





Научная статья

УДК 616-01

<https://doi.org/10.21702/rpj.2025.3.9>

# Апробация шкалы удовлетворенности потребностей в автономии, компетентности и связанности в отношении лечения у пациентов с онкологическими заболеваниями, проходящих химио- и лучевую терапию

Марина К. Каракуркчи<sup>1</sup> , Александр Ш. Тхостов<sup>2</sup> ,  
Елена И. Рассказова<sup>2</sup> , София А. Кирсанова<sup>2</sup> 

<sup>1</sup> Городская клиническая больница имени С. С. Юдина Департамента  
здравоохранения города Москвы, Москва, Российская Федерация

<sup>2</sup> Московский государственный университет имени М. В. Ломоносова», Москва,  
Российская Федерация

Почта ответственного автора: [karakyrkchi\\_m@mail.ru](mailto:karakyrkchi_m@mail.ru)

## Аннотация

**Введение.** Согласно теории самодетерминации, удовлетворенность базовых потребностей в автономии, компетентности и связанности сопряжена с субъективным благополучием, мотивацией лечения и приверженностью лечению, в том числе, у пациентов с онкологическими заболеваниями. Целью статьи является апробация шкалы удовлетворенности потребностей в автономии, компетентности и связанности в отношении лечения у пациентов с онкологическими заболеваниями, проходящих химио- и лучевую терапию. **Методы.** В исследовании приняли участие 203 пациента с онкологическими заболеваниями, получающие системное противоопухолевое лечение. Методиками выступили: Шкала удовлетворенности потребностей в автономии, компетентности и связанности в отношении лечения (Ковязина и др., 2019), Опросник восприятия болезни (Moss-Morris et al., 2002;

Рассказова, 2016), Опросник саморегуляции в реабилитационном процессе (Ковязина и др. 2019). **Результаты.** Было показано, что шкала удовлетворенности потребностей в автономии, компетентности и связанности характеризуется достаточной надежностью-согласованностью (кроме субшкалы автономии, которая требует дальнейших исследований) и факторной валидностью. Более высокая удовлетворенность потребностей ассоциирована с более высокой самоэффективностью в отношении лечения и меньшей выраженностью тревоги и чувства беспомощности. Пациенты, получающие лучевую терапию, демонстрируют более высокие показатели удовлетворенности потребностей по сравнению с получающими химиотерапию. **Обсуждение результатов.** Полученные результаты свидетельствуют о возможности использования шкалы удовлетворенности потребностей в автономии, компетентности и связанности для оценки удовлетворенности базовых психологических потребностей в процессе лечения онкологических пациентов, что может способствовать разработке и внедрению психологических интервенций, направленных на повышение мотивации к лечению и реабилитации.

### Ключевые слова

психодиагностика, теория самодетерминации, удовлетворенность базовых потребностей, онкологические заболевания, химио- и лучевая терапия

### Благодарности

Авторы с глубоким уважением и признательностью выражают благодарность и скорбь в связи с безвременной кончиной выдающегося клинического психолога, нашего соавтора и коллеги Александра Шамильевича Тхостова, внесшего значительный вклад в развитие психологической науки.

### Для цитирования

Каракуркчи, М. К., Тхостов, А. Ш., Рассказова, Е. И., Кирсанова, С. А. (2025). Апробация шкалы удовлетворенности потребностей в автономии, компетентности и связанности в отношении лечения у пациентов с онкологическими заболеваниями, проходящих химио- и лучевую терапию. *Российский психологический журнал*, 22(3), 153–174. <https://doi.org/10.21702/rpj.2025.3.9>

---

### Введение

Психическая адаптация к ситуациям онкологической болезни и лечения — длительный, сложный, динамический процесс, включающий в себя активную и целенаправленную деятельность пациента, начиная от постановки диагноза, (Secinti

et al., 2019) в течение противоопухолевого медикаментозного и хирургического лечения, в постлечебном периоде с сохраняющимся длительным медицинским контролем, опасением в отношении рецидива (Tauber, 2019) и актуальными задачами ресоциализации человека (Andrykowski, Lykins & Floyd, 2008). Качество жизни онкологических пациентов страдает на всех этапах лечения (Lewandowska, 2022), начиная с постановки диагноза (Mehnert et al., 2018).

Поведение пациентов в отношении лечения связано с субъективным благополучием (Шагарова, 2019), а формирование мотивации онкологических пациентов к функциональному поведению является значимым аспектом психологического сопровождения.

Теория самодетерминации (Ryan & Deci, 2000) позволяет предполагать, что здоровье, благополучие и мотивация в отношении лечения у пациентов с психическими и соматическими заболеваниями определяются удовлетворенностью их базовых психологических потребностей (Sheldon et al., 2003). Автономия — это потребность в контроле над своей жизнью и действиями, связанная с развитием внутренней мотивации, которая, в свою очередь, способствует более персональному вовлечению в деятельность. Компетентность — это потребность, связанная с ощущением эффективности и мастерства в выполнении задач. Связанность с другими людьми — это потребность, отражающая желание иметь значимые социальные связи. Удовлетворенность базовых психологических потребностей связана с качеством жизни соматических пациентов различных нозологий, приверженностью лечению (Xia et al., 2023). От того, получает ли пациент ощутимую социальную поддержку от семьи и близких, а также поддержку от междисциплинарной онкологической бригады, получает ли пациент поддержку автономии в медицинском процессе (Кроемек, 2022), зависит не только качество жизни человека, но и приверженность лечению и удовлетворенность лечебным процессом (Bonetti et al., 2022). Психологическая поддержка онкологических пациентов на разных этапах, осуществляемая с опорой на личность, ее ценностно-смысловые ориентиры, может способствовать адаптации, но не всегда такая поддержка будет связана с позитивным эмоциональным состоянием (Hulbert-Williams et al., 2018).

В исследовании Lynch & Lee (2021) изучался вклад социальной поддержки и психологических потребностей в прогнозирование социального благополучия пожилых людей, перенесших рак. Результаты этого исследования подтвердили, что социальная поддержка связана с социальным благополучием, социальная поддержка со стороны семьи и друзей была значимым предиктором социального благополучия людей, перенесших рак, даже после учета влияния ключевых демографических переменных. Результаты другого исследования (Rivera-Rivera, 2021) показали, что социальная поддержка со стороны членов семьи и друзей является значимым предиктором социального благополучия. Удовлетворение базовых психологических потребностей (автономии, компетентности, связанности) являлось значимым предиктором социального благополучия.

