

# ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ, ОРГАНИЗАЦИЯ И СОЦИОЛОГИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 614.2+618.2.071+618.3-06: 316.34  
EDN: MSMQNR  
<https://doi.org/10.15275/ssmj2104455>

Оригинальная статья

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ПОЗДНИЕ СТАДИИ БОЛЕЗНИ, РЕЛЕВАНТНОЕ ХАРАКТЕРИСТИКАМ СОЦИАЛЬНОГО ПОРТРЕТА

Г.Н. Бочкарева<sup>1</sup>, А.А. Макиенко<sup>1</sup>, И.Л. Кром<sup>1</sup>, М.В. Еругина<sup>1</sup>, М.М. Орлова<sup>2</sup>, М.В. Власова<sup>1</sup>, А.А. Войтешак<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Россия

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Саратовский национальный исследовательский государственный университет им. Н.Г. Чернышевского», Саратов, Россия

<sup>3</sup>ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России, филиал в г. Москве, Россия

## QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH ADVANCED-STAGE CANCER IN RELATION TO THEIR SOCIAL PROFILE CHARACTERISTICS

G.N. Bochkareva<sup>1</sup>, A.A. Makienko<sup>1</sup>, I.L. Krom<sup>1</sup>, M.V. Erugina<sup>1</sup>, M.M. Orlova<sup>2</sup>, M.V. Vlasova<sup>1</sup>, A.A. Vojteshak<sup>3</sup>

<sup>1</sup>V.I. Razumovsky Saratov State Medical University, Saratov, Russia

<sup>2</sup>Saratov State University, Saratov, Russia

<sup>3</sup>Branch of the S.M. Kirov Military Medical Academy, Moscow, Russia

Для цитирования: Бочкарева Г.Н., Макиенко А.А., Кром И.Л., Еругина М.В., Орлова М.М., Власова М.В., Войтешак А.А. Качество жизни пациентов с онкологическими заболеваниями в поздние стадии болезни, релевантное характеристикам социального портрета. Саратовский научно-медицинский журнал. 2025; 21 (4): 455–461. EDN: MSMQNR. <https://doi.org/10.15275/ssmj2104455>.

**Аннотация.** Цель: анализ качества жизни (КЖ), ассоциированного с характеристиками медико-социального портрета пациентов с онкологическим заболеванием в поздние стадии болезни. *Материал и методы.* По методике, разработанной академиком РАН А.В. Решетниковым, оценены социально-демографические характеристики 417 пациентов (средний возраст: 61±1 год), страдающих онкологическими заболеваниями III и IV стадий; 57,4% – женщины. КЖ оценивали по опроснику КЖ Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ КЖ-100), значение религиозных убеждений – по шкале Ю.Ю. Синелиной. *Результаты.* Суммарный балл КЖ респондентов снижен до значения 74,73. В большей степени показатели снижены в таких субсферах, как «Физическая», «Психологическая», «Уровень независимости», «Социальные отношения», «Окружающая среда». Снижение КЖ ассоциировано с полом, возрастом, уровнем образования, территорией проживания, семейным положением, уровнем финансовых ограничений, длительностью болезни, значением религиозных убеждений для респондента. Для 87,8% респондентов религиозные убеждения имеют важное значение. У респондентов, регулярно совершающих молитвы, средние значения показателей КЖ в субсфере «Физическая безопасность и защищенность» и сфере «Окружающая среда» были более высокими. *Заключение.* Отмечено снижение средних значений показателей КЖ во всех сферах и субсферах опросника ВОЗ КЖ-100. Установлены соматически и социально детерминированные различия КЖ, ассоциированные с характеристиками медико-социального портрета пациентов с онкологическим заболеванием в поздних стадиях болезни. Религиозные убеждения будут способствовать повышению КЖ пациентов при условии учета духовных потребностей при организации паллиативной помощи.

**Ключевые слова:** пациент с онкологическим заболеванием, качество жизни, социальная характеристика, религиозные убеждения

For citation: Bochkareva GN, Makienko AA, Krom IL, Erugina MV, Orlova MM, Vlasova MV, Vojteshak AA. Quality of life in patients with advanced-stage cancer in relation to their social profile characteristics. *Saratov Journal of Medical Scientific Research*. 2025; 21 (4): 455–461. (In Russ.) EDN: MSMQNR. <https://doi.org/10.15275/ssmj2104455>.

**Abstract.** Objective: to analysis of the quality of life associated with the characteristics of the medical and social portrait of patients with cancer in the later stages of the disease. Material and methods. According to the method developed by Academician of the Russian Academy of Sciences A.V. Reshetnikov, the socio-demographic characteristics of 417 patients 61±1 years old suffering from cancer of stages III and IV were assessed; 57.4% are women. Quality of life was assessed according to the World Health Organization (WHO QoL 100) international questionnaire, the value of religious beliefs was assessed according to the Yu.Yu. Sinelina scale. Results. The total quality of life score of the respondents was reduced to 74.73 points. To a greater extent, the indicators are reduced in the subspheres "Physical", "Psychological", "Level of independence", "Social relations", "Environment". The decline in quality of life is associated with gender, age, level of education, territory of residence, marital status, level of financial restrictions, duration of illness, value of religious beliefs for the respondent. For 87.8% of respondents, religious beliefs are important. For respondents who regularly pray, the average values of quality of life indicators in the sub-sphere "Physical safety and security" and in the sphere "Environment" were higher. Conclusion. There was a decrease in the average values of quality of life indicators in all areas and subspheres of the WHO QoL 100 questionnaire. Somatically and socially determined differences in quality of life associated with the characteristics of the medical and social portrait of cancer patients in the later stages of the disease were established. Religious beliefs will contribute to improving the quality of life of patients, provided that spiritual needs are taken into account when organizing palliative care.

