

Пономарева И. В.^{1,2,3}, Циринг Д. А.^{1,2}, Пахомова Я. Н.^{2,3}**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ОТКАЗА ОТ ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ ТЕРАПИИ ЖЕНЩИН ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ОБЗОР ЗАРУБЕЖНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ)**¹ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Томский государственный университет», 634050, г. Томск;²Уральский филиал ФГБОУ ВО «Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации», 454084, г. Челябинск;³ФГБОУ ВО «Челябинский государственный университет», 454001, г. Челябинск

В статье представлен аналитический обзор зарубежных исследований, посвященных проблеме отказа пациентов, в частности женщин, больных раком молочной железы, от противоопухолевого лечения. Представлен анализ основных результатов эмпирических исследований, в которых описаны факторы, связанные с отказами пациентов от лечения. Среди факторов, влияющих на решение о добровольном отказе пациентов от лечения, называют токсичность лечения (тошнота и рвота), пожилой возраст, стадию болезни, наличие и тип медицинской страховки, особенности семейного статуса. Кроме объективных факторов, описываются и субъективные: убеждения, ценности пациентов. Обзор современных публикаций показал дефицит исследований, посвященных психологическим факторам отказа пациентов от лечения рака. Однако лояльность пациента к противоопухолевому лечению играет решающую роль в прогнозе выживаемости и благоприятном течении болезни. В связи с этим актуальными становятся исследования психологических особенностей личности пациентов, отказавшихся от лечения при онкологическом заболевании, верификация психологических факторов добровольных отказов от лечения с целью организации континуума онкологической помощи пациентам, их психологического сопровождения, повышения приверженности лечению.

Ключевые слова: рак молочной железы; отказ от лечения; токсичность лечения; качество жизни; обзор исследований.

Для цитирования: Пономарева И. В., Циринг Д. А., Пахомова Я. Н. Психологические факторы отказа от противоопухолевой терапии женщин при раке молочной железы (обзор зарубежных исследований). Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(2):223—226. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-2-223-226>

Для корреспонденции: Пономарева Ирина Владимировна, канд. психол. наук, доцент, зав. кафедрой психологии ФГБОУ ВО «Челябинский государственный университет», старший научный сотрудник ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Томский государственный университет», e-mail: ivp-csu@yandex.ru

Ponomareva I. V.^{1,2,3}, Tsiring D. A.^{1,2}, Pakhomova Ya. N.^{2,3}**THE PSYCHOLOGICAL FACTORS OF RENUNCIATION OF ANTITUMORAL THERAPY BY WOMEN WITH BREAST CANCER (INTERNATIONAL PUBLICATIONS REVIEW)**¹The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The Tomsk National Research State University”, 634050, Tomsk, Russia;²The Ural Branch of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Financial University under the Government of the Russian Federation”, 454084, Chelyabinsk, Russia;³The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Chelyabinsk State University”, 454084, Chelyabinsk, Russia

The article presents analytical review of studies considering problem of patient refusal from antitumoral treatment, in particular of women with breast cancer. The analysis of main results of empirical studies describes factors associated with patient refusal from treatment. Among factors affecting decision making related to patient voluntarily refuse of treatment are toxicity of treatment (nausea and vomiting), senile age, disease stage, availability and type of medical insurance, characteristics of family status. Besides objective factors, such subjective factors as beliefs, values of patients are described. The deficiency of research studies concerning psychological factors of patient refusal of antitumoral treatment is established. However, patient loyalty to antitumoral treatment plays decisive role in prognosis of survival and favorable course of disease. In connection with that, studies covering such areas as psychological characteristics of personality of patients refusing of antitumoral treatment, verification of psychological factors of this voluntary refusal are required in order to organize continuum of oncological care of patients, their psychological maintenance and increasing of commitment to treatment.

Keywords: breast cancer; treatment refusal; treatment toxicity; quality of life; research review.

