



Стратегии совладающего поведения и качество жизни женщин с различными соматическими расстройствами

М.Ю. Кузьмин ✉, А.Ю. Марьянян, Л.В. Сутурина

ФГБНУ «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека»; Россия, г. Иркутск

РЕЗЮМЕ

Цель исследования: выявление копингов, характерных для лиц с различными соматическими патологиями с различным качеством жизни. **Дизайн:** ретроспективное, случай–контроль.

Материалы и методы. Обследованы 749 женщин (249 не указали наличие соматических патологий, 500 — указали их в анамнезе и как актуальные, 353 — с актуально переживаемыми патологиями; возраст $41,9 \pm 11,48$ года) согласно «Опроснику способов совладающего поведения», «Методике определения индивидуальных копинг-стратегий», тесту жизнестойкости С. Мадди, SF-12.

Результаты. Для женщин с более высоким качеством жизни характерны продуктивные копинги, для женщин с низким качеством жизни — непродуктивные. Обнаружились специфические копинги, отличающие женщин с различными заболеваниями от здоровых женщин. Женщины, как указавшие в анамнезе различные заболевания, так и переживающие их в настоящий момент, демонстрируют большую выраженность непродуктивных копингов (смирение, диссимуляция, растерянность, дистанцирование). Можно выделить копинги для отдельных заболеваний.

Заключение. Полученные результаты сопоставлены с представленными в литературе. Они могут быть использованы для коррекции копингов, ухудшающих самочувствие и отрицательно связанных с качеством жизни пациента.

Ключевые слова: стратегии совладающего поведения, женщины, качество жизни, соматические патологии.

Для цитирования: Кузьмин М.Ю., Марьянян А.Ю., Сутурина Л.В. Стратегии совладающего поведения и качество жизни женщин с различными соматическими расстройствами. Доктор.Ру. 2023;22(1):76–85. DOI: 10.31550/1727-2378-2023-22-1-76-85



Coping Strategies and Quality of Life of Women with Various Somatic Disorders

M.Yu. Kuzmin ✉, A.Yu. Marianian, L.V. Suturina

Scientific Center for Family Health and Human Reproduction; 61, Timiryazeva Str., Irkutsk, Russian Federation 664003

ABSTRACT

Aim: Identification of coping strategies specific to individuals with various somatic pathologies and different quality of life.

Design: Retrospective, case-control.

Materials and Methods: 749 women were examined (249 did not indicate the presence of somatic pathologies, 500 indicated them in their medical history and as current, 353 had currently experienced pathologies; mean age 41.9 ± 11.48 years) using the "Ways of Coping Questionnaire", "Method of Determining Individual Coping Strategies", S. Maddi's Hardiness test, SF-12.

Results. Productive coping strategies were found to be characteristic of women with higher quality of life, while unproductive coping strategies were found to be characteristic of women with lower quality of life. Specific coping strategies were discovered that differentiate women with various diseases from healthy women. Women who reported different illnesses in their medical history or were currently experiencing them showed greater severity of unproductive coping strategies (resignation, dissimulation, confusion, distancing). Coping strategies specific to various diseases were identified.

Conclusion. The obtained results were compared with those presented in the literature. They can be used to correct coping strategies that worsen well-being and are negatively associated with patient quality of life.

Keywords: coping strategies, women, quality of life, somatic pathologies.

For citation: Kuzmin M.Yu., Marianian A.Yu., Suturina L.V. Coping strategies and quality of life of women with various somatic disorders. Doctor.Ru. 2023;22(1):76–85. (in Russian). DOI: 10.31550/1727-2378-2023-22-1-76-85

ВВЕДЕНИЕ

Проблема особенностей копинг-стратегий и реакции на стресс у пациентов с различными соматическими расстройствами активно изучается в современной науке [1–12]. Существует консенсус, что продуктивные копинг-стратегии оказываются более эффективными для совладания с болезнью и сохранения качества жизни (КЖ) [1–4]. Однако не всегда такие стратегии распространены среди пациентов. Кроме того, указывается на различия в копингах, используемых для совладания при различных патологиях [2, 11, 13, 14]. Таким образом, специфические для соматических патологий стратегии

не всегда оказываются наиболее продуктивными и требуют коррекции [15].

Целью данного исследования стало выявление копинг-стратегий, характерных для лиц с различными соматическими патологиями при различном КЖ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проведено на основании базы данных, полученных в ходе реализации проекта «Эпидемиологическое исследование СПКЯ и его фенотипов в Восточной Сибири (ESPEP study)» с использованием системы REDcap [16].

✉ Кузьмин Михаил Юрьевич / Kuzmin, M.Yu. — E-mail: mirroy@mail.ru

Из базы были выбраны данные 749 женщин ($41,9 \pm 11,48$ года), указавших как перенесенные, так и актуальные соматические патологии. Женщины могли указать одно или несколько заболеваний из следующего перечня: неврологические (травмы спины/позвоночника, рассеянный склероз, болезнь Паркинсона, инсульт, эпилепсия), кардиологические (высокое артериальное давление, инфаркт, сердечные шумы, аритмия, пролапс митрального клапана, заболевания периферических сосудов), эндокринные (диабет, тиреоидит, остеопороз, высокий уровень холестерина, использование стероидов), респираторные (астма, хронический кашель, бронхит, эмфизема), гастроэнтерологические (язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки, синдром раздраженного кишечника, запор, дивертикулит, язвенный колит, болезнь Крона), нарушения свертывающей системы крови (тромбозы в анамнезе, тромбоцитарные проблемы, переливание крови), мочеполовые и репродуктивные (периодические мочевые инфекции, мочекаменная болезнь, репродуктивные проблемы, менопаузальные симптомы), онкология (рак молочной железы, рак легких, рак яичника,

рак щитовидной железы, рак матки, рак шейки матки, рак толстой кишки), мышечно-скелетные (переломы костей) и патологии других систем.

Все пациентки подписали информированное согласие на проведение исследования. Проведение исследования одобрено локальным этическим комитетом Научного центра проблем здоровья семьи и репродукции человека, протокол № 2.1 от 24.02.2016.

Использовали методики «Опросник способов совладающего поведения» [17], «Методику определения индивидуальных копинг-стратегий» Э. Хайма [17]; Тест жизнестойкости С. Мадди [18] и опросник КЖ SF-12 [19].

Статистическую обработку данных проводили при помощи U-критерия Манна — Уитни (приводятся данные критерия и скорректированные z-значения, если группа больше 60 испытуемых). Все расчеты проводили в статистическом пакете SPSS 23.0 («IBM»).

РЕЗУЛЬТАТЫ

В исследовании приняли участие религиозные женщины преимущественно европеоидного этноса с высшим образованием, находящиеся замужем (табл. 1). Различий в социодемографических особенностях между женщинами с патологиями и без них не обнаружено, исключая то, что женщины с патологиями более религиозны.

