

МРНТИ 15. 81. 61

Е.И. Барабанова, Е.В. Дергачёва, И.К. Мацкевич, С.А. Стельмах
*Восточно-Казахстанский государственный университет им. С. Аманжолова,
Усть-Каменогорск, Казахстан*
(E-mail: anb777@yandex.ru, Eugenia735@mail.ru, imatskevich@mail.ru,
stelmah_svetlana@mail.ru)

**Модель психологического сопровождения онкологических больных
в условиях госпитализации**

Аннотация: В данной статье рассмотрены проблемы и значимость психологического сопровождения онкологических больных в условиях госпитализации. Проанализированы основные составляющие модели психологического сопровождения, разработанной и апробированной психологами онкологического диспансера. Выявлена и обоснована необходимость использования модели психологического сопровождения онкологических больных и одновременно проведения работы с медицинским персоналом по развитию коммуникативных компетенций, значимых при взаимодействии с пациентами и их родственниками. На основе проведенного исследования автором предлагаются действия, направленные на повышение возможности предоставлять \ раскрывать человеку недостающие ресурсы, что существенно снизит ощущение незащищенности, беспомощности, чувство одиночества при лечении заболеваний. Также предпринятые усилия будут способствовать формированию новой жизненной позиции пациента и его окружения.

Ключевые слова: психологическое сопровождение, онкологические больные, модель психологической поддержки, коммуникативные компетенции.

DOI: <https://doi.org/10.32523/2616-6895-2019-127-2-139-151>

Введение. Психологическая поддержка предоставляет человеку недостающие ресурсы, что существенно снижает ощущение незащищенности, беспомощности, чувство одиночества. Поддержка помогает человеку гармонично интегрироваться в общество, создает и укрепляет связи с другими людьми и группами, способствует повышению самооценки [1].

Психологическая поддержка онкологическим больным нацелена на развенчание различных страхов и предрассудков относительно неизлечимости обнаруженного у них заболевания, замену негативных установок на позитивные, которые будут сфокусированы на том, чтобы пациент сам стал лично действующим лицом, участвующим в восстановлении своего здоровья.

Врачи убеждены, что иммунную систему человека, естественные защитные механизмы, возможно восстановить, и сам организм может ликвидировать злокачественные образования. На это и направлена психологическая поддержка онкологическим больным, чтобы пациенты поверили в эту чудесную возможность исцеления и необходимость продолжения борьбы за жизнь и выздоровление. И если в дальнейшем человек будет иммунную систему поддерживать на должном уровне, то в будущем можно не опасаться повторного заболевания онкологией [1].

Большое значение имеет привлечение родственников к эмоциональной поддержке больного. Врач должен учитывать индивидуальную систему семьи и семейных отношений. Следует избегать слишком большого информирования семьи о состоянии больного и одновременно недостаточности представления такой информации самому больному. Желательно, чтобы больной и родственники находились на примерно одинаковом уровне владения информацией о болезни - это способствует большей консолидации семьи, мобилизации резервов семейной группы, содействию психологической проработке скорби у больного и членов семьи.

В процессе работы с онкобольными и их родственниками на этапе госпитализации и лечения заболевания должно уделяться внимание психологической проработке чувств гнева и вины, причем как у родственников, так и у больных; работе с депрессивными состояниями. Особенно это является необходимой частью психологической поддержки мужчин в возрасте 25-40 лет из отдаленных населенных пунктов, где работа является смыслом существования и обеспечения семьи и себя.

Одним из важных направлений деятельности психолога является работа с межличностными отношениями, направленная на минимизацию эмоциональной изоляции, установление адекватной коммуникации, уменьшение гиперопеки, передачу доступной самостоятельности больному. В психологической поддержке онкобольным важна работа по выявлению ресурсных возможностей самого больного либо семьи больного, если таковая есть, на которые могут опираться все её члены, затронутые состоянием переживания, что позволит выработать новый образ жизни, новое отношение к себе и окружению.

Проблема состоит в том, что не всегда на практике проводится системная работа, т.е. когда с больными работают не только психологи, но и медперсонал, родственники. Внешние факторы, которые связаны с нахождением родственников в отдаленных районах, препятствуют посещению больного ежедневно, оказанию психологической, эмоциональной поддержки близкими людьми. Как известно, диспансеры находятся чаще всего в областных центрах, поэтому главная поддержка больного - это психологическая, со стороны психологов и медицинского персонала. Стоит отметить **важность коммуникативной компетентности медицинского работника** – это профессионально значимое качество, т.к. профессия медработника предполагает в той или иной степени выраженное интенсивное и продолжительное общение: с больными, их родственниками, медицинским персоналом - от медицинских сестер и санитарок до главных врачей, руководителей медицинских учреждений. От умения общаться, устанавливать и развивать взаимоотношения с людьми во многом зависит профессиональная успешность медработника и эффективность излечения больного. Хороший психологический контакт с больным помогает точнее собрать анамнез, получить более полное и глубокое представление о больном. Умение общаться, или коммуникативная компетентность, обеспечивает взаимопонимание, доверие в отношениях, эффективность в решении поставленных задач. Если пациент доверяет своему врачу, не сомневаясь в правильности диагностики и адекватности терапии, то он будет выполнять назначения, пройдет все необходимые диагностические и терапевтические процедуры. При отсутствии психологического контакта пациент, возможно, не станет придерживаться врачебных рекомендаций и назначений, проконсультируется у других врачей или просто у своих знакомых, по интернету, займется самолечением или обратится к представителям альтернативной медицины. Поэтому в период госпитализации больного в стационар онкологического, и не только, диспансера, необходимо проводить работу с больным, его родственниками, медицинским персоналом, администрацией. Часто больные не находят поддержки среди медицинского персонала, в то время как им нужны не только профессионализм, но и чисто человеческие, личностные качества врача: насколько он

внушает доверие и уважение, насколько он внимателен и отзывчив, располагает к себе, вызывает желание общаться. Возможно даже, что в отдельных случаях психологические качества для больного более важны, чем профессиональные знания, умения, навыки. Это также относится к медицинским сестрам, санитаркам и т.д.

