ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХИАТРИЯ
PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY

DOI: 10.29413/ABS.2020-5.1.8

Образ собственного тела, чувство одиночества и качества жизни у онкогинекологических пациентов

Овчинников А.А., Султанова А.Н., Сычева Т.Ю., Акимова С.В., Тагильцева Е.В., Савинкова Н.А.

ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (630091, г. Новосибирск, Красный проспект, 52, Россия)

Автор, ответственный за переписку: Султанова Аклима Накиповна, e-mail: sultanova.aklima@yandex.ru

Резюме

Цель: *изучить психическое состояние онкогинекологических пациентов, отношение к имеющемуся заболеванию и качество жизни.*

Материал и методы. *Исследование проводилось на базе Городской клинической больницы № 1 г. Новосибирска. Основная группа (17 женщин в возрасте от 29 до 60 лет) включала пациенток с онкологическими заболеваниями наружных женских половых органов, раком яичников, матки; в группу сравнения вошли 20 человек в возрасте от 29 до 63 лет без онкологического заболевания в анамнезе.*

Результаты. *У онкогинекологических пациентов более выражена неудовлетворённость собственным телом; они искажённо воспринимают своё тело, что может быть обусловлено особенностями заболевания и спецификой лечения. У данной категории пациентов более выражено субъективное ощущение одиночества, однако оно находится в верхней границе нормы, что может означать факт погружения в себя, в свои переживания, а также ощущение чего-то утраченного в своём внутреннем мире. У онкогинекологических пациентов выявлен средний уровень качества жизни и низкие показатели психического компонента здоровья, что свидетельствует о сниженном функционировании и о значительном влиянии физического и эмоционального состояния пациента на его повседневную деятельность.*

Заключение. *Психическое состояние онкологического пациента, его способность противостоять стрессу, его отношение к имеющемуся заболеванию влияют на процесс лечения и дальнейшее качество жизни.*

Ключевые слова: *онкологические заболевания, образ тела, качество жизни, чувство одиночества*

Для цитирования: Овчинников А.А., Султанова А.Н., Сычева Т.Ю., Акимова С.В., Тагильцева Е.В., Савинкова Н.А. Образ собственного тела, чувство одиночества и качества жизни у онкогинекологических пациентов. *Acta biomedica scientifica*. 2020; 5(1): 54-59. doi: 10.29413/ABS.2020-5.1.8

Image of Your Own Body, Sense of Isolation and Quality of Life in Patients with Gynecological Cancers

Ovchinnikov A.A., Sultanova A.N., Sycheva T.Yu., Akimova S.V., Tagiltseva E.V., Savinkova N.A.

Novosibirsk State Medical University of the Ministry of Healthcare of Russian Federation (Krasny Prospect 52, 630091 Novosibirsk, Russian Federation)

Corresponding author: Aklima N. Sultanova, e-mail: sultanova.aklima@yandex.ru

Abstract

Aim: *to study mental state of gynecological oncological patients, their attitude to the existing disease and quality of life.*

Material and methods. *The study was conducted on the basis of the City Clinical Hospital No. 1 of Novosibirsk. The main group (17 women aged 29 to 60 years) included patients with ovarian cancer, cancer of the external female genital organs, and uterine cancer; the comparison group was comprised of 20 people aged 29 to 63 years without a history of cancer.*

Results. *In gynecological oncological patients, dissatisfaction with their own bodies is more pronounced; they perceive their body distorted, which may be due to the characteristics of the disease and the specifics of treatment. Patients with gynecological cancers have a more pronounced subjective feeling of loneliness, but it is at the upper limit of the norm, which may mean the fact that these patients turn in upon themselves, in their experiences, as well as the feeling of something lost in their inner world. Patients with gynecological cancers showed an average level of quality of life and low indicators of the mental component of health, which indicates reduced functioning and a significant effect of the patient's physical and emotional state on daily activities.*

Conclusion. *The mental state of the cancer patient, his ability to withstand stress, his attitude to the existing disease affect the treatment process and further quality of life.*

Key words: *oncological diseases, body image, quality of life, feeling of loneliness*