При этом женщины с различными патологиями (табл. 2) в социодемографическом аспекте различались (табл. 3). Так, среди женщин с кардиологическими патологиями и заболеваниями крови сравнительно выше доля лиц с высшим образованием ($z = 2,51$, $p = 0,009$ и $z = 2,58$, $p = 0,01$ соответственно); среди женщин с дыхательными патологиями выше доля лиц, относящихся к монголоидному этносу или со смешанным происхождением ($z = 2,11$, $p = 0,035$).

На первом этапе мы проанализировали различия, существующие в выраженности копинг-стратегий у женщин с патологиями и без них. Оказалось, что различия незначительны и приходятся на такие копинг-стратегии, как «смирение» методики Э. Хайма [17] (у женщин с патологиями оно

Таблица 1 / Table 1

Социодемографические особенности выборки Social and demographic features of the sample group

Переменные		Вся выборка (n = 749)
Этническая принадлежность, n (%)	Возраст, M $\pm$ SD	41,9 (11,48)
	европеоидная	417 (55,67%)
	монголоидная	239 (31,9%)
	смешанная	88 (11,74%)
Образование, n (%)	не указали	5 (0,67%)
	послевузовское	50 (6,68%)
	высшее	353 (47,13%)
	неполное высшее	46 (6,14%)
	среднее профессиональное	228 (30,44%)
	начальное профессиональное	5 (0,67%)
	среднее (полное) общее	44 (5,87%)
	основное общее	12 (1,60%)
	начальное общее	2 (0,26%)
	не имеют начального образования	2 (0,26%)
	не умеет читать	0 (0%)
	неизвестно	7 (0,93%)
Семейный статус, n (%)	другое	0 (0%)
	не замужем	119 (15,89%)
	замужем	458 (61,15%)
	гражданский брак	62 (8,28%)
	раздельное проживание	3 (0,4%)
	в разводе	49 (6,54%)
	вдова	50 (6,68%)
Религиозность, n (%)	нет ответа	8 (1,07%)
	предпочитаю не отвечать	133 (17,76%)
	не религиозен	153 (20,43%)
	религиозен	458 (61,15%)
нет ответа		5 (0,67%)

Таблица 2 / Table 2

Соматические патологии у женщин из выборки, n (%) Somatic disorders in women from the sample group, n (%)

Патологии	Перенесенные в анамнезе (n = 500)	Актуальные (n = 353)
Неврологические	60 (8,01%)	32 (9,07%)
Кардиологические	242 (32,31%)	186 (52,69%)
Эндокринные	117 (15,62%)	85 (24,08%)
Дыхательные	123 (16,42%)	56 (15,86%)
Желудочно-кишечные	195 (26,03%)	105 (29,75%)
Нарушения свертывания крови	58 (7,74%)	29 (8,22%)
Мочеполовые/ репродуктивные	163 (21,76%)	91 (25,78%)
Онкологические	13 (1,74%)	5 (1,42%)
Мышечно-скелетные	97 (12,95%)	19 (5,38%)
Другие	14 (1,87%)	7 (1,98%)

Социодемографические особенности женщин с различными патологиями
Social and demographic features of women with various pathologies

Переменные		Неврологические (n = 60)	Кардиологи- ческие (n = 242)	Эндокринные (n = 117)	Дыхательные (n = 123)	Желудочно- кишечные (n = 195)	Нарушения свертывания крови (n = 58)	Мочеполовые/ репродуктивные (n = 163)	Онкологические (n = 13)	Мышечно- скелетные (n = 97)	Другие (n = 14)
Возраст, М ± SD		43,13 ± 11,63	49,25 ± 9,84	48,91 ± 11,04	45,94 ± 11,67	44,11 ± 11,51	51,31 ± 9,36	43,03 ± 10,74	51,15 ± 10,35	47,14 ± 12,09	36,92 ± 10,98
Этническая принадлежность, n (%)	европеоидная	27 (45%)	143 (59,09%)	65 (55,56%)	57 (46,34%)	97 (49,74%)	30 (51,72%)	94 (57,67)	7 (53,85%)	49 (50,52%)	9 (64,29%)
	монголоидная	27 (45%)	78 (32,23%)	42 (35,90%)	50 (40,65%)	72 (36,92%)	20 (34,48%)	55 (33,74)	5 (38,46%)	35 (36,08%)	2 (14,29%)
	смешанная	6 (10%)	19 (7,85%)	10 (8,55%)	16 (13,01%)	24 (12,31%)	8 (13,79%)	13 (7,98%)	1 (7,69%)	12 (12,37%)	3 (21,43%)
	не указали	0 (0%)	2 (0,83%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (1,03%)	0 (0%)	1 (0,61%)	0 (0%)	1 (1,03%)	0 (0%)
Образование, n (%)	послевузовское	10 (16,67%)	11 (4,55%)	8 (6,84%)	10 (8,13%)	16 (8,21%)	2 (3,45%)	21 (12,88%)	0 (0%)	7 (7,22%)	2 (14,29%)
	высшее	21 (35%)	102 (42,15%)	52 (44,44%)	55 (44,72%)	84 (43,08%)	18 (31,03%)	65 (39,88%)	6 (46,15%)	50 (51,55%)	5 (35,71%)
	неполное высшее	8 (13,33%)	13 (5,37%)	5 (4,27%)	8 (6,5%)	14 (7,18%)	4 (6,9%)	7 (4,29%)	1 (7,69%)	9 (9,28%)	1 (7,14%)
	среднее профессиональное	10 (16,67%)	90 (37,19%)	44 (37,61%)	36 (29,27%)	58 (29,74%)	28 (48,28%)	54 (33,13%)	5 (38,46%)	26 (26,8%)	5 (35,71%)
	начальное профессиональное	9 (15%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,81%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,61%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	среднее (полное) общее	2 (3,33%)	15 (6,2%)	6 (5,13%)	12 (9,76%)	14 (7,18%)	5 (8,62%)	10 (6,13%)	1 (7,69%)	3 (3,09%)	1 (7,14%)
	основное общее	0 (0%)	7 (2,89%)	1 (0,85%)	0 (0%)	4 (2,05%)	1 (1,72%)	3 (1,84%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	начальное общее	0 (0%)	1 (0,41%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (1,03%)	0 (0%)	1 (0,61%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	не имеют начального образования	0 (0%)	1 (0,41%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (1,03%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	не умеет читать	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	неизвестно	0 (0%)	2 (0,83%)	1 (0,85%)	1 (0,81%)	1 (0,51%)	0 (0%)	1 (0,61%)	0 (0%)	1 (1,03%)	0 (0%)
	другое	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Семейный статус, n (%)	не замужем	9 (15%)	31 (12,81%)	19 (16,24%)	24 (19,51%)	24 (12,31%)	8 (13,79%)	20 (12,27%)	1 (7,69%)	19 (19,59%)	3 (21,43%)
	замужем	35 (58,33%)	145 (59,92%)	69 (58,97%)	70 (56,91%)	134 (68,72%)	38 (65,52%)	111 (68,1%)	7 (53,85%)	50 (51,55%)	10 (71,43%)
	гражданский брак	5 (8,33%)	16 (6,61%)	10 (8,55%)	8 (6,5%)	14 (7,18%)	5 (8,62%)	13 (7,98%)	2 (15,38%)	11 (1,34%)	1 (7,14%)
	раздельное проживание	0 (0%)	1 (0,41%)	1 (0,85%)	0 (0%)	1 (0,51%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	в разводе	4 (6,67%)	18 (7,44%)	4 (3,42%)	6 (4,88%)	7 (3,59%)	2 (3,45%)	9 (5,52%)	1 (7,69%)	7 (7,22%)	0 (0%)
	вдова	6 (10%)	29 (11,98%)	12 (10,26%)	14 (11,38%)	13 (6,67%)	5 (8,62%)	10 (6,13%)	2 (15,38%)	10 (10,31%)	0 (0%)
	нет ответа	1 (1,67%)	2 (0,83%)	2 (1,71%)	1 (0,81%)	2 (1,03%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Религиозность, n (%)	предпочитаю не отвечать	11 (18,33%)	29 (11,98%)	12 (10,26%)	19 (15,45%)	27 (13,85%)	5 (8,62%)	24 (14,72%)	4 (30,77%)	14 (14,43%)	2 (14,29%)
	не религиозен	12 (20%)	52 (21,49%)	27 (23,08%)	28 (22,76%)	41 (21,03%)	12 (20,69%)	27 (16,56%)	0 (0%)	18 (18,56%)	2 (14,29%)
	религиозен	37 (61,67%)	159 (65,7%)	78 (66,67%)	76 (61,79%)	125 (64,1%)	41 (70,69%)	111 (68,1%)	9 (69,23%)	65 (67,01%)	10 (71,43%)
	нет ответа	0 (0%)	2 (0,83%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (1,03%)	0 (0%)	1 (0,61%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

