

9. Goutteborge, V., Frinds-Dresen, M.H.W., and Sluiter, J.K. (2015), “Mental and psychosocial health among current and former professional footballers”, *Occupational Medicine*, Vol. 65, Issue 3, pp.190-196.
10. Howells, K. and Fletcher, D. (2015), “Sink or swim: Adversity – and growth-related experiences in Olympic swimming champions”, *Psychology of Sport and Exercise*, Volume 16, Part 3, pp. 37-48.
11. Kontos, A.P., Deitrich, J.M. and Reynolds, E. (2016), “Mental health implications and consequences following sport – related concussion”, *British Journal of Sports Medicine*, Vol. 50, Issue 3, pp. 139-140.
12. Lundqvist, C. and Radlin, J.S. (2015), “The relationship of basic need satisfaction, motivational climate and personality to well-being and stress patterns among elite athletes: An explorative study”, *Motivation and Emotion*, Vol. 39, Issue 2, pp. 237-246.

Контактная информация: annamona@yandex.ru

Статья поступила в редакцию 16.04.2019

УДК 159.9

ВЛИЯНИЕ АФФЕКТИВНЫХ И НЕЙРОКОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЯИЧНИКОВ

Анна Сергеевна Белозёр, аспирант, Санкт-Петербургский государственный университет (СПбГУ); Владимир Владимирович Дорофейков, доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой, Национальный государственный университет физической культуры, спорта и здоровья имени П.Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург (НГУ им. П.Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург), Наталия Николаевна Петрова, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой, Санкт-Петербургский государственный университет (СПбГУ)

Аннотация

В работе исследованы показатели качества жизни (КЖ) у 82 пациенток с гистологически подтвержденным диагнозом рак яичников (РЯ), произведена оценка эмоционального и когнитивного состояния больных, показан характер влияния тревожных нарушений и клинически выраженной депрессии на различные сферы функционирования больных РЯ. Обнаружено, что объективные когнитивные нарушения не оказывают значимого влияния на показатели КЖ. Объем химиотерапевтического лечения оказывает значимое влияние на физическую и социальную активность пациенток. КЖ больных РЯ определяется гетерогенным участием соматогенных факторов, включая осложнения развития заболевания, и тревожно-депрессивных нозогенных реакций. Аффективные нарушения (тревога и депрессия) в значительной степени определяют степень удовлетворенности КЖ в целом.

Ключевые слова: качество жизни, рак яичников, депрессия, тревога когнитивные нарушения, когнитивный дефицит.

DEPRESSION, ANXIETY AND COGNITIVE DISORDER AS PREDICTORS OF QUALITY OF LIFE IMPAIRMENT AMONG OVARIAN CANCER PATIENTS

Anna Sergeevna Belozer, the post-graduate student, St. Petersburg State University; Vladimir Vladimirovich Dorofeykov, the doctor of medical sciences, senior lecturer, department chairman, the Lesgaft National State University of Physical Education, Sport and Health, St. Petersburg; Natalia Nikolaevna Petrova, the doctor of medical sciences, professor, department chairman, St. Petersburg State University

Annotation

Quality of life (QL) has been evaluated for ovarian cancer patients (N = 82) with histologically confirmed diagnosis. In this study, the assessment of affective disorders (anxiety and depression) and cognitive functioning has been completed, which has demonstrated that anxiety and depression have negative impact on all areas of QL. It has been revealed that neurocognitive disorders don't have significant influence on the parameters of QL. Chemotherapy has negative impact on physical and social functioning of the

patients. QL of the ovarian cancer patients is determined by combined influence of somatogenic factors, including complications connected with the progression of the oncological disease, as well as by the affective disorders (anxiety and depression). Affective disorders play significant role and determine QL of the ovarian cancer patients.

Keywords: quality of life, ovarian cancer, depression, anxiety, cognitive disorders, cognitive deficit.

ВВЕДЕНИЕ

Рак яичников (РЯ) в значительном числе случаев диагностируется на отдаленных стадиях заболевания и является причиной смерти наибольшего числа онкогинекологических больных. Несмотря на многочисленные, в том числе популяционные скрининговые исследования в данной области, полученные результаты не позволяют однозначно выявить предикторы болезни. Рецидивы заболевания, как правило, являются неизлечимыми и в этой ситуации особая роль отводится контролю симптомов и сохранению качества жизни (КЖ) пациенток (Lheureux, 2019).

