

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

Институт социально-гуманитарных технологий
Кафедра специальной психологии

Газарян Алина Сергеевна

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

МОДЕЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ
СОСТОЯНИЙ ОНКОБОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В СТАДИИ РЕМИССИИ

Направление подготовки 37.04.01 Психология.
Направленность (профиль) образовательной программы
Психологическое консультирование и психотерапия

ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ:

Заведующий кафедрой

доктор психол. наук, доцент Е.А. Черенева
(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

06.12.24. Е.А. Черенева
(дата, подпись)

Руководитель магистерской программы
канд. психол. наук, доцент Н.Ю. Верхотурова
(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

06.12.24. Н.Ю. Верхотурова
(дата, подпись)

Научный руководитель
канд. биолог. наук, доцент Н.А. Лисова
(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

06.12.2024 Н.А. Лисова
(дата, подпись)

Обучающийся А.С. Газарян
(фамилия, инициалы)

06.12.2024 А.С. Газарян
(дата, подпись)

Красноярск, 2024

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА I. Теоретические основы изучения эмоциональных состояний онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии	7
1.1. Сущность проявления онкологических заболеваний и особенности их протекания в стадии ремиссии	7
1.2. Психофизиологические особенности онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии.....	16
1.3. Характеристика и особенности эмоциональной сферы онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии.....	24
Выводы по первой главе	32
ГЛАВА II. Экспериментальное исследование эмоциональных состояний онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии	33
2.1. Организация и методы исследования эмоциональных состояний онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии	33
2.2. Особенности проявления эмоциональных состояний онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии.....	39
Выводы по второй главе.....	47
ГЛАВА 3. Психологическое сопровождение в коррекции эмоциональных состояний онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии	48
3.1. Методологические подходы к коррекции эмоционально-волевых нарушений у онкобольных пожилого возраста	48
3.2. Модель психологического сопровождения онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии.....	56
3.3. Психологическая программа коррекции эмоциональных состояний онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии	62
Выводы по третьей главе	75
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	76
БИБЛИОГРАФИЯ	79
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	92

РЕФЕРАТ МАГИСТЕРСКОЙ ДИССЕРТАЦИИ

Магистранта: Газарян Алины Сергеевны

По теме: «Модель психологического сопровождения эмоциональных состояний онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии».

Структура и объем выпускной квалификационной работы:– исследование включает в свое содержание введение, три главы, заключение, список литературы и приложение. 96 страниц, включая 6 рисунков, 11 таблиц и приложение. Количество использованных источников – 121.

Цель исследования – определить содержание эмоциональных состояний онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии и разработать на основе полученных данных программу коррекции для данной категории больных.

Объект исследования – эмоциональные состояния онкобольных пожилого возраста.

Предмет исследования – модель психологического сопровождения эмоциональных состояний онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии

Основная гипотеза исследования состоит в том, что эмоциональные состояния онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии будут характеризоваться следующим содержанием: сниженный фон настроения, неблагоприятное самочувствие и сниженный уровень активности; наличие личностной тревожности и проявлений депрессии. Предложенная модель сопровождения будет способствовать стабилизации эмоциональных состояний онкобольных.

Научная новизна исследования заключается в том, что на основе анализа и обобщения имеющихся подходов к рассмотрению феномена проявления онкологических заболеваний в научно-методической литературе, нами была представлена психологическая программа коррекции

эмоциональных состояний онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии.

Для решения поставленных задач использовались следующие группы **методов и методик:**

– общетеоретические методы: изучение, анализ и обобщение научной психолого-педагогической и методической литературы по проблеме исследования;

– эмпирические методы: метод опроса, тестирование.

– методы количественной и качественной обработки результатов исследования.

В исследовании использовались следующие диагностические методики:

1. Опросник «САН» (В. А. Доскин, М. П. Мирошников) [30];
2. Методика исследования личностной и ситуативной тревожности Спилбергера-Ханина [120];
3. Шкала депрессии Бека (Адаптация Н. В. Тарабриной) [84];
4. Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В.А. Жмурова [33].

База исследования: исследование проводилось на базе Красноярского краевого клинического онкологического диспансера им. А.И. Крыжановского. В исследовании приняли участие 40 испытуемых в возрасте 60-75 лет.

В ходе проведенного исследования были достигнуты следующие **результаты:**

1. Проведен теоретический анализ научной литературы по проблеме сущности проявления онкологических заболеваний и характеристик их протекания в стадии ремиссии.

2. Проанализированы имеющиеся исследования, раскрывающие психофизиологические особенности онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии и характеристику их эмоциональной сферы.

3. Проведено эмпирическое исследование эмоциональных реакций онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии, проанализировать полученные результаты.

4. Охарактеризованы содержательные особенности проявления эмоциональных состояний у онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии на основе полученных данных.

5. Изучены методологические подходы к коррекции эмоционально-волевых нарушений у онкобольных пожилого возраста.

6. Определена модель психологического сопровождения для онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии, учитывающую индивидуальные особенности и потребности данной группы пациентов.

7. Разработана психологическая программа коррекции эмоциональных реакций онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии.

Таким образом, достигнута основная цель исследования, заключающаяся в определении содержания эмоциональных реакций онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии и разработать на основе полученных данных программу коррекции для данной категории больных.

Научная новизна и теоретическая значимость исследования: состоит в разработке модели психологического сопровождения онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии. Вместе с этим, результаты исследования могут способствовать более полному анализу состояния здоровья пожилых онкобольных в стадии ремиссии и их потребностей, что открывает новые горизонты для междисциплинарных исследований, объединяющих онкологию, гериатрию и психологию.

Практическая значимость исследования состоит в уточнении содержания эмоциональных состояний онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии, и в разработке на основе этих данных соответствующей психологической программы коррекции, адаптированной под нужды пожилых онкобольных, которая может найти широкое практическое применение в

медицинских учреждениях и специализированных центрах социальной и психологической поддержки.

Апробация результатов исследования осуществлялась посредством написания и публикации научных статей. По теме исследования опубликованы статьи:

1. Газарян А.С. Оценка эмоциональных состояний больных с онкологическими заболеваниями // Научные исследования в высшей школе: Новые идеи, проблемы внедрения, поиск решений: Сборник статей по итогам Международной научно-практической конференции. Пермь, 24 октября 2024 г.- С 53-59.

2. Газарян А.С. Характеристика и особенности эмоциональной сферы онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии // Трансформация национальной научной школы России: от идеи к реализации: Сборник статей по итогам Международной научно-практической конференции. Иркутск, 04 ноября 2024 г.- С 101-106.

ABSTRACT OF MASTER'S THESIS

Master's student: Gazaryan Alina Sergeyevna

On the topic: "Model of psychological support for the emotional states of elderly cancer patients in remission."

Structure and volume of the final qualification work: the research includes an introduction, three chapters, conclusion, bibliography, and appendix. 96 pages, including 6 figures, 11 tables, and an appendix. The number of sources used – 121. Purpose of the study: to determine the content of the emotional states of elderly cancer patients in remission and, based on the data obtained, to develop a correction program for this category of patients.

Object of study: emotional states of elderly cancer patients.

Subject of research: Model of psychological support for emotional states of elderly cancer patients in remission

The main hypothesis of the study is that the emotional states of elderly cancer patients in remission will be characterized by the following content: reduced mood, unfavorable health and reduced level of activity; the presence of personal anxiety and manifestations of depression. The proposed support model will help stabilize the emotional states of cancer patients.

To solve the set tasks, the following groups of methods and techniques were used:

- General theoretical methods: study, analysis, and generalization of scientific psychologo-pedagogical and methodological literature on the research problem;
- Empirical methods: questionnaire method, testing.
- Methods of quantitative and qualitative processing of research results.

The following diagnostic techniques were used in the study:

1. Questionnaire “SAN” (V. A. Doskin, M. P. Miroshnikov) [30];

2. Method for studying personal and situational anxiety by Spielberger-Khanin [120];

3. Beck's Depression Scale (Adaptation by N. V. Tarabrina) [84];

4. Differential diagnostics of depressive states by V. A. Zhmurov [33].

Research base: the study was conducted at the Krasnoyarsk Regional Clinical Oncology Dispensary named after A. I. Kryzhanovsky. The study involved 40 subjects aged 60-75 years.

The following results were achieved during the study:

1. A theoretical analysis of the scientific literature on the essence of the manifestation of oncological diseases and the characteristics of their course during the remission stage was conducted.

2. Existing studies revealing the psychophysiological features of elderly cancer patients in the remission stage and the characteristics of their emotional sphere were analyzed.

3. An empirical study of the emotional reactions of elderly cancer patients in the remission stage was conducted, and the obtained results were analyzed.

4. The substantive features of the manifestation of emotional states in elderly cancer patients in the remission stage were characterized based on the obtained data.

5. Methodological approaches to the correction of emotional-volitional disorders in elderly cancer patients were studied.

6. A model of psychological support for elderly cancer patients in the remission stage was determined, taking into account the individual characteristics and needs of this patient group.

7. A psychological program for correcting the emotional reactions of elderly cancer patients in the remission stage was developed.

Thus, the main goal of the study was achieved, consisting of determining the content of emotional reactions of elderly cancer patients in the remission stage and developing a correction program for this category of patients based on the obtained data.

The scientific novelty and theoretical significance of the research lie in the development of a model of psychological support for elderly cancer patients in the remission stage. At the same time, the research results may contribute to a more comprehensive analysis of the health status and needs of elderly cancer patients in the remission stage, opening new horizons for interdisciplinary research connecting oncology, geriatrics, and psychology.

The practical significance of the research consists in clarifying the content of emotional states of elderly cancer patients in the remission stage and in developing a corresponding psychological correction program based on this data, adapted to the needs of elderly cancer patients, which can find wide practical application in medical institutions and specialized centers of social and psychological support.

The approval of the research: results was carried out through the writing and publication of scientific articles. On the topic of the research, the following articles were published:

1. Gazaryan A.S. Assessment of emotional states of patients with oncological diseases // Scientific research in higher education: New ideas, implementation problems, search for solutions: Collection of articles based on the results of the International Scientific and Practical Conference. Perm, October 24, 2024.- P. 53-59.

2. Gazaryan A.S. Characteristics and features of the emotional sphere of elderly cancer patients in remission // Transformation of the national scientific school of Russia: from idea to implementation: Collection of articles based on the results of the International Scientific and Practical Conference. Irkutsk, November 4, 2024.- P. 101-106.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность. С точки зрения эпидемиологии, онкология занимает значительное место среди наиболее распространенных причин заболеваемости и смертности во всем мире [115], что подчеркивает необходимость глубокого изучения последствий онкологических заболеваний и разработки эффективных подходов к реабилитации лиц, столкнувшихся с ними. С учетом глобального старения населения растет количество людей, страдающих от онкологических заболеваний. Сегодня пожилые пациенты составляют значительную долю среди онкобольных, и важным этапом в лечении такого заболевания является стадия ремиссии, которая характеризуется уменьшением признаков болезни или полным их исчезновением после лечения.

Особое внимание на сегодняшний день стоит уделить психологическому сопровождению пожилых онкобольных на стадии ремиссии, поскольку для многих пациентов этот этап представляет собой надежду на долгожданное выздоровление и улучшение качества жизни, но вместе с этим, зачастую доминирует страх возвращения болезни, что может негативно сказаться на их психоэмоциональном состоянии. Понимание интенсивности и держания эмоций онкобольных на стадии ремиссии крайне важно, поскольку эмоциональное напряжение может снизить качество жизни и препятствовать полноценной адаптации к жизни после лечения.

Вместе с этим, эмоциональные состояния пожилых онкобольных в стадии ремиссии влияют на их способность взаимодействовать с окружающими, что особенно важно для их социальной интеграции, которая в этот жизненный период представляет особую значимость [71; 83].

В целом, актуальность и значимость исследования эмоциональных состояний онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии заключается в том, что понимание содержания их эмоциональных переживаний позволяет подобрать наиболее эффективные методы и подходы в их сопровождении и

коррекции, позволяющие оптимально поддерживать психологический комфорт и способствовать стабилизации стадии ремиссии у данной категории больных. Пожилые онкобольные, пережившие лечение, находятся в процессе переосмысления своего существования и отношения к жизни. Изучение их эмоциональных состояний поможет также выявить, какие аспекты их опыта способствуют формированию устойчивых паттернов поведения и адаптации, а какие, наоборот, создают препятствия.

Обзор имеющихся на сегодняшний день исследований и трудов по обозначенной проблематике позволил отметить, что в практике наблюдается недостаток комплексных исследований, направленных непосредственно на изучение эмоциональных состояний онкологических больных пожилого возраста в стадии ремиссии. Это позволяет нам сформулировать противоречие между необходимостью более детального изучения эмоциональных состояний онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии для оказания более качественной помощи и поддержки таким пациентам и отсутствием прикладных исследований, позволяющих получить исчерпывающие данные для разработки эффективных программ психологического сопровождения таких клиентов.

Цель исследования – определить содержание эмоциональных состояний онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии и разработать на основе полученных данных модель психокоррекционной работы с данной категорией больных.

Объект исследования – эмоциональные состояния онкобольных пожилого возраста.

Предмет исследования – модель психологического сопровождения эмоциональных состояний онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии

Гипотеза исследования: предполагается, что эмоциональные состояния онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии будут характеризоваться следующим содержанием: сниженный фон настроения, неблагоприятное самочувствие и сниженный уровень активности; наличие личностной

тревожности и проявлений депрессии. Предложенная модель сопровождения будет способствовать стабилизации эмоциональных состояний онкобольных.

Задачи исследования:

1. Провести теоретический анализ научной литературы по проблеме сущности проявления онкологических заболеваний и характеристик их протекания в стадии ремиссии.

2. Проанализировать имеющиеся исследования, раскрывающие психофизиологические особенности онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии и характеристику их эмоциональной сферы.

3. Проведение эмпирическое исследование эмоциональных состояний онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии, проанализировать полученные результаты.

4. Охарактеризовать содержательные особенности проявления эмоциональных состояний у онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии на основе полученных данных.

5. Изучить методологические подходы к коррекции эмоционально-волевых нарушений у онкобольных пожилого возраста.

6. Определить модель психологического сопровождения для онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии, учитывающую индивидуальные особенности и потребности данной группы пациентов.

7. Разработать психологическую программу коррекции эмоциональных состояний онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии.

Для решения поставленных задач использовались следующие группы **методов и методик:**

– общетеоретические методы: изучение, анализ и обобщение научной психолого-педагогической и методической литературы по проблеме исследования;

– эмпирические методы: метод опроса, тестирование.

– методы количественной и качественной обработки результатов исследования.

В исследовании использовались следующие диагностические методики:

1. Опросник «САН» (В. А. Доскин, М. П. Мирошников) [30];
2. Методика исследования личностной и ситуативной тревожности Спилбергера-Ханина [120];
3. Шкала депрессии Бека (Адаптация Н. В. Тарабриной) [84];
4. Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В.А. Жмурова [33].