**Keywords:** cancer patients with cancer, quality of life, social characteristics, religious beliefs

**Введение.** Современная онкология успешно развивается в направлении создания новых медицинских технологий и системной терапии в лечении онкологических заболеваний, определяющих витальный прогноз пациентов, что обеспечивает увеличение продолжительности их жизни [1]. Онкологические заболевания в последние десятилетия эволюционируют от терминального диагноза к хронической болезни; увеличивается число пациентов с хроническим течением онкологического заболевания [2], меняются подходы к оказанию медицинской помощи пациентам с таким заболеванием в различные периоды болезни.

Пациентам с прогрессирующим онкологическим заболеванием со значительной симптоматической нагрузкой, находящимся в психосоциальном, эмоциональном и экзистенциальном стрессе, снижающем качество их жизни (КЖ) [3], имеющим неудовлетворенные духовные/экзистенциальные потребности, необходима паллиативная помощь [4]. Для пациентов, живущих с прогрессирующим онкологическим заболеванием, основной целью паллиативной помощи является восстановление контроля над многими аспектами жизни, оптимизация КЖ [5].

Многие десятилетия выживание пациента при онкологическом заболевании было единственным показателем успеха или неудачи в лечении. Хотя выживание пациента все еще остается ключевой проблемой, но также известно, что выжившие больные могут иметь низкое КЖ, показатели которого в современной медицине являются важнейшими в оценке результата лечения и ресоциализации онкологических больных [6]. КЖ рассматривается более значимым критерием оценки результатов противоопухолевой терапии, чем первичный ответ опухоли на проводимое лечение [7].

В последние десятилетия наблюдается увеличение числа исследований КЖ, релевантного здоровью, для оценки соматического состояния и эффективности лечения, бремени болезни, основанной на восприятии пациента [8].

**Цель** – анализ КЖ, ассоциированного с характеристиками медико-социального портрета пациентов с онкологическим заболеванием в поздние стадии болезни.

**Материал и методы.** Для составления медико-социального портрета пациентов с онкологическими заболеваниями в поздних стадиях болезни проведено исследование с использованием вопросов анкет, разработанных академиком РАН А.В. Решетниковым [9]. Исследование с участием 417 респондентов трудоспособного возраста проводилось на базе ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер», а также в паллиативных отделениях медицинских организаций региона.

Верификация диагноза включала анализ жалоб пациента, анамнестических, клинических данных, результатов инструментального обследования.

Критерии включения респондентов:

- наличие у пациента III–IV стадии онкологического заболевания;
- лечение и наблюдение в медицинских организациях Саратовской области;
- наличие информированного согласия на участие в исследовании.

Критерии исключения:

- ранние стадии онкологического заболевания;
- отказ от информированного согласия.

Среди локализаций онкологического заболевания у женщин преобладали злокачественные

новообразования репродуктивной системы (46,3%), молочной железы (34,9%), мочеполовой системы (22,7%). У мужчин – злокачественные новообразования мочеполовой системы (26,8%), репродуктивной системы (24,9%), предстательной железы и органов дыхания (по 21,1%).

У 59,8% респондентов длительность течения онкологического заболевания не превышала 5 лет. Установленную I группу инвалидности имели 46,3% респондентов.

По гендерному составу выборки преобладали женщины – 239 (57,4%), мужчин было 178 (42,6%).

Средний возраст респондентов составил 61±1 год.

В городе проживали 77,0% исследуемых лиц.

Высшее образование было у 50,0% респондентов. 43,4% опрошенных являлись пенсионерами, 20,5% – представители рабочих профессий. В бюджетной организации работают 56,6% респондентов.

Среди участников опроса 70,5% состояли в браке.

При составлении медико-социального портрета пациентов проводилось исследование финансовых деприваций пациентов с онкологическими заболеваниями в поздних стадиях болезни с использованием депривационного подхода [10].

Рассматривались 4 степени финансовых деприваций:

4-я степень депривации (1,6%) – семья респондента живет «за гранью бедности», денег не хватает даже на питание;

3-я степень депривации (13,1%) – респонденты отмечают, что живут «на грани бедности», денег едва хватает на питание;

2-я степень депривации (41,8% в) – «денег хватает на питание и самое необходимое»;

1-я степень депривации (41,0%) – респонденты отмечают, что «живут более-менее прилично», покупка большинства товаров не вызывает трудностей.

«Денег хватает на все» в семье у 3,2% респондентов.

По данным исследования, 32,8% респондентов имеют среднемесячный доход на 1 члена семьи в диапазоне 19 000–27 000 р. В семьях 41,8% респондентов «денег хватает на питание и самое необходимое», в 44,9% семей работает только один член семьи. 80,8% респондентов имеют собственную квартиру (дом).

Половина участников опроса не выполняют назначения врача потому, что «не хватает средств на лекарства», 45,9% респондентов «не доверяют врачам», а 31,1% – «не верят в возможность выздоровления».

Что касается готовности к расходам на лекарственные препараты, 29,5% респондентов могут выделить на их приобретение сумму в пределах 1000–2000 р. ежемесячно.

