



Коргожа М.А., Новикова Т.О., Евмененко А.О. ✉, Тайц А.Н.
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет,
Санкт-Петербург, Россия

Особенности психологической готовности к хирургическому лечению и субъективная оценка стационарной медицинской помощи пациенток с гинекологической патологией

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: концепция, дизайн исследования, обработка данных, написание текста – Коргожа М.А., Новикова Т.О.; сбор материала – Евмененко А.О., Тайц А.Н.

Подана: 30.03.2023

Принята: 05.06.2023

Контакты: alesyaevmenenko545@gmail.com

Резюме

Цель. Выявление особенностей психологической готовности к хирургическому лечению пациенток с различной гинекологической патологией и субъективная оценка ими качества полученной стационарной медицинской помощи.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 45 женщин в возрасте от 30 до 50 лет с различной гинекологической патологией, которые впоследствии были разделены на две группы сравнения в зависимости от наличия опыта хирургического лечения. Исследование проходило в два этапа: до и после хирургического лечения. На первом этапе были использованы следующие психодиагностические методы: авторская анкета (Новикова Т.О., Коргожа М.А., Евмененко А.О.), опросник качества жизни «SF-36 Health Status Survey» (J.E. Ware, M. Kosinski, S.D. Keller, в адаптации А.А. Новик, Т.И. Ионової), тест DASS-21 (в адаптации В.В. Руженковой и соавт.). На втором этапе: авторская анкета удовлетворенности стационарной медицинской помощью и взаимодействием с лечащим врачом (Тайц А.Н., Новикова Т.О., Коргожа М.А., Евмененко А.О.), анкета «Оценка субъективной значимости для пациентов компонентов системы «врач – пациент» (Новикова Т.О., Маликова Т.В.). Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью пакета прикладных программ Statistica 12.0. Для анализа данных использовались методы описательной статистики, непараметрический U-критерий Манна – Уитни (U), T-критерий Вилкоксона (W), критерий Фридмана (F), r-критерий Спирмена для корреляционного анализа, линейный регрессионный анализ (метод пошагового исключения).

Результаты. 1. В предоперационный период для пациенток с гинекологической патологией характерны наличие легкой степени выраженности тревоги, отсутствие симптомов депрессии и легкая степень выраженности стресса. 2. Для пациенток, не имеющих опыта хирургического лечения, предиктором выраженности предоперационных страхов выступает интенсивность болевых ощущений в состоянии покоя в предоперационный период. 3. Вне зависимости от наличия опыта хирургического

лечения для пациенток характерны высокие ожидания от предстоящего хирургического лечения, большинство респондентов ожидают полного выздоровления после хирургического лечения. 4. Наличие опыта хирургического лечения у пациенток не снижает и не повышает уровень опасений перед предстоящим лечением. 5. Для пациенток характерны высокие значения показателей удовлетворенности стационарной медицинской помощью. 6. В процессе выстраивания коммуникации в системе «врач – пациент» пациентки с гинекологической патологией ориентированы в большой степени на информирование, уважение к их личности со стороны врача и вместе с тем им не свойственно выражать доверие во взаимодействии с врачом.

Заключение. Выявленные особенности психологической готовности к хирургическому лечению у пациенток с гинекологической патологией с учетом наличия у них опыта хирургического лечения могут использоваться в клинической практике для подготовки пациенток к хирургическому вмешательству. Также результаты анализа субъективной оценки пациенток качества стационарной медицинской помощи могут способствовать совершенствованию системы медико-психологической помощи пациентам.

Ключевые слова: психологические особенности, гинекологическая патология, хирургическое лечение, качество стационарной помощи, система «врач – пациент»

Maria A. Korgozha, Tatiana O. Novikova, Alesya O. Evmenenko ✉, Anna N. Taits
St. Petersburg State Pediatric Medical University, St. Petersburg, Russia

Psychological Readiness for Surgical Treatment and Subjective Assessment of Medical Care for Patients with Gynecological Pathology

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: concept, study design, data processing, text writing – Maria A. Korgozha, Tatiana O. Novikova; collection of material – Alesya O. Evmenenko, Anna N. Taits

Submitted: 30.03.2023

Accepted: 05.06.2023

Contacts: alesyaevmenenko545@gmail.com

Abstract

Purpose. Identification of psychological readiness features for surgical treatment of patients with various gynecological pathologies and their subjective assessment of inpatient medical care quality.

Materials and methods. Forty-five women aged between 30 and 50 years old with various gynecological pathologies participated in the research and were divided into two comparison groups, depending on the presence of experience in surgical treatment. The study had two stages: before and after surgical treatment. In the first stage, the following psychodiagnostic methods were used: author's questionnaire (Novikova T.O., Korgozha M.A., Evmenenko A.O.), quality of life questionnaire "SF-36 Status Health Survey" (J.E. Ware, M. Kosinski, D. Keller, in the adaptation of A.A. Novik, T.I. Ionova), DASS-21 test (in the adaptation of V.V. Ruzhenkova).