Теоретическая значимость исследования состоит в разработке модели психологического сопровождения онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии. Вместе с этим, результаты исследования могут способствовать более полному анализу состояния здоровья пожилых онкобольных в стадии ремиссии и их потребностей, что открывает новые горизонты для междисциплинарных исследований, объединяющих онкологию, гериатрию и психологию.

Практическая значимость исследования состоит в уточнении содержания эмоциональных состояний онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии, и в разработке на основе этих данных соответствующей психологической программы коррекции, адаптированной под нужды пожилых онкобольных, которая может найти широкое практическое применение в медицинских учреждениях и специализированных центрах социальной и психологической поддержки.

База исследования: Исследование проводилось на базе Красноярского краевого клинического онкологического диспансера им. А.И. Крыжановского. В исследовании приняли участие 40 испытуемых в возрасте 60-75 лет

Структура работы: исследование состоит из введения, трех глав, включающих 8 параграфов, заключения, списка литературы (121 источник, в том числе 11 на английском языке), приложения.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ ОНКОБОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В СТАДИИ РЕМИССИИ

1.1. Сущность проявления онкологических заболеваний и особенности их протекания в стадии ремиссии

Онкологические заболевания на сегодняшний день представляют собой серьезную проблему для здравоохранения, требующую комплексного подхода к диагностике, лечению и реабилитации пациентов. Онкологические заболевания характеризуются неконтролируемым делением и размножением аномальных клеток, что приводит к образованию опухолей, которые могут быть злокачественными (раковыми) или доброкачественными [10; 3]. Изучение сущности, особенностей проявлений и стадий онкологических заболеваний важно для ранней диагностики, персонализированного лечения и контроля течения болезни, что улучшает прогноз для пациентов и поиск эффективных способов медицинской и психологической помощи таким пациентам.

Как отмечается в справочной научной литературе, онкологические заболевания представляют собой группу патологий, характеризующихся неконтролируемым делением и размножением аномальных клеток, что приводит к образованию опухолей различных типов (злокачественные и доброкачественные новообразования) [19; 58]. Злокачественные опухоли имеют свойства инфильтрации окружающих тканей и метастазирования в другие органы, что делает их особенно опасными и сложными для лечения [58].

Инфильтрация заключается в том, что аномальные клетки опухоли проникают в соседние здоровые ткани, разрушая их структуру и нарушая нормальные физиологические функции. Это явление объясняется не только агрессивными свойствами злокачественных клеток, но и их способностью

продуцировать различные биологически активные молекулы, которые способствуют эрозии межклеточной матрицы и сосудов [43].

Метастазирование – это процесс, при котором злокачественные клетки покидают первичное очаговое образование и распространяются по всему организму через лимфатическую или кровеносную систему. Эти клетки могут формировать новые опухоли, называемые метастазами, в различных органах, таких как печень, легкие, кости и мозг. Процесс метастазирования включает несколько этапов: отделение клеток от первичной опухоли, миграция в кровеносные или лимфатические сосуды, выживание в ходе перемещения и колонизация нового места [104; 97; 99].

Одной из основных проблем, связанных с метастазированием, является то, что оно затрудняет установление точного диагноза и определение стадии заболевания. Появление метастазов зачастую сопутствует более агрессивному течению болезни и ухудшает прогноз выживания пациентов. Кроме того, различные метастатические опухоли могут проявляться с различными клиническими симптомами, что делает необходимым многосторонний подход в диагностике [97; 15; 77].

Так, онкологические заболевания могут поражать любые органы и ткани организма и проявляться разнообразными симптомами, такими как боль, изменение веса, усталость, и специфические признаки, зависящие от локализации и стадии болезни [3; 64].

Современные исследования (Д.А. Аббосов, О.И. Кит, Л.А. Наумова, Т.В. Пятчанина и др.) направлены на понимание молекулярных механизмов онкогенеза, что может способствовать созданию новых терапевтических стратегий, направленных на улучшение качества жизни пациентов и достижение лучших клинических исходов [3; 42; 59; 66].

Онкологические заболевания могут быть классифицированы по различным критериям, одним из которых является строение клеток опухоли. С точки зрения морфологического характера, злокачественные опухоли делятся

на несколько основных видов: карциномы, саркомы, лимфомы, меланомы и смешанные опухоли [48].

Карциномы представляют собой злокачественные опухоли эпителиального происхождения и являются наиболее распространенным типом онкологических заболеваний. Они могут возникать из различных типов эпителия, включая железистый, плоский и переходный. Примеры карцином включают рак молочной железы, легких, кишечника и предстательной железы. Эти опухоли характеризуются высокой агрессивностью и склонностью к метастазированию [31].

Саркомы, в отличие от карцином, развиваются из таких тканей как соединительная, мышечная ткань и сосуды. Они менее распространены, но могут быть крайне агрессивными. Примеры сарком включают остеосаркому, хондросаркому и липосаркому. Эти опухоли часто требуют радикального хирургического вмешательства, так как их инфильтрация в окружающие ткани может быть довольно обширной [4; 11; 31].

Лимфомы, представляющие собой опухоли лимфатической системы, возникают из клеток иммунной системы – лимфоцитов. Они делятся на две главные категории: Ходжкин-лимфома и неходжкинские лимфомы [92; 37]. Лимфомы могут проявляться как увеличенные лимфатические узлы, и их лечение требует специфического подхода, включая химио- и радиотерапию [31].

Меланомы – это злокачественные опухоли, возникающие из меланоцитов, клеток, отвечающих за пигментацию кожи. Меланома считается одним из наиболее агрессивных типов рака кожи, обладающим высокой способностью к метастазированию. Ранняя диагностика и операция могут значительно улучшить прогноз, однако, при запоздалом обращении за медицинской помощью, лечение становится более сложным [32; 112].

Смешанные опухоли характеризуются наличием различных типов клеток в одной опухоли и могут включать комбинации карцином, сарком и других злокачественных новообразований. Эти опухоли, как правило, требуют

индивидуального подхода к диагностике и лечению, учитывая сложность их клеточного состава [19].

Таким образом, классификация онкологических заболеваний по строению клеток опухоли позволяет лучше понять их биологию и патогенез, что, в свою очередь, способствует более целенаправленному подходу к диагностике и терапии, обеспечивая высокую эффективность лечения и улучшение прогноза для пациентов.

Развитие раковых заболеваний является сложным процессом, в котором взаимодействуют генетические, экологические и поведенческие факторы. Генетические мутации, как наследственные, так и возникающие под воздействием канцерогенов, играют ключевую роль в возникновении рака [22].

Канцерогены, включая химические вещества, такие как табачный дым и асбест, а также физические канцерогены, такие как ультрафиолетовое излучение, могут вызывать повреждения ДНК. Экологические факторы, включая загрязнение окружающей среды, также способствуют развитию онкологических заболеваний, поскольку токсичные вещества могут приводить к мутациям клеток [20; 22; 93; 56].

По имеющимся на сегодняшний день данным, употребление алкоголя и курение увеличивают вероятность различных видов рака [53], в то время как сбалансированное питание и физическая активность имеют защитный эффект [93; 68]. Инфекционные агенты, такие как вирусы папилломы человека и гепатита, также связаны с развитием определенных злокачественных новообразований [107].

Таким образом, факторы, способствующие развитию рака, представляют собой сложное взаимодействие различных аспектов, что важно учитывать при разработке стратегий профилактики и лечения онкологических заболеваний.

Обратимся к рассмотрению сущности ремиссии при онкологических заболеваниях и особенностях их протекания при полной и частичной ремиссии.

Стадия ремиссии при онкологических заболеваниях представляет собой период, в течение которого наблюдается значительное уменьшение или полное исчезновение признаков заболевания [6]. Именно наступление стадии ремиссии может указывать на успешность проведенного лечения и повышать качество жизни пациента.

Существует два основных типа ремиссии: полная и частичная. Полная ремиссия характеризуется отсутствием всех признаков и симптомов ракового заболевания, что подтверждается результатами медицинских обследований, таких как КТ, МРТ или ПЭТ-сканирование. В данном состоянии не наблюдается видимых опухолей, метастазов или других аномальных клеточных изменений, что дает основание для оптимистичного прогноза [9; 6].

Пациенты, достигшие полного исчезновения опухоли и метастазов, могут переходить на наблюдение и поддерживающую терапию, что зачастую ведет к снижению интенсивности медицинских вмешательств и, как следствие, уменьшению побочных эффектов. Это также позволяет врачу сосредоточиться на мониторинге возможных рецидивов и обеспечении здоровья пациента. При этом большое внимание уделяется регулярным обследованиям, чтобы своевременно выявить любые изменения в состоянии здоровья [19; 58].

Психологические аспекты полной ремиссии важны не менее клинических. Несмотря на отсутствие признаков заболевания, многие пациенты могут испытывать повышенный уровень тревожности и опасений по поводу возможного рецидива. Ощущение уязвимости остаётся со многими людьми даже в период ремиссии, что может приводить к психологическому дискомфорту и затруднениям в процессе адаптации к новому образу жизни [102; 103]. Это состояние может усугубляться недостатком информации о заболевании и поддерживающей терапии.

Положительным аспектом полной ремиссии является, однако, возможность для пациентов вновь сосредоточиться на своих жизненных целях, восстановлении эмоционального и физического здоровья [25]. Успех в лечении может способствовать повышению самооценки и улучшению общего

психологического состояния, позволяя людям активнее участвовать в социальной жизни и осуществлять ранее отложенные мечты и планы [45].

Частичная ремиссия, в свою очередь, подразумевает значительное уменьшение объема опухоли или общего числа злокачественных клеток, однако некоторые из них могут оставаться в организме. Это состояние может быть подтверждено уменьшением размера первичной опухоли или метастатических образований и может свидетельствовать о положительном отклике на лечение, даже если полный контроль над заболеванием еще не достигнут [9].

С клинической точки зрения частичная ремиссия дает основание для продолжения терапевтических мероприятий. При этом необходим регулярный мониторинг, чтобы оценивать эффективность дальнейших интервенций и выявлять возможности для улучшения состояния пациента. Такие пациенты часто продолжают получать химиотерапию, иммунотерапию или радиотерапию с целью достижения полной ремиссии или стабилизации заболевания [19; 43]. Кроме того, важно учитывать наличие побочных эффектов, которые могут негативно сказываться на переносимости лечения и качестве жизни. Владение информацией о текущем состоянии заболевания позволяет врачам разрабатывать индивидуализированные стратегии лечения и ухода [6].

Психологические аспекты частичной ремиссии не менее значимы. Пациенты могут испытывать смешанные чувства, включая надежду на дальнейшее улучшение, но и страх перед рецидивом болезни [25; 76]. Ощущение неопределенности и вечного ожидания новой волны лечения может приводить к повышенной тревожности и депрессии [50]. Часто пациенты задаются вопросами о будущем и качестве своей жизни, что может повлиять на их эмоциональное состояние и повседневные занятия [76].

Таким образом, стадия ремиссии играет особую роль в понимании особенностей протекания онкологических заболеваний, являясь индикатором

эффективности терапии и влияя на физическое и психологическое состояние больного.

Период ремиссии может вызывать у пациентов различные эмоциональные реакции и представления о болезни, которые влияют на их общее психоэмоциональное состояние и способность адаптироваться к новым условиям жизни.

Восприятие болезни пациентом в стадии ремиссии зачастую характеризуется амбивалентностью [34; 40]. С одной стороны, ремиссия может быть воспринята как успех в борьбе с раком, что приносит чувство облегчения и надежду на восстановление. Однако, с другой стороны, многие пациенты испытывают страх перед возможным рецидивом заболевания. Эта неопределенность и беспокойство могут создавать дополнительные эмоциональные нагрузки, затрудняя полное наслаждение периодом ремиссии. Ощущение уязвимости и страха возврата болезни становится распространённым явлением, что требует психологической поддержки и понимания [45; 44; 87]. Вместе с этим, некоторые пациенты, несмотря на клиническую ремиссию, могут сталкиваться с хроническими побочными эффектами лечения, которые влияют на их качество жизни и эмоциональное состояние [88; 21].

Анализ имеющегося опыта в данной исследовательской области (М. В. Кокк, О.И. Колайкова, М.В. Малеева, Г.А. Ткаченко и др.), позволяет отметить, что поддержка, как со стороны близких, так и медицинских работников, играет важную роль в период ремиссии [45; 44; 51; 89]. Наличие возможностей для общения с другими, кто пережил подобные испытания, способствует уменьшению чувства изоляции и тревожности. Группы поддержки, психологическая терапия и образовательные программы могут предоставить пациентам актуальную информацию о их состоянии и способах управления эмоциями. Пополнение знаний о заболевании и возможных последствиях лечения помогает укрепить уверенность в себе и ощущение контроля над ситуацией [45; 44].

Наступление ремиссии при онкологических заболеваниях зависит от различных аспектов. В большей степени на этот процесс оказывает влияние само содержание терапии, образ жизни пациента, а также его индивидуальные особенности.

Как уже было рассмотрено ранее, терапия представляет собой один из наиболее значимых факторов, влияющих на наступление ремиссии. В этом аспекте важно подчеркнуть значимость индивидуализированного подхода к выбору терапии, учитывающего молекулярные и генетические характеристики опухоли, который способен существенно повысить вероятность достижения полной или частичной ремиссии [17]. Кроме того, корректное соблюдение предписанного режима лечения и регулярный мониторинг состояния пациента являются критически важными для оценки эффективности терапии и внесения необходимых корректив в лечение [25; 17].

Исследования показывают (А. А. Палагина, А.Г. Петров, Е. Р. Уральская и др.), что пациенты, ведущие активный образ жизни и придерживающиеся сбалансированного питания, имеют лучшие шансы на наступление ремиссии [67; 25; 94]. Также важно учитывать факторы, способствующие уменьшению стресса, такие как практики медитации и релаксации, которые могут позитивно сказаться на психоэмоциональном состоянии и способствовать улучшению ответа организма на терапию [44; 18].

Индивидуальные особенности пациента, включая возраст, пол, генетическую предрасположенность и состояние здоровья, также оказывают влияние на вероятность наступления ремиссии. Генетические факторы, такие как наличие определенных мутаций или полиморфизмов в генах, могут предопределять не только риск развития рака, но и ответ на терапию [90]. Психологическое здоровье пациента, его эмоциональная устойчивость и уровень социального окружения тоже играют важную роль, так как они могут влиять на восприятие болезни и активное участие в процессе лечения [69; 83].

Таким образом, течение онкологических заболеваний при наступлении ремиссии зависит от множества различных факторов, основными из которых

можно назвать сочетание терапевтических методов, образа жизни и индивидуальных особенностей пациента. Учет этих факторов в рамках комплексного подхода к лечению может значительно повысить вероятность успешного исхода, что подчеркивает важность мультидисциплинарного подхода в онкологической практике.