Идентифицировали себя как верующих 77,7% респондентов; 58,1% опрошенных считают себя прихожанином или членом местной религиозной организации. Большинство (95,0%) участников опроса считают, что пациент имеет право на посещение священнослужителя при стационарном лечении. Регулярно совершают молитвенное правило 57,1% человек. Большинству (57,4%) верующих респондентов помогает справиться с болезнью молитва, 18,9% – пост, 17,2% – посещение богослужений и совершение таинств.

Для исследования КЖ респондентов был использован опросник КЖ Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ КЖ-100) [11]. Значение религиозных убеждений для респондентов определяли с использованием шкалы Ю.Ю. Синелиной [12].

Анализ результатов проведенного анкетирования респондентов проводили с использованием программ SPSS PASW Statistics 16 и Microsoft Excel 7.0, и он включал предварительную обработку анкет, подготовку данных для ввода в SPSS Statistics и интерпретацию полученных результатов.

Статистическую обработку результатов анкетирования осуществляли с помощью стандартных алгоритмов программы SPSS Statistics. Рассчитывали средние значения (медианы – *Me*) показателей КЖ респондентов.

Параметры приводятся в виде  $M \pm m$  ( $M$  – среднее арифметическое,  $m$  – стандартное отклонение) и в виде *Me* и 1-го и 3-го квартилей (*Q*). Тест Колмогорова – Смирнова показал, что 15 из 25 показателей КЖ (F1–F24, G) имеют распределение, отличное от нормального,

поэтому при сравнении средних используются *Me* и непараметрический критерий Манна – Уитни.

**Результаты.** Результаты оценки КЖ респондентов с онкологическими заболеваниями в поздних стадиях болезни по сферам и субсферам опросника ВОЗ КЖ-100 представлены в табл. 1.

При анализе КЖ респондентов отмечается снижение средних значений показателей КЖ во всех сферах и субсферах опросника, в большей степени в таких субсферах, как F1 «Физическая боль и дискомфорт» (11,64 балла) «Физической сферы», F7 «Образ тела и внешность» (11,72 балла), F8 «Отрицательные эмоции» (10,06 балла) «Психологической сферы», F9 «Подвижность» (11,86 балла), F11 «Зависимость от лекарств и лечения» (10,52 балла) сферы «Уровень независимости», F15 «Сексуальные

Таблица 1

Средние значения показателей качества жизни респондентов, балл

Сфера, субсфера	<i>M</i>	<i>m</i>	<i>Me</i>	<i>Q</i>	
				1-й	3-й
F1 «Физическая боль и дискомфорт»	11,64	2,93	12,00	9,75	13,00
F2 «Жизненная активность, энергия и усталость»	12,31	2,70	12,00	11,00	14,00
F3 «Сон и отдых»	12,49	1,23	12,00	12,00	13,00
F4 «Положительные эмоции»	12,28	3,21	12,00	10,00	14,25
F5 «Мышление, обучаемость, память и концентрация»	13,48	2,01	14,00	12,00	15,00
F6 «Самооценка»	14,93	2,82	16,00	13,00	16,00
F7 «Образ тела и внешность»	11,72	1,50	12,00	10,00	13,00
F8 «Отрицательные эмоции»	10,06	2,54	10,00	8,00	12,00
F9 «Подвижность»	11,86	1,20	12,00	11,00	12,00
F10 «Способность выполнять повседневные дела»	12,36	2,42	13,00	11,00	14,00
F11 «Зависимость от лекарств и лечения»	10,52	2,49	10,00	9,00	12,00
F12 «Способность к работе»	12,70	1,97	13,00	12,00	14,00
F13 «Личные отношения»	12,79	1,62	13,00	12,00	14,00
F14 «Практическая социальная поддержка»	13,06	2,61	13,00	11,00	15,00
F15 «Сексуальные отношения»	11,89	1,69	12,00	11,00	13,00
F16 «Физическая безопасность и защищенность»	11,75	2,20	12,00	10,00	14,00
F17 «Окружающая среда дома»	13,89	3,04	14,00	12,00	16,00
F18 «Финансовые ресурсы»	12,22	3,04	12,00	10,75	14,00
F19 «Медицинская и социальная помощь (доступность и качество)»	12,48	2,64	12,00	11,00	14,00
F20 «Возможности для приобретения новой информации и навыков»	13,13	2,58	13,00	12,00	15,00
F21 «Возможности для отдыха и развлечений и их использование»	12,94	2,83	12,00	11,00	15,00
F22 «Окружающая среда»	12,81	1,66	13,00	12,00	14,00
F23 «Транспорт»	12,37	1,19	12,00	12,00	13,00
F24 «Духовность/религия/личные убеждения»	12,95	2,35	12,00	11,75	14,00
G «Общее качество жизни и состояние здоровья»	13,15	2,25	13,00	11,00	15,00
«Физическая сфера»	12,15	1,55	12,00	11,33	13,33
«Психологическая сфера»	12,50	1,11	12,50	11,60	13,20
сфера «Уровень независимости»	11,86	0,82	11,88	11,25	12,50
сфера «Социальные отношения»	12,58	1,45	12,33	11,58	13,42
сфера «Окружающая среда»	12,70	1,51	12,56	11,63	13,50
«Духовная сфера»	12,95	2,35	12,00	11,75	14,00
Общий балл	74,73	5,96	73,93	70,51	78,50

отношения» (11,89 балла) сферы «Социальные отношения», F16 «Физическая безопасность и защищенность» (11,75 балла) сферы «Окружающая среда». Суммарный балл КЖ респондентов снижен до значения 74,73.