For citation: Ovchinnikov A.A., Sultanova A.N., Sycheva T.Yu., Akimova S.V., Tagiltseva E.V., Savinkova N.A. Image of Your Own Body, Sense of Isolation and Quality of Life in Life in Patients with Gynecological Cancers. *Acta biomedica scientifica*. 2020; 5(1): 54-59. doi: 10.29413/ABS.2020-5.1.8

АКТУАЛЬНОСТЬ

Онкогинекологические заболевания у женщин детородного возраста имеют высокую распространённость, что влияет на качество жизни женщин репродуктивного возраста, т. к. у многих наблюдаются аномальное кровотечение, боли в области таза, усталость, ограничение активности и проблемы с мочеиспусканием и кишечником [1, 2]. В зарубежных источниках последних лет приводятся данные, подтверждающие расовое неравенство в распространённости и заболеваемости онкогинекологическими заболеваниями женщин, однако этиопатогенез данного феномена недостаточно изучен [3, 4]. Основным методом лечения является хирургическое вмешательство, за которым может следовать химиотерапия в зависимости от стадии и факторов риска рецидива, что приводит к соответствующим изменениям тела и внешности женщин [5].

Образ тела является критической психосоциальной проблемой для больных раком, поскольку они часто подвергаются значительным изменениям во внешнем виде и функционировании. Появляются такие изменения внешнего вида как, например, выпадение волос, рубцевание, отёк, а также сенсорные изменения, такие как боль, онемение. Трудности с восприятием тела возникают на разных этапах лечения даже у молодых онкологических больных, и они имеют серьёзные последствия для психосоциальной адаптации, а также для социального функционирования [6]. Образ тела относится к многомерной конструкции восприятия, отношения и убеждений, касающихся тела, и может быть важной частью индивидуальности и самооценки, особенно для женщин [7]. Установлено, что хирургическое вмешательство часто воспринимается женщинами как нападение на ключевой аспект их сексуальной идентичности. Точно так же медицинское лечение гинекологического рака обычно затрагивает части тела, связанные с женственностью, вызывая значительные изменения тела, которые могут изменить образ тела. После завершения этого лечения у гинекологических онкологических больных часто сохраняются остаточные эффекты хирургического вмешательства и различных медицинских процедур, таких как облучение и химиотерапия [8]. К таким остаточным эффектам относятся выпадение волос, бесплодие, преждевременная менопауза, увеличение веса, или изменения половых органов, вызванные лечением, что значительно влияет на восприятие своего тела и женственности в целом [9].

Чувство социальной связи является ключевым аспектом качества жизни, в отсутствие социальной связи люди испытывают одиночество. Одиночество является известным фактором риска плохих результатов в отношении психического и физического здоровья и качества жизни населения в целом, и предварительные исследования показывают, что одиночество связано с более плохими последствиями для здоровья у онкологических больных. Некоторые пациенты испытывают ограничения при попытке обсудить проблемы, связанные с заболеванием, такие как критику, избегание [10]. Одиночество является значительным психосоциальным эффектом после постановки диагноза рака и может препятствовать участию людей в социальной деятельности, создавая тем самым трудности в межличностных отношениях и тем самым влияя на качество жизни [11].

Психическое состояние онкологического пациента, его способность противостоять стрессу, его отношение к имеющемуся заболеванию влияют на процесс лечения и дальнейшее качество жизни. При правильном развитии указанные факторы могут способствовать психологическому комфорту больного, повышению внутренних ресурсов для борьбы с заболеванием.

Основной целью проводимой работы было выявить особенности образа собственного тела, чувства одиночества и качества жизни у онкогинекологических пациентов. Исследование проводилось на базе Городской клинической больницы № 1 г. Новосибирска.

В основную группу включено 17 женщин в возрасте от 29 до 60 лет с раком яичников, онкологическими заболеваниями наружных женских половых органов, раком матки. Также в исследовании использовали группу сравнения – женщин, не имеющих онкогинекологической патологии. Необходимость изучения группы сравнения состояла в том, чтобы обеспечить фоновый уровень или базис, относительно которого можно определить, присутствуют или отсутствуют изменения в основной группе, и исключить все другие объяснения, кроме того воздействия, по которым и различаются эти группы. В группу сравнения вошло 20 условно здоровых человек в возрасте от 29 до 63 лет.