КЖ больных РЯ связано с целым рядом сопутствующих заболеванию факторов, к которым можно отнести стадию заболевания, рецидивирующий характер течения, широкий спектр симптомов, социально-демографические параметры, наличие других сопутствующих заболеваний (Zhou, 2016). Поскольку аффективные расстройства сопровождают больных на всех стадиях лечения (Watts, 2015), а имеющиеся данные о когнитивных нарушениях носят противоречивый характер, представляется важным оценить их влияние на параметры КЖ отдельно от других сопутствующих факторов. Правильная оценка эмоционального и когнитивного состояния пациенток и понимание того, что именно (тревога или депрессия) оказывает влияние на различные сферы функционирования больных РЯ, может помочь, как родственникам, так и медицинскому персоналу, оказывающим помощь данной группе больных, при выборе своевременного адекватного метода интервенции.

В связи с вышеизложенной проблематикой, целью данной работы стало изучение роли аффективных и когнитивных нарушений в определении особенностей КЖ больных РЯ.

Выборка исследования. Патопсихологическое обследование прошли 82 женщины, имеющие гистологически подтвержденный диагноз РЯ (шифр по МКБ-10: C56). Пациентки не имели сопутствующих органических нарушений и психотической симптоматики. Больные были проинформированы о целях и задачах настоящей работы до начала участия в исследовании и дали свое согласие на проведение диагностики. Большинство пациенток (n=40; 48,8%) находилось на III стадии заболевания.

МАТЕРИАЛЫ, МЕТОДЫ И МЕТОДИКИ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Для диагностики аффективного состояния использовались Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) и Шкала Монтгомери-Асберг для оценки депрессии (Montgomery—Asberg Depression Rating Scale, MADRS).

2. Для оценки качества жизни был использован опросник 3-я версия EORTC QLQ-C30, разработанный Группой оценки качества жизни (Study Group on Quality of Life) с дополнительным модулем QLQ-OV28, использующийся для оценки больных РЯ. Данные о КЖ, полученные на основании EORTC QLQ-C30 / OV28, позволяют сделать вывод о том, как сама пациентка субъективно оценивает свое физическое, ролевое, эмоциональное, когнитивное и социальное функционирование. Анализ симптоматических и одиночных шкал помогает оценить соматический статус больной на фоне лечения, определить характер влияния заболевания и проводимых мероприятий на состояние больной. Для того, чтобы составить полную клиническую картину болезни данные о КЖ необходимо рассматривать совместно с объективными клиническими данными и заключением лечащего врача.

3. Для исследования показателей когнитивного функционирования применялась Шкала краткой оценки когнитивных функций у пациентов с шизофренией (англ. Brief

Assessment of Cognition in Schizophrenia, BACS). Данная батарея была отобрана для исследования, так как в нее вошли методики, рекомендованные «Международной Оперативной Группы по изучению Когнитивных Функций и Рака» для изучения когнитивных функций онкологических больных, также батарея была стандартизирована для российской популяции.

4. Для математической обработки использовалось программное обеспечение R v3.4.3. Для сравнения групп использовались одновыборочный Т-критерий Стьюдента, критерий Краскела — Уоллиса с проверкой значений при помощи поправки Тьюки; оценка достоверности взаимосвязей выполнена с помощью корреляционного метод Спирмена; влияние предикторов оценивалось с помощью линейного регрессионного анализа.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследованная группа больных РЯ имела сниженные показатели удовлетворенности общим состоянием здоровья ($M=49,49 (\pm 21,54)$ балла). Наиболее часто больные РЯ предъявляли жалобы на слабость, чувство усталости и потребность в отдыхе (52%) и потерю внешней привлекательности в связи с болезнью (68%). Из общего числа обследованных больных снижение показателей удовлетворенности общим состоянием здоровья наблюдалось у 65% больных. Наиболее часто пациентки испытывали затруднения в ролевом функционировании, а именно ограничения при выполнении повседневных дел или проведении свободного времени (44%); из общего числа обследованных, 30% больных затруднялось выполнять семейные и социальные функции; также высокую степень распространенности имели жалобы на эмоциональные нарушения (22%), выражавшиеся в ощущении напряженности, беспокойства, раздражения или подавленности. Данный показатель практически совпадает с результатами патофизиологической диагностики, при которой в ходе интервью по MADRS у 18% больных была выявлена клинически очерченная депрессия. На дискомфорт в связи с когнитивными затруднениями (трудность при сосредоточении и извлечении информации) обратили внимание 18% больных. При объективном нейропсихологическом обследовании частота нарушений со стороны вербальной памяти составила 29%, а со стороны рабочей памяти 23%. Дискомфорт в связи с затруднениями физической активности испытывали только 11% пациенток.