В результате взаимодействия с пациентами, их родственниками, врачами, медицинским персоналом, используя различные методы и подходы к оказанию психологической поддержки больным, мы разработали и апробировали модель психологической поддержки, которая состоит из нескольких направлений деятельности психолога, представляющих собой системную работу психологов, врачей, мед.персонала, больных и их родственников. Рассмотрим их подробнее.

1) *Научно-исследовательское направление* представляет собой диагностику отношения медицинского персонала к больному, эмоционального состояния самого больного, внутреннюю картину болезни, отношения больного к лечению, а также исследование прочих факторов, которые могут сказаться на восприятии больным болезни и желании бороться с болезнью, чувствовать себя комфортно в период нахождения на стационарном лечении. Эти аспекты позволяют выявить симптомы иррационального мышления, тревоги, страхов, сомнений и пр., что отрицательно сказывается по отношению к лечению и выздоровлению. В рамках данного направления определяется уровень эмоционального выгорания у медицинских работников. Это достаточно значимый момент в профессиональной деятельности каждого, т.к. работая с онкобольными, медицинский персонал в большей мере получает стресс от взаимодействия с пациентами (более 40% пациентов агрессивны по отношению к медсестрам и санитаркам), с родственниками, которые чаще всего не признают никакого исхода, кроме положительного. Сложность операций, потеря больного также являются психологическими травмами, которые требуют психологической проработки и своевременной профилактики эмоционального и личностного выгорания. При этом все правила и требования при работе с пациентами должны строго соблюдаться.

2) *Консультативное направление* предполагает поддержку при решении проблем, возможность обсуждать проблему, найти альтернативное решение, подходящее для больного, поддержку в виде стабильности отношений, дающей чувство уверенности в них и чувство доверия. Также проводится работа в виде индивидуальных бесед по различным личным вопросам как среди медицинского персонала, так и среди больных, например, по уходу родственников или опекунов за пациентами и их взаимодействию, обсуждаются и выстраиваются стратегии поведения в сфере работы больных, их личной жизни, общения с близкими и друзьями, выработке нового стиля жизни; среди мед.персонала – по работе с «трудными» больными, руководством и т.п.

3) *Коррекционно-профилактическое направление* направлено на работу по организации пациентами своего жизненного пространства, формирование рационального, позитивного мышления, отработку навыков саморегуляции и управление стрессовыми реакциями на неблагоприятные для человека ситуации. Проводятся разъяснительные, информационные беседы по заболеваниям и их профилактике, о действиях и способах профилактики повторного заболевания, по способам и видам действий, которые необходи-

мо применять по наблюдаемым симптомам заболевания, повторяющимся после выписки пациента и т.д. Кроме того, очень действенен метод «палатного диалога» (так называли беседу сами больные). Сами пациенты просят поговорить с упавшим духом больным. И в процессе «случайной беседы» (как мы условно-образно называем данную беседу) начинается настоящая социальная терапия. Каждый пациент рассказывает, как у него получилось то или иное в процессе лечения, как он пришел к результатам. Человек, который думал, что он один и больше нет шансов на выздоровление или жизнь, начинает понимать, что он не один и все решается и не так плохо. Это значимый вклад самих пациентов в процесс выздоровления. Многие начинают понимать, что надо задумываться и о себе, а не только ради кого-то или чего-то. Начинает формироваться иерархия ценностей, целей, которая провоцирует человека на активность, на желание двигаться дальше, жить и любить.

4) *Обратная связь* – получение информации от пациентов о том, как они себя чувствуют, какое у них настроение, что бы они хотели услышать о процессе лечения, чего ждут от взаимодействия с медицинским персоналом. Все это выражается в высказываниях больных, их пожеланиях и претензиях, отраженных в книге жалоб и предложений, высказываниях в адрес самого психолога, желании видаться с психологом больше, желании, чтобы поработали с их близкими и пр. Это дает возможность постоянно модифицировать, преобразовывать методы, способы и направления деятельности в организации психологической поддержки онкологически больным людям в условиях госпитализации. Также проводятся диагностические срезы по эмоциональному состоянию медицинского персонала до и после психологических занятий в виде тренингов по саморегуляции, развитию коммуникативной компетенции, навыков публичного выступления, по принятию решения и т.д. в целях совершенствования программ по работе с медицинским персоналом и предупреждения эмоционального, личностного и профессионального выгорания.

