

Госпитализированные пациенты терапевтического профиля: взаимосвязь типа отношения к болезни и качества жизни

Заришняк Н.В.

*ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Оренбург,
Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2742-3161>, e-mail: wengerenko@mail.ru*

Кулбаисов А.М.

*ГАУЗ «Оренбургская областная клиническая больница № 2», г. Оренбург,
Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9676-7713>, e-mail: kul60@yandex.ru*

Гаврилова Е.В.

*ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Оренбург,
Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9580-9045>, e-mail: ekaterina2474@mail.ru*

В статье представлены результаты исследования отношения к болезни, качества жизни и их взаимосвязи у госпитализированных пациентов. Проведено эмпирическое исследование трех групп госпитализированных пациентов в возрасте от 40 до 80 лет: с ишемической болезнью сердца (группа I, n=22; M(SD) – 55,3(13,8) лет), с хронической обструктивной болезнью легких (группа II, n=22; M(SD) – 53,7(12,0) лет) и с остеохондрозом (группа III, n=22; M(SD) – 59,6(14,8) лет). Распределение по полу во всех группах – 50% мужчин и 50% женщин. Для определения типа отношения к болезни использовался опросник Бехтеревского института «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ), качества жизни – опросник Оценки качества жизни (SF-36). Результаты исследования показали, что у пациентов всех групп преобладали дезадаптивные типы отношения к болезни: I группа – ипохондрический; апатический; II группа – неврастенический, дисфорический, параноидальный; III группа – тревожный, апатичный типы. Качество жизни пациентов всех групп не отличались друг от друга: физический компонент здоровья был оценен как пониженный; психологический компонент здоровья имел средние показатели. Высокий показатель болевого синдрома и социального функционирования был обнаружен у пациентов I группы, а общего состояния здоровья – у пациентов II группы. Факторный анализ выявил взаимосвязь между общим состоянием здоровья пациентов (субъективной оценкой пациентом своего здоровья) и типом отношения к болезни. Большинству пациентов была необходима психологическая помощь для коррекции типа отношения к болезни и повышения

Заришняк Н.В., Кулбаисов А.М., Гаврилова Е.В.
Госпитализированные пациенты
терапевтического профиля – взаимосвязь
типа отношения к болезни и качества жизни
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 4. С. 36–56.

Zarishnyak N.V., Kulbaisov A.M., Gavrilova E.V.
Hospitalized Patients with a Therapeutic Profile:
The Relationship Between the Type of Attitude
Towards Illness and the Quality of Life
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 4, pp. 36–56.

качества жизни. Выявленная взаимосвязь между внутренней картиной болезни и качеством жизни нуждается в дополнительном исследовании.

Ключевые слова: госпитализированные пациенты, тип внутренней картины болезни, качество жизни.

Для цитаты: *Заришняк Н.В., Кулбаисов А.М., Гаврилова Е.В.* Госпитализированные пациенты терапевтического профиля – взаимосвязь типа отношения к болезни и качества жизни [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2020. Том 9. № 4. С. 36–56. DOI: 10.17759/cpse.2020090403

Hospitalized Patients with a Therapeutic Profile: The Relationship Between the Type of Attitude Towards Illness and the Quality of Life

Natalya V. Zarishnyak

*Orenburg State Medical University, Orenburg, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2742-3161>, e-mail: wengerenko@mail.ru*

Amyrzhhan M. Kulbaisov

*State Health Institution "Orenburg Regional Clinical Hospital № 2", Orenburg, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9676-7713>, e-mail: kul60@yandex.ru*

Ekaterina V. Gavrilova

*Orenburg State Medical University, Orenburg, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9580-9045>, e-mail: ekaterina2474@mail.ru*

The article presents the results of a study of attitudes towards illness, quality of life and their relationship in hospitalized patients. An empirical study of three groups of hospitalized patients aged 40 to 80 years was carried out: with ischemic heart disease (group I, n = 22; 55,3(13,8) years), with chronic obstructive pulmonary disease (group II, n=22; 53,7(12,0) years) and with osteochondrosis (group III, n=22; 59,6(14,8) years). Distribution by sex in all groups – 50% of men and 50% of women. To determine the type of attitude towards the disease, the Bekhterev Institute's questionnaire "Type of attitude towards the disease" (TOBOL) was used, the quality of life – the questionnaire of the Assessment of the quality of life (SF-36). The results of the study showed that in patients of all groups maladaptive types of attitudes towards the disease prevailed: Group I – hypochondriacal; apathetic; Group II – neurasthenic, dysphoric, paranoid; Group III – anxious, apathetic types. The quality of life of patients of all groups did not differ from each

other: the physical component of health was assessed as low; the psychological component of health was average. A high rate of pain syndrome and social functioning was found in patients in group I, and in general health in patients in group II. Factor analysis revealed the relationship between the general state of health of patients (the patient's subjective assessment of his health) and the type of attitude towards the disease. Most of the patients needed psychological help to correct the type of attitude towards the disease and improve the quality of life. The revealed relationship between the internal picture of the disease and the quality of life requires additional research.

Keywords: hospitalized patients, type of internal picture of the disease, quality of life.

For citation: Zarishnyak N.V., Kulbaisov A.M., Gavrilova E.V. Hospitalized Patients with a Therapeutic Profile: The Relationship Between the Type of Attitude Towards Illness and the Quality of Life. *Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija=Clinical Psychology and Special Education*, 2020. Vol. 9, no. 4, pp. 36–56. DOI: 10.17759/cpse.2020090403 (In Russ.)

Введение

По данным Всемирной организации здравоохранения хронические неинфекционные заболевания стали глобальным феноменом пандемических масштабов и основной причиной смертности [5]. Одной из наиболее важных с точки зрения влияния на течение хронического заболевания характеристик пациента является внутренняя картина болезни [20]. Внутренняя картина болезни – это многомерный феномен отражения в психике больного своей болезни: комплекс переживаний и ощущений, эмоциональных и интеллектуальных реакций на болезнь. Отношение человека к своей болезни и понимание ее причин влияет на особенности поведения больного в отношении лечения, на качество выполнения предписаний врача, на мотивацию к выздоровлению. Психологический анализ отношения к болезни позволяет описать все основные психические феномены в личности больного, связанные с его заболеванием [19; 27].

Качество жизни состоит из трех широких областей – физического, психологического и социального функционирования и рассматривается как интегральный показатель, основанный на субъективном восприятии состояния здоровья, возможности удовлетворения актуальных потребностей, и изменяется под воздействием хронического заболевания [15].