выражено сильнее; $z = 3,57$, $p = 0,001$) и «контроль» методики С. Мадди [18] (у женщин с патологиями оно выражено сильнее; $z = 2,39$, $p = 0,017$).

На втором этапе мы проанализировали различия, существующие в зависимости от КЖ. Из всех опрошенных женщин 163 (21,76%) испытуемых набрали по данной методике менее 50% процентов (низкое КЖ), 586 (78,24%) человек — более 50% (высокое КЖ). В целом женщины с более низким КЖ чаще использовали неадаптивные копинг-стратегии ($z = 4,51$, $p = 0,01$), в частности — «бегство/избегание» ($z = 3,86$, $p = 0,01$), «эмоциональная разрядка» ($z = 5,2$, $p = 0,01$), «отступление» ($z = 4,3$, $p = 0,01$). У таких женщин были меньше развиты компоненты жизнестойкости ($z = 5,36$, $p = 0,01$). Наоборот, женщины с более высоким КЖ чаще использовали продуктивную стратегию «оптимизм» ($z = 2,9$, $p = 0,01$).

На третьем этапе мы проанализировали копинг-стратегии, специфичные для женщин с определенными соматическими патологиями — в анамнезе (табл. 4) или актуально переживаемыми (табл. 5). В целом женщинам, указавшим в анамнезе различные заболевания, были свойственны такие непродуктивные стратегии, как «смирение» ($z = -3,58$, $p = 0,007$), «диссимуляция» ($z = -2,83$, $p = 0,007$), «растерянность» ($z = -2,08$, $p = 0,037$), «дистанцирование» ($z = -2,01$, $p = 0,04$). У таких женщин были ниже показатели жизнестойкости в аспекте контроля своей жизни ($z = -2,39$, $p = 0,007$).

Женщины, указавшие, что имеют заболевание в настоящий момент, по сравнению со здоровыми женщинами отличались большей выраженностью неадаптивных копингов — «смирение» ($z = 3,19$, $p = 0,01$), «диссимуляция» ($z = 2,85$, $p = 0,01$), «дистанцирование» ($z = 2,14$, $p = 0,032$). У таких женщин были меньше развиты компоненты жизнестойкости ($z = 2,96$, $p = 0,01$).

На третьем этапе мы проанализировали различия, существующие между женщинами с различными заявленными соматическими патологиями, которых отличали неодинаковые уровни КЖ (табл. 3).

Практически при любом перенесенном заболевании у женщин с низким КЖ преобладали стратегии «подавление эмоций» ($z = -1,99$, $p = 0,05$), «покорность» ($z = -2,218$, $p = 0,02$), «отступление» ($z = -3,34$, $p = 0,05$). Кроме того, у женщин с низким КЖ доминировала стратегия «бегство/избегание»: в целом при наличии заболеваний ($z = -3,76$, $p = 0,01$), с кардиологической патологией ($z = -2,39$, $p = 0,03$), респираторными заболеваниями ($z = -2,24$, $p = 0,02$), гастроэнтерологическими заболеваниями ($z = -2,08$, $p = 0,04$), гинекологическими и мочеполовыми болезнями ($z = -2,29$, $p = 0,02$), заболеваниями опорно-двигательного аппарата ($z = -2,29$, $p = 0,02$). Часто у женщин с низким КЖ встречалась стратегия «дистанцирование» (в целом при наличии заболеваний ($z = -2,02$, $p = 0,05$), с эндокринными расстройствами ($z = -2,08$, $p = 0,03$), гастроэнтерологическими заболеваниями ($z = -2,07$, $p = 0,04$), гинекологическими и мочеполовыми болезнями ($z = -2,29$, $p = 0,02$), заболеваниями опорно-двигательного аппарата ($z = -2,29$, $p = 0,02$)). Среди других копинг-стратегий отметим стратегию «конфронтация» ($z = -2,18$, $p = 0,03$) у женщин с неврологическими проблемами и низким КЖ.

Наоборот, женщин с высоким КЖ отличали стратегии «положительная переоценка» — при гинекологических нарушениях ($z = -2,6$, $p = 0,02$) и нарушениях опорно-двигательного аппарата ($z = -2,6$, $p = 0,02$), «оптимизм» (в целом — $U = 98$, $p = 0,01$), при кардиопатологии ($U = 130$, $p = 0,02$), эндокринных расстройствах ($U = 10$, $p = 0,022$), респираторных нарушениях ($U = 12$, $p = 0,03$).

У женщин, переживающих заболевание, при низком КЖ преобладали те же непродуктивные копинги, что и у женщин с патологиями в анамнезе, за исключением выраженности у женщин с кардиологическими патологиями и заболеваниями мочеполовой сферы копинга «поиск социальной поддержки» ($U = 841$, $U = 138$ соответственно, $p = 0,005$). Наоборот, женщин с высоким КЖ при наличии актуального заболевания отличали стратегии «планирование решения проблем» (при эндокринных расстройствах, $U = 121$, $p = 0,005$) и «принятие ответственности» (при респираторных заболеваниях, $U = 118$, $p = 0,03$).