По результатам проведенного анализа научной литературы можем сделать вывод о том, что сущность проявления онкологических заболеваний и особенности их протекания в стадии ремиссии представляют собой комплексное взаимодействие клинических, биологических и психологических факторов. Онкологические заболевания характеризуются разнообразием симптомов и течений, что делает их диагностику и лечение сложными процессами. Период ремиссии, обозначающий значительное уменьшение или полное исчезновение признаков заболевания, сопровождается как клиническими улучшениями, так и психологическими изменениями у пациента. Важно учитывать, что ремиссия может быть частичной или полной, и каждая из этих стадий требует индивидуализированного подхода к управлению состоянием пациента. Психологическая поддержка, образ жизни и эффективные терапевтические стратегии играют ключевую роль в достижении и поддержании ремиссии. Таким образом, понимание особенностей проявления заболеваний и их течения в стадии ремиссии позволяет более эффективно формировать стратегии лечения и психологическую поддержку пациентов, улучшая их общее качество жизни.

1.2. Психофизиологические особенности онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии

Рассмотрение психофизиологических особенностей онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии имеет огромное значение для понимания необходимых подходов в работе и сопровождении данной категории населения. Период ремиссии представляет собой очень важный этап в

процессе восстановления пациента и адаптации к новым условиям жизни. Пожилые люди, пережившие онкологическое заболевание, сталкиваются с множеством вызовов, включая физические ограничения, хронические боли и сопутствующие заболевания, что может негативно сказаться на их общем состоянии здоровья. Изучение этих аспектов позволяет применять индивидуализированный подход к лечению и реабилитации, а также может повышать успешность терапии и позволит в перспективе максимально эффективно использовать ресурсы, направленные на восстановление.

Пожилой возраст, как этап человеческой жизни, традиционно определяется началом с периода 60-65 лет в среднем до 75. С точки зрения возрастной психологии, данный этап характеризуется рядом значительных изменений в когнитивной, эмоциональной и социальной сферах функционирования личности [85].

На когнитивном уровне наблюдаются тенденции к замедлению обработки информации, а также изменения в памяти и внимании. Многие пожилые люди могут испытывать трудности в усвоении новых знаний и навыков, что связано с общим снижением пластичности мозга [85; 73]. Эмоциональные аспекты также претерпевают трансформации: богатый жизненный опыт зачастую приводит к более сбалансированным эмоциональным состояниям, но риск развития депрессии и одиночества, особенно после потери близких, остается высоким [49].

Социальные изменения, происходящие в пожилом возрасте, также играют важную роль. Выход на пенсию и уменьшение числа социальных контактов могут влиять на качество жизни, изменяя прежнюю роль человека в семье и обществе. В то же время, многие пожилые люди начинают переосмысливать свои достижения, что может инициировать поиск нового смысла жизни через хобби, образование или волонтерскую деятельность [49; 61].

Физические возрастные изменения организма сопровождают психические трансформации. С возрастом наблюдается снижение

функциональной активности различных органов и систем, таких как сердечно-сосудистая и дыхательная, что может приводить к повышению восприимчивости к разного рода заболеваниям. В частности, возрастные изменения в костной и мышечной системах, включая саркопению и остеопороз, увеличивают риск падений и переломов [74]. Кроме того, изменение метаболизма также существенно сказывается на состоянии здоровья пожилых людей, приводя к проблемам с избыточным весом и обменом веществ [12]. Иммунная система, ослабевающая с возрастом, делает пожилых людей более уязвимыми перед инфекциями и разными болезнями, в том числе иммунодефицитной природы [7]. Доказано, что у людей с различными нарушениями функционирования иммунитета чаще развиваются онкологические заболевания [60; 65].

Таким образом, пожилой возраст представляет собой сложный период, в котором происходят значительные изменения в психическом и физическом состоянии человека. Понимание этих процессов имеет важное значение для разработки эффективных стратегий поддержки и повышения качества жизни пожилых людей, которые имеют онкологические заболевания в стадии ремиссии.

Как отмечают современные исследователи (О.Т. Мусаева, М.М. Соатов, Б. Р. Халилова) в пожилом возрасте распространенность хронических заболеваний значительно увеличивается, что оказывает мощное влияние на общую физическую активность и функциональное состояние человека. Среди наиболее часто встречающихся заболеваний в данной категории можно выделить сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, остеоартрит, хронические респираторные заболевания, а также психические расстройства, такие как депрессия и тревожные расстройства [57].

Сердечно-сосудистые заболевания, включающие гипертоническую болезнь, ишемическую болезнь сердца и сердечную недостаточность, являются одними из ведущих причин инвалидизации пожилых людей. Эти заболевания могут проявляться ограничением физической активности из-за

болей в груди, одышки и общей усталости. У пожилых лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями, как правило, наблюдается уменьшение выносливости, что затрудняет выполнение повседневных задач и негативно сказывается на качестве их жизни [39; 14].

Сахарный диабет 2 типа также представляет собой серьезную проблему в пожилом возрасте. Он сопровождается множеством осложнений, включая поражения сосудов, ухудшение зрения и проблемы с ногами. Контроль уровня глюкозы требует дисциплины, а проявления данного заболевания могут ограничивать физическую активность и снижать мотивацию к выполнению физических упражнений [57; 111].

Остеоартрит, характеризующийся дегенерацией суставного хряща, становится частым заболеванием среди пожилых людей. Это состояние вызывает болевые ощущения и ограничения в подвижности, что значительно снижает физическую активность и функциональную способность в повседневной жизни [35].

Хронические респираторные заболевания, такие как хронический бронхит и эмфизема, также могут стать причиной существенного снижения физической активности. Одышка и общее чувство усталости, возникающее при их наличии, ограничивают выносливость и качество жизни [57; 2].

Психические расстройства, включая депрессию и тревожные расстройства, также широко распространены среди пожилых людей. Они часто приводят к снижению уровня физической активности, вызывая социальную изоляцию и ухудшая общее состояние здоровья [39].

На фоне хронических заболеваний в пожилом возрасте влияние онкологических заболеваний становится еще более выраженным. Онкология сопряжена с необходимостью прохождения агрессивных методов лечения, таких как химиотерапия и радиотерапия, которые могут вызывать истощение, болевые ощущения и другие побочные эффекты. Хронические заболевания могут усложнять лечение рака, так как многие терапевтические подходы требуют индивидуального подхода к пациенту с учетом сопутствующих

заболеваний. Вместе с этим, в стадии ремиссии хронические заболевания могут затруднять восстановление организма после основного лечения рака и влиять на качество жизни пожилых людей. Пациенты с сопутствующими заболеваниями могут испытывать более выраженные побочные эффекты от лечения, что затрудняет дальнейшее движение к ремиссии (в случае частичной ремиссии) и поддержание этого состояния [86].

Вместе с этим, наличие хронических заболеваний может снизить иммунный ответ организма, что также негативно сказывается на состоянии пожилых пациентов в ремиссии. У пожилых людей с ослабленной иммунной системой возрастает риск рецидива рака, а также возникновения иных инфекционных заболеваний, что увеличивает вероятность госпитализации и ухудшает общее состояние здоровья [7].

Таким образом, хронические заболевания в пожилом возрасте оказывают значительное влияние на физическую активность и функциональное состояние пожилых онкобольных в стадии ремиссии. Они могут ослаблять иммунный ответ, увеличивать выраженность побочных эффектов от лечения и затруднять восстановление. Кроме того, наличие сопутствующих заболеваний влияет на качество жизни, эмоциональное состояние и социальную активность пожилых онкобольных в стадии ремиссии, снижая мотивацию к занятиям физической активностью и соблюдению рекомендаций по здоровому образу жизни, создавая серьезное препятствие для поддержания ремиссии и общего благополучия.

Лечение онкологических заболеваний у лиц пожилого возраста часто сопровождается разнообразными побочными эффектами, которые могут иметь значительные последствия в стадии ремиссии [16; 8].

Одним из наиболее ярких последствий агрессивного лечения, включая химиотерапию и радиотерапию, является ослабление иммунной системы (иммуносупрессия), что делает пожилых пациентов более восприимчивыми к инфекциям и другим заболеваниям, и может осложнять процесс реабилитации и увеличивать риск рецидива онкологического заболевания в стадии ремиссии.

Кроме того, некоторые противоопухолевые препараты могут вызывать длительные изменения в функционировании органов, таких как сердце, печень и почки, что в свою очередь может приводить к хроническим состояниям, требующим дальнейшего мониторинга и лечения [16; 12].

Физическая активность также нередко оказывается под угрозой. Пожилые пациенты в стадии ремиссии могут испытывать мышечную слабость и утомляемость, обусловленные как непосредственно онкологическим лечением, так и сопутствующими хроническими заболеваниями. Эти факторы могут значительно ограничивать выполнение повседневных задач и снижать общее качество жизни [86].

Вместе с этим, необходимо отметить, что у пожилых онкобольных в стадии ремиссии отмечается своеобразная характеристика когнитивных функций. По данным анализа имеющихся исследований (Т. Ahles [113], К. Hodgson [116], М. Janelsins [117], В. Weiss [121] и др.), Б. М. Зайдинер с соавторами установили, что в процессе лечения онкологических заболеваний у пожилых пациентов, находящихся в стадии ремиссии, часто наблюдаются онкогенные когнитивные расстройства (ОКР), наиболее выраженными из которых являются проблемы с памятью и вниманием, которые могут существенно снижать качество жизни пациентов [36].

У пожилых пациентов, проходящих химиотерапию, могут наблюдаться нарушения различных когнитивных компонентов, таких как визуальная и вербальная память, внимание, языковые и исполнительные функции, а также скорость переработки информации. Сравнение показателей пациентов, получавших химиотерапию, с контрольной группой без онкозаболеваний показывает значительное ухудшение результатов тестов на вербальную активность и зрительно-пространственные функции, а также небольшое снижение исполнительной активности. Однако не выявлено существенных различий в тестах на внимание, скорость переработки информации и в различных аспектах памяти [36].

Развитию когнитивных расстройств у пожилых онкобольных способствуют повышенные уровни цитокинов и повреждения «белого» вещества в мозговых структурах, а также риск нейротоксичности, связанный с применением высоких доз химиотерапии и многоуровневыми лечебными программами [121].

Кроме того, лучевая терапия, направленная на мозг, может приводить не только к когнитивным расстройствам, но и к головной боли и другим побочным эффектам. Важными факторами риска для постлучевых когнитивных нарушений являются возраст (старше 60 лет), доза облучения и наличие коморбидных сосудистых факторы риска. Исследования показывают, что облучение всего мозга более негативно сказывается на когнитивных функциях, чем радиохирургические вмешательства, и сочетание методов лечения повышает риск ухудшения памяти и способности к обучению [119; 114].

Также отмечается, что с увеличением возраста у онкобольных также наблюдается возрастающая предрасположенность к когнитивным нарушениям и риск их прогрессирования до деменции. Пожилые пациенты с жалобами на когнитивные расстройства могут быть чувствительны даже к незначительным изменениям психического состояния, которые не фиксируются стандартными нейропсихологическими тестами [36].

Таким образом, у пожилых онкобольных в стадии ремиссии отмечаются когнитивные расстройства, наиболее ярко проявляющиеся в виде проблем с памятью и вниманием, что негативно сказывается на качестве их жизни. Химиотерапия и лучевая терапия, особенно при облучении мозга, способствуют нарушениям различных когнитивных функций, таких как визуальная и вербальная память, внимание и исполнительные функции.

Д.А. Циринг, Е.А. Евстафеева провели исследование психологических особенностей женщин, страдающих раком молочной железы, в котором также приняли участие женщины пожилого возраста. Результаты исследования позволяют заключить, что женщины с раком молочной железы на стадии

ремиссии демонстрируют более высокое качество жизни по сравнению с пациентами на четвертой стадии. Ухудшение физического и психического состояния у больных 4 стадии онкозаболевания существенно снижает оценку ими качества своей жизни. В то же время, пациентки в стадии ремиссии имеют возможность достигать определенного уровня субъективного благополучия, что проявляется как в физическом, так и в психическом состоянии [102].

Н.И. Николаева отмечает, что многие пожилые онкобольные в стадии ремиссии начинают осознавать важность физической активности для поддержания здоровья и общего благополучия [61]. Регулярные физические упражнения, даже в легкой форме, могут значительно улучшать физическое состояние и способствовать высвобождению эндорфинов, что в свою очередь положительно сказывается на психоэмоциональном состоянии. И в этом аспекте исследователи (Н.Н. Николаева, Т.Н. Головина, А.Ю. Крылова) считают иппотерапевтическое воздействие, которое основывается на влиянии движений лошади на организм человека и связано с естественным шагом этого животного, очень важным для абилитации и реабилитации различных нарушений, а также для профилактики возможных осложнений, как в физическом, так и в психологическом состоянии. После проведенного курса иппотерапии с пожилой женщиной в стадии ремиссии, исследователь отметила у нее значительное улучшение психофизиологического состояния: обеспечено повышение качества жизни за счет уменьшения болевых ощущений и улучшения работы опорно-двигательного аппарата, стабилизировалось артериальное давление, снизились симптомы гипертонии и уровень глюкозы в крови; прекратились онемения стоп, улучшилось равновесие, координация, мышечная сила и ловкость, а также повысилась устойчивость к респираторным заболеваниям и нормализовалась работа пищеварительной и выделительной систем [61].

На основе этого можем заключить, что пожилые онкобольные в стадии ремиссии могут достигать значительных улучшений психофизиологического

состояния, благодаря регулярной физической активности и специфическим методам поддержки и терапии.

Таким образом, онкобольные лица пожилого возраста в стадии ремиссии сталкиваются с характерными психофизиологическими особенностями. Физическое состояние, несмотря на ремиссию, может быть осложнено усталостью и функциональными ограничениями, что негативно сказывается на повседневной жизни. Психофизиологические особенности онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии во многом определяются влиянием хронических заболеваний, которые оказывают негативное воздействие на физическую активность, иммунный ответ и общее состояние. Когнитивные расстройства, выражающиеся в проблемах с памятью и вниманием, также являются распространёнными, особенно в результате химиотерапии и лучевой терапии, направленных на мозг. Несмотря на эти сложности, пожилые пациенты могут достигать улучшений в психофизиологическом состоянии через регулярную физическую активность и специализированные методы терапии. Это подчеркивает необходимость комплексного подхода к реабилитации для повышения качества жизни онкобольных в стадии ремиссии. Важнейшие аспекты эмоциональной сферы онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии будут рассмотрены в следующем параграфе.

1.3. Характеристика и особенности эмоциональной сферы онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии

Эмоциональная сфера личности представляет собой комплекс эмоциональных переживаний, состояний и реакций человека, выражающих его чувства, переживания и отношения к окружающему миру и охватывает такие аспекты, которые влияют на поведение и психоэмоциональное состояние личности [27; 46]. Рассмотрение особенностей эмоциональной сферы пожилых онкобольных в стадии ремиссии имеет особое значение, поскольку состояние здоровья, перенесённые переживания и изменения в жизни могут приводить к значительным эмоциональным нагрузкам.