В исследовании Kroemeke A. & Sobczyk-Kruszelnicka, M. (2022) оценивалось влияние поддержки автономии в диадах пациент-опекун со стороны медицинских специалистов на благополучие пациента после трансплантации гемопоэтических клеток. Полученные данные свидетельствовали о связи оценки пациентом получаемой поддержки его самостоятельности с положительными эмоциями и удовлетворенностью отношениями. В исследовании о поддержании автономии у людей с личностными расстройствами (Stefánsdóttir et al., 2018) авторы приходят к выводу, что в условиях тяжелых интеллектуальных нарушений людям может быть доступно при определенном взаимодействии и поддержке близкими больше автономии. Метаанализ (Ntoumanis et al., 2021) экспериментальных исследований, проведенных на основании SDT (теории самодетерминации) в области здравоохранения, свидетельствует, что SDT эффективны, наибольший эффект достигается через поддержку автономии и развитие компетентности, создание среды, поддерживающей удовлетворение психологических потребностей и формирование автономной мотивации.

В этом контексте актуальность приобретает разработка и апробация в различных клинических группах методики, оценивающей удовлетворенность потребностей в автономии, компетентности и связанности в отношении лечения и реабилитации. Соответствующая шкала была разработана и прошла первичную апробацию на выборке пациентов, перенесших инсульт (Ковязина и др., 2016, 2017, 2019). Исследование связи удовлетворенности базовых психологических потребностей и субъективного благополучия и качества жизни пациентов на выборках других нозологий, а также апробация опросника у пациентов с онкологическими заболеваниями не проводились.

Целью данной работы является апробация шкалы удовлетворенности потребностей в автономии, компетентности и связанности в отношении лечения у пациентов с онкологическими заболеваниями, проходящих химио- и лучевую терапию.

**Задачи:**

1. Оценка надежности-согласованности и факторной валидности шкалы у пациентов с онкологическими заболеваниями;
2. Выявление связи пола и возраста с удовлетворенностью базовых потребностей в отношении лечения у пациентов, которым назначена химиотерапия и лучевая терапия;
3. Сравнение удовлетворенности базовых потребностей в отношении лечения у пациентов, которым назначена химиотерапия и лучевая терапия;
4. Выявление связи автономии, компетентности и связанности в отношении лечения с представлениями пациентов об их болезни и лечении.

## Методы

Исследование проводилось в Онкологическом центре № 1, ГКБ им. С. С. Юдина, Национальном медицинском исследовательском центре онкологии имени Н. Н. Блохина, Международном центре онкологии на базе клинической больницы Медси в Боткинском проезде.

В исследовании приняли участие 203 пациента с онкологическими заболеваниями, получающих системное противоопухолевое лечение, из них 149 женщин и 54 мужчин (средний возраст  $49,94 \pm 12,20$  /  $46,50 \pm 12,68$ ). Распределение пациентов по дифференциально-диагностическим категориям следующее: 37% — пациентки с РМЖ, 20% — пациенты со злокачественными образованиями кишечника, оставшиеся пациенты распределены по другим локализациям.

Химиотерапию (далее — ХТ) получали 149 человек, из них 103 женщины и 46 мужчин, лучевую терапию (далее — ЛТ) — 54 человека, из них 46 женщин и 8 мужчин. Все пациенты на момент обследования были на актуальном химиотерапевтическом или лучевом лечении, часть пациентов получали неадыювантную ХТ, обследование проводилось в период получения назначенного курса лечения, пациенты, получающие ЛТ, до этого получали хирургическое и ХТ лечение.

89 человек сообщили о наличии другого хронического заболевания, 99 человек сообщили о его отсутствии, в отношении 15 пациентов данные отсутствуют. Выделение данного фактора представляло интерес в связи с возможным влиянием дополнительной медицинской нагрузки и пациентского опыта в отношении другого хронического заболевания на удовлетворенность психологических потребностей.

Респонденты заполняли следующие методики:

**1. Шкала удовлетворенности потребностей в автономии, компетентности и связанности в отношении лечения** (Ковязина и др., 2019, Приложение 1), которая представляет собой модификацию опросника базовых потребностей Т. О. Гордеевой (2015).

**2. Опросник восприятия болезни** (Moss-Morris et al., 2002; Рассказова, 2016) направлен на оценку когнитивной составляющей репрезентации болезни. Опросник состоит из трех блоков — «идентичность болезни», «представления о болезни» и «причины болезни». В нашем исследовании мы использовали блок «представления о болезни». Вопросы задавались об онкологическом заболевании в настоящее время. Этот блок состоит из 38 утверждений, оцениваемых по шкале Лайкерта от 1 до 5 и сгруппированных в следующие шкалы: 1) «длительность заболевания» — представления о том, насколько продолжительным оно будет; 2) «последствия» — негативные последствия заболевания для жизни; 3) «личный контроль» — переживание своих возможностей контролировать заболевание; 4) «контроль лечения» — уверенность в важности и эффективности лечения; 5) «понимание болезни» — представление о своем понимании или непонимании заболевания (обратный

пункт); 6) «цикличность» — представление о циклическом течении заболевания; 7) «эмоциональные репрезентации» — эмоциональные переживания в отношении болезни.

**3. Опросник саморегуляции в реабилитационном процессе** (Ковязина и др. 2019) посвящен принятию пациентом решений о своем здоровье и лечении в настоящее время и включает следующие шкалы: «Тревога о здоровье», «Беспомощность в процессе реабилитации», «Самоеффективность в процессе реабилитации».

**4. Статистический анализ проводился в RStudio** (версия 2024.09.0) с использованием функций пакетов psych (версии 2.4.6.26), tidyverse (2.0.0), и lavaan (0.6.19), а также функций стандартной библиотеки R (версия 4.3.3).

Для оценки надежности шкал использовался коэффициент альфа Кронбаха ( $\alpha$ ). Структурная (факторная) валидность методики проверялась с помощью конфирматорного анализа (КФА). Так как ответы на отдельные пункты методики представляют собой порядковую шкалу (Ликерта), использовался метод КФА, предназначенный для порядковых шкал и устойчивый к ненормальному распределению (метод диагонально взвешенных наименьших квадратов (diagonally weighted least squares, DWLS)).

