

МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования
КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ им. В.П. АСТАФЬЕВА
(КГПУ им. В.П. Астафьева)

Институт социально-гуманитарных технологий
Кафедра социальной педагогики и социальной работы

Пчелинцева Валерия Евгеньевна

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

Индивидуальное сопровождение женщин с инвалидностью по онкологическим
заболеваниям в условиях социально-ориентированной некоммерческой
организации

Направление подготовки 39.03.02 Социальная работа

Направленность (профиль) образовательной программы «Социальная
работа в системе социальных служб»

ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ

Заведующий кафедрой

д. пед. наук, профессор Фурьева Т.В.

Научный руководитель Хацкевич Т.А.

Дата защиты

27.06.2022

Обучающийся

Пчелинцева В.Е.

Оценка

удовлетворительно

Красноярск 2022

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
Глава 1. Теоретические аспекты индивидуального сопровождения женщин с инвалидностью по онкологическим заболеваниям в условиях социально-ориентированной некоммерческой организации	6
1.1 Социальные проблемы женщин с инвалидностью по онкологическим заболеваниям в условиях социально-ориентированной некоммерческой организации	6
1.2 Особенности комплексного сопровождения женщин с инвалидностью по онкологическим заболеваниям в условиях социально-ориентированной некоммерческой организации	18
1.3 Анализ деятельности социально-ориентированных некоммерческих организаций по сопровождению женщин с инвалидностью по онкологическим заболеваниям	23
Глава 2. Организация индивидуального сопровождения женщин с инвалидностью по онкологическим заболеваниям в условиях социально-ориентированной некоммерческой организации	32
2.1 Диагностика потребностей в индивидуальном сопровождении у женщин с инвалидностью по онкологическим заболеваниям	32
2.2 Стратегии индивидуального сопровождения женщин с инвалидностью по онкологическим заболеваниям в условиях социально-ориентированной некоммерческой организации	35
Заключение	54
Список использованных источников	58
Приложение	62

ВВЕДЕНИЕ

В последнее время наблюдается рост онкологических заболеваний у женщин. Болезнь может быть препятствием в реализации жизненных планов, ограничивать сферу деятельности, изменять характер и содержание общения, подвержены влиянию направленность и ценностные ориентации личности. На ранних стадиях заболевший человек растерян, не понимает, что с ним происходит, насколько все серьезно и к каким последствиям в будущем может все это привести.

Колебания самочувствия в начале терапии, часто приводят к сомнениям и не уверенности больного в возможное выздоровления, а также в компетентности лечащего врача. Пациент оказывается в ситуации, которая считается одной из самых трудных - неопределенности и ожидания с отсутствием информации и непрогнозируемым исходом.

Теме организации сопровождения женщин с онкологическими заболеваниями в последнее время начали уделять внимание исследователи. В медицинской организации гинекологического профиля перед лечащим персоналом очень часто встает вопрос о необходимости оказания психологической помощи своим пациентам. Как отмечает Д.М. Менделевич, для пациентов более существенны не сами по себе гинекологические заболевания (тяжесть, инвалидизация, хроническое течение), а представление о том, как болезни отражаются на отношении к ним родных, близких людей, сослуживцев и окружающих. Критерии тяжести заболевания отходят на второй план и не признаются принципиально значимыми. Таким образом, кроме проблемы адаптации после перенесенного заболевания, встает задача решения ряда таких проблем как социальные и психологические.

Индивидуальное сопровождение обеспечивает пациенту максимально комфортное прохождение всех этапов лечения. Сотрудничество врача, пациента и психолога – это самое эффективное взаимодействие на пути к результату. В ходе любого лечения у пациента могут возникать страхи и депрессивные

фантазии. Специалист по социальной работе помогает разобраться со стереотипами поведения и выработать индивидуальный подход при встрече со сложными жизненными обстоятельствами, контролировать уровень стресса и перепады настроения. Подобный опыт улучшает качество жизни и значительно повышает результативность взаимодействия с другими специалистами клиники.

Недостаточная разработанность содержания индивидуального сопровождения женщин с инвалидностью по онкологическим заболеваниям в практике работы социальных учреждений обусловила актуальность темы исследования.

Объект исследования: индивидуальное сопровождение женщин с инвалидностью по онкологическим заболеваниям

Предмет исследования: условия индивидуального сопровождения женщин с инвалидностью по онкологическим заболеваниям в условиях социально-ориентированной некоммерческой организации

Целью работы являются условия индивидуального сопровождения женщин с инвалидностью по онкологическим заболеваниям в условиях социально-ориентированной некоммерческой организации

Для достижения цели работы необходимо решение следующих задач:

1. Проанализировать научную литературу по теме исследования.
2. Изучить потребности в индивидуальном сопровождении женщин с инвалидностью по онкологическим заболеваниям.
3. Проанализировать и реализовать программы индивидуального сопровождения женщин с инвалидностью по онкологическим заболеваниям в условиях социально-ориентированной некоммерческой организации, проанализировать результаты реализации программ.

Гипотеза исследования: Индивидуальное сопровождение женщин с инвалидностью по онкологическим заболеваниям станет возможным при следующих условиях:

- будут проанализированы потребности в индивидуальном сопровождении у женщин с инвалидностью по онкологическим заболеваниям;

- проанализированы стратегии индивидуального сопровождения женщин с инвалидностью по онкологическим заболеваниям в условиях социально-ориентированной некоммерческой организации;

- разработаны программы индивидуального сопровождения женщин с инвалидностью по онкологическим заболеваниям в условиях социально-ориентированной некоммерческой организации.

Методы исследования:

Теоретические: анализ литературы.

Эмпирические методы: глубинное интервью с женщинами с инвалидностью по онкологическим заболеваниям.

Структура работы. Выпускная квалификационная работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка литературы и проиллюстрирована приложением.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОМПЛЕКСНОГО СОПРОВОЖДЕНИЕ ЖЕНЩИН ПО ИНВАЛИДНОСТИ ПО ОНКОЛОГИИ В УСЛОВИЯХ СОЦИАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ НЕКОММЕРЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

1.1 Социальные проблемы женщин с инвалидностью по онкологическим заболеваниям в условиях социально-ориентированной некоммерческой организации

Согласно статистическим данным, общее число зарегистрированных онкологических больных в России на конец 2020 г. достигло 3,4 млн. В их число входят больные раком женщин репродуктивного возраста (от 15 до 44 лет) 200 тыс., около 15 тыс. девочки от 0 до 14 лет. Необходимо отметить, что в связи с современной тенденцией планирования беременности и рождения детей после 30 лет продолжает возрастать количество женщин с диагностирование онкологических заболеваний до наступления первой беременности, что влияет на реализацию репродуктивной функции таких пациенток [31].

С другой стороны, очевидной предпосылкой, обуславливающей увеличение востребованности в репродуктологической помощи у онкологических больных женского пола, является то обстоятельство, что достижения клинической онкологии обеспечивают сегодня 5-летнюю выживаемость почти 75% пациенток в возрасте до 44 лет [29] и доживание до репродуктивного возраста почти 85% страдающих онкологическим заболеванием девочек до 14 лет [32]. Именно благоприятный прогноз длительной выживаемости при практически всех существующих формах онкологии создает условия для вполне успешной отсроченной реализации планирования беременности и рождения детей у подавляющего большинства пациенток, желающих сохранить свой репродуктивный потенциал. Приведенные статистические данные показывают, что в России, как и во всем мире, популяция онкологических пациенток, относимых к детородному возрасту, достаточно велика и это придает особую

социальную значимость мероприятиям, направленным на улучшение качества жизни данного контингента.

Субъективное восприятие соматического заболевания изучали многие отечественные и зарубежные исследователи. При этом ряд авторов для отражения заболевания в психике пациента использовали разные термины. В отечественных публикациях встречаются: «переживание болезни», «реакция адаптации», «чувство болезни», «отношение к болезни» и «сознание болезни», «реакция на болезнь» и т.; в зарубежной литературе – «аутопластическая картина болезни», «образ собственного заболевания», «психосоциальные реакции на болезнь» и др.. Наибольшее распространение у отечественных авторов приобрело положение «внутренней картины болезни» (ВКБ), которое, по мнению В.В. Николаевой, является более общим, интегральным понятием и всесторонне отражает субъективную сторону болезни. Данное определение ввел Р.А. Лурия, и оно, как пишет автор, включает в себя все ощущения и переживания больного, связанные с заболеванием.

Впоследствии В.В. Николаевой было выделено четыре уровня внутренней картины болезни: 1-й – уровень ощущений, 2-й – эмоциональный (различные способы реагирования на заболевание), 3-й – интеллектуальный (представления больного о своей болезни, ее причинах и вероятных последствиях), 4-й – мотивационный (определенное отношение больного к своей болезни с изменением образа жизни и поведения, направленного на восстановление здоровья) [21].

Важную роль в формировании внутренней картины болезни, по утверждению А.Э. Березовского и соавт., имеет тип эмоциональных отношений больного к своему заболеванию, его проявлениям, прогнозу и др. [3]. Авторы выделяют 3 типа эмоциональных отношений: прагматический – пациент сотрудничает с медицинским персоналом, выполняет врачебные назначения, стремится реально оценивать болезнь; а также гипернозогностический и гипонозогностический типы. При этом два последних типа, по данным А.В. Андрющенко, характерны для онкологических больных.

По мнению А.Е. Личко, Н.Я. Иванова отношение к болезни объединяет все психологические категории, с помощью которых изучается внутренняя картина болезни. Они полагают, что отношение к болезни и тому, что связано с ней и на что она влияет, определяется тремя факторами: характером соматического заболевания, типом личности и общественным мнением о заболевании. Под влиянием указанных факторов вырабатывается отношение к болезни, лечению, врачам, своему будущему, работе, родным и близким, окружающим и т. п.

Анализ литературных данных позволяет сделать вывод о преимущественно дезадаптивных типах отношения к болезни у онкологических больных. Так, Л.Н. Сидоренко и соавт. при обследовании 223 больных РМЖ выявили у 61,7% тревожно-депрессивный, сенситивный и неврастенический типы реагирования, у 16,7% – паранойяльный [20].

Ю.Е. Мищук и соавт. в собственном исследовании 46 пациенток с РМЖ в послеоперационном периоде после мастэктомии обнаружили отсутствие гармоничного и значительное преобладание неадаптивных типов отношения к болезни [17].

А.А. Кузнецова пишет о преобладании дезадаптивных типов отношения к болезни, обследовав 80 женщин с РМЖ I-II стадии [16].

Итак, литературные данные свидетельствуют о преимущественно дезадаптивных реакциях на заболевание у больных раком, в формировании которых существенная роль принадлежит личностным чертам данных пациентов. При этом обнаруженные различия в личностных характеристиках при различной опухолевой локализации свидетельствуют о необходимости изучения личностных особенностей онкологических больных, наряду с характером их реагирования на заболевание, при каждой форме онкозаболевания для определения терапевтических «мишеней» при проведении с ними психокоррекционных мероприятий с целью повышения их эффективности.

Таким образом, анализ литературы свидетельствует о широкой распространенности психических невротических расстройств у больных раком гинекологической сферы на разных этапах заболевания, с наибольшей их

выраженностью в стационарном периоде, влекущих за собой изменения и в социальном взаимодействии.

Для приспособления к «новой» жизни человеку, после получения диагноза «рак» необходимо пройти социальную адаптацию, которая включает:

- адекватное восприятие окружающей действительности и собственного организма;
- адекватную систему отношений и общения с окружающими людьми;
- гибкость (адаптивность) поведения в соответствии с ролевыми ожиданиями других.

Важнейшим элементом этого процесса является согласование самооценки, притязаний и возможностей онкобольного с реалиями социальной среды. Это согласование включает в себя, во-первых, реальный уровень процесса – состояние среды и человека на данный момент времени, и, во-вторых, потенциальный уровень – возможности, тенденции и закономерности развития, как социальной среды, так и человека. Число действующих на социальную адаптацию факторов довольно велико и требует классификации на отдельные группы факторов.

Один из подходов связан с выделением какого-то отдельного фактора, влияющего на процесс адаптации, например, социальной установки онкобольного на интеграцию в общность. Другой подход связан с анализом нескольких факторов, например, таких, как способность онкобольного к самообслуживанию, передвижению, труду, обучению, наличие поддержки в микросоциальном окружении [23].

Следующий подход связан с выделением факторов – комплексов. Выделяют семь комплексных факторов, влияющих на процесс успешной адаптации:

- экономический,
- самосохранение,
- регулятивный,
- воспроизводственный,
- коммуникативный,
- когнитивный,

- самореализация [15].

Существенным ограничением данной типологии является нечеткость, размытость границ разных групп факторов. Например, факторы самореализации могут пересекаться с экономическими, воспроизводственными или когнитивными факторами, подменяя и взаимозаменяя, друг друга. Среди групп факторов выделяют:

- перманентные (влияние микроокружения). Перманентные факторы имеют продолжительный, непрерывный характер и влияют на процесс социализации. Условно микросоциум – это конкретное сельское поселение, поселок или малый город, а в средних и более крупных городах - микрорайон. Микросоциум – это действующая на определенной территории общность, включающая в себя семью, соседство, группы сверстников, различные общественные, государственные, религиозные, частные и воспитательные организации, а также различные неформальные группы жителей. Перманентные факторы влияют на жизнь людей с онкозаболеванием, например, онкобольной выбирает «закрытую» модель поведения (ограждается от общения с людьми), живет в квартире с близкими родственниками или с собственной семьей, но не выходит из дома, то на него все равно распространяется влияние микросоциума. Происходит непрерывное и продолжительное воздействие: о нем знают соседи по площадке, соседи по подъезду, по дому, а если он живет с родственниками, то и они непосредственно оказывают постоянное влияние на адаптацию человека с особенностями.

- временные (социальное воздействие лиц, находящихся с человеком во временном контакте). На онкобольного влияет окружение, с которым он взаимодействует в определенное время или на протяжении какого-то времени. Онкобольной может находиться с другими людьми во временном контакте через электронную почту, интернет, скайп (общение с помощью соц. сетей) или же это взаимодействие онкобольного в маршрутке с водителем, в магазине, больнице.

- индивидуальные (влияние факторов социальной адаптации на отдельную личность все зависимости от группы, к которой она принадлежит); Имеется в виду, влияние группы к которой онкобольной принадлежит.

- групповые (воздействие факторов социальной адаптации на социальную группу инвалидов в целом); макро-, мезо- и микрофакторы [19]. Человек принадлежит к определенной группе. Например, участники школы Особая мода, где люди с различными заболеваниями сначала (микрофакторы) борются с собственными комплексами, характером, потом (мезофакторы) научаются работать в коллективе, учатся необходимым навыкам показа, как держать себя на подиуме, демонстрировать одежду, образ, затем (макрофакторы) они выступают на показе, их снимают, фотографируют и все внимание достается им.

Наиболее распространено дихотомическое деление факторов на внешние – условия социальной среды и внутренние – индивидуальные возможности человека. Выделяют следующие наборы внутренних и внешних факторов:

а) к внутренним факторам относятся социально- демографические характеристики – пол, возраст, семейное положение, наличие детей и т.д., ценностные ориентации и ряд психологических свойств личности;

б) в качестве внешних факторов выступает комплекс параметров, связанных с видом деятельности группы, специфические характеристики деятельности и особенности социальной организации коллектива [6].

Исходя из такой классификации факторов, можно говорить о том, что внешние факторы – это некие объективные воздействия окружающей среды, которые переживает человек в процессе социальной адаптации, а внутренние факторы – это субъективные особенности человека, его психическое, эмоциональное и поведенческое состояние. Внутренние факторы определяются ценностями человека, его мотивационной сферой, социальными установками, образом жизни.

Рассматривая эти концепции через призму факторов, детерминирующих процесс социальной адаптации людей с онкозаболеваниями, представим основные подходы к выделению объективных и субъективных факторов этого процесса. С точки зрения позитивистского подхода инвалид – носитель объективно существующих физических ограничений, с позиций феноменологического подхода инвалид – объект воздействия, конструируемого в

общественном сознании образа инвалида. Следовательно, позитивизм устанавливает приоритет объективных факторов социальной адаптации онкобольных, а феноменологический – субъективных [8].

Таблица 1 - Типология факторов социальной адаптации инвалидов

Направленность	Степень объективности	
	Объективные	Субъективные
Внешние	Меры социальной защиты в сфере экономической, социально- психологической, информационной поддержки инвалидов.	Социальные аттитюды (предрасположенность, отношение), дискурсы, стереотипы в отношении инвалидов.
Внутренние	Социальный статус, социальные роли, социальная активность инвалидов.	Удовлетворенность инвалидов своим социальными статусом, ролями, социальной активностью.

Наличие разнообразных групп факторов социальной адаптации инвалидов может говорить о том, что человек, приобретая статус инвалида в зрелом возрасте, находится в трудном положении, он переживает большое количество проблем, причем как психологических, социальных, так и экономических. Рассмотрим более подробно какие трудности испытывает человек в статусе инвалида и как они влияют на прохождение человеком успешной или неуспешной социальной адаптации.

- Медико-биологические факторы.

По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) здоровье – это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни и физических дефектов. Индивидуальное здоровье оценивается по субъективным (самочувствие, самооценка) и объективным (отклонение от нормы, отяжеленная наследственность, наличие генетического риска, резервные возможности, физическое и психическое состояние) критериям.