Наличие у пациента хронического заболевания в системе кровообращения или в дыхательной системе увеличивает риск госпитализации в 8,72 и 3,01 раза соответственно [22]. Госпитализация для пациента является вынужденной мерой, но вызывает широкий диапазон психологических реакций и чаще всего приводит к возникновению дезадаптивных типов отношения к болезни [17]. Чаще всего в исследованиях проводится диагностика типов отношения к заболеванию у пациентов, то есть определяется психологическая составляющая внутренней картины болезни. В многочисленных исследованиях пациентов с ишемической болезнью сердца, с хронической обструктивной болезнью легких и с

остеохондрозом тип отношения к болезни [6; 13; 16] и качество жизни [10; 12; 14] изучались по отдельности. Взаимосвязь между психологической составляющей внутренней картины болезни и качеством жизни госпитализированных пациентов рассматривалась в небольшом количестве работ, при этом для их изучения использовались различные методики [4; 26], что делало невозможным однозначную интерпретацию полученных результатов. Так, в исследовании пациентов с хронической обструктивной болезнью легких А.Т. Sawyer и др. была установлена корреляция между восприятием своего заболевания (опросник IPQ, в зарубежных публикациях вместо термина «внутренняя картина болезни» используется термин «восприятие болезни») и качеством жизни (опросник SF-36). Модель регрессии показала, что положительное восприятие болезни было связано с более высоким качеством жизни [26]. По данным В.П. Зайцева и соавторов у пациентов с остеохондрозом позвоночника ухудшение качества жизни коррелировало с выраженностью болевого синдрома и такими параметрами, как напряжение, неудовлетворенность, беспокойство, ригидность, фиксация внимания на личных чувствах, пессимизм, низкая стрессоустойчивость. Психологические характеристики (психологический тест СМОЛ) и качество жизни (SF-36) пациентов зависели от пола и локализации вертеброгенного болевого синдрома [4].

Отношение к болезни и качество жизни – это субъективные параметры, отражающие влияние болезни на личность пациента, но оценка качества жизни позволяет объективно судить об эффективности лечения и реабилитации [26], что делает важным изучение их взаимосвязи.

Целью нашей работы стало изучение взаимосвязи типа отношения к болезни и качества жизни госпитализированных пациентов терапевтического профиля.

Была выдвинута следующая **гипотеза исследования**: тип отношения к заболеванию (является составной частью внутренней картины болезни) взаимосвязан с различными аспектами качества жизни госпитализированных пациентов терапевтического профиля.

Материалы и методы

Исследование проводилось в ГАУЗ «Оренбургская областная клиническая больница № 2» г. Оренбурга в январе 2019 года. В исследовании приняли участие пациенты кардиологического, пульмонологического, неврологического отделений, которые составили соответственно I, II и III группы. Критерии включения в выборку: мужчины и женщины в возрасте от 40 до 80 лет, имеющие хроническое заболевание; стаж заболевания не менее 10 лет. Критерии исключения: лица в возрасте младше 40 лет и старше 80 лет, острые заболевания и/или тяжелые сопутствующие заболевания, общее тяжелое состояние пациента, отказ пациента от участия в исследовании.

Выборка и процедура исследования. Исследование эмпирическое, поперечное, выборка релевантная. Всего в трех отделениях стационара проходили лечение 147 пациентов. 8,1% (12) пациентов были исключены из исследования из-за общего

тяжелого состояния; 15% (22) пациентов имели иные заболевания; отказались принять участие в исследовании – 32% (47) пациентов. Свой отказ принять участие в исследовании пациенты объясняли несколькими причинами: исследование не поможет в лечении; они хотели бы, чтобы их «оставили в покое», так как они ни с кем не хотят общаться. 44,9% (66) пациентов приняли участие в исследовании и были поделены на три группы. I группе составили пациенты с ишемической болезнью сердца ($n=22$; $M(SD)$ – 55,3 (13,8) лет). Во вторую группу вошли пациенты с хронической обструктивной болезнью легких ($n=22$, $M(SD)$ – 53,7 (12,0) лет). В III группу – пациенты с остеохондрозом ($n=22$; $M(SD)$ – 59,6 (14,8) лет). В каждой группе 50% респондентов составили женщины, еще 50% – мужчины.

Опросники заполнялись пациентами перед выпиской из стационара с 17.30 до 19.00 ч. (время согласовано с руководством ЛПУ), в присутствии исследователей. После анкетирования с каждым пациентом клиническим психологом была проведена диагностическая беседа. Исследование было одобрено Этическим комитетом Оренбургского государственного медицинского университета. Было получено добровольное информированное согласие всех пациентов на участие в исследовании.

Методики. Для диагностики типов отношения к болезни у пациентов с хронической соматической патологией был использован опросник Института Бехтерева «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ) [16]. Под типом отношения к болезни понимается «отношение больного к ряду жизненных проблем и ситуаций, потенциально наиболее для него значимых и непосредственно или опосредованно связанных с его заболеванием» [2, с. 6]. ТОБОЛ предназначен для диагностики 12 типов отношения к болезни и включает 12 таблиц-наборов: самочувствие, настроение, сон и пробуждение ото сна, аппетит и отношение к еде, отношение к болезни, отношение к лечению, отношение к врачам и медперсоналу, отношение к родным и близким, отношение к работе (учебе), отношение к окружающим, отношение к одиночеству, отношение к будущему. Время для заполнения было не ограничено. Ведущим типом отношения к болезни фиксировался тот, значения баллов по которому были максимальны. Если респондент набирал одинаковое количество баллов по разным типам внутренней картины болезни из разных блоков, диагностировался недифференцированный (неустановленный) тип отношения к болезни. В ходе исследования были выделены условно адаптивные типы; интрапсихически и интерпсихически дезадаптивные типы; недифференцированные (неустановленные) типы отношения к болезни.

Валидность данной методики частично обеспечивается тем, что она построена на основе модели диагностической деятельности психологов, обладающих высоким уровнем квалификации (в оценке опросника участвовала группа экспертов) [2]. В пособии Л.И. Вассерман и соавторов (2005 г.) даны психологические характеристики каждого из выявляемых типов отношения к болезни [2].

Для оценки качества жизни был использован международный Опросник качества жизни SF-36 [21]. Опросник SF-36 состоит из 36 развернутых вопросов, сгруппированных в 8 основных шкал: физическое функционирование (PF); ролевое

функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP); интенсивность боли (BP); общее состояние здоровья (GH); жизненная активность (VT); социальное функционирование (SF); ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE); психическое здоровье (MH). Все шкалы объединены в два основных показателя – физический и психологический компоненты здоровья. Показатели шкал варьируют от 0 до 100 баллов. Баллы по шкалам интерпретируются следующим образом: 0–20 баллов – низкий показатель качества жизни; 21–40 баллов – пониженный показатель качества жизни; 41–60 баллов – средний показатель качества жизни; 61–80 баллов – повышенный показатель качества жизни; 81–100 баллов – высокий показатель качества жизни [21]. Российская версия опросника SF-36 обладает приемлемой надежностью и часто используется при проведении исследований качества жизни в России [1].

Для проверки надежности (самосогласованности) используемых субшкал опросников вычислялся коэффициент α Кронбаха. Для всех субшкал опросников ТБОЛ и SF-36 средние значения α Кронбаха составили соответственно – 0,87 и 0,73.