Корреляционный анализ позволил выявить те нарушения, которые значимо взаимосвязаны у больных РЯ со шкалой «Общее состояние здоровья», являющейся обобщенным показателем КЖ, и другими функциональными шкалами.

Общее состояние здоровья значимо взаимосвязано с выраженностью тревоги ($r=-0,47$; $p < 0,001$) и депрессии ($r=-0,49$; $p < 0,001$).

Физическая активность статистически значимо взаимосвязана со стадией заболевания ($r=-0,31$; $p < 0,01$), метастатическим процессом ($r=-0,41$; $p < 0,001$), наличием плеврита ($r=-0,26$; $p < 0,05$), астенией ($r=-0,36$; $p < 0,01$) и анемией ($r=-0,32$; $p < 0,01$), потерей веса ($r=-0,25$; $p < 0,05$), депрессией ($r=-0,26$; $p < 0,05$).

Ролевая активность значимо взаимосвязана с выраженностью тревоги ($r=-0,28$; $p < 0,05$) и депрессии ($r=-0,35$; $p < 0,01$).

Эмоциональная активность значимо взаимосвязана с метастатическим процессом ($r=0,25$; $p < 0,05$) и стадией заболевания ($r=0,26$; $p < 0,05$). Пациентки, чье заболевание отяжелялось развитием метастазов, а также те, у кого стадия заболевания была более высокой, значимо чаще предъявляли жалобы на чувство напряженности, беспокойства, раздражения и подавленности. Эмоциональная активность также была значимо взаимосвязана с клинически выраженной тревогой ($r=-0,75$; $p < 0,001$) и депрессией ($r=-0,52$; $p < 0,001$).

Когнитивная активность значимо взаимосвязана с тревогой ($r=-0,44$; $p < 0,001$) и депрессией ($r=-0,39$; $p < 0,001$).

Со стороны **социального функционирования** статистически значимые взаимосвязи выявлены со степенью выраженности тревоги ($r=-0,38$; $p < 0,01$) и депрессии ($r=-0,45$; $p < 0,001$), количеством курсов ($r=-0,27$; $p < 0,05$) и линий химиотерапии ($r=-0,30$; $p < 0,01$). Таким образом, аффективные нарушения наряду с соматическими факторами вносят значимый вклад во все сферы жизни больных и обуславливают общую удовлетворенность КЖ.

Объем химиотерапевтического лечения (ХТ) оказывает влияние на качество физического и социального функционирования, причем имеет значение как количество курсов, так и число линий (режимов) ХТ. По мере увеличения числа курсов ХТ пациентки существенно больше страдают от одышки ($r=0,29$; $p < 0,05$), симптомов периферической нейропатии ($r=0,43$; $p < 0,001$). Увеличение числа линий ХТ (использованных режимов) приводит к более выраженному дискомфорту в связи с тошнотой и рвотой ($r=0,28$; $p < 0,05$), одышкой ($r=0,27$; $p < 0,05$), нарастанием симптомов периферической нейропатии ($r=0,33$; $p < 0,01$). При рецидивирующем характере течения заболевания пациентки в большей степени страдали от симптомов периферической нейропатии ($r=0,27$; $p < 0,05$). По мере увеличения продолжительности заболевания снижалось качество физической активности ($r=-0,25$; $p < 0,05$) и нарастали симптомы периферической нейропатии ($r=0,36$; $p < 0,01$). Значимые различия наблюдались в параметрах физического функционирования между больными I и IV стадиями. Качество социального функционирования значимо различается у больных I, II и III стадиями. Пациентки, находящиеся на II стадии заболевания, значимо отличались от больных I стадии как по тяжести симптоматики «Тошнота и рвота», «Диарея», «Периферическая нейропатия», так и по восприятию себя (шкала «Образ тела») и характеру отношения к болезни (шкала «Отношение к болезни»).

При объективной нейропсихологической диагностике было обнаружено, что у значительного числа больных РЯ выявляются когнитивные нарушения по двум доменам: моторные навыки (48%) и скорость обработки информации (46%), однако не установлено значимых взаимосвязей между когнитивными нарушениями и показателями КЖ больных РЯ, как по результатам корреляционного, так и регрессионного анализа.

