

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России)
Факультет психолого-социальной работы и высшего сестринского образования
кафедра клинической психологии и педагогики

Допустить к защите:
Зав. кафедрой клинической
психологии и педагогики
д.пс.н., профессор Е.С. Набойченко

**ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С
ДИАГНОЗОМ ОНКОЛОГИЯ В ОТДЕЛЕНИЯХ ПАЛЛИАТИВНОЙ
ПОМОЩИ**

Специальность:
37.05.01 - Клиническая психология
Квалификация: специалист

Исполнитель:
студент группы ОКП–601
Кокк М.В.

Научный руководитель:
к.пс.н., доцент
Устинова Н.А.

Екатеринбург - 2022

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
1 Теоретические основы изучения внутренней картины болезни у пациентов с диагнозом онкология	7
1.1 Психологические исследования пациентов с диагнозом онкология	7
1.2 Особенности внутренней картины болезни у пациентов с онкологическим заболеванием	13
1.3 Влияние качества жизни на эффективность лечения реабилитации онкологических больных	18
1.4 Теоретическое обоснование психологической реабилитации пациентов с диагнозом онкология	22
2 Исследование внутренней картины болезни пациентов с онкологическим заболеванием	29
2.1 Описание выборки и методов исследования	29
2.2 Результаты психологической реабилитации пациентов с диагнозом онкология.....	31
3 Программа «Психологическая реабилитация больных с диагнозом онкология».....	40
3.1 Цель, задачи, содержание программы	40
3.2 Результаты внедрения программы	43
Заключение	45
Список использованных источников	47
Приложение 1 Материал методики	52
Приложение 2 Форма беседы	61
Приложение 3 Стандарт оснащения отделения паллиативной медицинской помощи	62
Приложение 4 Стандарт оснащения отделения паллиативной медицинской помощи	63

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность. Пациенты с диагнозом онкология нуждаются в особом уходе, и предполагает медицинскую, психологическую и социальную поддержку. В таком состоянии родственники зачастую не в силах помочь выйти из состояния страха, тревоги, облегчить боль. Для этого тяжело больным пациентам необходима профессиональная психологическая реабилитация, направленная на улучшение качества жизни.

Психологическая реабилитация онкобольных является важным вопросом во многих аспектах жизни, что напрямую связано с высокой распространенностью и быстрым ростом злокачественных опухолей во всем мире. Опираясь на данные ВОЗ (Всемирной организации здравоохранения), к 2030 г. количество заболеваний возрастет приблизительно на 70%, достигнув цифры 21,6 млн в год (по сравнению с 14 млн в 2012 г.) За 2020 г. по данным ООН количество новых случаев 19,3 млн, и около 48 % летальных исходов.

Актуальность и важность проблемы подчеркивает Указ Президента №598 от 07.05.2012 г, в котором приоритетным направлением деятельности медучреждений является снижение смертности от онкологии во всех регионах России [32].

По данным в конкретном медицинском учреждении, в котором проходило исследование всего в паллиативном отделении ГАУЗ СО «Арамильская городская больница» г. Арамиль расположено 45 коек, и 60 пациентов, которые находятся в отделении, которые размещены в другом отделении. Из них около 70% имеют диагноз онкология, что составляет около 42 человек.

Научно-теоретическая значимость обусловлена тем, что реабилитационные мероприятия должны ориентироваться не только на минимизацию физических последствий специального лечения, но и в равной степени касаться психических, социальных и профессиональных последствий. Доктор психологических наук Елена Анатольевна Бауэр, входящая в состав

Российского авторского общества (РАО), отмечает, что заболевание онкология является на данный момент основной причиной смертности в странах с развитой экономикой, опережая сердечно-сосудистые заболевания.

Ю. М. Губачев и Е.М. Стабровский проводили исследования психосоматических соотношений с позиций личностного подхода и пришли к выводу, что восприятие болезни и направленность эмоциональной реакции имеет субъективный характер. Практическая деятельность свидетельствует о том, что у пациентов с одним и тем же заболеванием, и идентичным лечением, будут разные результаты. Любые патологические личностные реакции негативно влияют на состояние человека, и прогноз благоприятнее у пациентов с более устойчивой нервной системой и положительным настроением, что доказывает необходимость пациентов, страдающих онкологией, в поддержке и психологической реабилитации.

Научно-методический уровень актуальности. По данным, полученным от медицинского психолога паллиативного отделения ГАУЗ СО «Арамильская городская больница» г. Арамиль, к 2022 г. отделение собирается принимать на 50% больше пациентов, что указывает на актуальность и необходимость в паллиативной помощи большего числа граждан. Пациенты, страдающие онкологическим заболеванием нуждаются в психологической реабилитации, которая позволит им снизить эмоциональное напряжение. Арт-терапевтический процесс поможет человеку в выражении и осознании чувств, что положительно влияет на течение болезни. Техники с переносом переживаний, в условиях отсутствия контроля пациентом заболевания, помогают в некоторых пределах контролировать свое эмоциональное состояние. Использование визуализации и воображения в момент реабилитации дают возможность оказывать воздействие на боль, снижая негативное физическое воздействие.

Проблема исследования состоит в выявлении влияния арт-терапии в рамках психологической реабилитации на пациентов с диагнозом онкология.

Объект исследования - пациенты с диагнозом онкология

Предмет исследования – психологическая реабилитация пациентов с диагнозом онкология в отделениях паллиативной помощи

Цель исследования – исследовать и психологически реабилитировать пациентов с диагнозом онкология.

Была выдвинута следующая **гипотеза исследования**.

Свободное выражение спонтанных переживаний с использованием художественных материалов в рамках арт-терапии положительно влияет на психологическую реабилитацию пациентов с диагнозом онкология.

Цель исследования предполагает определение и решение ряда **задач**:

1. Изучить научные источники по внутренней картине болезни (ВКБ), рассмотреть варианты классификаций, описать особенности ВКБ у пациентов с диагнозом онкология.
2. Провести анализ литературы, связанной с психологической реабилитацией онкобольных, исследовать отдельные направления в реабилитации.
3. Обосновать преимущества арт-терапии для формирования наиболее благоприятного эмоционального состояния и социальной адаптации.
4. Провести эмпирическое исследование изменения восприятия своей болезни в условиях психологической реабилитации.
5. Проанализировать полученные результаты исследования.
6. Выявить эффективность психологической реабилитации.

Теоретико-методологическая база исследования. Изучение внутренней картины болезни было проведено на основании работ Л.Н. Гуменюка, В.А. Росляковой, Г.А. Ткаченко, Н.А. Русиной, И.М. Шестипаловой, А.Б. Даниловой, П.К. Анохиной, В.А. Чулковой, В.М. Моисенко, изучение качества жизни осуществлено по трудам Н.Г. Незнанова, Н.Н. Петровой. Изучение психологической реабилитации пациентов с диагнозом онкология в условиях паллиативной помощи было описано с помощью работ М.В. Вагайцевой, Е.Ф. Бажина, А.В. Гнездилова, Т.А. Караева, И.Е. Куприяновой, Е.М. Слонимской, О.А. Бехер.

Комплекс методов исследования работы составили: анализ научных источников, синтез и обобщение имеющихся подходов, тестирование, методы математической обработки: коэффициент корреляции Пирсона; проверка на нормальность распределения с помощью W - критерия Шапиро-Уилка; T - критерий Вилкоксона для связанных выборок.

Методика исследования: методика «Тип отношения к болезни».

Эмпирическая база: отделение паллиативной помощи в ГАУЗ СО «Арамилская городская больница» г. Арамиль. В исследовании приняли участие 30 пациентов с диагнозом онкология.

Теоретическая значимость данной работы заключается в расширении и углублении знаний об особенностях отношения к своей болезни и эмоциональном реагировании больных с онкологией, о методах и техниках его профилактики и коррекции в условиях психологической работы.

Практическая значимость работы. Опираясь на слова Е.А. Бауэр о том, что программы, направленные на психологическую реабилитацию онкобольных не всегда учитывают знания о психологических особенностях пациента, специфику внутренней картины болезни и особенностей социального окружения, позволил сделать вывод о том, что актуальность продиктована высокой практической значимостью данной проблемы и недостаточностью накопленных сведений об этом в научной литературе. Полученные сведения могут оказать влияние на дополнение накопленных знаний о внутренней картине болезни пациентов с диагнозом онкология, а разработанная программа проведения арт-терапии с больными позволяет повысить результативность их психокоррекции.

1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ ОНКОЛОГИЯ

1.1 Психологические исследования пациентов с диагнозом онкология

В 20 веке теоретическая и практическая медицина начала включать в себя психологические факторы заболевания, которые с учетом характеристик тех, кто болен или находится в состоянии выздоровления, и обследования тех, кто находится в группе риска соматической угрозы для жизни. Общие психологические последствия зависят от индивидуального восприятия заболевания и осознания последствий, страха будущего и степенью социальной безопасности.

Первые данные о психологических аспектах пациентов с диагнозом онкология были получены в 1960-е года Р. Эйслером и Дж. Нортоном, которые оформили в своих трудах наблюдения онкобольных во время психотерапии, варианты реакций пациентов и определенных стратегий.

В эти же года американский психолог Элизабет Кюблер-Росс указывала на то, что следует информировать пациентов об их диагнозе, общаться с ними и подмечать их эмоциональное состояние.

Исследования эмоциональных реакций онкобольных зародилось в 70-х годах за границей и изначально были направлены на решение исключительно этических проблем. Позднее начались психологические исследования между поведением человека и тяжестью онкологического заболевания [5], и было выделено более узкое направление онкологии – психоонкология.

Психоонкология – это междисциплинарная область, которая охватывает широкий спектр задач от организации медицинской и психологической помощи пациентам и их семьям, психообразования и обучения персонала, взаимодействующего с больными до проведения комплексных исследований, включающих изучение превентивной роли поведенческих факторов при

злокачественной патологии, а также лечение психических расстройств и решение психосоциальных проблем на протяжении всего онкологического заболевания [1].

Медицинские психологи и психиатры столкнулись с рядом проблем в психоонкологии.

1. Стереотипное длительное общественное мнение о такого рода заболевании.
2. Трудность предоставления психологической реабилитации таким пациентам.
3. Определение психологических аспектов зарождения такого диагноза.
4. Разработка определенной психологической модели помощи таким пациентам.

Решение проблемы, связанной со стереотипным мнением о пациентах с диагнозом онкология связано с созданием терапии и купированию заболевания. В первой половине прошлого века, с улучшением обезболивающих препаратов и навыков хирургов, лечение онкологических заболеваний стало возможным (при отсутствии метастазов). Такие возможности увеличивают процент пациентов в ремиссии, и предполагают академическое пространство для таких исследований. Для снятия тревожности и страха перед онкологическим заболеванием, данные о симптомах рака были распространены. Учитывая попытки установления общей картины рака для создания более верного отношения к такому заболеванию, часть больных обращалась уже в момент распространения метастазов или неоперабельной опухоли.

Соединенные Штаты Америки также начали проводить исследования онкобольных, которые установили связь между экзистенциальными проблемами пациентов, их особенностями и самим заболеванием.

Основоположник отечественной онкологии Н.Н. Петров писал: «Для полноценной хирургической работы, кроме научных знаний, технического оснащения и отличной хирургической техники, необходимы: полный учет

значения психики больных для исхода производимого лечения и охрана этой психики, с исключением ее травмы, какая только может быть избегнута» [28;2]. И в последствии Николай Николаевич в институте онкологии организовал группу, которая занимается исследованием особенностей онкобольных.

Психоонкологию необходимо было разделить по направлениям для более узкого изучения психологии пациентов с диагнозом онкология.

В первое направление был включен мониторинг причин, связанных с внешним воздействием на личность пациента. Примечательно то, что при наличии доказательной базы воздействия психологических состояний на развитие онкологии, нет установленной модели данных процессов.

Второе направление анализирует вопрос о принятии нового социального статуса и адаптации к изменениям, влияние субъективных реакций и особенностей течения заболевания.

Ссылаясь на публикацию 1999 г. с исследованиями посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) при наличии онкологии со систематическим обзором девяти статей, включая результаты тестов для различных выборок детей старшего возраста и взрослых, страдающих от рака, выявлено, что почти у всех пациентов можно наблюдать симптомы посттравматического стрессового расстройства. Также экспериментальные исследования, проведенные в США, обосновывают включение онкологии в реестр потенциальных стрессоров, способных провоцировать ПТСР.

При этом отмечается, что заболевание, связанное с витальной угрозой, характеризуется нарушением целостного восприятия жизни, трансформирует личностную историю человека, изменяет жизненную перспективу, что влияет на структуризацию ситуации, по новому высвечивает её отдельные фрагменты, открывает её возможную динамику [3].

