и смертности в мире (World Health Organization, 2021). Например, ежегодный прирост заболеваемости раком в Российской Федерации составляет примерно 4–7%. В мире каждый год от злокачественных опухолей умирает 7 млн. человек, немало людей из этого огромного числа составляют трудоспособную часть населения (Вагайцева М.В., Чулкова В.А., Карпова Э.Б., Леоненкова С.А. 2015). Существует разрыв между большим количеством вариантов соматического лечения и отсутствием знаний об особенностях протекания психических процессов пациента с онкологическим заболеванием. Поэтому онкопсихология является подходом, который интегрирует различные методы лечения больных.

Успешность и высокая вероятность благоприятного исхода в лечении онкологических заболеваний в значительной степени способствует увеличению продолжительности жизни пациентов со злокачественными новообразованиями молочной железы, по данным исследований показатели пятилетней выживаемости превышают 80% в сравнении с прошедшим десятилетием (А.Д. Каприн и соавт., 2017). Данный факт заставляет нас обратить своё внимание больше на вопрос качества жизни пациентов, нежели на продолжительность их жизни. Некоторые исследования, проводимые по данной теме, свидетельствуют,

что патология онкологического генеза воздействует на психическую деятельность как психогенный и соматогенный фактор: лечение такого заболевания как правило сопровождается комплексом психического и физического истощения, которое закономерно снижает психическое функционирование пациента (Е.Ф. Бажин, А.В. Гнездилов, 1983; А.Е. Колосов, Н.Б. Шиповников, 1994; В.Д. Менделевич, 2002; Н.В. Тарабрина с соавт., 2007; И.Е. Куприянова с соавт., 2009).

Диагноз с высокой витальной угрозой способствует появлению у пациента чрезмерного психоэмоционального напряжения в связи с прямой угрозой для жизни, тяжёлым лечением, и необратимыми изменениями качества жизни, то есть психически травмирует человека (Вагайцева М.В., Чулкова В.А., Карпова Э.Б. 2015). При этом не только лечение может оказаться травмирующим для больного. Изменения, которые происходят в его теле (появление лишнего веса, потеря волос), могут способствовать развитию психической дезадаптации.

В настоящее время в России широко распространён радикальный метод лечения рака молочной железы – её удаление (мастэктомия). Именно радикальность метода привела к тому, что данный вид онкологической патологии наряду с другими подобными заболеваниями ассоциируется с серьёзной психологической травматичностью. Исследования в области онкопсихологии показывают, что женщина переживает чрезмерное психологическое напряжение, переживает «двойную травму» (Януц Н.П. 2009.). С одной стороны, женщина приходит к осознанию того, что она больна онкологическим заболеванием и для своего спасения ей необходимо перенести мастэктомию. А с другой – трудно смириться с тем, что операция изменит её тело. Также в некоторых случаях происходит смещение фокуса внимания: страх потери женственности и изменения отношений с другими людьми приобретают для больных главенствующее значение (Чулкова В.А., 2018).

Пациентки с раком груди теряют привычное восприятие собственного тела, что является еще одним психотравмирующим фактором. Часто недооценённые переживания, происходящие во внутреннем мире пациентов, их особенности личности, отношение к себе, к болезни и длительному лечению не дают осуществить целостный подход к преодолению болезни, что, в свою очередь, не позволяет использовать психологические ресурсы личности для достижения более полного эффекта лечения (Чулкова В.А. 1999).

На сегодняшний день имеется достаточно мало исследований в области онкопсихологии, что делает этот вопрос ещё более актуальным и перспективным. Поэтому нам бы хотелось, чтобы результатом этого исследования стало развитие знаний об особенностях самооценки и восприятия пациентками с раком молочной железы своего тела после проводимых оперативных вмешательств.

Актуальность данной работы связана с тем, что на сегодняшний день в отечественной литературе практически нет исследований, направленных на изучение отношения к своему телу и самооценки у женщин со злокачественными новообразованиями молочной железы. Однако данный вопрос является необходимой составляющей осуществления реабилитационных мероприятий с этой группой больных. При растущей продолжительности жизни после РМЖ становится очевидной необходимость оказания психологической помощи для повышения уровня качества жизни больных и достижения более полного эффекта лечения.

Гипотезы исследования:

1. В зависимости от возраста женщины с РМЖ по-разному оценивают себя после мастэктомии.

2. Женщины с РМЖ, имеющие семью, сохраняют высокий уровень самооценки и отношения к себе в условиях онкологического заболевания.
3. Имеются различия в восприятии себя у женщин с диагнозом РМЖ в зависимости от продолжительности их заболевания.

Цель исследования: выявить особенности восприятия своего тела, отношение к себе и уровень самооценки у женщин с ЗНО МЖ.

Задачи исследования:

1. Выявить особенности самооценки у женщин с ЗНО МЖ в зависимости от возраста, семейного положения и продолжительности заболевания;
2. Определить особенности субъективного отношения к себе (самоотношения) у женщин с ЗНО МЖ в зависимости от возраста, семейного положения и продолжительности заболевания.
3. Определить степень удовлетворённости собственным телом у женщин с ЗНО МЖ в зависимости от возраста, семейного положения и продолжительности заболевания;
4. Определить уровень перфекционизма у женщин с ЗНО МЖ;
5. Оценить удовлетворённость качеством жизни пациенток с ЗНО МЖ в зависимости от возраста, семейного положения и продолжительности заболевания.

Объект исследования: женщины разных возрастных групп, проходящие лечение в связи с постановкой диагноза рак молочной железы.

Предмет исследования: особенности восприятия своего тела, самоотношение и самооценка у женщин со злокачественными новообразованиями молочной железы.

Критерии для включения больных с ЗНО МЖ в исследование:

1. Наличие подтверждённого онкологического диагноза в соответствии с МКБ-10 – злокачественное новообразование молочной железы (C50);
2. Добровольное согласие на проведение психологического исследования.

Критерии исключения больных с ЗНО МЖ из исследования:

1. Наличие у пациентов доброкачественных новообразований молочной железы;
2. Пациенты мужского пола;
3. Наличие верифицированного психического расстройства.

Научная новизна заключается в том, что в данном исследовании изучены различные стороны самоотношения женщин со злокачественными новообразованиями молочной железы. Установлено, что семья для женщин с ЗНО МЖ выступает в качестве главного социального ресурса в сохранении самообладания и уверенности в себе в условиях онкологического заболевания. Научной новизной обладают полученные в исследовании данные о том, что молодые женщины и женщины зрелого возраста без семьи, болеющие менее одного года, являются группой риска психической дезадаптации в связи с психотравмирующим эффектом болезни, что обосновывает необходимость психологического сопровождения данных групп больных.

Практическая значимость исследования: результаты исследования могут быть использованы для определения психотерапевтических мишеней и дальнейшей разработки программ психологической реабилитации для больных со злокачественными новообразованиями молочной железы после мастэктомии. Особое внимание необходимо обратить на выявленные две группы риска

психической дезадаптации в условиях трудной жизненной ситуации, каким и является онкологическая патология. К ним относятся: незамужние женщины без детей, болеющие менее одного года; и молодые женщины, также болеющие меньше года. Данные группы пациенток в большей мере нуждаются в оказании им психологической поддержки в период прохождения лечения и в послеоперационный период.

Личное участие автора. Выпускная квалификационная работа была выполнена в рамках совместного научного исследования кафедры общей и клинической психологии и клинического онкологического отделения №5 ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова.

Личное участие автора данной работы состояло в следующем: разработка исследовательского дизайна и подбор психодиагностических методик, написание обзора литературы, сбор, математическая обработка и интерпретация экспериментальных данных, составление выводов и заключения.

Автор выражает особую благодарность за помощь в организации и проведении исследования Руководителю онкологического отделения №5 ПСПбГМУ им. ак. И.П. Павлова к.м.н. Чижу Игорю Александровичу и его сотрудникам.

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Определения и история развития онкопсихологии

Дадим определение онкопсихологии. Это отрасль научного знания, целью которой является обеспечение адаптации пациентов с онкологическими заболеваниями. Она изучает факторы адаптации, обусловленные заболеванием, личностными особенностями пациента, социумом, и факторы риска дезадаптации.

Это междисциплинарное направление, предполагающее оказание медицинской и психологической помощи больным и их родственникам. Онкопсихология также включает в себя психообразование и обучение персонала, который взаимодействует с больными. Предполагает изучение превентивной роли факторов поведения при ЗНО и лечение психических заболеваний. А также решает психосоциальные проблемы на протяжении всего онкозаболевания (Holland J. C. 1998).

Одно из первых определений онкопсихологии принадлежит J. Holland (Holland J.C., Andersen B., Breitbart W.S. et al. 1992). Онкопсихология изучает два основных психологических фактора, которые вызываются онкологической патологией:

- острым эмоциональным состоянием пациентов, проходящих лечение, взаимоотношением и взаимодействием их близких и тех людей, которые осуществляют уход за больными (психосоциальный фактор);
- психологического, поведенческого и социального факторов, оказывающих влияние на вероятность возникновения заболевания и его исход в связи с онкологической патологией (психобиологический фактор).

А.И. Бабик (2001) определяет онкопсихологию как:

- незаменимую составляющую онкологии и психиатрии, психологическое изучение условий возникновения рака;
- сферу научной деятельности, которая вносит вклад в изучение воздействий психологических факторов на развитие злокачественных новообразований;
- науку, обеспечивающую адаптационные возможности больного с онкологическим заболеванием, изучающую предикторы адаптации, обусловленные болезнью, личностными особенностями пациента, социумом, и факторы риска, приводящие к дезадаптации.

Проводимые исследования показывают, что главенствующими факторами, которые связаны с особенностями течения онкозаболевания, являются выраженность эмоционального реагирования на установку диагноза, поддержка окружения, характер взаимоотношений больного с ним (Герасименко В.Н., Тхостов А.Ш. 2002).

Хотя учёт психологических трудностей, с которыми сталкивается больной онкологическим заболеванием, является очевидным, история онкопсихологии отсчитывается только с 80-х годов XX века.

Развитие онкопсихологии можно рассмотреть с точки зрения влияния следующих факторов:

- реакция на онкологическое заболевание, как на «неизлечимое»;
- длительная стигматизация психических расстройств;
- трудность в организации оказания психологической помощи людям с тяжёлым соматическим заболеванием;
- поиск психологических причин в развитии ЗНО;
- отсутствие теоретической модели, которая бы интегрировала в себе принципы междисциплинарного направления (медицинская и психологическая помощь, социальная работа);
- научные исследования, появившиеся после 1975 года. Именно благодаря им диагноз «рак» перестал скрываться от пациентов и

появилась возможность открытого диалога между специалистами и больными об их диагнозе и его последствий для дальнейшей жизни (Караваева Т.А., Васильева А.В., Лукошкина Е.П. 2017).

В XXI веке онкопсихология была признана официально. Психосоциальные интервенции стали включаться в стандарты оказания медицинской помощи пациентам с онкологической патологией.

Сейчас в планах развития здравоохранения подчёркивается важность оказания психосоциальной помощи нуждающимся пациентам с онкологическими заболеваниями на всех этапах лечения (Караваева Т.А., Васильева А.В., Лукошкина Е.П. 2017).

Междисциплинарная работа, включающая в себя деятельность психиатров, медицинских психологов и социальных работников, сегодня предполагает внедрение когнитивно-поведенческого и экзистенциального направлений психотерапии в медицину, а также усилия онкологов, специалистов по этике и самих пациентов обеспечивают наиболее полное знание, которым обладает на сегодняшний день онкопсихология. Это позволило разработать теоретически и практические стратегии, которые используются в научных исследованиях и в клинической практике лечения людей с онкологическими заболеваниями. При этом наиболее успешны те организации, которые используют весь известный арсенал методов, функционируют как подразделения с междисциплинарной бригадой, опираясь на знания каждого специалиста, оставаясь интегрированными в структуру общей медицинской помощи больным (Караваева Т.А., Васильева А.В., Лукошкина Е.П. 2017).

1.2. Рак молочной железы

В МКБ-10 данное заболевание определяется, как злокачественное новообразование молочной железы (C50) (Международная классификация болезней МКБ-10). В МКБ-11 РМЖ находится в разделе «Злокачественные

новообразования груди» (2C60) (ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics).

В 2020 году было выявлено 2,2 млн человек с диагностированным раком молочной железы (Stoltenberg M, Spence D, Daubman BR, Greaves N, Edwards R, Bromfield B, et al. 2020).

Количество случаев РМЖ и вероятность летального исхода больше в странах со средним и низким уровнем дохода. Продолжительность жизни после постановки диагноза в течение пяти лет почти в 2 раза выше у людей, живущих в странах с высоким уровнем дохода, чем у жителей стран со средним и низким уровнем дохода.

Достичь самого успешного лечения становится возможным при сочетании раннего выявления рака молочной железы с хорошо подобранным лечением, которое покажет высокую эффективность в конкретном случае. Лечение обычно включает в себя три составляющие: хирургическое вмешательство, лучевая терапия и терапевтическое лечение.

Рак груди является вторым по распространенности типом рака среди населения в целом и наиболее частым онкологическим заболеванием среди женщин во всем мире, на него ежегодно приходится 30% новых случаев рака. Согласно данным Канцер-регистра, показатель заболеваемости раком молочной железы в России в 2018 году составил 89,7 на 100 тысяч женщин (МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России).

Точные причины рака груди не известны, но за годы наблюдений был выявлен ряд предрасполагающих факторов, повышающих вероятность возникновения данной патологии.

Заболевания эндокринной системы (ожирение, сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, дисгормональная гиперплазия молочных желез), а также гипертония и заболевания печени играют ключевую роль в

развитии рака молочной железы. Кроме того, существуют факторы, характеризующие функциональное состояние репродуктивной системы организма. Известно, что риск развития заболевания повышается при раннем наступлении менархе и поздней менопаузе, поздней беременности или невозможности родить, использовании оральных контрацептивов более чем за 4 года до наступления первой беременности, длительная заместительная эстрогенная терапия без одновременного назначения прогестерона. Также к факторам риска относят онкологическое заболевание женских половых органов (Широкова И., Прожерина Ю. 2016).

Кроме того, отягощенный семейный анамнез играет важную роль в развитии болезни: примерно у 25% пациентов близкие родственники страдали РМЖ (Косенок В.К., 2008).

И, конечно, определенную роль в развитии РМЖ играют экзогенные факторы: курение, химические канцерогены, ионизирующая радиация, избыточное потребление животных жиров и высококалорийная диета.

Также увеличивают риск развития рака молочной железы унаследованные высоко пенетратные мутации в генах. Самые доминантные мутации отмечаются в генах BRCA1, BRCA2, PALB-2. В таких случаях пациенту стоит задуматься о хирургической операции по удалению обоих молочных желёз. Однако такой подход применяется для небольшого количества пациентов, которому должно предшествовать качественное медицинское обследование (Mutebi M, Anderson BO, Duggan C, Adebamowo C, Agarwal G, Ali Z, 2020).

Потенциально к снижению риска развития рака молочной железы может привести:

- грудное вскармливание, происходящее не протяжении длительного времени;
- физические нагрузки;

- регуляция своего веса;
- снижение количества употребляемого алкоголя и количества выкуренных сигарет;
- недопущение приема гормонов на протяжении долгого времени;
- сведение к минимуму радиоактивного воздействия.

Однако следует помнить, что учёт всех вредящих факторов снизит риск развития рака молочной железы максимум на 30% (Ginsburg O, Yip CH, Brooks A, Cabanes A, Caleffi M, Dunstan Yataco JA, 2020).

Женщины при этом являются в главной группе риска развития рака молочной железы. Из общего числа заболевших, количество мужчин с РМЖ не превышает 1%. При этом лечение рака молочной железы как у женщин, так и у мужчин является одинаковым (Mutebi M, Anderson BO, Duggan C, Adebamowo C, Agarwal G, Ali Z, 2020).

Клетки РМЖ чаще всего возникают в эпителии молочных протоков (85% случаев) или в дольках железистой ткани молочной железы, однако это происходит значительно реже (15% случаев). На первых этапах своего развития опухоль растёт только в протоке или дольке (преинвазивный рак). Она не вызывает никакого дискомфорта и не имеет симптомов. У такой опухоли меньше шансов для развития метастаз (вторичные очаговые опухоли). Далее такие малозаметные опухоли способны разрастаться на здоровые участки молочной железы (инвазивный рак). Со временем патология распространяется на близлежащие лимфатические узлы (регионарный метастазы), а также на другие органы (отдалённые метастазы). Смерть от рака молочной железы происходит чаще всего в результате большого количества метастаз (DeSantis CE, Bray F, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Anderson BO, Jemal A. 2015).

С точки зрения гистологии выделяют следующие типы раковых опухолей молочной железы (1984):

- внутрипротоковый рак;

- дольковый рак;
- инвазивный протоковый рак;
- инвазивный дольковый рак;
- рак молочной железы с признаками воспаления;
- тубулярная карцинома;
- рак с остеокластоподобными клетками;
- аденоид-кистозный рак;
- секреторная карцинома (ювенильный рак);
- кистозная гипертсекреторная карцинома;
- апокринный рак;
- рак с признаками эндокринного новообразования (первичная карциноидная опухоль, апудома).

Доля редких форма рака молочной железы равна 10% от всех случаев. К таким формам можно отнести:

- тубулярный рак;
- папиллярный рак;
- медуллярный рак;
- криброзный рак;
- коллоидный (слизистый рак, перстневидно-клеточный рак);
- метапластический (плоскоклеточный рак).

По мнению экспертов, снижение смертности от рака груди в равной степени обеспечивается как ранним маммографическим скринингом, так и современной терапией. Схемы лечения рака груди определяются в зависимости от стадии и распространенности злокачественного процесса, генетических и иммуногистохимических исследований, результата лабораторных исследований и наличия сопутствующих заболеваний (Широкова И., Прожерина Ю. 2016).

Основными признаками РМЖ являются:

- рак молочной железы обнаруживается в виде «шарика», который не причиняет никакого физического дискомфорта;
- возможное видоизменение поражённой молочной железы;
- изменение покровов кожи на месте отращивания опухоли;
- изменение вида ореола соска.

При этом стоит помнить, что подавляющее большинство уплотнений (90%), появляющихся в молочной железе, не являются злокачественными (McCormack V, McKenzie F, Foerster M, Zietsman A, Galukande M, Adisa C, et al. 2020). Чаще всего РЖМ обнаруживают до появления явных симптомов опухоли – на маммографии или пациентка самостоятельно обнаруживает уплотнение в груди. Наиболее точная диагностика осуществляется с помощью трепан-биопсии под контролем УЗИ. Некоторое количество случаев РМЖ обнаруживается на более поздних стадиях, когда опухоль сильно заметна (Косенок В.К., 2008). Чаще всего распространение рака молочной железы затрагивает лимфатические узлы подмышечной области. Если рак даёт метастазы в другие органы (мозг, печень, кости), это может вызвать новые симптомы, например, боль в соответствующих поражённых органах (Rositch AF, Unger-Saldana K, DeBoer RJ, Ng'ang'a A, Weiner BJ. 2020).

1.3. Лечение рака молочной железы

На сегодняшний день онкологи научились вылечивать рак молочной железы, особенно, если его удаётся обнаружить на ранних стадиях. Лечение РМЖ совмещает в себе несколько методов: хирургическое вмешательство, когда удаляется опухоль с возможным удалением близко расположенных лимфатических узлов, лучевая терапия и терапевтическое лечение (гормональная терапия, химиотерапия, таргетная биологическая терапия). Эти методы необходимы для лечения небольших опухолей,

которые распространились дальше своего первичного очага (Rositch AF, Unger-Saldana K, DeBoer RJ, Ng'ang'a A, Weiner BJ. 2020).