В ходе исследования проведен сравнительный анализ КЖ, ассоциированного с характеристиками медико-социального портрета пациентов с онкологическим заболеванием в поздние стадии болезни. Выявлены статистически значимые различия.

**Гендерные различия.** У женщин зафиксировано снижение средних значений показателей КЖ в субсфере F2 «Жизненная активность, энергия и усталость» ( $p=0,019$ ) и «Физической сфере» ( $p=0,022$ ) по сравнению с мужчинами.

**Возраст.** В группе респондентов старше 70 лет наблюдалось уменьшение средних значений показателей КЖ в субсферах F6 «Самооценка» ( $p=0,047$ ), F13 «Личные отношения» ( $p=0,012$ ), F23 «Транспорт» ( $p=0,04$ ).

**Уровень образования.** У респондентов со средним образованием отмечено снижение показателей в субсфере F3 «Сон и отдых» ( $p=0,023$ ). У лиц с высшим образованием – в субсферах F2 «Жизненная активность, энергия и усталость» ( $p=0,027$ ), F3 «Сон и отдых» ( $p=0,021$ ), в «Физической сфере» ( $p=0,029$ ).

**Территория проживания.** Показатели КЖ у жителей городов оказались выше, чем у проживающих на сельских территориях, в субсфере F6 «Самооценка» ( $p=0,031$ ).

Компаративный анализ также показал следующее:

У вдовцов/вдов наблюдается снижение показателей в субсфере F17 «Окружающая среда дома» ( $p=0,044$ ).

У респондентов, работающих в бюджетных организациях, отмечено снижение показателей в субсфере F2 «Жизненная активность, энергия и усталость» ( $p=0,005$ ) и F14 «Практическая социальная поддержка» ( $p=0,038$ ) и повышение показателей в субсфере F11 «Зависимость от лекарств и лечения» ( $p=0,003$ ).

При анализе данных выявлены статистически значимые различия показателей КЖ респондентов, связанные с уровнем финансовых ограничений: у лиц с III степенью депривации зафиксировано снижение средних значений показателей КЖ в ряде субсфер опросника ВОЗ КЖ-100: F2 «Жизненная активность, энергия и усталость» ( $p=0,035$ ), F4 «Положительные эмоции» ( $p=0,009$ ), F10 «Способность выполнять повседневные дела» ( $p=0,001$ ), F14 «Практическая социальная поддержка» ( $p=0,002$ ), F19 «Медицинская и социальная помощь (доступность и качество)» ( $p=0,011$ ), F20 «Возможности для приобретения новой информации и навыков» ( $p=0,017$ ), F22 «Окружающая среда» ( $p=0,021$ ), G «Общее качество жизни и состояние здоровья» ( $p<0,001$ ), в таких сферах, как «Психологическая» ( $p=0,013$ ), «Уровень независимости» ( $p=0,015$ ), «Социальные отношения» ( $p=0,003$ ), «Окружающая среда» ( $p=0,017$ ), а также общим балле ( $p=0,004$ ); выше в субсфере F11 «Зависимость от лекарств и лечения» ( $p=0,04$ ).

Отмечается снижение средних значений показателей КЖ респондентов со II степенью депривации по сравнению с респондентами с таковой I степени в субсферах F4 «Положительные эмоции» ( $p=0,004$ ), F10 «Способность выполнять повседневные дела» ( $p=0,048$ ), F23 «Транспорт» ( $p=0,007$ ), в

«Психологической сфере» ( $p=0,010$ ), а также в общем балле ( $p=0,043$ ).

При среднемесячном доходе на 1 члена семьи менее 14 тыс. р. (16,4% респондентов) по сравнению с респондентами, имеющими среднемесячный доход 19–27 тыс. р. в месяц, наблюдается снижение средних значений показателей КЖ в субсферах F5 «Мышление, обучаемость, память и концентрация» ( $p=0,017$ ), F10 «Способность выполнять повседневные дела» ( $p=0,032$ ), F13 «Личные отношения» ( $p=0,023$ ), F14 «Практическая социальная поддержка» ( $p=0,044$ ), F19 «Медицинская и социальная помощь (доступность и качество)» ( $p=0,010$ ), F22 «Окружающая среда» ( $p=0,038$ ), G «Общее качество жизни и состояние здоровья» ( $p=0,0011$ ).

По сравнению с респондентами со среднемесячным доходом свыше 27 тыс. р. в месяц в группе респондентов при среднемесячном доходе на 1 члена семьи менее 14 тыс. р. отмечается снижение средних значений показателей КЖ в субсферах F6 «Самооценка» ( $p=0,020$ ), F10 «Способность выполнять повседневные дела» ( $p=0,033$ ), F13 «Личные отношения» ( $p=0,005$ ), F17 «Окружающая среда дома» ( $p=0,010$ ), F20 «Возможности для приобретения новой информации и навыков» ( $p=0,008$ ), G «Общее качество жизни и состояние здоровья» ( $p=0,014$ ), повышение средних значений показателей КЖ в субсфере F11 «Зависимость от лекарств и лечения» ( $p=0,030$ ).