Паттерны развития отношения к болезни считаются общепринятым предметом психологических исследований в психоонкологии. Традиционные изучаемые концепции включают медицинские данные о заболевании, преморбидные характеристики человека, анализ социальных связей и

эмоциональных состояний. Помимо этого, В.Н. Мясищев отмечает важность выявления изменений в когнитивной, эмоциональной и мотивационно-поведенческой сферах.

Данной теории придерживается также Ирвин Ялом, который занимался изучением когнитивно-психологических характеристик, и сделал значимые выводы о том, что онкобольные испытывают особые личные чувства к своему заболеванию, и говорит о том, что: «Пациенты-интерналы .. больше знали о своем состоянии, проявляли больше любознательности в отношении своей болезни и давали понять, что они не удовлетворены количеством информации, получаемым от врачей» [5].

Г. Селье выделял несколько стадий развития реакций на разного рода раздражитель: 1) реакция тревоги; 2) стадия резистентности; 3) стадия истощения, которая возникает при продолжительном действии раздражителя [1].

Пролонгированное воздействие стресса приводит организм в состояние дистресса при котором организм не в силах справиться с перегрузками, и влияя на эндокринную систему ведет к истощению иммунной системы.

Элида Эванс в своей работе «Исследование рака с психологической точки зрения» указывает на то, что присутствие в жизни человека неразрешенных проблем в разных сферах жизни, также отмечая, что триггером является «утрата значимых эмоциональных связей» [31;17]

С позиции целенаправленного изучения характерных особенностей восприятия того или иного локализованного онкологического заболевания в нашем государстве чаще изучается рак молочной железы, а также репродуктивной сферы в общем.

Установлено, что опухоли молочной железы и ткани малого таза отличаются большой эмоциональной травмой, входящей в ранг других опухолевых заболеваний. Это создает так называемую угрозу «феминного фактора», которая включает страх не только самой болезни, но и потерю женственности в связи с потерей молочных желез.

Несомненно, что такое состояние будет травматичным эмоционально, и приводит к формированию посттравматического стрессового синдрома. Отдельные признаки ПТСР отмечались у 65% больных с диагнозом онкология молочных желез, а у 24 % пациенток этой группы дистресс-реагирование соответствовало клинической картине посттравматического стрессового расстройства [20].

В своих работах Д. Шпигель и Ф. Фози указывают на то, что у пациенток с раком молочных желез при проведении групповых сессий срок ремиссии был выше, чем у пациенток не посещавших терапию, привели к высокому распространению психотерапии для онкобольных.

На развитие теоретической и практической психоонкологии повлияли исследования в данной области в разных странах, и включение полученных данных и сформулированную модель психологической работы с пациентами в учебные программы. В Европе и США стали чаще проводиться групповые занятия для сотрудников онкологических больниц, где врачи и медсестры изучали такие явления как сопротивление, контрперенос, эмоциональное выгорание, влияние стресса на персонал больницы, врачей и ухаживающих лиц [1].

В 70-х годах прошлого века широкое распространение получила когнитивно-бихевиоральная терапия, которая дала новое начало исследованиям в области онкобольных, и помощи пациентам в определении наиболее адаптивных стратегий. Психологи, работающие в когнитивно-бихевиоральном направлении начали проводить исследования взаимосвязи рационального подхода к здоровью и формированием опухолевой патологии, что способствовало предупреждению онкологических заболеваний.

На сегодняшнее время психоонкология и онкопсихология включены в общий регистр междисциплинарных наук в клинической психологии. Об этом свидетельствует обеспечение единого плана, ориентированная на более полную поддержку психоонкологической поддержки в реализации ключевых вопросов в связи с созданием государственного онкологического плана в Берлине в 2008

г. В 2014 г. всемирная организация здравоохранения подчеркнула необходимость оказания качественной психосоциальной поддержки абсолютно всем онкологическим больным, учитывая пациентов в ремиссии.

О важной роли психологической поддержки больным с диагнозом онкология также говорит введение во всем мире консультаций в рамках гуманистического направления, направленных на решение вопросов смысла бытия, и разработка диагностического материала, связанного с данным направлением.

Участие специалистов в области психиатрии, медицинской психологии, социальной работы, внедрение достижений представителей когнитивно-поведенческого и экзистенциального направлений в медицину, привлечение религиозного консультирования, а также усилия онкологов, специалистов по этике и самих пациентов создали богатство и разнообразие информации [1].

Такие исследования позволяют создавать абстрактные и фактические модели и стратегии, применимые не только к академическим исследованиям, но и к лечению пациентов с опухолевыми заболеваниями.

Преимущества имеют такие отделения, которые эффективно используют весь спектр общих методов планировки, действуя как разноплановая форма, основанная на экспертных знаниях, и как единая структура медицинской поддержки, сохраняя полностью интегрированное присутствие для пациентов.

Онкопсихология существует меньше полувека, и даже за этот короткий период времени она добилась значительного роста в обществе во время своего становления, имея признанную роль в работе с онкобольными, в медицинской практике и, следовательно, в академических исследованиях.

При этом исследований опухолевых заболеваний в РФ не так много, и необходимо акцентировать внимание главным образом на том, что они влияют на изучение задач адаптации, саморегуляции, формирования психологических ресурсов у пациентов с диагнозом онкология, что отвечает коррективке психологического самочувствия больных и предотвращение рецидивов.

Стоит подчеркнуть, что инновационные психологические исследования подтверждают, что выживаемость онкологических больных на каждой стадии болезни обусловлена сложной концепцией факторов.

1.2 Особенности внутренней картины болезни у пациентов с онкологическим заболеванием

Для того, чтобы говорить о внутренней картине болезни необходимо разобраться в самом термине, которое ввел советский ученый-медик Р. А. Лурия. Так, согласно теории Р. А. Лурии внутренняя картина болезни отражает сам внутренний мир человека с злокачественным новообразованием, в который включает в себя комбинацию восприятий и ощущений, эмоций, аффектов, конфликтов, психических травм и переживаний. Внутренняя картина болезни — это сложная система отношений пациента к заболеванию и его лечению, к окружающим, к собственной личности, к учёбе и работе, к будущему, к своим витальным функциям, в целом к жизни, которая рассматривается им сквозь призму собственной болезни [29].

Идея «внутренней картины болезни» основывается на том, что абсолютно каждая болезнь встраивается особым элементом в реальность человека и включает в себя определенные преобразования в психике. У пациентов, имеющих злокачественные новообразования, такие изменения будут связаны с полиэтиологичностью возникновения, наличием болевого синдрома, постоянной угрозой возникновения рецидивов и метастазов. Исходя из этого, лечение болезни возлагает непомерную нагрузку на больного, в первую очередь на его психологическое состояние, а не только на тело.

ВКБ - это не только совокупность субъективных моделей проявлений признаков заболевания, но и концепция данной болезни - реальная или ложная [6].

Диагноз «онкология» приводит больных в состояние бесконтрольности, ощущение отсутствия управления своей жизнью, следовательно, для снятия

такого напряжения онкобольным необходимо найти личную этиологию заболевания, что приводит к заикленности на своей болезни. Из-за эмоционального давления такого заболевания, все размышления о своем состоянии постоянно действуют на психологическое состояние пациента и являются очень травматичными, и в данном случае вытеснение будет служить психологической защитой для такого пациента. Другие пациенты постоянно вспоминают о своем прошлом для выяснения причин заболевания. Часть пациентов находит причину в постоянном стрессе, канцерогенных факторах, тяжелой работе, в смерти родного человека, не всегда данные выводы являются рациональными. Данную информацию необходимо учитывать, т.к. такие реакции говорят о личностной интрапсихической работе пациента, которая формирует ВКБ.

ВКБ различна у пациентов на этапе постановки диагноза и у пациентов на этапе госпитализации. Знание о своей болезни, об отношении родных на данную болезнь, о вариантах лечения и прогнозах также формируют ВКБ. Онкобольные на этапе госпитализации не в полной мере понимают тяжесть заболевания, либо наоборот преувеличивают масштабы, им интересно узнавать дальнейший план развития событий, последствия, поэтому они зачастую интересуется этим у людей, страдающих таким заболеванием более длительный период времени.

Необходимо обратить внимание на то, что онкобольные подвержены внушаемости, пациенты могут находить похожую жизненную ситуацию у таких же пациентов и ориентироваться на их опыт, их действия, отдаляясь от своих чувств и состояний, выбирая, например, неверный курс лечения или отказываясь от операций.

Многочисленные психологические труды во всем мире подтверждают то, что пациенты, с диагнозом онкология требуют квалифицированной психологической помощи [24]. Чтобы определить верную психологическую реабилитацию необходимо рассмотреть общую ситуацию, в которой находится

пациент, т.к., как правило, данное заболевание вызывает сильный стресс и дистресс.

В настоящее время на кафедре психологии кризисных и экстремальных ситуаций факультета психологии СПбГУ разработан концептуальный подход, с позиций которого ситуация онкологического заболевания определяется как экстремальная и кризисная [2]. Человек в экстремальной ситуации испытывает сверхсильный стресс, а в кризисной – пролонгированный макростресс [13], что также указывает на разницу психологических состояний пациентов с диагнозом онкология на разных стадиях.

Если рассматривать эмоцию страха, которая наступает в ответ на определенную опасную для человека ситуацию, и тревогу, нарастающую в результате ожидания и неясности в условиях нехватки информации, то тревога будет являться основным компонентом напряженного эмоционального состояния. Непосредственно такое состояние проявляется существенной степенью в субъективном отношении пациента к болезни, т.е. определяет внутреннюю картину болезни. В таком состоянии стрессором будет являться диагноз «злокачественные образования», а величина выраженности симптома будет выступать в роли ориентира при оценке силы реакции человека на такой стресс.

Так, например, при изучении влияния острого лабораторного стресса на мононуклеарные клетки крови женщин, ухаживающих за мужьями с деменцией, было установлено, что под влиянием высокого содержания кортизола в их клетках происходит большее сокращение длины хромосомных теломер, чем в контрольной группе, что способствует росту воспалительных реакций и ускоренному клеточному старению [19].

Многие эксперименты подтверждают то, что состояние человека, его эмоций и чувств напрямую связано с центральной нервной системой, и влияет на процессы в организме, связанные с заболеванием. Главное значение влияния на концепцию иммунитета оказали исследования поврежденных клеток и влияние потери интереса к существованию, которые показали, что количество

поврежденных атипичные клеток выше у людей, склонных к иррациональным мыслям, «накручиванию», жертвенности.

Немаловажными факторами в формировании рака выделяют конституционально-депрессивную структуру личности и преморбидный инфантилизм.

Ответная реакция организма больного будет формировать внутреннюю картину болезни, в которую будут входить как симптомы болезни, так и операции, лучевая терапия, химеотерапевтическое лечение, сложный период восстановления, изменение социального статуса. Психологическая структура личности пациента, под влиянием всех факторов, будет претерпевать изменения, часто приобретая не характерные до заболевания аутистические черты, больной становится замкнутым, закрывается от общения с родными и друзьями, становится пассивным или раздражительным, боится вербального общения.

Адекватной реакцией человека будет верная оценка своего состояния и перспектива лечения, т.е. совпадает с оценкой врача, что происходит достаточно редко. Так, оценка людей будет представлена в абсолютно противоположных реакциях. Явление анозогнозии - субъективная недооценка и отрицание болезни (бегство от болезни) и явление гипернозогнозии - разная форма переоценки болезни (уход в болезнь).

По предоставленным данным эпидемиологических анализов, у пациентов со злокачественными новообразованиями психические расстройства развиваются в 70 - 80% случаев.

Биопсихосоциальная модель медицинской помощи предполагает, что этиология онкологии имеет связь между биологическими, эмоциональными и социальными состояниями пациента. Обе системы, включая макроструктуру (например, культура – субкультура, семья) и микроструктура (например, системы органов, клетки) взаимодействуют с человеком.

Т. Н. Резникова выделяет следующие структурные компоненты внутренней картины болезни.

1. Модель ведущих симптомов.
2. Модель болезни.
3. Модель прогноза.
4. Модель ожидаемых и полученных результатов лечения.
5. Программы и цели личности в отношении заболевания.
6. Семейные взаимоотношения.
7. Ценностные ориентации.
8. Установки [35].

В целях качественной и количественной оценки ВКБ предложены следующие методики: наблюдение, беседа, опрос, тесты "двойной" (Л. С. Мучник, В. М. Смирнов, 1969); "Корректирующая проба (кольца)" (Л. Л. Генкин и др., 1963); тест Крепелина, "Шкалу тревожности" (Тайлор, 1957); адаптированный вариант ММР1 (Ф. Б. Березин и др., 1976) [35].