Исследование проходило в период с февраля по май 2019 г. и включало в себя комплекс психологических методов: для диагностики образа тела была использована методика «Опросник образа собственного тела»; для изучения чувства одиночества – методика субъективного ощущения одиночества Д. Рассела и М. Фергюсона; с целью выявления качества жизни использован опросник качества жизни SF-36. Достоверность различий между отдельными показателями в группах определялась с помощью критерия Манна – Уитни.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В результате исследования образа тела по опроснику образа собственного тела было выявлено, что средние показатели образа тела в основной группе (5,82 ± 2,04) и группе сравнения (3,8 ± 1,33) находятся в пределах нормы. При поиске достоверности различий обнаружены значимые различия ($p < 0,005$), что указывает на то, что у онкогинекологических пациентов более выражена неудовлетворённость собственным телом.

В результате исследования самоотношения по методике исследования самоотношения С.Р. Пантилеева была выявлена следующая картина: средние показатели по шкале «замкнутость» умеренные как в основной группе (6,18 ± 1,47), так и в группе сравнения (6,1 ± 1,74), что свидетельствует об избирательном отношении человека к себе, избирательности психологических защит в зависимости от ситуации. По шкале «самоуверенность» также выявлены умеренные средние показатели в обеих группах (6,06 ± 1,52 и 6,65 ± 1,57 соответственно), это говорит о том, что в привычных для себя ситуациях такой человек сохраняет работоспособность, уверенность в себе, ориентацию на успех, но при неожиданном появлении трудностей уверенность в себе снижается и нарастает тревога. Показатели по шкале «саморуководство» имеют средние значения как в основной (5,94 ± 1,56), так и в группе сравнения (6,8 ± 1,67), что указывает на склонность поддаваться воздействию ситуации в незнакомых для личности условиях. Средние значения по шкале «отражённое самоотношение» умеренные в основной

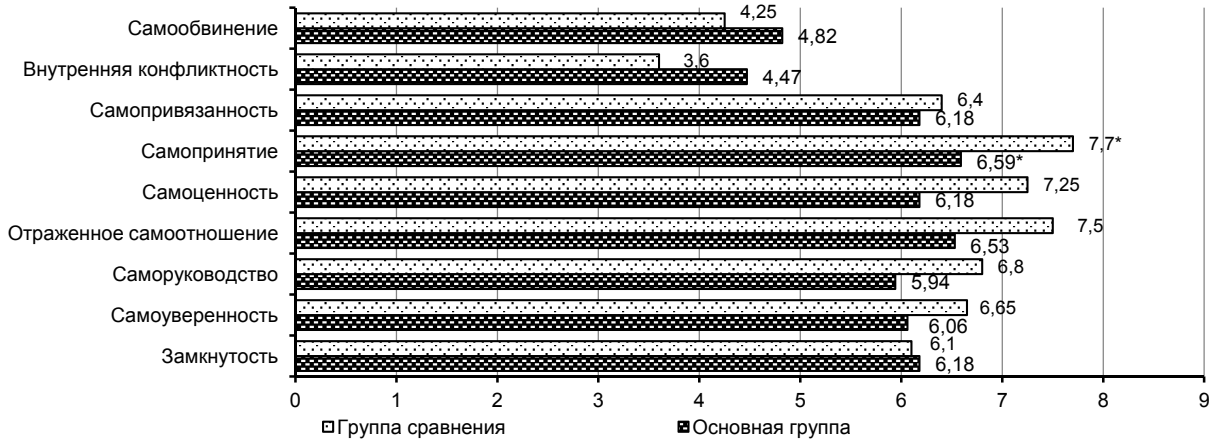

Рис. 1. Сравнительный анализ средних значений показателей самоотношения (* – значимость различий показателя $p < 0{,}005$).
Fig. 1. Comparative analysis of average values of indicators of self-relationship (* – significance of differences of indicator $p < 0.005$).