Для оценки качества моделей использовались следующие коэффициенты: квадратичная средняя ошибка аппроксимации RMSEA (модель оценивается как хорошая при  $RMSEA < 0.08$ ), критерий согласия модели CFI и индекс Такера—Льюиса TLI (CFI и TLI  $\geq 0.90$  считаются приемлемыми,  $\geq 0.95$  — хорошими) (Hu & Bentler, 1999).

Для анализа взаимосвязи шкал между собой и проверки внешней валидности (корреляции с результатами других методик) использовался коэффициент корреляции, учитывая ненормальное распределение шкал, рассчитывался коэффициент корреляции Спирмена.

Сравнение показателей шкал у мужчин и женщин проводилось с помощью t-критерия Стьюдента с поправкой Уэлча на неравенство дисперсий.

## Результаты

### *Надежность-согласованность и факторная структура шкалы*

Нами была проведена оценка структурной валидности трехфакторной модели с целью проверки факторной структуры, был проведен конфирматорный факторный анализ с использованием метода максимального правдоподобия. Оценки модели оказались ниже общепринятых границ, хотя и близкими к ним:  $\chi^2(123) = 416.404$ ,  $p < 0.001$ ,  $RMSEA = 0.106$ ,  $CFI = 0.839$ ,  $TLI = 0.813$ .

В этой модели факторные нагрузки оказались значимыми на уровне  $p < 0.001$  для всех пунктов, кроме 13. Пункт 13 сформулирован «Я чувствую, что сам выбираю свои способы лечения так, как я сам считаю нужным» и относится к шкале «Автономия»,

вероятно, формулировка вопроса противоречиво звучит для онкологических пациентов в связи со спецификой болезни и лечения и по сути безальтернативностью назначенного лечения, зачастую сложного, с выраженными побочными эффектами, приносящими страдания пациенту. После удаления этого пункта из модели оценки ее качества несколько увеличились, но все же остались ниже общепринятых критериальных значений:  $\chi^2(116) = 340.728$ ,  $p < 0.001$ ,  $RMSEA = 0.100$ ,  $CFI = 0.870$ ,  $TLI = 0.848$ .

Опираясь на техническую оценку — индексы модификации — и в связи с прослеживанием такой содержательной связи, в формулировках были добавлены корреляции следующих пар пунктов: 3–5, 6–14, 8–10, в вопросах 3 и 5 — тема эмоциональной поддержки со стороны медицинских работников, в вопросах 6 и 14 — тема давления и конфликта, связанная с участниками процесса лечения, в вопросах 8 и 10 — тема эффективности выполнения реабилитационных задач. Итоговая модель имеет приемлемые оценки качества:  $\chi^2(113) = 270.970$ ,  $p < 0.001$ ,  $RMSEA = 0.085$ ,  $CFI = 0.909$ ,  $TLI = 0.890$ , все факторные нагрузки значимо отличаются от нуля на уровне  $p < 0.001$ . Стандартизированные факторные нагрузки представлены в таблице 1.

В однофакторной модели анализ показал менее приемлемые оценки  $\chi^2(104) = 432.187$ ,  $p < 0.001$ ,  $RMSEA = 0.128$ ,  $CFI = 0.811$ ,  $TLI = 0.789$ , после добавления связей оценки качества становятся более приемлемыми:  $\chi^2(99) = 273.420$ ,  $p < 0.001$ ,  $RMSEA = 0.095$ ,  $CFI = 0.900$ ,  $TLI = 0.878$ , все факторные нагрузки значимо отличаются от нуля на уровне  $p < 0.001$ .

**Таблица 1**

*Стандартизированные факторные нагрузки в трехфакторной модели.*

Фактор	Номер пункта	Нагрузка	Ст. ошибка
Связанность	SDT1	0.859	0.041
	SDT3	0.584	0.056
	SDT5	0.572	0.058
	SDT2	-0.577	0.058
	SDT4	-0.706	0.057
	SDT6	-0.574	0.070
Компетентность	SDT7	0.761	0.036
	SDT9	0.750	0.037
	SDT11	0.771	0.037
	SDT8	-0.549	0.048
	SDT10	-0.371	0.063
	SDT12	-0.587	0.050



Фактор	Номер пункта	Нагрузка	Ст. ошибка
Автономия	SDT15	0.307	0.068
	SDT17	0.713	0.065
	SDT14	-0.456	0.076
	SDT16	-0.255	0.070
	SDT18	-0.395	0.066

**Примечание.** \* все факторные нагрузки значимо отличаются от нуля на уровне  $p < 0.001$

Для данной модели характерны высокие корреляции между факторами «Связанность» и «Компетентность» ( $r = 0.639$ ,  $p < 0.001$ ), «Связанность» и «Автономия» ( $r = 0.642$ ,  $p < 0.001$ ). Выраженность корреляции между шкалами «Компетентность» и «Автономия» свидетельствует о том, что субшкалы фактически повторяют друг друга ( $r = 0.922$ ,  $p < 0.001$ ).

Оценка надежности опросника показала, что шкалы «Связанность» и «Компетентность» продемонстрировали достаточно высокую внутреннюю согласованность (альфа Кронбаха 0.741 и 0.734 соответственно). Шкала «Автономия» показала низкую надежность (альфа Кронбаха 0.438), что говорит о неоднородности этой шкалы. В целом, надежность всего опросника была достаточной (альфа Кронбаха 0.807).

Описательная статистика по трем шкалам и общей шкале представлена в таблице 2.