Кратко обратимся к особенностям эмоциональной сферы личности в период пожилого возраста. По результатам исследования Т. Л. Шабановой, И. В. Наумовой было выявлено, что у лиц пожилого возраста наблюдается высокая степень фрустрации и ригидности в ответ на трудности и негативные оценки действительности. У пожилых людей увеличивается потребность в романтических и акизитивных эмоциях, что служит адаптивным механизмом для достижения положительного эмоционального насыщения в условиях негативных переживаний. Кроме того, в этот период у личности нередко отмечается рост эмоциональной осведомленности и эмпатии, но при этом снижается способность к управлению своими эмоциями и самомотивации. Вместе с этим, исследователи выявили, что негативное отношение к будущему и окружающим также характерно для пожилых людей, что говорит о более выраженных негативных эмоциональных переживаниях [106]. Перечисленные особенности подчеркивают сложность и многообразие эмоциональной сферы личности в период пожилого возраста.

Особое внимание в рамках рассмотрения эмоциональной сферы онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии следует уделить их психоэмоциональной адаптации к жизни после болезни, которая является для онкобольных пожилого возраста не менее значимым этапом, чем лечение.

Обзор различных имеющихся на сегодняшний день исследований в обозначенной области, позволил отметить, что проблема психоэмоциональной адаптации к жизни после болезни у онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии имеет несколько ключевых аспектов:

- физические ограничения: после лечения пожилые люди могут испытывать усталость, слабость, боли, изменения в физической активности и другие физиологические изменения, которые влияют на их самовосприятие и способность вести привычный образ жизни [38; 110; 109; 86; 101; 106];
- психологические травмы: борьба с болезнью, переживание страха, тревоги, депрессии, а также страх рецидива, могут оказывать глубокое влияние

на психическое состояние и эмоциональное благополучие [83; 105; 102; 109; 79; 106];

– социальные изменения: в процессе лечения и реабилитации пожилой человек может столкнуться с изоляцией, потерей социальной роли, финансовыми трудностями, что усугубляет чувство одиночества и неуверенности в себе [70; 109; 79];

– изменения в семейных отношениях: болезнь и ее последствия могут привести к изменениям в семейной динамике, что требует перестройки ролевых функций и адаптации к новым условиям [83; 29];

– проблемы с принятием собственной болезни: пожилые люди могут испытывать сложности с принятием факта перенесенной болезни, осознанием ее влияния на их жизнь и жизнь близких, что мешает процессу адаптации [83; 70; 23; 72; 78].

Рассмотрим подробнее специфику и особенности разных аспектов эмоциональной сферы онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии.

Состояние здоровья пожилых людей в стадии ремиссии после онкологического заболевания характеризуется как физическими, так и психоэмоциональными изменениями. Физически они могут испытывать хороший уровень здоровья благодаря успешному лечению, но также сталкиваются с последствиями перенесенной болезни и побочными эффектами терапии, такими как усталость, слабость и хроническая боль [86; 101; 106].

По результатам анализа современных исследований (И.М. Шестопалова, Е.И. Семионкин, Т. Л. Шабанова и др.) психоэмоциональный фон пожилых лиц в этот период часто колеблется: с одной стороны, многие из них чувствуют облегчение и радость от ремиссии, что способствует положительному восприятию жизни. С другой стороны, они могут испытывать повышенную тревожность и страх рецидива, что негативно сказывается на их эмоциональном состоянии [108; 79; 106].

В целом, результаты имеющихся исследований позволяют нам отметить, что пожилые люди в стадии ремиссии могут испытывать как позитивные, так и негативные эмоции, и их общее психическое здоровье зависит от социального окружения, доступности поддержки, а также от владения методами управления стрессом и эмоциональным состоянием [101; 106; 29].

В первую очередь, у такой категории больных достаточно часто проявляется высокий уровень тревожности и страх рецидива через разнообразные эмоциональные, поведенческие и физические реакции, значительно влияющие на их психоэмоциональное состояние [83; 105; 41]. Пожилые пациенты могут испытывать постоянное беспокойство и навязчивые мысли о возможности повторного заболевания, что отражается в повышенной настороженности и частых консультациях с врачами. Эмоционально страх рецидива сопровождается чувством безысходности, печали и апатии, что негативно сказывается на качестве жизни и мешает испытывать радость [105; 41].

Физические проявления тревожности могут включать учащенное сердцебиение, потливость, бессонницу и потерю аппетита, что, в свою очередь, усугубляет общее состояние здоровья. Социальная изоляция также является распространенным следствием страха рецидива, поскольку пожилые люди могут избегать общения с друзьями и близкими, что лишает их необходимой поддержки. В ответ на высокий уровень тревожности пациенты нередко прибегают к участию в группах поддержки и включение в практику релаксационных техник [108; 79].

Так, уровень тревожности и страх рецидива у пожилых онкобольных требуют особого внимания со стороны медиков, специалистов и близких, чтобы помочь им справиться с эмоциональными трудностями в этот период.

Д.А. Циринг с соавторами, изучая психологические особенности женщин, больных раком молочной железы на стадии ремиссии и четвертой стадии, выявили, что пожилые пациентки в стадии ремиссии зачастую описывают себя как удачливых и везучих, что связано с позитивным прогнозом

выживания и уходом болезни в ремиссию. Это самоощущение является важным фактором, способствующим повышению качества их жизни и улучшению эмоционального фона. Женщины в стадии ремиссии демонстрируют более высокие показатели, указывающие на то, что они меньше чувствуют влияние эмоционального состояния на свою повседневную деятельность, чем их сверстницы с четвертой стадией онкозаболевания. Однако, вместе с этим, выявилось, что уровень личностной беспомощности, включающий такие характеристики, как малая продуктивность дивергентного мышления, склонность к депрессии и низкая настойчивость, более выражен у женщин на стадии ремиссии. Это может свидетельствовать о том, что больные с четвертой стадией заболевания склонны к более высокой мобилизации личностных ресурсов и готовности к принятию рисков и ответственности, что является реакцией на неблагоприятные прогнозы, связанные с диагнозом [102]. Таким образом, эти результаты позволяют нам сделать вывод о том, что пациенты в ремиссии склонны впадать в депрессию и отчаяние. Несмотря на физическое улучшение, достигнутое благодаря успешному лечению, многие пожилые люди сталкиваются с глубокими эмоциональными переживаниями, которые могут приводить к развитию депрессии.

Депрессия у онкобольных в стадии ремиссии может проявляться в различных формах, включая постоянное чувство пустоты, утрату интереса к ранее любимым занятиям, психическую и физическую усталость, а также ухудшение сна и аппетита [44; 50]. Эти симптомы, в свою очередь, способствуют снижению общего уровня активности и взаимодействия с окружающей средой, что усугубляет чувство изоляции и одиночества [96; 95]. Качество жизни таких пациентов может значительно страдать из-за депрессивных состояний. Эмоциональный дискомфорт, вызванный депрессией, может мешать им наслаждаться жизнью, оценивать её положительные аспекты и поддерживать социальные связи. Снижение социальной активности, в свою очередь, может приводить к ухудшению физического состояния, поскольку недостаток взаимодействия и поддержки со

стороны окружающих отрицательно сказывается на процессах восстановления [55].

Кроме того, депрессивные состояния могут повлиять на прием лекарств и соблюдение предписанных врачом рекомендаций, что увеличивает риск рецидива заболевания [75; 38]. Таким образом, выявление и адекватная терапия депрессии у онкобольных пожилого возраста являются важными аспектами их комплексного лечения и реабилитации, направленные на улучшение общего качества жизни и восстановление эмоционального благополучия.

Ряд авторов, исследующих и работающих с лицами с онкологическими заболеваниями, в том числе пожилого возраста в стадии ремиссии (Я. Гоулер, М. Куомо, Н. В. Финагентова) отмечают, что ощущение радости и благодарности за второй шанс на жизнь часто становится важным аспектом их психоэмоционального состояния. После тяжёлого опыта борьбы с заболеванием многие пожилые пациенты начинают переосмысливать свои жизненные ценности и приоритизировать значимые отношения и моменты. Это приводит к более глубокой оценке простых радостей повседневной жизни, таких как общение с близкими, занятия любимыми хобби или спокойные прогулки на свежем воздухе [24; 47; 96].

Эмоциональное переживание радости может проявляться в повышенной активности, интересе к жизни и стремлении активно участвовать в общественной жизни. Осознание того, что они получили «второй шанс», порождает чувство оптимизма и надежды на будущее. Благодарность за возможность продолжать свою жизнь после сложной терапии также может усиливать связь с окружающим миром и способствовать укреплению социальных связей [24; 47; 96].

Это позитивное эмоциональное состояние служит мощным источником мотивации для поддержания здорового образа жизни, включая физическую активность и соблюдение режима питания [75]. Кроме того, чувство радости и благодарности может стать основой для поиска смысла в жизни, что помогает

пожилым пациентам справляться с остаточными страхами и тревогами, связанными с их состоянием здоровья [5; 44].

Таким образом, ощущение радости и благодарности за второй шанс у онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии не только способствует их эмоциональному восстановлению, но и играет важную роль в общем процессе реабилитации и адаптации к жизни после болезни.

Ряд исследователей (Е. Б. Дмитрова, М. В. Малеева, Н. Ю. Трифонова и др.) подчеркивают, что социальные взаимодействия и поддержка играют важную роль в создании и сохранении положительного эмоционального состояния у пожилых онкобольных в стадии ремиссии, так как они способствуют увеличению доверия, поддержки и солидарности, что помогает им лучше восстанавливаться эмоционально [29; 51; 91]. Присутствие близких людей и активная социальная жизнь способствуют уменьшению стрессовых переживаний и формированию чувства безопасности, что в свою очередь способствует улучшению психоэмоционального благополучия [51; 100; 81].

И. А. Проценко в своем исследовании подчеркивает важность онлайн-взаимодействия как ресурса социальной адаптации больных онкологией людей. Как отмечалось ранее, пожилые люди с онкологическим диагнозом часто сталкиваются с социальной изоляцией, которая может быть вызвана не только депрессивными состояниями, но и стереотипами и трудностями, связанными с открытым обсуждением своей болезни. Эти внутренние барьеры негативно влияют на их социальную адаптацию, психологическое и физическое состояния, а также на ход лечения. В таких условиях многие пациенты начинают проводить больше времени в социальных сетях, что предоставляет им возможность получить различные виды поддержки. Общение в виртуальной среде способствует адаптации к новым условиям жизни, обеспечивая психологическую поддержку и чувство безопасности, что, в свою очередь, может благоприятно сказаться на лечении и ремиссии. Однако полное переключение на виртуальное общение не является целесообразным, поскольку живое взаимодействие обеспечивает телесную коммуникацию и

снижает риск агрессивных реакций собеседников, благодаря отсутствию анонимности и увеличенной ответственности за слова [71]. Таким образом, баланс между виртуальным и реальным общением является важным для полноценного восстановления и эмоционального благополучия онкобольных. Взаимодействие онкобольных в виртуальной среде может предоставить необходимые ресурсы для получения информации о состоянии здоровья и способах его поддержания, а также открыть доступ к группам поддержки и терапевтическим программам.

Так, активизация социального взаимодействия и укрепление социальных связей играют важную роль в повышении качества жизни онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии, улучшая их эмоциональное состояние и способствуя более благоприятному процессу реабилитации.

По результатам рассмотренного материала, можем отметить, что особенности эмоциональной сферы онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии имеют многогранный характер и отражают взаимообусловленность отдельных аспектов. Несмотря на физическое улучшение, достигнутое в результате успешного лечения, пожилые пациенты в стадии ремиссии часто имеют высокий уровень тревожности и страх возникновения рецидива, что существенно затрудняет их успешную психоэмоциональную адаптацию к жизни после болезни. Эмоциональная реакция на диагноз и переживания, связанные с процессом реабилитации, могут приводить к депрессивным состояниям, смене социальных ролей, чувству изоляции и потере социальных связей. Важным аспектом в этом ключе может являться переосмысление жизненных ценностей и целей у таких больных, что может способствовать как положительным изменениям, так и усилению внутреннего беспокойства. Поддержка со стороны близких, взаимодействие с медицинскими специалистами и участие в группах поддержки играют значительную роль в укреплении эмоционального благополучия данной категории пациентов. По итогам проведенного анализа, можем сделать вывод о том, что понимание и учет особенностей эмоциональной сферы онкобольных пожилого возраста в

стадии ремиссии имеет решающее значение для разработки и реализации эффективных реабилитационных программ, способствующих не только физическому, но и психологическому восстановлению данной категории лиц.

Выводы по первой главе

На основе теоретического анализа литературы сделаны выводы.

1. Онкологические заболевания представляют собой сложное взаимодействие клинических, биологических и психологических факторов, что усложняет их диагностику и лечение. Период ремиссии, обозначающий значительное уменьшение или исчезновение симптомов, связан как с клиническими, так и с психологическими улучшениями. Ремиссия может быть частичной или полной, что требует индивидуализированного подхода к управлению состоянием пациента.

2. Пожилые пациенты с онкологическими заболеваниями в стадии ремиссии сталкиваются с характерными психофизиологическими особенностями. Несмотря на ремиссию, физическое состояние может осложняться усталостью и функциональными ограничениями, что негативно сказывается на повседневной жизни. Вместе с этим, нередко когнитивные расстройства, часто возникающие после химиотерапии и лучевой терапии. Тем не менее, регулярная физическая активность и специальные терапевтические методы могут улучшить состояние таких пациентов, и в этом ключе особое значение приобретает комплексный подход к их реабилитации.

3. Эмоциональная сфера пожилых онкобольных в ремиссии имеет многоаспектный характер. Невзирая на физическое улучшение, высокий уровень тревожности и страх рецидива затрудняют их адаптацию. Они могут испытывать депрессию, социальную изоляцию и переосмысливать жизненные ценности. Поддержка близких, взаимодействие с медицинскими специалистами и группы поддержки играют важную роль в укреплении эмоционального благополучия. Учет особенностей эмоциональной сферы этой категории пациентов критически важен для разработки эффективных реабилитационных программ, направленных на их психологическое и физическое восстановление.

ГЛАВА 2. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ ОНКОБОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В СТАДИИ РЕМИССИИ

2.1. Организация и методы исследования эмоциональных состояний онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии

Целью экспериментального исследования являлось определение содержания эмоциональных состояний онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии и разработка на основе полученных данных программы коррекции для данной категории больных.

В рамках достижения поставленной цели в ходе экспериментальной работы последовательно решался ряд исследовательских задач:

1) подобрать и обосновать методы и методики экспериментального исследования;

2) проанализировать результаты исследования и определить основное содержание эмоциональных реакций онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии;

3) разработать психологическую программу коррекции эмоциональных реакций онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии

В исследовании приняли участие 40 респондентов пожилого возраста (от 60 до 75 лет), 20 испытуемых составили экспериментальную группу, участники которой имеют подтвержденный ранее в анамнезе диагноз наличия злокачественной опухоли, прошедших лечение и находящихся в стадии ремиссии онкологического заболевания; остальные 20 респондентов составили контрольную группу, участники которой не имели в анамнезе диагноза злокачественной опухоли, и не имеют никаких патологий по здоровью в текущий момент.

При формировании выборки нами был собран предварительный анамнез у респондентов, желающих принять участие в эксперименте. Анамнез включал

некоторые особенности течения заболевания, психологические особенности социальной ситуации развития на предыдущих и текущем возрастном этапе. В сформированной для исследования выборке возрастные, соматические и социально-психологические характеристики испытуемых являются однородными.