группе (6,53 ± 2,21), что свидетельствует об избирательном восприятии человеком отношения окружающих к себе. То есть положительное отношение окружающих распространяется лишь на определённые качества и на определённые поступки, и высокие средние значения в группе сравнения (7,5 ± 1,7) указывают на то, что человек воспринимает себя приятным окружающим, чувствует, что его ценят другие. По шкале «самоценность» средние значения в основной группе умеренные (6,18 ± 1,7), что указывает то, что человек некоторые свои качества оценивает высоко, признаёт их уникальность, в то время как другие качества недооцениваются, в группе сравнения отмечены высокие значения (7,25 ± 1,74), что свидетельствует о высокой оценке своей личности, признании своей индивидуальности. Показатели по шкале «самопринятие» умеренные в основной группе (6,59 ± 1,37), что человек склонен принимать не все свои достоинства и критиковать не все свои недостатки, в группе сравнения – высокие показатели (7,7 ± 1,95), это говорит о том, что человек воспринимает все стороны своей личности. По шкале «самопривязанность» отмечены умеренные средние показатели как в основной группе (6,18 ± 1,57), так и в группе сравнения (6,4 ± 2,48), что указывает на избирательное отношение к своим личностным свойствам, стремление изменить лишь некоторые свои личностные качества. Средние значения по шкале «внутренняя конфликтность» в основной группе были умеренными (4,47 ± 1,87), что свидетельствует о способности личности оценивать себя в зависимости от ситуации. В группе сравнения наблюдались низкие значения по данной шкале (3,6 ± 2,14), что указывает на положительное отношение к себе, баланс между собственными возможностями и требованиями окружающей реальности. Средние значения по шкале «самообвинение» были умеренными как в основной, так и в группе сравнения (4,82 ± 2,04 и 4,25 ± 1,86 соответственно), это говорит о том, что у таких людей обвинение себя за те или иные поступки и действия сочетается с выражением гнева, досады в адрес окружающих.

Достоверные различия выявлены по шкале «самопринятие» (рис. 1) – показатели по этой шкале умеренные в основной группе и высокие в группе сравнения, это указывает на то, что лица, имеющие онкогинекологические заболевания, принимают не все стороны своей личности, в отличие от тех, кто данной патологии не имеет. Мы можем предположить, что такие показатели связаны с тем, что лица с онкогинекологическими заболеваниями имеют трудности с самооценкой и принятием себя в связи с проводимым лечением, в том числе хирургическим.

Средние показатели ощущения одиночества выше в основной группе (17,82 ± 8,36), чем в группе сравнения (9 ± 6,66), но в обеих группах показатели находятся в пределах нормы. Поиск достоверности различий по критерию Манна – Уитни выявил различия между двумя группами (рис. 2): субъективное ощущение одиночества преобладает у онкогинекологических пациентов, и эти показатели находятся в верхней границе нормы, то есть субъективное ощущение одиночества у онкогинекологических больных в норме, однако выше, чем в группе сравнения. Мы можем предположить, что такие результаты связаны с тем, что пациенты могут отгораживаться от окружающих людей из-за наличия диагноза, не могут поделиться своими переживаниями с другими людьми. Это может быть связано со страхом непонимания и непринятия со стороны окружающих, с включением механизмов психологических защит в стрессовой для пациентов ситуации.

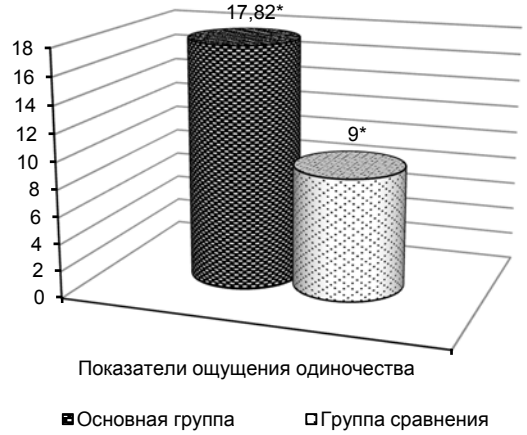

Рис. 2. Сравнительный анализ показателей субъективного ощущения одиночества (* – значимость различий показателя $p < 0{,}002$).
Fig. 2. Comparative analysis of indicators of subjective feeling of loneliness (* – significance of differences of indicator $p < 0.002$).