А.Б. Хавин для изучения отношения к своей болезни предлагает следующие методики: тест Розенцвейга, ММР1, методику "Незаконченные предложения", опросник Айзенка (степень нейротизма), методику определения самооценки (А. В. Петровский, 1972), "Уровень притязаний" (методику Ф. Хопие), методику исследования самооценки Дембо — Рубинштейн (Рубинштейн, 1970), социометрию [35]. В таком случае, эмоциональная реакция пациента, страдающего онкологическим заболеванием коррелирует с его лечением и связана с течением заболевания, и влияет определенным образом на психологическую и социальную адаптацию к изменившейся социальной роли, в связи с заболеванием, что следует принимать во внимание как врачам, так и медицинским психологам.

Таким образом, внутренняя картина болезни является инструментом создания и освоения пространства болезни, в котором существует больной человек. Пространство болезни – это та часть жизни больного, которая влияет на течение его жизни в других сферах и нередко определяет качество его жизни. Внутренняя картина болезни имеет определенную устойчивость и

одновременно изменчивость, уточняющую и расширяющую представление самого больного о болезни.

1.3 Влияние качества жизни на эффективность лечения и реабилитации онкологических больных

Качество жизни (КЖ) – это совокупность параметров, отражающих измерение течения жизни с оценкой физического состояния, психологического благополучия, социальных отношений и функциональных способностей в период развития заболевания и его лечения. Также, «качество жизни – это динамическое состояние, функция, изменяющаяся во времени, оцениваться которое должно на определенном протяжении как меняющийся параметр, зависящий от вида и течения заболевания, процесса лечения и системы оказания медикосоциальной помощи» [30].

Изучение особенностей наличия онкологических больных рассматривается как важный нюанс компаний поддержки онкологии, и поэтому, как и характеристики существования, это теоретическое, личностное, многомерное представление формулирует эмоции пациента. Мир, который делает возможным к

В онкопсихологической помощи пациентам очень важным остается концепция качества жизни, так как «качество жизни – это абстрактное, субъективное и многомерное понятие, которое позволяет выразить ощущения пациента в обществе» [15].

В середине прошлого века Д. Карнофски и Дж. Бурченал изобрели числовую шкалу и назвали ее «состоянием работоспособности» онкологических больных [7], в которую входит 11 пунктов состояния больного и трактовалось от 100 - нормальное здоровье до 0 - смерть. Но еще более простая пятиуровневая шкала оценки общего состояния больного была разработана К. Г. Зуброд и соавторами для Восточной кооперативной онкологической группы в 1950-х гг. [7]. Данные шкалы изначально

применялись только для пациентов с диагнозом онкология, принимающих экспериментальные препараты, позже диапазон использования таких шкал увеличился, и их начали использовать для оценки качества жизни больных в целом. Оценить КЖ возможно с помощью заполнения пациентом специальных опросников, которые позволяют получить представление об эмоциональном и психологическом статусе пациента.

Для оценки эффективности реабилитации больных с диагнозом онкология необходимо было создать определенную стандартизированную модель, в которой изначально отмечали изменения в мотивационной сфере.

Онкопсихологи в разных странах мира изучали вопросы влияния различных методов психотерапии на онкобольных, и результаты методик, проведенных после курса таких занятий, показали количественное и качественное изменения качества жизни в положительную сторону [12].

Всемирная организация здравоохранения определила аспекты по которым следует оценивать качество жизни:

- физические (сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых);
- психологические (положительные эмоции, мышление, изучение, самооценка, внешний вид, негативные переживания);
- уровень независимости (повседневная активность, работоспособность, зависимость от лекарств и лечения);
- общественная жизнь (личные взаимоотношения, общественная ценность субъекта);
- окружающая среда (благополучие, безопасность, экология, обеспеченность, доступность и качество медицинской помощи, информации, возможность обучения, быт, экология) [14].

Другая модель определения качества жизни включает:

1. Физический аспект содержит комплекс признаков болезни, совокупность вторичных последствий лечения, степень физического благополучия и общего самочувствия.

2. Функциональный аспект предполагает возможности человека, связанные с личностными притязаниями, направленностью, мотивацией; способность справиться с бытовыми вопросами самостоятельно.

Изменение образа жизни и потеря способности выполнять основные повседневные функции ухода за собой в результате заболевания или назначенного лечения может быть губительным для самой личности.

3. Психоэмоциональный аспект охватывает психологическое равновесие; изменение личности; потерю собственной эстетической цельности, привлекательности, интереса к поддержанию приятной внешности (сексуальности), надежды на счастье [34]; страхи, связанные с витальной угрозой и смертью; экзистенциальные проблемы; социальные трудности; страх потери возможности самообслуживания.

4. Социальный аспект предполагает утрату своей социальной роли в обществе и приобретение новой, изменение общества вокруг самого пациента, изменение рабочего ритма, невозможность зарабатывать, расходы на лечение, недостаток эмоциональной поддержки. Все вышеперечисленное существенно влияет на КЖ онкологических больных из-за внушительной стоимости лечения, потери финансовых возможностей. Такие пациенты часто ощущают себя социально изолированными. в сочетании с понятием «заразительность» болезни и их представлением об актуальных ценностях.

При исследовании КЖ специалисты дают оценку трем ключевым факторам. Эти элементы можно установить в ходе индивидуальных бесед или с помощью профессиональных анкет.

Функциональные способности — способность выполнять повседневную работу, социальные, умственные и психологические функции и иметь финансовую состоятельность.

Восприятие — убеждения и принципы, определяющие ценности человека, оценка своего состояния, психического и физического здоровья в общем, уровень благосостояния, удовлетворенность своей жизнью.

Симптомы и их последствия — они являются следствием основного или сопутствующих заболеваний, снижаются или исчезают в результате вмешательства [1].

Для оценки качества жизни пациентов с диагнозом онкология пользуются наиболее унифицированными опросниками такими как Общий опросник здоровья SF-36 и Опросник оценки качества жизни Европейской группы качества жизни EuroQoL [27].

Учитывая, что исследований КЖ онкобольных не так много, те результаты, которые уже имеются, подвергаются сомнениям из-за разных точек зрения.

Так, например, у больных с диагнозом онкология молочной железы на непрерывной химиотерапии оценка КЖ была выше, чем у пациенток с прерывистой терапией.

О качестве жизни можно говорит также в рамках определенного диагноза, так, например, изучение КЖ у больных раком молочной железы с метастазами в кости, показало, что пациенты оценивают хроническую боль как важнейший критерий оценки качества жизни, связывая ее с трудностями в повседневной жизни, беспокойством о потере независимости и свободы передвижения [26].

Оценка качества жизни уже стало частью повседневной работы качественных медицинских исследований. КЖ играет важную роль в установлении верной стратегии лечения таких пациентов и помогает онкобольным из ряда возможных вариантов, выбрать наиболее подходящую терапию.

1.4 Теоретическое обоснование психологической реабилитации пациентов с диагнозом онкология

Психологическая реабилитация – неотъемлемая часть реабилитации онкологического больного, направленная на адаптацию его к ситуации заболевания и способствует повышению качества жизни больного [1].

Психологическая реабилитация пациентов с диагнозом онкология включает в себя нейро- и патопсихологическую диагностику, психологическое консультирование, мотивационную работу, психокоррекцию, супервизию с персоналом учреждений, оказывающих реабилитационные услуги, психообразовательную работу как с самим пациентом, так и с его семьей [11].

Психоонкология на данном этапе располагает достаточными эмпирическими знаниями для работы с больными с диагнозом онкология, и полученные данные различных исследований доказывают их эффективность [16].

Психоонкологи, которые работают с теоретической и практической моделью психологической реабилитации пишут: «Результаты показывают, что хотя психосоциальная онкология выросла за последнее десятилетие, она либо не установлена, либо не полностью установлена, либо не является неотъемлемой частью медицинской помощи в некоторых странах, особенно в развивающихся странах, где базовая помощь иногда не предоставляется больным раком [4].

В России на данный период времени стандартизацией психологической реабилитации пациентов с диагнозом онкология, выбора наиболее верных стратегий лечения и обучения данным знаниям профессионалов занимается Ассоциация онкопсихологов.

Необходимо разграничивать такие понятия как «психоонкология» и «онкопсихология». Изучением психологических аспектов онкологического заболевания – влияния болезни на личность, а также разработкой методов

психологической помощи людям в ситуации онкологического заболевания в России занимаются психоонкологи, тогда как в специализированных учреждениях здравоохранения экстренную помощь и психологическую реабилитацию пациентов и их ближайшего окружения проводят онкопсихологи – клинические психологи, психологи-реабилитологи с повышением квалификации в области онкопсихологии [4].

Вопросом исследования психологических особенностей онкобольных и реабилитацией таких пациентов занимался советский психиатр В.Н. Мясищев, который разработал теорию отношения человека к своей болезни. В этой теории система отношений рассматривается как ядро личности, наиболее чувствительное к развитию болезни, определяющее адаптационный потенциал личности и ее способность принятия изменений, связанных с соматическим заболеванием [4].

Таким образом, психологическая реабилитация предполагает работу с психологической стороной личности пациента и решение вопросов эмоционального кризиса не только с самим больным, но и их родственниками и друзьями.

Задачи психологической реабилитации:

- обеспечить плодотворное и конструктивное восприятие психических и эмоциональных состояний пациентов;
- предотвратить психологическое истощение длительного стресса;
- помочь обеспечить желаемую конфигурацию защиты от стрессовых ситуаций;
- проработать подавленные чувства с помощью свободного выражения спонтанных переживаний;
- снятие напряжения у пациентов с диагнозом онкология.

На данный момент существует большое количество методик и техник для осуществления психологической реабилитации пациентов с диагнозом онкология.

1. Клиническая беседа. Клиническая беседа носит не только диагностический характер, но ее также относят методам реабилитации. С одной стороны, разговор фокусируется на отношении пациента к болезни, а также на социальных и эмоциональных состояниях, связанных с болезнью. С другой стороны, пациент может высказаться, выразить свои страхи, что может снизить напряжение и тревожность. Диалог сконцентрирован на получении данных от пациента для более полного определения его личности, включая сбор анамнеза.

2. Кризисная интервенция. Кризисная интервенция – экстренная психологическая помощь человеку, находящемуся в состоянии кризиса. Базируется на принципах краткосрочности, реалистичности, личностной вовлеченности профессионала или добровольца кризисной помощи и симптомо-центрированного контроля [17]. Целью данной техники является помощь пациенту в выражении своих чувств, предоставить сформировать собственные мысли по этому поводу, дать обрести контроль. В данном случае психолог использует техники эмпатического и активного слушания, в том числе, отражение чувств, перефразирование, присоединение чувств к содержанию, вводные слова, прояснение, отражение собственных чувств [1].

3. Техники саморегуляции.

Такие техники представляют собой концепцию методик обучения, нацеленных на создание интрапсихических средств управления своими эмоциями с помощью собственного воздействия с помощью высказываний, мысленных образов, контроль мышечного тонуса и дыхания. контроль психологического капитала за счет собственного воздействия пациента посредством респираторной поддержки.

4. Динамическая психотерапия. Динамическая психотерапия - предполагает работу с вытесненными переживаниями больного, аффективный аспект которых актуализируется в связи с ситуацией болезни [1]. Диагноз онкология является фактором для нарастания страха и тревожности, что приводит к дезадаптивному поведению пациентов. Целью психоаналитической психотерапии является возвращение и осознание вытесненного психического

материала, непосредственное восприятие реальности и эмоциональный опыт терапевтических отношений [10].

5. Работа с образами. Для работы с интрапсихической частью пациента во время психотерапевтического вмешательства используют образы, которые формирует воображение человека.

В работу с образами входит визуализация, которая дает психологу работать с внутренним пространством пациента и является помощником для сбора аналитического материала, и символдрама. Основной задачей символдрамы является воссоздание определенной воображаемой картины и обсуждение вызванных эмоций и переживаний с психологом, которые помогают выявить механизмы психологической защиты, вытеснить конфликты из бессознательного в сознательную часть, и разрешить их.

6. Гештальт-терапия. В гештальт-терапии работа с психологом призвана помочь человеку увидеть несколько вариантов интерпретаций каждой ситуации, дать ему возможность получить новый опыт и, таким образом, используя все те же законы гештальтпсихологии, помочь человеку вне терапии и вне консультирования, попадая в сложные жизненные ситуации, использовать способ саморегуляции из гораздо большего набора вариантов своего опыта [18]. В работе с онкологическими больными такая терапия предлагает работу со снами. Пациенты в состоянии болезни не всегда воспринимают свое заболевание и отрицают воздействие болезни на себя, а относятся к ней как к внешнему фактору и вытесняют мысли о ней, но при этом бессознательно эти мысли их мучают. В таком случае, возможности гештальт-терапии позволяют разобрать части сна для дальнейшей интерпретации и разрешить возможные конфликты.

7. Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ). Когнитивно-поведенческая психотерапия – это практика психологической помощи, основанная на науке и философии поведения, характеризующейся натуралистической и детерминистской концепцией поведения человека, придерживающейся

эмпиризма и экспериментальной методологии в качестве поддержки знаний и прагматического отношения к психологическим проблемам [33].

Главной задачей КПТ является реабилитация изменившегося восприятия себя и субъективной оценки реальности, работа с иррациональными и навязчивыми мыслями. В данном подходе выделяются когнитивные и поведенческие методы, применяемые у онкологических больных, в частности при лечении посттравматического стрессового расстройства [1].

КПТ предполагает применение когнитивной переработки травматических переживаний. В ситуациях онкологического заболевания речь идет о реальной угрозе для жизни, чувстве опасности, снижении самооценки, новой социальной роли, изменении близких отношений [1], такие изменения приводят к дезадаптивному поведению. Из этого следует, что пациенту необходимо помочь справиться с принятием новой социальной роли, на что направлена данная терапия.

Широко применяется в онкологии методика визуализации, разработанная Саймонтоном К. и Саймонтоном С.: пациент представляет, как лейкоциты разрушают опухолевые клетки, как мертвые клетки выводятся из организма, мысленно визуализирует изменение опухоли в размерах: представляет, как получаемое лечение снижает уровень боли; представляет себя бодрым, здоровым, полным энергии [22].

Еще одной задачей КПТ является помощь психолога в постановки целей, задач и формулировка причин для жизни, которые будут мотивировать пациента к выздоровлению и наличие болезни перестанет быть таким травматичным из-за отсутствия перспектив.

8. Нарративная (повествовательная) терапия. Нарративная (повествовательная) терапия основана на идее о том, что жизнь и отношения людей формируются знаниями и историями, которые были созданы сообществом людей и привлекаются этими людьми для осмысления и описания их опыта [1].

Данная техника направлена на создание позитивного отношения к своей жизни до заболевания. В момент психотерапии пациент повторяет истории, которые происходили с ним в жизни, но исправляя их и меняя в разном порядке через определенные небольшие интервалы в течение времени.

9. Библиотерапия. Библиотерапия - специальное коррекционное воздействие на клиента с помощью чтения специально подобранной литературы в целях нормализации или оптимизации его психического состояния [36].

10. Сказкотерапия. Отличием сказкотерапии от библиотерапии является то, что средством психотерапии выступает сказка. Психотерапевтическое направление сказкотерапии предполагает смену непродуктивной схемы действия на более рациональную.

11. Арт-терапия. Арт-терапия - реабилитационная технология, основанная на использовании средств изобразительного искусства [9].

В 21 веке темп жизни людей растет, задачи и цели становятся масштабнее, что приводит к большой ответственности и стрессовым ситуациям. Такие тяжелые для психологической стороны людей состояния необходимо преобразовывать в адекватной сублимированной форме для снятия перегрузки. В случае пациентов, имеющих тяжелое заболевание, такое как онкология, на арт-терапии пациент сможет «вытащить» те переживания, которые скрыты в бессознательном. Для помощи пациенту в этом процессе психолог задает, например, такие вопросы: «На что похожа боль, какого цвета, размера, как она ощущается в теле и т.п.?» Все это позволяет человеку сосредоточиться и выразить свои переживания: чем точнее и детальнее больной может представить - ощущение, чувство – тем глубже он его переживает [1]. Метод арт-терапии предполагает использование приемов, направленных на обучение человека видению в собственном продукте творчества некоего смысла и осознание его связи со своим внутренним миром и опытом, а также на развитие способности к ведению внутреннего диалога, рефлексии [23].

Выводы по первой главе

Формирование внутренней картины болезни продолжается на протяжении всей болезни и меняется с учетом внутреннего состояния, самочувствия пациента, окружения, лечения и прогнозов.

Постановка диагноза онкология является травматичной для большинства пациентов, в той или иной степени. Часть пациентов способны быстро сформировать адаптационную модель поведения к сложившейся ситуации, но у значительной части пациентов могут развиваться психосоматические нарушения, патопсихологические осложнения, симптомы посттравматического стрессового расстройства, что приводит к дезадаптивному поведению пациентов.

Понимание конкретных эмоциональных проблем пациента на каждом этапе лечения помогает медицинскому психологу подобрать наиболее приемлемую и эффективную психологическую реабилитацию для онкобольного. Пациенты, которые признаны инкурабельными чаще других сталкиваются с состояниями страха, тревожности и беспомощности, что предполагает определенную помощь со стороны специалистов. В соответствии с этим, арт-терапия, направленная на обеспечение плодотворного и конструктивного восприятия психических и эмоциональных состояний и предотвращение психологического истощения при наличии интенсивного стресса, даст возможность пациентам обеспечить желаемую конфигурацию защиты от стрессовых ситуаций.

В связи с полученными выводами были выдвинуты следующую **гипотезу исследования:** свободное выражение спонтанных переживаний с использованием художественных материалов в рамках арт-терапии положительно влияет на психологическую реабилитацию пациентов с диагнозом онкология.

2 ИССЛЕДОВАНИЕ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

1.1 Описание выборки и методов исследования

Характеристика выборки.

Исследование проводилось на одной группе общей численностью 30 человек. Из них 18 женщин и 12 мужчин, в возрасте от 63 до 76 лет с диагнозом из категорий C00-D48, со стажем заболевания от года до 7 лет. На момент проведения все пациенты получали медикаментозную терапию. Отбор пациентов проводился на основании диагноза, который соответствовал категории C00.

Основная часть пациентов предъявляла жалобы:

- сильные боли, плохое соматическое состояние;
- заикленность на болезни;
- апатия;
- отсутствие уверенности в своем будущем.

Этапы исследования.

На первом этапе исследование была проведена психологическая диагностика пациентов до арт-терапии.

На втором этапе была проведена арт-терапия в рамках психологической реабилитации.

На третьем этапе исследования были получены повторные данные всех пациентов после арт-терапии.

В исследовании была использована **методика** «Тип отношения к болезни» Л.И. Вассерман, А.Я. Вкус, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова, направленная на диагностику типа отношения к болезни.

Данная методика состоит из нескольких утверждений (от 10 до 16) в каждом из которых пациенту нужно определить наиболее подходящее 1 или 2 утверждения о своем состоянии соматическом и эмоциональном, о

взаимоотношении с окружающими, медицинским персоналом и родными, о отношении к будущему. Методика состоит из теста опросника с утверждениями и регистрационного листа, в который вносят результаты исследования и содержит 12 шкал:

- самочувствие;
- настроение;
- сон и пробуждение ото сна;
- аппетит и отношение к еде;
- отношение к болезни;
- отношение к лечению;
- отношение к врачам и медперсоналу;
- отношение к родным и близким;
- отношение к работе (учебе);
- отношение к окружающим;
- отношение к одиночеству;
- отношение к будущему.

Условия проведения. Исследование проводилось в формате индивидуальной психотерапии с использованием арт-терапии. Так как пациенты страдают онкологией 4 стадии, то встречи проходили в палатах пациентов. Сеансы проводились в условиях хорошей освещенности, отсутствия посторонних звуков и отвлекающих факторов.

Оснащенность занятия: стол, диагностический материал, стимульный материал, цветные карандаши, листы А4, листы с рисунком. Длительность тренинга – 6 дней. Продолжительность одного занятия – 45 минут. Сеансы арт-терапии состояли из пяти последовательных блоков, которые были распределены на каждый день (см. подробное описание в главе 3).

Общая структура психотерапии.

1. Вводное занятие. Знакомство с пациентом и установление контакта. Сбор диагностического материала.

2. Упражнение «Отдам боль бумаге».
3. Упражнение «Сосуд жизни».
4. Метод арт-терапии в раскрасках (цветы).
5. Заключительное занятие. Упражнение «Место безопасности».

Повторный сбор диагностического материала.

В результате было проведено два контрольных измерения, на основании которых можно сделать вывод об изменении эмоционального состояния и отношения к своей болезни.

Методы математической обработки данных. Полученные в ходе тестирования данные подверглись обработке в MS Excel и программе StatSoft STATISTICA следующими методами математической обработки:

- проверка на нормальность распределения с помощью W-критерия Шапиро-Уилка;
- методы описательной статистики;
- T-критерий Вилкоксона для связанных выборок;
- исследование взаимосвязи двух переменных с помощью коэффициента корреляции Пирсона (r-Пирсон) сравнение с помощью непараметрического U-критерия МаннаУитни.

1.2 Результаты психологической реабилитации пациентов с диагнозом онкология

В рамках представленной работы была проведена методика, направленная на диагностику внутренней картины болезни. Целью исследования было установить связь между арт-терапией и отношением к болезни у пациентов с диагнозом онкология.

В качестве основной задачи стояла возможность проверить влияние арт-терапии в форме психологической реабилитации, проводимой с онкобольными по формированию психической и социальной адаптации.

На **первом этапе** работы были получены данные группы до психологической реабилитации, представленной на рисунке 1.

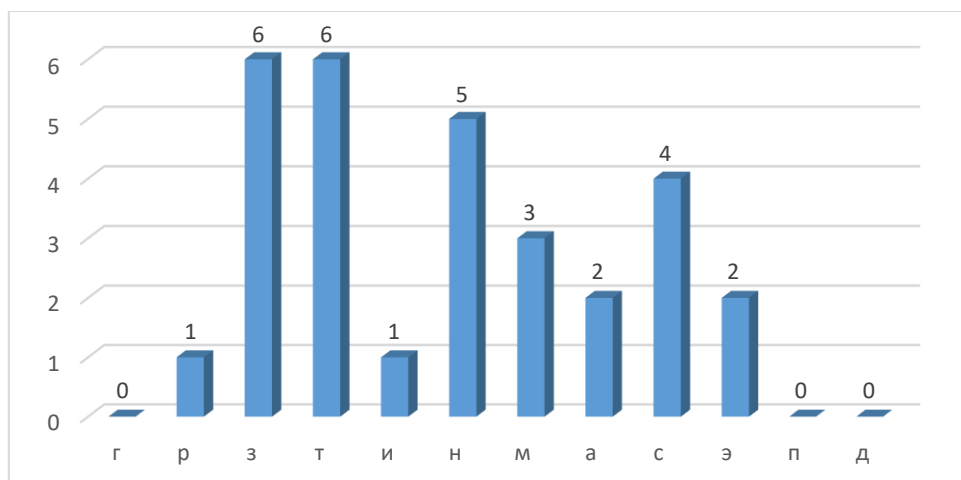


Рисунок 1 – Данные группы по типам отношения к болезни по методике «ТОБОЛ» до реабилитации

Примечание: первый блок: Г – гармоничный, Р – эргопатический, З – анозогнозический; второй блок: Т – тревожный, И – ипохондрический, Н – неврастенический, М – меланхолический, А – апатический; третий блок: С – сенситивный, Э – эгоцентрический, П – паранойяльный, Д – дисфорический.

По данным, представленным на рисунке 1, можно выделить, что гармоничный (наиболее экологичный тип), паранойяльный и дисфорические типа отношения к болезни отсутствуют. В данной выборке преобладают анозогнозический, тревожный и неврастенический тип.

На **втором этапе** работы были получены данные группы после психологической реабилитации в форме арт-терапии, представленной на 2 рисунке.