При среднемесячном доходе на члена семьи от 14 до 19 тыс. р. в месяц по сравнению с респондентами со среднемесячным доходом от 19 до 27 тыс. р. в месяц отмечается снижение средних значений показателей КЖ в субсферах F5 «Мышление, обучаемость, память и концентрация» ( $p=0,046$ ), F6 «Самооценка» ( $p=0,016$ ), F10 «Способность выполнять повседневные дела» ( $p=0,004$ ), F13 «Личные отношения» ( $p=0,035$ ), F14 «Практическая социальная поддержка» ( $p=0,032$ ), F17 «Окружающая среда дома» ( $p=0,013$ ), F19 «Медицинская и социальная помощь (доступность и качество)» ( $p=0,010$ ), сфере «Социальные отношения» ( $p=0,036$ ), повышение показателей в субсфере F16 «Физическая безопасность и защищенность» ( $p=0,035$ ). По сравнению с респондентами со среднемесячным доходом свыше 27 тыс. р. в месяц отмечается снижение средних значений показателей КЖ в субсферах F6 «Самооценка» ( $p=0,006$ ), F10 «Способность выполнять повседневные дела» ( $p=0,006$ ), F13 «Личные отношения» ( $p=0,009$ ), F17 «Окружающая среда дома» ( $p=0,009$ ), сфере «Социальные отношения» ( $p=0,029$ ), повышение средних значений показателей КЖ в субсфере F11 «Зависимость от лекарств и лечения» ( $p=0,024$ ).

При среднемесячном доходе на 1 члена семьи от 19 до 27 тыс. р. в месяц по сравнению с респондентами со среднемесячным доходом на 1 члена семьи свыше 27 тыс. р. в месяц отмечается повышение показателей в субсфере F11 «Зависимость от лекарств и лечения» ( $p=0,026$ ).

Анализ данных показал, что отсутствие собственного жилья сопряжено со статистически значимым снижением показателей КЖ в следующих субсферах: F6 «Самооценка» ( $p=0,001$ ), F10 «Способность выполнять повседневные дела» ( $p=0,023$ ), F13 «Личные отношения» ( $p=0,020$ ), F20 «Возможности для приобретения новой информации и навыков» ( $p=0,005$ ), F24 «Духовность/религия/личные убеждения» ( $p=0,040$ ), «Духовной сфере» ( $p=0,040$ ), обратное соотношение в субсферах F7 «Образ тела и внешность» ( $p=0,001$ ), F8 «Отрицательные эмоции» ( $p=0,013$ ).

Наиболее выраженное снижение средних значений показателей КЖ зафиксировано у респондентов с длительною болезнью от 5 до 9 лет (18,8% выборки) по сравнению с опрошенными с длительностью заболевания до 5 лет: снижение средних значений показателей КЖ в субсферах F4 «Положительные эмоции» ( $p=0,004$ ), F5 «Мышление, обучаемость, память и концентрация» ( $p<0,001$ ), F13 «Личные отношения» ( $p=0,036$ ), F17 «Окружающая среда дома» ( $p=0,033$ ), F19 «Медицинская и социальная помощь (доступность и качество)» ( $p=0,015$ ), F20 «Возможности для приобретения новой информации и навыков» ( $p=0,023$ ), F24 «Духовность/религия/личные убеждения» ( $p=0,004$ ), G «Общее качество жизни и состояние здоровья» ( $p=0,049$ ), в сферах: «Психологическая» ( $p<0,001$ ), «Социальные отношения» ( $p=0,007$ ), «Окружающая среда» ( $p=0,018$ ), «Духовная» ( $p=0,004$ ), а также общем балле ( $p=0,008$ ); повышение средних значений показателей КЖ в субсферах F3 «Сон и отдых» ( $p=0,017$ ), F11 «Зависимость от лекарств и лечения» ( $p=0,034$ ).

В нашем исследовании обсуждался вопрос о важности религиозных убеждений в жизни человека. Для 87,8% респондентов в проведенном исследовании религиозные убеждения имеют важное значение и являются для них определяющими [12] (табл. 2).

Респонденты, регулярно совершающие молитвы, демонстрировали статистически значимо более высокие средние показатели КЖ в субсфере F16 «Физическая безопасность и защищенность» ( $p=0,037$ ) и сфере «Окружающая среда» ( $p=0,039$ ).

**Обсуждение.** В результате проведенного исследования мы обнаружили снижение КЖ по всем сферам и субсферам опросника ВОЗ КЖ-100. К сожалению, сравнить полученные данные с референсными значениями показателей КЖ не представляется возможным. Известно многоцентровое исследование КЖ «МИРАЖ» [13], содержащее референтную базу популяционных значений стандартизированных показателей КЖ, которые могут применяться для компаративного анализа КЖ пациентов с различными заболеваниями. Однако компаративный анализ значений исследуемых показателей КЖ пациентов с онкологическими заболеваниями с использованием результатов исследования «МИРАЖ» не может быть осуществлен, поскольку в указанном исследовании представлены популяционные показатели КЖ по опроснику SF-36 (The Short Form-36).

Связанное со здоровьем КЖ традиционно определяется соматическими, демографическими, социально-психологическими аспектами, но «духовность является уникальным аспектом качества жизни» [14]. В физической сфере КЖ определяется «тяжестью симптомов заболевания и возможными побочными эффектами лечения». В психологическом аспекте оно может быть обусловлено «чувством

одиночества и неуверенности». В социальной сфере на КЖ «влияют ограничения, связанные с выполнением общественных функций». В духовном и религиозном пространстве важным фактором может быть характер отношений с Богом [15].