Статистическая обработка данных. Был использован пакет статистических программ IBM SPSS Statistics v. 26 и MS Excel. Нормальность распределения данных проверялась с помощью критерия Колмогорова–Смирнова. Использовались следующие статистические критерии: однофакторный дисперсионный анализ (возраст пациентов); для сравнения качественных показателей – критерий хи-квадрат Пирсона (тип отношения к болезни; демографические и социальные данные); для сравнения переменных с распределением, отличающимся от нормального – критерий Манна–Уитни (качество жизни); категориальный факторный анализ. В качестве критического уровня ошибки первого рода при проведении статистических расчетов принимался уровень значимости в 5%.

Результаты исследования

Демографические и социальные данные. Межгрупповые различия по возрасту пациентов были проверены с помощью однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA). Между возрастом пациентов в группах не было установлено статистически значимых различий ($F_{3,14}=1,12$, $p=0,33$). В каждой группе одну половину составили мужчины (11 человек), другую – женщины (11 человек).

Распределение по уровню образования и социальному положению респондентов представлено в таблице 1. V-Крамера 0,1 – <0,2 интерпретируется как слабая связь, 0,2 – <0,4 – как средняя; 0,4 – <0,6 – как относительно сильная; 0,6 – <0,8 и 0,8 – 1,0 – как сильная и очень сильная соответственно [3]. В данном исследовании установлена средней силы взаимосвязь между уровнем образования и заболеванием: пациенты с ишемической болезнью сердца (I группа) имели среднее специальное образование; в группе не было пациентов со средним образованием. Половина пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (II группа) имели среднее образование, а другая половина – среднее специальное образование. Пациентов, имеющих среднее образование, среди пациентов

с остеохондрозом (III группа) было в 1,3 раза больше, чем среди пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (II группа).

Группы были представлены рабочими, служащими, пенсионерами, инвалидами и временно не работающими лицами. Больше всего пенсионеров было во II и III группах. Различий между группами по социальному положению не выявлено.

Таблица 1

Распределение пациентов по уровню образования и социальному положению в группах исследования

	I группа n (%)	II группа n (%)	III группа n (%)	Статистики χ^2 (df), p-value	Статистики V-Крамера
Образование					
Среднее	0 (0,0)	9 (40,9)	12 (54,6)		
Среднее специальное	19 (86,4)	9 (40,9)	5 (22,7)	21,10(4), 0,001	0,40
Высшее	3 (13,6)	4 (18,2)	5 (22,7)		
Социальное положение					
Рабочие	5 (22,7)	4 (18,2)	4 (18,1)		
Служащие	8 (36,5)	5 (22,7)	4 (18,1)		
Пенсионеры	5 (22,7)	12 (54,6)	8 (36,5)		
Работающие пенсионеры	1 (4,5)		2 (9,1)	1,64(10), 0,07	0,12
Инвалиды	3 (13,6)	1 (4,5)	2 (9,1)		
Временно не работающие			2 (9,1)		

Типы отношения к болезни. Типы отношения к заболеванию пациентов различных групп и их распределение по блокам представлены в таблице 2. Тест хи-квадрат Пирсона показал, что существует зависимость между группами с различными заболеваниями и типами отношения к болезни, блоками различных типов отношения к болезни.

Установлена средней силы зависимость между блоками типов отношения к болезни и заболеванием. В первой и третьей группах преобладали пациенты с интрапсихически дезадаптивными и недифференцированными типами; во второй группе – с интрапсихически и интерпсихически дезадаптивными типами отношения к болезни. Интрапсихически дезадаптивные типы отношения к болезни в I группе были представлены в основном пациентами с ипохондрическим и апатическим

типами, во II группе – пациентами с неврастеническим типом; в III группе – пациентами с тревожным и апатическим типами.

Таблица 2

**Типы отношения к болезни пациентов исследуемых групп
и их распределение по блокам**

Блоки типов отношения к болезни	Типы отношения к болезни	I группа n (%)	II группа n (%)	III группа n (%)	Статистики χ^2 (df), p-value	Статистики V-Крамера
Условно адаптивные типы	Гармоничный	-	-	3 (13,70)	0,01 14,58, 6df, p=0,02	V=0,33
	Эргопатический	1 (4,50)	1 (4,50)	1 (4,50)		
	Анозогнозический	-	-	-		
Интрапсихически дезадаптивные типы	Тревожный	2 (9,10)	1 (4,50)	5 (22,70)		
	Ипохондрический	5 (22,75)	-	-		
	Неврастенический	1 (4,50)	5 (22,75)	-		
	Меланхолический	-	-	-		
Интерпсихически дезадаптивные типы	Апатический	4 (18,20)	2 (9,10)	6 (27,30)		
	Сенситивный	-	-	-		
	Эгоцентрический	-	-	-		
	Паранойяльный	2 (9,10)	3 (13,70)	2 (9,10)		
Недифференцированный (неустановленный) тип	Дисфорический	-	7 (31,85)	-		
	Диагностированы более трех типов отношения к болезни из разных блоков	7 (31,85)	3 (13,60)	5 (22,70)		

Согласно наблюдениям психолога, проводившего беседу, для пациентов с интрапсихическими дезадаптивными типами было характерно наличие навязчивых опасений, раздражительной слабости, пессимистической оценки своего состояния и перспектив, которые причиняли страдания самому человеку.

Интерпсихически дезадаптивные типы отношения к болезни пациентов II группы были представлены паранойяльным и дисфорическим типами. По наблюдениям психолога пациенты с данными типами стеснялись своего заболевания перед окружающими, «использовали» его для достижения определенных целей; строили паранойяльного характера концепции относительно

причин своего заболевания и его хронического течения; проявляли гетерогенные агрессивные тенденции, обвиняя окружающих в своем недуге. Наибольшее количество пациентов с недифференцированным (неустановленным) типом отношения к заболеванию было выявлено в I и III группах. Пациенты с недифференцированными типами не принимали на себя ответственность за болезнь, имели нестойкие, зависимые от мнения окружающих представления о своем заболевании; часто использовали нетрадиционные методы лечения. Условно адаптивные типы отношения к болезни чаще всего обнаруживались у пациентов III группы. Таким образом, большинство пациентов во всех группах имели типы отношения к болезни, при которых отмечалось нарушение адаптации к своему заболеванию.

Качество жизни пациентов. Статистически значимых различий (согласно критерию Манна–Уитни) между большинством показателей качества жизни пациентов различных групп установлено не было, за исключением трех показателей: интенсивности боли, общего состояния здоровья (физической компонент здоровья) и социального функционирования (психологический компонент здоровья) (табл. 3).