Федеральная служба государственной статистики (Росстат) публикует данные о заболеваемости (начиная с 1990 года), общая заболеваемость населения России устойчиво возрастает. Если рассматривать успешную социальную адаптацию инвалидов с точки зрения медико-биологического аспекта, то на это

может указывать отсутствие или длительное по времени прекращение физической боли. Когда у инвалида отсутствует постоянное, сильное ощущение физической боли, это позволяет ему общаться с людьми, посещать мероприятия, соревнования. Он не поддается влиянию «ноющей» физической боли, которая ограничивает его образ жизни, делая его закрытым, заставляя быть дома или не вставать с кровати, он научается жить, не обращая внимания на физические трудности (поддержание своего организма лекарствами).

Это свидетельствует о том, что существующие медико-биологические ограничения не являются главным фактором, тормозящим процесс прохождения социальной адаптации. Если же человек испытывает постоянную, прекращающуюся только на короткий срок боль и вновь проявляющуюся, то из-за такого состояния физически человеку сложно заниматься какой-либо деятельностью, все его мысли заняты одним. При таком состоянии нет сил работать, получать образование, общаться с людьми.

Таким образом, медико-биологические факторы (заболевания) оказывают сильное влияние на прохождение человеком социальной адаптации. Различного рода заболевания носят тормозящий, останавливающий характер протекания процесса социальной адаптации и, как следствие, социальная адаптация таких людей проходит неуспешно. Они остаются дезадаптированными, медикобиологические ограничения не позволяют им развиваться.

- Социально-демографические факторы.

Процесс социальной адаптации имеет разносторонний, многогранный характер. Он подразумевает развитие и участие человека в разных областях жизнедеятельности, где человек активно использует свои внутренние ресурсы (психологические, личные качества). Социальный аспект адаптации должен быть эмоциональным и субъектноориентированным, протяженным во времени и содержательно насыщенным. Социальная интеграция, т.е. вхождение человека с инвалидностью в систему социальных взаимосвязей, включение в ролевую систему, приобретение чувства групповой и социальной принадлежности [14].

Социальная интеграция человека с особенностями, или его социальное принятие и включение на всех этапах жизни в общество, все чаще обозначается термином «инклюзия», который в научных исследованиях противопоставляется понятию «эксклюзия» (исключение из общества). Условиями успешной инклюзии являются несколько следующих позиций:

- во-первых, необходимы взаимные усилия со стороны человека с инвалидностью и группы по обоюдному изменению и сближению в процессе совместной жизни, деятельности, образования;
- во-вторых, инклюзия предполагает объединение людей в рамках специально организованных совместных жизненных ситуаций.
- в-третьих, учреждение, в котором живут или находятся инвалиды, должно заботиться о создании условий для инклюзии, социальной интеграции своих клиентов в разные сферы жизни – досуговые, правовые, образовательные и др. Объединение усилий работников образовательных учреждений, участвующих в профессиональном социально-педагогическом содействии и сопровождении людей с разными возможностями.
- в-четвертых, успешность инклюзии зависит от способности людей выстроить соответствующий круг знакомых и социальных связей между этими людьми. Способность их объединяться, собираться в мощную общность. Складывается сложная сеть, охватывающая максимальное число индивидов.
- в-пятых, социальное сближение людей с отклонениями и без них не означает пренебрежение индивидуальными, сущностными особенностями участников процесса инклюзии. Здесь важно сохранение своеобразия, уникальности, различия каждого [28].

Процесс включения человека в социум во многом зависит от пола, возраста, типа семьи и вообще наличие у человека собственной семьи, род занятий, профессия, наличие или отсутствие образования, а также место жительства.

Таким образом, социально-демографические факторы оказывают существенное влияние на процесс прохождения социальной адаптации. Возраст говорит о степени сложности/ легкости прохождения процесса адаптации

человека к новому статусу, как он переживает эту новость, отмечается, что онкобольные зрелого возраста сложнее адаптируются к «новой жизни». Что касается влияния пола на прохождение адаптации, то можно сказать о том, что в составе социальной группы онкобольных отмечаются оба пола мужчины и женщины, а процесс адаптации напрямую не связан с успешной или неуспешной социальной адаптацией. Наличие образования, профессии, семьи все эти критерии указывают на успешное прохождение социальной адаптации. Инвалиды, у которых есть собственная семья, поддержка близких родственников ощущают и оценивают себя как успешных.

- Экономические факторы.

Одним из серьезных барьеров в жизни онкопациентов является проблема их материального положения здоровья, которая напрямую связана с проблемой трудоустройства.

- Психологические факторы.

Признание человека инвалидом в большинстве случаев становится психологической травмой, как для самого человека, так и для его близких родственников. Зачастую, такие люди обладают низким реабилитационным потенциалом., так, по исследованиям Кичерова М.Н, выделяются три категории инвалидов, имеющих высокий, средний и низкий реабилитационный потенциал:

1) Лица первой категории, с высоким реабилитационным потенциалом. или «высокореадаптивные». Положительная мотивация к полной реабилитации, имеют социальные связи, интерес к событиям в мире, хорошо сформированные коммуникативные умения. Относятся люди молодого и среднего трудоспособного возраста, признанные инвалидами по общему заболеванию.

2) Ко второй категории относятся люди, имеющие средний реабилитационный потенциал, или «среднереадаптивные». Наличие близких людей, положительные установки, стремления преодолевать возникающие трудности и препятствия. Относятся инвалиды, перенесшие травмы средней тяжести, имеющие заболевания опорно-двигательного аппарата и перенесшие инсульт средней степени поражения.

3) Низкий реабилитационный потенциал отмечается у лиц третьей категории, «низкорееадаптивных». К ним относятся люди с серьезными ограничениями жизнедеятельности. Инвалиды с низким реабилитационным потенциалом чаще являются одиноко проживающими, отличаются эмоциональной нестабильностью, высокой фрустрацией, значительными смысловыми барьерами, пассивностью и иждивенческим настроем, отсутствием положительной мотивации к реабилитации [13].

Эффективность реабилитации онкологических больных зависит от их личностных и возрастных характеристик, поддержки близких, ситуации с трудовой занятостью, от характера и разнообразия социальных связей, включенности в образовательные, социокультурные практики, от собственной активности и солидарности с другими больными, имеющие такой же диагноз. Процесс адаптации людей, выбирающие «закрытую» модель поведения проходит тяжело, чаще требуется дополнительная помощь специалистов. Данная модель поведения приводит к дезадаптации людей с инвалидностью.

- Люди с диагнозом «рак», выбирающие «открытую» модель поведения ищут поддержку в обществе, открыты миру и социуму.

Такие люди стремятся активно взаимодействовать с окружающими и принимают участие в различных мероприятиях. Именно такие люди разрушают стереотипы об инвалидах, в их сознании находится мысль о том, что диагноз – это не есть приговор, это не значит, что они ограничены в различных сферах жизнедеятельности. Они также успешно могут строить свои собственные семьи, идти по карьерной лестнице и занимать руководящие должности, быть известными спортсменами или же мировыми ораторами, проповедниками. Данная модель иллюстрирует пример успешного прохождения социальной адаптации, когда человек не замыкается в себе, не погружается в свои внутренние переживания и страхи, а наоборот ищет поддержки в других, развивается и борется со своими комплексами. Такие люди думают о своем будущем, планируют свой распорядок дня, стараются оптимизировать времяпрепровождение. По характеру такие люди более гостеприимны,

доброжелательны, сильнее, открытые, свободно рассказывают о своей жизни и дают советы. Они способны контролировать собственное поведение в сложных конфликтных условиях, не допускать импульсивных действий, регулировать настроение, не терять присутствия духа в трудных и даже опасных ситуациях, стойко переносить лишения, неудачи, физические страдания.

Немаловажным фактором прохождения социальной адаптации является наличие или отсутствие семьи. Именно семья оказывает поддержку для человека. Во многих случаях семья становится единственным источником мотивации жить дальше и преодолевать трудности. Семья придает силы учиться жить со своими дефектами и учит их не замечать. Благодаря поддержке, заботе близких членов семьи, в обществе становится на несколько успешных людей больше, в том числе и успешных людей с ограниченными возможностями здоровья.

Таким образом, можно говорить о том, что на процесс прохождения успешной или неуспешной социальной адаптации очень сильное влияние оказывают психологические факторы. Многие определяет модель поведения, выбранная онкобольным. Подводя итоги данного параграфа, можно сделать вывод о том, что социальная адаптация – это протяженный во времени процесс, который взаимодействует и неразрывно связан с различными сферами жизнедеятельности человека. На успешность/ неуспешность прохождения социальной адаптации влияют психологические, экономические, социально-демографические и медико-биологические факторы.

1.2 Особенности комплексного сопровождения женщин с инвалидностью по онкологическим заболеваниям в условиях социально-ориентированной некоммерческой организации

В 2018 году в России насчитывалось 640 тысяч 400 больных онкологией, в 2019 году - 624 тысячи 700 человек. Медицинские работники не спешат беспокоиться, напротив – они связывают рост числа заболевших не с резким увеличением количества, а с улучшением работы первичного звена здравоохранения, направленную на диагностику и выявление больных на ранних стадиях заболевания.

Всё большее количество людей понимают, что регулярная диспансеризация населения – очень важна, так как найденная опухоль на ранних стадиях серьёзно увеличивает шансы на выживание и в том числе удешевляет лечение болезни. Ежегодно в России обнаруживают 436 новых случаев рака на 100 тысяч населения. То есть каждый год в городе-миллионнике выявляют 4360 больных с различными типами онкологии. При этом есть части страны, где количество новых больных превышает средние показатели.

Сопровождение – это целостная, комплексная система взаимодействия между специалистом и человеком. Оно осуществляется с целью разрешения субъективных психологических проблем и для оказания помощи (социальной поддержки).

Процесс сопровождения должен сосредотачиваться на положительных аспектах и преимуществах личности, способствуя восстановлению веры в себя и в собственные возможности. Специалист способен увеличить устойчивость личности к дестабилизирующим факторам внутреннего и внешнего характера, а ответственность за принятие решений при этом будет лежать на самом человеке. Сопровождающий наделен лишь совещательными правами, учитывая интересы своего подопечного.

Этимологически понятие «сопровождение» более близко к понятию «содействие», «совместное передвижение». Оно представляет собой помощь

одного человека другому в процессе преодоления трудностей. Словарь Даля трактует слово «сопровождать» как: провожать, сопутствовать, идти вместе, быть провожатым, следовать. В общем виде значение слова сопровождение подразумевает совместное прохождение какого-либо общего отрезка пути. В профессиональной деятельности сопровождение понимают, как метод, который обеспечивает условия для принятия субъектом развития оптимальных решений в разных ситуациях жизненного выбора. Оно может быть представлено комплексным методом, в основе которого будет лежать единство нескольких функций:

- диагностика сути возникшей проблемы;
- сведения о сути проблемы и вариантах ее решения;
- выработка плана решения проблемы;
- первичная помощь на стадии реализации плана решения.

Психоонкология рассматривает два основных психологических аспекта рака: психологические реакции пациентов и их семей на рак на всех стадиях заболевания, и психологические, поведенческие и социальные факторы, которые могут влиять на процесс болезни.

В цивилизованных странах, в онкологических клиниках и отделениях клинический онкопсихолог выступает одним из главных действующих лиц. Вместе с лечащим онкологом он проводит терапию и ориентирует пациентов на позитивное восприятие назначенного лечения. Американские ученые доказали на практике, что подключение внутренних психологических резервов приводит к увеличению числа излеченных от онкологии: количество излеченных от рака 2-3-й стадии возрастает до 75-45%, 4-й стадии – до 25%. Психоонкологическая помощь должна быть обеспечена на всех стадиях заболевания: во время интенсивного лечения, реабилитации, а также, при возможности, во время процесса умирания (терминальная стадия). Ничего парадоксального в подходе психоонкологии нет, ведь до 95% болезней носят психосоматический характер. Психическое состояние больных с онкологической патологией характеризуется снижением настроения и активности в сочетании с тревожным напряжением,

связанным с низким контролем над болезнью, ее рецидивирующим характером и неопределенностью прогноза. Повышение качества жизни онкобольного это неотъемлемая часть всего процесса борьбы с болезнью.

Исследования доказали, что большинство онкобольных испытывают страхи, тревогу, стресс, во многих случаях депрессию и другие психологические проблемы. Эти проблемы не только снижают настроение больного, но и отнимают у него необходимую энергию и силу, что, в конечном итоге, может отразиться на качестве лечения. Наверное, и думаем, с нами согласится большинство пациентов, лучше, чем на это тратить энергию, наоборот мобилизовать собственные дополнительные психические ресурсы на борьбу с болезнью, на увеличение эффективности проводимого лечения, на полноценное общение, на создание психологического и физического комфорта, и в целом – на улучшение качества жизни.

Примерно у трети всех онкобольных от сильного психологического стресса возникает психическое расстройство, сопутствующее основному заболеванию. Но стресс может быть не только из-за онкологии, он может оказаться причиной самого заболевания. В анамнезе у онкологических больных часто отмечаются многочисленные стрессовые состояния. Онкозаболевание сопровождается для многих больных изменением привычного образа жизни, разрывом привычных связей, сужением одних возможностей и выявлением других, депрессией.

Индивидуальное сопровождение с начала заболевания позволяет избежать серьезных психических нарушений, а также привести к большему числу выздоровлений. Наряду с достижениями в области терапии раковых заболеваний научные разработки по психонкологии позволяют значительно улучшить продолжительность и качество жизни пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями.

Психотерапия ориентирована на способность человека к самоисцелению. Создаваемый психотерапией позитивный эмоциональный настрой усиливает эффективность специального лечения, уменьшает реакцию организма на химиотерапию и облучение. Результаты многочисленных исследований

однозначно показывают эффективность психотерапевтических вмешательств при лечении рака в плане улучшения психического здоровья пациентов. Психотерапия снижает уровень дистресса, депрессии и тревожности.

Главной задачей врача-психоонколога является обнаружение «болевого точки» каждого пациента (отправного момента негативного отношения к жизни), совместный с пациентом анализ разрушающей позитивизм ситуации и поиск выхода из нее. «Неподдающихся» работе с психоонкологом практически не бывает.

Таблица 2- Социально-психологическое сопровождение онкологических больных

Направление сопровождения	Цель	Участники	Приемы и методы
Психодиагностика	Оценка психического состояния пациента, эмоциональных расстройств, нарушений психических функций, выявление особенностей личности больного, исследование субъективной стороны заболевания, ресурсов развития	Онкобольные, психологи, психиатры	Экспериментально-психологические методы
Психотерапия	Облегчение эмоционального дистресса, вызванного болезнью и ее психологическими и социальными последствиями, выработка новых жизненных смыслов, разрешение конфликтов, преодоление кризисов.	Онкобольные, психологи, психиатры	Современные психотерапевтические методики
Консультирование и просвещение	Углубление самопонимания, прояснение ситуации, изменение социальной или экзистенциальной позиции, выработка новых социальных умений. Преодоление страха, тревоги, напряжения, укрепление веры в выздоровление с помощью доступного пониманию разъяснения сути, основных концепций развития, принципов лечения онкологического заболевания, обучение способам содействия выздоровлению.	Онкобольные, психологи, врачи, социальные работники, родственники онкобольных	Беседы, лекции, тренинги
Социально-диспетчерская деятельность	Получение онкологическими больными социально-психологической помощи, выходящей за рамки профессиональной компетенции психолога.	Онкобольные, психологи, врачи, социальные службы,	Информирование

		общественные организации.	
Исследовательское направление	Изучение эффективности и совершенствование программ сопровождения	Онкобольные, психологи, психиатры, врачи, социальные работники	Выбор методов определяется задачами исследования

Стратегическая цель системы «лечебный процесс – сопровождение» заключается в выработке ориентиров, создании необходимых и достаточных условий для обретения пациентами нового качества жизни в послеоперационном периоде. Опираясь на фундамент, созданный системой лечебных мероприятий, психологическое сопровождение призвано вести человека к более широкому выбору жизненного пути и утверждению тех или иных жизненных смыслов. В этом случае сущностью сопровождения является взаимодействие психолога и пациента в формировании пациентом ориентационного поля, ответственность за действия, в котором несёт сам действующий субъект. Иными словами, речь идёт не о той или иной форме помощи или поддержки, а об активизации имеющихся личностных потенциалов при сохранении максимума свободы и ответственности субъекта за выбор варианта решения актуальной для него проблемы [2].

В данном контексте можно говорить о том, что сопровождение ориентировано в первую очередь на личностно-смысловой уровень, суть которого – производство смысловых ориентации, определение общего смысла и назначения своей жизни, отношение к людям и самому себе. Индивидуальное сопровождение лечебного процесса, таким образом, – это комплексная программа создания и использования пространства для принятия пациентом эффективных решений, направленных на обеспечение желаемого им уровня здоровья с учётом ситуации жизненного выбора.

Индивидуальное сопровождение больных предполагает, что медицинская помощь должна осуществляться в рамках так называемой гуманитарной модели

медицины. Лечению подлежит личность больного в целом, а не отдельный больной орган или система, поэтому необходимы сочетания различных. В лечебном процессе необходимо участие как клинического психолога, специалиста по социальной работе, так и врача соматического профиля [4].