Методы исследования. На основе взаимодействия с онкобольными было выявлено, что диагностика в виде тестов, опросников и проективных методов не всегда дает достоверные результаты, даже беседа иногда заканчивается на начальном этапе, т.е. со стороны больного проявляется нежелание общаться и взаимодействовать. Это объясняется эмоциональным состоянием больного, который получил информацию о своем диагнозе или предположении о заболевании, либо повторном лечении, в котором он не видит результата. Однако в процессе взаимодействия с больным информационным и достоверным показал себя метод наблюдения. За основу мы взяли «Карту наблюдения» Д.Стотта, где использовали модифицированные шкалы «Недоверие к новым людям, вещам, ситуациям (в нашем случае – к процедурам, лекарствам, лечению в целом)», «Депрессия», «Уход в себя», «Тревожность по отношению к врачам», «Враждебность по отношению к врачам», «Тревога по отношению к окружающим». Данная «Карта наблюдения» прошла психометрическую обработку на исследование надежности данного метода при работе с онкологическими больными. Подсчитывалась ретестовая надежность методики. Использовался коэффициент корреляции произведения моментов Пирсона. Надежность методики «Карта наблюдения» определяется относительной долей дисперсии ошибки. Мы получили коэффициент корреляции, равный 0,71, что говорит о надежности метода.

В процессе работы с онкологически больными, а также с медперсоналом, нами использовались следующие психотехнологии:

- 1) техники контроля негативных эмоций;
- 2) работа с обидой («вы все здоровы, а я нет», «виноваты врачи, т.к. сразу не

определили», «виноваты врачи по своей халатности в операциях» и т.п.);

3) методики преодоления страха (страх операции, а «вдруг», страх не проснуться после операции, страх узнать, что вместо доброкачественной опухоли – злокачественная», «страх изувечения тела, шрамов, удаление органов и введение пожизненных катеторов», страх узнать сроки жизни... и т.п.);

4) психотехники, направленные на поддержание ценности жизни;

5) психотехники по преодолению депрессивного состояния;

6) психоэнергетические упражнения для энергетической подзарядки;

7) психотехники помощи в горевании (в основном использовались для родственников, а именно, для тех, кто потерял и для тех, кто находился в паллиативном отделении вместе с больным, в том числе «потерявшим» его там)

8) психотехники принятия реальности смерти (данный метод подходил не всем, поэтому при использовании данной техники учитывались индивидуальные особенности: восприятие ситуации, эмоциональное состояние, физиологическое состояние, работа когнитивных процессов, биографический анализ данных).

Работа с больными выстраивалась в зависимости от состояния больного, его физиологических возможностей и психологической готовности к выздоровлению и желанию вылечиться. Следовательно, нами были выделены шаги, по которым должен двигаться больной на путь к выздоровлению. Каждый шаг имеет свои задачи, которые должны быть выполнены. Рассмотрим данный момент подробнее.

К первоначальному шагу (действию) можно отнести эмоциональную стимуляцию, активацию общения, установление между больными эмоционально насыщенных связей. Это очень важно для тех больных, которые отrekliсь от окружения и не видят возможности жить дальше. Необходимо постоянное подкрепление положительной эмоцией совершаемых ими действий в сторону общения и выздоровления, реагирование на их агрессию спокойной реакцией понимания и обсуждения/рассуждения о происходящем.

Затем используем методы и алгоритмы, направленные на выработку адекватных стереотипов поведения в сложных ситуациях, на преодоление зависимости от социального окружения, которое чаще всего проявляет жалость, сочувствие, а не подталкивание к действию, а также методы, направленные на повышение социальной уверенности в себе.

Следующим шагом является изменение социальных позиций по отношению к социуму, а также формирование адекватных представлений о болезни, нарушениях своего поведения в среде близких, друзей и общества в целом.

Значимый этап, т.е. один из важных для больного шагов, это коррекция личностных установок, которая предполагает раскрытие содержательной стороны внутренних психологических конфликтов, перестройку всей нервной и психической систем в отношении к жизни, выстраиванию нового образа жизни, отношения к себе и близким, друзьям и пр.

В процессе работы в формате тренингов для пациентов решались следующие задачи:

- диагностика и коррекция личностных качеств и умений, снятие барьеров, мешающих продуктивным действиям;

- развитие коммуникативных навыков участников группы и их способностей эффективно взаимодействовать с окружающими;

- формирование позиции бесконфликтных взаимоотношений с окружающими;

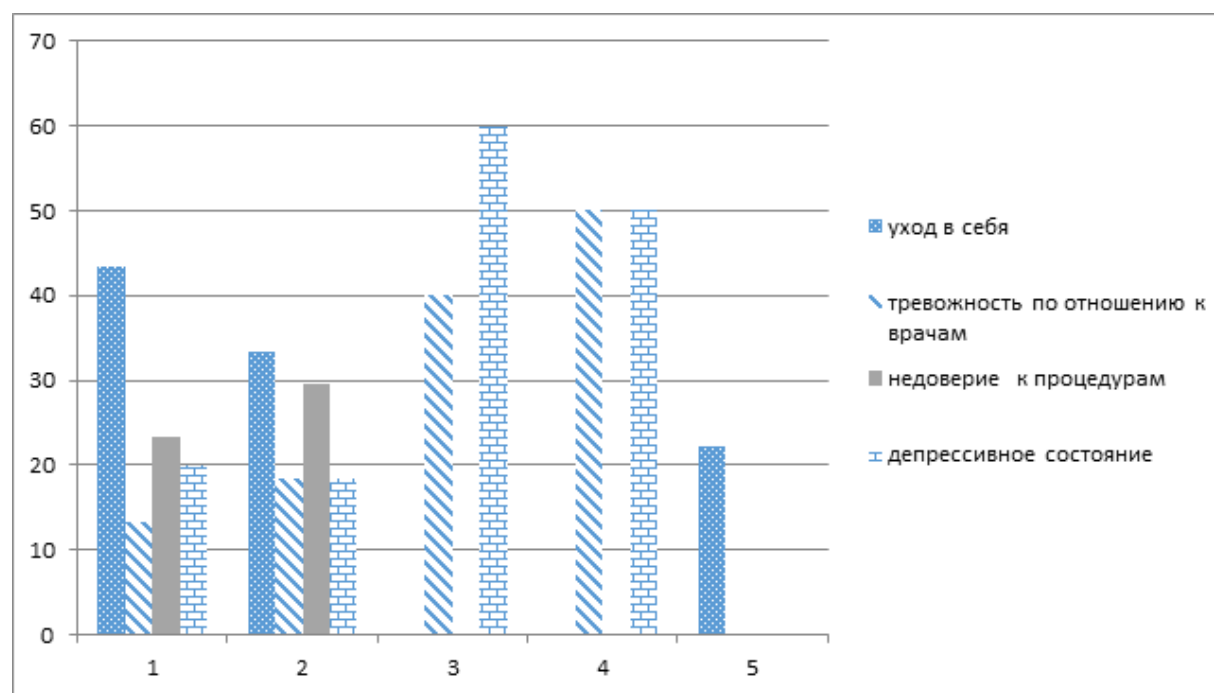
- развитие понимания своих внутренних переживаний, контроля над своими эмоциями;