В контексте паллиативной помощи духовность – это «динамичный и внутренний аспект человеческой природы, с помощью которого люди ищут высший смысл, цель и трансцендентность, а также выстраивают отношения с самими собой, семьей, другими людьми, сообществом, обществом...» [16]. Духовность, рассматриваемая в связи с религией, переплетается с религиозностью, которая выражается в интенсивности участия верующего в религиозных практиках [17]. Исследователи предполагают, что вовлеченность онкологических больных в сферу их религиозной духовности отражается в частоте их участия в богослужениях, молитвенных собраниях и совершении различных религиозных обрядов, с одной стороны. С другой стороны, онкологические больные, предпочитающие различные варианты внеконфессиональной духовности, находят в своих концептуальных построениях содержание, которое помогает им скорректировать жизненные приоритеты, выстроить новую иерархию потребностей, внутренне интегрироваться, открыть для себя другие ценности, возродить моральное сопротивление, пробудить надежду, укрепить чувство безопасности [18, 19]. По мнению О.А. Судоргина и соавт. [20], «религиозно-духовная составляющая может и должна играть серьезную роль при переходе лечения в стадию оказания паллиативной помощи».

Для онкологических больных духовный/религиозный аспект является неотъемлемой частью курса лечения и влияет на КЖ в сферах здоровья, физического, эмоционального и социального функционирования [17].

**Заключение.** В исследовании установлены соматически и социально детерминированные различия КЖ, ассоциированные с характеристиками медико-социального портрета онкологических пациентов в поздних стадиях болезни. Отмечено снижение средних значений показателей КЖ во всех сферах и субсферах опросника ВОЗ КЖ-100, в большей степени в таких сферах, как «Физическая», «Психологическая», «Уровень независимости», «Социальные отношения», «Окружающая среда». Суммарный балл КЖ респондентов снижен до значения 74,73.

Выявлены статистически значимые различия при проведении сравнительного анализа КЖ, ассоциированного с характеристиками медико-социального портрета пациентов с онкологическим заболеванием в поздние стадии болезни.

Для 87,8% респондентов в нашем исследовании религиозные убеждения имеют важное значение. У регулярно совершающих молитвы пациентов отмечаются более высокие средние значения

Таблица 2

Значение религиозных убеждений для респондентов

Показатель	Значение				
	0	1–2	3–5	6–8	9–10
Количество баллов	0	1–2	3–5	6–8	9–10
Характеристика религиозного убеждения	Не имеет значения	Небольшое значение	Имеет значение	Важное значение	Имеет определяющее значение
Число респондентов, %	0,8	11,4	42,6	32,8	12,3

показателей КЖ в субсфере F16 «Физическая безопасность и защищенность» и сфере «Окружающая среда». Религиозные убеждения будут способствовать улучшению КЖ пациентов, если таковые будут удовлетворены при оказании паллиативной помощи.

**Конфликт интересов.** Конфликт интересов отсутствует.

**Вклад авторов.** Все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.

**Информированное согласие на публикацию.** Пациенты подписали форму добровольного информированного согласия на публикацию медицинской информации.

**Источник финансирования.** Авторы декларируют отсутствие внешнего финансирования для проведения исследования и публикации статьи.

**Соответствие принципам этики.** Протокол исследования одобрен локальным этическим комитетом. Одобрение и процедуру проведения протокола получали по принципам Хельсинкской декларации.

### References (Список источников)

1. Karitsky AP, Chulkova VA, Pestereva EV, et al. Rehabilitation of the cancer patient as a basis for improving quality of life. *Problems in Oncology*. 2015;61(2):180-4. (In Russ.) Карицкий А.П., Чулкова В.А., Пестерева Е.В. и др. Реабилитация онкологического больного как основа повышения качества его жизни. *Вопросы онкологии*. 2015;61(2):180-4.
2. Raj VS, Pugh TM, Yaguda SI, et al. The who, what, why, when, where, and how of team-based interdisciplinary cancer rehabilitation. *Seminars in Oncology Nursing*. 2020;36:150974. DOI:10.1016/j.soncn.2019.150974
3. Satija A, Lorenz K, DeNatale M, et al. Role of early palliative care in advanced head-and-neck cancers patients. *Indian J Palliat Care*. 2019;25(1):153-5. DOI:10.4103/IJPC.IJPC\_142\_18
4. Novikov GA, Rudoy SV, Weisman MA, et al. Palliative care in the Russian Federation: current state and development prospects. URL: <http://mfvt.ru/palliativnaya-pomoshh-v-rossijskoj-federacii-sovremennoe-sostoyanie-i-perspektivy-razvitiya/> (15 Mar 2025). (In Russ.) Новиков Г.А., Рудой С.В., Вайсман М.А. и др. Паллиативная помощь в Российской Федерации: современное состояние и перспективы развития. URL: <http://mfvt.ru/palliativnaya-pomoshh-v-rossijskoj-federacii-sovremennoe-sostoyanie-i-perspektivy-razvitiya/> (дата обращения: 15.03.2025).
5. Silver JK, Baima J, Mayer RS. Impairment-driven cancer rehabilitation: An essential component of quality care and survivorship. *CA Cancer J Clin*. 2013;63(5):295-317. DOI:10.3322/caac.21186
6. Takayuki A, Yoshihide O, Takatsugu S, et al. Longitudinal changes in the quality of life of oral cancer patients during the perioperative period. *Int J Clin Oncol*. 2018;23(6):1038-45. DOI:10.1007/s10147-018-1322-3
7. Szturz P, Vermorken JB. Treatment of elderly patients with squamous cell carcinoma of the head and neck. *Front Oncol*. 2016;6:199. DOI:10.3389/fonc.2016.00199
8. Tsvetkova SB, Ivanova IvD, Tsvetanova KT. Changes in the quality of life of patients with oncological diseases. *Sciences of Europe*. 2024;134(134):21-4. (In Russ.) Цветкова С.Б.,

Иванова Ив.Д., Цветанова К.Т. Изменения качества жизни пациентов онкологических заболеваний. *Sciences of Europe*. 2024;134(134):21-4.