**Таблица 2**

*Описательная статистика шкал опросника удовлетворения базовых потребностей.*

Шкала	Среднее (ст. откл.)	Асимметрия	Результат проверки на нормальность*
Связанность	4.026 (0.668)	-0.962	< 0.001
Компетентность	3.76 (0.643)	-0.044	0.017
Автономия	3.441 (0.595)	-0.370	0.012
Общая шкала	3.833 (0.52)	-0.460	0.019

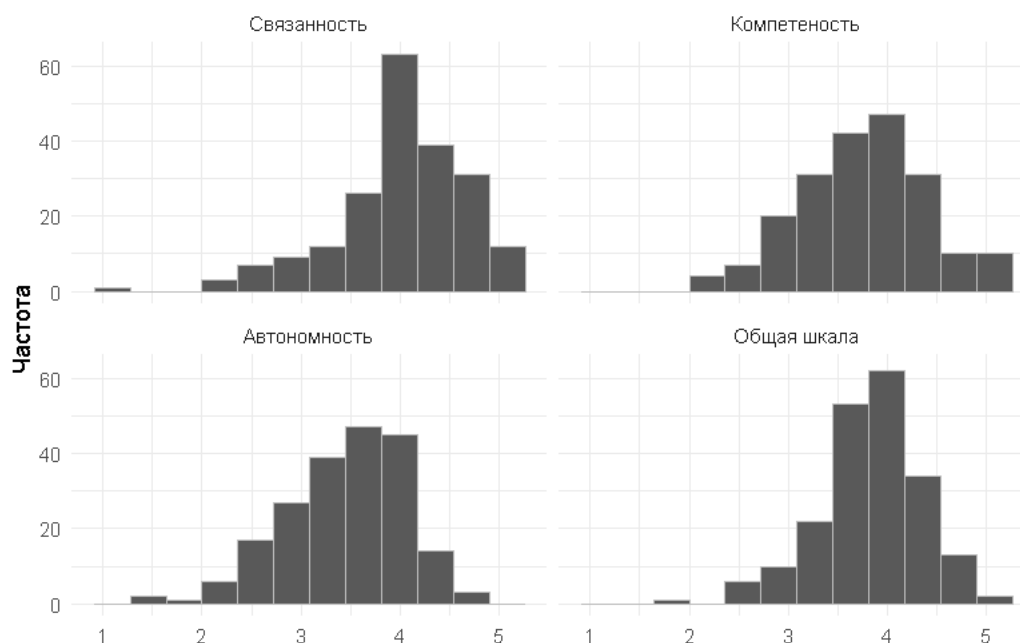
**Примечание.** \* Значимость по критерию Шапиро-Уилка

Распределение по всем шкалам методики значимо отличается от нормального. При анализе распределения шкал (см. рис. 1) видно, что есть некоторая асимметрия — распределение вытянуто влево, в сторону низких баллов, но потолочного эффекта или «эффекта пола» нет. Распределения баллов представлены на рисунке (рис. 1)



## Рисунок 1

### Распределение шкал удовлетворенности базовых потребностей



Распределение баллов по шкалам опросника при анализе эмпирической взаимосвязи между шкалами показал следующий результат (использовалась корреляция Спирмена): между шкалами Связанность и Компетентность:  $r = 0.429$ ,  $p < 0.001$ , между шкалами Связанность и Автономия:  $r = 0.322$ ,  $p < 0.001$ , между шкалами Компетентность и Автономия:  $r = 0.487$ ,  $p < 0.001$ .

Сравнение показателей шкал у мужчин и женщин показало отсутствие значимых различий по всем шкалам.

Значимых корреляций между шкалами удовлетворенности базовых потребностей за время лечения и возрастом, продолжительностью болезни и уровнем функционирования не получено.

Сравнение групп с наличием и отсутствием других хронических заболеваний также не выявило значимых различий.

### Сравнение двух типов лечения

Сравнение результатов в двух группах с различным типом лечения показало, что пациенты, получающие лучевую терапию, продемонстрировали значимые различия по общей шкале удовлетворения потребностей, а также субзначимое отличие по шкале «Компетентность». В обоих случаях среднее выше в группе лучевой терапии (см. Таблицу 3).

**Таблица 3**  
*Сравнение двух типов лечения*

Шкала	Тип терапии		Результат t-критерия	Величина эффекта (d Коэна)
	Хим. тер.	Луч. тер.		
Связанность	3.984 (0.693)	4.142 (0.583)	t(110.7) = -1.616, p= 0.109	-0.246
Компетентность	3.707 (0.634)	3.908 (0.651)	t(92.1) = -1.961, p= 0.053	-0.314
Автономия	3.638 (0.665)	3.781 (0.608)	t(102.6) = -1.446, p= 0.151	-0.225
Общая шкала	3.79 (0.535)	3.953 (0.461)	t(108.3) = -2.138, p= 0.035	-0.328

***Связь шкалы со шкалами опросника восприятия болезни,  
 отношения к лечению и саморегуляцией в реабилитационном  
 процессе***

При анализе связей шкалы удовлетворенности потребностей в автономии, компетентности и связанности со шкалами опросника восприятия болезни выявлены отрицательные связи между эмоциональным представлением и общей шкалой, между последствиями и общей шкалой, между последствиями и компетентностью. Иными словами, чем выше субъективное восприятие удовлетворенности психологических потребностей в лечении, тем менее склонны пациенты к формированию эмоциональных представлений о болезни и ее последствиях. Чем выше субъективное восприятие удовлетворенности потребности в компетентности, тем менее негативные представления о последствиях болезни. Значимые положительные корреляции выявлены между контролем лечения и общей шкалой, между пониманием болезни и компетентностью, между контролем лечения и связанностью.

Параметр автономности показывает наиболее слабые корреляции по сравнению с другими шкалами, а наиболее сильные корреляции наблюдаются с общей шкалой и компетентностью. Полные данные о корреляциях между шкалами двух опросников представлены в табл. 4.