Раньше подавляющее большинство опухолей лечили с помощью радикального метода - мастэктомии. Однако и сейчас этот метод является популярным, особенно в случаях, если опухоль является достаточно большой. Термин «мастэктомия», означающий удаление одной или обеих молочных желез, который используется в современной медицине, был разработан в конце 19 века, как один из видов оперативного вмешательства (Малыгин С.Е., 2015).

Данный метод предполагает удаление молочной железы вместе с жировой клетчаткой, содержащей лимфатические узлы (места с наибольшей вероятностью метастазирования). Такая операция сопровождается удалением малой или большой грудной мышцы в зависимости от вида мастэктомии.

Виды операции:

- Радикальная мастэктомия (метод Холстеда) включает в себя удаление грудных и подмышечных мышц, подлопаточной клетчатки;
- Метод Урбана – радикальная мастэктомия с удалением парастеральных лимфатических узлов;
- Модифицированная радикальная мастэктомия (метод Пейти), заключающаяся в удалении молочной железы и малой грудной мышцы, подлопаточной и подмышечной клетчатки I-III уровней;
- Модифицированная радикальная мастэктомия (метод Маддена) с одномоментным удалением молочной железы, подлопаточной, подмышечной I-II уровней, межмышечной клетчатки с лимфатическими узлами;
- Удаление молочной железы без удаления подмышечной клетчатки (Кузин М.И., Кузин Н.М., Шкроб О.С. 2002).

Этапы операции:

- Удаление молочной железы;
- Подмышечная лимфаденэктомия – удаление клетчатки с лимфатическими узлами;
- Установка дренажа для осуществления оттока тканевой жидкости и остаточной крови;
- Накладывание швов (Черноусов А.Ф. 2010).

Метод мастэктомии производится в том случае, когда у пациента обнаруживается рак или саркома молочной железы, а также гнойное воспаление МЖ. Также мастэктомия применяется в косметических и профилактических целях, при генетической предрасположенности к РМЖ (Кузин М.И., Кузин Н.М., Шкроб О.С. 2002).

Также помимо мастэктомии используются следующие виды органосохранных операций, которые предполагают удаление опухоли в пределах здоровой ткани:

- лампэктомия;
- радикальная секторальная резекция (по Блохину);
- квадрантэктомия с лимфаденэктомией;
- гемимастэктомия с лимфаденэктомией;
- субтотальная резекция с лимфаденэктомией;
- подкожная мастэктомия с лимфаденэктомией (Черноусов А.Ф. 2010).

Лампэктомия – становится сегодня одним из наиболее часто встречаемых методов частичной мастэктомии. В данном случае удаляется только опухоль из молочной железы. Однако в таком случае пациент дополнительно нуждается в проведении лучевой терапии, чтобы снизить риск развития опухоли повторно (Rositch AF, Unger-Saldana K, DeBoer RJ, Ng'ang'a A, Weiner BJ. 2020).

Лимфатические узлы удаляются во время хирургического вмешательства при инвазивном раке. Сегодня используют метод биопсии

сигнальных лимфатических узлов. В подмышечную область вводят красящее вещество или радиоактивный изотоп с коротким промежутком жизни, чтобы найти те лимфатические узлы, в которые рак мог распространиться из молочной железы (McCormack V, McKenzie F, Foerster M, Zietsman A, Galukande M, Adisa C, et al. 2020).

Лекарственная терапия применяется как до хирургической операции (неoadьювантная терапия), так и после неё (адьювантная терапия). Опухоли, экспрессирующие рецепторы эстрогена (ER) и/или прогестерона (PR), будут реагировать на эндокринную (гормональную) терапию с использованием таких препаратов, как тамоксифен или ингибиторы ароматазы. Последствия такой терапии - появление симптомов менопаузы (DeSantis CE, Bray F, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Anderson BO, Jemal A. 2015).

Опухоли, которые не экспрессируют ER или PR, не восприимчивы к гормонотерапии из-за отсутствия у опухолевых клеток рецепторов к гормонам (гормон-рецептор-негативные опухоли), их лечат с помощью химиотерапии, если только размер опухоли не очень мал. Современные способы применения химиотерапии очень эффективны и применяются амбулаторно (Mutebi M, Anderson BO, Duggan C, Adebamowo C, Agarwal G, Ali Z, 2020).

В раковой опухоли молочной железы может происходить гиперэкспрессия онкогена HER-2/neu. HER2-позитивный рак молочной железы поддается лечению с помощью таргетных биологических агентов, таких как трастузумаб. Эти биологические агенты очень эффективны, но и очень дороги, поскольку они являются антителами, а не химическими препаратами. Таргетная терапия проводится в сочетании с химиотерапией, что повышает их эффективность в плане уничтожения раковых клеток (Rositch AF, Unger-Saldana K, DeBoer RJ, Ng'ang'a A, Weiner BJ. 2020).

Лучевая терапия также играет очень важную роль в лечении рака молочной железы. На ранней стадии рака молочной железы благодаря радиотерапии может отпасть необходимость мастэктомии. При более поздних стадиях рака лучевая терапия может снизить риск рецидива, даже если была проведена мастэктомия. На поздней стадии заболевания, в некоторых случаях, лучевая терапия может уменьшить вероятность смерти от рака молочной железы (McCormack V, McKenzie F, Foerster M, Zietsman A, Galukande M, Adisa C, et al. 2020).

1.4. Болезнь и ее оценка

Каждое заболевание можно охарактеризовать с помощью специфических признаков, влияющих на важные для человека сферы жизнедеятельности. Существуют определённые параметры, с помощью которых представляется возможность оценить степень этого влияния на жизнь пациента и особенности формирования отношения к болезни с психологической точки зрения:

1. Наличие витальной угрозы;
2. Вероятность и степень гипотетической инвалидизации, переход заболевания в хроническую форму;
3. Интенсивность болевых ощущений;
4. Радикальные или паллиативные формы терапии;
5. Влияния на поддержание уровня коммуникации, обусловленные заболеванием;
6. Социальная значимость заболевания (стигматизация, ярлыки);
7. Влияния, оказываемые болезнью, на сферу семейной и сексуальной жизни;
8. Влияния, оказываемые болезнью, на возможность получать удовольствие и развивать свои интересы.

1.5. Качество жизни как критерий эффективности лечения онкологических больных

Реабилитация пациента с онкологическим заболеванием включает в себя не только физическое выздоровление и восстановление функционирования организма, но и максимально возможное возвращение к привычной жизни до болезни. Это является недостижимым без учёта личности больного человека.

Успешная реабилитация больного с онкологической патологией предполагает следующие:

- партнёрские отношения между пациентом и врачом;
- разносторонность оказываемых воздействий, которые направлены на разные сферы жизни пациента;
- единство биологических и психосоциальных факторов, воздействующих на человека;
- поэтапность мероприятий, предназначенных для восстановления функционирования человека, с динамическим учётом тех изменений, которые происходят в физическом и психическом состоянии пациента (Карицкий А.П., Чулкова В.А., Пестерева Е.В., Семиглазова Т.Ю. 2015).

Психологическая реабилитация – важная часть реабилитации онкологического больного, цель которой – адаптировать пациента к ситуации заболевания и улучшить качества его жизни.

Можно выделить несколько понятий «качества жизни»:

- Всемирная организация здравоохранения определяет качество жизни как специфическую связь между положением человека в социальной среде, в контексте культуры и системы ценностей этой социальной среды, и его целями, планами и возможностями. Это означает, что качество жизни является мерой восприятия каждым человеком или группами людей того, что их потребности удовлетворяются и что им

предоставляются все возможности для самореализации (ЕРБ ВОЗ Здоровье-21, 1999).

- Это множество факторов, отражающих этапы жизни с учётом физического здоровья, психологического благополучия, социальных взаимоотношений и функциональных умений, включённых в процесс развития и лечения болезни (Семиглазова Т.Ю., Кондратьева К.О., Чулкова В.А., Котова З.С., Демин Е.В., Бернацкий А.С., Семиглазов В.В., Донских Р.В., Карицкий А.П., Щербаков А.М., Беляев А.М. 2017).
- «Удовлетворённость от психосоциальных и других форм деятельности в условиях ограничений, связанных с заболеванием» (Мясоедова Н.А., Тхостова Э.Б., Белоусов Ю.Б. 2002).

Единых критериев, в полной мере определяющих качество жизни, нет, отсюда и большое количество определений данного понятия. На оценку качества жизни также оказывают влияние пол, возраст, национальность, социальное и экономическое положение, его трудовая деятельность, приверженность к той или иной религии, культурные традиции и т.д.

ВОЗ выделяет следующие критерии оценки «качества жизни, обусловленного здоровьем»:

- физические (боль, сон, дискомфорт, отдых);
- психологические (положительные или негативные эмоции, самооценка, познавательные способности);
- независимость (повседневная деятельность, работоспособность);
- социальная активность (личное общение, общественная ценность);
- окружение (безопасность, доступность медицинской помощи, обучение, досуг, экология);
- духовность (религиозные убеждения) (Попова Т.Н., Кузеванова Е.А. 2011).

При изучении качества жизни берут во внимание три основных компонента:

- функциональные способности – возможность выполнять повседневную активность, осуществление социального, интеллектуального функционирования, достижение экономической независимости;
- восприятие – взгляды человека на ценности составляющих, указанных в предыдущем пункте. Восприятие общего состояния здоровья и уровня благополучия;
- симптомы – следствие заболевания или его осложнений, которые снижаются в результате лечения.

Анализ качества жизни, необходимый для планирования программы лечения онкобольных, является важной составляющей, поскольку существует корреляция между уровнем качества жизни и показателями выживаемости. Качество жизни при лечении онкологических больных является важным критерием оценки эффективности лечения.

Динамическое исследование качества жизни позволяет вести длительный мониторинг состояния пациента во время реабилитации.

На улучшение качества жизни больных с онкологическими заболеваниями направлена «сопроводительная и поддерживающая терапия»:

- противоболевая терапия;
- профилактика и лечение осложнений в виде инфекций и желудочно-кишечных осложнений;
- лечение и профилактика гематологических нарушений;
- лечение и профилактика кожных, неврологических и других нарушений;
- лечение опухолевых плевритов, асцитов и перикардитов;

- психосоциальная поддержка больных онкологической патологией (Семиглазова Т.Ю., Кондратьева К.О., Чулкова В.А., Котова З.С., Демин Е.В., Бернацкий А.С., Семиглазов В.В., Донских Р.В., Карицкий А.П., Щербаков А.М., Беляев А.М. 2017).

Для больных с ЗНО улучшение качества жизни возможно достичь благодаря высокотехнологичным методам противоопухолевого лечения (хирургическая операция, химиотерапия и лучевая терапия, системная лекарственная терапия). С помощью хирургического лечения можно сохранить полностью или частично функционирование больного или с помощью пластических операций устранить дефект (установка имплантата после мастэктомии). Системная лекарственная терапия (химиотерапия, лучевая терапия, таргетная терапия, иммунотерапия) устраняет болевой синдром.

Данная характеристика является второй по значимости при анализе результатов противоопухолевой терапии после выживаемости, и более важной, чем первичный опухолевый ответ. Длительное и калечащее лечение, инвалидизация, изоляция от привычного мира, потеря трудоспособности способствуют развитию психосоциальной дезадаптации. Поэтому отсутствие вовремя оказанной психологической помощи может привести к психопатологическим изменениям личности больного.

Такой важный параметр, как качество жизни онкологического больного, заставляет обратить внимание на оценку пациентом своего состояния и своей жизнедеятельности в ситуации болезни, которые сопровождаются различными эмоциональными переживаниями. Поэтому субъективная оценка качества жизни невозможна без учёта личностных и психологических свойств пациента.

Существует ряд теорий, ориентированных на изучение качества жизни. На их основе создаётся алгоритм психологической помощи. Самая известная теория – Discrepancy Theory. Её суть – это восприятие человеком

разрыва между ожидаемым и реальным эффектом лечения (Osoba D. 1997). Качество жизни улучшается в том случае, если уменьшается разрыв при эффективном лечении, качественной коррекции симптомов, поддержке со стороны окружения и изменении отношения больного к лечению. Качество жизни будет продолжать расти, если нет разрыва между идеалом и реальностью, то есть адекватная оценка возможностей сочетается с коррекцией ожиданий (Твайкросс Р.Дж., Фрамpton Д.Р. 1992).

Качество жизни больных онкологическими заболеваниями предполагает динамику, значит, оцениваться оно также должно во времени как изменяющийся параметр, который зависит от конкретного заболевания и его лечения (Семиглазова Т.Ю., Кондратьева К.О., Чулкова В.А., Котова З.С., Демин Е.В., Бернацкий А.С., Семиглазов В.В., Донских Р.В., Карицкий А.П., Щербаков А.М., Беляев А.М. 2017).

1.6. Психологические аспекты болезни с высокой витальной угрозой

На психическое состояние человека оказывает влияние наличие диагноза, который влечёт за собой высокую вероятность летального исхода. Подобные заболевания сопряжены с различными психологическими переживаниями, которые в той или иной степени влияют на эффективность лечения. Поэтому проблема болезней с высокой витальной угрозой, таких, как рак молочной железы, невозможно рассматривать без учёта психологических особенностей этих заболеваний.

В повседневной жизни человек редко сталкивается с экзистенциальными переживаниями, однако они актуализируются в момент столкновения с угрожающей болезнью. Факт конечности жизни становится главным осознанием в этот период. Столкновение с возможностью собственной смерти приводит человека к тому, что это не какое-то далёкое абстрактное явление, а реальный жизненный исход (Ялом И., 1999).

Известие о тяжелом заболевании, которое угрожает жизни, может в значительной степени изменить привычный уклад жизни больного, так как всегда есть вероятность возвращения в болезненное состояние. Это влечёт за собой ощущение отсутствия контроля за свою жизнь, перестройку жизненных перспектив, потерю смысла жизни (Решетников М.М., 2006).

Привычный уклад жизни пациента и его семьи рушится, близкие берут на себя роль ухаживающих, что нередко вызывает чувство вины у больного за то, в каком положении он оказался. Такие переживания приводят и к чувству одиночества, с которым сталкивается больной (Кюблер-Росс, 2001). Чувство вины также подпитывают мысли о взаимосвязи возникшего заболевания с «неправильным» образом жизни, невнимательным отношением к своему здоровью (Падун М.А., Котельникова А.В. 2012). Все указанные выше переживания, которые испытывает пациент, как правило сопряжены с различного рода негативными эмоциями: гнев, обида, тоска, тревога и стыд, что является выражением тех страданий, с которыми сталкивается пациент на пути к осознанию и принятию его заболевания.

Ситуация, в которую попадает человек, имеющий тяжелое заболевание, имеет много общего с кризисными ситуациями:

- Возникает внезапно;
- Влечёт за собой угрозу жизни;
- Рушит устоявшееся мировоззрение;
- Возникает ощущение потери контроля;
- Сложность в прогнозировании будущего;
- Стадийное протекание всех процессов (Падун М.А. 2012).

Следовательно, можно сделать вывод о том, что болезнь затрагивает все уровни жизнедеятельности человека:

- Соматический, так как нарушается функционирование в работе организма человека;

- Социальный, так как меняются роли и социальные связи;
- Эмоциональный – тяжелое заболевание неизбежно влечёт за собой большой спектр негативных переживаний;
- Психологический, в следствие того, что меняется система отношений человека;
- Духовный, так как на первый план выходят переживания экзистенциального характера.

1.7. Самоотношение и восприятие своего тела

Феномен самооценки и отношения личности к себе в отечественной психологической науке был предметом изучения у таких авторов, как А.Н. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн, А.Г. Спиркин, Е.В. Шорохова, И.С. Кон, И.И. Чеснокова (Столин В.В. 1983). Данное явление имеет множество синонимов, которые используются для его описания: «глобальная самооценка», «самоуважение», «самопринятие», «эмоционально-ценностное отношение к себе» и собственно «самоотношение», «аутосимпатия». Непосредственно сам термин «самоотношение» впервые описал Н.И. Сарджвеладзе. Он считал, что самоотношение является «отношением субъекта потребности к ситуации ее удовлетворения, которое направленно на самого себя» (Сарджвеладзе Н. И. 1989). То есть самоотношение находит своё отражение, как элемент социальной установки и, наравне с социальным статусом и личностной установки к внешнему миру, определяет диспозиции индивидуума, то есть предрасположенность к определенному социальному взаимодействию в обществе.

Анализируя научную литературу, затрагивающую проблематику данного феномена, можно обозначить несколько подходов, которые выделяются авторами.

Один из подходов, описываемый зарубежными авторами, определяет самооценку как аффективную составляющую Я-концепции. Самооценка

вбирает в себя аффективную составляющую знания личности о самой себе, возникающая вследствие того, что когнитивная оценка себя («образ Я») определённо способно вызвать в человеке различного рода эмоции. В следствие того, что акцент делается на различных проявлениях личности человека (тело, возможности, черты характера и т.д.), выделяется группа отдельных самооценок, объединённых в общее представление об образе своего «Я» – относительно устойчивую самооценку (self-esteem) (Стретович М.А. 2014).

Идеи А.Ф. Лазурского и В.Н. Мясищева определили второй подход. Здесь самоотношение рассматривается в качестве «степени осознания и качества эмоционального и ценностного принятия личностью себя в качестве главного источника активности в социальной среде». Они, в противовес зарубежным учёным, определяют этот сложный факт, как образование когнитивной и аффективной сферы, которое включает в себя «категориального Я» (рациональное отношение к себе как к субъекту социальной активности) и «рефлексивного Я» (переживания и оценки значимости собственного «Я» как субъекта социальной активности), участвующее в процессе саморегуляции, вступая во взаимодействие с потребностями и мотивами (Колышко А.М. 2004).

В соответствии с третьим подходом отечественные авторы изучали самоотношение, рассматривая эмоциональное отношение личности к самой себе. Данное представление согласуется с первой концепцией. И.И. Чеснокова ввела понятие «эмоционально-ценностное самоотношение», которое трактует как «вид эмоциональных переживаний, в которых отражается собственное отношение личности к тому, что она узнает, понимает, «открывает» относительно самой себя» (Столин В.В. 1983).

Однако одной из основных концепций феномена самоотношения в настоящее время является идея В.В. Столина и С.Р. Пантилеева, основанная на теории А.Н. Леонтьева о деятельности, сознании и личности

и, в первую очередь, на представлении о личностном смысле как одной из основных составляющих сознания. Эта концепция гласит: отношение к себе определяется как «непосредственная представленность в сознании личностного смысла «Я», то есть «оценка личностью собственных черт по отношению к мотивам, выражающим потребность в самореализации» (Пантिलеев С.Р. 1991). То есть самоотношение здесь зависит от того, определяется ли «Я» человека как препятствие на пути к его самореализации или, наоборот, способствует развитию.

Самоотношение – важная составляющая системы личности, обеспечивающая переживание смысла «Я», которое в конечном итоге определяется реальными жизненными отношениями субъекта. Л.Я. Гозман определил, каким образом социальное окружение влияет на содержание самоотношения человека:

- Личность развивается в определённой социальной ситуации, она оказывает влияние на установку иерархии мотивов и действий, в отношении которых понимается «Я» человека;
- Специфичность данной социальной ситуации, времени и окружения определяют спектр переживаний, в рамках которого человек испытывает эмоции по отношению к другим и к себе (Пантिलеев С.Р. 1991).