1.3 Анализ деятельности социально-ориентированных некоммерческих организаций по сопровождению женщин с инвалидностью по онкологическим заболеваниям

Неотъемлемой частью системы социальной защиты и социального обслуживания населения, с недавнего времени стали являться некоммерческие организации, способствующие решению социальных проблем общества. Они создаются и функционируют в различных сферах, являясь важнейшим звеном в системе предоставления услуг населению, в частности социальных [18].

Некоммерческие организации сегодня активно включаются в социальное обслуживание населения, позиционируются как важный субъект реализации социальной политики и социальной работы, рассматриваются как один из поставщиков социальных услуг. О формировании инновационного подхода к организации социального обслуживания граждан, свидетельствует принятие Федерального закона «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации». Согласно данному закону, непосредственным оказанием социальной помощи и социальной защиты населения, занимается - поставщик социальных услуг, представляющий собой юридическое лицо независимо от его организационно-правовой формы и (или) индивидуальный предприниматель, осуществляющие социальное обслуживание [6]. Буквальное толкование закона позволяет отнести к поставщикам социальных услуг любую некоммерческую организацию, которая осуществляет социальное обслуживание, независимо от того, получает ли такая организация бюджетное финансирование. Из этого следует, что одним из субъектов социальной поддержки населения в законе названы некоммерческие организации, в том числе и социально-

ориентированные, которые предоставляют различные социальные услуги населению.

Некоммерческие организации выступают своеобразным связующим звеном между государством и обществом, участвуя в различных преобразованиях социального, экономического, культурного, политического характера. Это говорит, о том, что, сегодня государство активно ищет новые механизмы предоставления услуг социальной защиты, среди которых можно выделить интеграцию частного некоммерческого сектора в государственную систему социальной защиты. В общем виде, некоммерческую организацию, можно определить, как негосударственное юридическое лицо, учрежденное в установленном законодательно порядке без цели извлечения прибыли для удовлетворения потребностей нуждающихся членов общества в мерах по социальной защите и поддержке путем непосредственного оказания или финансирования специальных услуг, и использующее для достижения своих целей различные механизмы привлечения материальных и финансовых ресурсов [11]. В России существует порядка тридцати форм некоммерческих организаций. Часть из них обладает схожими функциями и отличается только названием.

Некоммерческие организации, оказывающие услуги социальной защиты, должны стремиться к диверсификации своей деятельности (расширению и увеличению ее видов) с использованием традиционных и новых механизмов: поскольку только в этом случае их функционирование будет приносить как социальные, так и экономические эффекты для всех участников сферы услуг социальной защиты [21].

Большая часть НКО сосредоточивают свою деятельность на социально незащищенных гражданах, которые, в силу ряда обстоятельств, не в состоянии обеспечить свои основные потребности ни самостоятельно, ни за счет помощи, предоставляемой специальными государственными учреждениями сферы социальной защиты населения. Медицинская благотворительность – это деятельность НКО в сфере оказания помощи гражданам по вопросам получения медицинских услуг: сбор средств на лечение, реабилитацию, оказание помощи

сопровождающим лицам, психологическое сопровождение и пр. Проанализируем зарубежный опыт организации благотворительной деятельности некоммерческих организаций.

Совокупность НКО, осуществляющих деятельность в сфере медицинской благотворительности, может быть разделена на несколько типов в зависимости от видов реализуемых мероприятий. Согласно данным Национального центра благотворительной статистики, НКО, осуществляющие благотворительную деятельность, связанную со здоровьем, лечением, медицинским обслуживанием и пр., в Соединенном Королевстве (Великобритании) составляют 81 тыс. из более чем 1 млн государственных и частных благотворительных организаций [1]. Анализируя их деятельность, можно сформулировать следующие особенности, характерные для каждого типа НКО.

1. Благотворительные фонды при больницах и госпиталях

Благотворительные фонды при больницах и госпиталях основной своей задачей ставят сбор средств для больниц. НКО данного типа способны внести свой вклад в обеспечение ухода, оборудования и лечения, которые в противном случае не были бы на том же уровне или широте услуг, если бы не они [2]. В качестве примеров следует назвать такие фонды, функционирующие при больницах и госпиталях, как Американские ливанские сирийские ассоциированные благотворительные организации (American Lebanese Syrian Associated Charities, ALSAC) и др.

2. Медицинские научно-исследовательские организации

Многие медицинские исследовательские организации не принимают пациентов, но концентрируются на биомедицинских исследованиях таких объектов, как процесс заболевания, иммунный ответ и разработка лекарств для борьбы с болезнью. Хотя подобные НКО в партнерстве с больницами могут проводить клинические испытания или другие исследования, основное внимание они уделяют пациентам, которые активно борются с болезнью. Например, исследовательский центр Аарона Даймонда по СПИДу (The Aaron Diamond AIDS Research Center) является одним из крупнейших в мире частных

исследовательских центров, посвященных борьбе с вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ).

3. Организации, оказывающие помощь в чрезвычайных ситуациях

НКО данного типа сосредоточивают свою деятельность на оказании благотворительной помощи в сфере медицинской помощи и помощи, направленной на улучшение здоровья, гражданам в бедных странах во всем мире, во время стихийных бедствий или в других случаях. Наиболее известными подобными благотворительными организациями являются Красный Крест и Армия спасения, которые обращаются к страдающим людям для оказания помощи во время стихийных бедствий.

4. Информационно-пропагандистские благотворительные организации

Фокусируют свою деятельность и расходуют средства на информационно-пропагандистскую деятельность в форме образовательных программ, мобилизации поддержки законодательных усилий, скринингов для профилактики, а также обучения и поддержки медицинских работников и общественности. Среди подобных организаций – Американская ассоциация сердца (The American Heart Association), работающая для профилактики сердечных заболеваний, обучения и широкого информирования общественности относительно профилактики, первой медицинской помощи и пр.

5. Службы поддержки

Некоторые благотворительные организации, занимающиеся вопросами здравоохранения, предлагают услуги по поддержке нуждающихся и сопровождающих их лиц в медицинской помощи. Эти благотворительные организации помогают семьям и пациентам с проблемами вне медицинского обслуживания. Наиболее известной зарубежной организацией, оказывающей благотворительную поддержку, является Дом Рональда Макдональда.

6. Зонтичные (многофункциональные) благотворительные организации

Зонтичные организации представляют благотворительные фонды без особой специализации, с широким кругом благотворительных интересов и проектов. Они направляют средства организациям, которые концентрируются на

различных медицинских и здравоохранительных вопросах, или имеют несколько благотворительных миссий (проектов), для которых они самостоятельно разрабатывают точечные программы кратко- и долгосрочного развития. Эта категория некоммерческих организаций может включать в себя крупные, хорошо известные благотворительные организации, которые могут сосредоточиться, например, на нескольких типах рака или детских состояний. Они могут также включать более-мелкие частные благотворительные организации, которые нередко концентрируют свои более ограниченные средства на узкой проблеме здравоохранения. Зачастую подобные организации медицинской благотворительности могут возникать из личного опыта донора, который в итоге выступает ее основателем, или целенаправленного стремления группы заинтересованных лиц искоренить ту, или иную болезнь. Они часто тратят большую часть своих личных денежных средств на исследования, а также действуют путем сбора грантов для финансирования научных фондов.

Мировой опыт показывает, что развитие некоммерческих организации в сфере социальных услуг, в том числе и услуг социальной защиты, нуждается в государственной поддержке. Социально ориентированные некоммерческие организации представляются перспективным участником сферы услуг социальной защиты при условии соблюдения следующих ограничений, позволяющих максимально снизить риск снижения качества и доступности услуг:

- цели деятельности имеют исключительно социальную направленность;
 - наличие необходимых ресурсов для реализации процесса оказания услуг социальной защиты;
 - обязательное нахождение в государственном реестре социально ориентированных некоммерческих организаций [36].
- В соответствии с законодательством социально ориентированные организации могут рассчитывать на государственную поддержку, осуществляемую в различных формах. Привлечение некоммерческих организаций, в том числе социально ориентированных некоммерческих организаций, к процессу оказания услуг при разумном регулировании и обязательной регламентации способно увеличить

социально-экономический эффект социальной политики. Осуществляя свою деятельность, некоммерческие организации и социально ориентированные некоммерческие организации выполняют ряд функций в общественном развитии:

- социальную, обеспечивая благоприятный социальный климат, социальную стабильность, духовное развитие общества;
- экономическую, имея в виду производство общественно полезных товаров и услуг, обеспечение занятости и самозанятости населения;
- политико-правовую, что выражается в координации действий различных социальных групп, разрешении конфликтов и споров, оказании юридической помощи.

Современные реалии таковы, что повышение качества социального обслуживания возможно только с развитием конкуренции в данном сегменте рынка. Это подразумевает включение в социальное обслуживание наряду с государственными и муниципальными учреждениями и некоммерческого сектора. В отличие от государственных структур социального обслуживания некоммерческие организации обладают некоторыми преимуществами: оперативность и быстрое реагирование на проблему, применение новых технологий социальной работы, адресность и индивидуальность оказываемой помощи, разнообразие предоставляемых услуг. В основе деятельности данных организаций лежит потребность государства в обеспечении эффективной защиты населения от нестабильного социально-экономического развития, улучшении адресности социальной помощи и поддержки.

Каждая НКО имеет свою стратегию развития. Основные компоненты стратегии НКО:

Миссия (основное предназначение) организации – определение смысла существования организации. Миссия может включать описание ценностей и/или принципов.

Видение (образ будущего) – обобщенное описание того, как будет выглядеть организация и/или как изменится к лучшему мир в результате ее деятельности.

Стратегические цели – описание главных долгосрочных результатов, которые будут достигнуты в случае успешной реализации стратегии. Цель – это концентрированное описание изменения, которое произойдет при реализации стратегии.

Стратегические направления деятельности – описание основных способов достижения стратегических целей. Могут быть представлены в форме программ.

Таким образом, некоммерческой организацией является организация, не имеющая извлечение прибыли в качестве основной цели своей деятельности и не распределяющая полученную прибыль между участниками. В настоящее время, наряду с государственными учреждениями социальной защиты, некоммерческие организации и социально ориентированные некоммерческие организации активно участвуют в социальном обслуживании граждан, входят в систему социального обслуживания, вносят свой вклад в решение социальных проблем населения. Из всего многообразия форм некоммерческих организаций, чаще всего используются: частные учреждения и благотворительные фонды. В силу особой общественной значимости социальных услуг привлечение некоммерческих организаций, в том числе социально ориентированных некоммерческих организаций, к процессу оказания услуг при разумном регулировании и обязательной регламентации способно увеличить социально-экономический эффект социальной политики.

Глава 2. Организация индивидуального сопровождения женщин с инвалидностью по онкологическим заболеваниям в условиях социально-ориентированной некоммерческой организации

2.1 Диагностика потребностей в индивидуальном сопровождении у женщин с инвалидностью по онкологическим заболеваниям

В исследовании приняли участие 5 женщин с диагнозами «рак матки», «рак яичников» и др. возраст участниц исследования от 23 до 57 лет. Для выявления особенностей проявлений социальной дезадаптации женщин с онкозаболеваниями репродуктивной системы был также проинтервьюирован пациент с диагнозом саркома в возрасте 16 лет.

Таблица 3 - Социо-демографическая характеристика участников исследования

Признак	Гинекология	Саркома
Число больных, абс. (%)	5	1
Возраст, лет; среднее значение	41,8	16
Семейное положение		
Замужем	4	0
Разведена	1	0
Признак	Рак тела матки, рак молочной железы	Саркома
Имеет детей	4	0
Образование		
Высшее	5	0
Среднее неполное	0	1
Занятость		
Работает	3	0
На пенсии по выслуге лет	1	0
Не работает в трудоспособном возрасте	2	0

Участницы исследования обеих групп у психиатров никогда не лечились. При клиническом исследовании характерологических особенностей больных обеих выборок не было выявлено расстройств личности.

С помощью метода наблюдения и клинической беседы изучалась содержательная сторона переживаний участниц исследования. Участие в исследовании было добровольным и анонимным. Интервью проходило в доброжелательной, психологически комфортной атмосфере.

Рассмотрим результаты исследования. Так, несмотря на то, что 60% женщин на момент постановки диагноза не имели опыта заболеваний («даже медицинской карточки не имела»), большинство обследуемых пациенток признавали злокачественный характер своего заболевания: 60% – на этапе «до операции», 40% – на этапе «после операции».

В 60% случаев женщины полагали, что возникновение заболевания как-то связано с историей их жизни, отмечая связь между заболеванием и своим образом жизни. Анализируя свое прошлое, 60% пациенток считали, что причины болезни у них носят психогенный характер и связаны со стрессами, переживаниями, семейными конфликтами. Пациентки отмечали, что испытывают сложности при сообщении о своем диагнозе и здоровье другим людям. При этом наиболее трудно сообщить о своей болезни было родителям (40%), мужу (40%), соседям (20%). Однако 80% пациенток указало, что именно информирование своих близких о случившемся позволило им получить поддержку, особенно в период от обнаружения заболевания до поступления в клинику. Большинство (80%) пациенток отрицали изменение семейных отношений в связи с заболеванием. Все пациентки, состоящие в браке, отрицали изменения в супружеских взаимоотношениях: мужья этих женщин вели себя по сложившему до заболевания стереотипу поведения («всё как всегда»). Данное отрицание отражает страхи онкогинекологических пациенток в связи с заболеванием, также можно предположить, что мужья, в свою очередь, склонны защищаться от психотравмирующего факта заболевания жены. Отмечали сильный страх 60% женщин перед лечебными процедурами: их пугало, состояние беспомощности,

которое может возникнуть в связи с лечением, они опасались утраты женской привлекательности (страх кастрации). Наиболее тяжелым и опасным видом лечения (по представлению пациенток) являлась химиотерапия. При этом у 20% больных выявлялся тотальный страх («все страшно»). Следует отметить, что на этапе «после операции» пациентки предъявляли больше страхов в отношении лечения (пугали беспомощность, истощение, боль, инвалидность) – ожидание негативных последствий, связанных с лечением, создавало дополнительное психоэмоциональное напряжение, которое проявлялось и на соматическом уровне.

Изучение жалоб онкогинекологических пациенток по поводу состояния своего здоровья показало, что наибольшую выраженность имели жалобы астенического характера – ощущение слабости, усталость, вялость, сонливость (шкала «истощение»). Астеническая симптоматика связана с заболеванием и его лечением, а также может свидетельствовать о потребности пациенток в эмоциональной поддержке. Наряду с астеническими, преобладали «ревматические» жалобы: боли в пояснице или спине, в шее или плечевых суставах, головные боли, чувство тяжести в ногах. Данные жалобы в виде алгических или спастических болей в различных частях тела отражали субъективные страдания пациенток.

Большинство (60%) пациенток считали, что интенсивность и эмоциональная окрашенность их жалоб по поводу состояния своего здоровья связана с психологическим фактором – сильными негативными переживаниями в связи с заболеванием. Показано, что эти пациентки, в отличие от тех, кто связывал жалобы по поводу состояния своего здоровья с физическими/физиологическими/гормональными факторами, имели более высокое качество жизни: выражение и понимание, признание адекватности своих переживаний позволяет пациентки ощутить контроль своего эмоционального состояния, что, в свою очередь, отражается на качестве ее жизни.

В качестве примера приведем 3 конкретных случая из жизни пациенток с онкологическим статусом.

История Вероники, возраст 35 лет, рак шейки матки, плоскоклеточная карцинома стадии 3В. Узнала о своей болезни случайно, на плановом осмотре у врача. Реакция на болезнь – неверие в то, что удастся победить болезнь. У женщины развилась жуткая депрессия. Женщина без объяснения причин уволилась с работы, стала вести затворнический образ жизни. Семейная жизнь стала напряженной, постоянные скандалы с мужем. Проблемы в сексуальной жизни и ее эмоциональная составляющая привели женщину к разводу. Родные и близкие стараются оградить женщину от проблем, поддерживают, но от поддержки она чувствует себя еще хуже в психологическом плане: никчемной и жалкой. По собственной оценке, Вероника превратилась из жизнерадостной молодой женщины с легкой тревожностью в депрессивную старуху, которая думает только о плохом и не видит никаких перспектив. Ей очень тяжело. Осознает, что возможно через какое-то время ее состояние изменится в какую-либо сторону.

Жить не хочет. Весь ее образ жизни – затворничество, нет ни одной радостной мысли. По ее словам, «если бы я знала, что с сыном все будет хорошо, что он в надежных руках – наложила бы на себя руки. Смысла не вижу... Живой труп».

История Галины, возраст 50 лет, диагноз: онкология яичников с метастазированием (канцероматоз брюшной полости).

Узнала о своей болезни в ходе планового приема у гинеколога. Женщина говорит о том, что после того, как узнала свой диагноз очень переживала. Помощь психолога не требовалась. По словам женщины, у нее позитивный склад ума. Он и есть ее внутренний ресурс, который дает силы бороться с болезнью. Единственным и дестабилизирующим фактором для женщины это были сильнейшие боли в области малого таза. Она абсолютно ничего не могла с ними сделать и фактически умирала, если не принимала обезболивающие препараты. Но самое важное – это поддержка родных, которые невероятно сплотились и встали будто стеной возле нее. «Я наверно в жизни такой поддержки не ощущала, как на данном этапе», - говорит Галина.