In the second stage: the author's questionnaire of inpatient medical care satisfaction and interaction with the therapist (Taitis A.N., Novikova T.O., Korgozha M.A., Evmenenko A.O.), questionnaire "Assessment of patients' subjective significance of components of the system "doctor-patient" (Novikova T.O., Malikova T.V.).

The statistical data analysis was conducted using the application package "Statistica 12.0". The data were analyzed using descriptive statistics methods, the Mann-Whitney (U) non-parametric U-criterion, the Wilcoxon T-criterion (W), the Friedman criterion (F), the Spirman r-criterion for correlation analysis, linear regression analysis (step-by-step exclusion method).

Results. 1. In the preoperative period, patients with gynecological pathology are characterized by mild anxiety, lack of depression symptoms, and mild stress. 2. For patients without surgical treatment experience, the predictor of the severity of preoperative fear is the intensity of pain sensations at rest during the preoperative period. 3. Regardless of surgical experience, patients have high expectations of the surgical treatment to come, most respondents expect a full recovery after surgery. 4. The experience of surgical treatment in patients does not reduce or increase the level of fear before treatment. 5. Patients have high levels of satisfaction with hospital care. 6. During communication building in the system of "doctor-patient", patients with gynecological pathology are more focused on informing and the doctor's respect of their personality, and they do not trust in interpersonal communication with the doctor.

Conclusion. The identified features of psychological readiness for surgery in patients with gynecological pathology, considering their experience of surgical treatment, can be used in clinical practice to prepare patients for surgery. Also, the analysis of the patient's subjective assessment of the inpatient medical care quality can help improve the system of medical and psychological assistance for patients.

Keywords: psychological features, gynecological pathology, surgical treatment, quality of inpatient care, system "doctor-patient"

■ ВВЕДЕНИЕ

Хирургическое лечение – это значимое событие в жизни человека, сильный внешний стрессор, который вызывает целый спектр физиологических и психологических реакций, направленных на защиту и адаптацию [21]. Большое влияние на исход операции и постоперационное восстановление оказывает предоперационное психологическое состояние пациента и его психологическая готовность к хирургическому вмешательству. Психологическое состояние в предоперационный период в целом рассматривается как индикатор благополучия [21] и качества жизни [22].

Для женщин хирургическое лечение гинекологических заболеваний переживается более чувствительно, чем иные хирургические вмешательства [2]. Это связано с тем, что гинекологические заболевания связаны с «изменениями женской и социальной роли, позиции по отношению ко всем жизненным ситуациям» [9, с. 89]. Ассоциированность заболеваний с интимной сферой делает женщину более уязвимой, усиливая переживания вины, стыда, тревоги, чувства неполноценности [9]. Так, например, исследования [1, 2] объективно доказывают выраженность тревожных переживаний у женщин в ситуациях инвазивного радиологического лечения

гинекологических заболеваний в сравнении с другими инвазивными радиологическими манипуляциями. Кроме того, гинекологические заболевания связаны с возможностью реализации репродуктивного выбора женщинами фертильного возраста. Хирургическое лечение ставит под вопрос, а в ряде случаев делает невозможным рождение ребенка. Эта ситуация может очень травматично переживаться женщиной, даже если до этого рождение детей не рассматривалось ею [4]. Исследователи отмечают, что даже после выхода из фертильного возраста лишение органов репродуктивной системы воспринимается женщинами как «кастрация» [4, с. 64] и утрата женственности.

Важным показателем психологической готовности пациентов к лечению в целом и хирургическому в частности является субъективная оценка качества жизни, связанного со здоровьем. В медицинской практике качество жизни понимается как многокомпонентный концепт, который основан на субъективном восприятии параметров физического и психического благополучия, а также социального функционирования. Как правило, оценка качества жизни гинекологическими пациентками проводится после хирургического лечения, и данный параметр рассматривается как критерий эффективности лечения [8]. Однако представляется, что оценку качества жизни необходимо изучать и в предоперационный период, для понимания того, насколько болезнь в актуальном состоянии оказывает влияние на специфику жизнедеятельности и субъективного благополучия пациента.

Исследователи [21] отмечают, что состояние пациента в постоперационный период, в том числе субъективное переживание и совладание с болью, во многом определяется уровнем предоперационного эмоционального стресса. В качестве характеристик, свидетельствующих о предоперационном эмоциональном стрессе, выступают выраженность тревоги [17], страха операции [18] и предоперационной боли [10, 18].

Даже в ситуации плановой госпитализации и осознанного отношения пациента к предстоящему хирургическому лечению предоперационные тревога и страхи выступают зачастую ведущими факторами эмоционального состояния пациента [6]. Выраженность и специфика предоперационных страхов и опасений зависит от целого ряда факторов. Страхи могут быть детерминированы индивидуально-личностными особенностями пациентов, типом отношения к предстоящей операции [20] и непосредственно ситуациями, которые вызывают установку страха [6]. При этом формализованные алгоритмы оценки предоперационного страха практически не представлены в литературе. Настоящее исследование основывается на модели, предложенной разработчиками опросника для оценки хирургического страха (The Surgical Fear Questionnaire, SFQ) [19]. В этой модели предоперационный страх связывается с переживаниями как относительно непосредственных последствий операции, так и долгосрочных [19]. У предлагаемого опросника есть ограничения [6], и для эксплицитной оценки выраженности предоперационных страхов необходима спецификация предлагаемого инструментария в зависимости от нозологических и психологических особенностей пациентов.