Таблица 3

Различия качества жизни пациентов разных групп

Показатели качества жизни	I	II	III	p ¹	p ²	p ³
	группа M(SD)	группа M(SD)	группа M(SD)			
Физический компонент здоровья	36,9(10,2)	37,4(11,0)	35,3(8,6)	0,4	0,5	0,5
Физическое функционирование	63,2(27,1)	56,1(31,8)	65,9(30,6)	0,9	0,9	0,2
Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием	19,0(40,2)	29,5(41,2)	26,1(38,9)	0,5	0,4	0,9
Интенсивность боли	70,1(29,5)	54,1(34,7)	34,8(26,1)	0,05	0,01	0,02
Общее состояние здоровья	39,5(14,5)	56,6(19,4)	52,9(14,9)	0,001	0,008	0,3
Психологический компонент здоровья	47,9(9,1)	44,8(10,7)	46,1(12,9)	0,2	0,5	0,8
Жизненная активность	42,2(9,6)	45,9(19,9)	47,5(20,9)	0,5	0,5	0,9
Социальное функционирование	88,6(20,0)	63,0(34,3)	63,6(32,3)	0,001	0,01	0,9

Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	59,0(50,3)	48,4(47,9)	66,6(42,4)	0,4	0,6	0,1
Психическое здоровье	68,9(12,9)	65,8(17,1)	60,9(24,4)	0,4	0,1	0,4

Примечание: r^1 – значимость различий между I и II группами, r^2 – между I и III группами, r^3 – между II и III группами.

Показатель интенсивность боли оценивает интенсивность болевого синдрома и его влияние на способность заниматься повседневной деятельностью (выполнение домашней работы, походы в магазин, занятие хобби и т.д.) в течение последнего месяца: чем выше показатель, тем больше болевых ощущений испытывали пациенты. Низкие значения по шкале свидетельствуют о том, что боль незначительно ограничивала их физическую активность. Интенсивность болевого синдрома у пациентов I группы была самая высокая, а самая низкая – у пациентов III группы.

Шкала общего состояния здоровья (GH) – субъективная оценка респондентом общего состояния своего здоровья в настоящее время (чем выше показатель, тем лучше респондент оценивает свое здоровье в целом). Наиболее высокие показатели по шкале GH отмечались у пациентов II группы.

Социальное функционирование (SF) – это эмоциональная и физическая способность общаться с другими людьми. Наиболее высокие значения по данному параметру отмечались у пациентов I группы, а наиболее низкие – у пациентов III группы.

Физический компонент здоровья у пациентов всех групп был оценен как пониженный, а психологический компонент здоровья – как умеренный.

Взаимосвязь типа отношения к болезни и качества жизни. Взаимосвязь между типом отношения к заболеванию и качеством жизни была установлена при помощи категориального факторного анализа. Была выбрана конечная размерность компонентов, равная 4, объясненная дисперсия, которых была больше 1,0 (табл. 4). Построенная модель объясняет 66,67% общей дисперсии, альфа Кронбаха – 0,97, что свидетельствует о том, что она хорошо описывает исходные данные.

Был использован категориальный метод главных компонент. Нормальность распределения исходных данных не требуется, уровень измерения анализируемых данных может быть любой, в том числе и дихотомический. На первом этапе проводилась оцифровка данных, затем строилась матрица корреляций «оцифрованных» переменных. Критерием отбора, позволяющим оценить качество проведенного анализа, являлся альфа Кронбаха (α) – коэффициент, показывающий внутреннюю согласованность характеристик. Оцифровка переменных в этом

алгоритме происходила таким образом, что собственные значения компонент, рассчитанные по матрице корреляций оптимизированных переменных, максимизировались.

Таблица 4

**Факторные нагрузки для модели
 категориального факторного анализа в исследовании**

Показатели качества жизни	Компоненты			
	1 Возраст	2 Пол	3 Тип отношения к заболеванию	4 Заболевание
Физический компонент здоровья	-0,14	0,92*	0,11	0,18
Физическое функционирование	0,23	0,81*	-0,23	-0,12
Роловое функционирование, обусловленное физическим состоянием	0,20	0,55	0,10	0,70
Интенсивность боли	0,42	0,51	0,26	0,17
Общее состояние здоровья	0,20	0,23	0,84*	0,18
Психический компонент здоровья	0,91*	-0,18	0,34	0,27
Жизненная активность	0,65	0,49	0,26	0,34
Социальное функционирование	0,39	0,33	0,50	0,82*
Роловое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	0,77*	0,15	-0,19	-0,10
Психическое здоровье	0,78*	0,35	0,14	0,21
Объясненная дисперсия	4,26	2,08	1,77	1,21
Доля объясненной дисперсии, %	30,46	14,87	12,66	8,68

Примечание: * – высокие факторные нагрузки.

Числа в таблице 4 следует понимать как корреляционные коэффициенты между переменными и факторами. Психический компонент здоровья, роловое функционирование обусловленное эмоциональным состоянием пациентов,

психическое здоровье всех групп были взаимосвязаны с возрастом респондентов (0,91 и 0,77); физический компонент здоровья и физическое функционирование с полом (0,92 и 0,81); общее состояние здоровья – с типом отношения к болезни (84%), социальное функционирование – с заболеванием (0,82).

Обсуждение результатов

В нашем исследовании мы постарались выяснить, как тип отношения к заболеванию взаимосвязан с качеством жизни госпитализированных пациентов, но перед этим провели диагностику типов отношения к болезни и определили качество жизни пациентов. Во всех группах у большинства пациентов отмечались дезадаптивные типы отношения к своему заболеванию. Преобладание у пациентов с ишемической болезнью сердца (I группа) ипохондрического и апатического типов согласуется с данными J.G. Lee и др., которые установили, что у пациентов с этим заболеванием повышены показатели по шкале ипохондрии, им свойственны такие черты, как впечатлительность, мнительность, пессимистичность, что приводит к формированию нейро-вегетативных нарушений [24].

Наши данные расходятся с данными других исследователей, которые у большинства (от 40 до 70%) госпитализированных пациентов с ишемической болезнью сердца наблюдали условно адаптивные типы отношения к болезни – гармоничный, эргопатический и анозогнозический. В исследование были включены в основном мужчины, а средняя длительность заболевания составила всего три года [16]. В нашем же исследовании средняя длительность заболевания у пациентов составляла 10 лет, и группы были представлены как мужчинами, так и женщинами.

Хроническая обструктивная болезнь легких негативно влияет на функцию мозга и способствует развитию когнитивных нарушений [27]. Пациенты с этим заболеванием отличаются существенными изменениями в структуре личности, для них характерны нервозность, беспокойство и раздражительность, эмоциональная лабильность, демонстративность, высокая чувствительность к воздействию среды, фиксация на отрицательных эмоциональных переживаниях, что способствует их социальной изоляции и дальнейшей дезадаптации [27]. Согласно наблюдениям психолога именно эти черты были присущи пациентам II группы (с хронической обструктивной болезнью легких) с неврастеническим, паранойяльным и дисфорическим типами отношения к болезни.

Согласно данным других исследований основными дезадаптивными чертами личности у пациентов с остеохондрозом являются беспокойство, ипохондрия, пассивность и демонстративность. Клинические признаки неспецифического психоэмоционального напряжения были обнаружены в 70% случаев [4; 6]. Эти данные подтверждены в проведенном исследовании: пациенты с тревожным и апатическим типами характеризуются беспокойством и мнительностью, пассивным подчинением процедурам и лечению.