История Ирины, возраст 36 лет, диагноз: рак яичников. Узнала диагноз во время обследований на работе. Диагноз вверг женщину в шок, а потом в истерику. Не понимание ситуации, и как такое могло произойти именно с ней не давали женщине покоя в дальнейшем. Клиентка перестала контактировать с близкими родственниками, отказалась от приемов пищи, что стало следствием резкого снижения веса, после химиотерапии общее состояние ухудшилось. Добавились такие симптомы как утомляемость, беспомощность, анемия конечностей, женщина перестала вставать. Помощь психолога была нужна.

Психосоциальные потребности онкологических больных:

Анализируя данные интервью стоит отметить, что эмоциональный фактор по большей части умалчивался, неохотно говорилось о подавленности и тревоги, полагая что данные факторы не имеют никакого значения для выздоровления. Социальная составляющая так же отмечается, как потребность, которая является недостающей клиенту. Чрезмерная усталость в рутинных делах, отсутствие желаемой физической нагрузки. Все эти факторы сказываются на качестве жизни каждого человека.

Таким образом, при оказании помощи онкогинекологическим пациенткам необходимо учитывать особенности их отношения к болезни на разных этапах лечения заболевания, а также социально-психологический статус заболевших женщин.

2.2 Стратегии индивидуального сопровождения женщин с инвалидностью по онкологическими заболеваниями в условиях социально-ориентированной некоммерческой организации

Цель стратегий социально-психологического сопровождения – повышение качества жизни и преодоление социально- психологической дезадаптации у женщин с онкологическими заболеваниями.

Задачи стратегий:

1. Разработать систему дифференцированного подхода и алгоритма оказания психосоциальной помощи.
2. Разработать индивидуальные проекты профилактики, реабилитации и адаптации женщины с онкологическими заболеваниями.

Первым этапом является диагностика сопровождения, которая может проводиться в условиях стационара от недели до 1 месяца. Сбор данных должен включать оценку состояния клиента, его семьи, финансового положения бытовых условий жизни дома, а так же социально статусные характеристики. Для упрощения задачи приведена схема сбора информации:



На стадии разработки индивидуального плана мероприятий идет учет и синтезирование собранных данных на этапе диагностики. Затем совместно с членами семьи или близкими людьми клиента создаётся программа медико-социального сопровождения. в виде таблицы:

После взаимного принятия и одобрения программа сопровождения вступит в силу, в процессе которой специалист несет за ее исполнение ответственность, так как малейшее нарушение может повести за собой негативное отношение пациента к себе и к окружающим, что пагубно скажется на его здоровье. Поэтому контроль должен быть тотальным за динамикой сопровождения со сторон медицинского и социального профилей. Под оценкой деятельности подразумевается анализ результатов проведенной программы.

При изучении сопровождения не может быть эталона применяемой стратегии. Каждый проект индивидуальный априори. Именно таким образом, представляется структура сопровождения в теоретическом аспекте поэтапно, с учетом категориального аппарата и институциональных признаков.

Необходимо проведение систематических мероприятий постоянного социально-психологического сопровождения на всех этапах работы с больными и членами их семей – от начала лечения больного до выздоровления. Создаются различные группы поддержки с обучением саморегуляции и самоподдержке, организации психологических тренингов для переживших утрату; организации встреч семей, имеющих больных со злокачественными новообразованиями, лиц, излеченных от них и волонтерами.

Учитывая описанные случаи из жизни пациенток, представленные в предыдущем параграфе можно сделать вывод о том, что в этих описаниях мы наблюдаем 3 стратегии: так, Вероника нуждается в стратегии совладения, в случае Галины возможна стратегия поддержки, а в случае Ирины применима стратегия комплексного ухода.

Анализируя результаты интервью обращает на себя внимание тяжелое эмоциональное состояние Вероники. Женщине с трудом удавалось говорить, она часто плакала. По ее внешнему виду было очевидно, что она находится в тяжелом депрессивном состоянии. В разговоре женщина несколько раз говорила о суициде, ей требуется помощь клинического специалиста. Самостоятельно справиться с таким состоянием она не сможет.

В данном случае возможно предложить стратегию совладания: рассматриваем совладающее поведение с точки зрения личностного развития, благополучия, ресурсов, адаптации и развития человека, отвлечение или переключение мыслей на другие темы.

Представим программу индивидуального сопровождения для Вероники.

Инвалидность по онкологическому заболеванию: рак шейки матки, плоскоклеточная карцинома стадии 3В.

Стратегия: копинг-поддержка.

Цель сопровождения: психо- социальная адаптация, преодоление суицидальных мыслей.

Задачи сопровождения:

1. Принятие болезни, жизнь в новых условиях.
2. Развитие позитивных копинг-стратегий.

План сопровождения включал в себя 15 мероприятий (Таблица 3)

Таблица 3 - План мероприятий по индивидуальному сопровождению N 1

Мероприятия	Краткое содержание
Консультация « Мои жизненные цели»	Определение жизненных целей в краткосрочной и долгосрочной перспективах
Консультация «Образ жизни»	Рекомендации по изменению образа жизни и учета факторов, оказывающих влияние на процесс лечения
Консультация родственников	Помочь близким клиента принять неизбежность заболевания и показать их роль в процессе выздоровления.
Консультация « Отношения с близкими»	Определение стратегий взаимоотношения с близкими.
Консультация « Как преодолеть депрессию»	Научить клиента справляться с негативными эмоциями.
Медитация	Обучение приемам медитации
Консультация « Ценность личности»	Способствовать формированию отношения студентов к ценностям как очень важной составляющей личности, которое определяет наше отношение к жизни вообще.
Консультация «Я не такой как все и все мы разные»	Цель: укрепить уважение к себе и окружающим, чувство собственного достоинства, повысить коммуникабельность.

Занятие «Жизнестойкий человек. Как им стать?».	Цель: познакомить с понятием жизнестойкости и её значимостью в жизни человека; исследовать уровень развития компонентов жизнестойкости; способствовать развитию умения адекватного принятия в свой адрес как положительной информации, так и отрицательной, осознанию внутренних проблем.
Занятие «Как успешно общаться и налаживать контакты».	Цель: познакомить с особенностями межличностного взаимодействия; способствовать представлению о способах самоанализа и самокоррекции в сфере общения, развитию базовых коммуникативных умений.
Занятие «Мозаика общения»	Цель: предоставить участникам возможность вступить во взаимодействие друг с другом, прожить ситуации сотрудничества, взаимоподдержки, создать модели эффективного общения.
Занятие «Мои проблемы».	Цель: способствовать осознанию своих проблем и поиску их решения, а также преодолению трудностей, мешающих полноценному самовыражению; актуализировать личностные ресурсы.
Занятие « Стратегии успеха в трудных жизненных ситуациях»	Цель: проанализировать имеющиеся проблемы; познакомить с различными стратегиями решения проблем; способствовать формированию индивидуальной стратегии поведения в сложной жизненной ситуации.
Занятие « Позитивное мироощущение».	Цель: способствовать формированию жизнеутверждающих установок, активации позитивно окрашенных реакций на различные, в том числе стрессовые ситуации в жизни студентов.
Занятие « Есть проблема? Нет проблем!»	Цель: способствовать формированию адекватного отношения к проблемам; способствовать развитию умения менять отношение к трудным ситуациям.

Основная задача индивидуальной работы с участником, склонному к суициду: сориентировать на изменение отношения к диагнозу. Эффективным методом работы является беседа, которая проводится по следующим этапам:

Таблица 4-Этапы проведения беседы в рамках программы по повышению жизнестойкости

Этапы беседы	Главные задачи этапа	Используемые приемы
Начальный этап	Установление эмоционального контакта с собеседником, взаимоотношений сопереживающего партнерства.	« Сопереживание», « Эмпатийное выслушивание»
Второй этап	Установление последовательности событий, которые привели к переживанию одиночества; снятие ощущения безвыходности ситуации.	« Преодоление исключительности ситуации», « Поддержка успехами и достижениями», « Структурирование беседы», « Постоянное внимание к содержанию».
Третий этап	Совместное планирование деятельности по преодолению одиночества	« Интерпретация», « Планирование».
Заключительный этап	Окончательное формулирование плана деятельности; активная психологическая поддержка.	« Логическая аргументация», « Рациональное внушение уверенности»

Формы и методы реализации: практические занятия с элементами тренинга, беседы, диспуты, мини-дискуссии.

Результат индивидуального сопровождения: стабилизация психологического состояние, получение квалифицированной помощи по значимым вопросам. Социальная реабилитация позволит клиенту успешно адаптироваться в окружающей среде и обществе, повысить качество его жизни и в соответствии с состоянием здоровья найти новую работу. При проведении социальной поддержки клиента с учётом его психоэмоционального состояния можно достичь определенных положительных результатов.

С Вероникой была проделана следующая работа:

- принятие ситуации как чего-то неизбежного (философия смирения);
- снижение серьезности создавшейся ситуации с помощью юмора, иронии
- проблемный анализ сложившейся ситуации, обдумывание стратегии своего поведения

- сравнение себя с другими, находящимися в относительно худшем положении;
- придание личностного смысла создавшейся ситуации, например, отношение к сложившейся ситуации как к вызову судьбы или проверке стойкости духа.
- отвлечение — обращение к какой-либо деятельности;
- проявление альтруизма — забота о других, когда собственные потребности отодвигаются на второй план;
- активная защита — действия, направленные на изменение ситуации;
- активный поиск эмоциональной поддержки — стремление быть выслушанным, встретить содействие и понимание.
- специализированная помощь и уход за больной (уход за собой)
- взаимодействие и координация усилий специалистов смежных профессий – врачей, психологов.

В результате работы с Вероникой были достигнуты следующие результаты, а именно:

Работа с клиническим психологом дали отличный результат и в целом женщину перестали посещать суицидальные мысли, была оказана помощь в получении инвалидности, а также средств медицинской помощи после получения ИПР. В социально-бытовых условиях так же была необходима помощь, и она безусловно была оказана, поход в магазины, приготовление пищи. Стоит отметить, что женщина была несколько не сдержанна со своим сыном в плане выполнения домашнего задания или же просто элементарных коммуникаций. В связи с этим, были привлечены ребята-волонтеры-блогеры, с которыми мать и её ребенок играли в игры, ходили на прогулки, совместно просматривали фильмы и вскоре были простроены детско-родительские взаимоотношения. Была отмечена положительная динамика в отношениях матери и ребенка.

В ситуации Галины можно рекомендовать стратегию поддержки. Главной задачей поддержки является поддержка состояния благополучия, а иногда и

улучшение общего самочувствия больного. Поэтому элементы помощи должны осуществляться с первых же дней лечения больного. Это повысит качество его жизни на всех этапах болезни и предоставит врачу больше возможностей для проведения противоопухолевой терапии. При проведении социальной поддержки женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы 3 стадии с учётом их психоэмоционального состояния достигаются определенные положительные результаты. Позитивное влияние социальной поддержки специалистами социальной службы влияет на мотивацию больных к лечению, на снижение вероятности досрочного прекращения химиотерапии в группах риска и на контролируемое лечение онкопатологии в целом. Комплекс мероприятий, проводимых социальными работниками позволит решить выявленные проблемы на уровне конкретного онкологического учреждения, согласно разработанным государственным программам социальной защиты инвалидов и их семей.

Стратегия поддержки предполагает активную помощь социального работника пациентам с длительно текущими заболеваниями в то время, когда заболевание не поддается лечению и когда управление болью и другими симптомами является важнейшей социальной, психологической и духовной проблемой. В комплекс мероприятий помощи входят управление симптомами, в первую очередь болью, одышкой, расстройством сна, тошнотой и рвотой, кишечной непроходимостью, мочеполовыми нарушениями, беспокойством, тревогой, депрессией и др. Вопросы психосоциального характера предусматривают умение общаться с пациентом и семьей после известия о заболевании, уважать мнение пациента и семьи даже в случае, когда оно расходится с профессиональным решением. Специалисты обеспечивают поддержку эмоциональной и духовной сферы пациента и семьи.

К основным функциям специалиста по социальной работе в рамках стратегии поддержки следует отнести:

- проведение диагностики социальных и психологических проблем пациентов с заболеванием, лиц, излеченных от них, а также членов их семей;

- разработка и реализация совместно с врачом, психологом и педагогом индивидуальных планов социальной реабилитации пациента (клиента);
- участие в проведении мероприятий по их социальной защите и поддержке, трудовому и бытовому устройству, продолжении обучения;
- информирование пациентов или их законных представителей о состоянии здоровья, диагнозе и прогнозе;
- предоставление информации пациентам и членам их семей о правах и льготах в связи с онкологическим заболеванием;
- оказание психологической помощи пациентом, а также членам их семей;
- организация и участие в проведении медико- социальной экспертизы пациентов с онкологическими заболеваниями;
- организация работы терапевтических сообществ больных онкологическими заболеваниями и лиц, излеченных от них, а также членов их семей.

В рамках сопровождения женщин с онкологическими заболеваниями важно четко определять «мишени» работы, с учетом особенностей эмоциональных переживаний.

Программа индивидуального сопровождения N 2

Инвалидность по онкологическому заболеванию: рак шейки матки, плоскоклеточная карцинома стадии 3В.

Стратегия: комплексная.

Цель сопровождения: отработка навыка уверенного поведения, самопознание, самосовершенствование, познание своего, не выявленного потенциала.

Задачи сопровождения:

1. расширить представление о себе;
2. актуализировать и осознать свои сильные стороны;
3. помочь членам группы отличить уверенное поведение от неуверенного

План сопровождения включал в себя 15 мероприятий (Таблица 5).

Таблица 5-План мероприятий по индивидуальному сопровождению N2

Мероприятия	Краткое содержание
1. Оказание социально-психологической поддержки	
Консультация «Мои жизненные цели»	Определение жизненных целей в краткосрочной и долгосрочной перспективах
Консультация «Отношения с близкими»	Определение стратегий взаимоотношения с близкими.
Упражнение «Рисунок Я»	Расширить представление о себе, самопознание. «Можете рисовать всё, что хочется. Это может быть картина природы, натюрморт, абстракция, фантастический мир, остросюжетная ситуация, нечто в стиле ребуса, в общем, всё, что угодно, но с чем вы ассоциируете, связываете, объясняете, сравниваете себя, своё жизненное состояние, свою натуру».
Упражнение «Я сильный – Я слабый»	Помочь клиенту отличить уверенное поведение от неуверенного, способствовать развитию уверенности в себе.
Упражнение «Ступеньки»	Помочь участникам выстроить адекватную самооценку
Упражнение «Великий мастер»	Актуализация сильных сторон личности
Упражнение «Девиз»	Дать участникам осознать свою индивидуальность и цели в жизни.
Упражнение «Дополнительное рисование»	Выявить склонность к неуверенности.
2. Развитие навыков жизнестойкого поведения	
Упражнение «Ода себе»	Возьмите лист бумаги. Успокойтесь, расслабьтесь, при необходимости посмотрите на себя в зеркало. Напишите себе хвалебную оду. Хвалите себя! Желайте себе добра, здоровья, успехов в делах, работе. Любви и всего остального. Форма изложения – небольшие предложения из 5-10 слов в прозе или в стихах. Напишите себе несколько од. Выберите из них ту, которая нравится больше всего. Красиво перепишите, если можно – поместите в рамочку и повесьте (поставьте) на видном месте. Каждое утро прочитывайте эту оду вслух или мысленно. Почувствуйте, как при чтении оды у вас

	повышается настроение, жизненный тонус, как вы наполняетесь жизненными силами, и окружающий мир становится светлым и радостным.
Упражнение «Формула любви к себе»	Вспомните известный мультфильм про маленького серенького ослика, которому надоело быть осликом. И он стал вначале бабочкой, потом, если не ошибаюсь, птичкой, потом кем-то еще... пока, наконец, не понял, что для него самого и для всех других будет лучше, если он останется маленьким сереньким осликом. Поэтому, прошу вас, не забывайте каждый день подходить к зеркалу, смотреть себе в глаза, улыбаться и говорить: «Я люблю тебя (и называть свое имя) и принимаю тебя таким, какой ты есть, со всеми достоинствами и недостатками. Я не буду бороться с тобой, и мне совершенно незачем побеждать тебя. Но моя любовь даст мне возможность развиваться и совершенствоваться, самому радоваться жизни и приносить радость в жизнь других».
Упражнение « Стань уверенным»	Переход из одного состояния в другое сопровождается соответствующей перегруппировкой лицевых мышц. Например, улыбка передаёт нервные импульсы в эмоциональный центр мозга. Результат – чувство радости и расслабления. Попробуйте улыбнуться и удержите улыбку 10-15 секунд. Измените улыбку на ухмылку – почувствуйте недовольство. Примите гневный вид – почувствуйте гнев. Ваше лицо, голос, жесты, осанка могут вызвать любое чувство. А если вы не уверены в себе, то постоянно делайте вид уверенного человека. Если вы горбитесь – выпрямитесь, контролируйте свой голос – чтобы он не дрожал, не теребите ничего в руках, не рисуйте – это тоже признак тревожности, неуверенности. Вы можете говорить себе: «Я должен быть уверенным в себе. Я не могу в действительности стать таковым, но я могу контролировать свою осанку, следить за своим голосом, за своим лицом. Я буду выглядеть уверенным в себе

	человеком». И вы станете уверенным в себе человеком.
Упражнение «Я – звезда»	Отработка навыков уверенного поведения.
Упражнение «Просто поверь в себя»	Релаксация, самопознание, поднятие уверенности в себе.
Упражнение «Моя уникальность»	Формирование представления о собственной уникальности.
Упражнение «Я учусь у тебя»	Развитие эмпатии, снятие тревожности.