В ряде случаев, где это оказалось возможным, мы проанализировали различия, существующие в копинг-стратегиях у женщин с определенными патологиями в рамках одной группы заболеваний. Женщины с травмами спины ($n = 23$) по сравнению с женщинами с другими заболеваниями отличались большей религиозностью ($U = 45$, $p = 0,047$, а женщины с рассеянным склерозом ($n = 4$) меньше принимали риск ($U = 39$, $p = 0,03$); женщин, переживших инсульт ($n = 4$), отличала меньшая выраженность поиска социальной поддержки ($U = 42$, $p = 0,038$).

Женщин с высоким артериальным давлением ($n = 197$) отличала меньшая выраженность стратегий «пассивная кооперация» ($U = 591$, $p = 0,029$) и контроля над ситуацией ($z = 2,77$, $p = 0,006$), а у женщин с аритмией ($n = 43$) была больше выражена стратегия «отступление» ($U = 606$, $p = 0,037$); женщин с заболеваниями периферических сосудов ($n = 16$) отличала большая выраженность непродуктивных стратегий «растерянность» ($U = 392$, $p = 0,034$) и «дистанцирование» ($z = -1,99$, $p = 0,046$).

Среди женщин с эндокринными патологиями выделялись те, у кого диагностирован диабет ($n = 21$): таких женщин отличала большая выраженность стратегий «эмоциональная разрядка» ($U = 82$, $p = 0,019$) и меньшая — стратегий «поиск социальной поддержки» ($z = 2,006$, $p = 0,045$) и «вовлеченность» ($z = 2,35$, $p = 0,019$). Наоборот, женщины, у которых диагностирован тиреоидит ($n = 17$), отличались большей выраженностью стратегий «растерянность» ($U = 96$, $p = 0,033$), «протест» ($U = 96$, $p = 0,033$), «самообвинение» ($U = 96$, $p = 0,033$) и меньшей — стратегии «позитивная переоценка» ($z = 2,2$, $p = 0,028$).

Среди женщин с респираторными нарушениями у женщин с астмой ($n = 30$) по сравнению с другими были больше выражены стратегии «протест» ($U = 90$, $p = 0,005$) и меньше — стратегия «позитивная переоценка» ($z = 2,06$, $p = 0,039$), а у женщин с хроническим бронхитом ($n = 53$) — более выражены непродуктивные стратегии «отступление» ($U = 134$, $p = 0,041$) и «дистанцирование» ($U = 2$, $p = 0,045$).

У женщин с проблемами в области желудочно-кишечного тракта пациенток с язвенной болезнью желудка или двенадцатиперстной кишки ($n = 17$) отличала меньшая выраженность стратегии «планирование решения проблем» ($z = 2,45$, $p = 0,014$), а женщин с синдромом раздраженного кишечника ($n = 19$) — большая выраженность стратегий «относительность» ($U = 211$, $p = 0,005$), «планирование решения проблем» ($z = 2,48$, $p = 0,015$).

Среди женщин с проблемами в мочеполовой и репродуктивной сферах лиц с периодическими мочевыми инфекциями ($n = 53$) отличала большая выраженность продуктивных стратегий «проблемный анализ» ($U = 358$, $p = 0,001$) и «контроль» ($z = 1,99$, $p = 0,046$). Женщины с мочекаменной болезнью ($n = 14$) отличались меньшей выраженностью продуктивной стратегии «оптимизм» ($U = 106$, $p = 0,011$) и большей — «покорность» ($U = 171$, $p = 0,004$).

Средние показатели стратегий совладающего поведения
у женщин с соматическими патологиями в анамнезе
Mean values for coping behaviour strategies in women with a history of somatic pathologies

Патологии		Положи- тельная переоценка	Планирование решения проблем	Бегство/ избегание	Принятие ответствен- ности	Поиск социальной поддержки	Самоконтроль	Дистанци- рование	Конфронтация
Все	Me (< 50%), n = 369	12	12	12	8	11	12	10	8
	R(1-3)	6	6	6	4	5	4	4	4
	Me (> 50%), n = 131	12	11	10	7	11	12	9	8
	R(1-3)	5	5	5	3	5	5	4	5
Неврологические	Me (< 50%), n = 40	12	11	11	7	9	11	10	7
	R(1-3)	9,5	5,5	5	3	4,25	5,25	5,75	4
	Me (> 50%), n = 21	12,5	11	11	7	10	11,5	8	8
	R(1-3)	8,25	6,25	5,5	3	5,5	6,25	5,25	4
Кардиологические	Me (< 50%), n = 171	12	11	11	8	11	12	9	7,5
	R(1-3)	5,75	5,75	5	2,75	5	4	5	4
	Me (> 50%), n = 71	12	11	10	7	11	12	9	7
	R(1-3)	5	4	4,5	3	4	6	3	4
Эндокринные	Me (< 50%), n = 81	11	11	11	8	11	12	10	7
	R(1-3)	6	6	6	2	4	3	4	4
	Me (> 50%), n = 42	11	10	10	7	11	11	9	8
	R(1-3)	5,5	5	5	3	4,5	5,5	4	4,75
Дыхательные	Me (< 50%), n = 87	12	11	12	8	10	12	10	8
	R(1-3)	3,5	5	3,5	3	5	3,5	3,5	4
	Me (> 50%), n = 42	12	11	10	7	11	12	9	8
	R(1-3)	5	4	4,25	2,25	6	5	4	5,5
Желудочно- кишечные	Me (< 50%), n = 141	12	11	12	8	12	11	10	8
	R(1-3)	5	5	5	4	5	5	4	5
	Me (> 50%), n = 59	11	11	10	7	10	12	9	8
	R(1-3)	5,75	4	4,75	3	5	5	4	4
Нарушения свертывания крови	Me (< 50%), n = 46	11	10	11	7	12	11	12	6
	R(1-3)	6,5	6,5	3,5	3	5	6	4	3,5
	Me (> 50%), n = 20	11	10	9,5	7	10	11,5	9,5	7
	R(1-3)	6,5	5,75	4	3	4,75	5	4,5	3,75
Мочеполовые/ репродуктивные	Me (< 50%), n = 119	14	12	12	9	12	13	10	9
	R(1-3)	4	4	6	3	5	5	4	5
	Me (> 50%), n = 51	12	12	10	7	11	12	9	8
	R(1-3)	5	5	4,75	3	4	5	3	4
Онкологические	Me (< 50%), n = 13	12,5	10,5	11,5	8	11,5	14	10,5	10
	R(1-3)	5,25	7,25	5,5	1,75	4	4	2,25	5,25
	Me (> 50%), n = 12	11	9	10	7	9	11	11	7
	R(1-3)	6	4,25	4,5	3	5,5	6	4,5	3,5
Мышечно- скелетные	Me (< 50%), n = 71	11	10	10	7	9,5	11,5	9,5	6,5
	R(1-3)	4,25	6	3,25	3	4,5	4	4,5	3
	Me (> 50%), n = 35	13	12	9	7	11	12	9	8
	R(1-3)	6	5	5	2	6	6	6	4
Другие	Me (< 50%), n = 14	11	7,5	14	8,5	13	11	10	8
	R(1-3)	2,75	3,75	4,75	4	4,25	5,5	3	4,75
	Me (> 50%), n = 8	10	11	10,5	7	11	10	9	8
	R(1-3)	6	5,75	7,25	2,75	4	5	8,25	5
Без патологий	Me (< 50%), n = 149	12	12	10	7	11	11	9	8
	R(1-3)	5	5	6	3	3,75	5	3	5
	Me (> 50%), n = 100	11	11	12	7	10	12	9	8
	R(1-3)	6	5	5	4	4,5	6	4	4,5