По данным исследований (Н. А. Русина, Т. Ю. Семиглазова, Г. А. Ткаченко, И. М. Шестопалова и др.) эмоциональный фон онкобольных нередко может характеризоваться сниженным фоном настроения, пониженной активностью, наличием апатии и пассивностью [75; 80; 88; 108]. Учитывая особенности психоэмоционального состояния пожилых пациентов, такие проявления зачастую являются предвестниками депрессивных состояний, и важно в этом ключе выявить изменения в настроении, активности и самочувствии, которые могут быть связаны как с онкологическим заболеванием, так и с особенностями жизни в пожилом возрасте. Пожилые люди часто испытывают повышенную тревожность из-за различных факторов, включая страх рецидива болезни [28; 83]. Выявление уровня тревожности пациентов данной категории является важным для понимания особенностей их эмоциональных состояний и для правильной корректировки подходов к психотерапевтической помощи.

Депрессия – распространенное состояние среди онкобольных, особенно в зрелом и пожилом возрасте [39; 50; 55]. Понимание депрессивных симптомов может помочь в улучшении качества жизни пациентов и снижении напряженности их эмоциональных реакций. Поскольку пожилые пациенты могут проявлять различные эмоциональные состояния, важно использовать точные инструменты для диагностики, которые позволят провести более углубленный анализ депрессивных состояний, дифференцируя их от других эмоциональных расстройств.

Исходя из этого, был подобран диагностический инструментарий для изучения эмоциональных состояний онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии:

1. Опросник «САН» (В. А. Доскин, М. П. Мирошников) [30];
2. Методика исследования личностной и ситуативной тревожности Спилбергера-Ханина [120];
3. Шкала депрессии Бека (Адаптация Н. В. Тарабриной) [84];
4. Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В.А. Жмурова [33].

Дадим краткое описание диагностических инструментов.

1. Опросник «САН» (самочувствие, активность, настроение) (В. А. Доскин, М. П. Мирошников) [30]. Цель методики – оценка функционального психоэмоционального состояния человека. Методика исследует три ключевых параметра:

1. Самочувствие – субъективные ощущения, отражающие физиологическую и психологическую комфортность человека.
2. Активность – степень взаимодействия человека с окружающей средой, определяемая интенсивностью его действий и темпераментом.
3. Настроение – устойчивые эмоциональные состояния, которые определяют общий эмоциональный фон и индивидуальные реакции на события.

Процедура проведения: испытуемому предлагается оценить свое состояние в настоящий момент с помощью таблицы, состоящей из 30 пар полярных признаков. Для каждой пары испытуемый выбирает ту характеристику, которая наиболее точно описывает его состояние, и отмечает соответствующее значение от 1 до 3.

При обработке результатов оценки конвертируются в «сырые» баллы от 1 до 7 на основе выбранных характеристик. Затем результаты группируются по трем категориям: самочувствие, активность и настроение. Каждой категории присваивается ряд чисел в зависимости от признаков. Полученные баллы по каждой категории делятся на 10 для получения среднего значения.

Обработка результатов подразумевает вычисление среднего балла по каждому показателю и интерпретируется следующим образом: баллы выше 4

указывают на благоприятное состояние испытуемого; баллы ниже 4 свидетельствуют о неблагоприятном состоянии; баллы в диапазоне 5,0–5,5 показывают нормальное состояние. При анализе важно смотреть не только на отдельные показатели, но и на их соотношение, что дает более полное представление о психоэмоциональном состоянии испытуемого.

Таким образом, методика «Самочувствие, активность, настроение» (САН) играет значимую роль в исследовании эмоциональных реакций онкобольных в стадии ремиссии, поскольку она позволяет комплексно оценить психоэмоциональное состояние пациентов

2. Методика исследования личностной и ситуативной тревожности Спилбергера-Ханина [120]. Целью методики является исследование психоэмоционального феномена тревожности. Методика исследует два основных параметра:

1. Реактивная (ситуативная) тревожность – временное состояние субъекта, проявляющееся в виде эмоционального напряжения и беспокойства в ответ на конкретные обстоятельства.

2. Личностная тревожность – устойчивое свойство, представляющее собой предрасположенность индивида воспринимать безопасные обстоятельства как угрожающие, что приводит к постоянным состояниям тревоги.

Методика состоит из 40 высказываний, разделенных на две шкалы: 20 вопросов определяют реактивную тревожность, а 20 – личностную. Участникам предлагается внимательно прочитать каждое утверждение и оценить его, зачеркивая цифру, которая соответствует их текущему состоянию (для ситуативной тревожности) или обычным ощущениям (для личностной тревожности). Обработка результатов: баллы по каждой из шкал начисляются согласно ключу, и суммируется общее количество баллов. Результаты сравниваются с нормативами: до 30 баллов – тревожность отсутствует; от 31 до 44 баллов – умеренная тревожность; 45 и более – выраженная тревожность.

Так, в рамках исследования методика предоставляет возможность оценить как текущие состояния тревожности пациентов, возникающие в ответ на изменения в здоровье или жизни пациента, так и устойчивые черты, которые могут повлиять на их восприятие ремиссии и качества жизни.

3. Шкала депрессии Бека (Адаптация Н. В. Тарабриной) [84]. Целью методики является количественная оценка симптомов депрессии у пациентов и исследует следующие параметры:

1. Эмоциональные состояния (грусть, безнадежность, подавленность).
2. Физические симптомы (утомляемость, изменения в аппетите, проблемы со сном).
3. Когнитивные функции (концентрация, затруднения в принятии решений).
4. Общая психоэмоциональная адаптация (социальные взаимодействия и интересы).

Опросник включает 21 категорию симптомов, из которых каждая содержит 4-5 утверждений, описывающих различные проявления депрессии. Участникам предлагается внимательно прочитать каждую группу утверждений и выбрать одно, которое наилучшим образом соответствует их состоянию на текущей неделе и сегодня. Каждое утверждение оценено по шкале от 0 (симптом отсутствует) до 3 (максимальная выраженность симптома).

Обработка результатов подразумевает суммирование оценок по всем категориям. Интерпретация результатов осуществляется по следующим критериям: 0-9 – отсутствие депрессивных симптомов; 10-15 – легкая депрессия (субдепрессия); 16-19 – умеренная депрессия; 20-29 – выраженная депрессия (средней тяжести); 30-63 – тяжелая депрессия.

Таким образом, Шкала депрессии Бека позволяет оценить степень проявления депрессии, что крайне актуально для пациентов в стадии ремиссии онкозаболевания, поскольку они могут переживать различные симптомы депрессии, связанные с заболеванием и его лечением.

4. Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В.А. Жмурова [33]. Цель методики – экспресс-диагностика выраженности депрессивного настроения у индивидов. Методика изучает следующие параметры, связанные с депрессивными состояниями:

1. Апатия – состояние равнодушия и безучастности к жизни и окружающим, с исчезновением эмоциональных проявлений.

2. Гипотимия – низкое настроение, характеризующееся печалью, разочарованием и снижением привязанности к жизни, с быстрым истощением положительных эмоций.

3. Дисфория – мрачное, угрюмое состояние с чувством враждебности и раздражительности; проявляется недовольством и агрессией.

4. Растерянность – чувство беспомощности и неуверенности, которое сопровождается нестабильностью внимания и озадаченностью.

5. Тревога – неопределенное чувство надвигающейся угрозы, сопровождаемое физическими ощущениями напряжения и дискомфорта.

6. Страх – общее чувство опасности, которое может быть связано с конкретными ситуациями или объектами, включая физические проявления внутреннего напряжения.

Методика состоит из 44 групп утверждений, каждая из которых предоставляет несколько вариантов проявления депрессивных состояний. Участникам требуется выбрать соответствующий вариант и отметить его, оценив проявление симптома по шкале от 0 до 3 (где 0 – отсутствие симптома и 3 – крайняя степень выраженности).

Обработка и интерпретация результатов: после выбора вариантов на все группы утверждений, определяется сумма отмеченных номеров ответов, которая одновременно является баллом. Интерпретация проводится по следующим уровням: 1-9 баллов – депрессия отсутствует или незначительная; 10-24 баллов – минимальная депрессия; 25-44 баллов – легкая депрессия; 45-67 баллов – умеренная депрессия; 68-87 баллов – выраженная депрессия; 80 и более – глубокая депрессия.

Можем отметить, что методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В.А. Жмурова позволяет быстро и объективно оценить уровень депрессивного настроения, которое может возникнуть у пациентов на фоне страха рецидива онкозаболевания, изменений в физическом состоянии или социальной изоляции.

Так, данный диагностический инструментарий позволяет всесторонне и комплексно изучить эмоциональные состояния онкобольных на стадии ремиссии, что, в свою очередь, способствует более глубокому пониманию их потребностей и разработке эффективных подходов к лечению и поддержке.

2.2. Особенности проявления эмоциональных состояний онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии

Проанализируем полученные результаты исследования в экспериментальной и контрольной группе испытуемых для выявления специфики содержания эмоциональных состояний онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии.

Результаты, полученные по итогам проведения методики «САН» (самочувствие, активность, настроение) В. А. Доскина, М. П. Мирошникова в контрольной и экспериментальной группе представлены на рисунке 1.

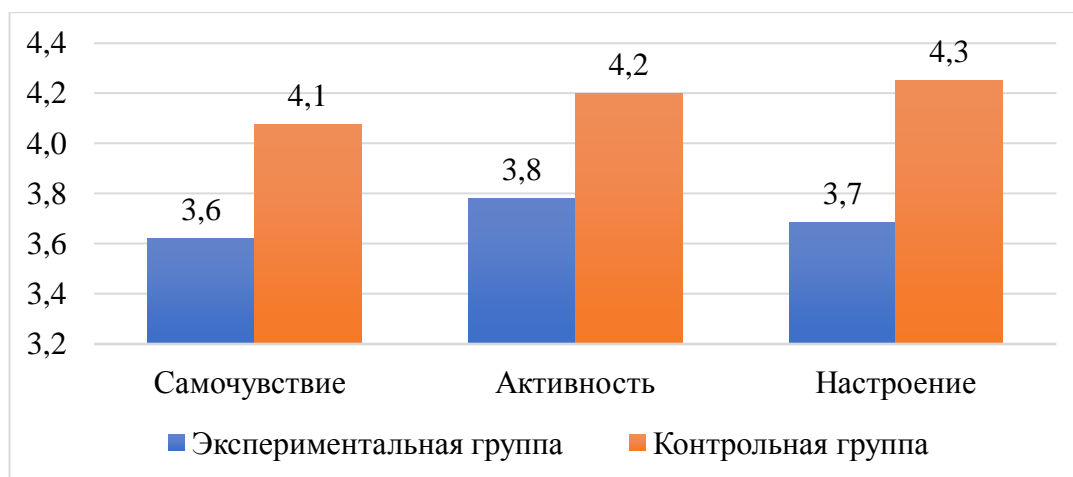


Рисунок 1. Средние значения по выборке в экспериментальной и контрольной группе по изучаемым параметрам методики «САН» (самочувствие, активность, настроение) В. А. Доскина, М. П. Мирошникова (в баллах)

Можем видеть, что средние показатели по изучаемым параметрам в экспериментальной группе находятся ниже порога 4 баллов, что указывает на наличие неблагоприятного эмоционального и физического состояния у испытуемых. Это может свидетельствовать о снижении качества жизни и возможных трудностях в адаптации или преодолении стрессовых ситуаций.

В то же время средние баллы по представленным параметрам в контрольной группе выше 4, что указывает на благоприятное состояние испытуемых. Это может свидетельствовать о лучшей эмоциональной стабильности и более высоком уровне жизненной активности по сравнению с экспериментальной группой.

В целом, полученные данные свидетельствуют о том, что участники экспериментальной группы находятся в менее благоприятном состоянии, чем участники контрольной группы. Это подчеркивает необходимость вмешательства или поддержки для улучшения состояния экспериментальной группы в будущем.

С целью доказательства достоверности различий по показателям самочувствия, активности и настроения мы обратились к статистическому анализу полученных при помощи U-критерия Манна-Уитни. В таблице 1 представлены результаты проведенного статистического анализа данных по методике «САН» в экспериментальной и контрольной группе.

Таблица 1. Результаты статистического анализа данных в исследуемых выборках по методике «САН»

	Самочувствие	Активность	Настроение
Экспериментальная группа	3.6	3.8	3.7
Контрольная группа	4.1	4.2	4.3
$U_{Эмп}$	130.5	135.5	89.5
p	≤ 0.05	≤ 0.05	≤ 0.01

Согласно полученным результатам, можем видеть, что по параметрам «Самочувствие» и «Активность» выявились достоверные различия в результатах между экспериментальной и контрольной группами на среднем уровне значимости ($p \leq 0.05$), а по параметру «Настроение» эти различия

выявились на высоком уровне значимости ($p \leq 0.01$). Это подтверждает преобладание у онкобольных в стадии ремиссии негативного настроения и наличие неблагоприятного самочувствия, а также выраженного недостатка у них энергии или мотивации по сравнению с их сверстниками, не имеющих патологий со здоровьем.

Обратимся к рассмотрению результатов, полученных по итогам проведения методики исследования личностной и ситуативной тревожности Спилбергера-Ханина в экспериментальной и контрольной группе. На рисунке 2 представлено количество испытуемых по уровням ситуативной тревожности.

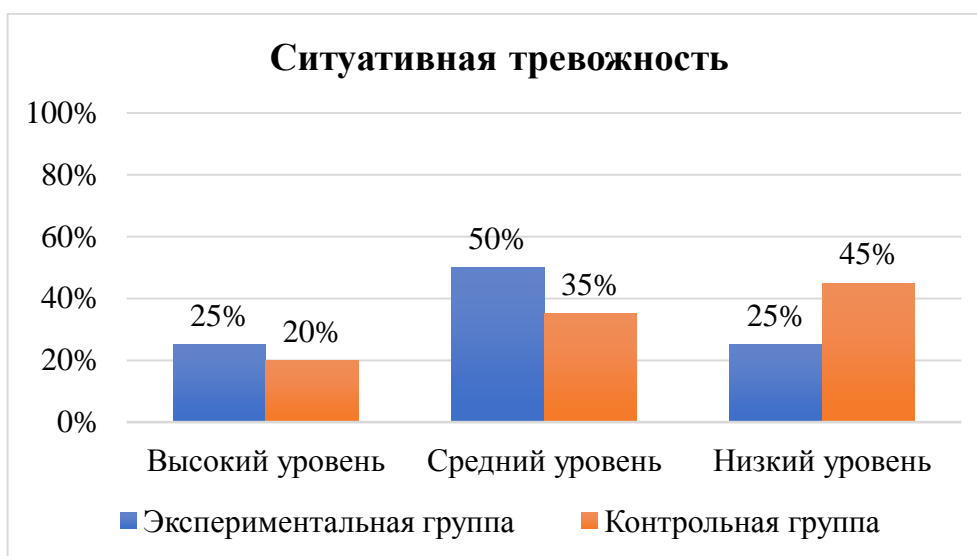


Рисунок 2. Количество испытуемых в экспериментальной и контрольной группе с разным уровнем ситуативной тревожности (в %)

Можем видеть, что в экспериментальной группе наблюдается несколько больше испытуемых с высоким уровнем ситуативной тревожности. 50% участников экспериментальной группы имеют средний уровень ситуативной тревожности, что значительно больше, чем 35% в контрольной группе. В экспериментальной группе только 25% участников имеют низкий уровень тревожности, в то время как в контрольной группе этот процент составляет 45%. Значительное различие свидетельствует о том, что у большего числа участников контрольной группы наблюдается более устойчивое и спокойное состояние. Таким образом, данные показывают, что участники

экспериментальной группы демонстрируют более высокие уровни ситуативной тревожности по сравнению с контрольной группой.