Анализ социально-демографических показателей говорит о том, что молодые пациентки испытывают более выраженные эмоциональные затруднения ($r=0,30$; $p < 0,05$) и более выраженный дискомфорт в связи с ограничением сексуальной активности ($r=-0,26$; $p < 0,05$);

Сравнение КЖ пациенток в двух группах, сформированных на основании результатов, полученных с применением MADRS, выявило значимые различия. Пациентки с расстройствами депрессивного спектра статистически значимо отличались как по общему состоянию здоровья (QL), так и по качеству функционирования и тяжести сопутствующих симптомов. Пациентки без депрессивных нарушений имели значимо более высокие показатели Ролевой активности (RF), Эмоциональной активности (EF), Когнитивной активности (CF) и Социальной активности (SF). При наличии клинически выраженной депрессии пациентки также испытывали чувство напряженности, тревоги, беспокойства и повышенной раздражительности. Со стороны когнитивной деятельности именно больные с депрессией предъявляли жалобы на проблемы с памятью и концентрацией внимания. Больные РЯ с депрессией испытывают значимо более выраженный дистресс в связи со слабостью (FA), бессонницей (SL), побочными симптомами химиотерапии (OVCH). Обращает на себя внимание, что у больных депрессией более выражены финансовые затруднения (FI). Как и при выраженной депрессии, пациентки с нарушениями тревожного круга статистически значимо отличаются по обобщенному индексу здоровья (QL), однако в отличие от больных депрессией, функционирование больных с тревожными расстройствами нарушается только по параметрам эмоциональной и когнитивной активности. Построение регрессионной модели для оценки вклада аффективных нарушений в КЖ наглядно

демонстрирует, что общая удовлетворенность своим самочувствием в значительной степени определяется у больных РЯ степенью выраженности аффективных нарушений (тревога и депрессия); совместное влияние депрессии и тревоги определяет 31% дисперсии, из которых 24% принадлежат тревоге. Совместное влияние аффективных показателей также имеет определяющее значение для удовлетворенности когнитивным функционированием. Тревога и депрессия определяют 27% дисперсии, из которых 22% относятся к депрессии. Снижение показателей физического (7%), ролевого (11%) и социального (23%) функционирования определяются депрессией, в то время как наличие тревоги объясняет 48% показателя удовлетворенности эмоциональным функционированием.

Таблица 1 – Показатели регрессионной модели влияния аффективных нарушений (тревоги и депрессии) на параметры КЖ у больных РЯ

Зависимые переменные КЖ	Предикторы, значимые для данной переменной	R-квадрат	SE	β	Значимость различий, p
QL	Тревога	0,24	0,63	-0,49	0,00
	Тревога и депрессия	0,31	0,72 и 0,35	-0,32 и -0,31	0,02 и 0,02
PF	Депрессия	0,07	0,26	-0,27	0,02
RF	Депрессия	0,11	0,46	-0,34	0,00
EF	Тревога	0,48	0,57	-0,70	0,00
CF	Депрессия	0,22	0,29	-0,47	0,00
	Тревога и депрессия	0,27	0,34 и 0,69	-0,32 и -0,28	0,01 и 0,03
SF	Депрессия	0,23	0,41	-0,48	0,00

Примечание: QL – общее состояние здоровья; PF – физическая активность; RF – ролевая активность; EF – эмоциональная активность; CF – когнитивная активность; SF – социальная активность; SE – стандартная ошибка; β – стандартизованный коэффициент Бета; Тревога – показатели по шкале тревоги HADS, Депрессия – показатели по опроснику MADRS.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Анализ литературы за период 1990–2014 гг. не позволяет сделать однозначного вывода о том, насколько и каким образом по сравнению со здоровыми женщинами снижено КЖ у больных РЯ (Ahmed-Lecheheb, Joly, 2016). Результаты настоящей работы говорят о том, что снижение удовлетворенности общим КЖ присутствует у значительного числа пациенток (65%), причем наиболее значительные затруднения возникают у них в ролевой (44%), социальной (30%) и эмоциональной (22%) активности. Существующие в данном направлении исследования говорят о том, что КЖ больных РЯ определяется кластерами симптомов, при этом содержание кластеров может варьироваться в зависимости от стадии заболевания (Kim, 2018). Авторы расходятся во мнении относительно точного количества кластеров, которыми можно описать факторы, оказывающие влияние на все аспекты КЖ. Если Hwang и др. (2016) говорят о наличии семи кластеров: психологический дистресс, слабость – боль, абдоминальные нарушения, гриппоподобные симптомы, асцит и периферическая нейропатия, то другие авторы выделяют только два основных типа кластеров, оказывающих негативное влияние на КЖ больных РЯ, первый состоит из «тревоги – депрессии – слабости и нарушений сна», а второй из «боли и симптомов периферической нейропатии, обусловленных химиотерапией» (Nho, 2017). Последнее наблюдение согласуется с результатами данного исследования, свидетельствующими о том, что все сферы КЖ нарушаются у больных РЯ по мере прогрессирования заболевания, развития осложнений, а присоединение аффективных нарушений еще более снижает КЖ пациенток. Известно, что пациентки с высоким уровнем выраженности тревоги и депрессии более остро переживают имеющиеся симптомы онкологического заболевания (Hwang, 2016), а повышение уровня психологического дистресса приводит к снижению физического, эмоционального функционирования и общего КЖ (Ploos van Amstel, 2015). Результаты настоящей работы продемонстрировали, что больные РЯ с клинически очерченной тревогой и депрессией имеют значимо более низкие показатели КЖ и более остро страдают от ряда симптомов.