Важным фактором, обуславливающим как психологическую готовность к хирургическому лечению, так и субъективные переживания пациента в постоперационный период, является удовлетворенность качеством оказания медицинской помощи. В настоящее время оценка качества оказания медицинской помощи в

условиях стационара осуществляется на основании критериев, утвержденных приказом Минздрава России [15]. Однако данные критерии не учитывают перспективу ожиданий пациента. Вместе с тем под качеством оказания медицинской помощи должны пониматься не только профессионализм работников стационара и материально-техническое оснащение медицинской организации, но и «менеджмент взаимоотношений» [6, с. 687], т. е. формирование у пациента ощущения, что он является активным субъектом и «партнером» медицинского работника в процессе принятия решений относительно лечения и профилактики заболеваний [5]. Система «врач – пациент» может включать различные компоненты [7, 14, 16]. От их выраженности и взаимосогласованности зависит комплаенс в системе «врач – пациент», который, в свою очередь, во многом определяет и положительную динамику восстановления пациента в постоперационный период.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявление особенностей психологической готовности к хирургическому лечению пациенток с различной гинекологической патологией и субъективная оценка ими качества оказания стационарной медицинской помощи.

■ ГИПОТЕЗА

Исследовательская гипотеза заключалась в том, что особенности психологической готовности и субъективная оценка стационарной медицинской помощи различаются у пациенток с гинекологической патологией в зависимости от наличия опыта хирургического лечения данной патологии в анамнезе и субъективного переживания болевых ощущений в предоперационный период.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Организация и дизайн исследования. Эмпирическое исследование проводилось в гинекологическом отделении Перинатального центра ФГБОУ ВО «СПбГПМУ Минздрава России» в период с февраля по июль 2022 года. Исследовательский проект был одобрен локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО «СПбГПМУ Минздрава России» (протокол заседания комитета № 09/03 от 11 февраля 2022 года).

Эмпирическое исследование осуществлялось в два этапа. Первый этап проводился в течение суток до проведения планового хирургического лечения. Второй этап исследования осуществлялся на 2–3-и сутки после хирургического лечения.

Критериями исключения из исследования являлись: возраст пациентки старше 50 лет, плохое самочувствие пациентки и наличие нарушений психического здоровья.

Выборка респондентов была разделена на две группы сравнения с учетом наличия опыта хирургического лечения гинекологической патологии в анамнезе: первая группа – респонденты, имеющие данный опыт ($n=22$, 48,9%), вторая группа – респонденты без опыта ($n=23$, 51,1%).

Выборка. В исследовании приняли добровольное участие 45 женщин в возрасте от 30 до 50 лет (средний возраст составил $38,53 \pm 6,9$ года) с различной гинекологической патологией: симптомная миома матки (33,4% респондентов), наружный генитальный эндометриоз 2-й и 3-й степени тяжести (26,7%), полип эндометрия

(17,8%), стрессовое недержание мочи (8,8%), киста яичника (8,8%) и киста влагалища (4,5). Во всех случаях хирургическое лечение осуществлялось в плановом порядке. 40% респондентов отметили, что необходимость хирургического лечения была выявлена при плановом посещении (осмотре) гинеколога. В других случаях причиной первичного обращения 33,3% респондентов являлось наличие болевого синдрома и физического дискомфорта. Также 17,8% респондентов обратились за помощью к врачу в связи с нарушением менструального цикла и 8,9% респондентов – в связи с бесплодием.

На момент участия в исследовании 53,3% женщин замужем, 24,4% состоят в незарегистрированных отношениях с партнером, 4,4% замужем, но не поддерживают отношений с мужем, 6,7% разведены и 11,2% не состоят в партнерских отношениях. Более 80% имеют высшее образование и трудоустроены.

В анамнезе 37,8% женщин в выборке не было беременности, 17,8% женщин имели одну беременность, 17,8% женщин имели две беременности, 11,1% имели три беременности, 15,5% имели четыре беременности и более (до семи). У 22% респондентов в анамнезе имеется искусственное прерывание беременности, в том числе медикаментозное и хирургическое. У 48,9% женщин были роды в анамнезе, из них 36,3% женщин имели одни роды, 50% женщин имели двое родов и 13,7% женщин имели трое родов. На момент участия в исследовании младший ребенок респондентов является ребенком раннего возраста (до трех лет) у 4,3% женщин, дошкольником у 17,4% женщин, школьником у 43,5% женщин и совершеннолетним у 34,8% женщин. Ни один из респондентов не имел особого социального статуса: наличие инвалидности, нахождение в социально опасном положении, наличие статуса одинокой матери.