Статистически значимых различий между большинством показателей качества жизни пациентов различных групп установлено не было. Показатели качества

жизни для пациентов с ишемической болезнью сердца (I группа), полученные нами, находятся на уровне нормированных значений для России: Физический компонент здоровья – $34,1 \pm 6,9$; Психологический компонент здоровья – $43,3 \pm 9,6$ [23]. Показатели качества жизни для госпитализированных пациентов с хронической обструктивной болезнью легких [12] и остеохондрозом [14] существенно не отличались от данных, полученных другими исследователями.

Нами установлено, что тип отношения к болезни взаимосвязан с общим состоянием здоровья (физический компонент качества жизни). Данный компонент качества жизни связан с субъективной оценкой пациента состояния его здоровья в настоящий момент, перспектив лечения и сопротивляемости болезни: чем выше показатель, тем лучше оценивает свое здоровье респондент. Средний показатель общего состояния здоровья был обнаружен во II (хроническая обструктивная болезнь легких) и III (остеохондроз) группах, а пониженный показатель – в I группе (ишемическая болезнь сердца). В немногочисленных исследованиях установлена взаимосвязь типа отношения к заболеванию и качества жизни: у пациентов с ишемической болезнью сердца [26], хронической обструктивной болезнью легких [27]. Выявленная нами взаимосвязь качества жизни пациентов с возрастом, полом и заболеванием, подтверждается данными других авторов установивших, что с возрастом у пациентов с хроническими заболеваниями значительно снижается качество жизни, а также имеются гендерные различия: показатели качества жизни у женщин ниже, чем у мужчин [9].

Как можно изменить отношение к болезни пациента и соответственно качество его жизни? По данным К.Л. Petrie и J. Weinman прямые психообразовательные вмешательства могут изменить негативные убеждения о болезни и привести к улучшению по ряду различных результатов в отношении здоровья [25]. Психообразование пациента может происходить как в ходе консультаций с клиническим психологом, так и в ходе взаимодействия с медицинскими сестрами, врачами и родственниками, что особенно важно в процессе госпитализации. Системная психологическая помощь пациенту, который находится на стационарном лечении, включает психологическое консультирование и психокоррекцию. Все компоненты психологической помощи взаимосвязаны между собой и каждый из них имеет свою специфику и содержательную направленность [11]. Психологическое консультирование у пациентов с соматическими заболеваниями должно быть направлено на диагностику степени дезадаптации; в зависимости от результатов должна проводиться психокоррекция, которая способствует формированию адекватного отношения к заболеванию и лечению [11].

Методы психокоррекции, которые используются при работе с пациентами в соматической клинике, должны учитывать тип отношения к болезни. Так, для пациентов с ипохондрическим и апатическим типами отношения к болезни эффективным методом психокоррекции является дыхательно-релаксационный тренинг [18]; для пациентов с неврастеническим и тревожным типами – аутогенные тренировки [7]; для пациентов с дисфорическим и параноидальным типами – когнитивно-поведенческая терапия [11].

Работа психолога с сотрудниками терапевтического стационара должна осуществляться в виде их информирования об особенностях взаимодействия с различными категориями пациентов, а также о способах разрешения конфликтных ситуаций [8].

Заключение

Полученные результаты свидетельствуют о том, что большинству пациентов кардиологического, пульмонологического, неврологического отделений (пациенты с ишемической болезнью сердца, с хронической обструктивной болезнью легки, с остеохондрозом) свойственны дезадаптивные (интра- и интерпсихические) и неустановленные типы отношения к заболеванию. Качество жизни госпитализированных пациентов с различными заболеваниями существенно не различалось, что, возможно, связано с нахождением в стационаре по поводу обострения хронического заболевания (однотипные условия для всех пациентов, новая обстановка, ограничение физической активности и т.д.) и с длительностью заболевания (стаж не менее 10 лет).

В исследовании было установлена взаимосвязь между типом отношения к болезни и только одним параметром качества жизни – общим состоянием здоровья (физический компонент качества жизни). Были также взаимосвязаны отдельные параметры качества жизни: физический компонент здоровья и физическое функционирование – с полом; социальное функционирование – с заболеванием; психический компонент здоровья, ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, психическое здоровье – с возрастом. Данные, полученные в текущем исследовании, нельзя считать надежными и окончательными, поскольку имели место существенные ограничения исследования. Во-первых, значительное число пациентов отказалось принять участие в исследовании, что не позволило сформировать репрезентативную выборку. Во-вторых, внутренний распорядок в стационаре и короткое время пребывания пациента в нем не позволили нам провести диагностические процедуры в первые дни пребывания пациентов в стационаре и сравнить данные при поступлении и выписке.

Участие большего количества респондентов и диагностика типа отношения к болезни и качества жизни с помощью системы методик (общих – Личностного опросника Бехтеревского института (ЛОБИ) и Краткого опросника ВОЗ для оценки качества жизни (WHOQOL-BREF) и специальных – Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) и Опросник для оценки качества жизни пациентов с ИБС (HeartQoI)) позволят получить более объективные данные и адекватно оценить взаимосвязь между данными параметрами, что важно для оценки эффективности лечения в условиях стационара.

Также перспективным направлением дальнейших исследований является изучение влияния различных методов психокоррекции на тип отношения к заболеванию и качество жизни госпитализированных пациентов с хроническими заболеваниями.