В ходе исследования было обнаружено, что больные данной группы испытывали наиболее частый дискомфорт в связи со слабостью (52%). Слабость выделяется в большинстве исследований как один из наиболее выраженных симптомов у больных РЯ (Sekse, 2015). Хотя у больных РЯ без клинически очерченной депрессии слабость была выражена значительно ($50,90 \pm 27,70$ балла), при сопоставлении с группой депрессивных пациенток оказалось, что при наличии депрессии данный симптом выражен еще более существенно ($69,66 \pm 24,07$ балла) ($p < 0,05$). У больных РЯ астения была значимо взаимосвязана с анемией ($r=0,33$; $p < 0,01$) и снижением показателей физической активности ($r=-0,36$; $p < 0,01$), а при наличии анемии обнаруживалась значимая взаимосвязь с клинически очерченной депрессией ($r=0,27$; $p < 0,05$). Можно предполагать, что жалобы астенического характера могут формироваться на фоне анемии и являться показанием для дополнительного клинико-психологического обследования с целью исключения формирования депрессивного нарушения. Во многих исследованиях, посвященных изучению КЖ больных РЯ, отмечается, что у пациенток значительно выражены нарушения сна и присутствует их связь с депрессией (Clevenger, 2013). Однако если произвести сопоставление групп пациенток с депрессией и без, то можно обнаружить, что высокие значения присутствуют только в группе больных с депрессией ($58,97 \pm 30,89$ балла), в то время как при отсутствии депрессии показатели нарушений сна находятся в пределах нормальных значений ($32,80 \pm 29,25$). То есть жалобы на нарушение сна также должны рассматриваться как фактор риска наличия аффективных нарушений, способных оказать негативное влияние на КЖ больной.

Построение регрессионной модели позволило наглядно продемонстрировать в данной работе, что тревога и депрессия статистически значимо определяют общее КЖ больных РЯ (31% дисперсии); при этом ведущая роль в снижении эффективности функционирования пациенток в различных сферах жизни принадлежит именно депрессии. Объективные когнитивные нарушения (КН) на оказывают значимого влияния на КЖ больных, однако модель «тревога – депрессия» значимо влияет на степень удовлетворенности своим когнитивным функционированием у больных РЯ (27%). К сожалению, во многих работах, посвященных КЖ онкологических больных, не проводится различие между объективными КН, выявляемыми только при комплексном нейропсихологическом обследовании, и субъективными жалобами пациенток на сложности концентрации внимания и припоминания, фиксируемыми шкалой «Когнитивная активность» опросника EORTC QLQ C-30. В связи с этим жалобы пациенток фиксируются как объективное снижение, что приводит к некорректному отражению картины нарушений в структуре функциональных шкал КЖ.

Проведение комплексного комбинированного лечения связано с выполнением пангистерэктомии (удаление матки и придатков), последствием которой являются хирургическая менопауза и разного рода сексуальные дисфункции, снижающие КЖ пациенток (Mirabeau-Beale, 2009). В обследованной группе больных более выраженный дистресс в связи с сексуальными дисфункциями, вызванными проводимым лечением, испытывали более молодые пациентки. Из общего числа пациенток 18% имели высокие показатели дискомфорта в связи с нарушением сексуальных функций.

Современные работы говорят о том, что финансовый статус значительно влияет на КЖ больных РЯ (Shao, 2017). Поскольку данное заболевание имеет рекуррентное течение, уровень дохода входит в число ключевых предикторов, депрессии, тревоги и КЖ женщин, получающих ХТ лечение (Mukherjee, 2018). При сопоставлении групп было обнаружено, что именно больные РЯ с депрессией испытывают значительно более существенные финансовые затруднения ($63,64 \pm 37,87$), чем группа без депрессии ($33,33 \pm 32,20$). Это позволяет говорить о том, что финансовые аспекты оказывают значимое воздействие на формирование депрессии ($p < 0,05$) и снижают КЖ пациенток.