Помимо гинекологической патологии 56% респондентов имели различные хронические заболевания, из которых наиболее распространенными были заболевания органов ЖКТ, органов дыхания и урологические заболевания. Всего 82,2% респондентов имели опыт хирургического лечения в анамнезе, из них 59,5% женщин получали данное лечение в связи с гинекологической патологией. Среди данных респондентов в течение последних 5 лет хирургическое лечение получали 40,9% женщин. В первой группе сравнения средний уровень оценки предыдущего опыта хирургического лечения составил $8,29 \pm 2,3$ балла ($M_o = 10$ баллов, $fM_o = 17$, 45,9% от респондентов с опытом хирургического лечения) по 10-балльной шкале, что является высоким положительным результатом оценки предыдущего опыта.

Сравнительный анализ клинико-анамнестических и социально-демографических данных не выявил значимых различий между группами ($p > 0,05$).

Методы. На первом этапе респондентам было предложено ответить на вопросы первого блока психодиагностических методов: авторская анкета (Новикова Т.О., Коргожа М.А., Евмененко А.О.), опросник качества жизни «SF-36 Health Status Survey» (J.E. Ware, M. Kosinski, S.D. Keller, в адаптации А.А. Новик, Т.И. Ионовой), тест DASS-21 (в адаптации В.В. Руженковой и соавт.). Авторская анкета содержала вопросы, касающиеся социально-демографических характеристик, клинического и акушерско-гинекологического анамнеза, а также опыта хирургического лечения и ожиданий от предстоящего лечения. Кроме того, в анкете содержались два вопроса, касающиеся актуальных болевых ощущений респондента: интенсивность испытываемой боли в покое и при движении.

На втором этапе исследования респондентам было предложено ответить на вопросы второго блока психодиагностических методов: авторская анкета удовлетворенности стационарной медицинской помощью и взаимодействием с лечащим врачом (Тайц А.Н., Новикова Т.О., Коргожа М.А., Евмененко А.О.), анкета «Оценка субъективной значимости для пациентов компонентов системы «врач – пациент» (Новикова Т.О., Маликова Т.В.). Также предлагалось повторно указать интенсивность боли в покое и при движении в послеоперационном периоде.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью пакета прикладных программ Statistica 12.0. Для анализа данных использовались методы описательной статистики, непараметрический U-критерий Манна – Уитни (U), T-критерий Вилкоксона (W), критерий Фридмана (F), а также r-критерий Спирмена для корреляционного анализа.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Особенности психологической готовности к хирургическому лечению. Исходя из теоретической рамки исследования, для изучения особенностей психологической готовности пациенток к хирургическому лечению важной задачей является определение особенностей психологического состояния и функционирования. Сравнительный анализ уровней тревоги, депрессии и стресса среди респондентов, имеющих опыт хирургического лечения гинекологической патологии и не имеющих данного опыта, не выявил значимых различий ($p > 0,05$). Средний уровень тревоги респондентов всей выборки составил $3,91 \pm 3,83$ балла (Ме 3 балла), что приближено к нижней границе диапазона, указывающего на наличие легкой степени выраженности тревоги. Средний уровень депрессии у женщин составил $3,73 \pm 5,11$ балла (Ме 2 балла), что свидетельствует об отсутствии симптомов депрессии у респондентов. Легкая степень выраженности стресса была выявлена у респондентов и в среднем составила $8,14 \pm 4,9$ балла (Ме 7 баллов). Выявленные данные соответствуют средненормативным значениям и указывают на то, что в период подготовки к гинекологической операции пациентки находятся в удовлетворительном психологическом состоянии.

При анализе особенностей физического, эмоционального и социального функционирования как компонентов качества жизни было выявлено, что данные выборки исследования в среднем соответствуют нормативным значениям качества жизни женщин, проживающих в Санкт-Петербурге [13]. Средний уровень показателя физического функционирования в выборке составил $85,36 \pm 21,3$ балла (Ме 95 баллов), а показателя психического здоровья – $58,6 \pm 27,6$ балла (Ме 56 баллов). Средний уровень показателя общего здоровья составил $68,91 \pm 20,1$ балла (Ме 71 балл). Полученные данные указывают на средненормативный уровень качества жизни респондентов. Сравнительный анализ показателей физического, эмоционального и социального функционирования как компонентов качества жизни среди респондентов, имеющих опыт хирургического лечения гинекологической патологии и не имеющих данного опыта, не выявил значимых различий ($p > 0,05$). В связи с полученными результатами, а также незначительным временным интервалом между этапами исследования было принято решение не рассматривать показатели КЖ в послеоперационном периоде, а проанализировать их на более позднем этапе восстановления после лечения (например, через месяц после операции).