- формирование адекватной самооценки, уверенности в себе, способности понимания других людей;
- овладение новыми социально-психологическими знаниями;
- снижение уровня тревожности и повышение настроения.

Результаты/обсуждение. В ходе апробации и внедрения модели психологического сопровождения онкологических больных приняли участие 140 больных, среди которых были выделены следующие группы: 1) 60 человек – из малонаселенных пунктов, средне-специальное образование, работа - смысл жизни, несостоявшаяся семейная жизнь (развод, нет семьи) (далее – 1 группа); 2) 27 человек – пенсионеры, есть семья, положительные отношения, настрой и желание к выздоровлению (далее – 2 группа); 3) 25 человек – пенсионеры, проблемы семейные, развод, агрессия, обвинение врачей в халатности, нежелание общаться (3 группа); 4) 10 человек- 35-48 лет, отсутствие надежды на излечение в больнице, недоверие к врачам, надежда на лечение другими способами и поддержку в любых начинаниях. Подтверждение правильности своих действий по отношению к советам авторитетных для человека людей (4 группа); 5) 18 человек – пациенты, проходящие 2-й или последующие циклы лечения. Положительно настроены, адаптированы к новому образу жизни и внешнему виду (5 группа).

Следует отметить, что работа с пациентами была проводилась в течение 10-14 дней. Времени довольно мало, но это максимальный срок стандартного нахождения в стационаре. Однако практика показала, что интенсивная работа психолога с пациентами может положительно повлиять на эмоционально-волевую сферу больного и его установку к лечению. Рассмотрим это на результатах исследования (согласно предложенной классификации групп больных).

Первоначально, с помощью «Карты наблюдения», были изучены эмоциональная и поведенческая сферы больных, которые включены в процесс апробации модели психологической поддержки онкологических больных в период лечения в круглосуточном стационаре (рис.1)



Примечание: 1-5 - группы больных

Рисунок 1. Процентное распределение результатов эмоционального состояния по шкалам «Карты наблюдения» в различных группах больных