Существующие работы зачастую проводят сравнение КЖ у больных РЯ на разных стадиях до и после химиотерапии. Выявляемое снижение по отдельным симптоматическим и функциональным шкалам авторы связывают с проводимым лечением, однако

полученные в ходе данного исследования результаты говорят о том, что снижение удовлетворенности КЖ у больных связано с прогрессированием заболевания и тяжелым соматическим и аффективным состоянием в целом, а не непосредственно химиотерапией.

ВЫВОДЫ

1. Показатели КЖ у больных РЯ определяются гетерогенным участием соматогенных факторов тревожно-депрессивных нозогенных реакций.

2. Больные РЯ наиболее часто предъявляют жалобы в связи с выраженной слабостью (52%) и потерей внешней привлекательности (68%), что может объяснять наличием "посткастрационного" синдрома и соматогенной астении; при этом жалобы на слабость значимо более выражены у больных с клинически выраженной депрессией, что говорит о возможности наличия соматогенной депрессии у данных больных.

3. Депрессивные нарушения оказывают влияние на все сферы КЖ, за исключением физического функционирования, в то время как тревожные нарушения обуславливают снижение КЖ в сферах эмоционального и когнитивного функционирования.

4. Аффективные нарушения (депрессия и тревога) в значительной степени определяют, насколько пациентки, страдающие РЯ, удовлетворены своим состоянием здоровья в целом. Ведущая роль в снижении удовлетворенности уровнем функционирования по отдельным шкалам принадлежит депрессии. Чем более выражена депрессия, тем в большей степени снижены показатели функционирования по шкалам «Физическая активность», «Ролевая активность» и «Социальная активность».

5. Удовлетворенность физическим функционированием у больных РЯ значимо взаимосвязана с характером течения заболевания (прогрессирование заболевания, метастатическое развитие процесса) и развитием осложнений в форме плеврита, астении и анемии.

6. Объем химиотерапии оказывает значимое влияние на физическую и социальную активность больных РЯ.

7. Объективные когнитивные нарушения, выявляемые в ходе нейропсихологической диагностики, не оказывают значимого влияния на параметры КЖ больных РЯ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Aaronson, N.K. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology / N.K. Aaronson, S. Ahmedzai, B. Bergman // *Journal of the National Cancer Institute*. – 1993. – Vol. 85. – No. 5. – P. 365-376.

2. Ahmed-Lecheheb, D. Ovarian cancer survivors' quality of life: a systematic review / D. Ahmed-Lecheheb, F. Joly // *Journal of Cancer Survivorship*. – 2016. – Vol. 10. – No. 5. – P. 789-801.

3. Sleep disturbance, distress, and quality of life in ovarian cancer patients during the first year after diagnosis / L. Clevenger, A. Schrepf, K. Degeest, D. Bender, M. Goodheart, A. Ahmed, L. Dahmouh, F. Penedo, J. Lucci, P.H. Thaker, L. Mendez, A.K. Sood, G.M. Slavich, S.K. Lutgendorf // *Cancer*. – 2013. – Vol. 119. – No. 17. – P. 3234-3241.

4. Hwang, K.H. Symptom clusters of ovarian cancer patients undergoing chemotherapy, and their emotional status and quality of life / K.H. Hwang, O.H. Cho, Y.S. Yoo // *European Journal of Oncology Nursing*. – 2016. – No. 21. – P. 215-222.

5. Symptom Clusters and Quality of Life According to the Survivorship Stage in Ovarian Cancer Survivors / M. Kim, K. Kim, C. Lim, J.S. Kim // *Western Journal of Nursing Research*. – 2018. – Vol. 40. – No. 9. – P. 1278-1300.

6. Epithelial ovarian cancer / S. Lheureux, C. Gourley, I. Vergote, A.M. Oza // *Lancet*. – 2019. – Vol. 393. – No. 10177. – P. 1240-1253.

7. Comparison of the quality of life of early and advanced stage ovarian cancer survivors / K.L. Mirabeau-Beale, A.B. Kornblith, R.T. Penson, H. Lee, A. Goodman, S.M. Campos, L. Duska, L. Pereira, J. Bryan, U.A. Matulonis // *Gynecologic Oncology*. – 2009. – Vol. 114. – No. 2. – P. 353-359.