For citation: Ponomareva I. V., Tsiring D. A., Pakhomova Ya. N. The psychological factors of renunciation of antitumoral therapy by women with breast cancer (international publications review). *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2023;31(2):223—226 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-2-223-226>

For correspondence: Ponomareva I. V., candidate of psychological sciences, associate professor, the Head of the Chair of Psychology of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Chelyabinsk State University”, the Senior Researcher of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The Tomsk National Research State University”, e-mail: ivp-csu@yandex.ru

Conflict of interests. The authors declare absence of conflict of interests.

Acknowledgment. The study was implemented at the expense of the grant of the Russian Scientific Foundation (project № 19-18-00426).

Received 11.08.2022

Accepted 29.10.2022

Введение

Онкологические заболевания остаются прогностически неблагоприятными, несмотря на постоянный поиск научных методов лечения данной пато-

логии. В основе таких выводов лежит статистическая оценка выживаемости при онкологических заболеваниях и вероятности сохранения жизни за последние 10 лет. По данным Всемирной организации

Здоровье и общество

здравоохранения, в 2020 г. от рака молочной железы (РМЖ) в мире скончались 685 тыс. женщин. Это онкологическое заболевание стало самым распространенным, опередив рак легкого. РМЖ занимает первое место среди всех онкологических заболеваний у женщин в мире, по оценкам за 2020 г., он был диагностирован у 2,3 млн человек среди всего населения по всему миру [1].

Согласно данным НМИЦ радиологии Минздрава России, в 2021 г. новые случаи заболевания РМЖ составили 509,2 случая на 100 тыс. населения, что выше уровня 2011 г. на 41%. В структуре смертности женского населения по стране РМЖ занимает 1-е место. Увеличение данного показателя обусловлено ростом заболеваемости и выявляемости, а также выживаемости онкологических больных. Летальность больных в течение года с момента установления диагноза злокачественного новообразования (из числа больных, впервые взятых на учет в предыдущем году), составила в 2021 г. 4,8% (в 2020 г. — 5,2%, в 2019 г. — 5,5%); в течение последних 10 лет наблюдается ее снижение [2].

Комплексное лечение при РМЖ, которое включает в себя хирургические вмешательства, лучевую и лекарственную терапию, тяжело переносится пациентами. У значительного числа больных РМЖ отмечается постмастэктомический синдром: лимфостаз верхней конечности (35—40%), плечевые плекситы и нейропатии (2—11%), ограничение амплитуды движения в плечевом суставе (39,7%). Потеря органа и послеоперационные осложнения приводят к проблемам личностного характера, изменяются самооценка и самоотношение женщины, появляются тревожность и депрессия, возникают сложности семейного характера, повышается риск развода, появляются трудности в профессиональной сфере и во взаимоотношениях с окружающими. Хронический лимфатический отек конечности приводит к выраженному косметическому дефекту, может вызвать депрессию и спровоцировать суицидальную попытку [3]. Все это обращает внимание на проблему выживаемости и качества жизни пациентов не только специалистов-онкологов, но и специалистов-психологов.

Важную роль в прогнозе выживаемости и благоприятного течения болезни играет приверженность пациента противоопухолевому лечению, готовность работать с врачами в «одной команде», выполнять все рекомендации лечащего врача, давать обратную связь. Однако, несмотря на доказательную эффективность противоопухолевого лечения и персонализированный подход, существует доля женщин, которые отказываются от терапии. Такое рискованное поведение непременно ведет к прогрессированию болезни и снижению выживаемости, повышению риска летального исхода болезни.

Традиционно основной целью лечения при онкологическом заболевании является продолжительность жизни и максимальное уменьшение опухоли независимо от сопровождающей терапии токсичности. Но период после завершения лечения часто

описывается пациентами как более трудный, чем период лечения. Это связано как с физическим состоянием (постмастэктомический синдром), так и с переживанием психологических и социальных последствий радикального лечения (тревожно-депрессивные, ипохондрические, невротические синдромы, нарушения социальной адаптации). Данные тяжелые последствия часто рассматриваются как причины отказа женщин от противоопухолевого лечения.