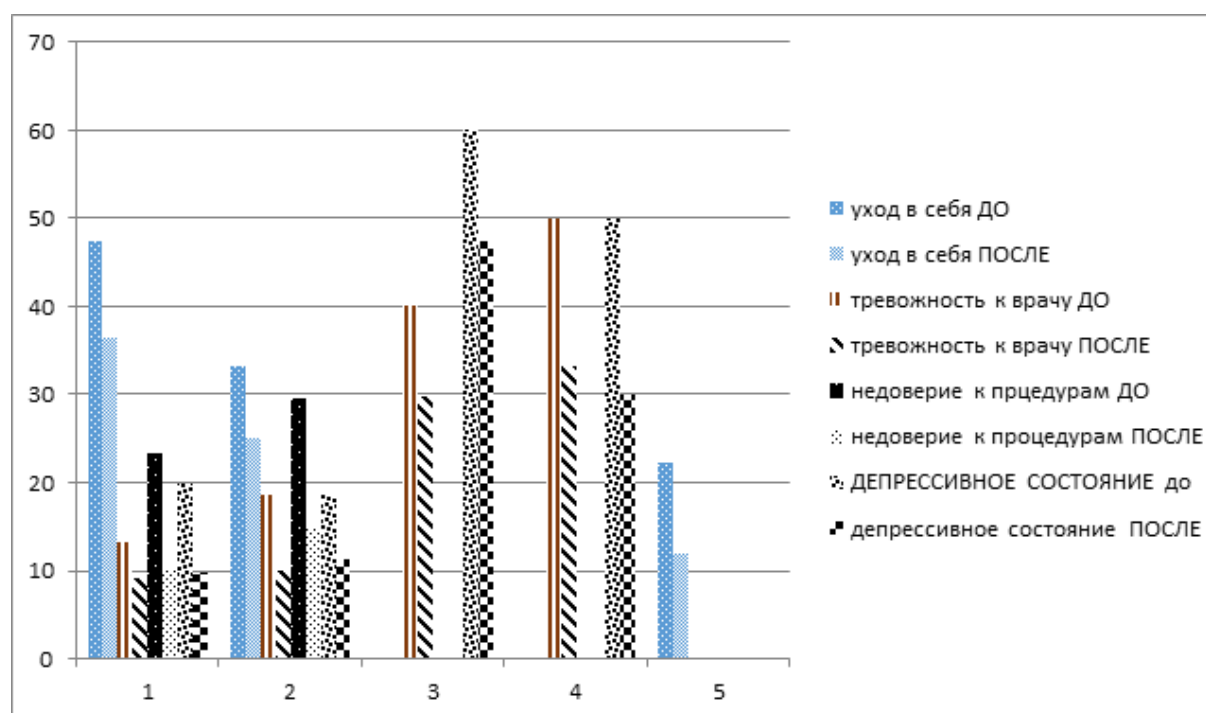
Анализ результатов показал, что на начало внедрения модели в 1 группе больше наблюдаются уход в себя, нежелание вступать в контакт, взаимодействие, однако косвенно больные стремились получить информацию о том, что дальше будет, что делать. Как уже отмечалось, представители данной группы находятся в возрасте активности и деятельности, поэтому то, что произошло с ними не воспринимается на данном этапе, человек отрицает, что это произошло с ним. Проявляется гневливость, напряженность, а у некоторых, наоборот, – потребность к контакту, взаимодействию. Депрессивное состояние больше наблюдается у людей пенсионного возраста, у которых есть проблемы в семье, во взаимоотношениях, как с детьми, так и родственниками, мужем/женой, либо у тех, кто не имеет семьи или состоит в разводе. Чаще всего такие больные обвиняют врачей в их халатности, невнимательности, не верят в их рекомендации и ответы, проявляют агрессию к окружению в целом. Также данное состояние наблюдается у тех пациентов, которые не верят в выздоровление, т.к. болезнь уже запущена, получена инвалидность, наблюдается нежелание что-либо менять. В этих двух группах отмечается повышенная тревожность к врачам, что снижает доверие больных к тем процедурам, которые прописывает врач. Кроме того, медицинский персонал не всегда отвечает на вопросы или не повторяет то, что не услышал больной – в таком случае негатив переносится на все медицинское учреждение, врачей и даже на больных по палате. Все это отражается на эмоциональном состоянии пациентов, а следовательно, на процессе выздоровления, поэтому больным была предложена «программа работы с психологом» (модель психологической поддержки). Следует отметить, что в работу была включена пятая группа больных, которые проходят не первый цикл лечения, которые верят в выздоровление, в основном положительно настроены на выздоровление, нашли себе занятия, которые дают и прибыль, и удовольствие (например, вязание на заказ и т.д.). Данная группа может стать примером положительного результата лечения и выздоровления, примером возможности жить дальше, общаться и быть включенным в социум. В данной группе также встречаются люди, которые уходят в себя, но чаще всего они обосновывают этот уход мыслительной деятельностью, проработкой того, чем они будут заниматься или как быстрее восстановиться после проходимых процедур.

Чтобы посмотреть, есть ли различия между группами в проявлении эмоциональности, поведенческих актов, мы использовали χ^2 – критерий Пирсона, т.к. разница может повлиять на результаты по окончанию внедрения модели. Критические значения критерия для уровней статистической значимости при $p \leq 0,05$ и $p \leq 0,01$ находятся в пределах 7,815 – 11,345, при подсчетах мы получили $\chi^2_{\text{эм}} = 1,74$, что не входит в зону значимости, следовательно, эмоциональные и поведенческие проявления в группах не различаются до внедрения модели психологического сопровождения. Следовательно, группы находятся в равных позициях до внедрения модели

В течение двух недель проводилась ежедневная работа психологов с больными, их родственниками (кто посещал больных), с медицинским персоналом, в том числе и врачами, по отработке коммуникативных навыков, навыков саморегуляции и др. Работа выполнялась в рамках описанной выше модели психологического сопровождения. Занятия проводились в специально отведенном помещении, в палатах, индивидуально и в группе. Продолжительность занятия - 1-1,5 часа. Занятия с больными проводились до принятия ими процедур, т.к. некоторым нужно было время для отдыха, также в часы их свободного (индивидуального) времени. Особенно эффективно занятия проходили в выходные дни, т.к. больные были заняты интересным для себя делом, общались (как отмечали больные - «так быстрее приближается выписка»). При работе с родственниками возникали некоторые сложности, т.к. не все хотели вступать в контакт, отмечая, что нет времени. Либо была односторонняя связь, когда психолог давал рекомендации о том, как необходимо общаться и взаимодействовать с больным после выписки, на что нужно обращать внимание

и т.п. В большей степени родственники получали памятку от психолога, если не могли контактировать напрямую.

Работа с персоналом строилась не только на проведении психологических занятий по снятию эмоционального напряжения, отработке коммуникативных навыков при взаимодействии с пациентами, их родственниками, коллегами, но и на индивидуальном консультировании, где каждый мог озвучить тот вопрос, который его волновал и тревожил на данный момент, то, что мешало его работе. Кроме того, в случае когда медсестра, врач сталкивались с конфликтными пациентами, они вместе с психологом разрешали данную ситуацию, что способствовало разрешению конфликта, снижению напряжения и выработке модели поведения в подобных ситуациях. На рисунке 2 можно увидеть, как работает модель психологического сопровождения онкологических больных при ее комплексном использовании.