Относительно высокими оказались ожидания пациенток от предстоящего хирургического лечения. Большинство респондентов в обеих группах (1: 63,6%, $n=14$; 2: 73,9%, $n=17$) надеются на полное выздоровление после хирургического лечения. Относительно ожиданий возможных осложнений в результате лечения по средним значениям между двумя группами нет различий ($p>0,05$). Однако, если в группе женщин, имевших опыт хирургического лечения, треть респондентов указывают на отсутствие ожиданий осложнений (31,8% $n=7$; $Mo=0$) и только 2 человека в максимально высокой степени предполагают, что хирургическое лечение будет иметь негативные последствия, то в группе не имевших опыта хирургического лечения существует несколько модальных значений по данному параметру ($Mo=0$, $Mo=8$, $Mo=10$). Можно предположить, что в ситуации отсутствия опыта хирургического лечения респонденты в формулировании ожиданий ориентированы на собственные пессимистические или оптимистические установки, а не опираются на реальный опыт.

В обеих группах женщины рассчитывали на постоянный и тесный контакт с лечащим врачом (1: $M(SD)=8,64\pm 2,5$, $Mo=10$; 2: $M(SD)=8,7\pm 1,65$, $Mo=10$) в период нахождения на стационарном лечении. В период подготовки к хирургическому лечению в среднем пациенты высоко оценивали комфорт своего пребывания по 10-балльной шкале (1: $M(SD)=9\pm 2,02$, $Mo=10$; 2: $M(SD)=8,82\pm 1,22$, $Mo=10$). Женщины в обеих группах рассчитывали, что после хирургического лечения будут пребывать в стационаре около 5 дней, при этом комфортным периодом нахождения в больнице для них является трехдневный период.

Параметр, по которому были выявлены статистически значимые различия между двумя группами, – оценка срока восстановления после хирургического лечения ($U=144,0$, $z=-2,138$, $p=0,032$). Разброс в ожиданиях колебался от 2 до 60 дней. При этом женщины, имеющие опыт хирургического лечения гинекологической патологии, ожидали более длительного восстановления после предстоящего лечения ($M(SD)=19,77\pm 13,29$, $Mo=30$), в отличие от респонденток второй группы ($M(SD)=13,29\pm 14,0$, $Mo=3$).

Анализ выраженности и специфики предоперационных страхов осуществлялся в рамках модели, предложенной в исследовании Theunissen M. et al. [19]. Согласно авторам, в структуре предоперационных опасений можно выделить краткосрочные непосредственные страхи (страх самой операции, страх анестезии, страх боли и страх побочных эффектов после операции) и страх долгосрочных последствий (страх ухудшения здоровья, страх неудачно проведенной операции, страх невозможности полного восстановления здоровья, страх длительной реабилитации последствий операции) [6, 19]. В обеих группах статистически значимо выражены опасения относительно краткосрочных непосредственных последствий операции ($W1\ z=-3,213$, $p=0,001$; $W2\ z=-3,985$, $p=0,000$). При этом в структуре компонентов непосредственных страхов ни одно из опасений не оказывается ведущим ($p>0,05$). Можно предположить, что для пациенток актуальная ситуация, связанная с близким сроком хирургического вмешательства, оказывается эмоционально более значимой, чем построение ожиданий относительно дальнейшего качества жизни и физического благополучия.

Интересным результатом является то, что в сравнительном анализе не было выявлено значимых различий в выраженности тех или иных опасений предстоящего

хирургического лечения у респондентов в зависимости от наличия опыта хирургического лечения. Опыт подобного хирургического вмешательства не снижал и не повышал уровень опасений у респондентов перед предстоящим лечением.

При корреляционном анализе таких параметров предоперационного эмоционального стресса, как тревога, депрессия, стресс, боль, выраженность предоперационных страхов, обнаружено, что существуют различия в структуре взаимосвязей изучаемых показателей в зависимости от наличия у респондентов опыта хирургического лечения гинекологического заболевания. Так, выраженность непосредственных предоперационных краткосрочных опасений у женщин, имеющих опыт хирургического лечения гинекологических заболеваний, оказывается независимым параметром относительно связи с показателями тревоги, депрессии, стресса и наличия болевых ощущений в покое и при движении в предоперационный период. У женщин, не имеющих опыта хирургического лечения, непосредственные страхи перед операцией связаны с остальными показателями предоперационного эмоционального стресса (табл. 1). При этом на основе линейного регрессионного анализа, проведенного методом пошагового исключения, можно заключить, что предиктором выраженности предоперационных страхов в этой группе респондентов выступает интенсивность болевых ощущений в состоянии покоя в предоперационный период (страх краткосрочных последствий – 0,625, боль в покое (до) +4,674, $R^2=0,363$).

В наименьшей степени респондентов беспокоили опасения неудачной гинекологической операции. Примечательным является то, что минимальное беспокойство проявляли женщины, которые имеют совершеннолетних детей (0,39, $p<0,05$). Косвенно полученные результаты подтверждают данные исследований о том, что хирургическое гинекологическое лечение связано не только с изменением физического функционирования женщины, но и ее субъективными переживаниями о возможности реализации себя в роли матери и женщины [9].