На рисунке 3 в процентном соотношении представлено количество испытуемых в каждой выборке с высоким, средним и низким уровнем личностной тревожности.

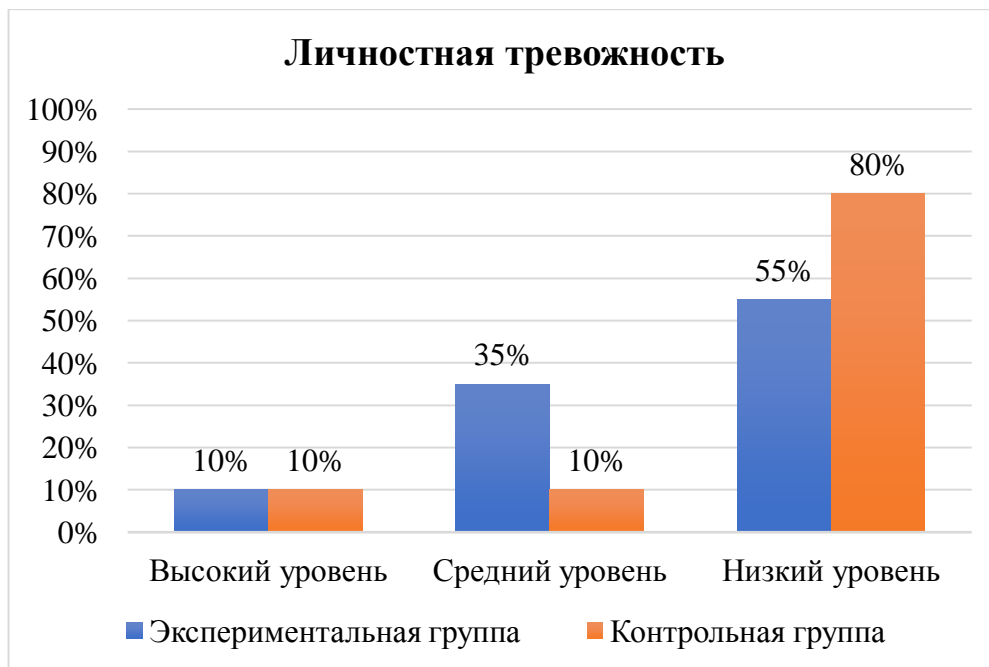


Рисунок 3. Количество испытуемых в экспериментальной и контрольной группе с разным уровнем личностной тревожности (в %)

Анализируя представленные данные, можем отметить, что в экспериментальной группе 35% участников имеют средний уровень тревожности, что значительно больше по сравнению с контрольной группой, в которой этот показатель составляет всего 10%. Это указывает на то, что участники экспериментальной группы испытывают более высокую тревожность в сравнении с контрольной группой. 55% участников в экспериментальной группе имеют низкий уровень тревожности, что значительно ниже по сравнению с контрольной группой, где 80% участников имеют низкий уровень тревожности. Это подчеркивает, что контрольная группа в целом находится в более стабильном и спокойном состоянии. В целом, участники экспериментальной группы имеют более высокий уровень личностной тревожности, по сравнению с контрольной группой.

С целью доказательства различий в проявлении ситуативной и личностной тревожности между испытуемыми ЭГ и КГ мы обратились к статистическому анализу при помощи U-критерия Манна-Уитни (таблица 2).

Таблица 2. Результаты статистического анализа данных в исследуемых выборках по итогам исследования ситуативной и личностной тревожности

	ситуативная тревожность	личностная тревожность
Экспериментальная группа	37.4	32.1
Контрольная группа	34.1	28.0
UЭмп	152.5	121
p	нет	≤ 0.05

Полученные результаты указывают на разницу между группами по уровню ситуативной тревожности не достигают статистической значимости. При этом разница между двумя группами по личностной тревожности является статистически значимой на среднем уровне достоверности (≤ 0.05). Это означает, что участники экспериментальной группы (средний балл 32.1) достоверно имеют более высокий уровень личностной тревожности по сравнению с контрольной группой (средний балл 28.0).

Обратимся к анализу результатов в исследуемых выборках по итогам проведения методики «Шкала депрессии Бека», которая позволила выявить наличие и степень выраженности депрессивных состояний (рисунок 4).

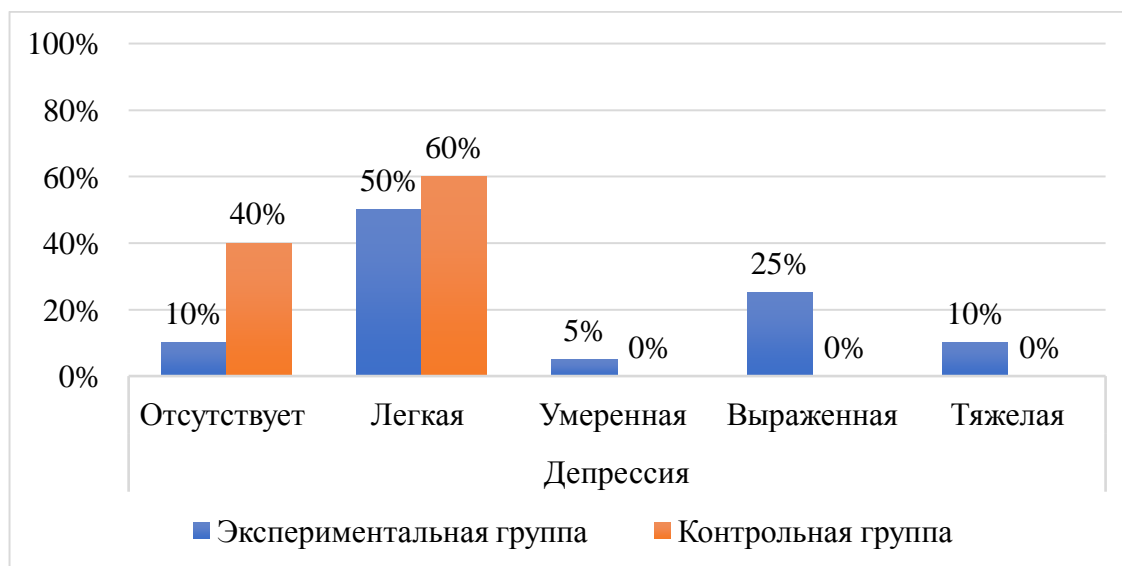


Рисунок 4. Количество испытуемых в экспериментальной и контрольной группе с разной степенью выраженности депрессии (в %)

В КГ 40% участников не испытывают признаков депрессии, тогда как в ЭГ этот показатель значительно ниже – только 10%. Это указывает на более низкий уровень психоэмоционального здоровья в ЭГ. У значительного количества участников обеих групп наблюдается легкая форма депрессии, однако КГ (60%) все же имеет чуть выше значение, чем экспериментальная (50%). В ЭГ 5% участников имеют умеренную депрессию, 25% – выраженную и 10% – тяжелую. В то же время КГ не имеет ни одного случая умеренной, выраженной или тяжелой депрессии, что подчеркивает резкое различие в состоянии психоэмоционального здоровья между группами.

В целом, полученные данные по методике «Шкала депрессии Бека» показывают, что контрольная группа имеет значительно более благоприятное психоэмоциональное состояние по сравнению с экспериментальной группой.

Для доказательства обнаруженных различий в проявлении депрессии между испытуемыми ЭГ и КГ мы обратились к статистическому анализу данных при помощи U-критерия Манна-Уитни. Средний показатель по проявлению депрессии в ЭГ составляет 17.7 баллов, в то время как в контрольной – 9.9 баллов. Проведенные расчеты статистического сравнения позволили получить результат $U_{Эмп} = 81$, что указывает на наличие статистически значимых различий в сравниваемых данных на высоком уровне достоверности ($p \leq 0.01$). Полученный результат подтверждает на статистическом уровне, что выраженность депрессии выше в ЭГ, среди онкобольных в стадии ремиссии, чем среди испытуемых в контрольной группе, которые не имеют патологий по состоянию здоровья.

Для более детального анализа проявления депрессивных состояний у испытуемых в исследуемых группах, обратимся к результатам проведения методики дифференциальной диагностики депрессивных состояний В.А. Жмурова, которая изучает наличие депрессивного состояния и его выраженность по таким параметрам как апатия, гипотимия, дисфория, растерянность, тревога, страх. Несмотря на то, что в рамках обработки результатов методики не выделяются перечисленные параметры в отдельные

шкалы, тем не менее, выраженность депрессивного состояния по данной методике позволяет нам судить о такой же степени выраженности перечисленных параметров, которые в методике составляют показатель депрессии. На рис. 5 представлено количество испытуемых в исследуемых выборках с разным уровнем выраженности депрессивных состояний.

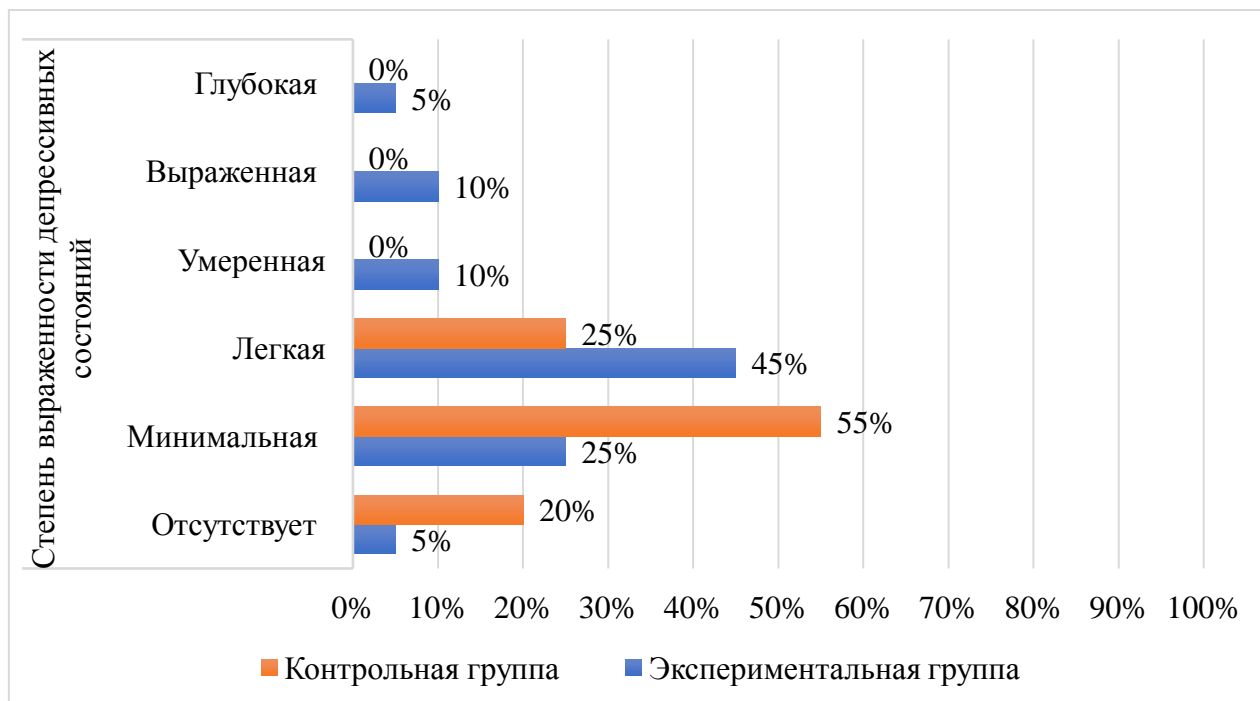


Рисунок 5. Количество испытуемых в экспериментальной и контрольной группах с разным уровнем выраженности депрессивных состояний (в %)

В КГ 20% участников не имеют признаков депрессии, что значительно выше, чем в ЭГ, где этот показатель составляет всего 5%. Это указывает на более высокий уровень благополучия в контрольной группе. В КГ 55% участников имеют минимальную степень депрессии, а 25% – легкую. В экспериментальной группе 25% имеют минимальную и 45% – легкую степень депрессии. Хотя в ЭГ больше участников с легкой депрессией, контрольная группа демонстрирует более высокие проценты в категории минимальной степени депрессии. В ЭГ 10% участников имеют умеренную и выраженную депрессию, а также 5% – глубокую. В КГ ни один участник не показывает умеренную, выраженную или глубокую депрессию. Это подчеркивает наличие более тяжелых форм депрессивных состояний в ЭГ.

Полученные данные по методике дифференциальной диагностики депрессивных состояний В.А. Жмурова свидетельствуют о том, что контрольная группа имеет более благоприятное психоэмоциональное состояние по сравнению с экспериментальной группой.

Для доказательства выявленных различий, мы провели статистическое сравнение полученных данных в изучаемых выборках при помощи U-критерия Манна-Уитни. Средний показатель по проявлению депрессивных состояний в экспериментальной группе составляет 36.1 баллов, в то время как в контрольной – 17.7 баллов. Проведенные расчеты статистического сравнения позволили получить результат $U_{Эмп} = 95.5$, что указывает на наличие статистически значимых различий в результатах испытуемых контрольной и экспериментальной группы на высоком уровне достоверности ($p \leq 0.01$). Это позволяет нам сделать вывод о том, что онкобольные в стадии ремиссии характеризуются значимо более высокой выраженностью проявлений, лежащих в основе изучаемых депрессивных состояний: апатии, гипотимии, дисфории, растерянности, тревоги, страха.

Таким образом, по итогам проведенного исследования можем выделить следующие содержательные особенности проявления эмоциональных реакций онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии:

- сниженный фон настроения, неблагоприятное самочувствие и сниженный уровень активности;
- более высокий уровень личностной тревожности и депрессии, чем у лиц, не имеющих патологий в состоянии здоровья;
- более высокая выраженность депрессивных состояний, проявляющихся в апатии, гипотимии, дисфории, растерянности, тревоги, страха.

Полученные результаты исследования указывают на необходимость разработки мер психологического сопровождения для оказания помощи и поддержки онкобольным в стадии ремиссии в целях улучшения их психоэмоционального состояния.