Также, такие результаты могут быть связаны с работой защитных механизмов психики. Механизмы психологической защиты – это важнейший процесс в адаптации к неблагоприятным ситуациям, особенно таким как диагностика онкологического заболевания. По данным авторов, защитные механизмы, даже если они опираются на разные теоретические основы и описывают различные психологические конструкции, стремятся справиться с отрицательными эмоциями и восстановить гомеостаз [12].

В результате исследования качества жизни по опроснику качества жизни SF-36 выявлено, что средние значения по шкале «физическое функционирование» высокие как в основной, так и в группе сравнения (82,65 ± 18,47 и 89,35 ± 9,32 соответственно), что указывает на то, что физическая активность ничем не ограничена. Показатели по шкале «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием», также высокие в обеих группах (72,06 ± 36,32 и 68,95 ± 24,66 соответственно), это свидетельствует о том, что физическое состояние не оказывает влияния на повседневную ролевую деятельность человека.

Средние значения по шкале «интенсивность боли» ниже в основной группе (61,71 ± 32,97) и выше в группе сравнения (73,95 ± 19,09). Показатели по шкале «общее состояние здоровья» выше средних в основной группе (68,24 ± 15,85) и высокие в группе сравнения (73,8 ± 15,05), что указывает на то, как человек сам оценивает состояние здоровья и перспективы лечения.

Средние значения по шкале «жизненная активность» умеренные как в основной группе (62,94 ± 16,49), так и в группе сравнения (68,2 ± 22,49). По шкале «социальное функционирование» высокие средние значения в обеих группах (76,47 ± 20,2 и 80,88 ± 14,42 соответственно), что указывает на то, что физическое или эмоциональное состояние не ограничивает социальную активность. Показатели по шкале «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» ниже в основной группе (64,71 ± 39,91) и выше в группе сравнения (71,47 ± 31,15). Средние значения шкалы «психическое здоровье» выше средних по данным методики в основной группе (61,41 ± 18,49) и высокие в группе сравнения (68,7 ± 24,39). По шкалам «физический компонент здоровья» и «психический компонент здоровья» в основной группе низкие средние значения (49,19 ± 9,2 и 44,68 ± 9,13 соответственно) и средние по данным методики в группе сравнения (54,77 ± 6,47 и 52,38 ± 8,99 соответственно).

При статистическом анализе данных, статистически значимые различия были обнаружены только по показателю «психический компонент здоровья» (рис. 3).

На диаграмме видно, что показатели по этой шкале ниже в группе онкогинекологических больных, чем в группе сравнения. Мы можем предположить, что это связано с тем, что у больных онкогинекологическими заболеваниями снижено социальное функционирование, жизненная активность, так как эти трудности могут быть связаны с особенностями заболевания.

О необходимости психолого-психиатрической поддержки онкологическим пациентам пишут многие зарубежные исследователи. Данные рандомизированных исследований показывают, что психологически эффективные вмешательства могут привести к выживанию и улучшению качества жизни у пациентов с онкологическими заболеваниями [13].

Исследования показывают тенденцию к уменьшению стресса у онкогинекологических пациентов между хирургическим вмешательством и 6-месячным наблюдением в связи с проведённой психологической работой, как утверждают сами пациенты [13]. Психологическая помощь должна быть направлена на укрепление навыков самоконтроля пациентов для решения актуальных и будущих проблем. Больные учатся уделять первоочередное внимание наиболее важным для них проблемам, которые в принципе могут быть решены; анализировать проблему и создавать альтернативные решения; выбирать методы решения и использовать их; оценить результаты и подготовиться к будущему.