**Таблица 4**

*Связь удовлетворенности базовых потребностей с репрезентацией болезни: корреляционный анализ Пирсона.*

Репрезентация болезни	Связанность	Компетентность	Автономия	Общая шкала
Длительность	$r = -0.14$ , $p = 0.041$	$r = -0.1$ , $p = 0.137$	$r = -0.069$ , $p = 0.329$	$r = -0.15$ , $p = 0.036$
Цикличность	$r = -0.13$ , $p = 0.07$	$r = -0.27$ , $p < 0.001$	$r = 0.001$ , $p = 0.991$	$r = -0.19$ , $p = 0.008$
Последствия	$r = -0.22$ , $p = 0.002$	$r = -0.34$ , $p < 0.001$	$r = -0.24$ , $p < 0.001$	$r = -0.36$ , $p < 0.001$
Личный контроль	$r = 0.12$ , $p = 0.076$	$r = 0.23$ , $p < 0.001$	$r = 0.12$ , $p = 0.084$	$r = 0.19$ , $p = 0.006$
Контроль лечения	$r = 0.36$ , $p < 0.001$	$r = 0.32$ , $p < 0.001$	$r = 0.2$ , $p = 0.004$	$r = 0.39$ , $p < 0.001$
Понимание болезни	$r = 0.23$ , $p = 0.001$	$r = 0.38$ , $p < 0.001$	$r = 0.26$ , $p < 0.001$	$r = 0.36$ , $p < 0.001$
Эмоциональное представление	$r = -0.35$ , $p < 0.001$	$r = -0.38$ , $p < 0.001$	$r = -0.26$ , $p < 0.001$	$r = -0.41$ , $p < 0.001$

Полученные результаты подтверждают значимые связи со всеми тремя шкалами апробируемого опросника. «Автономия» показывает самые слабые, но значимые отрицательные корреляции по шкалам «Тревога о здоровье» и «Беспомощность в процессе реабилитации». Иными словами, чем выше субъективная оценка удовлетворенности потребности в автономии, тем ниже ощущаемая тревога о здоровье и чувство беспомощности в процессе реабилитации. Сильную отрицательную связь показывает шкала «Тревога о здоровье» со шкалой «Компетентность», т.е., чем выше субъективная оценка удовлетворенности потребности в компетентности, тем в меньшей степени пациенты склонны сообщать о тревоге о здоровье. С общей шкалой удовлетворения потребностей обнаружены значимые отрицательные корреляции по шкалам «Беспомощность в процессе реабилитации» и «Тревога о здоровье», положительная — со шкалой «Самоеффективность в процессе реабилитации». Другими словами, полученные данные свидетельствуют о следующем: чем выше субъективное восприятие пациентами удовлетворенности потребностей в лечении, тем в меньшей степени они склонны сообщать о тревоге о здоровье и беспомощности в процессе реабилитации и в большей об ощущении самоеффективности в процессе реабилитации.

Со шкалой связанности обнаружены значимые отрицательные корреляции по шкалам «Беспомощность в процессе реабилитации» и «Тревога о здоровье», положительная — со шкалой «Самоеффективность в процессе реабилитации»,

т.е., чем субъективно сильнее ощущается удовлетворенность потребностей в связанности, тем в меньшей степени пациенты склонны демонстрировать тревогу о здоровье и сообщать о чувстве беспомощности в процессе реабилитации, и в большей степени склонны чувствовать самоэффективность в процессе реабилитации.

Все корреляции, кроме пары «Самоэффективность»–«Автономия», статистически значимы. Полные данные о корреляциях между шкалами двух опросников представлены в табл. 5.

**Таблица 5**

Саморегуляция в отношении реабилитации	Связанность	Компетентность	Автономия	Общая шкала
Тревога о здоровье	$r = -0.28$ , $p < 0.001$	$r = -0.39$ , $p < 0.001$	$r = -0.21$ , $p = 0.002$	$r = -0.36$ , $p < 0.001$
Беспомощность в процессе реабилитации	$r = -0.28$ , $p < 0.001$	$r = -0.35$ , $p < 0.001$	$r = -0.17$ , $p = 0.018$	$r = -0.38$ , $p < 0.001$
Самоэффективность в процессе реабилитации	$r = 0.25$ , $p < 0.001$	$r = 0.36$ , $p < 0.001$	$r = 0.14$ , $p = 0.055$	$r = 0.35$ , $p < 0.001$

## Обсуждение результатов

### *Надежность–согласованность и факторная валидность шкалы*

Анализ полученных результатов свидетельствуют о достаточной внутренней надежности опросника. Можно говорить о приемлемых оценках и в моделях, хотя в меньшей степени у однофакторной модели. Высокая корреляция между всеми факторами, низкая дискриминантная валидность у шкал, вероятно, может быть объяснена значительной взаимосвязанностью и взаимозависимостью всех базовых психологических потребностей, что может отражаться в восприятии пациентами формулировок опросника, а также скрининговым характером опросника, где количество вопросов, заложенных в каждую шкалу, может быть недостаточным для более полной оценки. Для более точного понимания такой слитности предполагается подсчет на значительно большей выборке пациентов. Эта гипотеза требует проверки, на данный момент приходится говорить, что надежность шкалы «Автономия» как однородного параметра низкая. Общий вывод: и однофакторная, и трехфакторная модель имеет в целом приемлемые оценки качества, хотя оценки качества у трехфакторной модели выше, все факторные нагрузки достаточно высоки и значимы в обоих вариантах, поэтому, в целом, можно говорить о структурной валидности методики.

### ***Связь пола, возраста, длительности заболевания и типа лечения с удовлетворенностью базовых потребностей за время лечения***

Значимых корреляций между шкалами удовлетворенности базовых потребностей за время лечения и возрастом, продолжительностью болезни, наличием или отсутствием другого заболевания и уровнем функционирования не получено. Данные результаты демонстрируют относительную независимость возможности удовлетворения базовых психологических потребностей в лечении человеком от социо-демографических и клинических факторов, однако, так как в выборке не участвовали пациенты, находящиеся на паллиативном лечении или на терминальных стадиях болезни, данные результаты следует интерпретировать с учетом указанных ограничений.

Значимые различия получены по общей шкале удовлетворения потребностей, а также субзначимое отличие по шкале «Компетентность». В обоих случаях среднее выше в группе лучевой терапии. Такое различие в данном исследовании может быть связано с тем, что в выборке пациенты, получающие ЛТ, ранее получали ХТ и хирургическое лечение, в то время как получающие ХТ не получали другого вида системного противоопухолевого лечения. В клинических рекомендациях по лекарственному лечению РМЖ (Тюляндин и др., 2022) рекомендацией первого лечения при первичном РМЖ — неадекватная ХТ, а ЛТ — завершающий перед наблюдением этап лечения, следующий за органосохраняющей операцией или мастэктомией, одним или несколькими курсами ХТ или гормональной терапией.