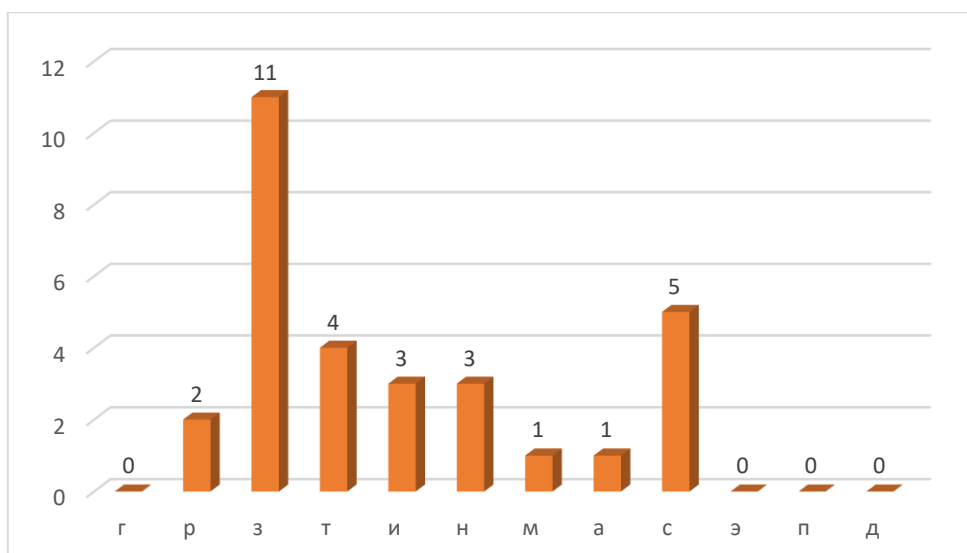


Рисунок 2 - Данные группы по типам отношения к болезни по методике «ТОБОЛ» после реабилитации

По данным, полученным после психологической реабилитации, мы можем отметить, что отсутствуют такие типы отношения к болезни как гармоничный, эгоцентрический, паранойяльный, дисфорический, а преобладает анозогнозический, и входит в 1 блок, который является наиболее адаптивным и чувствительным типом отношения к болезни.

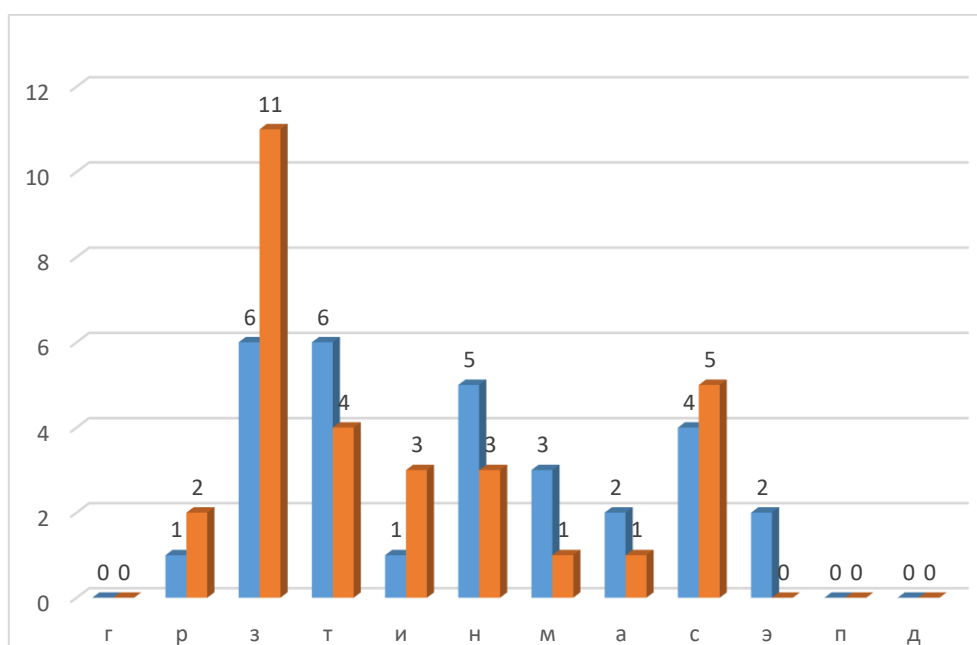


Рисунок 3 – Сравнительный анализ данных группы по типам отношения к болезни по методике «ТОБОЛ» до реабилитации и после реабилитации

Хорошо заметно, что до реабилитации и после некоторые типы отношения к болезни значительно изменились в данной выборке.

Наиболее социально и эмоционально адаптивным типом является гармоничный тип, который мы не наблюдаем ни до реабилитации, ни после, оценка пациентом своего состояния является адекватной, нет ухода в болезнь, но при этом отсутствует недооценка тяжести заболевания.

Также отсутствуют такие типы как паранойяльный, такой тип отличается тем, что имеет уверенность в том, что его болезнь вызвана внешними факторами или спровоцирована окружающими, и дисфорический, в котором наиболее часто присутствует озлобленность, гнев, недовольство, также требование к себе особых условий и подозрительность к лечению.

Наиболее часто встречающимся тип как у пациентов до арт-терапии, так и после, является анозогнозический тип. Такой тип, как и гармоничный, относится к 1 блоку и является одним из наиболее адаптивных, но имеет ряд особенностей. Пациенты с анозогнозическим типом не уходят в болезнь, а наоборот, стараются не думать о ней, беспечно относятся к заболеванию и лечению, наблюдается снижение критичности к своему состоянию. Мы видим, что до реабилитации с таким типом отношения к болезни было всего 6 пациентов, после реабилитации количество наблюдаемого типа выросло до 11, что является положительным знаком, так как этот тип относится к 1 блоку, и, следовательно, пациентов с менее адаптивным отношением к болезни становится меньше.

Как и анозогнозический тип, эргопатический, относящийся к 1 блоку, встречается у пациентов с онкологией. Такие люди пытаются свои переживания «утопить» в работе. Учитывая, что пациенты с таким диагнозом в основном не имеют работы определенный период времени, возможно, такие пациенты могут чаще присутствовать на мероприятиях в больнице или заниматься творческой деятельностью, читать, писать книги.

Рассмотрим тревожный тип отношения, который достаточно часто встречается в данной выборке. Представителей тревожного типа до реабилитации – 6 человек. Такой тип относится ко 2 блоку для которого характерна направленность личности внутрь, т.е. на уход в себя. Больные с

таким типом мнительны и тревожны, повышенное желание получения дополнительной информации о заболевании, частая смена больниц или врачей. Беспокойство часто связано не с реальными последствиями заболевания, а «накрученными», что влияет на само течение заболевания и общего эмоционального фона. После реабилитации пациентов с таким типом отношения к болезни снизилось до 4.

Люди с ипохондрическим типом чаще других фокусируются на негативных состояниях и переживаниях, гиперболизирует свои ощущения. Такие люди имеют желание лечиться, но при этом у них нет уверенности в успехе этого лечения. Что интересно, после арт-терапии количество таких людей возросло на 2, а до реабилитации у людей наблюдался меланхолический тип отношения к болезни. Меланхолический тип похож на ипохондрический отношением к болезни, но с активными депрессивными высказываниями вплоть до суицидных мыслей.

Ко 2 блоку также относят неврастенический тип. Пациенты с таким типом нетерпеливы и наиболее часто проявляют агрессию, которая вызвана болевыми ощущениями, но при этом они достаточно ослаблены. Количество пациентов с неврастеническим типом снизилось с 5 до 3.

Апатический тип мы также можем наблюдать у пациентов с диагнозом онкология. В данной выборке до реабилитации было 2 пациента, после арт-терапии остался один пациент с апатическим типом, который можно описать как безразличный к своему соматическому состоянию, к лечению заболевания и прогнозам.

Относящийся к 3 блоку сенситивный тип отношения к болезни встречается достаточно часто, и в условиях психологической реабилитации пациентов стало на 1 больше. Пациенты с таким типом чрезмерно напуганы отношением окружающих к их болезни и к ним самим после озвучивания диагноза. Их реакции носят интерпсихический характер.

Особенностью эгоцентрического типа будет поиск выгоды в своем заболевании, частые разговоры о своей болезни и игнорирование проблем

окружающих, особенно пациентов, требующих такого же внимания. Эгоцентрический тип до реабилитации наблюдался у 2 пациентов, после реабилитации количество пациентов снизилось до нуля.

Для выбора статистического критерия нам необходимо проверить принадлежность выборки некоторому закону распределения. Для этого в программе STATISTICA мы использовали критерий согласия Шапиро-Уилка (рисунок 4, рисунок 5), т.к. данный критерий подходит нам по количеству элементов в выборке. Выдвигаем статистические гипотезы:

H0: «случайная величина X распределена нормально».

H1: «закон распределения не является нормальным»

Смотрим по W, если $W < 1$, то мы отклоняем H0 гипотезу и принимаем альтернативную гипотезу, что распределение отличается от нормального в случае до реабилитации и после.

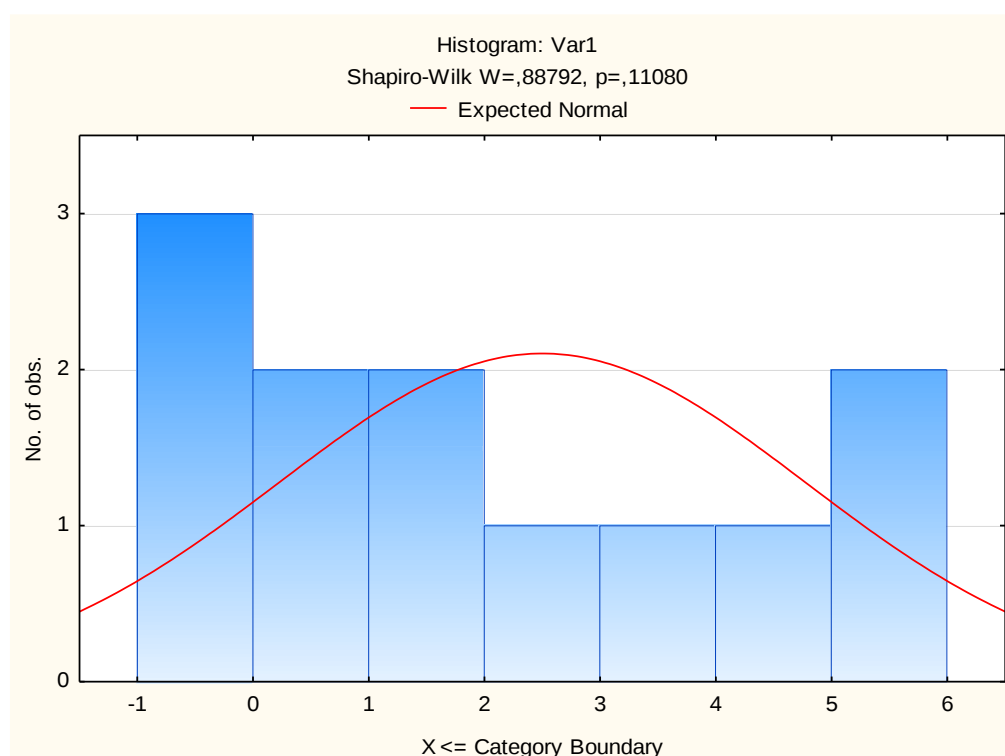


Рисунок 4 – Результаты распределения группы по критерию Шапиро-Уилка до реабилитации

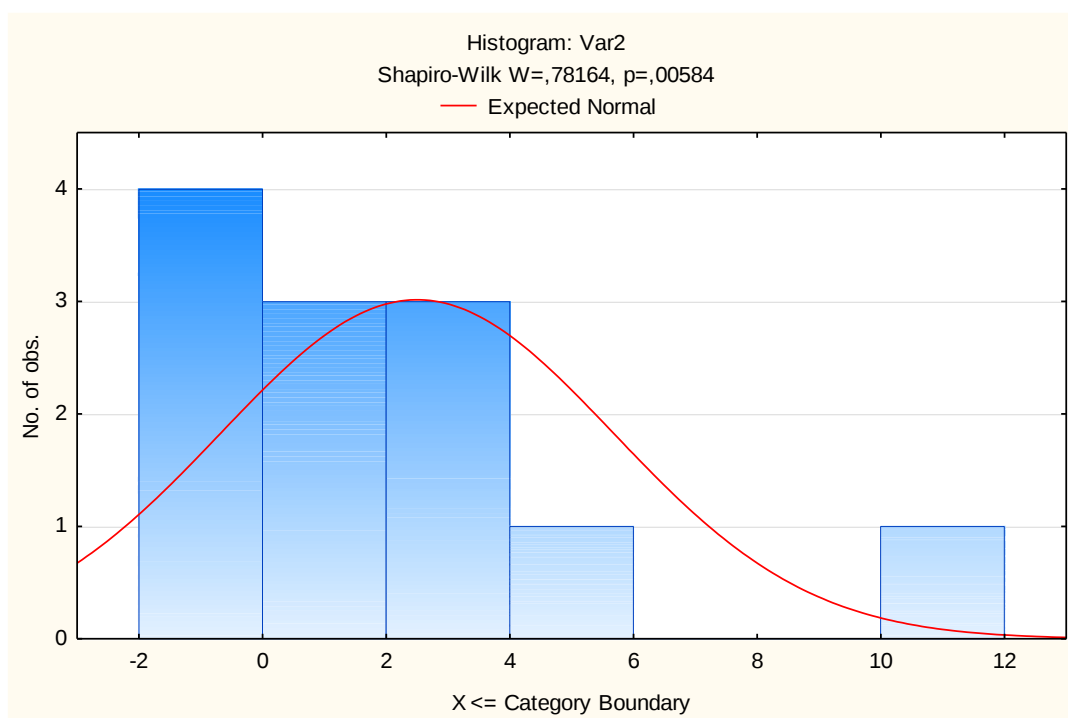


Рисунок 5 – Результаты распределения группы по критерию Шапиро-Уилка после реабилитации

Для проверки различий между двумя выборками мы использовали Т-критерий Вилкоксона, т.к. исследования проводились на одной и той же выборке в двух разных условиях (не зависит от закона распределения).