Материалы и методы

Методология исследования построена на проведении сопоставительного и критического анализа современной научной литературы, посвященной факторам отказа от лечения РМЖ у женщин. С целью изучения факторов отказа женщин от лечения проведен поиск и анализ публикаций, размещенных в базах Pubmed, CrossRef, GoogleScholar и др. Критериями включения исследований в систематический обзор выступали публикации, описывающие факторы добровольного отказа больных раком от противоопухолевого лечения. Всего было включено 17 исследований, опубликованных в период с 2012 по 2022 г.

Результаты исследования

Многие исследователи отмечают, что токсичность лечения при РМЖ может быть причиной отказа от него. Среди факторов, влияющих на решение о добровольном отказе, называют тошноту и рвоту. Вызванные химиотерапией (или лучевой терапией) рвота и тошнота могут значительно повлиять на качество жизни пациента, что приводит к плохому восприятию химиотерапии или лучевой терапии. Тошнота и рвота также могут приводить к метаболическим дисбалансам, ухудшению самообслуживания и функциональных способностей, истощению, анорексии, снижению работоспособности и психического статуса, расхождению раны, разрывам пищевода и отказу от потенциально полезного или излечивающего противоракового лечения [4].

С. Farrell и соавт. [5] оценили влияние тошноты на качество жизни и психологическое расстройство женщин, получавших химиотерапию. Ученые пришли к выводам, что тошнота, вызванная химиотерапией, влияет на состояние питания и физическое функционирование и может повышать тревожность и снижать качество жизни.

Группа ученых исследовала, как симптомы тошноты и рвоты, вызванные химиотерапией, приводят к снижению качества жизни, оценила характер изменения качества жизни пациентов при многократных циклах химиотерапии и изучила, повлияло ли качество жизни в более раннем цикле химиотерапии на качество жизни в последующих циклах. Исследование показало, что тошнота и рвота, вызванные химиотерапией, значительно влияют на качество жизни пациентов, получавших химиотерапию в течение нескольких циклов. Во время первого и последующих циклов химиотерапии качество жизни

ни было значительно лучше у пациентов, не испытывавших рвоты или выраженной тошноты. Качество жизни в более раннем цикле влияло на качество жизни в последующих циклах [6]. Большой массив исследований указывает на низкое качество жизни женщин после лечения [7—9].

Проведено исследование восприятия пациентами симптомов, связанных с химиотерапией; оценивалась тяжесть физических и нефизических симптомов, которые испытывали пациенты и относили к химиотерапии. Установлено, что наиболее распространенными симптомами были алопеция, общая слабость, влияние на семью/партнера, потеря вкуса, тошнота, утомляемость, проблемы со сном, влияние на работу / домашние обязанности и необходимость сменить привычный образ жизни, отказаться от реализации жизненных планов. Наиболее серьезными симптомами были беспокойство по поводу влияния болезни на семью/партнера, тошнота, страх перед будущим, усталость, незнание того, что произойдет, приостановка жизни и общая слабость. По сравнению с более ранними исследованиями этой группы ученых отмечено увеличение нефизических проблем — влияние на семью и будущее и уменьшение физических симптомов, особенно рвоты, но тошнота, усталость и общая слабость оставались беспокоящими. Влияние на семью/партнера, страх перед будущим, и «жизнь в ожидании» являются основными проблемами для пациентов [10].