В случае с Ириной применима комплексная стратегия, которую мы будем рассматривать как совокупность социально- психологических мер. Для комплексной стратегии важную роль играет такие социальный фактор как постоянство взаимоотношений, улучшающие качество жизни онкологических больных, перспективы выживания.

- 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 пациента путем включения в социо- культурную деятельность
- предотвращение психологического истощение длительного стресса посредством привлечения психолога; (посредническая функция)
- обеспечить плодотворное и конструктивное восприятие психических и эмоциональных состояний пациентки; (беседы)

- предотвратить психологическое истощение длительного стресса; (диалоги философии)

- помочь обеспечить желаемую конфигурацию защиты от стрессовой ситуации.

- проработать подавленные чувства с помощью свободного выражения спонтанных переживаний;

Так, Ирине было порекомендовано для поддержания ее позитивного настроения обратиться к творчеству – арт-терапии. Например, изготавливать какие-либо изделия, рисовать картинку, иначе говоря, завести творческое хобби. Можно продукты творчества дарить близким, что дополнительно сплотит женщину с родными.

Программа индивидуального сопровождения N 3

Инвалидность по онкологическому заболеванию: онкология яичников с метастазированием (канцероматоз брюшной полости)

Стратегия: поддержки.

Цель сопровождения: психо-социальная адаптация.

Задачи сопровождения:

1. Научить ставить жизненные цели в зависимости от нового статуса.
2. Развитие позитивных копинг-стратегий.

План сопровождения включал в себя 15 мероприятий (Таблица 6)

Таблица 6-План мероприятий по индивидуальному сопровождению N 3

Мероприятия	Краткое содержание
Консультация «Мои жизненные цели»	Определение жизненных целей в краткосрочной и долгосрочной перспективах
Консультация «Образ жизни»	Рекомендации по изменению образа жизни и учета факторов, оказывающих влияние на процесс лечения
Консультация «Модель болезни: обратимый цикл»	Психологическая помощь, которая даст возможность поверить в эффективность лечения и способность организма сопротивляться заболеванию. Очень важно научить клиента справляться со стрессовыми ситуациями.
Консультация «	Определение стратегий взаимоотношения с

Отношения с близкими»	близкими.
Консультация «Как преодолеть депрессию»	Научить клиента справляться с негативными эмоциями.
Консультация «Преодоление сопротивлений»	Научить преодолевать хамство и равнодушие людей, административного бардака в системе медицины
Медитация	Обучение приемам медитации
Консультация родственников	Помочь близким клиента принять неизбежность заболевания и показать их роль в процессе выздоровления.
Участие в проекте «Жизнь продолжается»	Помочь людям с диагнозом рак реализовать себя и исполнить их мечты по реализации себя в творчестве и не только
Участие в проекте «Новая жизнь»	Ознакомление клиента с возможностями проекта, помощь в регистрации.
Арт- терапевтические занятия в группах единомышленников	Чувство сопричастности, показать, что клиент не один, научить выражать свое состояние через творчество.
Участие в проекте «Химия была, но мы расстались!»	Знакомство с позитивным опытом других женщин.
Участие в фотопроекте «Красота сильнее рака»	Женщина может быть прекрасной в любой жизненной ситуации, даже во время тяжелой болезни. Показать, что жизнь после страшного диагноза не заканчивается.
Участие в проекте «Опора»	Получение комплексной психо- социальной реабилитации.
Проект «История одной победы»	Показать, что возможны позитивные результаты при правильном и своевременном лечении.

В рамках консультации «Мои жизненные цели» работа была направлена на осознание ценности жизни, обсуждение жизненных целей на краткосрочную и долгосрочную перспективы. И описать из чего состояла из постановки целей на будущее. Рисовали жизненный путь, делали карту жизненных целей и тд.

Консультация позволила определить краткосрочные и долгосрочные цели.

В рамках консультации «Образ жизни» работа была направлена на определение факторов, воздействие которых может повлиять на результаты основного лечения. Целью консультации явилось преодоление страха перед болезнью, сложным лечением, его осложнениями.

Консультация позволила определить роль внешних факторов на основное лечение и шагов по их преодолению.

Консультация «Модель болезни: обратимый цикл» - цель данной информации – показать, что цикл развития онкологических заболеваний можно развернуть и в противоположном направлении. Те же самые механизмы, которые способствовали превращению чувств и ощущений в определенные физиологические условия, способствовавшие развитию рака, могут быть использованы и для восстановления здоровья.

Консультация позволила по-новому взглянуть на важнейшие вопросы жизни, узнав, что пациент в силах воздействовать на собственное здоровье, он выходит из кризиса не просто с восстановленным здоровьем, но с таким ощущением собственной силы и способности влиять на свою жизнь, которых до заболевания у него не было.

В рамках консультации «Отношения с близкими» клиенту показано, что в сложившейся ситуации очень важно, чтобы он не чувствовал себя одиноко. Трудности в отношениях с близкими неизбежны, но это – нормальная жизнь. Болезнь это не только индивидуальная, но и часто семейная проблема, и испытываемые трудности не могут не затрагивать и близких. Вполне может случиться так, что кто-то не сможет выдержать такого груза, но требуя от своих близких понимания и внимания, не следует отказывать им в том же самом. Не надо ограничивать круг общения, интересов. Привычные занятия помогут сохранить крепость духа.

Консультация позволила определить стратегии взаимодействия с близкими.

Консультация «Как преодолеть депрессию» позволила определить причины депрессивного состояния. Научения приемам преодоления депрессии и негативного психологического состояния.

Консультация позволила показать клиенту, что концентрация сил на своем лечении – один из факторов успешного лечения.

Обучение приемам медитации. Приведем пример. «Закройте глазки, сделайте три глубоких вдоха-выдоха (раз-два-три). Ощути в каком положении ты сидишь на стуле. Понаблюдай за своим дыханием. Вдох – выдох – вдох – выдох.

Представь, что все твои мысли находятся внутри крошечных воздушных шариков, которым ты позволяешь улететь.

Теперь представь себе, что в центре твоей груди появился очень яркий источник света, может быть, как очень большой сверкающий бриллиант, светящийся так ярко, как солнце. Позволь этой любви, излучающейся из твоего сердца в середине груди, стать ярче и больше.

Ощущай, как ты наполняешься этой любовью, одновременно излучая её всё сильнее. Заметьте, как твоё тело, каждая твоя клеточка впитывает эту любовь и начинают её излучать.

Чувствуй эту любовь, ощущай, как она обволакивает тебя и излучается из твоего тела, заметь, как твои ладони и ступни излучают её, как ты светишься любовью. Ты даже ощущаешь, как при вдохе твои лёгкие наполняются любовью и как ещё больше любви начинает распространяться по твоему телу, продолжай чувствовать и ощущать это как можно сильнее. Продолжай видеть и чувствовать, что ты становишься ещё лучистее, постоянно усиливая любовь с каждым новым вздохом. Почувствуй пузырящуюся внутри тебя радость и любовь».

Консультация позволяет стабилизировать эмоциональное состояние, обрести душевное спокойствие.

Консультация «Преодоление сопротивлений» позволит клиенту выработать навыки стойкого поведения и предупредит о возможных трудностях, с которыми придется столкнуться клиенту в ходе лечения.

Консультация родственников – важный аспект работы программы сопровождения. Особенно в тех случаях, когда речь касается паллиативных больных. Близким людям нелегко принять неизбежный исход заболевания. Зачастую родные пребывают в растерянности и не знают, как вести себя в данной ситуации. Специалист должен начать работу с родственниками. Прежде всего это необходимо для того, чтобы снизить психоэмоциональную нагрузку на родных.

Страшный диагноз у близкого человека – это всегда сильный стресс, который может привести к дезадаптации, что нельзя допустить. Кроме того, важно обучить родственников общению с пациентом.

Проект «Жизнь продолжается» предполагает оказание помощи людям с диагнозом рак реализовать себя и исполнить их мечты по реализации себя в творчестве и не только. Участие в проекте — это реальная возможность рассказать о своих талантах многомиллионной аудитории и познакомиться с единомышленниками.

Проект «Новая жизнь» - сообщество женщин, преодолевающих онкологические заболевания. Активное и живое общение участников проекта, обмен жизненным опытом.

Арттерапевтические занятия можно отнести к комплементарным (дополнительным) средствам, способствующим активизации внутренних креативных резервов и возможностей пациента, и непосредственно связанным с улучшением его психо-эмоционального и душевного состояния. Арт-терапия не имеет ограничений и противопоказаний, этот метод всегда ресурсен и может использоваться практически при любых локализациях, в любом возрасте и в любых направлениях. Средствами арт-терапии любой человек и пациент способен выразить себя, свои чувства и свое состояние мелодией, звуком, движением, рисованием. Можно без всяких преувеличений сказать о том, что для некоторых людей это единственный способ дать миру знать о себе, заявить о себе как о творческой личности. Именно поэтому главная задача арт-терапии в онкологии - предоставить возможность выразить себя каждому онкологическому пациенту и человеку.

Проект «Химия была – но мы расстались» - способствовать успешному лечению и реабилитации онкологических пациенток, используя фототерапию как метод психологической помощи. Проект направлен на то, чтобы разрушить стереотипы и страхи, связанные с онкологическим диагнозом, а также сделать общество более толерантным и гуманным к женщинам, проходящим лечение. «Проект "Химия была, но мы расстались" вносит важный вклад в процесс

социализации онкопациента, способствует улучшению психоэмоционального состояния как неотъемлемой части успешного лечения, используя фототерапию как инновационный способ психологической поддержки.

Фотопроект «Красота сильнее рака» - позволит раскрыть чувства заболевших девушек и доказать то, что женщина может быть красивой, несмотря на сильную потерю веса, отсутствие волос из-за химиотерапии и побелевшую от лечения кожу.

Участие в проекте «Опора» позволит через общение получить помощь и поддержку с целью осознания того, что диагноз - это не приговор! Заряд оптимизма и решимости для активности, с целью успешного периода адаптации, реабилитации и ремиссии.

Проект «История одной победы» показывает положительные истории с позитивным исходом. Показать, как растерянность сменяется отчаянием, а страх оставить детей без материнской любви и заботы усиливает боль. Принять болезнь и начать решительную борьбу. Участие позволит клиенту стать сильнее, взглянуть на жизнь под другим углом, обрести новых друзей и сделать мир лучше.

Результат индивидуального сопровождения: стабилизация психологического состояния, получение квалифицированной помощи по значимым вопросам. Социальная реабилитация позволит клиенту успешно адаптироваться в окружающей среде и обществе, повысить качество его жизни и в соответствии с состоянием здоровья найти новую работу. При проведении социальной поддержки клиента с учётом его психоэмоционального состояния можно достичь определенных положительных результатов.

Итогом данной программы должно стать обучение клиента перестать сравнивать себя с другими. Это самое важное звено в обретении уверенности в себе. Всегда есть кто-то богаче Вас, меня и даже Абрамовича. Всегда есть кто-то умнее Вас, меня и даже Гарри Каспарова. Всегда есть кто-то сексуальнее, остроумнее, увереннее и т.д. Но это не значит, что надо вешать нос и думать, что жизнь кончена. Даже если в Вас нет специфического качества, в котором Вы

лучше всех 7 000 000 000 людей, тем не менее, сочетание Ваших качеств, именно сочетание всех личностных качеств, знаний и навыков делает Вас единственным и неповторимым человеком. И если Вы уж хотите себя сравнивать, то начните сравнивать себя с собой, но в прошлом. Это будет самое естественно сравнение, которое и покажет Вам, что рост есть, что Ваши показатели улучшаются, пусть и не с той скоростью, как у кого-то, но это Ваша личная скорость и к ней надо относиться уважительно. Вот тогда Ваш рост станет наглядным.

Обращайте внимание на каждый свой успех, даже если он кажется Вам пока минимальным. Развейте мощную привычку к самонаблюдению и не старайтесь каждый день двигать горы. Вполне достаточно если Вы заметите даже незначительную, но подвижку к плюсу.

Как правило, большинство людей замечает только свои неудачи и не способны увидеть плюсы и движение вперед. Эта однобокость мышления присуща всем неуверенным людям с низкой самооценкой. Обратите внимание на свое мышление и на факты, которые Вы наблюдаете в себе. Начните делать это прямо сейчас и наблюдайте за этим ежедневно, и Вы быстро обретете стабильную уверенность в себе.

Серьезные успехи в деле обретения уверенности в себе можно не только отмечать в голове или дневнике, но и сделать это особенно. Дело в том, что наш мозг запоминает только то, что ему нравится. Поэтому сделайте себе маленький подарок, просто погладьте себя по голове или похвалите себя вслух. Дайте себе небольшой отдых после трудной работы или придумайте свой метод удовольствия. Так Вы дадите своему разуму и телу понять, что надо стремиться к уверенности и получать от этого удовольствие.

Чтобы Ваши упражнения по уверенности в себе имели большой эффект, выработайте свою собственную систему.

Результат индивидуального сопровождения: стабилизация психологического состояние, получение квалифицированной помощи по значимым вопросам. Социальная реабилитация позволит клиенту успешно адаптироваться в окружающей среде и обществе, повысить качество его жизни и в соответствии с

состоянием здоровья найти новую работу. При проведении социальной поддержки клиента с учётом его психоэмоционального состояния можно достичь определенных положительных результатов. В случае работы с Ириной были достигнуты следующие результаты:

- улучшение общего самочувствия, посредством регулярного медикаментозного лечения
- расширение контактов беседы
- включение в социо-культурную деятельность
- налаживание отношений с родственниками

В результате реализации данных стратегий индивидуального социально-психологического сопровождения женщин с диагнозом онкология научаются справляться с эмоциональными приступами, 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.

Заключение

В данной работе были проанализированы опеределенные источники литературы, проведены 5 глубинных интервью и разработаны 3 стратегии, а именно стратегия совладания, стратегия поддержки и стратегия комплексного ухода. Целью стратегии совладания является психо-социальная адаптация, преодоление суицидальных мыслей. В рамках данной стратегии был проведен комплекс мероприятий таких как: Консультация «Мои жизненные цели», консультация «Образ жизни», консультация родственников, Консультация «Отношения с близкими», консультация «Как преодолеть депрессию», медитация, консультация «Ценность личности», консультация «Я не такой как все и все мы разные», занятие «Жизнестойкий человек. Как им стать?», занятие «Как успешно общаться и налаживать контакты», занятие «Мозаика общения», занятие «Мои проблемы», занятие «Стратегии успеха в трудных жизненных ситуациях», занятие «Позитивное мироощущение», занятие «Есть проблема? Нет проблем!». Основная задача индивидуальной работы с участником, склонному к суициду: сориентировать на изменение отношения к диагнозу. Эффективным методом работы является беседа. Если рассмотреть стратегию комплексного ухода, то главной задачей является поддержка состояния благополучия, а иногда и улучшение общего самочувствия больного. В рамках данной стратегии были проведены определенные мероприятия: консультация «Мои жизненные цели», консультация «Отношения с близкими», упражнение «Рисунок Я», упражнение «Я сильный – Я слабый», упражнение «Ступеньки», упражнение «Великий мастер», упражнение «Девиз», упражнение «Дополнительное рисование», развитие навыков жизнестойкого поведения, упражнение «Ода себе», упражнение «Формула любви к себе», упражнение «Стань уверенным», упражнение «Я – звезда», упражнение

«Просто поверь в себя», упражнение «Моя уникальность», упражнение «Я учусь у тебя». И последней стратегией в рамках данной работы является стратегия комплексного ухода. Комплексная стратегия, которую мы будем рассматривать как совокупность социально-психологических мер. Для стратегии поддержки важную роль играют такие социальные факторы как постоянство взаимоотношений, улучшающие качество жизни онкологических больных, перспективы выживания. В рамках данной стратегии, были так же проведены определенные мероприятия: Консультация «Мои жизненные цели», консультация «Образ жизни», консультация «Модель болезни: обратимый цикл», консультация «Отношения с близкими», консультация «Как преодолеть депрессию», консультация «Преодоление сопротивлений», медитация, консультация родственников, участие в проекте «Жизнь продолжается», участие в проекте «Новая жизнь», арт-терапевтические занятия в группах единомышленников, участие в проекте «Химия была, но мы расстались!», участие в фотопроекте «Красота сильнее рака», участие в проекте «Опора», проект «История одной победы». Результат индивидуального сопровождения: стабилизация психологического состояния, получение квалифицированной помощи по значимым вопросам. Социальная реабилитация позволит клиенту успешно адаптироваться в окружающей среде и обществе, повысить качество его жизни и в соответствии с состоянием здоровья найти новую работу. При проведении социальной поддержки клиента с учётом его психоэмоционального состояния можно достичь определенных положительных результатов. Итогом данной программы должно стать обучение клиента перестать сравнивать себя с другими. Социально-психологическая дезадаптация онкобольных в современном мире обусловлена рядом факторов: недостаточный уровень жизни большинства населения, зарплата многих граждан ниже прожиточного минимума, сложность в получении и оформлении пенсий, пособий, льгот и неудовлетворительный размер этих пособий.