Примечание. Здесь и в табл. 5, 6: Me — медиана; R(1-3) — размах между 1-м и 3-м квартилем; > 50% — показатель по методике SF-12 больше 50%; < 50% — показатель по методике SF-12 меньше 50%.

Note. Here and Tables 5, 6: Me = median; R(1-3) = difference between 1st and 3rd quartile; > 50% = SF-12 value over 50%; < 50% = SF-12 value below 50%.

Средние показатели стратегий совладающего поведения
у женщин с актуальными соматическими заболеваниями
Mean values for coping behaviour strategies in women with present somatic pathologies

Патологии		Положительная переоценка	Планирование решения проблем	Бегство/ избегание	Принятие ответственности	Поиск социальной поддержки	Самоконтроль	Дистанцирование	Конфронтация
Все	Me (< 50%), n = 253	12	11	11,5	7,5	11	12	9	8
	R(1-3)	6,25	6	5	4	5	4	4,25	4
	Me (> 50%), n = 98	12	11	10	7	11	12	9	8
	R(1-3)	6	5	4,75	3	5	5	4	4
Неврологические	Me (< 50%), n = 18	11	8	10	7	9	10	8	7
	R(1-3)	10,5	7	5,5	5	5	8	6,5	4,5
	Me (> 50%), n = 14	13	9,5	11	7	9	11	9	6
	R(1-3)	7	7	4,5	3	4,75	5,25	4	2,5
Кардиологические	Me (< 50%), n = 129	12	11	11,5	8	11,5	12	9	8
	R(1-3)	6	5,25	5	2,25	5	4,25	5	4
	Me (> 50%), n = 57	12	11	10	7	11	12	9	7
	R(1-3)	6	4	4	3	4	6	3	5
Эндокринные	Me (< 50%), n = 56	9	10	10	7	11	11	11	7
	R(1-3)	6	5,5	4	3,5	4	3	5,5	4
	Me (> 50%), n = 29	11,5	10	10	7	11	11	9	8
	R(1-3)	6,75	6	5,75	3,75	5	5,75	4	4
Дыхательные	Me (< 50%), n = 34	12	12	12,5	9	11	13,5	10	8
	R(1-3)	3,5	3,25	3,5	2	5,25	4	4,25	3,25
	Me (> 50%), n = 22	12	12	10	8	11	13	9	8
	R(1-3)	4	5	6	3	5	5	4	6
Желудочно-кишечные	Me (< 50%), n = 71	11	11	13	7	12	12	9	8
	R(1-3)	5,5	5	5	4	5	5	5,5	3
	Me (> 50%), n = 34	11,5	11	10	7	10	12	9	7
	R(1-3)	4,25	4	4,25	2,25	4	5,25	4	4
Нарушения свертывания крови	Me (< 50%), n = 16	8	10	10	7	8	10	12	6
	R(1-3)	6,5	6,5	3	3	7,5	7	5	3,5
	Me (> 50%), n = 13	10,5	10	9	6,5	7,5	11	9,5	6,5
	R(1-3)	9,25	8,25	4,25	4,5	5,25	8	4,25	5
Мочеполовые/репродуктивные	Me (< 50%), n = 65	14	12	11	9	12	13	9	9
	R(1-3)	4,5	5	5	3	5,5	4	5	2,5
	Me (> 50%), n = 26	12	12	11	8	12	12	9	8
	R(1-3)	5	5	4	3	4	4,75	3	4,75
Онкологические	Me (< 50%), n = 2	10	7	9	4	7	12	12	6
	R(1-3)	5,5	6	1,5	2	3,5	5	2	3
	Me (> 50%), n = 3	10	8	9	6	7	13	9,5	8
	R(1-3)	4	1	1	1	0	4	1,5	1
Мышечно-скелетные	Me (< 50%), n = 11	13	13	11	8	11	13	9	6
	R(1-3)	4	1	3	1	1	1	2	0
	Me (> 50%), n = 8	16	13,5	10,5	8	10	13,5	9,5	7,5
	R(1-3)	6	4,75	6,75	2,25	4,5	5,25	4,5	4,25
Другие	Me (< 50%), n = 4	10	7	10	7	8	9	4	4
	R(1-3)	5	6,5	4,5	1,5	4	3	7	4
	Me (> 50%), n = 3	12	12	7,5	6	10	8,5	8,5	8
	R(1-3)	0	3	0,5	1	2	1,5	1,5	2

Женщин с переломами костей ($n = 69$) отличала большая выраженность продуктивной стратегии «планирование решения проблем» ($U = 673$, $p = 0,035$) и меньшая — стратегии «избегание» ($U = 676$, $p = 0,037$).

Таким образом, можно заключить, что при большей дифференцировке женщин с патологиями по-прежнему отличаются менее продуктивные копинг-стратегии.

Отдельно отметим результаты методики «Тест жизнестойкости» (табл. 6). Вне зависимости от заболевания, будь оно в анамнезе или переживается актуально, у женщин с более высоким КЖ были выше показатели жизнестойкости и всех

ее компонентов. В тех случаях, когда различия не были зафиксированы, это объяснялось размерами выборки.

Одним из факторов, наиболее влияющим на КЖ, является боль. В данном исследовании мы не использовали специализированные шкалы для оценки боли у пациентов. Однако в методику SF-12 входит вопрос «Насколько боль влияла на Вашу привычную работу на протяжении последних четырех недель (как на работу вне дома, так и на домашнюю работу)?». Мы использовали его, чтобы оценить, какие копинг-стратегии используют женщины с патологиями, испытывающими или не испытывающие выраженную боль.