Примечание: 1-5 - группы больных

Рисунок 2. Сравнительный анализ результатов эмоциональной и поведенческой сфер онкологически больных «До» и «После» апробации и внедрения модели психологической поддержки больных в условиях госпитализации

Анализ вторичного среза показал изменения в данных, представленных по результатам первичного среза, т.е. до внедрения модели психологического сопровождения. По шкале «уход в себя» видны изменения на процентном уровне, а именно, в первой группе больных, в большей степени иногородних (из малонаселенных, отдаленных пунктах проживания), снизился показатель с 43,3% до 36,4. Больные стали свободнее и охотнее входить в контакт, ждать встреч, общения. Также наблюдается снижение показателей по следующим шкалам: «тревожность по отношению к врачу» - процент снизился с 13,3 до 9,1. Значительно снизилась тревожность по отношению к медицинским процедурам – с 29,6 до 14,7%. По шкале «депрессивное состояние» также наблюдается положительный эффект, т.е. снижение проявления депрессивности у больных - с 20% до 9,7%. Аналогично наблюдается снижение негативного эмоционального состояния по всем группам больных.

Чтобы посмотреть, насколько различия показательны и статистически значимы, мы использовали ϕ^* - критерий Фишера, позволяющий констатировать изменения, которые наблюдаются в выборке. Использовался автоматический подсчет [2].

Критические значения критерия для уровней статистической значимости при $p \leq 0,05$ и $p \leq 0,01$ находятся в пределах 1,64 – 2,31, при подсчетах мы получили, что эмпирические значения ϕ^* , находящиеся в диапазоне от 0,734 до 1,55, что не входит в зону значимости. Следовательно, эмоциональные и поведенческие проявления в группах статистически не значимы по результатам срезов до и после апробации и внедрения модели психологического сопровождения онкологически больных в условиях госпитализации, но на процентном уровне изменения видны. Среди факторов, которые могут повлиять на результаты статистических расчетов, отмечаются временные (достаточно короткий промежуток психологического воздействия на психологическую основу больного), социальные (поддержка близкого окружения, врачей и др. специалистов), физиологические (самочувствие, питание, сон), территориальные и т.д. Следовательно, дальнейшая фиксация результатов по эффективности проведения психологических занятий с больными, родственниками и мед.персоналом даст возможность определить значимость предложенной модели психологической поддержки онкобольных, что и делается в настоящее время.

Таким образом, те изменения, которые происходили с больными в эмоциональном, поведенческом плане, свидетельствуют о том, что комплексная работа психологов с больными, врачами, мед.сестрами и т.д. дает значимый эффект - положительный настрой больного на излечение и желание людей пройти раннюю диагностику в целях профилактики возникновения заболеваний.

Предлагаем описание результатов больного, помещенного в отделение паллиативной помощи, участвующего в процессе апробации и реализации модели психологической поддержки больного в период госпитализации. Психологическое вмешательство осуществлялось с учетом состояния больного, активности родственников и их сопровождения. Осуществлялись ежедневные посещения больного и их родственников, т.к. они находились с больным круглосуточно.

Пациент А. (женщина, 41 год), имеет 2-х детей до 18 лет, живет с матерью, недееспособна (по онкологии), более 3-х месяцев не разговаривает и не может себя обслуживать, только лежит. Молодая женщина, имеет затруднения в передвижении, в палате находилась вместе с матерью, мать ухаживает за ней, кормит и т.п. Пациентка паллиативного отделения. Она не разговаривала при посещении психологов, врачей, наблюдался только зрительный контакт. Мать пациентки сказала, что она нас понимает и слышит, но не может ответить, поэтому о состоянии самочувствия и психологическом настрое на положительный результат от пребывания в диспансере рассказывала мать пациентки. Мать рассказала, что последнее время ее дочь сильно болела, поэтому пришлось переехать к ней, чтобы ухаживать за ней. За детьми смотрит отец пациентки. Пациентка в разводе. Внутреннее состояние определяется как отчаяние, страх за детей, принятие ситуации своей недееспособности. До болезни была лучшим специалистом в своей профессиональной деятельности. Пациентка очень хотела надеяться на выздоровление, она «говорила» глазами, закрывала их, уводила взгляд, плакала, иногда сияла от радости - все эти реакции зависели от темы разговора и вопросов. Когда применялось положительное подкрепление к минимальным результатам (например, при произнесении звука при попытке ответить на вопрос психолога тут же получала похвалу о том, что уже есть сдвиги к улучшению) у больной появлялась улыбка, глаза улыбались, мама было рада, снималось напряжение.

При посещении больной психолог интересовался всегда о состоянии самой матери: как она себя чувствует, как ее настроение, на что она отвечала, что все зависит от состояния дочери, если она себя чувствует хорошо, то и у нее все хорошо. Матери рекомендовали не

зависеть от состояния дочери, т.к. дочь переживала и за нее. Необходимо было создавать положительный настрой на результат, поэтому мама должна была каждый раз подкреплять действия дочери словами, улыбкой, заставлять выполнять то, что рекомендовал врач для больной. Мы посещали их на протяжении 14 дней (пребывания в стационаре), были заметны некие изменения, женщина пыталась говорить, отвечать на вопросы, издавая похожие звуки-ответы на поставленные вопросы. Была применена поведенческая психотерапия с использованием положительного подкрепления. А. сама начала отвечать на вопросы, при этом мама все-таки пыталась все говорить за нее. Однако акцент больше делался на результатах А., отмечалось, что она сама прекрасно все может. Мы всегда хвалили А. за самостоятельные действия, слова и радовались вместе. Постепенно убеждая и положительно подкрепляя каждое действие, слово, результат, стремление к лечению и положительному отношению к себе, можно прийти к тому, что человек осознает необходимость стремления к лучшему и надежды на будущее. Одна из рекомендаций для матери заключалась в том, чтобы она заставляла дочь двигаться, садиться, вставать, ходить и т.д.