Во многом неблагополучие обусловлено и личными особенностями онкобольных, их психологическим состоянием, ситуациями, которые произошли в их жизни, переломные моменты, которые повлияли на снижение мотивации жить дальше и добиваться чего-то в жизни.

Для успешного включения онкобольных в жизнь общества необходимо проводить работу по сопровождению женщин с онкологическими заболеваниями с помощью различных комплексных мероприятий, которые включают психологические и социальные аспекты.

Для адаптации онкобольных необходимо:

1. Работа с внутренним состоянием человека, его психологическими переживаниями, страхами и барьерами. Ведь по результатам исследования было выявлено, что у каждого респондента в жизни был некий переломный момент, после которого человек потерял интерес к жизни, утратил мотивацию и ресурсы для достижения поставленных ранее целей. Стрессовая ситуация неблагополучия встречается в каждой истории их жизни, с которой интервьюируемые самостоятельно справиться не смогли или смогли, однако их нынешнее положение не говорит о том, что они нашли правильный, адаптивный выход.

2. Преодоление психологической, а в некоторых случаях и физиологической зависимости от вредных веществ, таких как алкоголь. Необходимо привлечение различных специалистов, которые помогут вывести человека из стрессовой ситуации. Работа по преодолению зависимости с лицами, которые подвержены данному феномену. Возникают трудности в восприятии собственной реальной жизни и виртуальной, что приводит к стрессам, депрессиям и утрате интереса к настоящей жизни.

3. Восстановление утраченных детско-родительских, семейных, родственных связей. В адаптационной работе очень важна поддержка близких людей, поэтому на специалистов возлагается серьезная ответственность помочь наладить «неуспешным» больным связи со своими родственниками. Некоторые интервьюируемые отмечали то, что у них есть своя собственная семья, которая

им помогает. Поэтому работа должна вестись не только с онкобольным, но и с его семьей.

4. Не менее сильным мотивационным фактором в преодолении социальной дезадапции будет являться работа.

5. Дополнительным фактором в преодолении социальной дезадапции могут быть усвоение, обучение необходимых навыков для жизни, работы и выстраивания коммуникаций с другими людьми в коллективе, с семьей и друзьями. Обучение навыкам, необходимым для нормальной благополучной и полноценной жизни (жилищные, бытовые, социальные, медицинские, правозащитные и т.д.). Повышение мотивации и интереса к обучению навыкам, к самой жизни. Постепенное включение онкобольных в мероприятия общественного масштаба, различные праздники, концерты, благотворительные и общественные мероприятия, акции и т.д.

Список использованных источников

1. Архипова, И.В. Клинические и реабилитационные аспекты психических расстройств у женщин с диагнозом «рак молочной железы» на этапе хирургического лечения [Текст] / И.В. Архипова, Н.П. Кокорина // Психические расстройства в общей медицине. – 2009. – № 1.
2. Асеев, А.В. Синдром истощения адаптационных возможностей при раке молочной железы и злокачественной меланоме кожи [Текст] / А.В. Асеев, Л.Н. Бала // Маммология. – 1996. – № 2.
3. Березовский, А.Э Самосознание психически больных [Текст] / А.Э. Березовский, Н.Н. Крайнова, Н.С. Бондарь // Материалы к спецкурсу. – Самара, 2001.
4. Васянова, В.В. Особенности психических нарушений у онкологических больных после гинекологических, урологических и проктологических операций: автореф. дис... канд. мед. наук [Текст] / В.В. Васянова. – Челябинск, 1996.
5. Володин Б.Ю. Возможности психотерапии в онкологической клинике [Текст] // Российский онкологический журнал: научно-практический журнал. – 2009. – № 1.
6. Володин Б.Ю. Возможности психотерапии в онкологической клинике [Текст] // Российский онкологический журнал: научно-практический журнал. – 2009. – № 1.
7. Волынская Л.Б. Социокультурная и личностная адаптация человека на различных стадиях жизненного цикла: учебное пособие [Текст] / Л.Б. Волынская. – М., 2012.
8. Гнездилов, А.В. Путь на Голгофу. Очерки работы психотерапевта в онкологической клинике и хосписе [Текст] / А.В. Гнездилов. – СПб.: АОЗТ фирма «Клинт», 1995.
9. Домбровская А. Ю. Факторы социальной адаптации инвалидов в России [Текст] // Известия Тульского государственного университета. 2013. № 3.

10. Домбровская А. Ю. Факторы социальной адаптации инвалидов в России [Текст] // Известия Тульского государственного университета. 2013. № 3.
11. Ивашкина, М. Г. Психологические особенности личности онкологических больных: автореф. дис... канд. психол. наук. – М., 1998.
12. Ипохондрические развития по типу паранойи борьбы у пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями (длительное катамнестическое наблюдение) [Текст] / С.В. Иванов [и др.] // Психические расстройства в общей медицине. – 2010. – № 2.
13. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В., ред. Злокачественные новообразования в России в 2015 году (заболеваемость и смертность) [Текст] / М.: МНИОИ им. П.А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России; 2017.
14. Касимова, Л.Н. Психопатологическая и социально- психологическая характеристика больных со злокачественными новообразованиями [Текст] / Л.Н. Касимова, Т.В. Жилиева // Психические расстройства в общей медицине. – 2009. – № 1. – С. 16-19.
15. Кичерова М.Н. Социальная реабилитация инвалидов в западносибирском регионе: основные подходы, пути развития [Текст] / М.Н. Кичерова. Тюмень, 2009. С. 19 – 21.
16. Кичерова М.Н. Социальная реабилитация инвалидов в западносибирском регионе: основные подходы, пути развития [Текст] / М.Н. Кичерова. Тюмень, 2009. С. 19 – 21.
17. Кузнецова, А.А. Эмоционально-аффективные расстройства в структуре внутренней картины болезни у женщин с онкологической патологией репродуктивных органов: автореф. дис. ... канд. психол. наук [Текст] / А.А. Кузнецова. – СПб., 2009.
18. Мищук, Ю.Е. Оценка взаимозависимости между личностными особенностями и уровнем социального функционирования у больных РМЖ [Текст] / Ю.Е. Мищук, Ю.Н. Потапов, Ю.Б. Степанчук // Неврологический вестник. – 2008. – Т. 15, вып. 2.

19. Монасыпова, Л. И. Психические расстройства у женщин с онкологической патологией репродуктивной системы: дис. ... канд. мед. наук [Текст] / Л. И. Монасыпова. – М., 2012.
20. Мудрик А. В. Социальная педагогика: учебное пособие. М., 2000.
21. Некоторые клинико-биохимические и медико-психологические аспекты адаптации у больных первичным раком молочной железы [Текст] / Л.Н. Сидоренко [и др.] // Актуальные вопросы изучения механизмов гомеостаза. – Каунас, 1983.
22. Николаева, В. В. Влияние хронической болезни на психику. Психологическое исследование [Текст] / В. В. Николаева. – М.: Издательство Московского университета, 1987.
23. Нозогенные реакции у больных раком желудка [Текст] / А.Б. Смулевич [и др.] // Психические расстройства в общей медицине. – 2007. – Т. 2, № 3.
24. Павловец Г.Г. Психологическая адаптация вынужденных мигрантов: диссертация... д-р психол. наук. Спб. 2001.
25. Психологические особенности личности больных со злокачественными опухолями различной локализации [Текст] / А.Н. Великолуг [и др.] // Паллиативная медицина и реабилитация. – 1997. – № 2.
26. Реабилитация онкологических больных [Текст] / В.Н. Герасименко [и др.]. – М.: Медицина, 1988. – 272 с.
27. Тарабрина Н.В. «Онкопсихология». – Институт психологии РАН, 2010.
28. Тхостов, А.Ш., Особенности осознания заболевания у онкологических больных [Текст] / А.Ш. Тхостов, Ю.В. Артюшенко // Актуальные вопросы изучения механизмов гомеостаза. – Каунас, 1983.
29. Чиссов В.И., Давыдов М.И., ред. Онкология. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2008. [Chissow VI, Davydov MI, eds. Onkologiya. Natsional'noe rukovodstvo. Moscow: GEOTAR-Media; 2008. (In Russ.)].
30. Шпак Л.Л. Социальная дезадаптация: признаки, механизмы, уровни // Социс. 2011. №3.

Приложение

Приложение А

Вопросы интервью

1. Как вы узнали о своей болезни?
2. Была ли Вам нужна помощь психолога?
3. Испытывали ли Вы усиленную жалость со стороны окружающих?
4. Какая помощь конкретно и от каких людей была в процессе химиотерапии?
5. Изменились ли Вы после диагноза как человек?
6. Как Вам удается совладать с негативными мыслями?
7. Отличается ли вашу жизнь «до» диагноза с жизнью «после»?
8. Как Вам удается совладать с болью?
9. Какой образ жизни вели до заболевания?
10. Есть ли советы по предотвращению данного заболевания?
11. Верите ли Вы в бога?
12. *Удастся ли Вам работать при данном заболевании?*
13. Обращались ли Вы к нетрадиционной медицине?
14. Ваши рекомендации человеку, который недавно узнал о своем диагнозе?

Интервью 1

История из жизни женщины - Светланы, возраст 49 лет, рак шейки матки, плоскоклеточная карцинома стадии 2В

1. Как вы узнали о своей болезни?

Я всегда вела очень активный образ жизни, даже чересчур активный. Всегда в движении, в поиске нового, всегда старалась выглядеть очень хорошо: посещала различные занятия по коррекции веса, принимала БАДы и пользовалась новинками косметологии (инъекции, перманентный макияж). Всегда у меня было энергии очень много, усталости я не чувствовала, поэтому, когда на протяжении нескольких дней я почувствовала слабость я сразу пошла на прием к врачу. Записавшись на прием, я подумала, что скорее всего, у меня диагностируют воспаление, потому что незадолго до этого я вернулась из новогодней поездки в горы. На Красной Поляне было прохладно, много снега и мы целыми днями всей своей шумной компанией проводили время на свежем воздухе.

Во время приема врач назначил ряд обследований, в том числе и на онкомаркеры, врач выглядел очень озадаченно – внимательно меня слушал и задавал много вопросов, интересовался была ли онкология у меня в роду, меня очень насторожили эти вопросы, закралось плохое предчувствие, но, я старалась не думать о плохом. Я себе мысленно сказала, что врач перестраховывается, ну не может же у такой красивой и активной женщины быть что-то плохое. На вторичный прием я пришла с легким чувством волнения (хоть я себя и успокаивала, но чувствовала я себя достаточно дискомфортно), и оказалось не напрасно, врач сообщил мне страшный диагноз. Я помню, что его слова эхом отзывались у меня в голове несколько раз, у меня был ступор, леденящее душу отчаяние, я даже самостоятельно не смогла покинуть кабинет, потеряла сознание. Когда пришла в себя попросила медсестру набрать моего знакомого, чтобы он приехал за мной и увез меня из клиники.

Мне казалось, что я была в клинике вечность, хотя времени от моего прихода и отъезда домой прошло немного, мой знакомый достаточно быстро приехал за мной. Когда я его увидела – веселого, улыбающегося, мне показалось, что это он надо мной смеется, хотя я прекрасно осознавала, что мой диагноз он не знает. Подойдя ко мне, он спросил, что случилось и я собрав всю силу воли в кулак сказала, что ничего страшного, просто была болезненная процедура. Он повез меня домой, через минуты 5 пути я разрыдалась и не смогла скрыть правду – рассказала, что мне поставили страшный диагноз, я помню выражение лица своего знакомого – полное недоумение. Он сказал, что, наверное, это ошибка, что надо пересдать анализы, что рано говорить о том, что все так плохо.

Приехав домой я пожелала остаться одна. Наверное, сутки я ревела, обзвонила своих близких подруг с просьбой подключить все возможные связи для поиска врача. Я твердо была убеждена, что буду бороться с этим раком, я предприниму все усилия, чтобы победить. Однако боевой настрой удавалась сохранять недолго – он чередовался с рыданием, скорее даже истерикой.

2. Была ли Вам нужна помощь психолога?

Не знаю. Не могу однозначно сказать. Скорее всего помощь была нужна, но я не хотела, чтобы меня в таком состоянии кто-то видел, я представляла сразу сочувствующий взгляд на себя и мне становилось от этого плохо. Хотела, чтобы рядом был родной человек, чтобы обнял и сказал, что все будет хорошо, но такого человека не было. Как и не было у меня детей, только столкнувшись с болезнью я поняла, что проживала никчемную эгоистичную жизнь. Зарабатывала, жила в свое удовольствие. У меня даже домашних питомцев не было.

3. Испытывали ли Вы усиленную жалость со стороны окружающих?

Да, мои некогда закодычные подруги смотрели на меня как на прокаженную, в разговорах все время проскакивала мысль о том, что кому ты теперь такая нужна? Мне стало неприятно с ними общаться. Я замкнулась. Мой знакомый, который забирал меня из клиники и подвозил домой исчез совсем на некоторое время. Я думала, что все – кончилось общение. Действительно, зачем я ему нужна такая обуза? Примерно через неделю, которая показалась мне

вечностью, он объявился и сообщил мне, что нашел врача и что мы с ним едем в краевой центр на обследование он уже обо все, договорился. Я не могла в это поверить. Когда он в назначенное время приехал за мной, я отметила, что он внешне изменился, он смотрел на меня и в его глазах я видела любовь. Он был со мной на протяжении всего лечения. Я думаю, что успех лечения – это не только помощь врача, но и безмерная забота обо мне моего знакомого.

4. Какая помощь конкретно и от каких людей была в процессе химиотерапии?

Как я ранее сказала, мой знакомый – Виктор, окружил меня такой заботой, что мне даже страшно было подвести его – он так уверенно верил, что все будет хорошо, что его уверенность передавалась и мне.

Врач, у которого я проходила лечение очень тепло и душевно общался со мной, настраивал на благоприятный прогноз.

После первой химиотерапии Виктор сделал мне сюрприз – он сделал мне предложение. я не задумываясь ответила да – мы расписались через неделю (не знаю, как у него получилось так быстро решить все дела с ЗАГСом). Я была на седьмом небе от счастья. Все испортил звонок от одной приятельницы, я не смогла скрыть то, что у меня скоро свадьба, на что она язвительно сказала, чему ты радуешься? Кому нужна больная жена? Твой Витька все просчитал – у тебя никого нет, узаконив с ним отношения, в случае твоей смерти, он единственный наследник.

Я бросила трубку, рыдала навзрыд, на несколько дней я впала в депрессию. Виктор был очень заботлив, но я за всеми его действиями видела умысел – усыпить мою бдительность и завладеть наследством. Накануне свадьбы я сообщила ему, что намерена составить перед свадьбой завещание или брачный контракт, согласно моей воле, в случае моей смерти, все мое имущество и средства должны перейти благотворительному фонду. Виктор не спорил со мной, сказал делай так, как считаешь нужным, я никогда не претендовал и не буду претендовать на то, что принадлежит тебе.

В итоге мы расписались. И все то время, что он был и есть со мной – это рай, осталось только побороть болезнь.

5. Изменились ли Вы после диагноза как человек?

Я поняла, что человеку нужен человек и что я не так жила на протяжении всей своей жизни. Мой эгоизм был на высшем уровне. Я видела только себя, думала только о себе и да, я знала, что Виктор в меня влюблен, я всегда его использовала в нужных мне ситуациях, знала не откажет. А он молча выполнял мои прихоти, а я даже посмеивалась над ним. И вот странно, когда мне было плохо, когда земля ушла из-под ног – пропали все подруги, многочисленные поклонники и только он был рядом, и не просто рядом – а наполнил мою жизнь особым смыслом. По окончании лечения и процесса реабилитации мы стали помогать сестре Виктора с воспитанием ее ребенка, Лена недавно развелась и была вынуждена много работать, поэтому мы предложили помощь в воспитании ее дочери.

6. Как Вам удается совладать с негативными мыслями?

А я вообще стараюсь не думать – просто наслаждаюсь жизни. Радуюсь что, то что несло для меня угрозу (болезнь) позволило моей жизни выйти на качественно новый уровень, я была одинока – а сейчас у меня семья, да и некогда думать о плохом.

7. Отличается ли вашу жизнь «до» диагноза с жизнью «после»?

Кардинально отличается! Я стала по-настоящему счастливой. Ситуация показала кто друг, кто враг. Я стала спокойнее, учусь заботиться о других, дарю свою любовь.

8. Как Вам удается совладать с болью?

Я по мере необходимости принимаю обезболивающие препараты, назначенные врачом.

9. Какой образ жизни вели до заболевания?

Очень и очень активный.

10. Удастся ли Вам работать при данном заболевании?

Нет, мы с Виктором решили, что я буду дома, я уже сказала, что мы помогаем сестре Виктора с воспитанием ее дочери – поэтому я занимаюсь воспитанием девочки и домашними делами. Приоритеты в моей жизни изменились полностью.

11. Есть ли советы по предотвращению данного заболевания?

Любить себя в меру, и не травить свой организм разной химией в погоне за совершенством.

12. Верите ли Вы в бога?

Да, и всегда считала, что рано или поздно он меня накажет за мой эгоизм, так и вышло, но так как он вселюбящий отец – он позволил мне, через переосмысление и принятие обрести новую жизнь, в которой я не только принимаю, но и дарю любовь.

13. Обращались ли Вы к нетрадиционной медицине?