8. Mukherjee, A. Impact of different sociodemographic factors on mental health status of female cancer patients receiving chemotherapy for recurrent disease / A. Mukherjee, K. Mazumder, S. Ghoshal // *Indian Journal of Palliative Care*. – 2018. – Vol. 24. – No. 4. – P. 426-430.

9. Nho, J.H. Symptom clustering and quality of life in patients with ovarian cancer undergoing chemotherapy / J.H. Nho, S.R. Kim, J.H. Nam // *European Journal of Oncology Nursing*. – 2017. – No. 30. – P. 8-14.
10. Self-reported distress in patients with ovarian cancer: is it related to disease status? / F.K. Ploos van Amstel, M.A. van Ham, E.J. Peters, J.B. Prins, P. B. Ottevanger // *International Journal of Gynecological Cancer*. – 2015. – Vol. 25. – No. 2. – P. 229-235.
11. Sekse, R.J. Fatigue and quality of life in women treated for various types of gynaecological cancers: a cross-sectional study / R.J. Sekse, K.O. Hufthammer, M.E. Vika // *Journal of Clinical Nursing*. – 2015. – Vol. 24. – No. 3-4. – P. 546-555.
12. Association of financial status and the quality of life in Chinese women with recurrent ovarian cancer / Z. Shao, T. Zhu, P. Zhang, Q. Wen, D. Li, S. Wang // *Health and Quality of Life Outcomes*. – 2017. – Vol. 15. – No. 1. – P. 144.
13. Depression and anxiety in ovarian cancer: a systematic review and meta-analysis of prevalence rates / S. Watts, P. Prescott, J. Mason, N. McLeod, G. Lewith // *BMJ Open*. – 2015. – Vol. 5. – e007618.
14. Health-related quality of life in ovarian cancer survivors: Results from the American Cancer Society's Study of Cancer Survivors / Y. Zhou, M.L. Irwin, L.M. Ferrucci, R. McCorkle, E.A. Ercolano, F. Li, K. Stein, B. Cartmel // *Gynecologic Oncology*. – 2016. – Vol. 141. – No.3. – P. 543-549.

REFERENCES

1. Aaronson, N.K., Ahmedzai, S. and Bergman, B. (1993), "The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of life instrument for use in international clinical trials in oncology", *Journal of the National Cancer Institute*, Vol. 85, No.5, pp. 365-376.
2. Ahmed-Lecheheb, D. and Joly, F. (2016), "Ovarian cancer survivors' quality of life: a systematic review", *Journal of Cancer Survivorship*, Vol. 10, No. 5, pp. 789-801.
3. Clevenger, L., Schrepf, A., Degeest, K., Bender, D., Goodheart, M., Ahmed, A., Dahmouh, L., Penedo, F., Lucci, J., Thaker, P.H., Mendez, L., Sood, A.K., Slavich, G.M. and Lutgendorf, S.K. (2013), "Sleep disturbance, distress, and quality of life in ovarian cancer patients during the first year after diagnosis", *Cancer*, Vol. 119, No.17, pp. 3234-3241.
4. Hwang, K.H., Cho, O.H. and Yoo, Y.S. (2016), "Symptom clusters of ovarian cancer patients undergoing chemotherapy, and their emotional status and quality of life", *European Journal of Oncology Nursing*, No. 21, pp. 215-222.
5. Kim, M., Kim, K., Lim, C. and Kim, JS. (2018), "Symptom Clusters and Quality of Life According to the Survivorship Stage in Ovarian Cancer Survivors", *Western Journal of Nursing Research*, Vol. 40, No. 9, pp. 1278-1300.
6. Lheureux, S., Gourley, C., Vergote, I. and Oza, A.M. (2019), "Epithelial ovarian cancer", *Lancet*, Vol. 393, No. 10177, pp. 1240-1253.
7. Mirabeau-Beale, K.L., Kornblith, A.B., Penson, R.T., Lee, H., Goodman, A., Campos, S.M., Duska, L., Pereira, L., Bryan, J. and Matulonis, U.A. (2009), "Comparison of the quality of life of early and advanced stage ovarian cancer survivors", *Gynecologic Oncology*, Vol. 114, No. 2, pp.353-359.
8. Mukherjee, A., Mazumder, K. and Ghoshal, S. (2018), "Impact of Different Sociodemographic Factors on Mental Health Status of Female Cancer Patients Receiving Chemotherapy for Recurrent Disease", *Indian Journal of Palliative Care*, Vol. 24, No. 4, pp. 426-430.
9. Nho, J.H., Kim, S.R. and Nam, J.H. (2017), "Symptom clustering and quality of life in patients with ovarian cancer undergoing chemotherapy", *European Journal of Oncology Nursing*, No. 30, p. 8-14.
10. Ploos van Amstel, F.K., van Ham, M.A., Peters, E.J., Prins, J.B. and Ottevanger, P. B. (2015), "Self-reported distress in patients with ovarian cancer: is it related to disease status?", *International Journal of Gynecological Cancer*, Vol. 25, No. 2, pp. 229-235.
11. Sekse, R.J., Hufthammer, K.O. and Vika, M.E. (2015), "Fatigue and quality of life in women treated for various types of gynaecological cancers: a cross-sectional study", *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 24, No.3-4, pp. 546-555.
12. Shao, Z., Zhu, T., Zhang, P., Wen, Q., Li, D. and Wang, S. (2017), "Association of financial status and the quality of life in Chinese women with recurrent ovarian cancer", *Health and Quality of Life Outcomes*, Vol. 15, No. 1, p. 144.
13. Watts, S., Prescott, P., Mason, J., McLeod, N. and Lewith, G. (2015), "Depression and anxiety in ovarian cancer: a systematic review and meta-analysis of prevalence rates", *BMJ Open*, Vol. 5, e007618.
14. Zhou, Y., Irwin, M.L., Ferrucci, L.M., McCorkle, R., Ercolano, E.A., Li, F., Stein, K. and Cartmel, B. (2016), "Health-related quality of life in ovarian cancer survivors: Results from the American Cancer