Литература

1. *Амирджанова В.Н., Горячев Д.В., Коршунов Н.И. и др.* Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования качества жизни «МИРАЖ») // Научно-практическая ревматология. 2008. № 1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/populyatsionnye-pokazateli-kachestva-zhizni-po-oprosniku-sf-36-rezultaty-mnogotsentrovogo-issledovaniya-kachestva-zhizni-mirazh> (дата обращения: 21.09.2020).
2. *Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. и др.* Психологическая диагностика отношения к болезни: Пособие для врачей. СПб.: изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. 32 с.
3. *Гржибовский А.М., Иванов С.В., Горбатова М.А.* Анализ номинальных и ранговых переменных данных с использованием программного обеспечения Statistica и SPSS // Наука и здравоохранение. 2016. № 6. С. 5–39.
4. *Зайцев В.П., Тюрина О.Г., Айвазян Т.А. и др.* Особенности восприятия боли и психологический статус больных остеохондрозом позвоночника с болевым синдромом // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. 2002. № 6. С. 30–33.
5. *Кобякова О.С., Куликов Е.С., Малых Р.Д.,* Стратегии профилактики хронических неинфекционных заболеваний: современный взгляд на проблему // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2019. Том. 18. № 4. С. 92–98. DOI: 10.15829/17288800201949298
6. *Кожевникова О.В., Закирова З.З.* Изучение отношения клиентов к болезни как условие реабилитации // Социальная работа в поликультурном обществе: Материалы Международной научно-практической конференции 30-31 мая 2011 г. / Под ред. О.В. Солодянкиной. Ижевск: Удмуртский университет, 2011. С. 183–188.
7. *Козачун В.Л.* Психологическая коррекция первичного значения в структуре внутренней картины болезни при соматическом заболевании (на примере бронхиальной астмы) // Ученые записки Крымского федерального университета имени В.И. Вернадского Социология. Педагогика. Психология. 2017. Том 3(69). № 2. С. 37–47.
8. *Куртанова Ю.Е.* Система психологической реабилитации пациентов с различными соматическими заболеваниями // Психологическая наука и образование. 2010. № 5. С. 286–292.
9. *Малыхин Ф.Т.* Качество жизни, обусловленное состоянием здоровья лиц пожилого и старческого возраста (обзор литературы) // Качественная клиническая практика. 2011. № 1. С. 11–18.
10. *Маль Г.С., Дудка М.В., Бушуева О.Ю. и др.* Изучение показателей качества жизни у больных ИБС с использованием опросника SF-36 // Качественная клиническая практика. 2016. № 2. С. 52–56.
11. *Мамайчук И.И.* Психологическая помощь детям и подросткам с соматическими заболеваниями // Педиатр. 2014. Том 5. № 1. С. 107–118. DOI: 10.17816/PED51107-118
12. *Моисеева М.В., Викторова И.А., Багишева Н.В. и др.* Качество жизни пациентов с хронической обструктивной болезнью легких, легочным туберкулезом и при

Заришняк Н.В., Кулбаисов А.М., Гаврилова Е.В.
Госпитализированные пациенты
терапевтического профиля – взаимосвязь
типа отношения к болезни и качества жизни
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 4. С. 36–56.

Zarishnyak N.V., Kulbaisov A.M., Gavrilova E.V.
Hospitalized Patients with a Therapeutic Profile:
The Relationship Between the Type of Attitude
Towards Illness and the Quality of Life
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 4, pp. 36–56.

сочетании двух нозологий // Лечащий врач. 2019. № 11. С. 60–63. DOI: 10.26295/OS.2019.60.14.014

13. *Мочалов К.С., Галимова С.Ш., Галимов К.Ш.* Внутренняя картина болезни у лиц с хронической обструктивной болезнью легких и бронхиальной астмой: Сравнительное исследование // Инновации в образовании и медицине. Материалы V Всесоюзной научно-практической конференции (г. Махачкала, 29 марта 2018 г.) / Под ред. С.Н. Маммаева и др. Махачкала: Дагестанский государственный медицинский университет, 2018. С. 222.

14. *Основина И.П., Алексеева Н.В., Нежкина Н.Н.* Динамика показателей качества жизни больных остеохондрозом поясничного отдела позвоночника в зависимости от длительности течения заболевания // Курортная медицина. 2018. № 2. С. 55–59.

15. *Прудников А.Р.* Качество жизни пациентов с различными формами ИБС (инфаркт миокарда, стабильная стенокардия напряжения) после стентирования коронарных артерий // Вестник ВГМУ. 2019. Том 18. № 5. С. 45–52. DOI: 10.22263/2312-4156.2019.5.45

16. *Солодухин А.В., Беззубова В.А., Кухарева И.Н. и др.* Взаимосвязь психологических характеристик внутренней картины болезни и копинг-поведения пациентов с ишемической болезнью сердца с параметрами их когнитивного статуса // Вестник РУДН. Серия: Психология и педагогика. 2017. Том 14. № 2. С. 178–189. DOI: 10.22363/2313-1683-2017-14-2-178-189

17. *Холмогорова А.Б., Суботич М.И., Рахманина А.А. и др.* Испытываемый уровень стресса и тревоги у пациентов многопрофильного медицинского центра // Журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь». 2019. Том 8. № 4. С. 384–390. DOI: 10.23934/2223-9022-2019-8-4-384-390

18. *Языкова Т.А., Айвазян Т.А., Зайцев В.П.* Влияние дыхательно-релаксационного тренинга на психологические резервы пациентов с хроническими соматическими заболеваниями // Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК. 2011. № 5. С. 17–21.

19. *Яковлева М.В., Лубинская Е.И., Демченко Е.А.* Внутренняя картина болезни как фактор приверженности лечению после операции коронарного шунтирования // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». 2015. Том 8. № 2. С. 55–70.

20. *Adrián-Arrieta L., Casas-Fernández de Tejerina J.M.* Self-perception of disease in patients with chronic diseases // Semergen. 2018. Vol. 44. № 5. P. 335–341. DOI: 10.1016/j.semerg.2017.10.001

21. *Bunevicius A.* Reliability and validity of the SF-36 Health Survey Questionnaire in patients with brain tumors: a cross-sectional study // Health and Quality of Life Outcomes. 2017. Vol. 15. № 1. P. 92–98. DOI: 10.1186/s12955-017-0665-1

22. *Dantas I., Santana R., Sarmiento J. et al.* The impact of multiple chronic diseases on hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions // BMC Health Services Research. 2016. Vol. 16. № 1. P. 348–356. DOI: 10.1186/s12913-016-1584-2

23. Huber A., Oldridge N., Höfer S. International SF-36 reference values in patients with ischemic heart disease // *Quality of Life Research*. 2016. Vol. 25. № 11. P. 2787–2798. DOI: 10.1007/s11136-016-1316-4
24. Lee J.G., Choi J.H., Kim S.Y. et al. Psychiatric characteristics of the cardiac outpatients with chest pain // *Korean Circulation Journal*. 2016. Vol. 46. № 3. P. 169–178. DOI: 10.4070/kcj.2016.46.2.169
25. Petrie K.J., Weinman J. Patients' perceptions of their illness: the dynamo of volition in health care // *Current Directions in Psychological Science*. 2012. Vol. 1. № 1. P. 60–65. DOI: 10.1177/0963721411429456
26. Sawyer A.T., Harris S.L., Koenig H.G. Illness perception and high readmission health outcomes // *Health psychology open*. 2019. Vol. 6. № 1. URL: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2055102919844504> (дата обращения: 21.09.2020).
27. Tiemensma J., Gaab E., Voorhaar M. et al. Illness perceptions and coping determine quality of life in COPD patients // *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2016. № 11. P. 2001–2007. DOI: 10.2147/COPD.S109227.