В большинстве проанализированных исследований пожилой возраст описан как один из самых сильных прогностических факторов, связанных с отказом от противоопухолевой терапии. В зарубежных исследованиях важными факторами, связанными с отказом от лечения, признаются пол, семейное положение, раса, наличие государственной страховки, запущенные стадии рака. Было обнаружено, что влияние пола на отказ от лечения варьирует в зависимости от типа лечения. Мужчины, как правило, отказываются от лучевой терапии, в то время как женщины, как правило, отказываются от гормональной терапии и хирургического лечения. Статистически значимых различий в отказе от химиотерапии между пациентами мужского и женского пола обнаружено не было. Некоторые факторы (пожилой возраст и отсутствие страховки) были в значительной степени связаны с отказом от лечения [11]. Подобные социально-демографические характеристики связаны и с отказом женщин от хирургического лечения при РМЖ. Для женщин, отказавшихся от хирургического лечения, характерны старший возраст на момент постановки диагноза, негроидная и азиатская раса, государственная страховка или отсутствие страховки, проживание на территориях, где высокий процент населения не закончил среднюю школу, II и III стадии заболевания [12].

Результаты исследования группы ученых из Греции и Пенсильвании также показывают, что существует тенденция к увеличению числа пациентов, отказывающихся от рекомендуемого при РМЖ хирургического лечения. В исследовании также отме-

чено, что это категории пациентов старшего возраста на момент постановки диагноза, имеющие особенности семейного статуса (одинокое, разведенные, овдовевшие), пациенты на более поздней стадии заболевания, а также те, у кого не было медицинской страховки. Перечисленные характеристики независимо ассоциировались с повышенным риском отказа от рекомендованной хирургии [13, 14].

Отказ от лечения при РМЖ на любой стадии может значительно снизить выживаемость, поэтому важно понимать, какие факторы могут повлиять на выбор пациентом отказа от лечения. В исследовании М. Huijter и Е. Van Leeuwen изучены причины, по которым женщины отказываются от химиотерапии. При опросе все пациенты указывают на то, что преимущества лечения не перевешивают недостатки («слишком много хороших вещей разрушается пропорционально плохим»). *Как правило, пациенты в качестве причины отказа от химиотерапии указывают негативный опыт предыдущих курсов, ожидаемые побочные эффекты, неопределенность в результате воздействия лечения на их здоровье и представление о том, что адъювантное лечение не имеет смысла, поскольку они чувствуют себя хорошо.* Побочные эффекты и медицинские неопределенности в отношении эффектов химиотерапии рассматриваются авторами исследования как рациональные основания для отказа пациентов от лечения. Также в данном исследовании пациентки называют личные обстоятельства отказа от химиотерапии. Важными факторами при принятии решения оказываются финансовая потребность в работе, потребность в учебе или уход за домашними животными. В более широком плане стало ясно, что контекстуальные обстоятельства также связаны с отношением к жизни, страданием и смертью. Отношение к страданию и смерти, как правило, проявляется в безразличии или отрицании [15]. Кроме того, отказ от хирургической операции может быть связан с наступлением психологических последствий, описанных в исследовании J. M. Arroyo и M. L. Lopez [16]. Исследователи интервьюировали 46 женщин, подвергшихся мастэктомии. У обследованных женщин обнаружили:

- изменение «телесного образа», связанное с исчезновением ценного органа, что приводит к чувству потери личной привлекательности, низкой самооценке и избеганию социальных отношений;
- проблема «женственности» была связана с проблемой «желательности»;
- у многих женщин после хирургического лечения возникает навязчивая идея увечья как «дыры», которую невозможно принять.

Также в исследовании показано, как определенные черты личности связаны с уязвимостью женщин в отношении наступления психологических последствий [16]. Дальнейшие исследования важны для лучшего понимания роли, которую когнитивные убеждения пациентов, их ценности играют в процессе принятия решения об отказе от противо-

опухолевого лечения при. Необходимо сделать более явной роль личных ценностей и убеждений в медицинском контексте отказа от лечения.