H0: медиана разницы в популяции равна нулю.

H1: медиана разницы в популяции не равна нулю.

Таблица 1 – Результаты проверки различий между двумя выборками по Т-критерию Вилкоксона

		Wilcoxon Matched Pairs Test			
		Marked tests are significant at p < .05000			
Pair of Variables		Valid N	T	Z	p-value
До_реабилитации & После_реабилитации		9	19,00000	0,414644	0,678403

В нашем случае, по таблице 1 мы видим, что значение $P=0,67$, т.к. $p>0,5$, в таком случае мы принимаем альтернативную гипотезу, следовательно, тенденция есть и значима.

Для определения схождения законов распределения необходимо использовать критерий согласия, т.е. критерий проверки статистической

гипотезы о том, что арт-терапия в рамках психологической реабилитации формирует психологическую и социальную адаптацию.

Для определения наличия или отсутствия линейной связи между показателями внутренней картины болезни до проведения арт-терапии и после и оценки тесноты и статистической значимости мы использовали критерий корреляции Пирсона (рисунок 6).

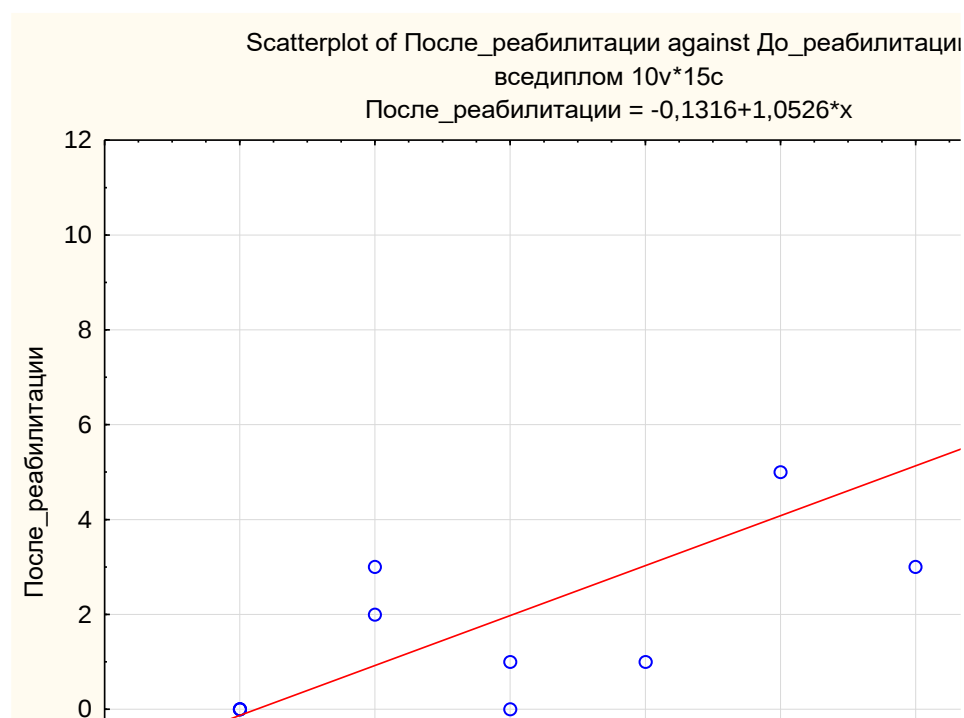


Рисунок 6 – Значение коэффициента корреляции Пирсона

Значение коэффициента корреляции Пирсона составила $R=0,75$, что соответствует высокой тесноте между людьми до реабилитации и после.

Полученное значение мы сравниваем с критическим значением при определенном уровне значимости и числе степеней свободы. В нашем случае, число степеней свободы равно 24 по общему количеству значений в двух выборках.

В нашем случае $k=24$, а уровень значимости $p=0,05$ тогда критическое значение критерия = 0.4. Поскольку рассчитанное значение больше, то связь является статистически значимой. Значит гипотеза выдвинута верно.

Данная корреляционная связь является статистически значимой ($p=0,05$).

Выводы по второй главе

Исследование было построено в три этапа: психологическая диагностика, психологическая реабилитация и повторная диагностика.

Пациенты до психологической реабилитации в основном имели проблемы с адаптацией и с адекватной реакцией на свое заболевание. Часть пациентов имела интрапсихическую или интерпсихическую направленность реакций на свое заболевание, что в обоих случаях приводит к дезадаптивному поведению. Наблюдались повышенная тревожность и пессимистичность у большинства пациентов, связанных с лечением, прогнозом и болями.

В результате прохождения арт-терапии часть пациентов с дезадаптивными типами реагирования стали более адаптивными, тревожные состояния уменьшились. Больные с диагнозом онкология сместили акцент внимания с негативного восприятия ситуации на положительное. Научились в большей мере справляться с болевыми ощущениями и эмоциональными состояниями. Пациенты смогли в рамках арт-терапии высвободить свои подавленные чувства и облегчить процесс лечения.

3 ПРОГРАММА «ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ ОНКОЛОГИЯ»

3.1 Цель, задачи, содержание программы

Актуальность.

На данный момент существует не так много разработанных программ психологической реабилитации для пациентов с диагнозом онкология на последних стадиях. Психологическое состояние пациента на 1 стадии рака и на 4 стадии отличается, и, следовательно, программы, которые могут помочь справиться на начальных этапах заболевания, не смогут помочь пациентам на 3 или 4 стадии. Длительное пребывание пациента с наличием такого диагноза истощает центральную нервную систему, что вызывает стресс, тревогу, когнитивные нарушения.

На основании этого был выбран метод арт-терапии, который с своей основе предполагает гармонизацию психического состояния.

Отделение паллиативной помощи в ГАУЗ СО «Арамильская городская больница» предполагает определенный персонал (Приложение 3). Также отделение паллиативной помощи имеет основное оборудование (Приложение 4).

Непосредственно психологическая реабилитация включает в себя нейро- и патопсихологическую диагностику, психологическое консультирование, мотивационную работу, психокоррекцию, супервизию с персоналом учреждений, оказывающих реабилитационные услуги, психообразовательную работу как с самим пациентом, так и с его семьей [11].

В данном исследовании мы проводили психологическую реабилитацию с пациентами с диагнозом онкология, которые находились в отделении паллиативной помощи и имели медико-психологическую реабилитацию, оказываемую, представленным выше списком, персоналом с помощью определенного оборудования, также представленного выше.

Цель – формирование более адаптивного отношения к болезни у пациентов с диагнозом онкология.

Задачи:

- обеспечить плодотворное и конструктивное восприятие психических и эмоциональных состояний пациентов;
- предотвратить психологическое истощение длительного стресса;
- помочь обеспечить желаемую конфигурацию защиты от стрессовых ситуаций;
- проработать подавленные чувства с помощью свободного выражения спонтанных переживаний;
- снятие напряжения у пациентов с диагнозом онкология.

Участники психотерапии: 30 пациентов с диагнозом онкология.

Временная организация реализации программы: продолжительность всей программы – шесть дней, каждый из которых длится до 45 минут.

Формы организации работы: индивидуальная психотерапия.

Методы работы: психологическое тестирование, беседа, наблюдение, эксперимент, самонаблюдение, биографический.

Прогнозируемый результат: у больных с диагнозом онкология сформируется более адаптивное отношение к болезни.

Принципы работы: конфиденциальность, безопасность психологического пространства, беспристрастность психолога, принцип не нанесения ущерба испытуемому.

Материально-техническое оснащение:

- просторное помещение;
- стол и стулья;
- диагностические материалы;
- бумага, цветные карандаши;
- стимульные материалы.

Показателем эффективности работы программы выступают: изменение показателей методики у исследуемых после проведения арт-терапии.

Структура занятий. Шесть последовательных блоков, которые были распределены на каждый день тренинга.

Структурно тематическое планирование.

1. Вводное занятие.

Проведение беседы. (Приложение 2) Знакомство с пациентом, установление контакта и доверия. Сбор диагностического материала.

2. Упражнение «Отдам боль бумаге».

Инструкция упражнения: «Сосредоточьтесь на своей боли, представьте ее, ощутите в своем теле. Сейчас на предложенном Вам листе нарисуйте свою боль цветными карандашами. Затем возьмите любые другие цвета и преобразуйте свою боль». Затем мы разбираем ощущения до и после проведения терапии, какие чувства пациент испытывал в это время.

Цель упражнения – обеспечение плодотворного и конструктивного восприятие психических и эмоциональных состояний и предотвращение психологического истощения при наличии интенсивного и длительного стресса; возможность обеспечить желаемую конфигурацию защиты от стрессовых ситуаций.

3. Упражнение «Сосуд жизни».

Инструкция упражнения: «Предлагаю Вам нарисовать сейчас себя в форме сосуда». После выполнения задания были заданы вопросы, которые могли бы описать рисунок и помочь пациенту проработать подавленные эмоции. Примерный перечень вопрос: «Что Вы можете сказать о рисунке?», «Почему вы выбрали данный цвет и что он для Вас означает?», «Как Вы чувствуете это?»

Цель упражнения – решение экзистенциальных вопросов; гармонизация личности.

4. Метод арт-терапии в раскрасках.

Для данного упражнения были выбраны цветы, и было предложено раскрасить их любыми цветами.

Цель упражнения – снятие напряжения, тревоги.

5. Заключительное занятие. Упражнение «Место безопасности».

Повторный сбор диагностического материала.

Инструкция упражнения: «Вспомните место где Вы чувствовали себя в безопасности, как оно выглядело, что Вы испытывали. Пожалуйста, нарисуйте такое место». Затем мы разбираем ощущения до и после проведения терапии, какие чувства пациент испытывал в это время.

Цель упражнения – создание чувства безопасности.

Повторный сбор диагностического материала.

3.2 Результаты внедрения программы

В результате внедрения данной программы пациенты с диагнозом онкология научаются справляться с приступами тревоги, формировать свое субъективное отношение к болезни и переводить иррациональные мысли в более рациональные. Неосознанные конфликты, скрытые в бессознательном переводятся в более осознанные и появляется возможность актуализировать «раздражители», а после проработать их. Арт-терапия в рамках психологической реабилитации может иметь и пролонгированный характер в том случае, если пациенты будут использовать такие техники для стабилизации своего психологического состояния.

У пациентов с интрапсихической направленностью реагирования акцент смещается на более адаптивный, формируются навыки общения в новом социальном статусе «больного», в свою очередь пациенты с интерпсихической направленностью реагирования научаются более экологично выстраивать отношения с окружающими.

Выводы по третьей главе

Проведение данной программы способствует проработке подавленных чувств с помощью свободного выражения спонтанных переживаний

Разработанная рабочая программа формирования более адаптивной модели поведения и отношения к болезни у больных с диагнозом онкология методами арт-терапии позволит повысить результативность их реабилитации. Описанные рекомендации предоставляют возможность применения разработанной рабочей программы в паллиативных отделениях для работы с пациентами с диагнозом онкология.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На сегодняшний день психологическая реабилитация пациентов с диагнозом онкология остается актуальной для исследования, как в отечественной, так и в зарубежной практике.

Несмотря на большое количество направлений, техник и методов психологической реабилитации, их задачи имеют ряд сходств: формирование более адаптивного отношения к болезни у пациентов с диагнозом онкология, предотвращение психологического истощения длительного стресса, обеспечение желаемой конфигурации защиты от стрессовых ситуаций пациентам, проработка подавленных чувства с помощью свободного выражения спонтанных переживаний, снятие напряжения у пациентов с диагнозом онкология.

Инкурабельные пациенты наиболее подвержены таким состояниям как страх, тревога, ипохондрия. В основном, пациенты с диагнозом онкология имеют проблемы с адаптацией и с адекватной реакцией на свое заболевание. Онкобольные имеют интрапсихическую или интерпсихическую направленность реакций на свое заболевание, что в обоих случаях приводит к дезадаптивному поведению.

На основании этого был выбран метод арт-терапии, который в своей основе предполагает гармонизацию личности и решение экзистенциальных вопросов.