В постоперационном периоде респондентов в наибольшей степени беспокоило наличие болевого синдрома. При этом выраженность боли как в покое, так и при движении была статистически выше для всей выборки ($W_{\text{боль_покой}} z=-4,065$, $p=0,000$; $W_{\text{боль_движ}} z=-4,669$, $p=0,000$). Эти результаты оказались вполне ожидаемыми, поскольку второй этап исследования проводился на 2–3-и сутки после хирургического лечения, когда наличие симптомов боли является в целом нормативным показателем. Если качественно охарактеризовать болевые ощущения, то для всех женщин вне зависимости от предыдущего опыта хирургического лечения в постоперационный

Таблица 1

Корреляционные взаимосвязи опасений последствий операций в группе женщин, не имеющих опыта хирургического лечения (r, p)

Table 1

Correlation of the surgical fears and preoperational stress parameters in group of women without surgical experience (r, p)

Показатель	Тревога	Стресс	Предоперационная боль в покое	Предоперационная боль в движении	Опасения долгосрочных последствий операции
Опасения краткосрочных последствий операции	$r=0,433$ $p=0,039$	$r=0,308$ $p=0,153$	$r=0,602$ $p=0,002$	$r=0,456$ $p=0,029$	$r=0,719$, $p=0,000$



период статистически выраженной оказывалась боль при движении ($W z = -3,786$, $p = 0,000$). При этом выраженность болевых ощущений при движении в постоперационном периоде была тем выше, чем сильнее респонденты ощущали боль перед операцией (боль в покое $r = 0,417$, $p = 0,048$; боль при движении $r = 0,505$, $p = 0,014$), чем выше на первом этапе исследования оценивали ограничение повседневной активности, вызванное болью ($r = 0,429$, $p = 0,003$). Кроме того, показатель постоперационной боли при движении взаимосвязан с низкой оценкой респондентами общего состояния здоровья и перспектив лечения ($r = 0,311$, $p = 0,038$).

Субъективная оценка стационарной медицинской помощи пациентами.

Респондентам было предложено оценить удовлетворенность оказанием стационарной медицинской помощи по 10-балльной шкале (табл. 2), ориентируясь на критерии качества оказания стационарной помощи [12, 15].

По подавляющему большинству показателей удовлетворенности стационарной медицинской помощью в обеих группах сравнения были выявлены высокие значения. Наиболее низкие оценки были даны пациентками по показателю удовлетворенности качеством питания в стационаре. Несмотря на то, что данные оценки в среднем входят в диапазон высоких значений, указанный параметр может быть рассмотрен в качестве возможного вектора повышения качества стационарной медицинской помощи. Значимых различий по показателям удовлетворенности стационарной помощью у женщин, имеющих опыт хирургического лечения гинекологической патологии, и у женщин, не имеющих данного опыта, выявлено не было ($p > 0,05$).

Для анализа оценки субъективной значимости для пациенток компонентов системы «врач – пациент» использовались два критерия:

- 1) субъективные предпочтения – то, каким образом пациенткам хотелось бы, чтобы складывались взаимоотношения с лечащим врачом;
- 2) иррациональные установки – выраженность жестких когнитивно-эмоциональных связей, имеющих характер неосознаваемых глобальных оценок, предписаний.

Таблица 2

Средние показатели степени субъективной удовлетворенности пациентов полученной стационарной медицинской помощью

Table 2

Average indicators of subjective satisfaction with medical care among respondents

Показатели удовлетворенности	Среднее значение показателя, ст. откл. ($M \pm SD$)	
	Первая группа сравнения	Вторая группа сравнения
Качество питания в стационаре	7,59 $\pm$ 2,8 балла	7,83 $\pm$ 1,9 балла
Обеспеченность стационара всеми необходимыми лекарственными средствами	9,36 $\pm$ 1,9 балла	9,35 $\pm$ 0,98 балла
Обсуждение с лечащим врачом схемы и сроков лечения	9,41 $\pm$ 1,1 балла	8,74 $\pm$ 2,5 балла
Обходы лечащим врачом во время пребывания в стационаре	9,36 $\pm$ 1,4 балла	9,17 $\pm$ 1,4 балла
Доброжелательность и внимание персонала	9,45 $\pm$ 1,2 балла	9,43 $\pm$ 1,4 балла
Уровень оснащённости учреждения лечебно-диагностическим оборудованием	9,82 $\pm$ 0,6 балла	9,74 $\pm$ 0,6 балла
Уровень материально-бытовой оснащённости учреждения	9,55 $\pm$ 1,1 балла	8,96 $\pm$ 1,7 балла

С этих позиций изучались 5 компонентов: имидж врача (габитарные характеристики имиджа и особенности профессионального статуса); информирование пациента (количественные и качественные характеристики); внимание и забота со стороны врача; уважение пациента; доверие к врачу. Средние показатели субъективной значимости для пациенток компонентов системы «врач – пациент» в группах сравнения представлены в табл. 3.