Обсуждение

С добровольным отказом от лечения связаны социально-демографические и клинические переменные. Необходимы дополнительные исследования, определяющие роль психологических факторов при принятии решений в отношении лечения при РМЖ. Нами подробно и глубоко будут изучены имеющиеся кейсы (ситуации отказа от лечения женщин при РМЖ) с целью определения отличительных индивидуально-психологических характеристик женщин, отказавшихся от лечения. Понимание роли индивидуально-психологических особенностей личности больных в ситуации отказа от лечения и установление психологических особенностей женщин при РМЖ, которые выливаются в рискованное поведение, повышающее риск летального исхода, даст возможность определять женщин группы риска, своевременно оказывать им психологическую помощь, формируя лояльное отношение к лечению. Влияние на семью/партнера, страх перед будущим, незнание того, что произойдет, и «жизнь в ожидании» являются основными проблемами для пациентов. Приоритетным направлением реабилитации онкологических больных в ситуациях болезни является сохранение автономии и независимости [17].

Заключение

В зарубежной онкопсихологии накоплены исследования, посвященные причинам добровольного отказа женщин от противоопухолевого лечения при РМЖ. Однако наблюдается дефицит публикаций, посвященных психологическим предикторам отказа. Оценка психологических факторов отказов женщин от лечения, связанных с их психологическими особенностями, необходима для организации онкологической помощи пациентам в ситуациях болезни. В таком случае междисциплинарный подход к организации континуума онкологической помощи пациентам, предполагающий и медицинское, и социально-психологическое сопровождение пациентов, будет направлен на повышение приверженности лечению и пролонгирование активной социальной жизни, превенцию инвалидизации пациента и оптимизацию качества жизни пациента и его семьи.

Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда (проект № 19-18-00426).

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Breast Source: Globocan 2020. Режим доступа: 20-Breast-fact-sheet.pdf
2. Каприн А. Д., Старинский В. В., Шахзадова А. О. Состояние онкологической помощи населению России в 2021 году. М.: МНИОИ им. П. А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России; 2022.
3. Ермошchenkova M. B., Филоненко Е. В., Зикиряходжаев А. Д. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению постмастэктомического синдрома. М.: МНИОИ им. П. А. Герцена; 2013.