Нет, Виктор весь процесс лечения держал под контролем. А он сторонник традиционной медицины. Я с ним не спорила.

14. Ваши рекомендации человеку, который недавно узнал о своем диагнозе?

Подумать, что он делает не так и спланировать свою новую жизнь и со всей присущей ему верой менять себя в лучшую сторону. Ни одна ситуация просто так не дается.

Интервью 2

История из жизни женщины, возраст 57 лет, С56 рак яичников T2CNxM0

1. Как вы узнали о своей болезни?

Я настолько была поглощена работой, что не обращала внимание даже на состояние своего здоровья. Меня даже не насторожило, что я значительно похудела, списывала все это на переутомление и вечный недосып, вызванные работой. Я в тот год подтвердила высшую квалификационную категорию по должности «учитель истории», активно готовилась к участию в конкурсе «Учитель года» и твердо была уверена в победе, мне некогда было обращать внимание на состояние своего организма. Единственное, на что я обратила внимание – это быстрое увеличение живота, на фоне общего снижения веса, но я отнесла это к побочному действию фаст-фуда. Меня начала беспокоить отдышка – сначала это не доставляло дискомфорта, но, когда дышать стало очень сложно – я обратилась к врачу в поликлинику по месту жительства. Когда я пришла на прием после сдачи анализов, чтобы узнать их результат – участковый терапевт сказал мне – у вас «рак». Не помню, как я вышла из кабинета, как добралась домой. В голове крутился лишь один вопрос: «Как так? Почему именно у меня?». Не хотелось ни с кем разговаривать, жила я одна, сына беспокоить не хотела – в его семье только родился ребенок. Прошло три дня, звонила невестка, звала в гости, а я не могла сказать, что не могу приехать, ссылалась на занятость по работе, хотя на работе взяла отгулы. И когда в очередной день сын прислал мне фото моего внука, я поняла, что моя миссия еще не закончена, мне еще внука поднимать надо, да и детям нужно нормально встать на ноги. В тот же день я поехала к сыну и все им рассказала. С невесткой через два дня мы были в областном онкодиспансере, она не оставляла меня на минуту. Хорошо еще и сватья понимающая – оставалась с внуком, пока ее дочь со мной по больницам ездила.

2. Была ли Вам нужна помощь психолога?

Я даже и не подумала, что мне может помочь психолог. Сначала пыталась самостоятельно решить свою проблему, но после того, как я открылась своей

семье – я была окружена заботой и вниманием, что мне и в голову не пришло искать и просить помощи у кого-то еще.

3. Испытывали ли Вы усиленную жалость со стороны окружающих?

Я не заметила особой жалости со стороны своего окружения. Напротив, сын и невестка подбадривали, запрещали думать о плохом, первое время никто на работе не знал о моем диагнозе – я ушла в отпуск, благо педагоги могут уходить в творческий отпуск продолжительностью год, директор меня спокойно отпустил, да и еще и напутствовал: «Да, голубушка, отдохнуть вам надо, устали вы очень. Очень насыщенный и сложный год был у вас! Восстанавливайте силы, и мы вас ждем!» Я всячески старалась избегать встреч со знакомыми, никому не говорила и вот, когда появились первые симптомы улучшения состояния, когда я морально окрепла, я рассказала своим знакомым о злой шутке, что сыграла со мной судьба. И очень рада, что сделала это тогда, когда ужас был позади – иначе, я бы просто не выдержала эти сочувствующие, жалостливые взгляды.

В период борьбы с болезнью на первом месте была семья – сын, невестка и внучок. Сын не отпустил меня домой, так и жила я тот период с ними.

Во время лечения появились новые знакомые, как правило, старалась общаться с теми, чье состояние прогрессировало в положительной динамике и это вселяло в меня надежду. Глядя на них, я думала, а чем я хуже, я тоже смогу победить болезнь!

4. Какая помощь конкретно и от каких людей была в процессе химиотерапии?

В первую очередь, это моя невестка и сын. Они окружили меня такой заботой и теплотой, что я и мысли не могла допустить, что я никому не нужна. Радовал и внучок, глядя как он растет, я заново вместе с ним открывала этот мир.

Большую помощь также оказал мне и лечащий врач, подбадривал, говорил о том, что все будет хорошо. Медицина сейчас шагнула значительно вперед и даже не такое лечат!

5. Изменились ли Вы после диагноза как человек?

Да, изменилась, стала меньше ненужной суеты в моей жизни, уделяю внимание только главному. Все, что не радует – исключаю из жизни без сожаления. Работать стала меньше, больше стала помогать невестке, она молодая – пусть карьеру строит, а я уже все возможные награды и звания доступные для меня получила.

6. Как Вам удастся совладать с негативными мыслями?

Негативные мысли стараюсь просто не подпускать, гоню их сразу прочь. Но, если уж совсем невмоготу – «зацикливаюсь на чем-то», то разрешаю себе прореветься, но стараюсь не допускать такого состояния. Если становится плохо – переключаю внимание – иду на концерт, в кино или с подругами собираемся в кафе.

7. Отличается ли вашу жизнь «до» диагноза с жизнью «после»?

Да, отличается. Сначала мне хотелось просто закрыться дома и вообще никуда не выходить, ни с кем не общаться. Мое затворничество прервала невестка. Она у меня молодец. Очень меня поддерживала – я очень рада, она мне действительно как дочь. Болезнь нас только сблизила, хотя и до этого были хорошие отношения, но период острой борьбы с недугом сплотил нас еще больше.

Слабость, раздражительность у меня есть, но я стараюсь и их преодолевать – чувствую устаю, все – прекращаю работать.

Вот поэтому и ушла из школы, оставила только репетиторство. Посвящаю время себе и пытаюсь не растрчивать силы на бесполезное и не нужное.

8. Как Вам удастся совладать с болью?

Боль я не испытываю, разве что швы побаливают, но в этих случаях у меня под рукой есть обезбаливающее. Гораздо сложнее бороться с душевной болью, но я справляюсь. Смеется... смотрю на внука и сразу думаю о хорошем.

9. Какой образ жизни вели до заболевания?

Наверное такой как и большинство граждан – дом – работа, работа – дом, всегда в бегах, вся в делах и заботах. Увлеченная новыми проектами в

работе – забывала о сне и еде. Годами не отдыхала. Утро начинала всегда с чашечки кофе и не питалась правильно.

10. Удается ли Вам работать при данном заболевании?

С основной работы ушла, в школе невозможно спокойно работать, но чтобы совсем не выпасть из орбиты социальной жизни занимаюсь репетиторством. Деньги на жизнь есть – пенсия, да и репетиторство выручает.

11. Есть ли советы по предотвращению данного заболевания?

Главное – следить за собой, слышать свой организм, не игнорировать тревожные симптомы. Уделять время себе и конечно проходить плановые осмотры. Профилактика – вот главный совет.

12. Верите ли Вы в бога?

Никогда не верила, но в период болезни пришла к вере.

13. Обращались ли Вы к нетрадиционной медицине?

Нет, лечение соблюдаю строго по той схеме, что прописал врач. Врач у меня профессионал своего дела и я ему полностью доверяю.

14. Ваши рекомендации человеку, который недавно узнал о своем диагнозе?

Ни в коем случае не сдаваться. Искать то, ради чего следует продолжать жить.

Психосоциальные потребности онкологических больных:

Анализируя результаты интервью обращает на себя внимание подавленность эмоционального фактора. Елена неохотно говорила о негативных эмоциональных состояниях, старалась говорить только в позитивном ключе. Социальная активность присутствует в жизни пациентки – она не замкнулась только на своей семье, она поддерживает связи со старыми знакомыми, встречается с учениками.

Интервью 3

История из жизни женщины, возраст 32 года, рак шейки матки.

1. Как вы узнали о своей болезни?

Моя болезнь начиналась медленно, а потом обрушилась на меня в самый неподходящий момент.

В середине прошлого года я стала худеть. Состояние и моральное, и физическое было отрицательным. Я чувствовала себя измотанной, постоянно хотелось съесть чего-то очень-очень сладкого. Несколько раз за месяц пришлось покупать новую одежду, потому что старая болталась на мне. В один из вечеров, разговаривая с мужем, планируя отпуск я осознала, что все что со мной происходит является поводом для беспокойства. Я подумала, что это итог моих «вечных диет», что у меня стремительно развивается анорексия. С приходом этой мысли я пообещала себе начать есть и больше бывать на свежем воздухе.

Буквально через месяц я попала к врачу с простудой, которая никак не проходила, и между делом я упомянула остальные симптомы. Врач отправил меня на анализ крови. Спустя неделю мне позвонил врач и потребовал, чтобы я срочно приехала. Я позвонила мужу, потому что тон врача вызвал у меня паническое беспокойство, и мы с ним отправились в поликлинику.

После того, как я узнала свой диагноз я не могла его скрывать, я написала открытый пост в одной из своих социальных сетей. Я понимала, что так мне будет легче, не нужно будет скрывать, маскировать свое состояние и притворяться что все хорошо, в то время как неясно, что будет завтра и, если лечение пройдет удачно, какие перспективы по репродуктивному здоровью у меня будут. В один момент – после нескольких бессонных дней и ночей я осознала – случилось то, что случилось, было бы странно, если бы я вела себя как-то иначе и делала вид, что ничего не произошло. Поэтому я стала отвечать на комментарии под своим постом, отвечать на сообщения в мессенджерах и телефонные звонки. На работу я ходила и кажется, именно это помогало, не впадать в страшные мысли.

2. Была ли Вам нужна помощь психолога?

Мне было важно выговориться и неважно кому, мне хотелось, чтобы все знали о моей болезни и не расспрашивали меня о том, что да как. Мне просто хотелось продолжать нормально жить, не притворяться, что мне хорошо, когда на

самом деле плохо, не поехать на работу, если нездоровиться и не отпрашиваться у руководства придумывая не существующую причину, а говорить так как – есть.

3. Испытывали ли Вы усиленную жалость со стороны окружающих?

Первое время многие мои близкие и знакомые сокрушались, когда писали и звонили, но, видимо, по моему тону и комментариям они поняли, что в этом нет необходимости. Даже если кто-то приходил с каким-то слезным сочувствием, я старалась общаться в привычной для меня манере, и это перестраивало людей. Увлекаясь процессом общения, собеседники кажется забывали о моей болезни. Да, они знают, что в ближайшее время из-за моего лечения мы с ними не сможем встретиться лично, но мы продолжаем работу и общение онлайн. Иногда меня спрашивают, как я себя чувствую, но я не знаю, что тут сказать, потому что обычно я чувствую себя вполне нормально. С таким заболеванием, как у меня, ориентироваться на самочувствие бессмысленно, только компьютерная томография может показать истинную картину.

4. Какая помощь конкретно и от каких людей была в процессе химиотерапии?

Я очень уставала от химиотерапии, не могла делать то, что хотела и что мне было нужно сделать. У меня реализация нового проекта, а особенно в первые дни химии, подташнивает, я не могу ни на чем сосредоточиться, меня клонит в сон и я просто выключаюсь от усталости. Но в целом чего-то такого особенно тяжелого не было. Помогали муж и мама, муж отвечал на все звонки, делал дедлайны, чтобы проект мог реализовываться дальше и «мой выпад» не сказался на его качестве.

5. Изменились ли Вы после диагноза как человек?

Я поняла, что в таких ситуациях ты просто не можешь до конца осознать случившееся. Мне кажется, головой я понимаю, что смертна как и все, знаю, что могу тяжело заболеть и умереть, но эмоционально я этого не осознаю. Мне кажется я просто не в состоянии в это поверить. Я до сих пор просыпаюсь утром, восстанавливаю обстоятельства своей жизни, перебираю в памяти какие-то

важные вещи, которые нужно сделать, и внезапно вспоминаю: «А, ну да, я же болею!» Сюрреалистическое чувство. Как будто всё это происходит не со мной.

6. Как Вам удастся совладать с негативными мыслями?

Я просто продолжаю жить, принимая все, что происходит.

7. Отличается ли вашу жизнь «до» диагноза с жизнью «после»?

Мне кажется, я знаю, почему и зачем это случилось со мной – это шанс стать сильнее, избавиться от своих страхов и, возможно, вдохновить других людей на то, чтобы они по-другому посмотрели на проблемы собственной жизни. Я очень надеюсь, что одни, наблюдая за мной и читая мои посты в поймут, насколько счастливо они живут сами, а другие увидят, что можно и нужно не сдаваться, а идти дальше, с поправкой на обстоятельства. В жизни возможно вообще всё, но этого не нужно бояться, к этому надо быть внутренне готовым.

8. Как Вам удастся совладать с болью?

Сейчас боли как таковой нет, но, если и возникает, у меня в аптечке всегда есть обезболивающие препараты.

9. Какой образ жизни вели до заболевания?

Как и большинство людей моего возраста: совершенствовала отношения с супругом, строила карьеру, мечтали о безоблачном будущем. До болезни я жила совершенно в сумасшедшем ритме – должна была успеть в несколько мест одновременно, у меня были десятки звонков разом, мне нужно было за месяц сделать то, что за год не всегда сделаешь. Я писала эсэмэски за рулем, решала разом кучу дел, работала над большим проектом, параллельно было еще много всего, я возвращалась домой далеко за полночь и падала.

10. Удастся ли Вам работать при данном заболевании?

Да, я продолжаю работать, но бывают моменты, когда я не в состоянии, я просто «пропадаю» на день-два и когда чувствую, что силы есть возвращаюсь. В работе мне очень помогает муж, он не допускает того, чтобы моя работа страдала от моих слабостей. После того как мне поставили диагноз, мне пришлось расставить приоритеты и начать выбирать только то, что для меня по-настоящему важно и имеет смысл в будущем. Активности стало

значительно меньше, но знаете, недавно я поняла, что эмоционально я сейчас чувствую себя гораздо более счастливым человеком, чем до болезни. Мне нравилась моя жизнь, но я как будто хотела успеть всё на свете, хваталась за всё подряд, и многое было совсем не обязательным. Оказалось, важно уметь выбирать и концентрироваться на самом главном и интересном.

11. Есть ли советы по предотвращению данного заболевания?

При первых тревожных симптомах обращаться к врачу и не пускать свое здоровье на самотек.

12. Верите ли Вы в бога?

Да и вера придает мне силы.

13. Обращались ли Вы к нетрадиционной медицине?

Нет, никогда. Мы живем в 21 веке, а нетрадиционная медицина – это прошлый век.

14. Ваши рекомендации человеку, который недавно узнал о своем диагнозе?

Ни в коем случае не опускать руки, верить, надеяться и ждать хороших новостей. Любить своих близких и проживать этот день.

Психосоциальные потребности онкологических больных:

Анализируя результаты интервью обращает на себя внимание открытость Марины, она приняла болезнь, осознала для чего она ей дана. Эмоциональный фон стабилен, женщина открыта для других, однако жалость не приемлет.

Социальная активность присутствует – она продолжает работать. Однако, как она указывает – научилась не хвататься за все и сразу, а расставляет приоритеты.

Интервью

История Вероники, возраст 35 лет, рак шейки матки, плоскоклеточная карцинома стадии 2В

1. Как вы узнали о своей болезни?

Я познакомилась с мужчиной после первого развода, прошло примерно около двух лет с того момента как я развелась с отцом своего ребенка. Примерно

год мы встречались, а спустя год с небольшим мы поженились. Примерно через четыре года семейной жизни у меня начались кровотечения после секса. Я записалась на прием к гинекологу, после осмотра врач сказала, что ситуация не очень хорошая, а анализы это подтвердили. Так мне был поставлен диагноз – рак шейки матки.

Не знала, как скажу об этом мужу, что будет с моим сыном. Мысли были только плохие, почему-то даже не возникло надежды на то, что не верно поставлен диагноз. Может быть это связано с тем, что я сама привлекла к себе неудачу – никак не могла поверить, что все в моей жизни наладилось, что все хорошо: есть любимый сын, любимый муж, хорошая работа, живем в достатке. После того ужаса, который я пережила в первом браке я жила как в раю, но, ... плачет, я всегда ждала какого-то подвоха. И вот он случился.

С мужем в тот же вечер состоялся непростой разговор, я все рассказала, сначала он ничего не мог понять, потому что с первого слова я начала рыдать, когда я более-менее успокоилась – мы поговорили. Сергей сказал, что не надо себя накручивать, что еще не все потеряно, лечение поможет, но мне от этих слов легче не стало, я замкнулась. Желания разговаривать не было ни с кем. Хотелось лечь – и не проснуться. Останавливало от суицида только то, что ребенок останется сиротой. Андрюше я сказать не могла о своей болезни, маленький он еще – на тот момент ему исполнилось 8. Но ребенок чувствовал, что что-то не то, старался находиться со мной, обнимал- он всегда был у меня очень ласковым ребенком. А я плакала, он гладил меня и спрашивал: «мамочка, тебе больно?». Я понимала, что травмирую ребенка, старалась сдерживаться. Перед началом лечения я отвезла Андрюшу к своей маме, положила на банковский счет, открытый на его имя, деньги, составила завещание и приготовилась к неизбежному. Я не верила, что мне удастся победить болезнь. У меня развилась жуткая депрессия. Я уволилась с работы без объяснения причин, стала вести затворнический образ жизни. С Сергеем были постоянные скандалы, инициатором которых была я сама. Я гнала его, говорила о том, чтобы он ушел и

оставил меня, все равно меня скоро не будет. В общем рай превратился в ад. Не знаю, как Сергей все выдержал и продолжает держаться.