Таблица 6 / Table 6

**Средние показатели жизнестойкости у женщин
с актуальными соматическими заболеваниями и заболеваниями в анамнезе**
Mean values for resilience in women with present somatic pathologies and
a history of somatic pathologies

Патологии		Болезнь в анамнезе				Актуальное заболевание			
		при- нятие риска	конт- роль	вов- лечен- ность	жизне- стой- кость	при- нятие риска	конт- роль	вов- лечен- ность	жизне- стой- кость
Все	Me ($< 50\%$), $n = 253$	13	25	31	68	12	24	31	68,5
	R(1–3)	6	8,25	9,5	18	5,5	9	7	18,75
	Me ($> 50\%$), $n = 98$	15	29	37	81	15	29	36	79
	R(1–3)	6	8	9	19	6	8	10	20
	U	4,79	4,89	4,62	4,71	–2,92	–2,88	–2,71	–2,91
	p	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
Неврологические	Me ($< 50\%$), $n = 18$	13,5	28	35,5	76,5	12	26	35	76
	R(1–3)	7	4,75	5,25	13,25	4,5	4,5	5	9,5
	Me ($> 50\%$), $n = 14$	15	30	37	81	15	29,5	35,5	80
	R(1–3)	4	4,5	8,5	17	3	5,75	7	13,5
	U	2,51	2,56	2,44	2,39	–	–	–	–
	p	0,01	0,01	0,01	0,01	–	–	–	–
Кардиологические	Me ($< 50\%$), $n = 129$	12	24,5	31	69	12	24	30,5	68
	R(1–3)	5	8,5	7	18	4,5	8,25	7	16,5
	Me ($> 50\%$), $n = 57$	15	29	37	81	15	29	36,5	80
	R(1–3)	5	8,5	9	18	4,75	9,5	8,75	22
	U	2,93	3,07	2,81	2,79	456	431	448	591
	p	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
Эндокринные	Me ($< 50\%$), $n = 56$	12	25	29	67	12	24	29	68
	R(1–3)	6	7	5	14	7,5	8	3	12
	Me ($> 50\%$), $n = 29$	15	28	35	77	14	28	34	77
	R(1–3)	5,25	6	11	19	6	6	10	17,5
	U	2,93	2,88	2,89	2,71	61	68	66	59
	p	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
Дыхательные	Me ($< 50\%$), $n = 34$	12,5	24	29	66,5	11,5	23,5	29	66
	R(1–3)	5	9	11	22,75	3,25	8,25	6,5	13,75
	Me ($> 50\%$), $n = 22$	15	29	36	80	15	29	34	77,5
	R(1–3)	4,25	6,5	10,5	15	5	6,25	10	18,25
	U	2,73	2,68	2,69	2,61	49	46	48	43
	p	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
Желудочно-кишечные	Me ($< 50\%$), $n = 71$	13,5	25	32	68,5	12	23	31	65
	R(1–3)	6	8	9	14	5	10,5	8	12,25
	Me ($> 50\%$), $n = 34$	15	29	37	81	14	28,5	36,5	78,5
	R(1–3)	5	9	8	19	3,75	8	10,5	20,25
	U	2,76	2,64	2,65	2,68	71	50	87	47
	p	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01

Патологии		Болезнь в анамнезе				Актуальное заболевание			
		при- нятие риска	конт- роль	вов- лечен- ность	жизне- стой- кость	при- нятие риска	конт- роль	вов- лечен- ность	жизне- стой- кость
Нарушения свертывания крови	Me (< 50%), n = 16	11	25	32	66,5	10	23	29	62
	R(1–3)	4,25	7,75	4	16,75	2	6,5	2	6
	Me (> 50%), n = 13	15	29	36	80	15	29	34,5	77
	R(1–3)	7,25	8	12	23,75	7,5	5	12,5	17,5
	U	2,56	2,54	2,45	2,58	–	–	–	–
	p	0,01	0,01	0,01	0,01	–	–	–	–
Мочеполовые/ репродуктивные	Me (< 50%), n = 65	12	25	30	69	12	25	28	69,5
	R(1–3)	5	7,25	11,5	15	4,5	8,5	13,25	18,5
	Me (> 50%), n = 26	15	29	37	82,5	14	29	36,5	80
	R(1–3)	6	9,5	11,25	23,25	6,25	9,5	11	25
	U	2,66	2,59	2,49	2,58	181	172	169	162
	p	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
Онкологические	Me (< 50%), n = 2	13	25,5	29,5	69	14	24	35	73
	R(1–3)	3,5	9,75	11	27,25	3	9	6	18
	Me (> 50%), n = 3	16	29	34	88	18,5	35	39,5	93
	R(1–3)	5	9,25	13	27,25	2,5	4	5,5	7
	U	–	–	–	–	–	–	–	–
	p	–	–	–	–	–	–	–	–
Мышечно-скелетные	Me (< 50%), n = 11	12	26	30	69,5	11	20	30	59
	R(1–3)	6	8,5	5,5	19,25	6	20	8	33
	Me (> 50%), n = 8	16	31	38	87,5	16	32	40	85,5
	R(1–3)	6	9	11	21,5	2,75	5,25	5,5	9,25
	U	2,46	2,49	2,39	2,48	–	–	–	–
	p	0,01	0,01	0,01	0,01	–	–	–	–
Другие	Me (< 50%), n = 4	12	26,5	29	65	14	31	33	81
	R(1–3)	2,75	6,75	14,25	22,75	2,5	2	9	8
	Me (> 50%), n = 3	16	31	40	87	19,5	33,5	39,5	92,5
	R(1–3)	4	6	11	11	2,5	3,5	4,5	10,5
	U	–	–	–	–	–	–	–	–
	p	–	–	–	–	–	–	–	–

Из всей выборки женщин, включая женщин без патологий, только 30 (4%) женщин признали, что боль влияет на их привычную работу очень сильно и сильно; еще 104 (13,88%) женщины признали, что она влияет на их работу «умеренно». С учетом этого нам не удалось набрать группы по каждой из патологий, чтобы определить особенности копинг-стратегий, свойственных женщинам, испытывающим и не испытывающим хроническую боль. Если говорить в целом по выборке женщин с патологиями, то у женщин, у которых боль влияет на работу очень сильно и сильно, более выраженной оказалась стратегия «бегство/избегание» ($z = 2,175$, $p = 0,03$). У женщин с неврологическими патологиями, на жизнь которых боль влияет как минимум умеренно, больше выражены относительно продуктивные и продуктивные стратегии «компенсация» ($U = 22$, $p = 0,015$), «пассивная кооперация» ($U = 30$, $p = 0,025$) и «сохранение самообладания» ($U = 22$, $p = 0,015$). У женщин с эндокринными патологиями, испытывающих боль, — «установка собственной ценности» ($U = 14$, $p = 0,001$); у женщин с желудочно-кишечными патологиями — стратегия «относительность» ($U = 70$, $p = 0,044$), а у женщин с проблемами мочеполовой и репродуктивной сферы — стратегия «отвлечение» ($U = 39$, $p = 0,039$). Таким образом, хотя в целом у женщин с патологиями, испытывающими боль, выражена непродуктивная

стратегия «бегство/избегание», однако, если брать отдельные патологии, то преобладают разнообразные продуктивные и относительно продуктивные стратегии.