4. Ettinger D. S., Armstrong D. K., Barbour S., Berger M. J., Bierman P. J., Bradbury B., Georgianna E., Kirkegaard S., Kloth D. D., Kris M. G., Lim D., Michaud L. B., Nabati L., Noonan K., Rugo H. S., Siler D., Sorscher S. M., Stelts S., Stucky-Marshall L., Todaro B., Urba S. G., Antiemesis. *J. Natl. Compr. Canc. Netw.* 2012;10(4):456—85. doi: 10.6004/jnccn.2012.0047
5. Farrell C., Brearley S. G., Pilling M., Molassiotis A. The impact of chemotherapy-related nausea on patients' nutritional status, psychological distress and quality of life. *Support Care Cancer.* 2013;21(1):59—66. doi: 10.1007/s00520-012-1493-9
6. Yeo W., Mo F., Yip C., Yeo V. A., Li L., Lau T., Lai K. T., Chan V., Wong K. H., Pang E., Cheung M., Chan V., Kwok C., Suen J., Molassiotis A. Quality of Life Associated with Nausea and Vomiting from Anthracycline-Based Chemotherapy: A Pooled Data Analysis from Three Prospective Trials. *Oncologist.* 2021;26(12):2288—96. doi: 10.1002/onco.13978
7. Важенни А. В., Циринг Д. А., Миронченко М. Н., Пономарева И. В., Евстафеева Е. А. Рак молочной железы: роль психологической поддержки и эффективность лечения. *Сибирский онкологический журнал.* 2021;20(6):96—103. doi: 10.21294/1814-4861-2021-20-6-96-103
8. Rashid Y. A., Ghafoor Z. A., Masood N., Mehmood T., Awan S., Ansar T., Mirza M., Rashid U. A. Psychosocial impact of cancer on adult patients. *JPM. J. Pakistan Med. Assoc.* 2012;62(9):905—9.
9. Brock D. W., Wartman S. A. When Competent Patients Make Irrational Choices. *New Engl. J. Med.* 1990;322:1595—9. doi: 10.1056/NEJM199005313222209
10. Vardy J. L., Liew A., Warby A., Elder A., Keshet I., Devine R., Ouliaris C., Renton C., Tattersall M., Dhillon H. M. On the receiving end: have patient perceptions of the side-effects of cancer chemotherapy changed since the twentieth century? Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive. *Care Cancer.* 2022;30(4):3503—12. doi: 10.1007/s00520-022-06804-1
11. Shahi S., Meza J., Tandra P., LeVan T., Bagenda D. S., Farazi P. A. Gender Differences in Recommended Treatment Decisions among Breast Cancer Patients: A Study Using the National Cancer Database. *Clin. Breast Cancer.* 2022;22(4):444—56. doi: 10.1016/j.clbc.2021.11.001
12. Restrepo D. J., Sisti A., Boczar D., Huayllani M. T., Fische J., Gabriel E., McLaughlin S. A., Bagaria S., Spaulding A., Rinker B. D., Forte A. J. Characteristics of Breast Cancer Patients. *Anticancer Res.* 2019;39(9):4941—5. doi: 10.21873/anticancer.13682
13. Gaitanidis A., Alevizakos M., Tsilikidis C., Tsaroucha A., Simopoulos C., Pitiakoudis M. Refusal of Cancer-Directed Surgery by Breast Cancer Patients: Risk Factors and Survival Outcomes. *Clin. Breast Cancer.* 2018;18(4):469—76. doi: 10.1016/j.clbc.2017.07.010
14. Huijter M., Van Leeuwen E. Personal values and cancer treatment refusal. *J. Med. Ethics.* 2000;26(5):358—62. doi: 10.1136/jme.26.5.358
15. Saillant F. Discourse, knowledge and experience of cancer: A life story. *Cult. Med. Psych.* 1990;14:81—104. doi: 10.1007/BF00046705
16. Arroyo J. M., López M. L. Psychological problems derived from mastectomy: a qualitative study. *Int. J. Surg. Oncol.* 2011;132461. doi: 10.1155/2011/132461
17. Еругина М. В., Кром И. Л., Шмеркевич А. Б., Балакина Д. Д. Концептуализация континуума онкологической помощи в ситуациях болезни в контексте интегрированной системы регионального здравоохранения. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* 2020;28(5):987—93. doi: 10.32687/0869-866X-2020-28-5-987-993

Поступила 11.08.2022
Принята в печать 29.10.2022

REFERENCES

1. Breast Source: Globocan 2020. Available at: 20-Breast-fact-sheet.pdf
2. Kaprin A. D., Starinskij V. V., Shahzadova A. O. The state of oncological care for the population of Russia in 2021. [Sostoyaniye onkologicheskoy pomoshchi naseleniyu Rossii v 2021 godu]. Moscow: MNI OI im. P. A. Gercena — filial FGBU "NMIC radiologii" Minzdrava Rossii; 2022 (in Russian).
3. Ermoshchenkova M. V., Filonenko E. V., Zikiryahodzhayev A. D. Federal clinical guidelines for the diagnosis and treatment of post-mastectomy syndrome [Federal'nye klinicheskie rekomendatsii po diagnostike i lecheniyu postmastektomicheskogo sindroma]. Moscow: MNI OI im. P. A. Gercena; 2013 (in Russian).
4. Ettinger D. S., Armstrong D. K., Barbour S., Berger M. J., Bierman P. J., Bradbury B., Georgianna E., Kirkegaard S., Kloth D. D.,