Многие авторы изучали категорию отношений. К ним относились такие отечественные учёные, как А.Ф. Лазурский, В.Н. Мясищев и его ученик А.А. Бодалев. Он рассматривал отношение как «психологический феномен, сутью которого является возникновение у человека психического образования, аккумулирующего в себе результаты познания конкретного объекта действительности, интеграции всех состоявшихся эмоциональных откликов на этот объект, а также поведенческих ответов на него» (Бодалев А.А. 2008). То есть отношение следует понимать, как совокупность когнитивных, эмоциональных и поведенческих проявлений индивида на

объекты действительности. В данном случае речь идёт о теле самого человека.

В психологии особое место занимает телесно-ориентированная терапия, которая определяет тело в качестве главного объекта воздействия. Для данного подхода индивид – это целостная структура, где тело неразрывно связано с психикой (Головин С.Ю. 1998). Цель телесно-ориентированной терапии – использование телесных приёмов для того, чтобы достичь изменений психической деятельности человека. Однако данное направление имеет недостаточную теоретическую основу, хотя для практической психологии оно играет важную роль.

Анализируя понятие «образ тела», можно выделить три подхода, которые рассматривались как в зарубежной, так и в отечественной психологической науке.

Согласно первому подходу, «образ тела» - это функционирование определенных нейронных сетей. Это понятие некоторыми авторами отождествляется со «схемой тела» (работы Г. Хэда). Она является моделью тела человека и строится на основе собственных соматических ощущений (Соколова Е.Т. 1989).

Второй подход: «образ тела» - это когнитивная картина тела человека, отражённая в его сознании (Татаурова С.С. 2009). П. Федерн «схемой тела» называет некое постоянное знание о нем, а «образом тела» – его ситуативную психическую репрезентацию (Соколова Е.Т. 1989).

Авторы, придерживающиеся третьего подхода, считали, что «образ тела» - это феномен, под которым понимают «сложное комплексное единство восприятия, установок, оценок, представлений, связанных и с телесной внешностью, и с функциями тела» (Соколова Е.Т. 1989). П. Шильдер, являющийся автором термина «образ тела», определяет его как «субъективный пространственный опыт восприятия тела, который формируется и трансформируется в процессе общения с другими людьми

и включает в себя когнитивный, перцептивный и эмоциональный компоненты» (Schielder P. 1935).

Обобщая вышесказанные идеи, можно сказать, что структура образа тела обязательно содержит в себе аффективный компонент, который представляет собой удовлетворенность телом и отдельными характеристиками. Помимо аффективного компонента также присутствуют перцептивные и когнитивные составляющие образа тела. Рассматривая понятие «отношения» в целом, и «отношения к своей внешности» в частности, этот феномен определяется, как «совокупность знаний и представлений о внешности, эмоциональные реакции на эти представления, а также провоцируемые когнитивными и эмоциональными откликами поведенческие акты, связанные с внешностью». Такое понимание данного понятия связано с конструктом «образ тела» (Стретович М.А. 2014).

Таким образом, внешность – это сочетание различных телесных ощущений и характеристик, отражающих «физическое Я» человека. Феномен «отношение к своей внешности» определяется как оценочная составляющая «образа тела», включающий эмоции, чувства, оценки, убеждения о своей внешности. Эти составляющие, как эмоциональные, так и оценочные, выражаются в уровне удовлетворённости своей телесной внешностью в целом, так и отдельными её характеристиками. Все убеждения и действия, направленные на свою внешность, образуются под воздействием собственных оценок с учетом представления человека об отношении к ней окружающих.

1.8. Психологические особенности женщин с раком молочной железы

Проблема выживания, преодоления или совладания с трудными обстоятельствами и в то же время сохранения основных жизненных ценностей стала одним из центральных вопросов психологии личности (Асмолов А.Г., 2007; Лурия Р.А. 1977). Тяжёлое заболевание с длительным

лечением влечёт за собой изменение всего привычного функционирования личности, нарушается структура личности, которая была до болезни, что, в свою очередь, приводит к отчуждённости личности (Зейгарник Б.В. 1982).

Выявление заболевания — это тяжёлая стрессовая ситуация для любой женщины, независимо от её возраста и семейного статуса. Особенно если это — рак молочной железы, являющийся наиболее часто встречающимся онкологическим заболеванием у женщин в России (Давыдов М.И., Аксель Е.М. 2005). И хотя лекарственное лечение рака молочной железы имеет высокие показатели продуктивности, лидирующим способом лечения до сих пор остаётся хирургическая операция.

Существуют исследования, подтверждающие связь восприятия своего тела после операции и возраста пациентки. Тяжелее всего переносят лечение и его последствия молодые пациентки и пациентки пожилого возраста (Paterson С. 2016). Молодые женщины испытывают предоперационный стресс в большей степени, чем женщины старшего возраста (Miller SJ. 2014). Вероятно, ухудшение отношения к своему телу у молодых женщин формируется в результате сочетания проблем физической и психологической природы. Возникшие в молодом возрасте физические ограничения, снижение чувства собственной привлекательности и самооценки, размышления о влиянии лечения на будущее чрезвычайно дезадаптируют пациенток молодого возраста.

Рак молочной железы по-разному оказывает воздействие на психику пациентов. Данный диагноз и на сегодняшний день многими считается смертельным, что влечёт за собой высокую вероятность травматизации психики. Также не следует забывать и о длительном тяжёлом лечении онкологической патологии, вследствие которого субъективно теряется привлекательность, меняется самоотношение (Чулкова В.А. 1999).

Возникает тревога в связи с изменившимися условиями жизни, возникает чувство незащитности перед сложившимися обстоятельствами, происходит истощение ресурсов организма, снижаются адаптивные возможности человека, что отражается непосредственно на эффективности проводимой терапии и уровне качества жизни больных. С неуклонным прогрессом методов лечения и увеличением частоты операций по реконструкции груди, можно ожидать, что нарушения восприятия собственного тела среди пациенток станет одной из основных тем обсуждения.

После подобной операции могут появиться ощущения неестественности, искусственности или даже отторжение имплантата (Schover L.R. 1995). Это вызывает чувство неуверенности у пациенток, настороженности по поводу своего самочувствия. В конечном итоге такой продолжительный стресс может привести к косвенным проблемам с принятием «нового» тела.

Также следует отметить, что каждая из хирургических процедур связана с болью, послеоперационным покраснением и т.д., что также может негативно повлиять на благополучие пациенток по отношению к их восприятию собственного тела. Специалисты отмечают, что пациентки часто не хотят видеть свою грудь после операции и отводят взгляд от своего тела. Следовательно, возникает вопрос: как долго пациент может отвергать своё тело после операции и как это отразится в дальнейшем на качестве жизни в целом (Kołodziejczyk A., Pawłowski T. 2019).

Многие авторы отмечают выраженную социальную дезадаптацию больных после оперативного лечения рака молочной железы (Андреева Е.Н., 2002; Москвитина С.А., 2012), однако, затрудняются объяснить ее причины. Некоторые исследователи отмечают, что изменения в образе своего тела у пациенток, которые прошли курс лечения, во многом зависят от восприятия себя до заболевания. Те пациентки, которые положительно

оценивали себя до заболевания, в меньшей степени проявляют симптомы депрессии, чем те больные, которые до начала заболевания рассматривали свою внешность с негативной стороны (Rhondali W 2015). У этой группы пациенток изменение восприятия собственного тела влияет на их идентичность и самооценку. Пациентки отмечают, что изменения в их организме постоянно напоминают им, что они больны. В конечном итоге, это становится неотъемлемой частью их идентичности (Lemieux J. 2008).

Независимо от того, какой тип операции был проведён и насколько тяжёлым было состояние пациентки, могут также возникать проблемы с асимметрией или диспропорцией груди (Janz NK, Mujahid M, Lantz PM. 2005). Это может привести к трудностям в самопринятии и снижению качества жизни в целом.

Лечение в стационаре особенно на ранних этапах также может оказаться травмирующим для женщин с РМЖ и влиять на их психологическое состояние. Больные склонны испытывать сильное психическое напряжение, выражающееся в повышенной тревожности (Чулкова В.А., 2018).

Прохождение курса химиотерапии также влечёт за собой актуализацию и усиление эмоциональных нарушений у пациентов с РМЖ. По мере увеличения длительности курса химиотерапии растёт и тревожность, а также страх перед данным видом лечения. Вероятно, это связано с тем, что химиотерапия и сопутствующие ей осложнения при длительном приёме сильно утомляет пациентов, и некоторые больные готовы прервать лечение раньше срока (Чулкова В.А., 2018).

Обобщая вышесказанное, ясно, что наравне с эффективным современным лечением, позволяющим продлить жизнь пациентам с раком молочной железы, отмечается пробел в знаниях специалистов о психологических нарушениях, которые формируются в процессе лечения. В связи с этим отмечается достаточно низкий уровень оказываемой

психологической помощи пациентам данного профиля, что может повлечь за собой формирование непоправимых нарушений психического функционирования личности и снижение качества жизни.

1.9. Психологические особенности мужчин с раком предстательной железы

Как уже было отмечено ранее, рак молочной железы влечёт за собой различные психологические трудности, которые переживает женщина, столкнувшись с ним. Изменения в теле, которые происходят после мастэктомии, меняют восприятие своей внешности, что может привести к снижению самооценки, трудностям социального взаимодействия, в том числе и в сексуальной сфере.

Наравне с этим стоит рассмотреть психологические особенности мужчин с раком предстательной железы, так как переживания, связанные с угрозой жизни в данном случае дополняются значимыми переживаниями угрозы половой состоятельности. Послеоперационный период таких пациентов предполагает не только переживание физических изменений, которые связаны напрямую с онкологическим заболеванием, но и специфических последствий лечения рака предстательной железы, которые в дальнейшем приводят к большому спектру проблем психологических (Ситников, Н.В. 2007).

В проводимых исследованиях по данной теме среди мужчин, находящихся на этапе лечения, был отмечен низкий уровень принятия себя, своей компетентности и жизненных достижений. Также среди данной группы пациентов наблюдаются ощущения собственной непривлекательности для других людей. На момент лечения существует тенденция к возникновению депрессивных и тревожных состояний. При этом компенсаторными факторами при раке предстательной железы могут служить личностные особенности больного (принятие роли болеющего, стремление преодолеть свой недуг и т.д.), пожилой возраст, семейный

статус мужчины и степень эмоциональной близости с супругой (Вагайцева М. В. 2016).

Таким образом, по результатам проведённого литературного обзора, можно сделать вывод о том, что онкологическое заболевание органов, относящихся к репродуктивной системе, оказывает негативное влияние на психоэмоциональное состояние пациентов. Тяжёлое лечение, сопровождающееся хирургическими операциями, меняет не только восприятие своего тела, но и закономерно отражается на общем уровне самооценки пациентов. Такие изменения в отношении к себе могут привести к снижению реабилитационного потенциала, в связи с ухудшением качества жизни, как одного из важнейших критериев оценки эффективности лечения.

ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

3.1. Организация и основные этапы исследования

Исследование проводилось на базе Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени акад. И.П. Павлова в онкологическом отделении №5.

Процедура исследования включала три этапа:

1. Проведение анализа научной литературы о психологических особенностях женщин со злокачественными новообразованиями молочной железы. Определение объекта и предмета исследования, установление целей и задач.
2. Посещение пациентов на отделении, описание целей настоящего исследования и его формата, получение информированного согласия и проведение краткого клинико-диагностического интервью.
3. Проведение экспериментально-психологической части исследования — заполнение с пациентами опросников.
4. Обратная связь участникам данного исследования включала предоставление результатов пройденных методик по почте или персонально, с последующими ответами на возникшие вопросы.

3.2. Описание выборки

В исследовании принимали участие женщины (n=50 человек) в возрасте от 33 до 70 лет со злокачественным новообразованием молочной железы (МКБ – С50). Средний возраст пациенток, принявших участие в исследовании, составил $49 \pm 10,7$ года (см. табл. 1). Среди них – жители г. Санкт-Петербурга (68%) и регионов страны (32%).

Критерии для включения больных с ЗНО МЖ в исследование:

1. Наличие подтверждённого онкологического диагноза в соответствии с МКБ-10 – злокачественное новообразование молочной железы (С50);

2. Добровольное согласие на проведение психологического исследования.

Критерии исключения больных с ЗНО МЖ из исследования:

1. Наличие у пациентов доброкачественных новообразований молочной железы;
2. Пациенты мужского пола;
3. Наличие верифицированного психического расстройства.

В таблице 1 представлены общее количество пациентов, принявших участие в исследовании, и их средний возраст:

Таблица 1

Возраст пациентов

Количество пациентов	Средний возраст
50	48±10,7

Женщины, принявшие участие в исследовании, имели различный семейный и социальный статус:

- Состоят в браке – 35 пациенток (70%);
- Имеют детей – 41 пациентка (82%);
- Уровень образования – высший у 39 пациенток (78%), средний у 11 пациенток (22%);
- Отягощенный семейный анамнез в связи с РМЖ имели 20 пациентов (40%);
- Лучевая терапия проводилась в 38% случаев;
- Химиотерапия – в 72% случаев;
- Мастэктомия проводилась в 85% случаев;
- На момент обследования 38 пациенток (76%) имели работу.

В связи с поставленными целями и задачами исследования группа пациенток с ЗНО МЖ была разделена на несколько подгрупп по:

- возрастному критерию:

1. Первую группу составили женщины молодого возраста 18-44 года со злокачественными новообразованиями молочной железы (23 человека), далее – группа 1;
2. Вторая группа состояла из женщин зрелого возраста 45-59 лет со злокачественными новообразованиями молочной железы (17 человек), далее – группа 2;
3. Третья группа – женщины пожилого возраста со злокачественными новообразованиями молочной железы 60-74 года (10 человек), далее – группа 3 (рис. 1).

На рисунке 1 представлена диаграмма с разделением выборки на 3 группы:

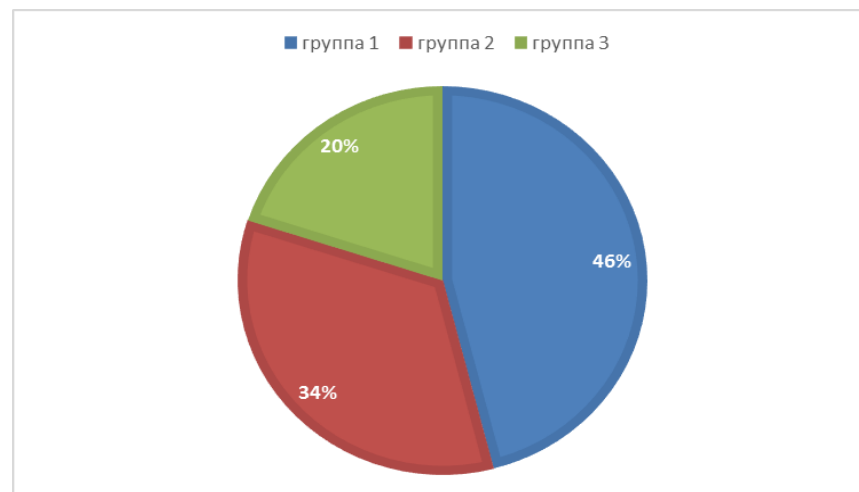


Рисунок 1. Количество участников (разделение по возрасту)

- по семейному статусу:
 1. Замужние женщины с детьми (Группа А);
 2. Женщины, не состоящие в браке без детей (Группа Б).

На рисунке 2 представлена диаграмма с разделением выборки на Группу А и Группу Б:

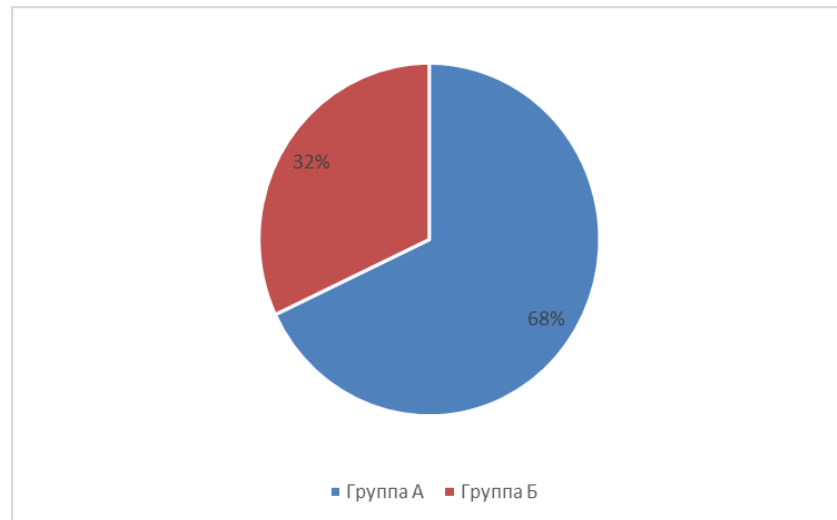


Рисунок 2. Количество участников (разделение по семейному статусу)

- по продолжительности заболевания:

1. Женщины, болеющие меньше одного года (до 12 месяцев);
2. Женщины, болеющие больше одного года (больше 12 месяцев).

На рисунке 3 представлена диаграмма с разделением выборки по продолжительности заболевания:

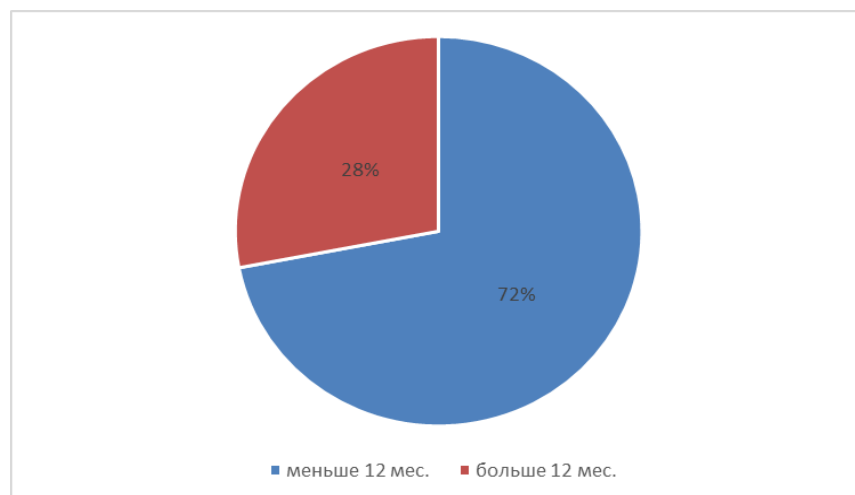


Рисунок 3. Количество участников (разделение по продолжительности заболевания)

3.3. Описание методов исследования

Для выполнения представленных в начале работы задач и достижения цели исследования использовались клинико-психологический и экспериментально-психологический методы.

1. Клинико-психологический метод включал:

- Клинико-диагностическое интервью;
- Наблюдение;

2. Экспериментально-психологический метод включал:

- Методика «Личностный дифференциал» Е. Ф. Бажин, А. М. Эткинд [Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. 2002];
- «Многомерная шкала перфекционизма» П. Хьюитт, Г. Флетт [Грачева И.И.2006];
- «Шкала оценки удовлетворенности жизнью» (Q-LES-Q-SF) Д. Эндикотт [Endikott et al., 1993];
- «Опросник образа собственного тела» О.А. Скугаревский, С.В. Сивуха [Скугаревский О.А., Сивуха С.В. 2006];
- «Методика исследования самоотношения» (МИС) С. Р. Пантеев [Пантеев С.Р. 1993];
- Мультиmodalный опросник отношения к собственному телу (MBSRQ), адаптация на русский язык Баранская Л.Т., Татаурова С.С. [Cash, T.F. 1990].