References

1. Amirdzhanova V.N., Goryachev D.V., Korshunov N.I. et al. Populyacionny`e pokazateli kachestva zhiznipo oprosniku SF-36 (rezul'taty` mnogocentrovogo issledovaniya kachestva zhizni «MIRAZh») [SF-36 questionnaire population Quality of Life Indices]. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya=Rheumatology Science & Practice*, 2008, no. 1, URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/populyatsionnye-pokazateli-kachestva-zhizni-po-oprosniku-sf-36-rezultaty-mnogotsentrovogo-issledovaniya-kachestva-zhizni-mirazh> (data obrashheniya: 17.12.2020) (Accessed: 21.09.2020) (In Russ.; abstr. in Engl.).
2. Vasserman L.I., Iovlev B.V., Karpova E.B. et al. Psikhologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni: Posobie dlya vrachej [Psychological diagnostics of attitude to disease: A guide for doctor]. Saint-Petesburg: publ. of NIPNI im. V.M. Bekhtereva, 2005. 32 p. (In Russ.).
3. Grzhibovskij A.M., Ivanov S.V., Gorbatova M.A. Analiz nominal'ny`kh i rangovy`kh peremenny`kh danny`kh s ispol'zovaniem programmnoho obespecheniya Statistica i SPSS [Analysis of nominal data (independent observations)]. *Nauka i zdravookhranenie=Science & Healthcare*, 2016, no. 6, pp. 5–39. (In Russ.; abstr. in Engl.).
4. Zajczev V.P., Tyurina O.G., Ajvazyan T.A. et al. Osobennosti vospriyatiya boli i psikhologicheskij status bol'ny`kh osteokhondrozom pozvonochnika s bolevy`m sindromom [Peculiarities of pain perception and psychological status of patients with osteochondrosis of the spine with pain syndrome]. *Voprosy` kurortologii, fizioterapii i lechebnoj fizkul'tury=Problems of Balneology, Physiotherapy, and Exercise Therapy*, 2002, no. 6, pp. 30–33. (In Russ.; abstr. in Engl.)
5. Kobyakova O.S., Kulikov E.S., Maly`kh R.D. Strategii profilaktiki khronicheskikh neinfekcionny`kh zabolevanij: sovremenny`j vzglyad na problem [Strategies for the

prevention of chronic noncommunicable diseases: a modern look at the problem]. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika=Cardiovascular Therapy and Prevention*, 2019, vol. 18, no. 4, pp. 92–98. DOI: 10.15829/1728-8800-2019-4-92-98 (In Russ.; abstr. in Engl.)

6. Kozhevnikova O.V., Zakirova Z.Z. Izuchenie otnosheniya klientov k bolezni kak uslovie reabilitaczii [Studying client attitudes towards illness as a condition for rehabilitation]. In O.V. Solodyankinaya (ed.), *Soczial'naya rabota v polikul'turnom obshhestve: Materialy` Mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferenczii=Social Work in a Multicultural Society: Materials of the International Scientific and Practical Conference*. Izhevsk: Udmurt University, 2011, pp. 183–188. (In Russ.).

7. Kozachun V.L. Psikhologicheskaya korrekcziya pervichnogo oznacheniya v strukture vnutrennej kartiny` bolezni pri somaticheskom zabolevanii (na primere bronkhial`noj astmy`) [Psychological correction of the primary signification in the structure of mental image of illness of somatic disease (on the example of bronchial asthma)]. *Ucheny`e zapiski Kry`mskogo federal'nogo universiteta imeni V.I. Vernadskogo Socziologiya. Pedagogika. Psikhologiya=Scientific Notes of V.I. Vernadsky Crimean Federal University. Sociology. Pedagogogy. Psychology*, 2017, vol. 3(69), no. 2. pp. 37–47 (In Russ.; abstr. in Engl.).

8. Kurtanova Yu.E. Sistema psikhologicheskoy reabilitaczii paczientov s razlichny`mi somaticheskimi zabolevanijami [The system of psychological rehabilitation of patients with various somatic diseases]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie=Psychological Science and Education*, 2010, no. 5, pp. 286–292. (In Russ.; abstr. in Engl.).

9. Maly`khin F.T. Kachestvo zhizni, obuslovlennoe sostoyaniem zdorov`ya licz pozhilogo i starcheskogo vozrasta (obzor literatury`) [Quality of life due to the state of health of elderly and senile persons (review of literature)]. *Kachestvennaya klinicheskaya praktika=High-Quality Clinical Practice*, 2011, no. 1, pp. 11–18. (In Russ.; abstr. in Engl.).

10. Mal` G.S., Dudka M.V., Bushueva O.Yu. i dr. Izuchenie pokazatelej kachestva zhizni u bol`ny`kh IBS s ispol`zovaniem oprosnika SF-36 [The study of quality of life in patients with coronary artery disease using the SF-36 questionnaire]. *Kachestvennaya klinicheskaya praktika=High-Quality Clinical Practice*, 2016, no. 2, pp. 52–56. (In Russ.; abstr. in Engl.).

11. Mamajchuk I.I. Psikhologicheskaya pomoshh` detyam i podrostkam s somaticheskimi zabolevanijami [Psychological help for children and adolescents with somatic diseases]. *Pediatr=Pediatrician (St. Petersburg)*, 2014, vol. 5, no. 1, pp. 107–118. DOI: 10.17816/PED51107-118 (In Russ.).

12. Moiseeva M.V., Viktorova I.A., Bagisheva N.V. et al. Kachestvo zhizni paczientov s khronicheskoy obstruktivnoj bolezny`yu legkikh, legochny`m tuberkulezom i pri sochetanii dvukh nozologij [Quality of life for patients with chronic obstructive pulmonary disease, pulmonary tuberculosis and with a combination of two nosologies]. *Lechashhij vrach=Attending Doctor*, 2019, no. 11, pp. 60–63. DOI: 10.26295/OS.2019.60.14.014 (In Russ.; abstr. in Engl.).

13. Mochalov K.S., Galimova S.Sh., Galimov K.Sh. Vnutrennyaya kartina bolezni u licz s khronicheskoy obstruktivnoj bolezny`yu legkikh i bronkhial`noj astmoj: Sravnitel`noe

issledovanie [Internal picture of the disease in persons with chronic obstructive pulmonary disease and bronchial asthma: a comparative study]. In S.N. Mammaev et al. (eds.), *Innovaczii v obrazovanii i mediczine. Materialy` V Vsesoyuznoj nauchno-prakticheskoj konferenczii=Innovations in education and medicine. Materials of the V All-Union Scientific and Practical Conference*. Makhachkala: publ. of Dagestan State Medical University, 2018, p. 222. (In Russ.).

14. Osnovina I.P., Alekseeva N.V., Nezhkina N.N. Dinamika pokazatelej kachestva zhizni bol`ny`kh osteokhondrozom poyasnichnogo otdela pozvonochnika v zavisimosti ot dlitel`nosti techeniya zabolevaniya [Dynamics of indicators of life quality of patients with osteochondrosis of lumbar spine depending on duration of the course of the disease]. *Kurortnaya mediczina=Resort Medicine*, 2018, no. 2, pp. 55–59. (In Russ.; abstr. in Engl.).

15. Prudnikov A.R. Kachestvo zhizni paczientov s razlichny`mi formami IBS (infarkt miokarda, stabil`naya stenokardiya napryazheniya) posle stentirovaniya koronarny`kh arterij [Life quality of patients with various forms of coronary heart disease (myocardial infarction, effort angina pectoris) after coronary artery stenting]. *Vestnik VGMU=Vitebsk State Medical University Bulletin*, 2019, vol. 18, no. 5, pp. 45–52. DOI: 10.22263/2312-4156.2019.5.45 (In Russ.; abstr. in Engl.).