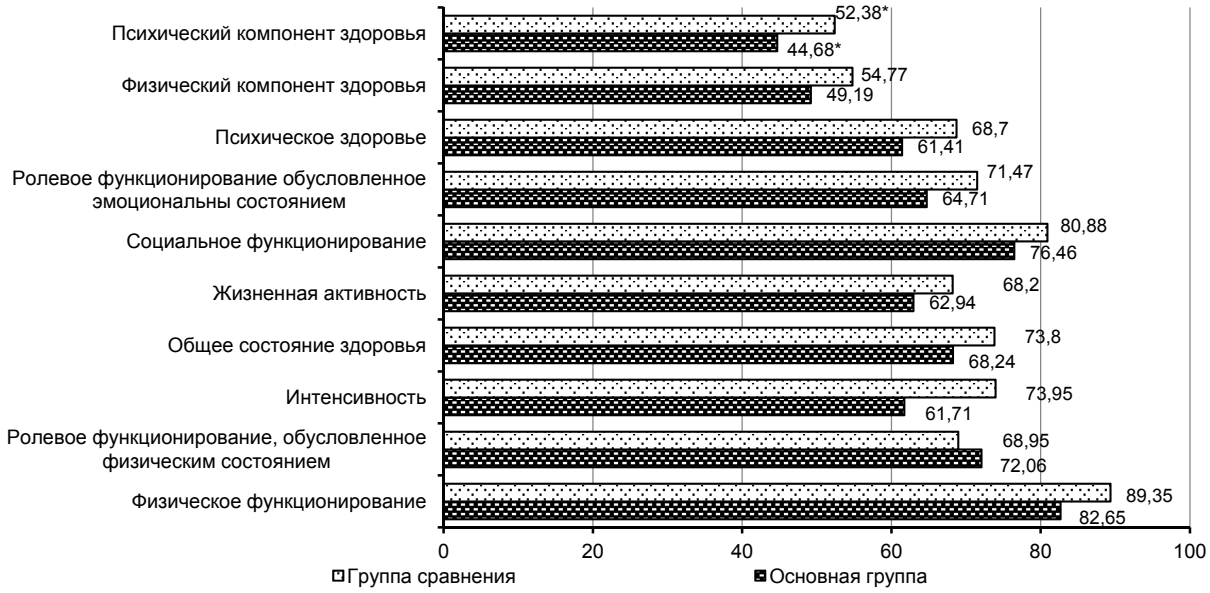

Рис. 3. Сравнительный анализ показателей по шкалам качества жизни (* – значимость различий показателя $p < 0{,}002$).
Fig. 3. Comparative analysis of indicators on the scale of quality of life (* – significance of differences of indicator $p < 0.002$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У онкогинекологических пациентов более выражена неудовлетворённость собственным телом, также для них характерно субъективное ощущение одиночества, однако оно находится в верхней границе нормы, что может означать факт погружения онкогинекологических больных в себя и свои переживания, а также ощущение чего-то утраченного в своём внутреннем мире; выявлен средний уровень качества жизни и низкие показатели психического компонента здоровья, что свидетельствует о сниженном функционировании и о значительном влиянии физического и эмоционального состояния пациента на его повседневную деятельность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Fobair P, Stewart SL, Chang S, D'Onofrio C, Banks PJ, Bloom JR. Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psychooncology*. 2006; 15(7): 579-594. doi: 10.1002/pon.991

2. Ye S, Yang J, Cao D, et al. Quality of life and sexual function of patients following radical hysterectomy and vaginal extension. *J Sex Med*. 2014; 11(5): 1334-1342. doi: 10.1111/jsm.12498

3. Stavraka C, Ford A, Ghaem-Maghami S, et al. A study of symptoms described by ovarian cancer survivors. *Gynecol Oncol*. 2012; 125(1): 59-64. doi:10.1016/j.ygyno.2011.12.421

4. Salz T, Oeffinger KC, McCabe MS, Layne TM, Bach PB. Survivorship care plans in research and practice. *CA Cancer J Clin*. 2012; 62(2): 101-117. doi: 10.3322/caac.20142

5. Magarakis M, Venkat R, Dellon AL, et al. Pilot study of breast sensation after breast reconstruction: evaluating the effects of radiation therapy and perforator flap neurotization on sensory recovery. *Microsurgery.* 2013; 33(6): 421-431. doi: 10.1002/micr.22124

6. Roland KB, Rodriguez JL, Patterson JR, Trivers KF. A literature review of the social and psychological needs of ovarian cancer survivors. *Psychooncology.* 2013; 22(1): 2408-2418. doi: 10.1002/pon.3322

7. Фролова Н.И., Белокриницкая Т.Е., Баркан Т.М., Голыгин Е.В., Лига В.Ф., Плетнева В.А., и др. Медико-социальная характеристика женщин молодого фертильного возраста, перенесших гистерэктомию. *Acta Biomedica Scientifica*. 2018; 3(4): 15-20. doi: 10.29413/ABS.2018-3.4.2