Итак, в результате наша пациентка потихоньку стала передвигаться и пытаться говорить, самостоятельно есть. Она сама отвечала на вопросы, смеялась, желала есть и ходить. После месячного перерыва в пребывании в стационаре, А. еще раз была в паллиативном отделении, также вместе с мамой. Она чувствовала себя лучше, сама ела, ходила, говорила, смотрела телевизор, наблюдалось положительное эмоциональное состояние. Мать выглядела спокойнее, положительно отзывалась о состоянии дочери, всегда радостно встречала психолога. Рассказывала с радостью, что чувствует ее дочь, как она себя чувствует.

Можно приводить множество примеров, но каждый из них показал, что психологическая поддержка нужна каждому, даже если больной отрицает данный факт. Период депрессии у этих больных наиболее выражен. Наряду с печалью, тоской больные высказывали идеи малоценности себя для окружения, упрекали себя, что не успели вырастить детей, не успели чего-то (главного) сделать, завершить работу, корили себя за лень и т.п.

Нами было отмечено, что больные, взяв себя в руки, скорее успокаивали родных, чем сами нуждались в успокоении. Для них в этот период характерно исчезновение чувства времени. Больные живут повседневной жизнью, настоящим. Подводя итоги, они оценивают свою жизнь, пишут письма близким, прощаются с родными, благодарят врачей, пытаются оставить о себе хорошую память. Спокойно, без эмоций обсуждают, где и как их похоронить. Складывается впечатление, что больные растворяются в пространстве, сливаются с окружающей жизнью. Следует сказать, что эти больные наиболее приятны и для персонала, и для окружающих их близких людей.

Процесс общения с пациентами проходил в два этапа - сначала беседа, имевшая целью установление свободного и продуктивного контакта и формирование мотивации на проведение исследования, затем опрос испытуемых по методикам исследования. На каком-то этапе вдруг стало очевидно, что наша модель как инструмент для сбора информации по исследуемой проблематике выполняет роль катализатора межличностного взаимодействия между психологом и пациентами, позволяет поднять и актуализировать темы, не проявленные изначально в условиях отсутствия формального запроса со стороны пациентов. Ситуация общения с психологом, будучи безопасной, устраняла необходимость в использовании защит в режиме «здесь – и - сейчас» и создавала условия для более свободного выражения чувств и открытости переживаниям.

Заключение\выводы. В процессе межличностного взаимодействия удалось выделить некоторые особенности переживаний и реагирования, характерные для большинства пациентов:

1) в процессе общения с психологом у пациентов в большинстве случаев актуализируются вопросы неразрешенных межличностных конфликтов и на их фоне - темы вины и ответственности;

2) наряду с этим больные активны в обсуждении вопросов собственной самооценки и ценности здоровья, что позволило обнаружить тенденции к переживаниям малоценности собственной жизни и самообвинениям.

В ситуации онкозаболевания у пациентов наблюдаются 3 основных оценки качества межличностных контактов:

1) жалобы и недовольство чрезмерным вниманием со стороны близкого окружения;

2) подчеркивание позитивного значения социальной поддержки со стороны семьи и коллег;

3) сокращение социальных контактов на фоне демонстрации отсутствия потребности в участии со стороны родных и близких.

Многие пациенты были впервые в больнице, на «химии», на операцию они шли впервые. Они не могли совладать со своим страхом. В таких случаях врач объяснял специфику процедур, проведения тех или иных действий. В некоторых случаях врач вместе с психологом проигрывали ситуацию операции, чтобы ослабить страх у пациентов. Таким пациентам требовалось больше внимания.

Онкозаболевание само по себе не угрожает личности, но процесс его переживания через формирование смысла болезни будет определять развитие личностного кризиса. Кризисный характер заболеваний данного профиля обуславливает особенности психоэмоционального состояния больных: страх, чувство отчужденности, чувство одиночества, субъективное переживание состояния «потерянности».

На врачах лежит огромная нагрузка, из-за чего они не всегда могут позволить себе какую-то длительную беседу с пациентом. Поэтому требуется помощь психолога, а именно психологическое сопровождение больных. Психологическое сопровождение помогает пациенту найти и получить уход, в котором он нуждается. Оно помогает не только пациенту, но и медицинскому персоналу разрабатывать ту или иную стратегию поведения с пациентами. У большинства больных наблюдаются разные внутриличностные неразрешенные конфликты, либо проблемы на работе, или в семье. Огромную роль играет перенесенный стресс или переживания на развитие болезни.

Дальнейшая работа позволит выявить более эффективные методы, используемые при работе с онкобольными и мед.персоналом по развитию профессиональных компетенций взаимодействия в коллективе и с больными, в сравнении со стандартно отработанными методиками. Психологическая характеристика, обеспечивающая коммуникативную компетентность медработника - это эмоциональная стабильность, уравновешенность при отсутствии импульсивности, чрезмерной эмоциональной экспрессивности, с сохранением контроля над эмоциональными реакциями и поведением в целом. Эмоциональная стабильность помогает медработнику во взаимоотношениях с больными избегать «психологических срывов», конфликтов. Интенсивные эмоциональные реакции не только разрушают доверие больного, пугают и настораживают его, но и утомляют. Напротив, душевное равновесие медработника, его спокойная доброжелательность, эмоциональная стабильность вызывают у пациента чувство надежности, способствуют установлению доверительных отношений.