Пациенты, получающие неадекватную ХТ в отношении РМЖ (зачастую бессимптомно протекающего), сталкивающиеся с побочными эффектами и ожиданием неопределенного хирургического лечения (органосохранного/мастэктомия), а также пациенты, проходящие постнеадекватную ХТ или адекватную, после хирургического лечения (РМЖ — 37% выборки), по сравнению с пациентами, проходящими ЛТ как очередной, иногда завершающий курс лечения, по-разному могут ощущать удовлетворенность потребностей в лечении в связи не только с типом лечения, но и другими факторами: адаптация, восстановление после хирургического лечения, опыт более сложного лечения, оптимизм в отношении окончания лечения и другие. Различие по шкале «Компетентность» может быть связано с опытом нахождения в лечении, а возможно, и со спецификой восприятия пациентами различных видов системного противоопухолевого лечения. Восприятие ХТ, как вида терапии, системно воздействующего на весь организм, связано с выраженными опасениями в отношении побочных эффектов, в отношении непредсказуемости по количеству и интенсивности симптомов побочных эффектов. Побочные эффекты химиотерапии, по сути, являются отдельными медицинскими состояниями, требующими самостоятельного лечения, предсказать объем и вид побочных эффектов затруднительно — это может быть связано с большими сомнениями в необходимости терапии. Несмотря на то, что сам процесс введения химиотерапии более знаком (Тхостов, 2002) по сравнению с процессом лучевой

терапии, сомнения в необходимости химиотерапии более выражены. Назначение лучевой терапии связано, в целом, с меньшими сомнениями, организация лучевой терапии — «невидимое глазу» излучение, неясным, магическим образом в особых аппаратах при особых условиях воздействующее на человека — сопряжена с высокой вероятностью проявлений магического мышления, провокацией как плацебо-, так и ноцебо-эффектов (Тхостов, 2002). О лучевой терапии люди знают меньше (Зинченко и др., 2020), ее побочные действия представляются менее определенными, что в зависимости от ситуации может вызывать как большее спокойствие, так и большую тревогу. Уверенность в необходимости лучевой терапии не всегда связана с отсутствием сомнений и общим благополучием пациентов (там же), но, возможно, принятие решения о получении лучевой терапии воспринимается с более авторской позиции, в связи с чем потребности в удовлетворении психологических потребностей субъективно ощущаются более удовлетворенными. Мы не нашли исследований, в которых бы сравнивались отношение к лучевой терапии как первый опыт назначения системного противоопухолевого лечения с пациентами, которые до ЛТ получали химиотерапевтическое лечение, вероятно, вид терапии — важный, но не самостоятельный фактор, влияющий на благополучие или удовлетворенность потребностей.

### ***Внешняя валидность опросника: связь с представлениями о болезни и саморегуляцией в ситуации реабилитации***

Полученные данные свидетельствуют о том, что чем выше показатели удовлетворенности потребностей, тем люди были более склонны к ощущению контроля лечения и понимания болезни, и в меньшей степени склонны к формированию эмоциональных представлений о болезни и негативных представлений о последствиях болезни, параметр автономии показывает наиболее слабые корреляции по сравнению с другими шкалами, а наиболее сильные корреляции наблюдаются с общей шкалой и шкалой компетентности.

Схожие данные были получены в отношении лечения боли, где чем выше пациенты ощущали удовлетворенность потребностей, тем более они были склонны к действиям, направленным на лечение боли, и меньше к поведению, связанному с избеганием, вероятно, удовлетворенность потребностей связана с большей стойкостью к восприятию реальности (Ionescu et al., 2023). Иными словами, чем выше субъективное восприятие удовлетворенности психологических потребностей в лечении, тем менее склонны пациенты к формированию эмоциональных представлений о болезни и ее последствиях. Эти данные согласуются с данными, полученными в исследовании о мотивации к физическим занятиям (Ntoumanis et al., 2021), где было обнаружено, что не болезнь или отсутствие болезни влияли на формирование мотива к физическим занятиям, а автономный или контролируемый характер мотивации, вероятно, характер связи между SDT и представлениями о болезни двусторонний взаимоподдерживающий.

Полученные данные согласуются с имеющимися в литературе данными о связи оценки человеком удовлетворенности потребностей с выбором поведения в отношении здоровья, и через этот выбор с субъективным благополучием. (Kim et al., 2023).

Концепция психологической адаптации к хроническому заболеванию (Leventhal et al., 2016), определяет в качестве ключевой роль когнитивной оценки болезни при формировании адаптивных копинг-стратегий (Moss-Morris et al., 2002). Компетентность пациента – это, с одной стороны, этический норматив медицины, вклад в партисипативность пациента и поддержка автономии со стороны медицины. С другой стороны, потребность в компетентности – естественная психологическая потребность человека, объединение усилий врач-пациент, через создание условий для поддержки компетентности и других потребностей в лечении и проведение медико-психологических интервенций, направленных на содействие удовлетворенности потребностей.

Чем выше ощущается удовлетворенность психологических потребностей, тем ниже беспомощность и тревога о здоровье и выше самоэффективность в процессе реабилитации. Полученные данные о значимой связи удовлетворенности потребности в связанности и большим ощущением самоэффективности в процессе реабилитации и меньшим ощущением беспомощности в процессе реабилитации согласуются с другими исследовательскими данными о такой связи. В лонгитюдном исследовании (Schroevers et al., 2010) были получены результаты о положительной связи между полученной социальной поддержкой в первые 3 месяца после постановки диагноза и более положительным восприятием последствий болезни через 8 лет, иными словами, была обнаружена связь посттравматического роста и социальной поддержки, полученной в первые 3 месяца после постановки диагноза.

Данные результаты ожидаемы и могут теоретически быть двусторонне объяснены, а также согласуются с имеющимися в исследованиях данными о влиянии ощущаемой человеком поддержки и уровнем благополучия. Связь SDT с меньшей тревогой о здоровье соотносится с данными, полученными в других исследованиях, в которых удовлетворенность потребностей связана с лучшим восприятием своего физического и психического здоровья (Leow, Lynch & Lee, 2021).

## **Заключение**

Результаты исследования позволяют сделать следующие выводы:

1. Шкала удовлетворенности потребностей в автономии, компетентности и связанности характеризуется достаточной надежностью-согласованностью (кроме субшкалы автономии, которая требует дальнейших исследований) и факторной валидностью, что позволяет применять в исследованиях субшкалы компетентности и связанности, а также общего показателя удовлетворенности базовых потребностей.
2. Шкала автономии продемонстрировала более низкую внутреннюю согласованность по сравнению с другими шкалами, что может быть связано со



спецификой восприятия автономности онкологическими пациентами в условиях лечения.