УДК 159.9:37.04

РОЛЬ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И СПОРТА В ОБЕСПЕЧЕНИИ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ ПЕНСИОНЕРОВ И ЛИЦ ПРЕДПЕНСИОННОГО ВОЗРАСТА

*Татьяна Петровна Будякова, кандидат психологических наук, доцент,
Ангелика Николаевна Пронина, доктор педагогических наук, доцент,
Галина Викторовна Батуркина, старший преподаватель,
Елецкий государственный университет имени И.А. Бунина
(ФГБОУ ВО «ЕГУ им. И.А. Бунина»), г. Елец*

Аннотация

В статье анализируется научное содержание понятия «жизнестойкость», его психологическое значение на различных этапах онтогенеза. Авторы раскрывают физиологические и психологические особенности пожилого возраста, рассматривая физическую культуру и спорт как факторы обеспечения жизнестойкости пенсионеров и лиц предпенсионного возраста. Указывается положительный эффект использования различных элементов физической культуры и спорта для повышения физической активности, преодоления депрессии и возрастного самоопределения людей пожилого возраста в контексте обеспечения жизнестойкости. Представлен аналитический обзор отечественных и зарубежных исследований по проблеме жизнестойкости лиц пожилого возраста, приводится позитивный опыт и результаты применения физической культуры и спорта как средства обеспечения жизнестойкости пенсионеров и лиц предпенсионного возраста.

Ключевые слова: жизнестойкость, пожилой возраст, пенсионер, предпенсионный возраст, физическая культура, физическая активность, спорт, сопротивление стрессу.

ROLE OF PHYSICAL TRAINING AND SPORTS TO ENSURE THE VIABILITY OF PENSIONERS AND THOSE APPROACHING RETIREMENT AGE

*Tatyana Petrovna Budyakova, the candidate of psychological sciences, senior lecturer,
Angelica Nikolaevna Pronina, the doctor of pedagogical sciences, senior lecturer,
Galina Viktorovna Baturkina, the senior teacher,
Bunin Yelets State University, Yelets*

Annotation

The article analyzes the scientific content of the concept of "viability", its development and significance at various stages of ontogenesis. The authors reveal the legal, physiological and psychological characteristics of the elderly, and distinguish physical training and sports as factors to ensure the viability of pensioners and persons who have approached the retirement age. The positive effect of using of various elements of physical training and sports to increase physical activity, to overcome depression and to stabilize the self-determination of older people as aspects of viability is indicated. The analysis of various problems of vitality of older people in domestic and foreign science is presented, positive experience and results of using of physical training and sports as a means of ensuring the viability of pensioners and persons having approached retirement age are given.

Keywords: viability, old age, pensioners, persons approaching retirement age, physical training, physical activity, sports, resistance to stress.

Классическое определение жизнестойкости дано родоначальником зарубежной концепции жизнестойкости S.R. Maddi. Он определяет данное качество как совокупность установок личности, которые помогают расширить эффективность человека в