Выводы по второй главе

Результаты экспериментального исследования позволили выявить некоторые характерные особенности эмоциональных реакций онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии в сравнении с их сверстниками, не имеющими патологий по здоровью:

- у онкобольных в стадии ремиссии достоверно выше, чем у их сверстников не имеющих патологий по здоровью, отмечается выраженность негативного настроения, неблагоприятного самочувствия, и недостатка энергии или мотивации;

- пожилые онкобольные в стадии ремиссии имеют достоверно более высокий уровень личностной тревожности по сравнению со сверстниками без патологий здоровья;

- выраженность депрессии выше пожилых среди онкобольных в стадии ремиссии, чем среди испытуемых в контрольной группе, которые не имеют патологий по состоянию здоровья;

- онкобольные в стадии ремиссии характеризуются значимо более высокой выраженностью проявлений, лежащих в основе изучаемых депрессивных состояний: апатии, гипотимии, дисфории, растерянности, тревоги, страха.

Таким образом, онкобольные пожилого возраста в стадии ремиссии характеризуются сниженным фоном настроения, неблагоприятным самочувствием и сниженным уровнем активности; для них характерен более высокий уровень личностной тревожности и депрессии, чем у лиц, не имеющих патологий в состоянии здоровья, а также более высокая выраженность депрессивных состояний, проявляющихся в апатии, гипотимии, дисфории, растерянности, тревоги, страха. Эти результаты подчеркивают необходимость разработки и внедрения мер психологического сопровождения, направленных на оказание помощи и поддержку данной категории пациентов.

ГЛАВА 3. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ В КОРРЕКЦИИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ ОНКОБОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В СТАДИИ РЕМИССИИ

3.1. Методологические подходы к коррекции эмоционально-волевых нарушений у онкобольных пожилого возраста

В условиях онкологического заболевания пожилые пациенты сталкиваются с множеством эмоционально-волевых нарушений, которые могут значительно ухудшать их качество жизни и адаптацию к болезни. Важность разработки эффективных стратегий коррекции эмоционально-волевых расстройств в данной группе пациентов обусловлена необходимостью обеспечения достойного уровня жизни и улучшения психоэмоционального состояния онкобольных пожилого возраста.

Эмоционально-волевые нарушения личности представляют собой комплекс различных расстройств, которые затрагивают эмоциональную сферу (чувства, настроение) и волевую сферу (способность принимать решения, делать выбор, контролировать свои действия) [27; 46]. По данным имеющихся исследований (Н.А. Русина (2002); Н.В. Тарабрина (2010); Е.И. Семионкин (2011); Е. С. Лутошлива (2018); В. Л. Матреницкий (2020) и др.) эмоционально-волевые нарушения у онкобольных в пожилом возрасте могут проявляться в виде депрессии, тревожности, агрессивности, а также в снижении мотивации и трудностях в самоконтроле и часто возникают в результате стрессовых ситуаций, травматического опыта, связанного с диагнозом и нередко существенно влияют на качество жизни и социальное функционирование человека [75; 83; 79; 50; 55].

По итогам проведенного нами исследования было установлено, что основными содержательными особенностями проявления эмоциональных состояний онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии являются сниженный фон настроения, неблагоприятное самочувствие и сниженный

уровень активности; наличие личностной тревожности и депрессии, склонность к проявлению апатии, гипотимии, дисфории, растерянности, тревоги, страха.

Методологические аспекты психологической поддержки в коррекции эмоционально-волевых нарушений у онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии заключаются в комплексном и индивидуализированном подходе. Важным элементом является создание индивидуального плана, основывающегося на оценке эмоционального состояния пациента и его социальных условий [18; 81; 44, 45].

Поддержка социальной адаптации также имеет важное значение; она включает восстановление социальных связей и вовлечение в активную жизнь. Постоянная обратная связь и мониторинг состояния позволяют корректировать методы поддержки и адаптироваться к изменяющимся потребностям пациента [18; 44, 5]. Применение эффективных подходов к психокоррекции эмоционального состояния онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии помогает улучшить их качество жизни и создать определенный вклад в предотвращение рецидива заболевания.

Так, рассмотрение и анализ эффективных подходов к коррекции эмоционально-волевых нарушений в изучаемой возрастной группе представляет собой ключевой аспект современной онкологической помощи и психотерапии.

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) и рационально-эмотивная психотерапия (РЭПТ) зарекомендовали себя как эффективные подходы в работе с эмоционально-волевыми нарушениями, особенно у онкобольных пожилого возраста [81; 88; 44]. Рационально-эмотивная терапия основывается на истоках когнитивно-поведенческой терапии и в большей степени акцентируется на деструктивных установках, убеждениях и паттернах мышления, в то время как когнитивно-поведенческая терапия позволяет полноценно в поведенческих моделях опровергать или подтверждать актуальные установки или убеждения. В целом, основная идея данных родственных психологических

подходов заключается в выявлении и изменении неадаптивных мыслительных паттернов и поведения, которые негативно влияют на эмоциональное состояние и волевою активность человека.

Среди наиболее распространенных методов и стратегий коррекции работы в рамках данных подходов можем рассмотреть такие как когнитивная реструктуризация, поведенческая активация, экспозиция и обучение навыкам преодоления стресса [13].

Когнитивная реструктуризация включает в себя выявление негативных или искажённых мыслей, связанных с болезнью, страхами и сомнениями, и их замещение более реалистичными и положительными установками. Например, вместо мысли «Я никогда не смогу справиться с этой болезнью» пациент может быть направлен к мысли «Я прилагаю усилия для борьбы с болезнью и могу найти поддержку».

Пожилым пациентам часто свойственен пассивный образ жизни из-за депрессии и тревожности. Поведенческая активация в рамках КПТ направлена на постепенное вовлечение пациента в активные действия и занятия, которые приносят удовольствие и укрепляют мотивацию. Например, организовать ежедневные прогулки на свежем воздухе, что способствует физической активности и улучшает настроение. Включение легких упражнений, таких как йога или растяжка, также подойдет для поддержания физического состояния [61]. Творческие занятия, такие как рисование или вязание, могут не только принести удовольствие, но и стать возможностью для социальной активности, например, в кружках по интересам. Социальная активность, выражающаяся в участии в группах поддержки или волонтерских проектах, помогает пациентам чувствовать связь с другими и придаёт смысл жизни [91; 100]. Вместе с этим, когнитивные игры и развивающие занятия, такие как настольные игры или обсуждение книг, стимулируют мышление и общение. Забота о растениях или домашних животных также оказывает положительное влияние на эмоциональное состояние, позволяя пациентам чувствовать полезность и

радость. Все эти меры направлены на улучшение качества жизни и восстановление чувства контроля над своей судьбой.

Экспозиция как метод в когнитивно-поведенческой терапии использует постепенное и контролируемое действие на тревожные ситуации, помогая пациентам снизить уровень страха и тревоги. Например, это может быть работа с социальной изоляцией, когда пациенту предлагается участвовать в группе поддержки или общении с другими людьми [91; 100].

Обучение навыкам преодоления стресса включает в себя техники релаксации, дыхательные упражнения и медитацию, которые способствуют уменьшению уровня тревожности и стресса [26; 89].

Работа с онкобольными пожилого возраста требует особого подхода, учитывающего их физическое и эмоциональное состояние. Специалисты должны проявлять чуткость и понимание, адаптируя методы КПТ (когнитивно-поведенческой терапии) и РЭПТ (рационально-эмотивной психотерапии) к индивидуальным возможностям и потребностям пациентов. В целом, можно отметить, что когнитивно-поведенческий подход может иметь высокую эффективность в коррекции эмоционально-волевых нарушений у онкобольных пожилого возраста, поскольку способствует формированию у пациента навыков, которые могут быть полезны в длительной перспективе, что делает этот подход особенно ценным в процессе комплексной реабилитации.

Ряд исследователей и практиков (Л.Н. Гуменюк (2015); Т.Ю. Семиглазова (2018); Г.А. Ткаченко (2019)) выделяют особые возможности и специфику применения арт-терапии в коррекции эмоционально-волевых нарушений у онкобольных пожилого возраста.

Арт-терапия представляет собой творческий метод психотерапии, который использует художественное выражение для улучшения эмоционального состояния и преодоления внутренних конфликтов. Арт-терапия может включать различные техники, такие как рисование, живопись, лепка, коллаж, музыка и танец. Это разнообразие позволяет пациентам выбирать именно ту форму самовыражения, которая им ближе. В контексте

коррекции эмоционально-волевой сферы онкобольных пожилого возраста арт-терапия становится особенно ценным подходом, так как она помогает пациентам справиться с психоэмоциональными трудностями, связанными с их состоянием [26; 81; 89].

Арт-терапия позволяет пациентам выразить свои чувства и переживания через творческий процесс, что может быть особенно важно для тех, кто испытывает трудности в вербальной коммуникации. Одним из основных методов является рисование и живопись, где пациенты могут использовать разные материалы, такие как карандаши, акварель и акрил, для изображения своих эмоций, страхов и надежд. Этот процесс дает возможность свободно самовыражаться, используя цвета и линии, отражающие внутреннее состояние. [26; 88]. Помимо рисования, эмоциональные состояния пациентов могут быть выражены через такие формы работы как лепка (позволяет пациентам физически взаимодействовать с окружающим миром, создавая скульптуры из глины или других материалов), создание музыки или пение; письмо и поэзия (написание стихов или личных дневников); игровая терапия (ролевые игры, для лучшего понимания своих страхов и тревог) [26; 87; 80].

Так, творческий процесс, который составляет основу арт-терапевтического подхода к коррекции, будь то рисование, лепка или музыка, может иметь расслабляющий эффект, помогая пациентам снизить уровень стресса и напряжения, а также арт-терапия дает возможность пациентам работать с символами и метафорами, что позволяет глубже понять свои болезни и страхи, а также способствует их интеграции и принятию. Помимо этого, успехи в творческой деятельности могут повысить уверенность пациентов и самооценку, что особенно важно для пожилых людей, часто испытывающих чувство бессилия или утраты [80; 88].

Групповые занятия арт-терапевтической направленности способствуют налаживанию социального взаимодействия и созданию поддерживающей атмосферы среди участников, что также важно для коррекции эмоционального здоровья [26; 81].

Вместе с этим, важно помнить, что существует особая специфика коррекционной работы в рамках арт-терапевтического подхода. Прежде всего, арт-терапия требует индивидуального подхода к каждому пациенту, учитывающего его физическое состояние, эмоциональные потребности и увлечения. Исследование предпочтений пациента в области искусства помогает создать более целенаправленную и эффективную терапию [89]. Кроме этого, важно создать безопасное пространство, где пациенты могут свободно выражать свои эмоции без страха осуждения. Арт-терапевты играют роль проводников, поддерживая пациентов в их творческом процессе.

Так, можем сделать вывод о том, что арт-терапия имеет высокий потенциал в коррекции эмоционально-волевых нарушений у онкобольных пожилого возраста, поскольку методология коррекции в рамках данного подхода способствует значительному снижению уровня стресса, депрессии и тревожности у пациентов, повышению их самооценки и улучшению общего качества жизни. Творческий процесс может стать катализатором изменений и помочь в восстановлении внутренней устойчивости, что особенно актуально в условиях ремиссии онкологического заболевания.

Поддержка со стороны семьи и окружения играет важную роль в коррекции эмоционально-волевых нарушений у онкобольных пожилого возраста [29; 91]. Интеграция поддержки со стороны семьи и непосредственного окружения в комплексную коррекцию эмоционально-волевых нарушений у онкобольных пожилого возраста значительно повышает эффективность психоэмоциональной реабилитации. Создание поддерживающей атмосферы, обучение и вовлечение близких в процесс помогают не только улучшить эмоциональное состояние пациента, но и укрепить семейные связи, что является важным аспектом общего выздоровления [29; 91].

Обзор имеющегося опыта сопровождения рассматриваемой категории лиц, позволил нам выделить основные методологические аспекты комплексного подхода в коррекции эмоционально-волевых нарушений у

онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии, которые основываются на синергии взаимодействия врачей, психологов и социального окружения пациентов, что позволяет обеспечить всестороннюю поддержку и улучшение качества их жизни.

Важным элементом этого подхода является формирование мультидисциплинарной команды, включающей медицинских работников, психологов, социального окружения пациента. Совместная оценка состояния пациента врачами, психологами и непосредственным окружением пациента позволяет создавать персонализированные планы реабилитации и сопровождения, учитывающие физическое здоровье, психологические и социальные потребности. Врачи в таком подходе отвечают за медицинское лечение, контролируя физическое состояние пациента и корректируя медицинскую сторону терапии в соответствии с его потребностями.

Врачи информируют пациентов и членов их семьи о текущем состоянии их физического здоровья, результатах анализов и обследований; раскрывают свое видение дальнейшего плана лечения, составляют прогнозы и информируют о возможных побочных эффектах, дают рекомендации по образу жизни (по питанию, физической активности и режиму дня).

Психологи, в свою очередь, предоставляют эмоциональную поддержку, используя различные методы и подходы для работы с эмоциональными и волевыми нарушениями. Семья, социальное окружение в партнерстве с психологом могут интегрировать пациента в общество и организуя группы поддержки. Психолог также взаимодействует с социальными работниками, обеспечивая доступ к необходимым ресурсам и социальным услугам, которые облегчают процесс адаптации и восстановления пациента. Кроме того, регулярная обратная связь между психологом и членами семьи помогает корректировать подходы к оказанию поддержки, создавая единую стратегию, учитывающую потребности пациента. Так, сотрудничество и взаимодействие врачей, психологов и социального окружения пациентов для обсуждения

успехов и корректировки подходов позволяют оперативно реагировать на изменения в состоянии пациента.

Так, методологические подходы к коррекции эмоционально-волевых нарушений у онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии направлены на улучшение психоэмоционального состояния и адаптацию пациентов. На основе рассмотренного материала, можем сделать вывод о необходимости реализации комплексного подхода в сопровождении лиц рассматриваемой категории, что обеспечивают целостную систему поддержки, где взаимодействие врачей, психологов и социального окружения создает оптимальные условия для коррекции эмоционально-волевых нарушений и успешной реабилитации онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии.

Индивидуальное планирование реабилитации является важным элементом, обеспечивающим персонализированный подход к коррекции эмоционально-волевых нарушений у онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии. Психологическая поддержка, осуществляемая через разнообразные терапевтические методы, помогает пациентам преодолевать эмоциональные и волевые трудности, в то время как социальное окружение способствует интеграции в общество, снижая чувство изоляции. Взаимодействие психолога с членами семьи и социальными работниками усиливает поддержку, создавая условия для успешной социальной адаптации. Важнейшими методологическими аспектами сопровождения пациентов данной категории является проведение для них индивидуальных и групповых мероприятий. Индивидуальные мероприятия для таких пациентов могут включать психологические консультации для выявления эмоций и потребностей пациента, а групповые психокоррекционные мероприятия могут создавать возможность для обмена опытом и снижения чувства изоляции. Использование разнообразных методик в индивидуальных и групповых занятиях позволяет эффективно поддерживать психоэмоциональное здоровье онкобольных пожилого возраста, способствуя их социальной адаптации и повышению качества жизни после болезни.

3.2. Модель психологического сопровождения онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии

Психологическое сопровождение онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии в рамках рассматриваемого данного исследования направлено в целом на улучшение качества их жизни через коррекцию содержания основных актуальных эмоциональных состояний, позволяя им адаптироваться к изменениям, вызванным болезнью. Обобщенная цель такого сопровождения – улучшение эмоционального состояния и качества жизни онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии.