ОБСУЖДЕНИЕ

Подтвердилось, что у женщины с одной соматической патологией в анамнезе, но с разным КЖ наблюдаются неодинаковые копинг-стратегии. Для женщин с более высоким КЖ характерны продуктивные копинги, для женщин с низким КЖ — непродуктивные. Схожие результаты были получены и в исследованиях [1–4].

Обнаружили специфические копинги, отличающие женщин с патологиями от здоровых женщин. В целом женщины — как указавшие в анамнезе различные заболевания, так и переживающие их в настоящий момент — демонстрировали большую выраженность непродуктивных копингов. При этом для различных заболеваний можно выделить специфические стратегии.

Как и D.K. Schlüter и соавт. [2], мы обнаружили выраженность у женщин с неврологическими проблемами стратегий «положительная переоценка» и «принятие». Получены схожие с работой S. Ahlstedt Karlsson и соавт. [13] данные для больных с онкологией и с работой R.D. Nipp и соавт. [14] результаты для больных с гемофилией — такие пациенты

предпочитают неадаптивные стратегии, предполагающие дистанцирование от проблемы различного рода (избегание, отвлечение и т.д.). Как и в работе Е.В. Зинченко и соавт. [7], женщины с гинекологическими патологиями отличались меньшей жизнестойкостью.

Мы не зафиксировали, как в исследовании А.Е. Вишневой [11], преобладания у пациентов с заболеваниями сердца в анамнезе продуктивных копингов по сравнению с теми, у кого присутствуют заболевания этого рода в настоящий момент. Этого следовало бы ожидать, учитывая, что существует динамика изменения копингов — от стратегий дисфункционального характера к более продуктивным стратегиям. Однако в нашем исследовании мы не зафиксировали таких различий.

Наконец, мы проанализировали и выделили копинг-стратегии, отличающие женщин с высоким КЖ от женщин с низким КЖ при различных заболеваниях. Независимо от заболевания все женщины с низким КЖ использовали стратегию «бегство/избегание»; в ряде случаев — «дистанцирование» и «конфронтация». Женщины с высоким уровнем КЖ чаще применяли стратегии «оптимизм» и «положительная переоценка».

Для женщин, переживающих болезнь в момент исследования, были характерны те же стратегии, что и для имеющих болезнь в анамнезе: при низком уровне КЖ были характерны стратегии «бегство/избегание», «дистанцирование» и «конфронтация». Востребованной оказалась стратегия «поиск социальной поддержки», однако она, по-видимому, не повышает КЖ. Наконец, важным является качество жизнестойкости. У всех женщин вне зависимости от заболевания высокое КЖ сопровождалось выраженностью данного качества и всех его компонентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В целом подтвердилось, что для женщин с более высоким КЖ характерны продуктивные копинги, для женщин с низким КЖ — непродуктивные. Обнаружились специфические копинги, отличающие женщин с различными заболеваниями от здоровых. Практически независимо от заболевания все женщины с низким КЖ использовали стратегию «бегство/избегание»; в некоторых случаях — «дистанцирование» и «конфронтация». У женщин с высоким КЖ какой-то специфической стратегии нет; чаще используются «оптимизм» и «положительная переоценка». Полученные данные могут быть использованы в практических разработках мероприятий по коррекции копингов, ухудшающих самочувствие и отрицательно связанных с КЖ пациента.

ОГРАНИЧЕНИЯ

В данном исследовании использовалась информация об имеющихся соматических патологиях и перенесенных заболеваниях, предоставленная самими женщинами в ходе устного опроса. Это могло быть одним из источников неточностей в исследовании, в том числе не позволяло выявить женщин, для патологий которых психосоматический аспект был основным. Женщины, не указавшие наличие актуальных заболеваний или имевшихся в анамнезе соматических патологий, использовались в качестве группы полностью здоровых испытуемых, что также может быть источником неточностей. Некоторые женщины имели более чем одну патологию; при расчетах они одновременно учитывались сразу в нескольких группах, что также могло снизить точность полученных результатов.

Вклад авторов / Contributions

Все авторы внесли существенный вклад в подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией. Вклад каждого из авторов: Сутурина Л.В. — проверка критически важного содержания, утверждение рукописи для публикации; Марьянян А.Ю. — участие в сборе клинического материала; Кузьмин М.Ю. — обзор публикаций по теме статьи, обработка, анализ и интерпретация данных, статистическая обработка данных, написание текста рукописи.

All authors made a significant contribution to the preparation of the article, read and approved the final version before publication. Special contribution: Sutura L.V. — verification of critical content, approval of the manuscript for publication; Maryanyan A.Yu. — participation in the collection of clinical material; Kuzmin M.Yu. — review of publications on the topic of the article, processing, analysis and interpretation of data, statistical data processing, writing the text of the manuscript.

Конфликт интересов / Disclosure

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.
The authors declare no conflict of interests.

Финансирование / Funding source

Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.
This study was not supported by any external sources of funding.

Этическое утверждение / Ethics approval

Все пациентки подписали информированное согласие на проведение исследования. Проведение исследования одобрено локальным этическим комитетом ФГБНУ «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека» (протокол № 2.1 от 24.02.2016 г.).

The study was conducted with the informed consent of the patients. The research protocol was approved by the ethics committee of the Scientific Center for Family Health and Human Reproduction Problems (protocol number 2.1, date of approval 24 February 2016).

Об авторах / About the authors

Кузьмин Михаил Юрьевич / Kuzmin, M.Yu. — к. психол. н., научный сотрудник лаборатории социально значимых проблем репродуктологии ФГБНУ НЦ ПЗСРЧ. 664003, Россия, г. Иркутск, ул. Тимирязева, д. 16. <https://orcid.org/0000-0002-7538-8375>. E-mail: mirroy@mail.ru
Марьянян Анаит Юрьевна / Marjanian, A.Yu. — д. м. н., руководитель лаборатории социально значимых проблем репродуктологии ФГБНУ НЦ ПЗСРЧ. 664003, Россия, г. Иркутск, ул. Тимирязева, д. 16. eLIBRARY.RU SPIN: 2584-6861. <https://orcid.org/0000-0002-9544-2172>. E-mail: anait_24@mail.ru
Сутурина Лариса Викторовна / Sutura L.V. — д. м. н., профессор, руководитель отдела охраны репродуктивного здоровья ФГБНУ НЦ ПЗСРЧ. 664003, Россия, г. Иркутск, ул. Тимирязева, д. 16. eLIBRARY.RU SPIN: 9419-0244. <https://orcid.org/0000-0002-6271-7803>. E-mail: lsutura@mail.ru