В результате проведения арт-терапии в рамках психологической реабилитации были выявлены адаптационные изменения. Включение данной рабочей программы сформировали более адаптивную модель поведения и отношения к болезни у больных с диагнозом онкология в отделениях паллиативной помощи.

В результате прохождения арт-терапии часть пациентов с дезадаптивными типами реагирования стали более адаптивными, тревожные состояния уменьшились. Больные с диагнозом онкология сместили акцент

внимания с негативного восприятия ситуации на положительное. Научились в большей мере справляться с болевыми ощущениями и эмоциональными состояниями. Пациенты смогли в рамках арт-терапии высвободить свои подавленные чувства и облегчить процесс лечения.

Исходя из полученных данных, можно сделать вывод о том, что гипотеза, выдвинутая в начале работы, подтверждена. Свободное выражение спонтанных переживаний с использованием художественных материалов в рамках арт-терапии положительно влияет на психологическую реабилитацию пациентов с диагнозом онкология. Это существенно отражается на качестве жизни пациентов с диагнозом онкология – формируется более адекватное отношение к своей болезни, к окружающим, к своему будущему. Такие изменения помогают больным улучшить свое эмоциональное состояние и помочь пациентам справиться с тяжелыми психологическими состояниями.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Беляев, А.М. Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов. Руководство. Издание 2-ое, дополненное // А.М. Беляев и коллектив авторов / Ред. А.М. Беляев, В.А.Чулкова, Т.Ю. Семиглазова, М.В. Рогачев. – СПб: Издательство АНО Вопросы онкологии, 2018. - 352 с.
2. Бочаров, В.В. Анализ экстремальных и кризисных ситуаций с позиции клинической психологии / В.В. Бочаров, Э.Б. Карпова, В.А. Чулкова, А.М. Ялов. – СПб: Вестник СПб университета. – 2010. – Серия 12. – Выпуск 1. – С. 9–16.
3. Вагайцева, М.В. Отношение к болезни у мужчин с диагнозом рака предстательной железы после хирургического лечения / дис. к. п. н.: 19.00.04 / М.В. Вагайцева. – СПб. – 2017. – 197 с.
4. Вагайцева, М.В. Психологические аспекты реабилитации онкологических пациентов / М.В. Вагайцева, Т.Ю. Семиглазова, К.О. Кондратьева // Психологические и логопедические технологии в физической и реабилитационной медицине. - 2019. - №3. - С. 40-43.
5. Вагайцева, М.В. Психологические исследования в онкологии / М.В. Вагайцева, Э.Б. Карпова, В.А. Чулкова, С.А. Леоненкова // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. 2015. - Том 8. - №3. - С. 28-35.
6. Григорьева, И.В. Особенности внутренней картины болезни пациентов, оперированных по поводу рака щитовидной железы / И.В. Григорьева, С.А. Игуманов. – Минск, Журнал «Здравоохранение Чувашии», 2009. – С. 15.
7. Давыдкин, И.Л. Качество жизни пациентов с лимфопролиферативными заболеваниями / И.Л. Давыдкин, А.С. Шпигель, Е.В. Мордвинова, Т.П. Кузьмина. – Астрахань: Астраханский медицинский журнал. - Т. 16. - №2. – 2021. –С.17.

8. Ефремкина, И.Н. Арт-терапия как интеграция психологии и декоративно-прикладного искусства / И. Н. Ефремкина, Е. Л. Авузяк. – Пенза: Сборники конференций НИЦ Социосфера, 2020. – С.169-172.
9. Зайцева, И.А. Арт-терапия в социальной работе с лицами с ограниченными возможностями / И.А. Зайцева. – Елец: Международный центр научного сотрудничества «Наука и просвещение», 2020. – С. 299-301.
10. Заливин, А.А. Психолого-психотерапевтические аспекты реабилитации онкологических пациентов / А.А. Заливин, М.В. Набока, Е.С. Волосникова. – Омск: Омский психиатрический журнал. - №3 (21). – 2019. – С. 18-23.
11. Зенцова, Н.И. Психологическая реабилитация в структуре медико-социальной помощи наркозависимым / Н.И. Зенцова, К.В. Мубаракова. – Москва: Теория и практика общественного развития №1. – 2015. С. 12-17.
12. Кайгородова, Н.З. Психологические и иммунологические характеристики онкобольных в контексте особенностей психотерапевтического вмешательства / Н.З. Кайгородова, О.В. Парамонова, Н.В. Прохоров, Я.К. Смирнова, М.В. Яценко. – Барнаул: Сибирский вестник психиатрии и наркологии № 1. – 2017. – С. 94.
13. Карпова, Э.Б. Психология кризисных и экстремальных состояний с позиции основных психологических направлений / Психология кризисных и экстремальных ситуаций: индивидуальные жизненные кризисы, агрессия и экстремизм / Учебник под общ. Ред. Д-ра психол. Наук Н.С. Хрустальной. – СПб.: Из-во СПбГУ. – 2016. – 441 с.
14. Костомарова, Л.Г. Качество жизни и благополучие пациентов с хроническими заболеваниями / Л.Г. Костомарова, Н.Н. Потекаев. - Москва: мет. рек. №5. – 2016. – С. 24.
15. Красавина, Е.А. Возможности речевой реабилитации больных раком полости рта и ротоглотки после реконструктивно-пластических операций / Е.А. Красавина, Е.Л. Чойнзонов, Д.Е. Кульбакин, Л.Н. Балацкая, К.А. Зангиева. – Томск: Сибирский онкологический журнал. – 2020. – Том 19. - № 5. – С. 35–43.

16. Кроян, Г. Ф. Анализ взаимосвязи специфики переживания времени и эмоционального отношения к болезни у онкологических больных / Г.Ф. Кроян, О.С. Гурова. – Алтай: Здоровье человека, теория и методика физической культуры и спорта. – 2019. - № 4(15). –С. 114-120.

17. Крукович, Е.И. Кризисное вмешательство / Е.И. Крукович, В.Г. Ромек. – Минск: Учебно-методическое пособие. Европейский государственный университет. - 2003. – 92 с.

18. Манахов, С.В. Понятие «фигуры» в гештальт-психологии и гештальт-терапии / С.В. Манахов, А.В. Хесина. – Москва: Психология профессиональной деятельности: проблемы, современное состояние и перспективы развития; материалы II Всероссийской научно-практической конференции. Отв. Редактор Е.М. Климова, изд.: Московский государственный областной университет. – 2020. – С. 162-167.

19. Матреницкий, В.Л. Психотравма диагноза, дистресс и депрессия у пациентов как факторы прогрессии онкозаболевания, способы их профилактики и терапии / В.Л. Матреницкий. – Киев: Центр психотерапии, психосоматики и психоонкологии, Экспиио. – 2020. – Т. 10. - № 1-2. – С. 37-38.

20. Олейникова, И.Н. Посттравматическое стрессовое расстройство у больных раком яичников / И.Н. Олейникова, Л.И. Коробкова. – Москва: Медицинский совет, 2014. - С. 93-96.

21. Саввинова, К.П. Музейная арт-терапия как одна из форм социальной арт-терапии / К.П. Саввинова. – Якутск: Вестник Северо-Восточного федерального университета им. М. К. Аммосова. Серия: Педагогика. Психология. Философия. – 2019. – С. 39-42.

22. Саймонтон, К. Психотерапия рака / К. Саймонтон, С. Саймонтон. – СПб: Современная медицина. – 2001. – 288 с.

23. Самсонова, Е.С. Арт-терапия: понятие и направления использования / Е.С. Самсонова. – Москва: Психологическая помощь. – 2017. - №6. – С. 99-103.

24. Сборник статей и рабочих материалов Международной школы психосоциальной онкологии «Психосоциальный подход в клинической онкологии: от науки к практике». – Москва, 2013. – 125 с.
25. Семиглазова, Т. Ю. Психологические аспекты лечения онкологических больных / Т.Ю. Семиглазова, Г.А. Ткаченко, В.А. Чулкова. – СПб: Злокачественные опухоли. — 2016. – С. 54-58.
26. Семиглазова, Т.Ю. Качество жизни – важнейший критерий эффективности лекарственной терапии диссеминированного рака молочной железы / Т.Ю. Семиглазова, Л.В. Филатова, П.В. Криворотько, В.А. Клюге, В.В. Семиглазов, Е.А. Ульрих, Ю.В. Семилетова, Г.А. Дашян, Р.М. Палтуев, А.А. Рязанкина, М.В. Рогачев, В.Ф. Семиглазов, А.М. Беляев. – СПб: Учебное пособие. — 2016. С. 62-64.
27. Семиглазова, Т.Ю. Таргетная терапия НМРЛ с активирующими мутациями EGFR улучшает качество жизни / Т.Ю. Семиглазова, А.С. Жабина, С.А. Проценко. – СПб: Медицинский совет. – 2016. – С. 56-65.
28. Сенина, В. С. Психологический статус онкобольного пациента / В. С. Сенина. — Молодой ученый. — 2017. — № 48 (182). — С. 164-168.
29. Скумин, В. А. Патоморфоз общих неврозов при хронических болезнях пищеварительной системы у детей и подростков / Неврозы у детей и подростков: Тез. Докл. Всесоюз. Конф. — Москва, 1986. — С. 161-164.
30. Хамаза, М.С. Динамика психоэмоционального состояния и субъективной оценки качества жизни онкобольных женщин в контексте особенностей психотерапевтического вмешательства / м. дис: 37.04.01 / М.С. Хамаза. – Барнаул, 2016. – 141 с.
31. Чулкова, В.А. Психологические проблемы в онкологии / В.А. Чулкова, В.М. Моисеенко. Практическая онкология. – 2009. – Т. 10. - № 3. – С. 151-157.
32. Шаповалова, К.А. Особенности организации ухода медицинской сестрой за онкологическими больными / К.А. Шаповалова. - Барнаул, 2019. – 78 с.

33. Ferreira P.T. Когнитивно-поведенческая терапия и ее значение в терапевтическом процессе / P.T. Ferreira. Teixeira: Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. – 2021.

34. Суркис, М.А. Ассоциация помощи инвалидам и пациентам с хроническими лимфопролиферативными заболеваниями // [Электронный ресурс] <https://health-ua.com/article/5647-reabilitatciya-onkologicheskikh-bolnyh-i-litc-s-invalidnostyu>

35. Инструментарий для диагностики больных клиническим психологом // [Электронный ресурс] <https://westud.ru/work/6424769/instrumentarij-dla-diagnostiki-bol-nyh>

36. Библиотерапия // [Электронный ресурс] <https://psyera.ru/2422/biblioterapiya>

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Методика «Тип отношения к болезни»

Инструкция: ниже приведён ряд утверждений, касающихся Вашего заболевания, самочувствия, а также некоторых аспектов жизни в целом. Пожалуйста, отметьте утверждения, которые Вы считаете верными в отношении себя. В каждом разделе, отмеченном римской цифрой, Вы можете сделать не более двух выборов.