2. Была ли Вам нужна помощь психолога?

В те дни мне казалось, что помочь мне не может никто – даже я сама не верила в то, что смогу победить свою болезнь. Рыдает. И сейчас не понимаю, для чего живу, только обременяю своих близких.

3. Испытывали ли Вы усиленную жалость со стороны окружающих?

Сергей и мама меня очень жалели и продолжают это делать, оберегают меня, но мне от этого только хуже. Чувствую себя никчемной, жалкой. Рыдает

4. Какая помощь конкретно и от каких людей была в процессе химиотерапии?

Помогали поддержкой муж и мама, врач. Но я не верила и не верю в искренность этой помощи, мне кажется это привычная манера общения с такими больными. Этика, а не искренняя помощь.

5. Изменились ли Вы после диагноза как человек?

Да из жизнерадостной молодой женщины с легкой тревожностью я превратилась в депрессивную старуху, которая думает только о плохом и не видит никаких перспектив.

6. Как Вам удастся совладать с негативными мыслями?

Никак, я с ними не борюсь, я в них живу. Я неполноценная – и с этим уже ничего не поделаешь. Жалко только сына, он еще мал, хочется верить, что мои родители его вырастят, а не отдадут в детский дом.

Жить я не хочу. Весь мой образ жизни – затворничество, нет ни одной радостной мысли. Если бы я знала, что с сыном все будет хорошо, что он в надежных руках – наложила бы на себя руки.

7. Отличается ли вашу жизнь «до» диагноза с жизнью «после»?

Конечно отличается, я с ужасом думаю о том, что моей семейной жизни настал конец и это все тогда, когда я обрела, казалось бы, семейное счастье. Я увидела его в первый раз в кафе, сидела напротив него за столиком и думала: господи, я хочу такого мужа, дай мне такого мужа». Обоим нам было за 30, оба

разведенные и с детьми. Через год мы стали жить вместе, а еще через четыре – мне поставили диагноз.

После расширенной гистерэктомии (операция, при которой удаляют матку с придатками, лимфоузлы и верхнюю треть влагалища) последовал курс лучевой терапии: сначала я приезжала «на лучи» из дома, но на третью неделю осталась в больнице – из-за слабости и непрекращающейся диареи: облучение выжгло слизистые и уничтожило микрофлору кишечника.

На этом последствия лечения не закончились. Влагалище, которое уменьшилось на треть в результате операции, после лучевой терапии превратилось в ямку глубиной в два сантиметра, покрытую изнутри болезненными рубцами. Секс для меня перестал быть удовольствием, а одни мысли о нем стали вызывать страх. Это сплошная адская боль, потому что рвутся ткани, и потом я просто заживляю все это. Один раз мы занимаемся сексом, а после – неделя на восстановление. А лучше две. Я чувствую себя бесполом существом и порой мечтаю, чтобы меня просто оставили в покое. Мужа это не устраивает. «Он мне сказал: я скучаю по тебе, а ты меня не хочешь и не любишь. Я не знаю, когда он мне скажет: у меня любовница. Я жду. И в этой ситуации я не вижу никакого позитивного исхода.

8. Как Вам удастся совладать с болью?

Боль ужасна, я не могу с ней совладать, мне кажется и препараты мне не помогают. Мне кажется боль моя многократно усиливается еще и из-за моего тяжелого эмоционального состояния, я не вижу просвета.

9. Какой образ жизни вели до заболевания?

Как и любая нормальная женщина – жила, воспитывала сына, работала, мечтала о любви – и когда ее нашла – потеряла.

10. Удастся ли Вам работать при данном заболевании?

Нет, мне не удастся работать да и желания нет. Я не выхожу на улицу. Мне так легче – если я никого не вижу кроме своих близких.

11. Есть ли советы по предотвращению данного заболевания?

Наверное, главный совет – быть позитивным человеком, о себе я такого сказать не могу.

12. Верите ли Вы в бога?

Нет, ни в кого и ни во что я не верю. Была вера и закончилась.

13. Обращались ли Вы к нетрадиционной медицине?

Нет, я то и в традиционную не верю.

14. Ваши рекомендации человеку, который недавно узнал о своем диагнозе?

Не обижать своих близких и надеяться на лучшее.

Психосоциальные потребности онкологических больных:

Анализируя результаты интервью обращает на себя внимание тяжелое эмоциональное состояние Вероники. Женщине с трудом удавалось говорить, она часто плакала. По ее внешнему виду было очевидно, что она находится в тяжелом депрессивном состоянии. В разговоре женщина несколько раз говорила о суициде, ей требуется помощь клинического специалиста. Самостоятельно справиться с таким состоянием она не сможет.

Интервью 5

История Ирины, возраст 36 лет, диагноз: рак груди.

1-Как вы узнали о своей болезни?

Я восемь месяцев до этого ходила по врачам. Жаловалась на усталость и дискомфорт в груди. В конце концов, нащупала у себя какое-то образование и пошла в поликлинику, потом к хирургу, гинекологу, онкологам. Мне говорили, не волнуйтесь, это киста, мастопатия. На тот момент мне было 35 лет, и мы с мужем планировали третьего ребенка. Врачи обнадеживали: причин откладывать беременность нет. Я лечилась, но мне стало еще хуже: были боли, я не могла даже поднять руку. Меня отправили на УЗИ. Я очень хорошо помню тот момент, как врач посмотрел и сказал: «Боже, ну как можно было так затянуть! Беги быстрее, успеешь еще до 31 декабря сделать анализы». Но я уже и так все знала, я слышала свой организм. Когда услышала диагноз, не

испугалась и не удивилась, а даже почувствовала облегчение. Потому что определенность, какая бы она ни была, лучше, чем неведение.

2. Была ли Вам нужна помощь психолога?

Нет, помощь психолога мне не была нужна. У меня позитивный склад ума. Он и есть мой внутренний ресурс, который дает силы бороться с болезнью. Но самое важное – это поддержка родных. *Я знаю много историй, когда жизнь в семьях разграничивается до и после того, как они узнали о диагнозе. У нас так не было. Я вообще не почувствовала, что что-то во мне стало неполноценным. И если когда-то и были такие мысли, муж мог стукнуть кулаком по столу и сказать: «Что ты такое вообще придумываешь?». Конечно, разные бывают ситуации, ведь мы все время вместе и оба варимся в этом, где-то эмоционально можем истощиться. Но мы знаем, что мы вместе, это такой стержень непоколебимый.*

3. Испытывали ли Вы усиленную жалость со стороны окружающих?

Многие друзья от меня отвернулись — стеснялись позвонить, спросить, нужна ли какая-то помощь.

4. Изменились ли Вы после диагноза как человек?

Сейчас я поняла, что надо уметь говорить нет, иногда отказать интересам даже самым близким. Это не эгоизм, а сохранение внутри такого личного-личного. Это важно. А еще я стала больше любить себя, – смеется она. – Всегда любила, а стала еще больше. Я начала по-другому смотреть на жизнь. Теперь никуда не бегу и ценю каждую прожитую минуту. Больше времени провожу с семьей и своими близкими.

б. Как Вам удастся совладать с негативными мыслями?

Я стараюсь не думать о плохом, мне еще в жизни нужно много чего успеть.

6. Как Вам удается совладать с болью?

Сначала ты думаешь: собственный организм тебя предал – это очень тяжелый удар. Но потом берешь себя в руки, мобилизуешь все силы и начинаешь бороться. Знаете, я прошла хоспис. Боль нельзя было остановить, и лекарства не помогали. Там люди уходят постоянно, но для меня двери хосписа были открыты для жизни. Мой терапевт сразу сказала: «Я тетка вредная и от тебя не отцеплюсь», – и я поняла, что мы подружимся. Они купировали боль, а потом она снизилась. Сейчас звонят мне периодически и спрашивают: «Ты помнишь, что боль нельзя терпеть? Ты ее не терпишь?». Там очень хорошие люди работают.

7. Какой образ жизни вели до заболевания?

Я всегда жила так, как надо. Не ем вредное, люблю каши и правильное питание, для меня главное – семья и взаимоотношения. Тогда за что все это мне? Я спрашивала себя: почему жизнь не расставляет акценты на твоих добродетелях? Иногда я плачу, ругаюсь, злюсь чаще, чем раньше. Могу с Богом поспорить, что ты за «письма счастья» мне шлешь, я же ничего не понимаю, зачем эти символы? Да, мне кажется, я знаю, откуда это все. Был в моей жизни такой период, когда я долго и много отказывалась от себя истинной. Когда внутри прячешь очень сильное недовольство. Ты отдаешь себя детям, мужу, говоришь себе, что надо работать, строиться, что-то делать для нас всех. Но есть какая-то часть тебя, только твоя, от которой ты отказываешься.

8. Есть ли советы по предотвращению данного заболевания?

Слушать свой организм

9 Верите ли Вы в бога?

Да, верю. Пройдя все испытания, я теперь знаю, какие внутренние силы есть у человека. А еще поняла, насколько в беде познаются люди. И как важно быть ближе к тем, кому мы дороги, и вовремя попрощаться с теми, кто не несет в нашу жизнь никакого позитива.

10.Обращались ли Вы к нетрадиционной медицине?

Во время химиотерапии у меня начались проблемы с сердцем. Ей прописали «бабушкины» лекарства и рекомендовали не перетруждаться. *А я вычитала, что в моем состоянии полезно заниматься спортом! Не так, чтобы изматывать себя, но, чтобы поддерживать тело в тонусе. И я пошла в тренажерку – ходила пять дней в неделю по 2,5 часа в день. А врачам даже говорить боялась, что езжу на велосипеде – на дачу обычно по 30-40 километров. И что бы вы думали – ушла с этих таблеток, сердце нормализовалось.*

11.Ваши рекомендации человеку, который недавно узнал о своем диагнозе?

Ни в коем случае не отчаиваться и не сдаваться!

Психосоциальные потребности онкологических больных:

Анализируя результаты интервью Ирины обращает на себя внимание ее позитивный настрой, вера в светлое будущее. Ирина уверена, что во многом справиться ей помог ее позитивный настрой и теплота и забота ее семьи.

Интервью Ирины, возраст 17 лет, диагноз: саркома

2. Как вы узнали о своей болезни?

В начале октября 2019 года меня стала беспокоить очень сильная боль в пояснице. Я три дня лежала дома с высокой температурой, принимала антибиотики. Думала, что всё пройдет само собой, но этого не произошло. В

итоге я вызвала скорую. Так я оказалась в больнице. Там я провела месяц, но врачи так и не смогли поставить мне точный диагноз. Тогда меня перенаправили в Москву.

В ДГКБ №9 им. Г. Н. Сперанского я повторно прошла обследование, в ходе которого мне сделали биопсию подвздошной кости. По её результатам мне диагностировали болезнь Горхема-Стаута (редкое заболевание, при котором на месте кости образуется доброкачественная опухоль кровеносных сосудов, и кость просто разрушается J). Мне назначили годовой курс иммуносупрессантов (препаратов, понижающих иммунитет).

Лекарства не дали никакого эффекта, а боли в пояснице продолжали меня беспокоить.

Врачи решили провести повторное обследование и пересмотреть мой диагноз. Тогда меня снова перенаправили в другую больницу – на этот раз в МИЦ им. В. А. Алмазова в Петербурге.

В Питере я прошла ПЭТ/КТ (вид томографического обследования, позволяющий увидеть злокачественные новообразования), повторно сделала МРТ. После сдачи всех анализов врачи наконец установили мой диагноз – саркому Юинга левой подвздошной кости. К счастью, болезнь нашли на той стадии, когда метастаз ещё нет, поэтому шансы на выздоровление есть – по словам врачей, 70 к 30 в мою пользу.

Точную стадию я смогу узнать только после генетического исследования, а для этого нужно пройти открытую биопсию. Сделать этого я пока не могу, потому что у меня не очень хорошие анализы и она может навредить мне.

2. Была ли Вам нужна помощь психолога?

Я знала, что такое злокачественная опухоль — мой дедушка умер от рака печени. Но сама я всегда легкомысленно к этому относилась. Казалось, что рак может быть у каждого, но только не у меня.

Реакция на диагноз у меня была незамедлительной. Я ушла в истерику. Прорыдав четыре часа своей жизни, я поняла, что это, в принципе, не конец, и жить дальше можно. А точнее — нужно.

3. Испытывали ли Вы усиленную жалость со стороны окружающих?

4. Какая помощь конкретно и от каких людей была в процессе химиотерапии?

Узнав о моей болезни, друзья и близкие стали потихоньку испаряться из моей жизни. Но я не расстроилась – я и не надеялась на них.

Моей главной опорой в данной ситуации стала моя мама. Без неё я бы уже на первом блоке химиотерапии сдалась. Она поддерживает для меня во всём: готовит вкуснейшую еду для меня, даже в онкологическом отделении, разбирается в диагнозе и бьётся за моё здоровье до последнего.

После выздоровления я мечтаю накопить денег и свозить маму на Мальдивы, ведь она как никто другой этого заслуживает. Она – мой герой. Папа помогает по возможности, я тоже это очень ценю. В подобной ситуации, самое главное – поддержка близких тебе людей, без этого никуда. Я готова пережить всё ради моих родителей.

5. Изменились ли Вы после диагноза как человек?

После постановки диагноза моя прежняя жизнь полностью разрушилась. Я не знала, что делать и куда себя деть. Ещё совсем недавно я могла спокойно дышать свежим воздухом у себя во дворе, гулять со своими друзьями, готовиться к экзаменам. Сейчас же я вынуждена бороться за каждый лейкоцит в своих анализах и испытывать жуткие боли в полном непонимании, когда это всё закончится. Я не знаю, возможно ли вообще к этому привыкнуть, но я подбадриваю себя как могу.

Сейчас я прохожу первый курс химиотерапии. Благодаря ей мне теперь не так больно, как раньше, но самочувствие после капельницы оставляет желать лучшего по понятным причинам. В дальнейшем меня ждёт пересадка костного мозга или облучение.

Чтобы хоть как-то развеселить себя, я решила снимать видео о своей болезни в TikTok. Я делала это чисто для себя и друзей и не ожидала, что мои ролики привлекут столько людей (у Иры больше 100 тысяч подписчиков). Такая популярность меня немного настораживает, но я рада каждому подписчику.

Иногда мне писали ребята, у которых тоже есть онкологические заболевания. У меня есть отдельная беседа с такими людьми. Сейчас там 17 человек. Мы общаемся и поддерживаем друг друга.

6. Как Вам удается совладать с негативными мыслями?

Очень много людей хотят пообщаться со мной, по возможности я стараюсь отвечать всем в соцсетях. Я всегда рада новому общению и очень люблю аудиторию, которая у меня есть.

Время от времени мои видео попадают под блокировку. Причины всегда разные. Возможно, некоторые мои шутки данная площадка просто не воспринимает.

Были случаи, когда люди обвиняли меня в хайпе, обмане других. Я отношусь к таким комментариям спокойно, даже иногда шучу над ними в ответ. Меня даже радует, что у людей есть критическое мышление. Мне кажется, что люди видят обман в моих видео из-за моего позитивного настроения на будущее. Все привыкли, что при онкологическом заболевании человек впадает в депрессию и перестаёт видеть что-то светлое в том мире. Я же всегда стараюсь находить только хорошее.

7. Отличается ли вашу жизнь «до» диагноза с жизнью «после»?

Химиотерапия, иммуносупрессанты, контроль лейкоцитов и наблюдение врачей. После химиотерапии у Иры стали выпадать волосы. Теперь мой мир

состоит не из друзей и школы, а из тяжёлой борьбы с саркомой Юинга. Чтобы проще справиться с плохими новостями я записываю тиктоки, в которых высмеиваю свою болезнь, общаюсь с подписчиками. В соц.сетях я очень популярна. Мое реальное общение заменил виртуальный мир.

8. Как Вам удается совладать с болью?

Принимаю обезболивающие препараты, назначенные врачом под контролем мамы.

9. Какой образ жизни вели до заболевания?

Как и все мои сверстники – ходила в школу, тусовалась, была активна.

10. Удастся ли Вам продолжать учиться?

Школу я не бросила – как и все, продолжаю учиться в дистанционном формате.

11. Есть ли советы по предотвращению данного заболевания?

Даже не знаю, я никогда не вела неправильный образ жизни, но тем не менее заболела.

12. Верите ли Вы в бога?

Да.

13.Обращались ли Вы к нетрадиционной медицине?

Нет, мое лечение – это только работа врачей.

14.Ваши рекомендации человеку, который недавно узнал о своем диагнозе?

Не отчаиваться и не опускать руки.

Психосоциальные особенности онкобольных:

Анализируя интервью Ирины обращает внимание, прежде всего, что несмотря на юный возраст она достаточно мудро рассуждает, не склонна к саможалости, верит в лучшее. Борется с болезнью не только с помощью медицины, но и «высмеивает» свою болезнь и говорит, что во многом юмор помогает сохранять ей позитивный настрой. Девушка не расстроена, что ее некогда друзья, практически исчезли из ее жизни. Вместо них она обрела гораздо больше виртуальных друзей, с которыми поддерживает общение, Ирина очень популярна в социальной сети, что бесспорно придает ей сил в борьбе с недугом.

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?