3. Методы математико-статистической обработки данных.

Клинико-психологическая часть методологии данного исследования представлена кратким интервью, включающим в себя вопросы биографического характера и вопросы относительно диагноза (Приложение 1).

Биографические вопросы включают в себя информацию о возрасте, месте проживания, семейном статусе и роде профессиональной деятельности пациенток.

Для получения информации о диагнозе задавались следующие вопросы: «Когда появились первые признаки заболевания?»; «Какой вид терапии применялся до мастэктомии?»; «Были ли рецидивы заболевания?» и т.д.

Экспериментально-психологическая часть исследования основывалась на следующих методиках:

1. **«Личностный дифференциал»** Е. Ф. Бажин, А. М. Эткинд, применяемый в изучении отдельных характеристик личности человека (понимание себя и межличностных отношений). С помощью этого метода становится возможным получить информацию о субъективных аспектах отношений испытуемого к себе или к другим людям. В основе теста лежит выборка слов, взятых из толкового словаря русского языка Ожегова, которые описывают черты личности. Из этого исходного набора отобраны черты, в наибольшей степени характеризующие полюса 3-х классических факторов семантического дифференциала: оценки; силы; активности.
2. **«Многомерная шкала перфекционизма»** П. Хьюитт, Г. Флетт, изучает уровень перфекционизма и определения характера соотношения его составляющих у испытуемых. Они описывают три составляющих перфекционизма: перфекционизм, ориентированный на себя (self oriented perfectionism; ПОС); перфекционизм, ориентированный на других (socially oriented perfectionism; ПОД); социально предписанный перфекционизм (socially pre-scripted perfectionism; СПП).
3. **«Шкала оценки удовлетворенности жизнью»** (Q-LES-Q-SF) Д. Эндикотт, которая позволяет оценить то, насколько испытуемый удовлетворён различными сферами собственной жизни. Шкала является упрощенным вариантом опросника "Качество жизни" (QOL). Под "качеством жизни" в медицинской психологии понимают влияние основного заболевания, от которого страдает человек, на его благополучие в различных сферах жизни. Данная методика включает 36 вопросов, относящихся к удовлетворенности в

следующих категориях жизни испытуемого: работа, личные достижения, здоровье, общение с близкими людьми, поддержка (внутренняя и внешняя – социальная), оптимистичность, напряженность (физический и психологический дискомфорт), самоконтроль, негативные эмоции (настроение). Вследствие этого результаты могут выявить сферы жизнедеятельности, вызывающие наибольшую неудовлетворенность.

4. **«Опросник образа собственного тела»** О.А. Скугаревский, С.В. Сивуха, направленный на диагностику неудовлетворённости своим телом у испытуемых. В рамках когнитивной теории психики неудовлетворённость собственным телом имеет два компонента: оценочный (основанный на мышлении) и перцептивный (основанный на восприятии). По результатам клинических исследований, первый компонент имеет гораздо большее значение в развитии неудовлетворённости своим телом, т.е. этот феномен имеет слабую связь с реальными изменениями и ощущениями в теле. Оценочный компонент отношения к телу отражает: глобальную оценку тела (удовлетворенность или неудовлетворенность в целом); эмоции и чувства по поводу внешности; когнитивный аспект (убеждения в отношении внешности); определенное поведение (например, избегание смотреть на себя в зеркало).
5. **«Методика исследования самоотношения»** С. Р. Пантлеев, используется для углублённого изучения сферы самосознания личности, включающее различные (когнитивные, динамические, интегральные) аспекты. Самоотношение рассматривается в контексте представлений личности о смысле «Я» как его выражение, как обобщенное чувство в адрес собственного «Я». В основу понимания самоотношения положена концепция самосознания В.В. Столина, который выделял три измерения самоотношения:

симпатию, уважение, близость. Тест содержит 110 утверждений, распределенных по 9 шкалам: внутренняя честность (открытость); самоуверенность; саморуководство; зеркальное «Я» (отраженное самоотношение); самооценочность; самопринятие; самопривязанность; внутренняя конфликтность; самообвинение.

6. **Мультимодальный опросник отношения к собственному телу (MBSRQ)**, Баранская Л.Т., Татаурова С.С. предназначен для оценки различных аспектов образа собственного тела. Субшкалы опросника различаются по двум измерениям – «оценка» и когнитивно-поведенческая «ориентация» в сочетании с каждой из областей телесности – «внешность», «физическая форма», «здоровье/болезнь». Данный опросник включает в себя следующие субшкалы:

- Оценка внешности – включает степень субъективной привлекательности и удовлетворённости своим внешним видом.
- Ориентация на внешность – описывает степень вклада в свою внешность и внимание к ней.
- Оценка физической формы – оценка ощущения физической приспособленности/неприспособленности.
- Ориентация на физическую форму – описывает чувство физического здоровья и свободы от физических недугов.
- Ориентация на здоровье – отражает степень вклада в создание физически здорового образа жизни.
- Ориентация на болезнь – степень реагирования на существующую болезнь.

Дополнительные субшкалы:

- Удовлетворённость параметрами тела – оценка и описание удовлетворённости отдельными аспектами своей внешности.

- Озабоченность лишним весом – описание тревоги и страха набрать лишний вес, бдительное контролирование своего веса.
- Самооценка веса – описание того, как люди оценивают свой вес, включая его недостаток и излишек.

Математико-статистическая обработка данных. К методам математико-статистической обработки данных в представленном исследовании относится дисперсионный анализ (ANOVA), позволяющий выявить значимые различия между средними в разных группах с помощью сравнения дисперсий этих групп. Для вычисления корреляционных связей применялся непараметрический критерий Пирсона, различия считались достоверными при $p \leq 0,05$. Для обработки полученных данных использовалась программа Statistica.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

3.1. Общая характеристика выборки

3.1.1. Исследование самооценки

С помощью методики «Личностный дифференциал» (Е. Ф. Бажин, А. М. Эткинд) были изучены: уровень самооценки, оценка силы «Я» (волевые качества) и активность у пациенток с злокачественными новообразованиями молочной железы разного возраста. Полученные результаты представлены в таб. 2.

Таблица 2

Результаты исследования самооценки

Показатели	М±σ
Самооценка	14,1±5,4
Сила воли (сила «Я»)	6,7±1,1
Активность	9,3±3,4

На рисунке 4 представлены результаты методики «Личностный дифференциал» в графическом виде:

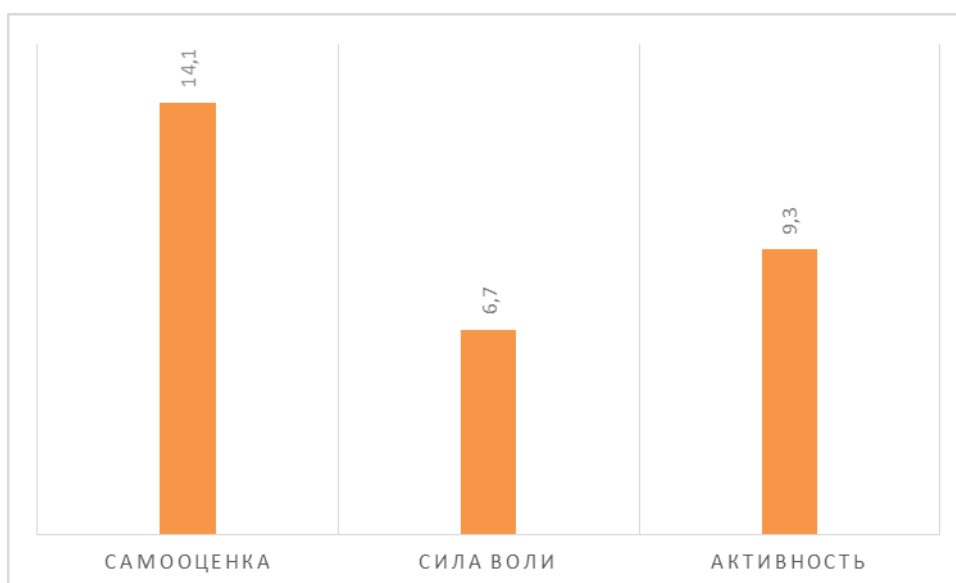


Рисунок 4. Результаты исследования субъективного отношения к себе

Для данной выборки характерен средний уровень самооценки. Это свидетельствует о том, что женщины, принявшие участие в исследовании, способны принимать свои личностные особенности, осознают себя как носителя социально желательных характеристик.

Показатель «силы воли» находится на уровне низких значений. Участницы исследования склонны к зависимости от внешних оценок. Для них не свойственно такое качество личности, как независимость и самоуверенность.

Такая характеристика, как «активность», свидетельствует о экстравертированности личности. В данной выборке это качество выражено на среднем уровне.

3.1.2. Исследование самоотношения

По методике исследования самоотношения (МИС С. Р. Пантлеев) были получены следующие результаты (табл. 3):

Таблица 3

Результаты исследования самоотношения

Показатели	М±σ
Честность	6,4±1,1
Самоуверенность	6,5±1,2
Саморуководство	6,7±1,7
Отражённое самоотношение	7,3±1,6
Самоценность	7,8±1,5
Самопринятие	7,0±1,3
Самопривязанность	6,6±1,3
Внутренний конфликт	4,2 ±1,2
Самообвинение	3,6±1,6

На рисунке 5 представлены результаты методики «Исследования самоотношения» в графическом виде:

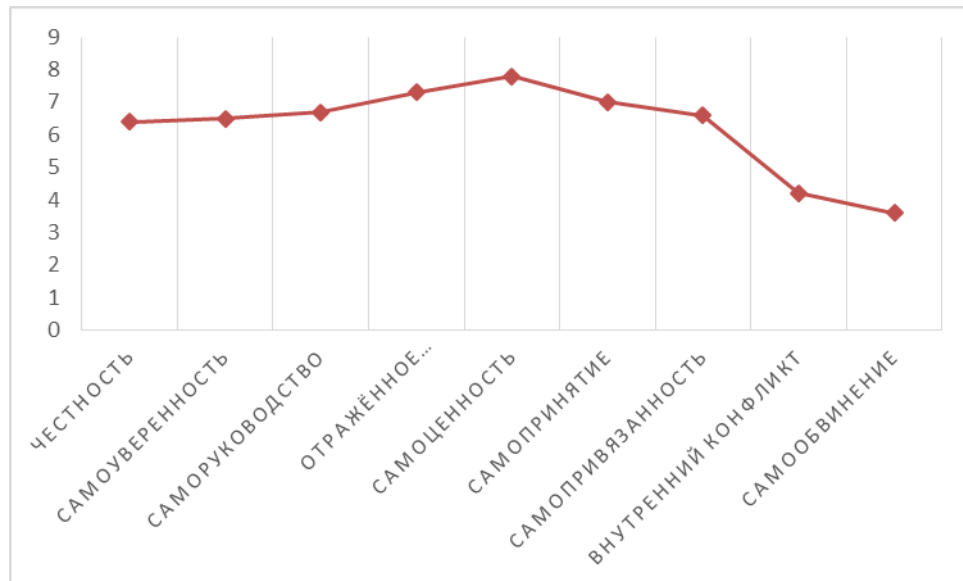


Рисунок 5. Результаты исследования самоотношения

При исследовании отношения к себе в структуре личности анализируются составные компоненты данного психологического явления. Одним из таких компонентов является «внутренняя честность». Данная характеристика выражена средними значениями. В целом для пациентов характерна критичность по отношению к себе, однако отмечается тенденция к нежеланию раскрывать важную информацию о себе.

«Самоуверенность» также находится на среднем уровне. Пациенты оценивают себя как самостоятельных и вполне уверенных в себе людей, которым есть за что уважать себя.

Следующим фактором, определяющий самоотношение, является «саморуководство», как представление о том, что главным источником активности и результатов, которые относятся как к деятельности, так и к самой личности, является сам человек. Данная характеристика выражена также на среднем уровне. Пациентки склонны считать, что их судьба находится в их собственных руках, что они способны организовать свою деятельность, поведение и общение.

На высоком уровне оценено «отражённое самоотношение», отражающее представление человека о том, что его деятельность и личность в целом способны вызвать в других одобрение и понимание.

«Самоценность» также находится на высоком уровне. Этот фактор отражает ценность собственной личности и одновременно предполагаемую ценность своего «Я» для других людей.

«Самопринятие» как один из факторов самоотношения, отражает чувство симпатии к самому себе, согласие с собой, а также предполагает дружеское отношение по отношению к самому себе. Для всех участников выборки характерно самопринятие на высоком уровне.

«Самопривязанность» отражает ригидность «Я-концепции», нежелание меняться на фоне положительного отношения к себе. Для большинства участников исследования данный компонент самоотношения находится на среднем уровне выраженности.

Стоит отметить, что такие факторы самоотношения, как «внутренняя конфликтность» и «самообвинение» выражены на среднем уровне. Вероятно, некоторых женщин, принявших участие в исследовании, беспокоят неразрешённые внутренние конфликты, а также они склонны к интрапунитивным реакциям.

3.1.3. Исследование уровня перфекционизма

При анализе «Многомерной шкалы перфекционизма» (П. Хьюитт, Г. Флетт) были получены следующие данные, представленные в таблице 4:

Таблица 4

Результаты исследования уровня перфекционизма

Показатели	М±σ
Перфекционизм	152,7±33,6
Перфекционизм, ориентированный на себя	57,8±16,3
Перфекционизм, ориентированный на других	48,6±9

Социально предписанный перфекционизм	48,3±13
--------------------------------------	---------

На рисунке 6 представлены результаты методики «Многомерная шкала перфекционизма» в графическом виде:

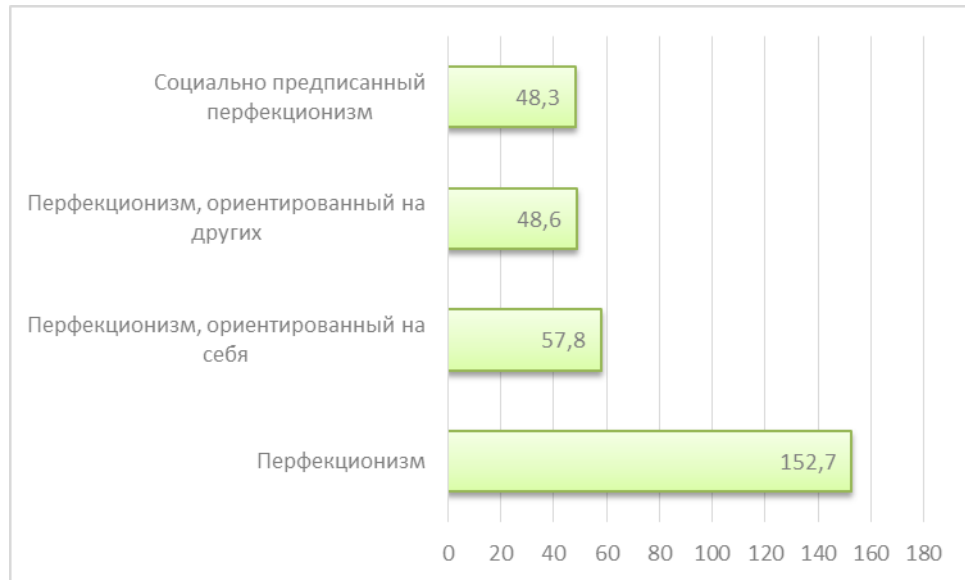


Рисунок 6. Результаты исследования уровня перфекционизма

Уровень перфекционизма общего в данной выборке соответствует низкому значению. Однако довольно высокое значение стандартного отклонения свидетельствует о том, что среди опрошенных пациентов есть те, кому свойственна такая личностная особенность, как стремление к достижению высоких стандартов и идеала, так и те, к кому данная характеристика не относится.

Перфекционизм, ориентированный на себя, или личностно-ориентированный перфекционизм выражен на среднем уровне. В основном пациентки предъявляют реалистичные требования к себе, им не свойственно чрезмерное самокопание, и, как правило, они способны принимать свои недостатки и неудачи.

Также отмечается средняя выраженность такого показателя, как перфекционизм, ориентированный на других, или объектно-

ориентированный перфекционизм. Это свидетельствует о том, что данной выборке пациентов скорее не свойственно предъявлять нереалистичные требования по отношению к другим людям.

Социально-предписанный перфекционизм также выражен на среднем уровне. В целом для выборки характерно убеждение в том, что другие предъявляют вполне реалистичные требования по отношению к ним, а одобрение и принятие других не является главенствующим во взаимодействии с окружающими.

3.1.4. Исследование удовлетворённости различными сферами жизни

Далее с помощью «Шкалы оценки удовлетворенности жизнью» (Q-LES-Q-SF) Д. Эндикотт, нами была изучена удовлетворённость различными областями жизни пациенток со злокачественными новообразованиями молочной железы, были получены следующие результаты, представленные в таблице 5:

Таблица 5

Результаты исследования удовлетворённости различными сферами жизни

Показатели	M±σ
Работа	29,2±6
Достижения	31,4±5,1
Здоровье	26,6±7,1
Общение	30,3±6,2
Поддержка	27,6±5,1
Оптимистичность	27,2±3,3
Напряжённость	26,5±6,2
Самоконтроль	26,2±5,7
Негативные эмоции	24,1±4,8
Общая удовлетворённость	27,4±3,9

На рисунке 7 представлены результаты «Шкалы оценки удовлетворённости жизнью» в графическом виде:

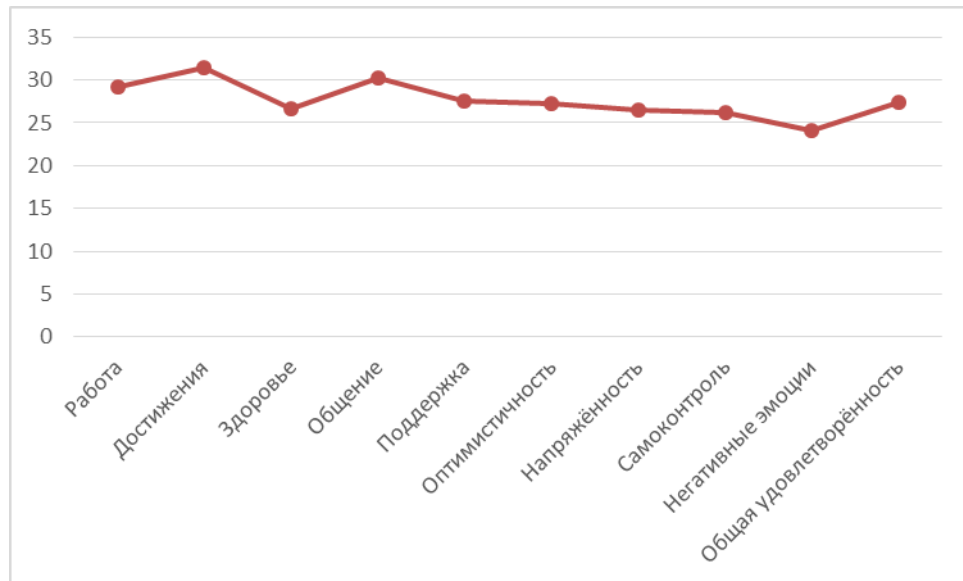


Рисунок 7. Результаты исследования удовлетворённости различными сферами жизни

Анализируя «Шкалу оценки удовлетворенности жизнью» Д. Эндикотт, следует помнить, что, чем меньше величина баллов, тем сильнее психическая напряжённость и ниже удовлетворённость качеством жизни в данной области.