Значимых различий по показателям субъективной значимости для респондентов компонентов системы «врач – пациент» у женщин, имеющих опыт хирургического лечения гинекологической патологии, и у женщин, не имеющих данного опыта, выявлено не было ($p > 0,05$). Для всех респонденток выборки характерны схожие профили выраженности компонентов системы «врач – пациент» как на уровне иррациональных установок, так и на уровне субъективных предпочтений. В выстраивании коммуникации в системе «врач – пациент» респонденты ориентированы в большей степени на информирование, уважение к их личности со стороны врача, и вместе с тем им не свойственно выражать доверие во взаимодействии с врачом ($F_{\text{иррац_установ}} \chi^2=131,153, df=4, p=0,000$; $F_{\text{субъект_предпочт}} \chi^2=129,805, df=4, p=0,000$). Таким образом, пациенткам важна как общая информация о специфике заболевания, особенностях его лечения и вероятностных прогнозах, так и осведомленность относительно их собственного плана лечения (какие исследования, лечебные мероприятия будут проводиться, кто их будет осуществлять). В партнерской коммуникативной модели взаимодействия «врач – пациент» информирование подразумевает также и то, что пациент знает, кто его лечащий врач и насколько скоординированной представляется ему деятельность сотрудников медицинского учреждения.

Ожидание пациентками уважения их личности со стороны врача может быть проинтерпретировано как желание, чтобы врач учитывал их индивидуально-личностные

Таблица 3
Средние показатели субъективной значимости для пациентов компонентов системы «врач – пациент» у респондентов
Table 3
Average indicators of subjective significance for patients of components of the "doctor-patient" system

Показатели	Среднее значение показателя, ст. откл.	
	Первая группа сравнения	Вторая группа сравнения
Имидж врача		
– субъективные предпочтения	56,06±14,9 балла	56,67±12,2 балла
– иррациональные установки	41,97±10,7 балла	42,32±6,4 балла
Информирование пациента		
– субъективные предпочтения	80,91±19,1 балла	78,55±22,9 балла
– иррациональные установки	90,61±15,9 балла	85,22±24,3 балла
Внимание и забота		
– субъективные предпочтения	65,0±11,8 балла	64,35±12,1 балла
– иррациональные установки	58,86±16,1 балла	62,83±17,5 балла
Уважение		
– субъективные предпочтения	78,64±10,1 балла	75,65±20,3 балла
– иррациональные установки	72,14±17,3 балла	70,0±19,3 балла
Доверие		
– субъективные предпочтения	29,82±10,0 балла	33,39±5,9 балла
– иррациональные установки	41,82±9,6 балла	42,96±11,9 балла

особенности и принимал в расчет их мнение в процессе принятия решений, касающихся лечения и дальнейших перспектив жизни в связи с имеющимся заболеванием.

Низкая выраженность компонента «доверие» как на уровне иррациональных установок, так и субъективных предпочтений согласуется с исследованиями Лядовой и др. [11]. В них подчеркивается, что для российского общества в целом характерен низкий уровень системного и институционального доверия к медицине и учреждениям здравоохранения. Можно предположить, что врач становится персонализированным объектом системной неудовлетворенности. В этом случае комплаенс в системе «врач – пациент» может быть достигнут, если на уровне межличностного взаимодействия врачу удастся доказать пациенту свою надежность.

■ ВЫВОДЫ

1. Психологическая готовность пациенток к хирургическому лечению характеризуется незначительной выраженностью характеристик предоперационного стресса: легкая степень выраженности тревоги, отсутствие симптомов депрессии и легкая степень выраженности стресса. При этом наличие опыта хирургического лечения не снижает и не повышает уровень опасений пациенток перед предстоящим лечением.
2. Для пациенток, не имеющих опыта хирургического лечения, предиктором выраженности предоперационных страхов выступает интенсивность болевых ощущений в состоянии покоя в предоперационный период.
3. Вне зависимости от наличия опыта хирургического лечения для пациенток характерны высокие ожидания от предстоящего хирургического лечения, большинство пациенток ожидают полное выздоровление после хирургического лечения.
4. Субъективно пациентки обеих групп высоко оценивают оказанную стационарную медицинскую помощь. Для пациенток вне зависимости от наличия в прошлом опыта хирургического лечения в период нахождения в стационаре значимо информирование о ходе лечения и планируемых медицинских вмешательствах, уважение к их личности со стороны врача. Вместе с тем для пациенток характерно отсутствие доверия во взаимодействии с врачом.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Aksoy F., Özdemir A., Genç Y. (2000) Invasiveness of radiological procedures: state-trait anxiety in women undergoing 3 different investigations and 3-month follow-up. *Turkish Journal of Medical Science*, vol. 30, no 6, pp. 595–599.
2. Carr E., Brockbank K., Allen S. (2006) Patterns and frequency of anxiety in women undergoing gynaecological surgery. *J Clin Nurs*, vol. 15, no 3, pp. 341–52. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01285.x. PMID: 16466484.
3. Chipidza F.E., Wallwork R.S., Stern T.A. (2015) Impact of the Doctor-Patient Relationship. *Prim Care Companion CNS Disord*, vol. 17, no 5. doi: 10.4088/PCC.15f01840. PMID: 26835164; PMCID: PMC4732308.
4. Chulkova V., Pestereva E., Semiglazova T. (2018) Assessment of the psychological status of patients with gynecological cancer in the process of psychological rehabilitation. *The Scientific Notes of IPP-SPSMU*, vol. 25, no 1, pp. 62–67. doi: 10.24884/1607-4181-2018-25-1-62-67 (in Russian)
5. Davidov A., Artemeva G., Khominets V. (2020) The evaluation of patient satisfaction as an indicator of patientbound approach in the organization of obstetric-gynecologic assistance. *Science of the young (Eruditio Juvenium)*, vol. 8, no 1, pp. 38–44. doi: 10.23888/HMJ20208138-44. (in Russian)
6. Fedonnikov A., Katkova A., Andrianova E. (2018) Medical and organizational aspects of managing preoperative fears of patients (analytical review). *Saratov Journal of Medical Science*, vol. 14, no 4, pp. 686–690. (in Russian)
7. Heinz A., Tessier J.P. (2017) Image of doctors in Europe: comparison of countries. *Gesundheitswesen*, vol. 80, no 4, pp. 368–373. doi: 10.1055/s-0043-119087
8. Kiyok M., Dolgov G. (2022) The assessment of the quality of life of gynecological patients. *Siberian Scientific Medical Journal*, vol. 42, no 1, pp. 30–40. doi: 10.18699/SSMJ20220103. (in Russian)
9. Kocharian A., Makarenko A., Din S. (2015) Psychological features of women with gynecological pathology. *Prospects of science and education*, no 5 (17), pp. 88–92. (in Russian)