9. Reshetnikov AV. *Medico-sociological monitoring: A guide*. Moscow: Meditsina, 2003; 1047 p. (In Russ.) Решетников А.В. Медико-социологический мониторинг: рук. М.: Медицина, 2003; 1047 с.

10. Davydova NM. Deprivation approach in poverty assessments. *Sotsiologicheskie Issledovaniya*. 2003;6:88-96. (In Russ.) Давыдова Н.М. Депривационный подход в оценках бедности. *Социологические исследования*. 2003;6:88-96.

11. Nikiforov GS (Ed.) *Diagnostics of Health. Psychological practicum*. Saint Petersburg: Rech, 2011; 949 p. (In Russ.) Никифоров Г.С. (ред.) Диагностика здоровья. Психологический практикум. СПб.: Речь, 2011; 949 с.

12. Sinelina YuYu. New Trends in the religious consciousness and behavior of russians. *Vestnik of Moscow University. Series 18. Sociology and Political Science*. 2013;(1):76-82. (In Russ.) Синелина Ю.Ю. Новые тенденции в религиозном сознании и поведении россиян. *Вестник Московского университета*. Сер. 18. Социология и политология. 2013;(1):76-82.

13. Amirdjanova VN, Goryachev DV, Korshunov NI, et al. SF-36 questionnaire population quality of life indices Objective. *Rheumatology Science and Practice*. 2008;46(1):36-48. (In Russ.) Амирджанова В.Н., Горячев Д.В., Коршунов Н.И. и др. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования качества жизни «МИРАЖ»). *Научно-практическая ревматология*. 2008;46(1):36-48. DOI:10.14412/1995-4484-2008-852

14. Davison SN, Jhangri GS. Existential and religious dimensions of spirituality and their relationship with health-related quality of life in chronic kidney disease. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2010;5(11):1969-76. DOI:10.2215/CJN.01890310

15. Leppert W, Forycka M, de Walden-Gatuszko K, et al. Ocena jakości życia u chorych na nowotwory – zalecenia dla personelu oddziałów onkologicznych i medycyny paliatywnej. *Psychoonkologia*. 2014;1:17-29.

16. Puchalski CM, Vitillio R, Hull SK, Reller N. Improving the spiritual dimension of whole person care: Reaching national and international consensus. *J Palliat Med*. 2014;7:642-56. DOI:10.1089/jpm.2014.9427

17. Majda A, Szul N, Kołodziej K, et al. Influence of spirituality and religiosity of cancer patients on their quality of life. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(9):4952. DOI:10.3390/ijerph19094952

18. Byrne CM, Morgan DD. Patterns of religiosity, death anxiety, and hope in a population of community dwelling palliative care patients in New Zealand – What gives hope if religion can't? *Am J Hosp Palliat Care*. 2020;37:377-84. DOI:10.1177/1049909119891148

19. Cheng Q, Liu X, Li X, et al. Improving spiritual well-being among cancer patients: Implications for clinical care. *Support Care Cancer*. 2019;27:3403-9. DOI:10.1007/s00520-019-4636-4

20. Sudorgin OA, Karelina MYu. The influence of religious dogmas of the main confessions in Russia on the nature and content of palliative care. *Nauchnyy Zhurnal*. 2019;11(45):86-90. (In Russ.) Судоргин О.А., Карелина М.Ю. Влияние религиозных догматов основных конфессий России на характер и содержание паллиативной помощи. *Научный журнал*. 2019;11(45):86-90.

Статья поступила в редакцию 05.05.2025; одобрена после рецензирования 06.11.2025; принята к публикации 20.11.2025. The article was submitted 05.05.2025; approved after reviewing 06.11.2025; accepted for publication 20.11.2025.

### Информация об авторах:

**Галина Николаевна Бочкарева** – старший преподаватель кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины), [bofrida@rambler.ru](mailto:bofrida@rambler.ru), ORCID 0000-0003-1990-7182; **Анна Анатольевна Макиенко** – соискатель кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины), [takielkova@ood2.ru](mailto:takielkova@ood2.ru), ORCID 0000-0003-4472-0555; **Ирина Львовна Кром** – профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины), профессор, доктор медицинских наук, [irina.crom@yandex.ru](mailto:irina.crom@yandex.ru), ORCID 0000-0003-1355-5163; **Марина Васильевна Еругина** – заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины), профессор, доктор медицинских наук, [lab48@yandex.ru](mailto:lab48@yandex.ru), ORCID 0000-0002-8743-4500; **Мария Михайловна Орлова** – доцент кафедры общей и консультативной психологии, кандидат психологических наук, [orlova-maria2010@mail.ru](mailto:orlova-maria2010@mail.ru), ORCID 0000-0003-2340-8343; **Марина Васильевна Власова** – доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины), кандидат социологических наук, [vtm-22@yandex.ru](mailto:vtm-22@yandex.ru), ORCID 0000-0002-5813-4154; **Александр Анатольевич Войтешак** – препода-

директор кафедры управления военным здравоохранением, доцент, заслуженный врач Российской Федерации, кандидат медицинских наук, voyteshak.a@mail.ru, ORCID 0000-0002-9438-4492.