XII. Самочувствие

1. С тех пор как я заболел, у меня почти всегда плохое самочувствие
2. Я почти всегда чувствую себя бодрым и полным сил
3. Дурное самочувствие я стараюсь перебороть
4. Плохое самочувствие я стараюсь не показывать другим
5. У меня почти всегда что-нибудь болит
6. Плохое самочувствие у меня возникает после огорчений
7. Плохое самочувствие появляется у меня от ожидания неприятностей
8. Я стараюсь терпеливо переносить боль и физические страдания
9. Мое самочувствие вполне удовлетворительно
10. С тех пор как я заболел, у меня бывает плохое самочувствие с приступами раздражительности и чувством тоски
11. Мое самочувствие очень зависит от того, как ко мне относятся окружающие
12. Ни одно из определений мне не подходит

II. Настроение

1. Как правило, настроение у меня очень хорошее
2. Из-за болезни я часто бываю нетерпеливым и раздражительным

3. У меня настроение портится от ожидания возможных неприятностей, беспокойства за близких, неуверенности в будущем

4. Я не позволяю себе из-за болезни предаваться унынию и грусти

5. Из-за болезни у меня почти всегда плохое настроение

6. Мое плохое настроение зависит от плохого самочувствия

7. У меня стало совершенно безразличное настроение

8. У меня бывают приступы мрачной раздражительности, во время которых достается окружающим

9. У меня не бывает уныния и грусти, но может быть ожесточенность и гнев

10. Малейшие неприятности сильно огорчают меня

11. Из-за болезни у меня все время тревожное настроение

12. Ни одно из определений мне не подходит

III. Сон и пробуждение ото сна

1. Проснувшись, я сразу заставляю себя встать

2. Утро для меня – самое тяжелое время суток

3. Если меня что-то расстроит, я долго не могу уснуть

4. Я плохо сплю ночью и чувствую сонливость днем

5. Я сплю мало, но встаю бодрым. Сны вижу редко

6. С утра я более активен и мне легче работать, чем вечером

7. У меня плохой и беспокойный сон и часто бывают мучительно-тоскливые сновидения

8. Утром я встаю бодрым и энергичным

9. Я просыпаюсь с мыслью о том, что сегодня надо будет сделать

10. По ночам у меня бывают приступы страха

11. С утра я чувствую полное безразличие ко всему

12. По ночам меня особенно преследуют мысли о моей болезни

13. Во сне мне видятся всякие болезни

14. Ни одно из определений мне не подходит

IV. Аппетит и отношение к еде

1. Нередко я стесняюсь есть при посторонних людях
2. У меня хороший аппетит
3. У меня плохой аппетит
4. Я люблю сытно поесть
5. Я ем с удовольствием и не люблю ограничивать себя в еде
6. Мне легко можно испортить аппетит
7. Я боюсь испорченной пищи и всегда тщательно проверяю ее доброкачественность
8. Еда меня интересует, прежде всего, как средство поддержать здоровье
9. Я стараюсь придерживаться диеты, которую сам разработал
10. Еда не доставляет мне никакого удовольствия
11. Ни одно из определений мне не подходит

V. Отношение к болезни

1. Моя болезнь меня пугает
2. Я так устал от болезни, что мне безразлично, что со мной будет
3. Стараюсь не думать о своей болезни и жить беззаботной жизнью
4. Моя болезнь больше всего угнетает меня тем, что люди стали сторониться меня
5. Без конца думаю о всех возможных осложнениях, связанных с болезнью
6. Я думаю, что моя болезнь неизлечима и ничего хорошего меня не ждет
7. Считаю, что моя болезнь запущена из-за невнимания и неумения врачей
8. Считаю, что опасность моей болезни врачи преувеличивают

9. Стараюсь перебороть болезнь, работать как прежде и даже еще больше

10. Я чувствую, что моя болезнь гораздо тяжелее, чем это могут определить врачи

11. Я здоров, и болезни меня не беспокоят

12. Моя болезнь протекает совершенно необычно – не так, как у других, и поэтому требует особого внимания

13. Моя болезнь меня раздражает, делает нетерпеливым, вспыльчивым

14. Я знаю по чьей вине я заболел и не прощу этого никогда

15. Я всеми силами стараюсь не поддаваться болезни

16. Ни одно из определений мне не подходит

VI. Отношение к лечению

1. Избегаю всякого лечения – надеюсь, что организм сам переборет болезнь, если о ней поменьше думать

2. Меня пугают трудности и опасности, связанные с предстоящим лечением

3. Я был бы готов на самое мучительное и даже опасное лечение только бы избавиться от болезни

4. Я не верю в успех лечения и считаю его напрасным

5. Я ищу новые способы лечения, но, к сожалению, во всех них постоянно разочаровываюсь

6. Считаю, что мне назначают много ненужных лекарств и процедур, уговаривают меня на никчемную операцию

7. Всякие новые лекарства, процедуры и операции вызывают у меня бесконечные мысли об осложнениях и опасностях, с ними связанных

8. Лекарства и процедуры нередко оказывают на меня такое необычное действие, что это изумляет врачей

9. Считаю, что среди применяющихся способов лечения есть настолько вредные, что их следовало бы запретить

10. Считаю, что меня лечат неправильно

11. Я ни в каком лечении не нуждаюсь

12. Мне надоело бесконечное лечение, хочу, чтобы меня только оставили в покое

13. Я избегаю говорить о лечении с другими людьми

14. Меня раздражает и озлобляет, когда лечение не дает улучшения

15. Ни одно из определений мне не подходит

VII. Отношение к врачам и медперсоналу

1. Главным во всяком медицинском работнике я считаю внимание к больному

2. Я хотел бы лечиться у такого врача, у которого большая известность

3. Считаю, что я заболел, прежде всего, по вине врачей

4. Мне кажется, что врачи мало что понимают в моей болезни и только делают вид, что лечат

5. Мне все равно, кто и как меня лечит

6. Я часто беспокоюсь о том, что не сказал врачу что-либо важное, что может повлиять на успех лечения

7. Врачи и медперсонал нередко вызывают у меня неприязнь

8. Я обращаюсь то к одному, то к другому врачу, так как не уверен в успехе лечения

9. С большим уважением я отношусь к медицинской профессии

10. Я не раз убеждался, что врачи и персонал невнимательны и недобросовестно исполняют свои обязанности

11. Я бываю нетерпеливым и раздражительным с врачами и медперсоналом и потом сожалею об этом

12. Я здоров и в помощи врачей не нуждаюсь

13. Считаю, что врачи и медперсонал попусту тратят на меня время

14. Ни одно из определений мне не подходит

VIII. Отношение к родным и близким

1. Я настолько поглощен мыслями о моей болезни, что дела близких перестали волновать меня

2. Я стараюсь родным и близким не показывать виду, что я болен, чтобы не омрачать им настроения

3. Близкие напрасно хотят сделать из меня тяжело больного

4. Меня одолевают мысли, что из-за моей болезни моих близких ждут трудности и невзгоды

5. Мои родные не хотят понять тяжесть моей болезни и не сочувствуют моим страданиям

6. Близкие не считаются с моей болезнью и хотят жить в свое удовольствие

7. Я стесняюсь своей болезни даже перед близкими

8. Из-за болезни я утратил всякий интерес к делам и волнениям близких и родных

9. Из-за болезни я стал в тягость близким

10. Здоровый вид и беззаботная жизнь близких вызывает у меня неприязнь

11. Я считаю, что заболел из-за моих родных

12. Я стараюсь поменьше доставлять тягот и забот моим близким из-за моей болезни

13. Ни одно из определений мне не подходит

IX. Отношение к работе (учебе)

1. Болезнь делает меня никуда не годным работником (неспособным учиться)

2. Я боюсь, что из-за болезни я лишусь хорошей работы (придется уйти из хорошего учебного заведения)

3. Моя работа (учеба) стала для меня совершенно безразличной
4. Из-за болезни мне теперь стало не до работы (не до учебы)
5. Все время беспокоюсь, что из-за болезни могу допустить оплошность на работе (не справиться с учебой)
6. Считаю, что заболел из-за того, что работа (учеба) причинила вред моему здоровью
7. На работе (по месту учебы) совершенно не считаются с моей болезнью и даже придираются ко мне
8. Не считаю, что болезнь может помешать моей работе (учебе)
9. Я стараюсь, чтобы на работе (по месту учебы) поменьше знали и говорили о моей болезни
10. Я считаю, что несмотря на болезнь, надо продолжать работу (учебу)
11. Болезнь сделала меня неусидчивым и нетерпеливым на работе (в учебе)
12. На работе (за учебой) я стараюсь забыть о своей болезни
13. Все удивляются и восхищаются тем, как я успешно работаю (учусь), несмотря на болезнь
14. Мое здоровье не мешает мне работать (учиться) там, где я хочу
15. Ни одно из определений мне не подходит

Х. Отношение к окружающим

1. Мне теперь все равно, кто меня окружает, и кто около меня
2. Мне хочется, чтобы окружающие только оставили меня в покое
3. Здоровый вид и жизнерадостность окружающих вызывают у меня раздражение
4. Я стараюсь, чтобы окружающие не замечали моей болезни
5. Мое здоровье не мешает мне общаться с окружающими, сколько мне хочется

6. Мне бы хотелось, чтобы окружающие на себе испытали, как тяжело болеть
7. Мне кажется, что окружающие сторонятся меня из-за моей болезни
8. Окружающие не понимают моей болезни и моих страданий
9. Моя болезнь и то, как я ее переношу, удивляет и поражает окружающих
10. С окружающими я стараюсь не говорить о моей болезни
11. Мое окружение довело меня до болезни, и я этого не прощу
12. Общение с людьми теперь стало мне быстро надоедать и даже раздражать меня
13. Моя болезнь не мешает мне иметь друзей
14. Ни одно из определений мне не подходит

XI. Отношение к одиночеству

2. Предпочитаю одиночество, потому что одному мне становится лучше
3. Я чувствую, что болезнь обрекает меня на полное одиночество
4. В одиночестве я стремлюсь найти какую-нибудь интересную или нужную работу
5. В одиночестве меня начинают особенно преследовать нерадостные мысли о болезни, осложнениях, предстоящих страданиях
6. Часто, оставшись наедине, я скорее успокаиваюсь: люди стали меня сильно раздражать
7. Стесняясь болезни, я стараюсь отдалиться от людей, а в одиночестве скучаю по людям
8. Избегаю одиночества, чтобы не думать о своей болезни
9. Мне стало все равно, что быть среди людей, что оставаться в одиночестве

10. Желание побыть одному зависит у меня от обстоятельств и настроения

11. Я боюсь оставаться в одиночестве из-за опасений, связанных с болезнью

12. Ни одно из определений мне не подходит

XII. Отношение к будущему

1. Болезнь делает мое будущее печальным и унылым

2. Мое здоровье пока не дает никаких оснований беспокоиться за будущее

3. Я всегда надеюсь на счастливое будущее, даже в самых отчаянных положениях

4. Аккуратным лечением и соблюдением режима я надеюсь добиться улучшения здоровья в будущем

5. Не считаю, что болезнь может существенно отразиться на моем будущем

6. Свое будущее я целиком связываю с успехом в моей работе (учебе)

7. Мне стало безразлично, что станет со мной в будущем

8. Из-за моей болезни я в постоянной тревоге за свое будущее

9. Я уверен, что в будущем вскроются ошибки и халатность тех, из-за кого я заболел

10. Когда я думаю о своем будущем, меня охватывает тоска и раздражение на других людей

11. Из-за болезни я очень тревожусь за свое будущее

12. Ни одно из определений мне не подходит

Форма беседы.

1. Как Вы себя чувствуете на данный момент?
2. Готовы ли Вы сейчас уделить мне время?
3. ФИО
4. Возраст
5. Город
6. Диагноз
7. Когда Вам поставили диагноз?
8. Проходите ли Вы сейчас медикаментозное лечение? Какое?

Стандарт оснащения отделения паллиативной медицинской помощи.

Стандарт оснащения отделения паллиативной медицинской помощи, приложение N 8 к порядку оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению, утвержденному приказом Министерства здравоохранения РФ от 14 апреля 2015 г. N 187н), в который входит заведующий – врач по паллиативной медицинской помощи, врач по паллиативной медицинской помощи, клинический психолог, старшая медицинская сестра, медицинская сестра процедурной, медицинская сестра перевязочной, медицинская сестра по массажу, младшая медицинская сестра по уходу за больными, санитары, сестра-хозяйка

Стандарт оснащения отделения паллиативной медицинской помощи.

Стандарт оснащения отделения паллиативной медицинской помощи взрослым приложение N 10 к положению об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31 мая 2019 г. N 345н/372н): рабочее место заведующего отделением, рабочее место врача по паллиативной медицинской помощи с персональным компьютером и выходом в информационно-коммуникационную сеть "Интернет", рабочее место медицинской сестры с персональным компьютером и выходом в информационно-коммуникационную сеть "Интернет", тонометр для измерения артериального давления, стетофонендоскоп, кровати функциональные, тумбочки прикроватные, прикроватные туалетные кресла с высокой спинкой, кресло-каталки, каталки, кушетки массажные, стойки (штатив) для инфузионных систем, термометр медицинский, кислородные концентраторы, аппараты для ингаляционной терапии переносной, вакуумные электроотсосы, ультрафиолетовые бактерицидные установки, холодильники для хранения, сейф для хранения наркотических и психотропных лекарственных препаратов и специальных рецептурных бланков для выписывания наркотических и психотропных лекарственных препаратов, ходунки, шкаф для хранения лекарственных препаратов, не являющихся наркотическими и психотропными лекарственными препаратами, аппараты искусственной вентиляции легких, увлажнители дыхательных смесей, инсуффлятор-экссуффлятор, вертикализатор, матрасы противопролежневые, насосы для энтерального

питания, каталка для принятия душа, кресло для принятия душа, устройство для подъема и перемещения пациентов, шприцевые насосы.

Выпускная квалификационная работа выполнена мной самостоятельно.
Использованные в работе материалы и концепции из опубликованной научной литературы и других источников имеют ссылки на них.

Отпечатано в ____ экземплярах.

Библиография ____ наименований.

Один экземпляр сдан на кафедру.

« ____ » _____ 202_ г.

(дата)

(подпись)

(Ф.И.О.)