8. Costanzo ES, Ryff CD, Singer BH. Psychosocial adjustment among cancer survivors: findings from a national survey of health and well-being. *Health Psychol.* 2009; 28(2): 147-156. doi: 10.1037/a0013221

9. Lutgendorf SK, DeGeest K, Dahmoush L, Farley D, Penedo F, Bender D, et al. Social isolation is associated with elevated tumor norepinephrine in ovarian carcinoma patients. *Brain Behav Immun*. 2011; 25(2): 250-255. doi: 10.1016/j.bbi.2010.10.012

10. Собенников В.С., Винокуров Е.В., Рычкова Л.В., Собенникова В.В. Эмоциональная дизрегуляция как фактор психосоматических нарушений при депрессии и кардиоваскулярной патологии (аналитический обзор иностранной литературы). *Acta Biomedica Scientifica*. 2019; 4(1): 87-92. doi: 10.29413/ABS.2019-4.1.13

11. Clevenger L, Schrepf A, DeGeest K, Bender D, Goodheart M, Ahmed A, et al. Sleep disturbance, distress, and quality of life in ovarian cancer patients during the first year post diagnosis. *Cancer*. 2013; 119(17): 3234-3241. doi: 10.1002/cncr.28188

12. Kornblith AB, Mirabeau-Beale K, Lee H, Goodman AK, Penson RT, Pereira L, et al. Long-term adjustment of survivors of ovarian cancer treated for advanced-stage disease. *J Psychosoc Oncol*. 2010; 28(5): 451-469. doi: 10.1080/07347332.2010.498458

13. Dahl L, Wittrup I, Væggemose U, Petersen LK, Blaakaer J. Life after gynecologic cancer – a review of patients quality of life, needs, and preferences in regard to follow-up. *Int J Gynecol Cancer*. 2013; 23(2): 227-234. doi: 10.1097/IGC.0b013e31827f37b0

REFERENCES

1. Fobair P, Stewart SL, Chang S, D'Onofrio C, Banks PJ, Bloom JR. Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psychooncology*. 2006; 15(7): 579-594. doi: 10.1002/pon.991

2. Ye S, Yang J, Cao D, et al. Quality of life and sexual function of patients following radical hysterectomy and vaginal extension. *J Sex Med*. 2014; 11(5): 1334-1342. doi: 10.1111/jsm.12498

3. Stavraka C, Ford A, Ghaem-Maghami S, et al. A study of symptoms described by ovarian cancer survivors. *Gynecol Oncol*. 2012; 125(1): 59-64. doi:10.1016/j.ygyno.2011.12.421

4. Salz T, Oeffinger KC, McCabe MS, Layne TM, Bach PB. Survivorship care plans in research and practice. *CA Cancer J Clin*. 2012; 62(2): 101-117. doi: 10.3322/caac.20142

5. Magarakis M, Venkat R, Dellon AL, et al. Pilot study of breast sensation after breast reconstruction: evaluating the effects of radiation therapy and perforator flap neurotization on sensory recovery. *Microsurgery.* 2013; 33(6): 421-431. doi: 10.1002/micr.22124

6. Roland KB, Rodriguez JL, Patterson JR, Trivers KF. A literature review of the social and psychological needs of ovarian cancer survivors. *Psychooncology.* 2013; 22(1): 2408-2418. doi: 10.1002/pon.3322

7. Frolova NI, Belokrinitskaya TE, Barkan TM, Golygin EV, Liga VF, Pletneva VA, et al. Medical and social characteristics of women of young reproductive age after hysterectomy. *Acta Biomedica Scientifica*. 2018; 3(4): 15-20. doi: 10.29413/ABS.2018-3.4.2 (In Russ.)

8. Costanzo ES, Ryff CD, Singer BH. Psychosocial adjustment among cancer survivors: findings from a national survey of health and well-being. *Health Psychol.* 2009; 28(2): 147-156. doi: 10.1037/a0013221

9. Lutgendorf SK, DeGeest K, Dahmoush L, Farley D, Penedo F, Bender D, et al. Social isolation is associated with elevated tumor norepinephrine in ovarian carcinoma patients. *Brain Behav Immun*. 2011; 25(2): 250-255. doi: 10.1016/j.bbi.2010.10.012

10. Sobennikov VS, Vinokurov EV, Rychkova LV, Sobennikova VV. Emotional dysregulation as a factor of psychosomatic disturbances in depression and cardiovascular pathology (analytical review of foreign literature). *Acta Biomedica Scientifica*. 2019; 4(1): 87-92. doi: 10.29413/ABS.2019-4.1.13 (In Russ.)