3. Более высокая удовлетворенность потребностей ассоциирована с более высокой самоэффективностью в отношении лечения и меньшей выраженностью тревоги и чувства беспомощности.

4. Не выявлено различий в удовлетворенности базовых психологических потребностей в зависимости от пола, возраста, длительности заболевания и наличия других хронических заболеваний.

5. Пациенты, получающие лучевую терапию, демонстрируют более высокие показатели удовлетворенности потребностей по сравнению с получающими химиотерапию.

Полученные результаты свидетельствуют о возможности использования опросника для оценки удовлетворенности базовых психологических потребностей в процессе лечения онкологических пациентов, что может способствовать разработке и внедрению психологических интервенций, направленных на повышение мотивации к лечению и реабилитации. Дальнейшие исследования могут быть направлены на уточнение надежности-согласованности субшкалы автономии и изучение связи удовлетворенности потребностей с субъективным благополучием и состоянием пациентов.

## Литература

- Гордеева, Т. О. (2015). *Психология мотивации достижения* (2-е перераб. и доп. изд.). Смысл.
- Зинченко, Ю. П., Рассказова, Е. И., Шилко, Р. С., Ковязина, М. С., Черняев, А. П., Варзарь, С. М., Желтоножская, М. В., Лыкова, Е. Н., & Розанов, В. В. (2020). Эффективность лучевой терапии: исследование радиологических и психологических факторов риска. *Наукоемкие технологии*, 21(1), 50–62. <https://doi.org/10.18127/j19998465-202001-08>
- Ковязина, М. С., Варако, Н. А., & Рассказова, Е. И. (2017). Психологические аспекты реабилитации в клинической практике. *Вопросы психологии*, 3, 40–50.
- Рассказова Е.И. (2016). Русскоязычная апробация опросника восприятия болезни Р. Мосс-Моррис и др.: апробация на выборке больных с непсихотическими депрессиями. *Вестник Московского университета. Серия 14: Психология*, 1, 123–142.
- Тхостов, А. Ш. (2002). Психология телесности. М.: Смысл.
- Тюляндин, С. А., Артамонова, Е. В., Жукова, Л. Г., Кислов, Н. В., Королева, И. А., Пароконная, А. А., и др. (2022). Практические рекомендации по лекарственному лечению рака молочной железы. Злокачественные опухоли: *Практические рекомендации RUSSCO*, 12(3s2), 155–197.
- Шагарова, И. В. (2019). Ситуационные и личностные детерминанты совладающего поведения в ситуации онкологического заболевания. *Омский научный вестник*, 3, 84–88.
- Andrykowski, M. A., Lykins, E., & Floyd, A. (2008). Psychological health in cancer survivors. *Seminars in Oncology Nursing*, 24(3), 193–201. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2008.05.007>
- Bonetti, L., Tolotti, A., Anderson, G., Nania, T., Vignaduzzo, C., Sari, D., & Barello, S. (2022). Nursing interventions to promote patient engagement in cancer care: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 133, 104289. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104289>

- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1–55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Hulbert-Williams, N. J., Beatty, L., & Dhillon, H. M. (2018). Psychological support for patients with cancer: Evidence review and suggestions for future directions. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 12(3), 276–292. <https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000360>
- Ionescu, C. M., Mun, C. J., & Burns, J. W. (2023). The role of self-determination theory in pain management: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Pain*, 24(5), 757–772. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2022.12.006>
- Kim, C.-J., Yun, H.-W., Kang, H. S., Jung, J.-Y., & Schlenk, E. A. (2023). Predicting physical activity and sarcopenia-related health outcomes in women with rheumatoid arthritis: A test of the self-determination theory. *Nursing Open*, 10, 6369–6380. <https://doi.org/10.1002/nop2.1885>
- Kroemeke, A., & Sobczyk-Kruszelnicka, M. (2022). Daily analysis of autonomy support and well-being in patient-caregiver dyads facing haematopoietic cell transplantation. *British Journal of Health Psychology*, 27(3), 789–801. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12573>
- Kovyazina, M., Rasskazova, E., Prigorneva, E., Varako, N. (2019). Self-determination theory in rehabilitation of patients with somatic and mental illnesses: Validation of Illness and Treatment Self-Regulation Questionnaire in the Russian neurological sample. *European Psychiatry*, 56S, S699.
- Leow, K., Lynch, M. F., & Lee, J. (2021). Social support and well-being in older cancer survivors. *International Journal of Aging and Human Development*, 92(1), 100–114. <https://doi.org/10.1177/0091415019887688>
- Leventhal, H., Phillips, L. A., & Burns, E. (2016). The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): A dynamic framework for understanding illness self-management. *Journal of Behavioral Medicine*, 39(6), 935–946. <https://doi.org/10.1007/s10865-016-9782-2>
- Lewandowska, A., Rudzki, G., Lewandowski, T., Strykowska-Góra, A., & Rudzki, S. (2022). Risk factors for the diagnosis of colorectal cancer. *Cancer Control*, 29. <https://doi.org/10.1177/10732748211056692>
- Lynch, M. F., & Lee, C. S. (2021). The contribution of social support and psychological needs to social well-being in older adult cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 39(5), 666–680. <https://doi.org/10.1080/07347332.2020.1870642>
- Mehnert, A., Hartung, T. J., Friedrich, M., Vehling, S., Brähler, E., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K., Weis, J., Koch, U., & Faller, H. (2018). One in two cancer patients is significantly distressed: Prevalence and indicators of distress. *Psycho-oncology*, 27(1), 75–82. <https://doi.org/10.1002/pon.4464>
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L. D., & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17(1), 1–16. <https://doi.org/10.1080/08870440290001494>
- Ntoumanis, N., Ng, J. Y. Y., Prestwich, A., Quested, E., Hancox, J. E., Thøgersen-Ntoumani, C., Deci, E. L., Ryan, R. M., Lonsdale, C., & Williams, G. C. (2021). A meta-analysis of self-determination theory-informed intervention studies in the health domain: effects on motivation, health behavior, physical, and psychological health. *Health Psychology Review*, 15(2), 214–244. <https://doi.org/10.1080/17437199.2020.1718529>
- Rivera-Rivera, J. N., Badour, C. L., & Burris, J. L. (2021). The association between psychological functioning and social support and social constraint after cancer diagnosis: a 30-day daily diary study. *Journal of Behavioral Medicine*, 44, 355–367. <https://doi.org/10.1007/s10865-021-00200-6>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic

- motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68–78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Schroevers, M. J., Helgeson, V. S., Sanderman, R., & Ranchor, A. V. (2010). Type of social support matters for prediction of posttraumatic growth among cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 19(1), 46–53.
- Secinti, E., Tometich, D. B., Johns, S. A., & Mosher, C. E. (2019). The relationship between acceptance of cancer and distress: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 71, 27–38. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.05.001>
- Sheldon, K. M., Williams, G., & Joiner, T. (2003). Self-determination theory in the clinic: Motivating physical and mental health. *Yale University Press*.
- Stefánsdóttir, G., Björnsdóttir, K., & Stefánsdóttir, Á. (2018). Autonomy and people with intellectual disabilities who require more intensive support. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 20(1), 162–171. <https://doi.org/10.16993/sjdr.21>
- Tauber, N. M., O'Toole, M. S., Dinkel, A., Galica, J., Humphris, G., Lebel, S., & Maheu, C. (2019). Effect of psychological intervention on fear of cancer recurrence: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Oncology*, 37(31), 2899–2915. <https://doi.org/10.1200/JCO.19.00572>
- Xia, Q., Kularatna, M., Virdun, C., Button, E., Close, E., & Carter, H. E. (2023). Preferences for palliative and end-of-life care: A systematic review of discrete choice experiments. *Value in Health*, 26(12), 1795–1809. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2023.07.005>

## Приложение 1

### ***Шкала удовлетворенности потребностей в автономии, компетентности и связанности в отношении лечения***

№	За время лечения я ...	Абсолютно не согласен		В чем-то согласен, в чем-то нет		Абсолютно согласен
1	Я чувствую, что у меня установились хорошие отношения, связь с медицинскими работниками	1	2	3	4	5
2	Я часто чувствую себя одиноким	1	2	3	4	5
3	Я чувствую эмоциональную связь и поддержку со стороны медицинских работников, которые со мной работают	1	2	3	4	5
4	Я чувствую, что врачи или другие медицинские работники меня недооценивают или не понимают	1	2	3	4	5
5	Я чувствовал душевную близость с врачом или другими медицинскими работниками, которые со мной работают	1	2	3	4	5
6	У меня возникали разногласия или конфликты с людьми, которые участвуют в моем лечении или реабилитации	1	2	3	4	5

№	За время лечения я ...	Абсолютно не согласен		В чем-то согласен, в чем-то нет		Абсолютно согласен
7	Я успешно выполняю трудные задачи, связанные с лечением и реабилитацией	1	2	3	4	5
8	Я испытывал неудачи в лечении и реабилитации, НЕ мог успешно справиться с некоторыми моими делами	1	2	3	4	5
9	Я берусь за трудные задачи в реабилитации и справляюсь с ними	1	2	3	4	5
10	Стараясь восстановиться, я иногда чувствую себя некомпетентным, как будто у меня ничего не получается, как нужно	1	2	3	4	5
11	Я хорошо справляюсь даже с трудными задачами, связанными с лечением или реабилитацией	1	2	3	4	5
12	Я испытываю трудности даже в тех задачах в лечении и реабилитации, с которыми вполне мог бы справиться	1	2	3	4	5
13	Я чувствую, что сам выбираю свои способы лечения, так, как я сам считаю нужным	1	2	3	4	5

№	За время лечения я ...	Абсолютно не согласен		В чем-то согласен, в чем-то нет		Абсолютно согласен
14	Я испытываю много излишнего внешнего давления со стороны медицинских работников	1	2	3	4	5
15	Решения, которые я принимаю в отношении своего лечения, взвешенные и действительно МОИ собственные	1	2	3	4	5
16	Люди вокруг меня все время говорят, что я должен делать для своего лечения	1	2	3	4	5
17	Я чувствую себя вовлеченным в процесс лечения, я активно участвую в нем, а не просто соглашаюсь на предложения врачей	1	2	3	4	5
18	Во время лечения я вынужден делать многие вещи против своего желания	1	2	3	4	5

Шкалы: «Автономия» (13–18), «Компетентность» (7–12), «Связанность» (1–6).

Поступила в редакцию: 14.05.2025

Поступила после рецензирования: 10.08.2025

Принята к публикации: 14.08.2025

## Заявленный вклад авторов

Все перечисленные авторы (Каракуркчи Марина Константиновна, Тхостов Александр Шамильевич, Рассказова Елена Игоревна, Кирсанова София Александровна) внесли равный сопоставимый вклад на всех этапах работы: от постановки исследовательских задач и сбора данных до анализа результатов и написания текста статьи

## Информация об авторах

**Марина Константиновна Каракуркчи**, медицинский психолог, онкологический центр №1, ГКБ им. С.С. Юдина, аспирант кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва, Российская Федерация; ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0007-6105-7798>; e-mail: [karakyrkchi\\_m@mail.ru](mailto:karakyrkchi_m@mail.ru)

**Александр Шамильевич Тхостов**, доктор психологических наук, профессор кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва, Российская Федерация; Researcher ID: I-4782-2012; Scopus Author ID: 6603614962; ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-9676-4096>; e-mail: [tkhostov@gmail.com](mailto:tkhostov@gmail.com)

**Елена Игоревна Рассказова**, кандидат психологических наук, доцент кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии МГУ имени М.В. Ломоносова, старший научный сотрудник Научного центра психического здоровья, Москва, Российская Федерация; Researcher ID: I-6603-2012; Scopus Author ID: 8379943500; ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-9648-5238>; e-mail: [e.i.rasskazova@gmail.com](mailto:e.i.rasskazova@gmail.com)

**София Александровна Кирсанова**, выпускник аспирантуры факультета психологии МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва, Российская Федерация; ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0002-69934306>; e-mail: [sonyakirsanova@mail.ru](mailto:sonyakirsanova@mail.ru)

## Информация о конфликте интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.