10. Liu S.S., Buvanendran A., Rathmell J.P. (2012) Predictors for moderate to severe acute postoperative pain after total hip and knee replacement. *Int Orthop*, vol. 36, no 11, pp. 2261–2267. doi: 10.1007/s00264-012-1623-5
11. Lyadova A., Voskanyan E., Lyadova M. (2016) Trust as a factor of effective functioning of the healthcare system. *Sociology*, no 1, pp. 66–71. (in Russian)
12. *National Standard of the Russian Federation. Quality management systems. Fundamentals and vocabulary*. 2015, pp. 3–6. Available at: https://edu.tltsu.ru/sites/sites_content/site117/html/media67357/GOST%20R%20ISO%209000-2015.pdf (in Russian)
13. Novik A., Ionova T. *Guidelines for the study of quality of life in medicine*. St. Petersburg: Neva Publishing House, 2002. (in Russian)
14. Ong L.M., de Haes J.C., Hoos A.M. (1995) Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med*, vol. 40, no 7, pp. 903–918. doi: 10.1016/0277-9536(94)00155-m. PMID: 7792630.
15. *Order of the Ministry of Health of the Russian Federation "On approval of criteria for assessing the quality of medical care" dated 10.05.2017 No. 203n (registered with the Ministry of Justice of the Russian Federation on 17.05.2017 No. 46740)*. Available at: <https://www.ano-npc.ru/upload/iblock/prikaz-minzdrava-rossii-ot-10-05-2017-n203n.pdf> (in Russian)
16. Ridd M., Shaw A., Lewis G. (2009) The patient-doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. *Br J Gen Pract*, vol. 59, no 561, pp. 116–133. doi: 10.3399/bjgp09X420248
17. Robleda G., Sillero-Sillero A., Puig T. (2014) Influence of preoperative emotional state on postoperative pain following orthopedic and trauma surgery. *Rev Lat Am Enfermagem*, vol. 22, no 5, pp. 785–791. doi: 10.1590/0104-1169.0118.2481
18. Sommer M., de Rijke J.M., van Kleef M. (2010) Predictors of acute postoperative pain after elective surgery. *Clin J Pain*, vol. 26, no 2, pp. 87–94. doi: 10.1097/AJP.0b013e3181b43d68
19. Theunissen M., Peters M.L., Schouten E.G. (2014) Validation of the surgical fear questionnaire in adult patients waiting for elective surgery. *PLoS One*, vol. 9, no 6, e100225. doi: 10.1371/journal.pone.0100225
20. Vinogradova M. (1972) *Types of mental reactions in preoperative (stressful) situation and individual directed premedication* (PhD Thesis), Moscow, 21 p. (in Russian)
21. Wolmeister A.S., Schiavo C.L., Nazário K.C.K. (2020) The Brief Measure of Emotional Preoperative Stress (B-MEPS) as a new predictive tool for postoperative pain: A prospective observational cohort study. *PLoS One*, vol. 15, no 1, e0227441. doi: 10.1371/journal.pone.0227441
22. Wu S., Wang X., Liu H. (2022) Efficacy of cognitive behavioral therapy after the surgical treatment of women with endometriosis: A preliminary case-control study. *Medicine (Baltimore)*, vol. 101, no 51, e32433. doi: 10.1097/MD.00000000000032433