- Kris M. G., Lim D., Michaud L. B., Nabati L., Noonan K., Rugo H. S., Siler D., Sorscher S. M., Stelts S., Stucky-Marshall L., Todaro B., Urba S. G. Antiemesis. *J. Natl. Compr. Canc. Netw.* 2012;10(4):456–85. doi: 10.6004/jnccn.2012.0047
5. Farrell C., Brearley S. G., Pilling M., Molassiotis A. The impact of chemotherapy-related nausea on patients' nutritional status, psychological distress and quality of life. *Support Care Cancer.* 2013;21(1):59–66. doi: 10.1007/s00520-012-1493-9
 6. Yeo W., Mo F., Yip C., Yeo V. A., Li L., Lau T., Lai K. T., Chan V., Wong K. H., Pang E., Cheung M., Chan V., Kwok C., Suen J., Molassiotis A. Quality of Life Associated with Nausea and Vomiting from Anthracycline-Based Chemotherapy: A Pooled Data Analysis from Three Prospective Trials. *Oncologist.* 2021;26(12):2288–96. doi: 10.1002/onco.13978
 7. Vazhenin A. V., Tsiring D. A., Mironchenko M. N., Ponomareva I. V., Evstafeeva E. A. Breast cancer: role of psychological support and the effectiveness of treatment. *Sibirskij onkologicheskij zhurnal.* 2021;20(6):96–103. doi: 10.21294/1814-4861-2021-20-6-96-103`2 (in Russian).
 8. Rashid Y. A., Ghafoor Z. A., Masood N., Mehmood T., Awan S., Ansar T., Mirza M., Rashid U. A. Psychosocial impact of cancer on adult patients. *JPMA. J. Pakistan Med. Assoc.* 2012;62(9):905–9.
 9. Brock D. W., Wartman S. A. When Competent Patients Make Irrational Choices. *New Engl. J. Med.* 1990;322:1595–9. doi: 10.1056/NEJM199005313222209
 10. Vardy J. L., Liew A., Warby A., Elder A., Keshet I., Devine R., Ouliaris C., Renton C., Tattersall M., Dhillon H. M. On the receiving end: have patient perceptions of the side-effects of cancer chemotherapy changed since the twentieth century? Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive. *Care Cancer.* 2022;30(4):3503–12. doi: 10.1007/s00520-022-06804-1
 11. Shahi S., Meza J., Tandra P., LeVan T., Bagenda D. S., Farazi P. A. Gender Differences in Recommended Treatment Decisions among Breast Cancer Patients: A Study Using the National Cancer Database. *Clin. Breast Cancer.* 2022;22(4):444–56. doi: 10.1016/j.clbc.2021.11.001
 12. Restrepo D. J., Sisti A., Boczar D., Huayllani M. T., Fische J., Gabriel E., McLaughlin S. A., Bagaria S., Spaulding A., Rinker B. D., Forte A. J. Characteristics of Breast Cancer Patients. *Anticancer Res.* 2019;39(9):4941–5. doi: 10.21873/anticancer.13682
 13. Gaitanidis A., Alevizakos M., Tsalikidis C., Tsaroucha A., Simopoulos C., Pitiakoudis M. Refusal of Cancer-Directed Surgery by Breast Cancer Patients: Risk Factors and Survival Outcomes. *Clin. Breast Cancer.* 2018;18(4):469–76. doi: 10.1016/j.clbc.2017.07.010
 14. Huijter M., Van Leeuwen E. Personal values and cancer treatment refusal. *J. Med. Ethics.* 2000;26(5):358–62. doi: 10.1136/jme.26.5.358
 15. Saiillant F. Discourse, knowledge and experience of cancer: A life story. *Cult. Med. Psych.* 1990;14:81–104. doi: 10.1007/BF00046705
 16. Arroyo J. M., López M. L. Psychological problems derived from mastectomy: a qualitative study. *Int. J. Surg. Oncol.* 2011;132461. doi: 10.1155/2011/132461
 17. Erugina M. V., Krom I. L., Shmerkevich A. B., Balakina D. D. Conceptualizing the continuum of cancer care in disease situations in the context of an integrated regional health system. *Problemy social'noj gigieny, zdravoohraneniya i istorii mediciny.* 2020;28(5):987–93. doi: 10.32687/0869-866X-2020-28-5-987-993 (in Russian).