Параметр «Работа», отражающий удовлетворённость профессиональной сферой, выражен на высоком уровне.

Уровень удовлетворённости «личными достижениями и устремлениями» оценён на высоком уровне большинством участников исследования.

Пациенты оценили удовлетворённость состоянием своё «здоровья» на уровне средних значений, граничащих с низкими.

Удовлетворённость «общением с близкими» в исследуемой выборке находится на высоком уровне.

Степень удовлетворённости оказываемой «поддержки» со стороны окружения выражено на среднем уровне.

Уровень своей «оптимистичности» исследуемые оценивают на высоком уровне.

Наличие некоторой «напряжённости» у пациентов выборки подтверждают средние значения по данной шкале.

Удовлетворённость уровнем «самоконтроля» находится также на среднем уровне.

Подверженность «негативным эмоциям» оценивается пациентками также на среднем уровне.

Оценка уровня удовлетворённости жизнью в целом находится на среднем уровне.

3.1.5. Исследование образа собственного тела

С помощью методики «Опросник образа собственного тела» (О.А. Скугаревский, С.В. Сивуха), была изучена оценка образа собственного тела. Полученные результаты представлены в таблице 6:

Таблица 6

Результаты исследования образа собственного тела

Признак	М±σ
Неудовлетворённость телом	4,8±1,3

Результаты свидетельствуют о некоторой неудовлетворённости своим телом пациенток данной выборки, но не достигающей до выраженных значений. Однако достаточно большое стандартное отклонение в данном случае может свидетельствовать о том, что существует разброс выбора ответов.

3.1.6. Исследование отношения к собственному телу

Было проведено комплексное исследование отношения к своему телу с помощью мультимодального опросника отношения к собственному телу (MBSRQ), адаптация на русский язык – Баранская Л.Т., Татаурова С.С. Результаты представлены в таблице 7:

Таблица 7

Результаты исследования отношения к собственному телу

Показатели	$M \pm \sigma$
Оценка внешности	$3,4 \pm 0,4$
Ориентация на внешность	$3,6 \pm 0,4$
Удовлетворенность параметрами тела	$3,7 \pm 0,4$
Озабоченность лишним весом	$2,9 \pm 0,8$
Самооценка веса	$3,5 \pm 0,4$

На рисунке 9 представлены результаты методики «Мультимодальный опросник отношения к собственному телу» (MBSRQ) в графическом виде:

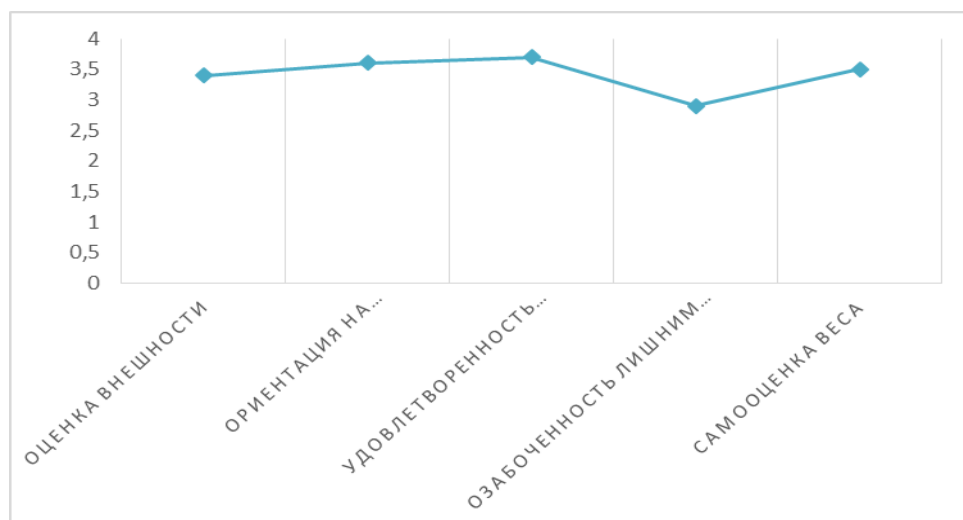


Рисунок 8. Результаты исследования отношения к собственному телу

По результатам исследования отношения к своему телу выявлено, что участники в целом удовлетворены своей внешностью. При этом в суждениях пациенток отмечается тенденция предполагать, что внешность имеет большое значение, они готовы уделять ей больше своего внимания.

Наблюдается достаточная удовлетворённость параметрами тела как оценка отдельных аспектов своей внешности.

Для пациентов данной выборки не характерна озабоченность лишним весом. Однако некоторые пациенты склонны переоценивать свой вес, начиная от недостатка и заканчивая его излишком.

3.2. Исследование особенностей восприятия своего тела и самооценки у женщин со злокачественными новообразованиями молочной железы

Нами был проведён сравнительный анализ между подгруппами исследуемых с помощью дисперсионного анализа.

«Группу 1» составили женщины с ЗНО МЖ молодого возраста (18-44 года); в «Группу 2» вошли женщины с ЗНО МЖ зрелого возраста (45-59 лет); «Группа 3» – женщины с ЗНО МЖ пожилого возраста (60-74 года).

Следующая подгруппа включала в себя: замужних женщин с детьми (Группа А); и женщин, не состоящих в браке и без детей (Группа Б).

Также выборка была поделена по продолжительности заболевания: женщины, болеющие меньше 1 года; и женщины, болеющие больше одного года.

3.2.1. Анализ субъективного отношения к себе у пациенток с ЗНО МЖ в зависимости от возраста, семейного статуса и длительности заболевания

В результате проведённого сравнения были обнаружены статистически значимые различия между подгруппами по такому показателю, как «самооценка». Уровень самооценки у пациенток отличается в зависимости от возраста, семейного статуса и

продолжительности заболевания. Выявлено, что уровень самооценки выше у замужних молодых и пожилых женщин с детьми, болеющих более одного года. Результаты сравнения уровня самооценки представлены в табл. 8:

Таблица 8

Сравнение уровня самооценки у женщин со злокачественными новообразованиями молочной железы

Самооценка	Возраст				
	Группа 1 (n=23)	Группа 2 (n=17)	Группа 3 (n=10)	F	p
	14,1	13,4	15,5	9,7	0,00
	Семейный статус				
	Группа А (n=34)	Группа Б (n=16)		F	p
	17,3	7,4		137,8	0,00
	Продолжительность заболевания				
	Менее 1 года (n=36)	Более 1 года (n=14)		F	p
	13,3	16,2		10,1	0,00

3.2.2. Анализ удовлетворённости различными сферами своей жизни у пациенток с ЗНО МЖ в зависимости от возраста, семейного статуса и длительности заболевания

По данным интерпретации результатов самооценочного опросника «Шкала качества жизни» Дж. Эндикотт выявляются значимые различия между подгруппами по длительности заболевания в оценке удовлетворённости своим здоровьем. Пациенты, болеющие больше одного года, оценивают состояние своего здоровья на более низком уровне, чем пациенты, болеющие менее одного года.

Результаты сравнения уровня удовлетворённости своим здоровьем представлены в табл. 9:

Таблица 9

Сравнение уровня удовлетворённости здоровьем между подгруппами по длительности заболевания

Здоровье	Продолжительность заболевания			
	Менее 1 года (n=36)	Более 1 года (n=14)	F	p
	27,8	23,5	13,6	0,01

3.2.3. Анализ самоотношения у пациенток с ЗНО МЖ в зависимости от возраста, семейного статуса и длительности заболевания

По данным интерпретации результатов «Методики исследования самоотношения» С.Р. Пантилеева выявляются значимые различия между подгруппами по отдельным шкалам («Самоуверенность», «Самопривязанность», «Самоценность» и «Самообвинение»). Выявлено, что «самоценность» выше у женщин пожилого возраста. Для пациенток этой подгруппы характерно ощущение ценности своей личности с одновременно предполагаемой ценностью своего «Я» для окружающих. Для молодых женщин, болеющих менее одного года, характерна тенденция к самообвинительным реакциям. «Самоуверенность» и «самопривязанность» значимо отличается у замужних женщин с детьми. Пациенты этой подгруппы более уверены в себе, самостоятельны, оценивают себя как надёжного и волевого человека. Также для этих женщин характерно убеждение в том, что их судьба находится в их собственных руках, они сами организуют и интегрируют своё поведение и деятельность. Результаты сравнения уровня самооценки представлены в табл. 10:

Таблица 10

**Сравнение показателей самооотношения у женщин со
злокачественными новообразованиями молочной железы**

Показатели	Возраст				
	Группа 1 (n=23)	Группа 2 (n=17)	Группа 3 (n=10)	F	p
Самоценность	6,7	6,8	8,4	4,0	0,04
Самообвинение	4,7	3,2	3,1	4,7	0,03
Самоуверенность	Семейный статус				
	Группа А (n=34)	Группа Б (n=16)	F	p	
	7	5,3	10,5	0,01	
Самопривязанность	7	5,2	7,9	0,03	
Самообвинение	Продолжительность заболевания				
	Менее 1 года (n=36)	Более 1 года (n=14)	F	p	
	4,8	3,1	4,5	0,03	

**3.2.4. Анализ отношения к собственному телу у пациенток с ЗНО МЖ
в зависимости от возраста, семейного статуса и длительности
заболевания**

По данным интерпретации результатов самооценочного опросника «MBSRQ» в адаптации Баранской Л.Т., Татауровой С.С. (мультимодальный опросник отношения к собственному телу) выявляются значимые различия между пациентками «Группы 3» и остальными. Для пациенток пожилого возраста характерны бóльшая, по сравнению с двумя другими группами, удовлетворенность своим внешним видом, а именно более адекватная оценка своего веса. У женщин молодого и зрелого возраста отмечаются более высокие показатели по шкале «оценка лишнего

веса». Вероятно, это связано с тем, что на фоне длительного тяжёлого лечения объективно меняются параметры внешности женщин. Результаты сравнения уровня удовлетворённости своим весом – в таблице 11:

Таблица 11

Сравнение показателей отношения к собственному телу у женщин со злокачественными новообразованиями молочной железы

Оценка лишнего веса	Возраст				
	Группа 1 (n=23)	Группа 2 (n=17)	Группа 3 (n=10)	F	p
	3,9	3,2	1,3	4,0	0,04

Значимых различий между женщинами, перенесшими операцию в объеме секторальной резекции, и женщинами, перенесшими операцию в виде радикальной мастэктомии, не выявлено.

3.3. Описание корреляционных связей

Корреляционный анализ был проведён нами с целью выявления связей между отдельными характеристиками самооотношения, уровнем удовлетворённости различными сферами жизни и отношением к своему телу у пациенток со злокачественными новообразованиями молочной железы разного возраста, семейного статуса и продолжительности заболевания (Приложение 2).

Для вычисления корреляционных связей применялся непараметрический критерий Пирсона, различия считались достоверными при $p \leq 0,05$.

Наличие семьи положительно коррелирует с показателями самооценки ($r=0,6$; $p<0,05$), с удовлетворённостью общением с близкими людьми ($r=0,6$; $p<0,05$) и той поддержкой, которую пациентки от них получают ($r=0,5$; $p<0,05$). Также присутствие в жизни пациенток мужа и детей имеет положительную взаимосвязь со шкалами «самоуверенность»

($r=0,5$; $p<0,05$), «саморуководство» ($r=0,4$; $p<0,05$), «самоценность» ($r=0,6$; $p<0,05$) и «самопринятие» ($r=0,5$; $p<0,05$); отрицательная взаимосвязь наблюдается с показателями «внутреннего конфликта» ($r=-0,4$; $p<0,05$).

Возраст положительно коррелирует с оценкой собственного веса ($r=0,4$; $p<0,05$) и «самопринятием» ($r=0,4$; $p<0,05$). Чем старше женщина, тем реалистичнее она оценивает свой вес, и тем больше она собой удовлетворена. Также возраст имеет положительную взаимосвязь с поддержкой ($r=0,4$; $p<0,05$). Чем старше женщина, тем более ценной для неё оказывается поддержка близких.

3.3.1. Анализ корреляционных связей в разных возрастных группах

1. В группе пациентов со злокачественными новообразованиями молочной железы молодого возраста выявлены следующие закономерности (Приложение 3):

Шкала «внутренний конфликт» имеет отрицательные взаимосвязи со шкалой «поддержки» ($r=-0,5$; $p<0,05$). Наличие поддержки со стороны значимого окружения снижает вероятность появления внутреннего конфликта у пациенток. Обратная взаимосвязь отмечается между «внутренним конфликтом» и шкалой «достижений», которая предполагает оценку своих успехов и устремлений ($r=-0,5$; $p<0,05$).

Шкала «достижений» в свою очередь отрицательно коррелирует с «самообвинением» ($r=-0,5$; $p<0,05$). Отсутствие интрапунитивных реакций у пациенток данной выборки свидетельствует о том, что они чаще склонны положительно оценивать свои достижения. Отмечается положительная взаимосвязь между шкалой «достижений» и такой характеристикой, как «самооценка веса» ($r=0,4$; $p<0,05$). Для данной группы пациентов достижение своих целей предполагает в том числе получение желаемого результата в отношении своей внешности.

«Самоконтроль» положительно коррелирует со следующими шкалами: «ориентация на внешность» ($r=0,5$; $p<0,05$) и «самооценка веса»

($r=0,5$; $p<0,05$). Регулирование своего поведения для данной группы пациенток предполагает контроль и тех проявлений, которые относятся к их внешности (выбор одежды, косметики, контроль питания).

«Удовлетворённость здоровьем» (УЗ) и «перфекционизм, ориентированный на себя» имеют положительную связь ($r=0,5$; $p<0,05$). Предъявляемые требования пациенток по отношению к себе предполагают и их способность держать под контролем своё здоровье. Также положительная взаимосвязь отмечается между УЗ и «удовлетворённостью параметрами тела» ($r=0,4$; $p<0,05$).

«Самооценка» в данной группе отрицательно коррелирует с «социально предписанным перфекционизмом» ($r=-0,4$; $p<0,05$). Высокий уровень самоуважения и принятия респондентов предполагает отсутствие убеждения о том, что окружающие предъявляют нереалистичные требования по отношению к ним.

2. В группе пациентов со злокачественными новообразованиями молочной железы зрелого возраста выявлены следующие закономерности (Приложение 4):

Наибольшее количество корреляционных связей в этой группе пациентов имеет шкала «оценка внешности» (ОцВн), которая описывает ощущение физической привлекательности и удовлетворённости своей внешностью. Данная шкала положительно коррелирует со шкалой «напряжённость» ($r=0,5$; $p<0,05$), а также со шкалой «удовлетворённость здоровьем» ($r=0,5$; $p<0,05$). Положительно коррелирует ОцВн с «саморуководством» ($r=0,5$; $p<0,05$) и «самоценностью» ($r=0,7$; $p<0,05$). ОцВн отрицательно коррелирует с «самообвинением» ($r=-0,4$; $p<0,05$).

Шкала «удовлетворённости телом» имеет отрицательную взаимосвязь со шкалой «негативные эмоции» ($r=-0,6$; $p<0,05$); также отмечаются обратная связь данной шкалы со шкалой «поддержка» ($r=-0,6$; $p<0,05$) и «общение с близкими» ($r=-0,6$; $p<0,05$).

Шкала «ориентации на внешность» имеет положительную связь со шкалой «внутренний конфликт» ($r=0,7$; $p<0,05$), отражающей наличие сомнений и несогласия с собой.

3. В группе пациентов со злокачественными новообразованиями молочной железы пожилого возраста выявлены следующие закономерности (Приложение 5):

«Саморуководство» положительно взаимосвязано с «самооценкой» ($r=0,9$; $p<0,05$) и «самопривязанностью» ($r=0,8$; $p<0,05$). У пациентов с устойчивой, ригидной характеристикой «Я-концепции», выполняющей интегративную функцию в его жизнедеятельности и являющейся основой побудительной силы произвольной активности, также отмечается высокая самооценка и, в целом, субъективная удовлетворенность собой.

«Самооценка» в свою очередь имеет отрицательную связь с «оценкой собственного веса» ($r=-0,9$; $p<0,05$). Это свидетельствует о том, что принятие себя и удовлетворённость собой вероятно предполагают отсутствие переживаний по поводу недостатка или излишка веса.

«Самопривязанность» отрицательно коррелирует со шкалой «общение с близкими» ($r=-0,9$; $p<0,05$). Положительное отношение к себе, нежелание меняться на фоне изменяющихся условий в некоторых ситуациях может приводить к трудностям во взаимодействии с другими людьми. Также отрицательную взаимосвязь имеют «самоуверенность» и «поддержка» ($r=-0,9$; $p<0,05$). Чем больше пациентки данной группы склонны опираться на поддержку со стороны других людей, тем меньше уверенности в себе они могут ощущать.

«Перфекционизм, ориентированный на других», определяющий требования, которые пациентки предъявляют к окружающим, положительно коррелирует с «отражённым самоотношением», которое отражает убеждения пациенток о том, что они могут вызывать одобрение и симпатию у других людей ($r=0,9$; $p<0,05$).

3.3.2. Анализ корреляционных связей в группах с разным семейным статусом

Дополнительно корреляционный анализ также проводился между замужними женщинами с детьми (Группа А) и незамужними женщинами без детей (Группа Б).

Для вычисления корреляционных связей применялся непараметрический критерий Пирсона, различия считались достоверными при $p \leq 0,05$.

1. Для пациентов со злокачественными новообразованиями молочной железы Группы А характерны следующие закономерности (Приложение 6):

Для данной группы шкала «достижений» положительно коррелирует с показателями «силы воли» ($r=0,4$; $p<0,05$). Вероятно, умение проявить свои волевые способности помогает исследуемым достигать поставленных целей. Положительно коррелирует шкала «достижений» со шкалой «поддержки» ($r=0,4$; $p<0,05$). Поддержка, которую получают женщины со стороны их окружения, вероятно, помогает более высоко оценивать себя, в частности, свои достижения. При этом достижение более высоких результатов в деятельности может приводить к актуализации внутреннего напряжения. Об этом свидетельствует наличие положительной корреляции между шкалами «достижения» и «напряжённость» ($r=0,5$; $p<0,05$). Отрицательная взаимосвязь отмечается и между шкалой «достижения» и таким показателем, как «самообвинение» ($r=-0,5$; $p<0,05$).

Шкала «здоровье» положительно коррелирует со шкалой «поддержка» ($r=0,6$; $p<0,05$). Оказание поддержки со стороны окружения может положительно воздействовать на общее психоэмоциональное состояние и повышать субъективную оценку своего самочувствия. Шкала «здоровье» имеет положительную взаимосвязь и с такими шкалами, как «оценка внешности» ($r=0,4$; $p<0,05$) и «удовлетворённость параметрами

тела» ($r=0,5$; $p<0,05$). Это может свидетельствовать о том, что при субъективной оценке своего самочувствия для женщин данной группы имеют значение не только внутренние ощущения, но и некоторые параметры их внешнего вида.

Отмечается наличие положительной связи между шкалами «здоровье» и «напряжённость» ($r=0,5$; $p<0,05$). Вероятно, в связи с тем, что женщины, принявшие участие в исследовании, проходят сложное лечение, мысли о своём здоровье могут вызывать внутреннее напряжение.

Отрицательные взаимосвязи выявляются между «удовлетворённостью телом» и такими шкалами, как «оценка внешности» ($r=-0,5$; $p<0,05$) и «удовлетворённость параметрами тела» ($r=-0,5$; $p<0,05$). Вероятно, женщины, удовлетворённые своим внешним видом, не акцентируют внимания на отдельных параметрах своего тела и в целом тема их внешности не вызывает тревоги. Также шкала «оценки внешности» положительно коррелирует с «внутренней честностью» ($r=0,5$; $p<0,05$). Женщины данной группы склонны объективно оценивать характеристики своей внешности.