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Higuchi D. Adaptive and maladaptive coping strategies in older adults with chronic pain after lumbar surgery. *Int. J. Rehabil. Res.* 2019;43(2):116–122. DOI: 10.1097/mrr.0000000000000389
2. Schlüter D.K., Holland D.P., Mills R.J. et al. Use of coping strategies in MND/ALS: Association with demographic and disease-related characteristics. *Acta Neurol. Scand.* 2019;140(2):131–139. DOI: 10.1111/ane.13113
3. Mingrone C., Montemagni C., Sandei L. et al. Coping strategies in schizoaffective disorder and schizophrenia: Differences and similarities. *Psychiatry Res.* 2016;244:317–323. DOI: 10.1016/j.psychres.2016.06.059
4. Lynggaard V., Nielsen C.V., Zwisler A.-D. et al. The patient education — Learning and Coping Strategies — improves adherence in cardiac rehabilitation (LC-REHAB): A randomised controlled trial. *Int. J. Cardiol.* 2017;236:65–70. DOI: 10.1016/j.ijcard.2017.02.051
5. Prokhorova Zh., Polyakov V., Rychkova L. Art therapy for treating anxiety in adolescents with psychosomatic diseases. *Int. J. Biomed.* 2020;10(4):453–456. DOI: 10.21103/Article10(4)_OA24
6. Колесникова Л.И., Рычкова Л.В., Колесников С.И. и др. Оценка системы липопероксидации и антиоксидантной защиты у мальчиков-подростков с экзогенно-конституциональным ожирением с использованием коэффициента окислительного стресса. *Вопросы питания.* 2018;87(1):28–34. Kolesnikova L.I., Rychkova L.V., Kolesnikov S.I. et al. Evaluation of the system of lipid peroxidation and antioxidant protection in adolescent boys with exogenous constitutional obesity using the coefficient of oxidative stress. *Voprosy pitaniya.* 2018;87(1):28–34. (in Russian) DOI: 10.24411/0042-88332018-10003
7. Зинченко Е.В., Белова Е.В., Шевченко Н.Н. Стратегии совладающего поведения у женщин с патологией беременности и их жизнестойкость. В кн.: *Психология стресса и совладающего поведения: ресурсы, здоровье, развитие: материалы IV Международной научной конференции (Кострома, 22–24 сентября 2016 г.).* Кострома; 2016;1:111–113. Zinchenko E.V., Belova E.V., Shevchenko N.N. Strategies of coping behavior in women with pathology of pregnancy and their resilience. In: *Psychology of stress and coping behavior: resources, health, development: materials of the IV International Scientific Conference (Kostroma, September 22–24, 2016).* Kostroma; 2016;1:111–113. (in Russian)
8. Иванова Е.А., Куфтык Е.В. О детерминации совладающего с трудностями поведения у лиц с нарушением зрения. *Вестник Костромского государственного университета.* 2008;14(3):215–221. Ivanova E.A., Kuftyak E.V. On the determination of behavior coping with difficulties in persons with visual impairment. *Vestnik of Kostroma State University.* 2008;14(3):215–221. (in Russian)
9. Петрова Н.Н., Сысоева В.В., Васичкина Е.С. и др. Психосоциальная адаптация больных с электрокардиостимуляторами, имплантированными в детском и подростковом возрасте. *Неврологический вестник.* 2013;45(4):3–10. Petrova N.N., Sysoeva V.V., Vasichkina E.S. et al. Psychosocial adaptation of patients with pacemakers implanted in childhood and adolescence. *Neurology Bulletin.* 2013;45(4):3–10. (in Russian) DOI: <https://doi.org/10.17816/nb13788>
10. Пастух И.А., Феоктистова Е.В., Протопопова М.А., Сирш Д.С. Психологические особенности больных коморбидными рекуррентным аффективным и паническим расстройством. *Сибирский психологический журнал.* 2021;(80):128–145. Pastukh I.A., Feoktistova E.V., Protopopova M.A., Sirosh D.S. Psychological features of patients with comorbid recurrent affective and panic disorder. *Siberian Journal of Psychology.* 2021; 80:128–145. (in Russian) DOI: 10.17223/17267080/80/7
11. Вишнева А.Е. Особенности самооценки у больных с различными речевыми нарушениями. *Национальный психологический журнал.* 2016;(1):53–61. Vishneva A.E. Features of self-esteem in patients with various speech disorders. *National Psychological Journal.* 2016;(1):53–61. (in Russian) DOI: 10.2079-6617/2013.0114
12. Щелкова О.Ю., Исурина Г.Л., Усманова Е.Б. и др. Совладание со стрессом болезни и качество жизни пациентов, перенесших операцию в связи с опухолевым поражением позвоночника. Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2021;(1):97–106. Shchelkova O.Yu., Isurina G.L., Usmanova E.B. et al. Coping with the stress of the disease and the quality of life of patients undergoing surgery for a tumor lesion of the spine. *Medico-Biological and Socio-Psychological Problems of Safety in Emergency Situations.* 2021;(1):97–106. (in Russian) DOI: 10.25016/2541-7487-2021-0-1-97-106
13. Ahlstedt Karlsson S., Wallengren C., Olofsson Bagge R., Henoch I. Women's coping strategies during the first three months of adjuvant endocrine therapy for breast cancer. *Nurs. Open.* 2019;7(2):605–612. DOI: 10.1002/nop2.430
14. Santavirta N., Björvell H., Solovieva S. et al. Coping strategies, pain, and disability in patients with hemophilia and related disorders. *Arthritis Rheum.* 2001;45(1):48–55. DOI: 10.1002/1529-0131(200102)45:1<48::AID-ANR83>3.0.CO;2-1
15. Nipp R.D., El-Jawahri A., Fishbein J.N. et al. The relationship between coping strategies, quality of life, and mood in patients with incurable cancer. *Cancer.* 2016;122(13):2110–2116. DOI: 10.1002/cnrc.30025
16. Аталян А.В., Колесникова Л.И., Колесников С.И. и др. Информационная система redcap для сбора и хранения данных популяционных биомедицинских исследований. *Экология человека.* 2019;(2):52–59. Atalyan A.V., Kolesnikova L.I., Kolesnikov S.I. et al. Information system Redcap for collecting and storing data from population biomedical studies. *Human Ecology.* 2019;(2):52–59. (in Russian) DOI: 10.33396/1728-0869-2019-2-52-59
17. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Исаева Е.Р. и др. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями. СПб.; 2008. 39 с. Vasserman L.I., Iovlev B.V., Isaeva E.R. et al. Method for psychological diagnostics of ways of coping with stressful and problematic situations for the individual. St. Petersburg; 2008. 39 p. (in Russian)
18. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. М.; 2006. 63 с. Leont'ev D.A., Rasskazova E.I. Hardiness test. Moscow; 2006. 63 p. (in Russian)
19. Hoffmann C., McFarland B.H., Kinzie J.D. et al. Psychometric properties of a Russian version of the SF-12 Health Survey in a refugee population. *Compr. Psychiatry.* 2005;46(5):390–397. DOI: 10.1016/j.comppsy.2004.12.002

Поступила / Received: 19.12.2022

Принята к публикации / Accepted: 17.03.2023