#### Information about the authors:

**Galina N. Bochkareva** – Head Teacher of the Department of Public Health and Health Care (with Courses of Law and History of Medicine), bofrida@rambler.ru, ORCID 0000-0003-1990-7182; **Anna A. Makienko** – Co-researcher Department of Public Health and Health Care (with Courses of Law and History of Medicine), makienkoaa@ood2.ru, ORCID 0000-0003-4472-0555; **Irina L. Krom** – Professor of the Department of Public Health and Health Care (with Courses of Law and History of Medicine), Professor, DSc, irina.krom@yandex.ru, ORCID 0000-0003-1355-5163; **Marina V. Erugina** – Head of the Department of Public Health and Health Care (with Courses of Law and History of Medicine), Professor, DSc, lab48@yandex.ru, ORCID 0000-0002-8743-4500; **Maria M. Orlova** – Assistant Professor of the Department of General and Consulting Psychology, PhD, orlova-maria2010@mail.ru, ORCID 0000-0003-2340-8343; **Marina V. Vlasova** – Assistant Professor of the Department of Public Health and Health Care (with Courses of Law and History of Medicine), PhD, vmv-22@yandex.ru, ORCID 0000-0002-5813-4154; **Alexandr A. Voyteshak** – Lecturer of the Department of Military Healthcare Management, Associate Professor, Honored Doctor of the Russian Federation, PhD, voyteshak.a@mail.ru, ORCID 0000-0002-9438-4492.

УДК 614.27.007

EDN: TZIWNC

<https://doi.org/10.15275/ssmj2104461>

Оригинальная статья

## ПОТРЕБИТЕЛЬСКИЕ ПРЕДПОЧТЕНИЯ НА РЫНКЕ АНАЛЬГЕТИКОВ

**А.В. Осипова, Т.Ю. Калюта, И.Г. Новокрещенова, И.В. Новокрещенов, А.С. Федонников**

ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Россия

## CONSUMER PREFERENCES IN THE ANALGESIC MARKET

**A.V. Osipova, T.Yu. Kalyuta, I.G. Novokreshchenova, I.V. Novokreshchenov, A.S. Fedonnikov**

V.I. Razumovsky Saratov State Medical University, Saratov, Russia

Для цитирования: Осипова А.В., Калюта Т.Ю., Новокрещенова И.Г., Новокрещенов И.В., Федонников А.С.

Потребительские предпочтения на рынке анальгетиков. Саратовский научно-медицинский журнал. 2025; 21 (4): 461–466. EDN: TZIWNC. <https://doi.org/10.15275/ssmj2104461>.

**Аннотация.** Цель: выявить проблемы рынка анальгетиков на основе изучения потребительского поведения в отношении лекарственных препаратов данной группы. *Материал и методы.* Проведено анонимное онлайн-анкетирование с использованием авторской анкеты по изучению потребительского поведения ( $n=306$ ). *Результаты.* Регулярно применяют анальгетики 14,1% респондентов, преимущественно для купирования хронических болей различного генеза, в целом удовлетворены существующим ассортиментом анальгетиков 43,8% опрошенных. Основными проблемами, возникающими при приобретении и использовании препаратов группы анальгетиков, названы количество возможных нежелательных реакций лекарственных препаратов (34,6%) и неудовлетворительное соотношение цены и качества (32,7%). При выборе анальгетика наиболее важными факторами являются быстрое наступление терапевтического эффекта с момента приема (79,7%) и низкие число/частота возникновения нежелательных реакций организма (50,3%). Большинство анкетированных (67,3%) готовы попробовать новый анальгетик. *Заключение.* Выявлены трудности подбора и использования, а также низкая удовлетворенность потребителей ассортиментом анальгетиков, что обосновывает актуальность разработки нового лекарственного препарата, способного обеспечить более эффективное и безопасное купирование боли.

**Ключевые слова:** анальгетик, потребительское предпочтение, рынок анальгетиков

**For citation:** Osipova AV, Kalyuta TYu, Novokreshchenova IG, Novokreshchenov IV, Fedonnikov AS. Consumer preferences in the analgesic market. *Saratov Journal of Medical Scientific Research*. 2025; 21 (4): 461–466. (In Russ.) EDN: TZIWNC. <https://doi.org/10.15275/ssmj2104461>.

**Abstract.** *Objective:* to identify problems in the analgesic market by studying consumer behavior regarding drugs of this group. *Material and methods.* An anonymous online survey was conducted using the author's questionnaire to study consumer behavior ( $n=306$ ). *Results.* 14.1% of respondents regularly use analgesics, primarily to relieve chronic pain of various origins, 43.8% of respondents were generally satisfied with the existing range of analgesics. The main problems arising when purchasing and using drugs of the analgesic group were the number of possible adverse reactions of drugs (34.6%) and unsatisfactory price-quality ratio (32.7%). When choosing an analgesic, the most important factors are the rapid onset of therapeutic effect from the moment of administration (79.7%) and a low number/frequency of adverse reactions (50.3%). The majority of respondents (67.3%) were ready to try a new analgesic. *Conclusion.* Difficulties in selection and use, as well as low consumer satisfaction with the range of analgesics, have been identified, which justifies the relevance of developing a new drug capable of providing more effective and safe pain relief.

**Keywords:** analgesic, consumer preference, analgesic market