11. Clevenger L, Schrepf A, DeGeest K, Bender D, Goodheart M, Ahmed A, et al. Sleep disturbance, distress, and quality of life in ovarian cancer patients during the first year post diagnosis. *Cancer*. 2013; 119(17): 3234-3241. doi: 10.1002/cncr.28188

12. Kornblith AB, Mirabeau-Beale K, Lee H, Goodman AK, Penson RT, Pereira L, et al. Long-term adjustment of survivors of ovarian cancer treated for advanced-stage disease. *J Psychosoc Oncol*. 2010; 28(5): 451-469. doi: 10.1080/07347332.2010.498458

13. Dahl L, Wittrup I, Væggemose U, Petersen LK, Blaakaer J. Life after gynecologic cancer – a review of patients quality of life, needs, and preferences in regard to follow-up. *Int J Gynecol Cancer*. 2013; 23(2): 227-234. doi: 10.1097/IGC.0b013e31827f37b0

Сведения об авторах

Овчинников Анатолий Александрович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии, ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, e-mail: anat1958@mail.ru

Султанова Аклима Накиповна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии, ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, e-mail: sultanova.aklima@yandex.ru

Сычева Татьяна Юрьевна – кандидат педагогических наук, доцент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии, ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, e-mail: tatysiaa1@mail.ru

Акимова Софья Васильевна – студентка, факультет социальной работы, клинической психологии и менеджмента, ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, e-mail: zmn.sonya@mail.ru

Тагильцева Елена Владимировна – преподаватель кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии, ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, e-mail: leiderline@mail.ru

Савинкова Нина Александровна – клинический психолог, ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Information about the authors

Anatoly A. Ovchinnikov – Dr. Sc. (Med.), Professor, Head of the Department of Psychiatry, Narcology, Psychotherapy and Clinical Psychology, Novosibirsk State Medical University of the Ministry of Healthcare of Russian Federation, e-mail: anat1958@mail.ru

Aklima N. Sultanova – Cand. Sc. (Med.), Associate Professor, Department of Psychiatry, Narcology, Psychotherapy and Clinical Psychology, Novosibirsk State Medical University of the Ministry of Healthcare of Russian Federation, e-mail: sultanova.aklima@yandex.ru

Tatyana Yu. Sycheva – Cand. Sc. (Ped.), Associate Professor of the Department of Psychiatry, Narcology, Psychotherapy and Clinical Psychology, Novosibirsk State Medical University of the Ministry of Healthcare of Russian Federation, e-mail: tatysiaa1@mail.ru

Sofya V. Akimova – Student, Faculty of Social Work, Clinical Psychology and Management, Novosibirsk State Medical University of the Ministry of Healthcare of Russian Federation, e-mail: zmn.sonya@mail.ru

Elena V. Tagiltseva – Teacher at the Department of Psychiatry, Narcology, Psychotherapy and Clinical Psychology, Novosibirsk State Medical University of the Ministry of Healthcare of Russian Federation, e-mail: leiderline@mail.ru

Nina A. Savinkova – Clinical Psychologist, Novosibirsk State Medical University of the Ministry of Healthcare of Russian Federation

Вклад авторов

Овчинников А.А. – окончательная редакция статьи.

Султанова А.Н. – сбор литературного обзора.

Сычева Т.Ю. – статистическая обработка полученных данных.

Акимова С.В. – сбор практического материала на базе исследования.

Тагильцева Е.В. – анализ результатов исследования.

Савинкова Н.А. – методологическое обоснование исследования, сбор практического материала на базе исследования.

Статья получена: 30.08.2019. Статья принята: 20.01.2020. Статья опубликована: 26.02.2020.
Received: 30.08.2019. Accepted: 20.01.2020. Published: 26.02.2020.