Общая удовлетворённость различными аспектами своей жизни имеет положительную связь со шкалой «самоуверенности» ($r=0,6$; $p<0,05$).

«Общение с близкими» имеет положительную взаимосвязь со шкалами «поддержка» ($r=0,5$; $p<0,05$) и «самоценность» ($r=0,4$; $p<0,05$). Наличие привязанности и искренних отношений с близкими и их поддержка способствуют формированию отношения к своей личности, как к ценности.

Такая шкала, как «оценка внешности» имеет отрицательную взаимосвязь со шкалой «самообвинение» ($r=-0,4$; $p<0,05$). Вероятно, чем выше женщины данной группы оценивают свой внешний вид, тем меньше они склонны к интрапунитивным реакциям.

2. Для пациентов со злокачественными новообразованиями молочной железы Группы Б характерны следующие закономерности (Приложение 7):

Шкала «самооценки» положительно коррелирует со шкалами «общение с близкими» ($r=0,7$; $p<0,05$) и «поддержка» ($r=0,6$; $p<0,05$). Вероятно, возможность поддерживать близкие отношения с окружающими людьми способствует ощущению собственной значимости у данной группы исследуемых. «Самооценка» имеет положительную связь со шкалой «напряжённости» ($r=0,5$; $p<0,05$). Можно сделать предположение, что при оценке себя, своих достоинств и недостатков, у пациентов данной группы возможно появление негативных переживаний. Также показатели самооценки положительно коррелируют со шкалой «ориентация на внешность» ($r=0,5$; $p<0,05$).

«Самооценка веса» отрицательно коррелирует с «активностью» ($r=-0,8$; $p<0,05$) и «самоценностью» ($r=-0,5$; $p<0,05$). Вероятно, у пациентов данной группы может наблюдаться меньше беспокойств по поводу своего веса, если они ведут активный образ жизни и воспринимают свое «Я» как ценность.

Шкала «работа» имеет положительную взаимосвязь со шкалой «достижения» ($r=0,8$; $p<0,05$) и со шкалой «самоуверенность» ($r=0,6$; $p<0,05$). Способность достигать поставленных целей приводит к субъективному удовлетворению в профессиональной сфере. Отрицательная корреляция отмечается между «работой» и «удовлетворённостью своим телом» ($r=-0,6$; $p<0,05$). Вероятно, чем больше женщины данной группы уделяют внимание своей профессиональной сфере, тем меньше удовлетворения они испытывают относительно своего внешнего вида.

Шкала «достижений» положительно коррелирует со шкалой «общение с близкими» ($r=0,5$; $p<0,05$). Общение с близкими людьми для

данной группы женщин может нести особую ценность и причисляться к сфере жизненных достижений. При этом «достижения» имеют положительную взаимосвязь со шкалой «напряжённость» ($r=0,6$; $p<0,05$). Достижение более высоких результатов в деятельности может приводить к актуализации внутреннего напряжения.

Шкала «здоровья» имеет положительную связь со шкалами «напряжённость» ($r=0,6$; $p<0,05$) и «самоконтроль» ($r=0,5$; $p<0,05$). Вероятно, это связано с тем, что женщины на момент прохождения психологического тестирования находились на сложном лечении, что и могло стать следствием напряжённости в отношении своего состояния и повышенного контроля за ним. «Здоровье» имеет отрицательную взаимосвязь с удовлетворённостью своим телом ($r=-0,6$; $p<0,05$). Вероятно, ориентация на своё физическое благополучие данной группы пациентов отводит на второй план оценку характеристик их внешнего вида. Между шкалами «общение с близкими» и «напряжённостью» у данной группы пациентов отмечается положительная взаимосвязь ($r=0,6$; $p<0,05$). Можно предположить, что для женщин этой группы взаимодействие с близкими людьми сопряжено с ожиданием неблагоприятного исхода событий. При этом «общение с близкими» положительно коррелирует с «саморуководством» ($r=0,6$; $p<0,05$) и «самоценностью» ($r=0,5$; $p<0,05$). И имеет отрицательную взаимосвязь со шкалой «самооценка веса» ($r=-0,5$; $p<0,05$). При успешном общении с близкими людьми у данной группы пациенток, вероятно, повышается чувство ценности собственного «Я» и снижается беспокойство относительно некоторых характеристик своей внешности, например, веса. Шкала «поддержки» положительно коррелирует с «напряжённостью» ($r=0,5$; $p<0,05$). Можно сделать предположение, что данная группа пациентов отмечает для себя недостаточную поддержку со стороны близких, что и вызывает внутреннюю напряжённость. Также шкала «поддержки» имеет

положительные связи с «самопривязанностью» ($r=0,7$; $p<0,05$), и имеет отрицательную корреляцию с «самообвинением» ($r=-0,6$; $p<0,05$). Можно предположить, что для данной группы пациенток наличие поддержки со стороны окружения способствует лучшему отношению к себе.

3.3.3. Анализ корреляционных связей в группах с разной длительностью заболевания

Корреляционный анализ проводился между группой пациентов, болеющей меньше одного года, и теми больными, которые проходили лечение больше одного года.

1. Для женщин, болеющих менее одного года, характерны следующие взаимосвязи (Приложение 8):

Уровень «самооценки» положительно коррелирует с «общением с близкими» ($r=0,7$; $p<0,05$) и их «поддержкой» ($r=0,6$; $p<0,05$). А также самооценка имеет положительную связь со шкалой «ориентация на внешность» ($r=0,4$; $p<0,05$). Можно сделать предположение, что для женщин этой группы уровень их самооценки может быть связан условиями, возникающими из вне. «Поддержка» в свою очередь отрицательно коррелирует с «самообвинением» ($r=-0,6$; $p<0,05$). Шкала «самообвинения» имеет отрицательную связь с уровнем самооценки ($r=-0,4$; $p<0,05$). Женщины данной группы, имеющие более высокую самооценку, не склонны к интрапунитивным реакциям. Самооценка своего здоровья имеет положительную взаимосвязь со шкалой «напряжённости» ($r=0,6$; $p<0,05$). Также шкала «здоровья» положительно коррелирует с такими шкалами, как «оценка собственной внешности» ($r=0,4$; $p<0,05$). Удовлетворённость своей внешностью отрицательно коррелирует со шкалой «оценка своей внешности» ($r=-0,5$; $p<0,05$) и «удовлетворённость параметрами тела» ($r=-0,4$; $p<0,05$).

2. Для женщин, болеющих более одного года, характерны следующие взаимосвязи (Приложение 9):

Также, как и для первой группы, для этих женщин характерна положительная взаимосвязь между уровнем «самооценки» и общением с близкими ($r=0,6$; $p<0,05$), а также их поддержкой ($r=0,5$; $p<0,05$). «Самооценка» имеет отрицательную связь с «социально предписанным перфекционизмом» ($r=-0,5$; $p<0,05$). Также уровень самооценки у данной группы пациентов положительно коррелирует со шкалами «отражённое самоотношение» ($r=0,5$; $p<0,05$) и «самоценность» ($r=0,7$; $p<0,05$). У пациентов, проходящих лечение более одного года, наблюдаются положительные корреляции между самооценкой своего здоровья и шкалами «напряжённость» ($r=0,5$; $p<0,05$) и «общая удовлетворённость» ($r=0,5$; $p<0,05$).

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

В результате проведённого исследования можно сделать вывод о том, что первая гипотеза была нами подтверждена. Действительно, между пациентами с РМЖ разных возрастных групп отмечаются различия в показателях самооценки и в отношении к своему телу.

Было выявлено, что уровень самооценки достоверно различается в трёх возрастных группах. Однако стоит отметить, что показатель самооценки также различается у женщин в зависимости от семейного статуса и продолжительности их заболевания. В результате исследования мы обнаружили, что уровень самооценки выше у замужних молодых и пожилых женщин с детьми, болеющих более одного года. Эти женщины принимают свои личностные особенности без критики, осознают себя как носителя социально желательных характеристик.

Анализируя различные аспекты самоотношения, мы обнаружили, что такой показатель, как «самоценность» выше у женщин пожилого возраста. Для пациенток этой подгруппы характерно ощущение ценности своей личности с одновременно предполагаемой ценностью своего «Я» для окружающих.

При оценке параметров своей внешности была выявлена основная закономерность – женщины пожилого возраста выше оценивают различные характеристики своего внешнего вида. Полученные нами результаты исследования частично согласуются с имеющимися научными данными для пациенток с ЗНО МЖ молодого возраста (Paterson С. 2016).

Исследуя особенности восприятия пациентками собственного тела, нами было выявлено различие в оценке своего веса. Пациентки пожилого возраста в большей степени удовлетворены своим внешним видом, а именно: для них характерна более адекватная оценка своего веса. Для женщин молодого и зрелого возраста данной выборки характерна тенденция предполагать, что внешность имеет большое значение, и они

более критичны в её оценке. Имеющиеся литературные данные подтверждают полученные нами результаты. В некоторых случаях может произойти смещение фокуса внимания – страх потери своей привлекательности приобретает для больных главенствующее значение (Чулкова В.А., 2018). Можно сделать предположение, что у женщин молодого и зрелого возраста в связи со сложным лечением и происходящими перестройками на соматическом уровне, меняется восприятие своей внешности. Этот факт может стать причиной снижения самооценки, возникновения трудностей социального взаимодействия, в том числе и в сексуальной сфере. Для пожилых пациентов в связи с возрастными физиологическими изменениями данная характеристика играет меньшую роль, чем для пациентов более молодого возраста.

Вторая гипотеза была частично подтверждена. Как было отмечено выше, на уровень самооценки оказывает влияние факт наличия полноценной семьи у женщины. Замужние женщины с детьми имеют более высокие показатели по таким параметрам отношения к себе, как: «самоуверенность» и «саморуководство». Эти пациентки более уверены в себе, самостоятельны, оценивают себя как надёжного и волевого человека. Также для этих женщин в большей степени характерно убеждение в том, что их судьба находится в их собственных руках, они сами организуют и интегрируют своё поведение и деятельность.

Полученные нами результаты подтверждают третью гипотезу: анализируя особенности самоотношения женщин с РМЖ, находящихся на разных временных этапах лечения, мы обнаружили, что у молодых женщин, проходящих лечение более одного года, значимо выражен показатель «самообвинение». Эти пациентки в большей мере склонны к интрапунитивным реакциям.

Пациентки, болеющие больше одного года, оценивают состояние своего здоровья на более низком уровне, чем пациентки, болеющие менее

одного года. Можно сделать предположение, что пациенты, проходящие длительное лечение, тяжелее переживают лечение рака молочной железы в связи с общим утомлением и астенизацией в процессе тяжелого лечения; а также из-за потери своей трудоспособности и привычной активности, что ухудшает их психоэмоциональное и физическое состояние в целом. Эти данные подтверждаются имеющимися исследованиями качества жизни пациентов с онкологическим диагнозом (Вагайцева М.В., Чулкова В.А., Карпова Э.Б. 2015). А также подтверждаются данными о послеоперационной тревоге по поводу своего самочувствия (Schover L.R. 1995).

Изучая взаимосвязи полученных результатов, мы обнаружили, что у тех женщин, у которых есть семья, самооценка выше. Эти женщины в большей степени удовлетворены общением с близкими людьми и той поддержкой, которую они им оказывают. Замужние женщины с детьми демонстрируют большую уверенность в себе, они способны отчетливо осознавать, что их судьба находится в их собственных руках, что они сами интегрируют и организуют свою деятельность и поведение. Также у этой группы женщин хорошо сформировано отношение к своему «Я» как к значимому, ценному, что, в свою очередь, отражает их согласие с собой и принятие всех своих качеств. Эти результаты подтверждаются отсутствием у замужних женщин с детьми внутреннего конфликта.

Нами была обнаружена взаимосвязь возраста с оценкой своей внешности: чем старше женщина, тем реалистичнее она оценивает свой вес, и тем больше она собой удовлетворена.

При исследовании взаимосвязей между изучаемыми явлениями было выявлено, что для женщин молодого возраста достижение своих целей предполагает в том числе получение желаемого результата в отношении своей внешности. При этом удовлетворённость внешностью является одним из показателей удовлетворённостью своим здоровьем.

Регулирование своего поведения и эмоций для данной группы пациенток предполагает контроль и тех проявлений, которые относятся к их внешности (выбор одежды, косметики, контроль питания). Достаточно высокий уровень самоуважения и самопринятия у респонденток данной группы предполагает отсутствие убеждения о том, что окружающие предъявляют нереалистичные требования по отношению к ним.

Для женщин зрелого возраста характерна взаимосвязь внутреннего напряжения с мыслями и ощущениями о собственной привлекательности/непривлекательности. Большая ориентация на внешность для данной группы пациенток может обуславливать наличие потенциального внутреннего конфликта.

При анализе взаимосвязей психологических показателей в группе пациенток пожилого возраста была отмечена устойчивая, ригидная «Я-концепция», сочетающаяся с высокой самооценкой и, в целом, субъективная удовлетворенность собой. Также принятие себя данной группой пациенток и удовлетворённость собой вероятно предполагают отсутствие переживаний по поводу недостатка или излишка веса. Положительное отношение к себе, нежелание меняться на фоне изменяющихся условий в некоторых ситуациях может приводить к трудностям во взаимодействии с другими людьми у пациенток пожилого возраста. При этом чем больше пациентки данной группы склонны опираться на поддержку со стороны других людей, тем меньше уверенности в себе они могут ощущать.

При исследовании взаимосвязей между изучаемыми явлениями было выявлено, что замужним женщинам с детьми поддержка, которую они получают со стороны их окружения, вероятно, помогает более высоко оценивать себя, в частности, свои достижения. Это подтверждается тем, что наличие привязанности у этих пациенток и искренних отношений с близкими способствуют формированию отношения к своей личности как к

значимой, более ценной. При субъективной оценке своего самочувствия для женщин данной группы имеют значение не только внутренние ощущения, но и некоторые параметры их внешнего вида. Также на момент прохождения психологического исследования женщины находились в стационаре, поэтому тема их здоровья могла вызывать внутреннее напряжение. Имеющиеся данные об актуализации сильного психического напряжения после операции подтверждают полученные нами результаты (Чулкова В.А., 2018).

При анализе взаимосвязей психологических явлений в группе, в которую входили незамужние женщины, без детей, было выявлено, что уровень самоуважения для женщин данной группы в некоторой степени может зависеть от того, как много времени они уделяют своему внешнему виду. Больше беспокойство по поводу своего веса характерно для пациенток данной группы, которые с трудом воспринимают свое «Я» как ценность. Эти данные подтверждаются тем, что ориентация на свой внешний вид может быть связана с наличием потенциального нерешённого внутреннего конфликта. Внутреннюю напряжённость у пациенток данной группы, как и у предыдущей группы, вызывает тема их здоровья, по тем же самым причинам. Также внутренняя напряжённость взаимосвязана с общением с близкими людьми, которые способны оказать поддержку пациенткам данной группы. Можно предположить, что для женщин этой группы взаимодействие с близкими людьми сопряжено с ожиданием неблагоприятного исхода событий, или они отмечают для себя недостаточную поддержку со стороны близких, что и вызывает внутреннюю напряжённость. Существуют исследования, доказывающие выраженность чувства одиночества у онкологических пациентов, проходящих сложное лечение (Кюблер-Росс, 2001).

Анализируя изменения, происходящие с женщинами в разные периоды заболевания, мы пришли к заключению, что пациентки,

болеющие больше года, оценивают качество своего здоровья ниже, чем пациенты, проходящие лечение меньше года. Также для обеих групп тема собственного здоровья вызывает напряжение. Полученные нами данные частично соотносятся с результатами изучения психической дезадаптации женщин, прошедших оперативное вмешательство в связи с РМЖ (Андреева Е.Н., 2002; Москвитина С.А., 2012). При оценке своего самочувствия группа женщин, болеющих менее одного года, склонна в большей степени ориентироваться на свою внешность, чем группа женщин, болеющая более одного года, что связано с прогрессированием болезни и вызванными ею изменениями в здоровье и физическом самоощущении. С увеличением длительности болезни происходит адаптация к своему заболеванию, что проявляется, в том числе, и в смещении акцентов с восприятия своей внешности в сторону фиксированности на своем самочувствии. Уровень самооценки для обеих групп связан с поддержкой их близких, при этом у женщин, болеющих менее одного года, общение с близкими связано с бóльшим эмоциональным напряжением.

ВЫВОДЫ

Исследование особенностей восприятия своего тела и самооценки пациенток со злокачественными новообразованиями молочной железы показало, что:

1. Пожилые пациентки, имеющие семью и болеющие больше года, имеют наиболее высокие показатели самооценки. В связи с наличием таких социальных и личностных ресурсов, как семья, жизненные достижения и опыт борьбы с болезнью, их самооценка более устойчивая и позволяет им поддерживать себя в трудных жизненных ситуациях, какой является онкологическое заболевание. Наиболее низкие показатели самооценки – у незамужних женщин зрелого возраста, болеющих меньше года. Отсутствие социального ресурса (семьи) и наличие сомнений в ценности собственной личности могут затруднять адаптацию личности в критической жизненной ситуации – в условиях начавшейся болезни.
2. Возраст и наличие семьи имеют важное значение для формирования положительного самоотношения у женщин с ЗНО МЖ. Для женщин пожилого возраста в большей мере характерно ощущение ценности своей личности для окружающих. Для группы замужних женщин с детьми характерны более высокие показатели уверенности в себе и самопринятия. Женщины молодого возраста более склонны к самообвинительным реакциям, их отношение к себе менее устойчиво и в большей мере зависит от внешних факторов, чем у пациенток зрелого и пожилого возраста.
3. После проведённой операции у пациенток с ЗНО МЖ не было выявлено выраженной неудовлетворённости собственным телом. Однако для женщин молодого и зрелого возраста характерно более критичное отношение к своей внешности и формирование на этом фоне негативных переживаний, чем для пожилых пациенток.

4. Пациентки с ЗНО МЖ предъявляли реалистичные требования как к себе, так и к окружающим. Перфекционизм, как черта личности, не характерен для женщин со злокачественными новообразованиями молочной железы, принявших участие в исследовании.
5. В целом пациентки, принявшие участие в исследовании, удовлетворены различными сферами своей жизни. Однако для женщин, чья продолжительность заболевания больше года, характерна более низкая удовлетворённость состоянием своего здоровья, что связано с общей астенизацией на фоне агрессивного лечения и с прогрессированием болезни.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В дипломной работе были проанализированы особенности восприятия своего тела и самооценка женщин со злокачественными новообразованиями молочной железы.

Актуальность этого исследования обуславливается тем, что рак молочной железы на сегодняшний день является одним из самых распространённых форм злокачественных новообразований у женщин. Радикальное лечение в виде мастэктомии с последующей реконструкцией груди оказывает непосредственное влияние на восприятие собственного тела и адаптацию к новым условиям жизнедеятельности.

Проведённое исследование дало возможность выявить основные феномены, нуждающиеся в более детальном изучении, например, личностные особенности пациенток, а также качество их жизни после выписки. Также нами были выявлены две группы риска с точки зрения психической дезадаптации в условиях трудной жизненной ситуации, каким и является онкологическая патология. К ним относятся: незамужние женщины без детей, болеющие менее одного года; и молодые женщины, также болеющие меньше года. Данные группы пациенток в большей мере нуждаются в оказании им психологической поддержки в период прохождения лечения. Осуществление коррекционных программ, направленных на поиск внутренних ресурсов в преодолении заболевания, могут стать главной психотерапевтической мишенью в работе с этими пациентами.