Таким образом, представленная модель способствует профилактике эмоционального выгорания у мед.работников и способствует выработке комфортного состояния у больного во время пребывания в стационаре, дальнейшему переносу данных стратегий поведения на реальную жизнь, стремлению к выработке стратегии на излечение.

Список литературы

1. Чулкова В. А., Пестерева Е. В. Психологическая помощь онкологическим больным // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12. Социология – 2010.- URL: <https://psihomed.com/cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskaya-pomosch-onkologicheskim-bolnym> (Дата обращения: 22.01.2019).
2. Критерий Фишера. Автоматический расчет углового преобразования - URL: <https://www.psychol-ok.ru/statistics/fisher/> (Дата обращения: 22.01.2019).

Е.И. Барабанова, Е.В. Дергачёва, И.К. Мацкевич, С.А. Стельмах

С. Аманжолов атындағы Шығыс Қазақстан мемлекеттік университеті, Өскемен, Қазақстан

Емделіп жатқан онкологиялық науқастарды психологиялық қолдау моделі

Андатпа. Осы мақалада емделіп жатқан онкологиялық науқастарды психологиялық қолдаудың проблемалары мен маңыздылығы қарастырылған. Онкологиялық диспансердің психологтары дайындаған және мақұлдаған психологиялық қолдау моделінің негізгі құрамы талданды. Онкологиялық науқастарды психологиялық қолдау моделін қолдану және медициналық қызметкерлердің науқастар мен олардың туыстарымен өзара әрекет ету кезінде коммуникативтік күзіреттілігін дамыту бойынша жұмыстарды бірге жүргізу қажеттілігі анықталды және негізделді. Жүргізілген зерттеулер негізінде автор ауруды емдеу кезіндегі қорғансыздық, дәрменсіздік, жалғыздық сезімдерін біршама төмендетуге үлес қосу үшін адамға жетіспейтін ресурстарды ұсыну, ашу мүмкіндіктерін жоғарылатуға бағытталған әрекеттер ұсынылған. Сондай-ақ, емделушінің және оның қоршаған ортаның жаңа өмірлік ұстанымдарын қалыптастыруға көмектеседі.

Түйін сөздер: психологиялық қолдау, онкологиялық аурулар, психологиялық қолдау моделі, коммуникативті күзіреттілік.

Y.I. Barabanova, Y.V. Dergachyova, I.K Matskevich, S.A. Stelmakh

Sarsen Amanzholov East Kazakhstan State University, Ust-Kamenogorsk, Kazakhstan

Model of psychological support of oncological patients in the conditions of hospitalization

Abstract. This article discusses the problems and significance of the psychological support of cancer patients in hospitalization. The author analyzed the main components of the psychological support model, which was developed and tested by psychologists of the oncologic dispensary. The article substantiates the need to use the model for psychological support for oncologically ill patients and medical personnel who need to develop communicative competencies. The author suggests actions aimed at increasing the ability to provide / disclose missing resources to a person, which will significantly reduce the feeling of insecurity, helplessness and loneliness in the treatment of diseases. It will also contribute to the formation of a new life position of the patient and his environment.

Keywords: psychological support, cancer patients, psychological support model, communicative competences.

References

1. Chulkova V. A., Pestereva E. V. Psihologicheskaja pomoshh' onkologicheskim bol'nym [Psychological assistance to oncological patients], Bulletin of St. Petersburg University, Series 12. Sociology– 2010.- Available at: <https://psihomed.com/cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskaya-pomosch-onkologicheskim-bolnym> (Accessed: 22.01.2019).
2. Kriterij Fishera. Avtomaticheskij raschet uglovogo preobrazovanija [Fisher criterion. Automatic calculation of the angular conversion] - Available at: <https://www.psychol-ok.ru/statistics/fisher/> (Accessed: 22.01.2019).

Сведения об авторах:

Барабанова Е.И.- кандидат психологических наук, доцент, Восточно-Казахстанский государственный университет им. С.Аманжолова, ул.Казахстан, 55, г. Усть-Каменогорск, Казахстан.

Дергачёва Е.В. - кандидат психологических наук, доцент, Восточно-Казахстанский государственный университет им. С.Аманжолова, ул.Казахстан, 55, г. Усть-Каменогорск, Казахстан.

Мацкевич И.К. - кандидат психологических наук, доцент ВАК, профессор, Восточно-Казахстанский государственный университет им. С.Аманжолова, ул.Казахстан, 55, г. Усть-Каменогорск, Казахстан.

Стельмах С.А.- кандидат психологических наук, доцент ВАК, профессор, Восточно-Казахстанский государственный университет им. С.Аманжолова, ул.Казахстан, 55, г. Усть-Каменогорск, Казахстан.

Barabanova Y.I. - Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor, Sarsen Amanzholov East Kazakhstan State University, St.Kazakhstan, 55, Ust-Kamenogorsk, Kazakhstan.

Dergachyova Y.V. - Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor, Sarsen Amanzholov East Kazakhstan State University, St.Kazakhstan, 55, Ust-Kamenogorsk, Kazakhstan.

Matskevich I.K. - Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor, Professor, Sarsen Amanzholov East Kazakhstan State University, St.Kazakhstan, 55, Ust-Kamenogorsk, Kazakhstan.

Stelmakh S.A. - Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor, Professor, Sarsen Amanzholov East Kazakhstan State University, St.Kazakhstan, 55, Ust-Kamenogorsk, Kazakhstan.