16. Solodukhin A.V., Bezzubova V.A., Kukhareva I.N. et al. Vzaimosvyaz` psikhologicheskikh kharakteristik vnutrennej kartiny bolezni i koping-povedeniya paczientov s ishemicheskoj boleznyu serdca s parametrami ikh kognitivnogo status [The relationship between psychological characteristics of the attitude to the disease, coping behavior of patients with ischemic heart disease, and their cognitive status]. *Vestnik RUDN. Seriya: Psikhologiya i pedagogika=RUDN Journal of Phychology and Pedagogics*, 2017, vol. 14, no. 2, pp. 178–189. DOI: 10.22363/2313-1683-2017-14-2-178-189 (In Russ.; abstr. in Engl.).

17. Holmogorova A.B., Subotich M.I., Rakhmanina A.A. et al. Ispytyvaemyj uroven' stressa i trevogi u paczientov mnogoprofil'nogo medicinskogo centra [The Experienced Level of Stress and Anxiety in Patients of a Multidisciplinary Medical Center]. *Zhurnal im. N.V. Sklifosovskogo «Neotlozhnaya medicinskaya pomoshch'»=Russian Sklifosovsky Journal "Emergency Medical Care"*, 2019, vol. 8, no. 4, pp. 384–390. DOI: 10.23934/2223-9022-2019-8-4-384-390 (In Russ.; abstr. in Engl.).

18. Yazykova T.A., Ajvazyan T.A., Zajcev V.P. Vliyanie dykhatel'no-relaksacionnogo treninga na psikhologicheskie rezervy paczientov s khronicheskimi somaticheskimi zabolevanijami [The influence of breathing and relaxation training on the psychological reserves of patients with chronic somatic diseases]. *Voprosy kurortologii, fizioterapii i LFK=Problems of Balneology, Physiotherapy, and Exercise Therapy*, 2011, no. 5, pp. 17–21. (In Russ.; abstr. in Engl.).

19. Yakovleva M.V., Lubinskaya E.I., Demchenko E.A. Vnutrennyaya kartina bolezni kak faktor priverzhennosti lecheniyu posle operacii koronarnogo shuntirovaniya [Internal picture of the disease as a factor of adherence to treatment after coronary bypass surgery].

Заришняк Н.В., Кулбаисов А.М., Гаврилова Е.В.
Госпитализированные пациенты
терапевтического профиля – взаимосвязь
типа отношения к болезни и качества жизни
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 4. С. 36–56.

Zarishnyak N.V., Kulbaisov A.M., Gavrilova E.V.
Hospitalized Patients with a Therapeutic Profile:
The Relationship Between the Type of Attitude
Towards Illness and the Quality of Life
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 4, pp. 36–56.

Vestnik YUURGU. Seriya "Psikhologiya"=Bulletin of the South Ural State University. Series "Psychology", 2015, vol. 8, no. 2, pp. 55–70. (In Russ.; abstr. in Engl.).

20. Adrián-Arrieta L., Casas-Fernández de Tejerina J.M. Self-perception of disease in patients with chronic diseases. *Semergen*, 2018, vol. 44, np. 5 pp. 335–341. DOI: 10.1016/j.semerg.2017.10.001
21. Bunevicius A. Reliability and validity of the SF-36 Health Survey Questionnaire in patients with brain tumors: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2017, vol. 15, no. 1, pp. 92–98. DOI: 10.1186/s12955-017-0665-1
22. Dantas I., Santana R., Sarmiento J. et al. The impact of multiple chronic diseases on hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. *BMC Health Services Research*, 2016, vol. 16, no. 1, pp. 348–356. DOI: 10.1186/s12913-016-1584-2
23. Huber A., Oldridge N., Höfer S. International SF-36 reference values in patients with ischemic heart disease. *Quality of Life Research*, 2016, vol. 25, no. 11, pp. 2787–2798. DOI: 10.1007/s11136-016-1316-4
24. Lee J.G., Choi J.H., Kim S.Y. et al. Psychiatric characteristics of the cardiac outpatients with chest pain. *Korean Circulation Journal*, 2016, vol. 46, no. 3, pp. 169–178. DOI: 10.4070/kcj.2016.46.2.169
25. Petrie K.J., Weinman J. Patients' perceptions of their illness: the dynamo of volition in health care. *Current Directions in Psychological Science*, 2012, vol. 1, no. 1, pp. 60–65. DOI: 10.1177/0963721411429456
26. Sawyer A.T., Harris S.L., Koenig H.G. Illness perception and high readmission health outcomes. *Health Psychology Open*, 2019, vol. 6, no. 1. URL: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2055102919844504> (Accessed: 21.09.2020).
27. Tiemensma J., Gaab E., Voorhaar M. et al. Illness perceptions and coping determine quality of life in COPD patients. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 2016, vol. 11, no. 7, pp. 2001–2007. DOI: 10.2147/COPD.S109227.

Информация об авторах

Заришняк Наталья Владимировна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры сестринского дела, ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Оренбург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2742-3161>, e-mail: wengerenko@mail.ru

Кулбаисов Амыржан Магажанович, кандидат медицинских наук, заведующий пульмонологическим отделением, ГАУЗ «Оренбургская областная клиническая больница № 2», г. Оренбург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9676-7713>, e-mail: kul60@yandex.ru

Гаврилова Екатерина Владиславовна, ассистент кафедры сестринского дела, ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Оренбург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9580-9045>, e-mail: ekaterina2474@mail.ru

Заришняк Н.В., Кулбаисов А.М., Гаврилова Е.В.
Госпитализированные пациенты
терапевтического профиля – взаимосвязь
типа отношения к болезни и качества жизни
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 4. С. 36–56.

Zarishnyak N.V., Kulbaisov A.M., Gavrilova E.V.
Hospitalized Patients with a Therapeutic Profile:
The Relationship Between the Type of Attitude
Towards Illness and the Quality of Life
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 4, pp. 36–56.

Information about the authors

Natalya V. Zarishnyak, PhD (Medicine), Assistant of the Department of Nursing, Orenburg State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation, Orenburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2742-3161>, e-mail: wengerenko@mail.ru

Amyrzhhan M. Kulbaisov, PhD (Medicine), Head of the Pulmonology Department of the State Health Institution “Orenburg Regional Clinical Hospital № 2”, Orenburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9676-7713>, e-mail: kul60@yandex.ru

Ekaterina V. Gavrilova, Assistant of the Nursing Department, Orenburg State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation, Orenburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9580-9045>, e-mail: ekaterina2474@mail.ru

Получена: 16.04.2020

Received: 16.04.2020

Принята в печать: 09.11.2020

Accepted: 09.11.2020