Практическая ценность данного исследования заключается в подтверждении важности учета особенностей восприятия собственного тела и отношения к себе у женщин с ЗНО МЖ для осуществления дальнейших реабилитационных мероприятий, необходимых для снижения риска развития психической дезадаптации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Асмолов А.Г. Психология личности. — М.: Академия, «Смысл», 2007. — 528 с.
2. Бабик А.И. Психоонкология: камо грядеши? (рус.) // Медицинские аспекты здоровья женщины: журнал. — Киев, 2011. — № 1 (40). — С. 70—76.
3. Бодалев А.А., Деркач А.А., Лаптев Л.Г. Психология массовой коммуникации: учебник для вузов / М.: Гардарики, 2008. — 251 с.
4. Вагайцева М.В., Чулкова В.А., Карпова Э.Б., Леоненкова С.А. Психологические исследования в онкологии. Клиническая (медицинская) психология, СПб. 2015. С. 1-8.
5. Вагайцева М. В. Отношение к болезни у мужчин с диагнозом рака предстательной железы после хирургического лечения: 2016.- 182 с.
6. Воложанина Л. Н. К вопросу самоотношения женщин с раком молочной железы после мастэктомии // Научно-методический электронный журнал «Концепт». — 2016. — Т. 1. — С. 11–15.
7. Гирманов А.М., Исмагилов А.Х., Хасанов Р.Ш., Губайдуллин Х.М. Реконструкция молочной железы с установкой экспандера. // Казань сибирский онкологический журнал 2008. С 38-39.
8. Головин С.Ю. Словарь практического психолога / Минск: Харвест, 1998 г. — 800с.
9. Гистологическая классификация опухолей молочной железы. 2-е изд. — М.: Медицина, 1984. — 31 с.
10. Грачева И.И. Адаптация методики «Многомерная шкала перфекционизма» П. Хьюитта и Г. Флетта. Психологический журнал, No.006 Vol.27, 2006, с. 73-81.
11. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ. — М.: Медицина, 2005. — 268 с.

12. Демин Е.В., Гнездилов А.В., Чулкова В.А. Психоонкология: становление и перспективы развития. Журнал «Вопросы онкологии», 2011, том 57, № 1. С. 86-91.
13. Зейгарник Б.В. Патопсихологический метод в изучении личности // Психол. журн. — 1982. — № 1. — С. 43–51.
14. Зикиряходжаев А.Д., Рассказова Е.А., Тукмаков А.Ю. Отсроченная реконструкция молочной железы с использованием тканевого экспандера. // Исследования и практика в медицине, т. 5, №2, с. 100-113.
15. Здоровье-21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. Европейская серия по достижению здоровья для всех. 1999. № 6. 293с.
16. Каприн А.Д., Старшинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2015 году (заболеваемость и смертность). М.: МНИОИ им. П.А. Герцена - филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России. – 2017. – 250 с.
17. Карицкий А.П., Чулкова В.А., Пестерева Е.В., Семиглазова Т.Ю. Реабилитация онкологического больного как основа повышения качества его жизни. Вопросы онкологии. -2015. – № 2. – С. 180-184.
18. Косенок В.К. [и др.]; ред. Новиков А.И. [и др.] Онкологические заболевания молочной железы, саркомы мягких тканей и костей: учебное пособие.]. Омск: Издательство Центра МО и ИТОМГМА, 2008. 187 с.
19. Кисляковская В.В., Клецкова И.М. Методологическое обоснование культурно-исторического подхода к пониманию телесности [Электронный ресурс] // СибАк, 2009.
20. Кольшко А.М. Психология самоотношения: учеб. пособие / ГрГУ. – Гродно, 2004. – 102 с.

21. Кузин М.И., Кузин Н.М., Шкроб О.С. и др.; под редакцией Кузина М.И. Хирургические болезни. М.: Медицина, 2002. — 784 с.
22. Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании. М., 2001.
23. Менделевич В. Д. Клиническая (медицинская) психология. Москва, МЕДпресс-информ, 2002. С. 243-244.
24. Менегетти А. Психосоматика рака. — 2009. — 19 с.
25. Москвитина С.А. Особенности личности больных раком молочной железы. / Журнал «Alma mater» (Вестник высшей школы) Специальный выпуск, 2012.
26. Мусаева Н.Э., Дыхно Ю.А., Слонимская Е.М. Качество жизни больных при раке молочной железы // Сибирский онкологический журнал 2005. №2 (14).
27. Мясоедова Н.А., Тхостова Э.Б., Белоусов Ю.Б. Оценка качества жизни при различных сердечно-сосудистых заболеваниях // Качественная клиническая практика. — 2002. — № 1. — С. 216-231.
28. Пантилеев С.Р. Самоотношение как эмоционально-оценочная система / М.: Изд-во Моск. ун-та, 1991. — 100 с.
29. Пантилеев С.Р. Методика исследования самоотношения. Москва, Смысл, 1993.
30. Попова Т.Н., Кузеванова Е.А. Качество жизни больных местнораспространенным раком молочной железы с прогрессированием заболевания после комплексного лечения // Опухоли женской репродуктивной системы. 2011. № 4. С. 13-19.
31. Падун М.А., Котельникова А.В. Психическая травма и картина мира: теория, эмпирия, практика. М., 2012.
32. Решетников М.М. Психическая травма. СПб., 2006. 322 с.
33. Стенина М.Б., Владимирова Л.Ю., Гладков О.А. и др. Практические рекомендации по лекарственному лечению рака молочной железы. Злокачественные опухоли, 2015, 4(спецвыпуск): 99-115.

34. Столин В.В. Самосознание личности / В.В. Столин. – М.: Издательство московского университета, 1983. – 288 с.
35. Сарджвеладзе Н. И. Личность и ее взаимодействие с социальной средой / Н. И. Сарджвеладзе. — Тбилиси: Мецниереба, 1989. — 187 с.
36. Соколова Е.Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности / М.: Изд-во МГУ, 1989. – 210с.
37. Ситников, Н.В. Качество жизни больного после радикальной позадилозной простатэктомии / Н.В. Ситников, Р.В. Роюк, А.О. Иванов, А.Г. Кочетов, С.Н. Переходов, И.Г. Русаков // Российский онкологический журнал.-2007.- № 3.-С.42-46.
38. Скугаревский О.А., Сивуха С.В. Образ собственного тела: разработка инструмента для оценки // Психологический журнал – 2006. – №4. – С. 40-48.
39. Стретович М.А. Исследование самоотношения и отношения к своей внешности // Уральский федеральный университет им. Б.Н. Ельцина. – 2014. С. 8 – 36.
40. Татаурова С.С. Актуальные проблемы исследования образа тела // Психологический вестник Уральского государственного университета. – 2009. – № 8. – С. 142-154.
41. Твайкросс Р.Дж., Фрамpton Д.Р. Введение в паллиативную медицину/ лекции – Сэр Майкл Собелл Хаус, Черчилль Госпиталь, Оксфорд OX3 7LJ, Великобритания, 1992 г. – 560с.
42. Финагентова Н. В. Психологические ресурсы в профилактике рецидивов при онкологических заболеваниях. 2010. С. 8-12.
43. Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Методика личностного дифференциала (вариант, адаптированный в НИИ им. В.М.Бехтерева) / Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. - М., 2002. С.20-21.

44. Черноусов А.Ф. Хирургические болезни: учебник / М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2010. — 664 с.
45. Чулкова В.А., Пестерева Е.В. Душевный мир онкологического больного. Журнал «Вопросы онкологии». 2010, том 56, № 1. С. 83-87.
46. Чулкова В.А. Психологическое исследование больных раком молочной железы. Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов. Руководство. Издание 2-ое, дополненное // А.М. Беляев и коллектив авторов / Ред. А.М. Беляев, В.А. Чулкова, Т.Ю. Семиглазова, М.В. Рогачев. – СПб: Издательство АНО «Вопросы онкологии», 2018. – 436 с.
47. Чулкова В.А., Моисеенко В.М., Психологические проблемы в онкологии. ФГУ НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова, г.Санкт Петербург. 2009 г. Стр. 3 – 4.
48. Чулкова В.А. Психологические исследования личностных реакций на болезнь при раке молочной железы: автореф. дис. канд. психол. наук. — СПб., 1999. — 19 с.
49. Ширяев О. Ю., Васильева Ю. Е. Психоонкология – наука нашего времени. IV Международная научно-практическая конференция «Психология и педагогика XXI века: теория, практика и перспективы». 2016. С. 2-3.
50. Широкова И., Прожерина Ю. Рак молочной железы: взгляд экспертов // Ремедиум. – 2016. С. 53-61.
51. Януц Н.П. Особенности психотерапевтической работы с женщинами после мастэктомии. Материалы тезисов съезда ассоциации онкопсихологов. – 2009.
52. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. М., 1999. 576 с.
53. Cash, T. F. Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBSRQ, BSRQ). APA PsycTests, 1990.

54. Endicott J, Nee J., Harrison W, Blumenthal R. Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: a new measure. // *Psychopharmacology Bulletin*. 1993. 29. 2. 321-326.
55. Holland J. C., editor. *Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press; 1998. – 547 p.
56. Patenaude, Kupst. Psychosocial functioning in pediatric cancer // *Journal of pediatric psychology*. № 30 (1). 2005. C. 9—27.
57. Kołodziejczyk A., Pawłowski T. Negative body image in breast cancer patients *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, 2019;28(8): P. 1137–1142.
58. Lemieux J, Mausell E, Provencher L. Chemotherapy-induced alopecia and effects on quality of life among women with breast cancer: A literature review. *Psychooncology*. 2008;17(4): P. 317–328.
59. Schielder P. *The image and appearance of the human body: Studies in the constructive energies of the psyche*. London, UK: Paul Kegan; 1935.
60. Schover LR, Yetman RJ, Tuason LJ, Meisler E, Esselstyn CB, Hermann RE. Partial mastectomy and breast reconstruction: A comparison of their effects on psychosocial adjustment, body image and sexuality. *Cancer*. 1995; P. 54–64.
61. Sylvania de Cassia Vieira Archangelo, Miguel Sabino, Neto, Daniela Francescato Veiga, Elvio Bueno Garcia, and Lydia Masako Ferreira. Sexuality, depression and body image after breast reconstruction. *Clinics (Sao Paulo)*. 2019; 74: P. 34-42.
62. Paterson C, Lengacher CA, Donovan KA, Kip KE, Tofthagen CS. Body image in younger breast cancer survivors: A systematic review. *Cancer Nurs*. 2016;39(1): P. 39–58.
63. Miller SJ, Schnur JB, Weinberger-Litman SL, Montgomery GH. The relationship between body image, age and distress in women facing breast cancer surgery. *Palliat Support Care*. 2014;12(5): P. 363–367.

64. Malygin S. E. The role of mastectomy in treatment and prophylaxis of breast cancer: beginning, evolution and recent changes. *Malignant Tumours* 2015; 4: 3-13.
65. Osoba D. Current applications to health-related quality-of-life assessment in oncology. *Supp. Care of Cancer*, 1997, 5, 100-104.
66. Janz NK, Mujahid M, Lantz PM, et al. Population-based study of the relationship of treatment and sociodemographics on quality of life for early stage breast cancer. *Qual Life Res.* 2005; P. 1467–1479.
67. Veiga DF, Sabino M, Neto, Ferreira LM, Garcia EB, Veiga J, Filho, Novo NF, et al. Quality of life outcomes after pedicled TRAM flap delayed breast reconstruction. *Br J Plast Surg.* 2004;57(3): P. 252–257.
68. Rhondali W, Chisholm GB, Filbet M, et al. Screening for body image dissatisfaction in patients with advanced cancer: A pilot study. *J Palliat Med.* 2015;18(2): P. 153–156.

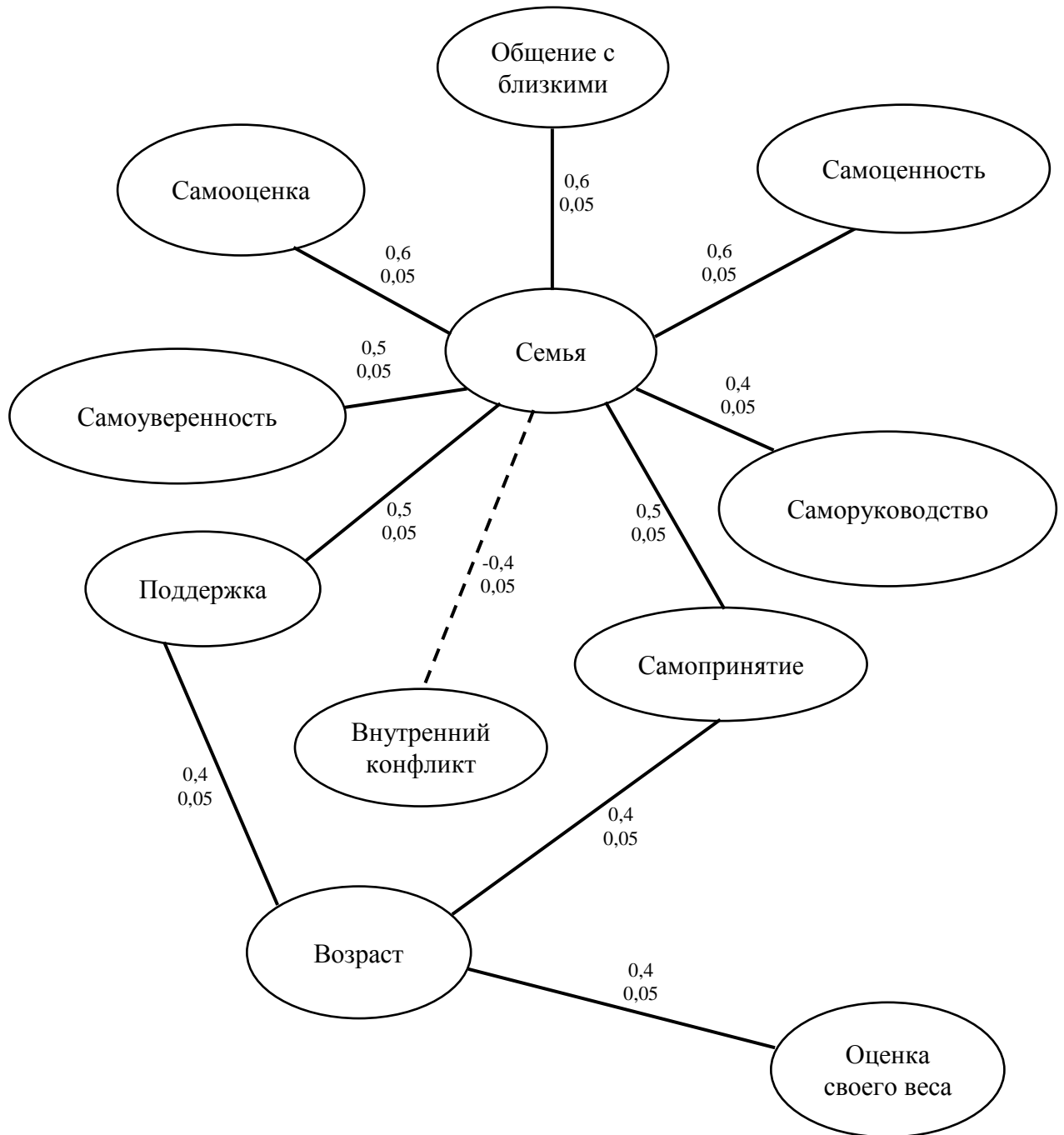
Приложение 1

Палата№:

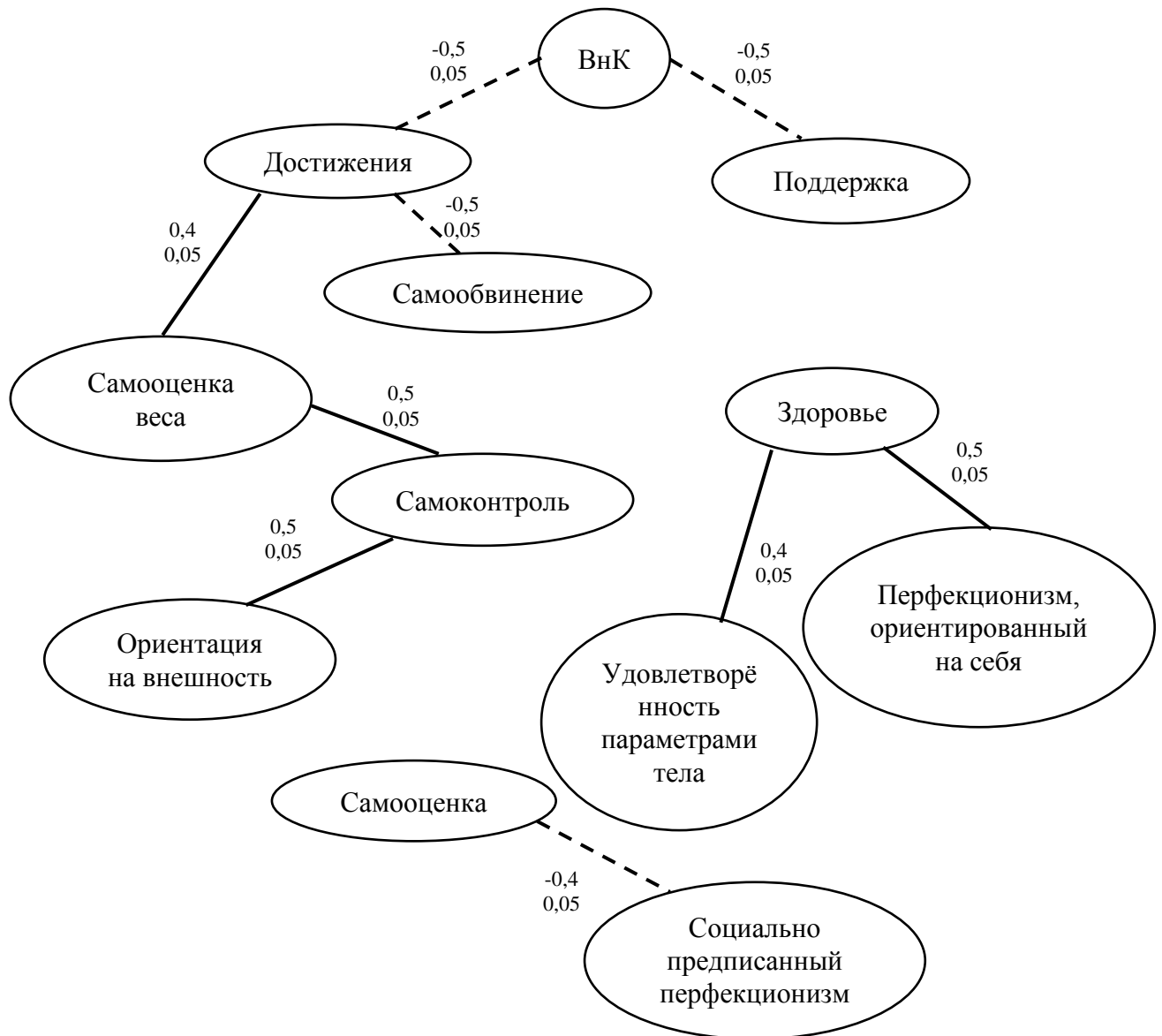
Дата:

ФИО	
Место проживания	
Возраст	
Диагноз	
Стадия	
Продолжительность заболевания	
Операции, вмешательства, лечение	
Продолжительность лечения	
Семейное положение	Замужем/Не замужем
Дети	Есть/Нет
Семейный анамнез (отягощённость ЗНО)	
Образование	Высшее/Среднее
Род деятельности	

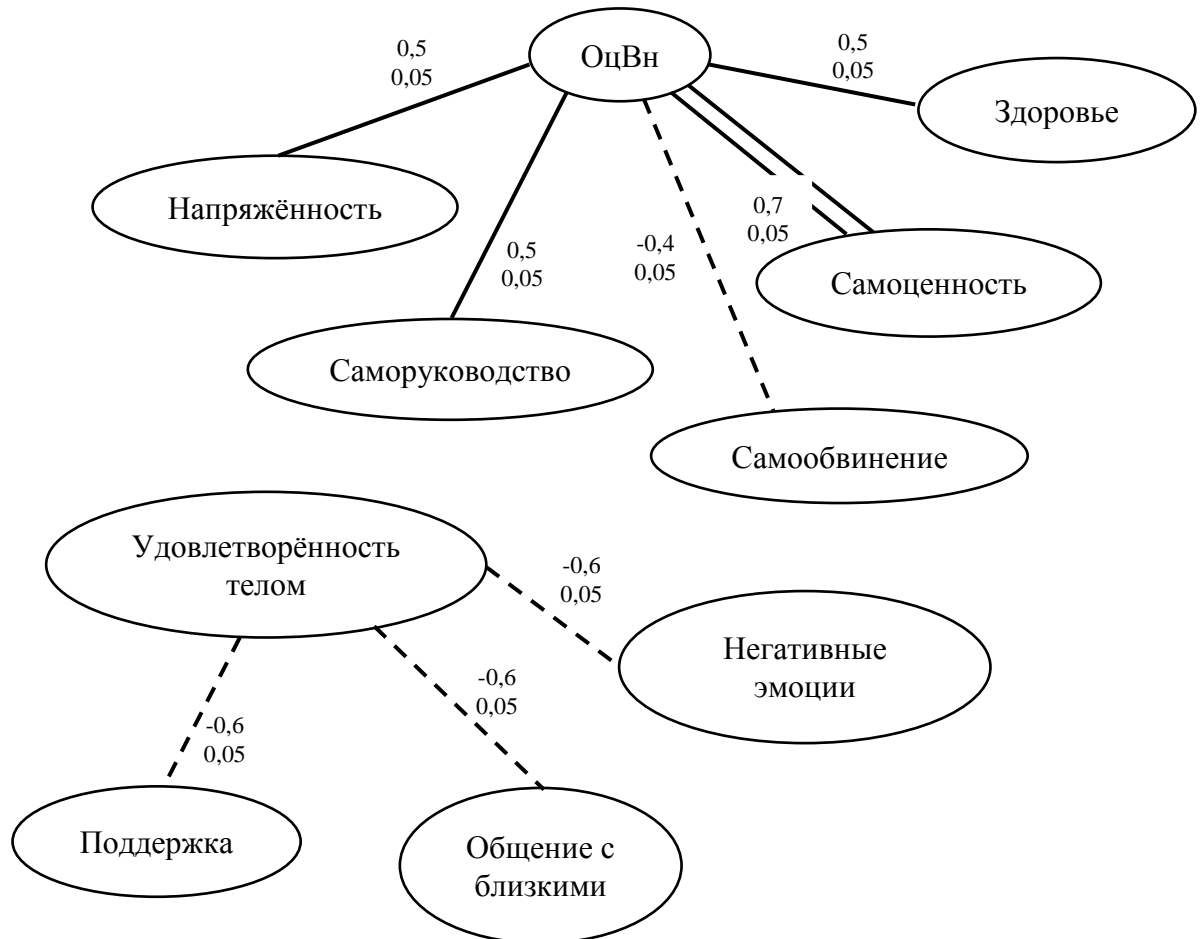
Корреляционные связи



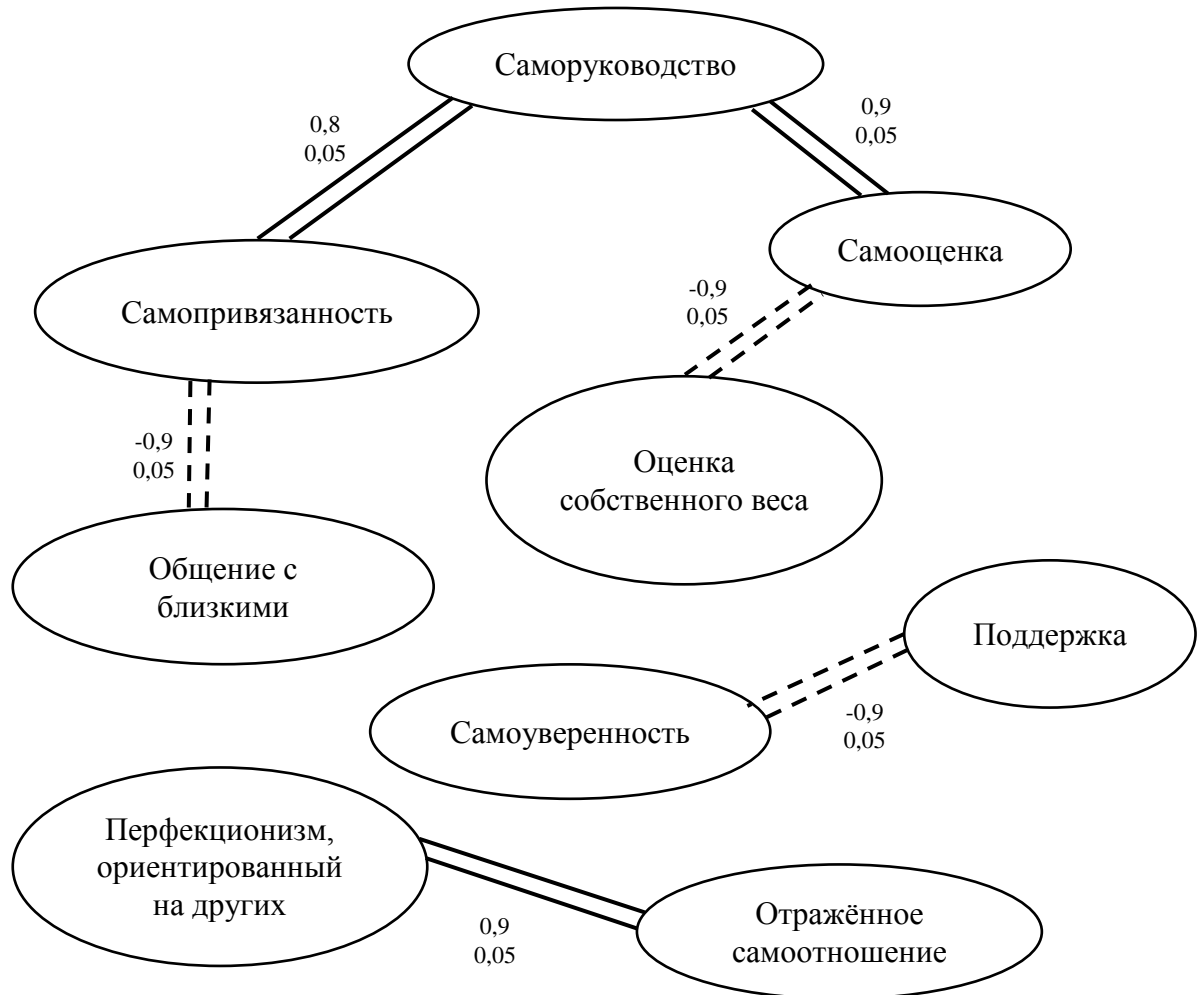
Корреляционные связи в группе женщин молодого возраста с РМЖ



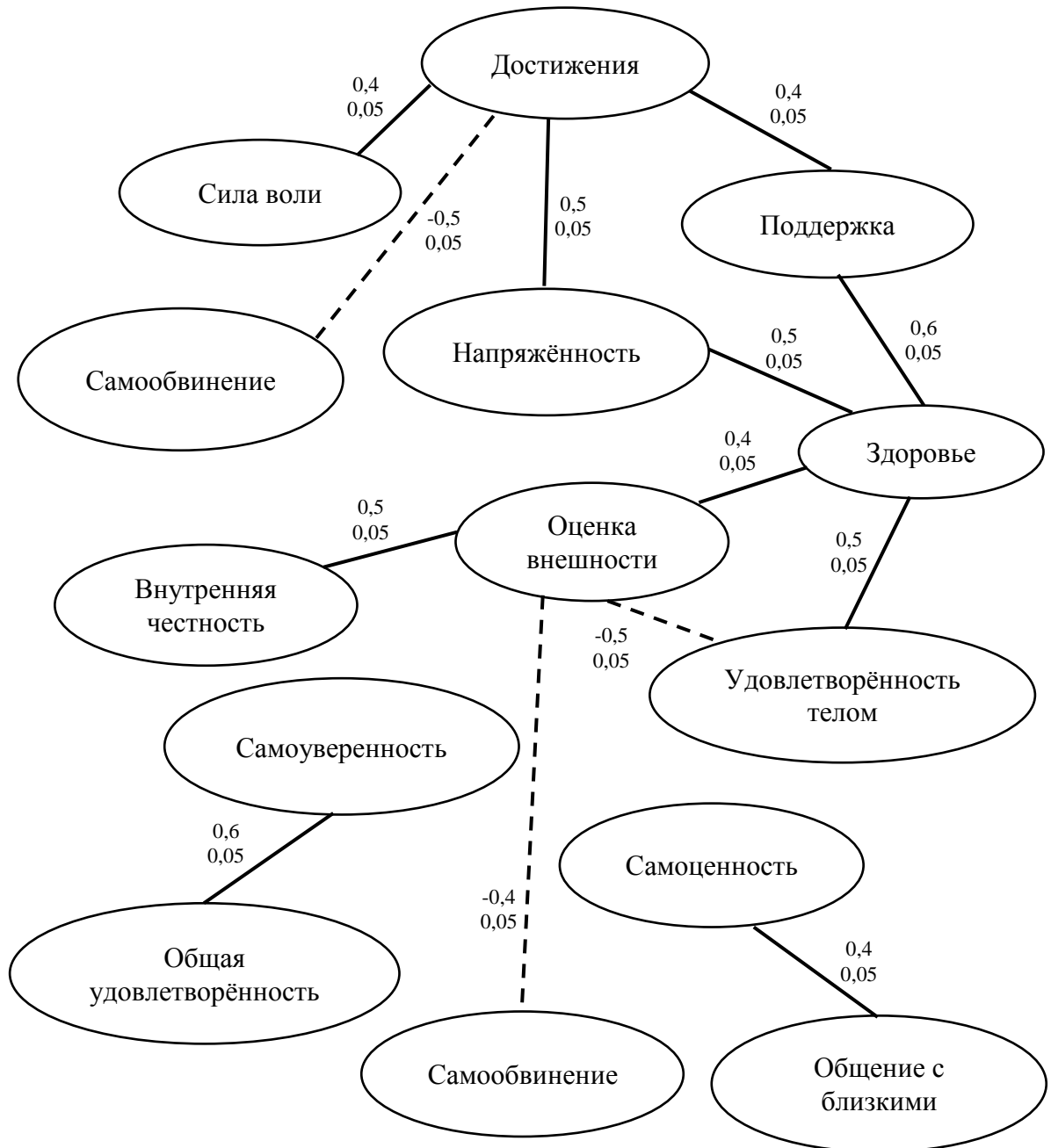
Корреляционные связи в группе женщин зрелого возраста с РМЖ



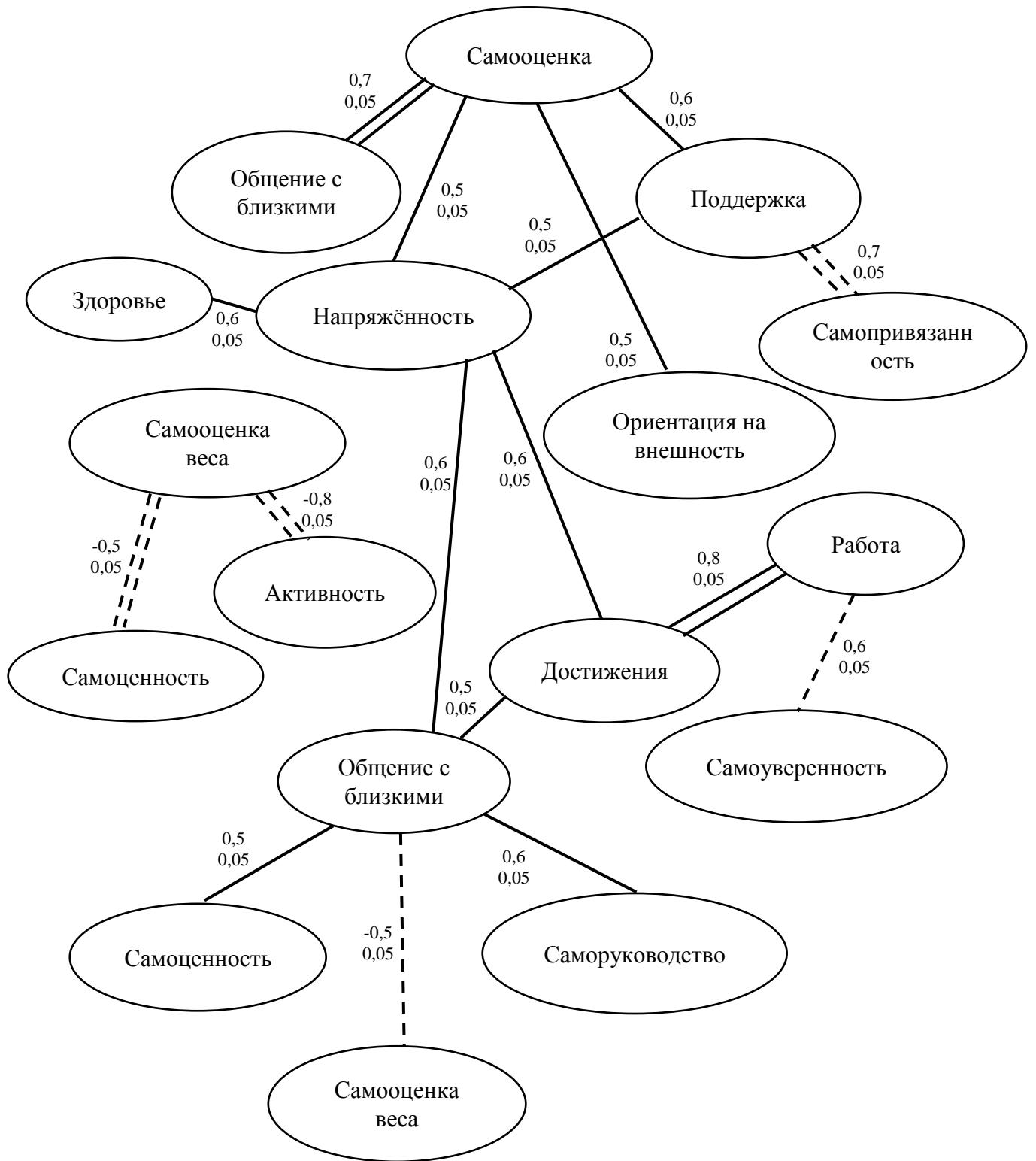
Корреляционные связи в группе женщин пожилого возраста с РМЖ

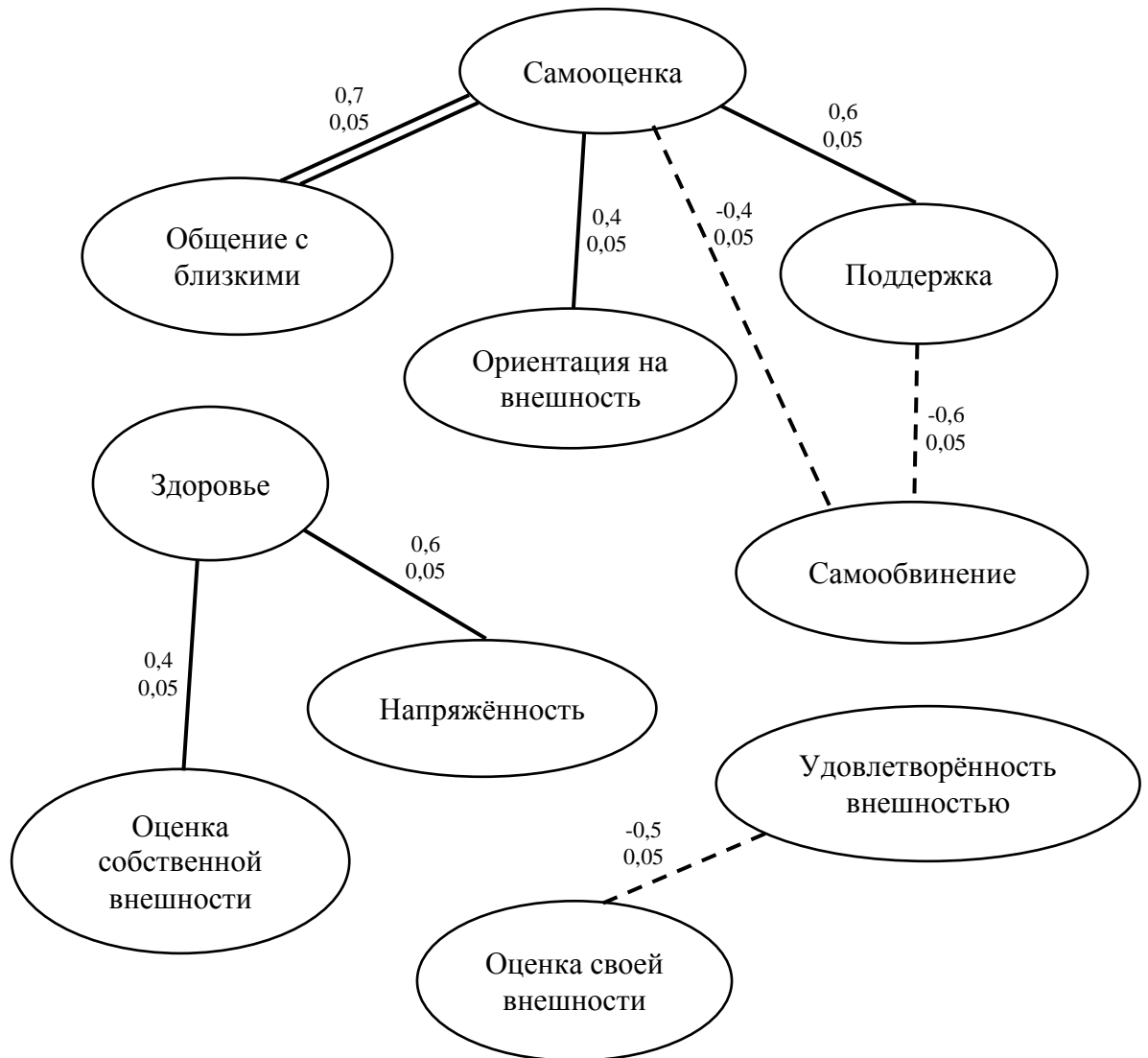


Корреляционные связи в группе замужних женщин с детьми



Корреляционные связи в группе незамужних женщин без детей



Корреляционные связи в группе женщин, болеющих менее одного года

Приложение 9

Корреляционные связи в группе женщин, болеющих более одного года