В модели психологического сопровождения онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии мы выделили следующие основные блоки: целевой, методологический, содержательно-процессуальный, оценочный.

Целевой блок включает в свое содержание цель и задачи психологического сопровождения. Конкретизированной целью психологического сопровождения в рамках данного исследования является коррекция проявления эмоциональных состояний онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии.

Исходя из результатов исследования содержательных особенностей проявления эмоциональных состояний онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии, сформулированы следующие задачи психологического сопровождения:

1. Коррекция настроения и активности (повышение фона настроения и активизации жизненной деятельности пациентов);
2. Снижение тревожности и депрессии (проведение психокоррекционной работы для уменьшения уровня личностной тревожности и депрессивных состояний).
3. Формирование системы поддержки с вовлечением семьи и групп поддержки.

Методологический блок модели включает в свое содержание психосоциальные условия сопровождения, а также подходы, методы и формы сопровождения.

В качестве основных психосоциальных условий сопровождения онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии в рамках данной модели мы выделили следующие: учет индивидуальных особенностей пациентов (эмоциональные состояния, психофизиологические особенности из анамнеза, психологические особенности восприятия жизни и болезни, страх перед рецидивом и т.п.); создание доверительной и поддерживающей атмосферы, способствующей самораскрытию и доверительному взаимодействию с окружающими.

Подходы психологического сопровождения: когнитивно-поведенческая терапия; арт-терапевтический подход в сопровождении и психокоррекции.

Методы сопровождения: методы работы с негативными мыслями и формулирования позитивных установок; творческие методы для выражения эмоций и снижения тревожности.

Формы сопровождения: индивидуальные консультации, групповая терапия, группы поддержки.

Содержательно-процессуальный блок модели включает в свое содержание этапы психологического сопровождения пациентов и их ближайшего окружения; конкретные мероприятия психологического сопровождения и поддержки.

Этапы психологического сопровождения:

- 1) диагностика (оценка эмоционального состояния и выявление особенностей и потребностей (в том числе запросов на работу) клиентов);
- 2) планирование (разработка индивидуального плана сопровождения на основе диагностики);
- 3) реализация сопровождения (проведение психокоррекции, включая индивидуальные и групповые сессии, а также работу с семьей и ближайшим социальным окружением пациента);

4) оценка результатов (регулярный мониторинг изменений в эмоциональном состоянии пациента).

Раскроем кратко как в рамках модели подразумевается реализация каждого из представленных этапов сопровождения.

Этап диагностики подразумевает комплексную оценку эмоционального состояния пациента, включая анализ уровня тревожности, депрессии и других психологических факторов. К использованию рекомендуются различные диагностические инструменты, такие как опросники, тесты и клиническое интервью. Выявляются уникальные особенности и потребности клиента, а также конкретные запросы на работу, позволяющие понять, какие аспекты требуют наибольшего внимания.

На основе полученных данных из первого этапа разрабатывается индивидуальный план сопровождения. Этот план учитывает уникальные потребности пациента, его эмоциональное состояние и предпочтения в методах работы. Определяются ключевые цели и задачи, а также формы и методы сопровождения, которые будут использоваться в процессе работы.

В ходе реализации индивидуального плана сопровождения проводятся психокоррекционные сессии, как индивидуальные, так и групповые. Индивидуальные сессии нацелены на глубокую проработку личных вопросов и проблем пациента, в то время как групповые встречи предоставляют возможность обмена опытом и взаимной поддержки среди пациентов. Также осуществляется работа с семьей пациента и ближайшим социальным окружением, что позволяет создать более прочный и поддерживающий фундамент для эмоционального восстановления.

Регулярный мониторинг изменений в эмоциональном состоянии пациента осуществляется через наблюдение в процессе работы и использование диагностических инструментов для получения промежуточных результатов сопровождения в процессе осуществляемой работы. Результаты промежуточного мониторинга позволят адаптировать план сопровождения в соответствии с изменениями в состоянии пациента. Оценка результатов

позволяет выявить достижения, определить области дальнейшей работы, и вносить необходимые коррективы в подходы.

Конкретные мероприятия психологического сопровождения и поддержки включают проведение регулярных встреч с пациентами (индивидуальных и групповых) и их социальным окружением; организацию групп поддержки для обсуждения чувств и обмена опытом; проведение практических занятий для пациентов в рамках коррекции эмоционального состояния и психопросветительских мероприятий для их близких с целью освоения ими навыков оказания дополнительной поддержки в коррекции эмоциональных реакций пациентов на стадии ремиссии.

Оценочный блок модели включает разработанные критерии эффективности психологического сопровождения, проведение мониторинга и получение обратной связи от участников сопровождения.

Основными критериями эффективности психологического сопровождения онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии мы выделили следующие: улучшение общего самочувствия пациентов и уровня их активности в повседневной жизни; стабилизация благополучного психоэмоционального фона и настроения; снижение уровня личностной тревожности и проявления депрессивных состояний у пациентов; повышение уровня доверия и открытости в обращении за психологической помощью.

Мониторинг и обратная связь являются важными компонентами психологического сопровождения, обеспечивающими возможность отслеживания его эффективности и коррекции подходов в процессе работы с онкобольными пожилого возраста. С этой целью целесообразно проводить регулярные встречи в составе самих пациентов и членов их семей, медицинских работников и сопровождающих специалистов-психологов для обсуждения прогресса и изменений в эмоциональном состоянии. Встречи могут проводиться на регулярной основе с периодичностью один раз в неделю в ходе всего процесса сопровождения. Это обеспечивает непрерывный контакт

с пациентами и всеми членами сопровождающей команды и возможность оперативного реагирования на изменения в состоянии пациента.

В рамках таких встреч, которые с пациентом могут проводиться отдельно от всех остальных участников процесса сопровождения, происходит подведение промежуточных итогов процесса сопровождения и выявление изменений. С пациентом психолог выявляет и обсуждает любые новые переживания, трудности или позитивные сдвиги, что помогает создать чувство совместного участия. Медицинские работники, члены семей и близкие также предоставляют обратную связь, которую они наблюдают и получают от пациента в рамках процесса сопровождения. По итогам полученной информации, если необходимо, вносятся изменения в индивидуальный план сопровождения пациента.

Также для мониторинга и сбора сведений об эффективности сопровождения необходимо проведение повторного диагностического обследования онкобольных в стадии ремиссии с использованием тех же шкал и опросников, что использовались на этапе диагностики до проведения сопровождения и коррекционной работы. Это позволит отследить динамику и прогресс в эмоциональном состоянии пациентов, а также сделать вывод о степени эффективности проведенной работы. Эти направления мониторинга обеспечивают не только структуру и прозрачность в процессе сопровождения, но и глубже вовлекают пациента в процесс психокоррекционной работы. Они помогают укрепить доверие между психологом и пациентом, создавая базу для успешного коррекционного воздействия на эмоциональное состояние. Схема модели психологического сопровождения онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии представлена на рисунке 6.



Рисунок 6. Модель психологического сопровождения онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии

Таким образом, представленная модель психологического сопровождения онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии включает целевой, методологический, содержательно-процессуальный и оценочный блоки и отражает в своем содержании комплексный подход к психологическому сопровождению онкобольных пожилого возраста, включая взаимодействие медицинских работников, членов семей пациентов и психологов, осуществляющих процесс сопровождения, сочетая теоретические и практические аспекты, что способствует более эффективной поддержке пациентов в стадии ремиссии.

3.3. Психологическая программа коррекции эмоциональных состояний онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии

Цель психологической программы – коррекция проявления эмоциональных состояний онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии.

Задачи программы:

1. Стабилизация благополучного психоэмоционального фона и настроения пациентов
2. Повышение активности пациентов в повседневной жизни и деятельности
3. Снижение уровня личностной тревожности и проявления депрессивных состояний у пациентов.

В основе реализации программы лежат следующие условия:

– учет индивидуальных особенностей пациентов (психофизиологические особенности из анамнеза, эмоциональные состояния, психологические особенности восприятия жизни и болезни, страх перед рецидивом болезни и т.п.);

– создание доверительной и поддерживающей атмосферы, способствующей самораскрытию и доверительному взаимодействию с окружающими.

В основе психокоррекционного воздействия в рамках программы лежат такие подходы как когнитивно-поведенческая терапия, арт-терапия, рационально-эмотивная терапия. Психокоррекция подразумевает использование методов, приемов и средств когнитивно-поведенческого подхода и арт-терапии (методы работы с негативными мыслями и формулирования позитивных установок; творческие методы для выражения эмоций и снижения тревожности и пр.).

Основные формы мероприятий программы: индивидуальные консультации, групповая терапия, группы поддержки.

Индивидуальные психокоррекционные сессии нацелены на глубокую проработку личных вопросов и проблем пациента, в то время как групповые встречи предоставляют возможность обмена опытом и взаимной поддержки среди пациентов. Также осуществляется работа с семьей пациента и ближайшим социальным окружением (психопросветительские мероприятия, семинары и группы поддержки для обсуждения чувств и обмена опытом), что позволяет создать более прочный и поддерживающий фундамент для эмоционального восстановления.

Психологическая программа коррекции эмоциональных состояний онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии включает в свое содержание 6 групповых и 3 индивидуальных мероприятия для каждого пациента. Для достижения наибольшей эффективности в работе в реализации программы целесообразно организовать работу так, чтобы одновременно в программе принимали участие по 10 человек. Реализация программы для каждой группы планируется к осуществлению в течение 10 недель, с периодичностью 1-2 мероприятия в неделю. Длительность индивидуальных консультаций составляет 60-90 минут, продолжительность групповых

коррекционных занятий и коррекционных сессий составляет от 60 до 120 минут.

Все мероприятия программы разделены на 3 основных блока:

1) Участие в психопросветительских, семинарских мероприятиях (участники: пациенты совместно с родственниками и ближайшим социальным окружением).

2) Индивидуальная психологическая работа (участники: пожилые пациенты с онкозаболеванием в стадии ремиссии)

3) Групповая психокоррекционная работа (участники: пожилые пациенты с онкозаболеванием в стадии ремиссии).

Каждый блок работы имеет свое целевое назначение и содержание.

Таблица 3. План мероприятий психологической программы коррекции эмоциональных состояний онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии

I. Участие в психопросветительских, семинарских мероприятиях Цель: повышения теоретической и практической компетентности в области оказания психологической поддержки пациентов в стадии ремиссии онкозаболевания		
Психопросветительская лекция Цель: повышение информированности пациентов и членов их семей о стадии ремиссии онкозаболевания и методах коррекции эмоционального состояния	Лекция, обсуждения, викторина	1. Проведение лекции. Основные тезисы лекции 1) Стадия ремиссии (понятие, различия между полной и частичной ремиссией). 2) Психоэмоциональное состояние пациентов в стадии ремиссии 3) Методы коррекции эмоционального состояния и психологическая поддержка пациентов в стадии ремиссии 4) Арт-терапия и креативные методы 2. Обсуждение в малых группах рассмотренных методов коррекции и поддержки. 3. Проведение викторины по материалам лекции для проверки усвоения информации 4. Подведение итогов и обмен мнениями
Практический семинар Цель: обучение членов семей пациентов навыкам психологической поддержки онкобольных	Метод активного слушания; моделирование ситуаций	1. Вводная часть: понимание онкозаболевания и его влияния на пациента 2. Освоение навыков эффективной коммуникации с онкобольным в стадии ремиссии 3. Упражнения по активному слушанию и формулированию поддерживающих фраз и выражений 4. Моделирование ситуаций и проигрывание

Продолжение Таблицы 3

<p>Группа поддержки для близких онкобольных в стадии ремиссии</p> <p>Цель: обеспечение возможности делиться своими чувствами и опытом в рамках обеспечения психоэмоциональной поддержки пациента.</p>	<p>Метод активного слушания; техника перефразирования и уточнения; мозговой штурм</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Объяснение цели группы, правил группы и обсуждение возможных форматов ее существования и развития в дальнейшем 2. Обсуждение чувств и эмоций 3. Активное слушание и способы поддержки. 4. Обсуждение сложностей в психоэмоциональной поддержке онкобольных 5. Рефлексия и обмен мнениями разных сценариев взаимодействия с онкобольным в стадии ремиссии 5. Обсуждение и обмен мнениями (члены семей получают обратную связь от онкобольных по проведенной работе)
<p>II. Индивидуальная психологическая работа с пациентами</p> <p>Цель: предоставление пациентам возможности для индивидуальной психологической поддержки, направленной на выявление и коррекцию эмоциональных проблем</p>		
<p>Индивидуальная психологическая консультация</p> <p>Цель: выявление личных проблем и запросов пациента в рамках коррекции эмоциональных реакций</p>	<p>обсуждение проблем, выявление негативных мыслительных паттернов, работа с эмоциями.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Сбор анамнеза (краткий опрос о медицинской истории, текущем состоянии здоровья и эмоциональных реакциях; уточнение личных обстоятельств жизни пациента, включая значимые события, социальное окружение и др.) 2. Выявление конкретных эмоциональных реакций, которые вызывают трудности и беспокойства. 3. Анализ негативных мыслительных паттернов (выявление негативных эмоций и мыслей; идентификация и переформулирование деструктивных убеждений) 4. Рекомендации по саморазвитию и управлению эмоциональным состоянием.
<p>Психокоррекционная сессия</p> <p>Цель: Стабилизация эмоционального состояния</p>	<p>Творческие методы (рисование, лепка) для выражения эмоций и снижения тревожности ; Эмоциональная ассоциация; Обсуждение процесса.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Предоставление выбор творческой деятельности (рисование с использованием красок, гуаши или цветных карандашей для создания изображений или лепка с использованием глины или пластилина для создания трехмерных форм). 2. Эмоциональная ассоциация: участники рисуют или лепят, опираясь на свои текущие эмоции, создавая визуальные образы, отражающие их чувства. 3. Обсуждение процесса (участники делятся тем, что они создали, и какие эмоции это вызвало). 4. Вопросы, направленные на осознание и анализ эмоций. 5. Рефлексия проведенной работы и достигнутых результатов
<p>Индивидуальная психологическая консультация</p> <p>Цель: повышение мотивации к</p>	<p>техника GROW, метод когнитивной переоценки,</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Оценка текущих стремлений пациента (заполнение опросника целеполагания) 2. Выявление и анализ препятствий (техника GROW (Goal, Reality, Options, Will) для структурированного обсуждения: установка

Продолжение Таблицы 3

активности повседневной жизни	в метод аффирмаций	цели, анализ текущей ситуации, поиск альтернатив и создание плана действий) 3. Формулирование позитивных установок (метод когнитивной переоценки, метод аффирмаций) 4. Обратная связь и завершение сессии
<p>III. Групповая психокоррекционная работа Цель: Коррекция эмоциональных реакций онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии в групповом взаимодействии</p>		
Групповое психокоррекционное занятие. Цель: стабилизация настроения пациентов	метод открытого обсуждения; моделирование ситуаций; мозговой штурм.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Приветствие, объяснение целей групповой терапии и правил группового взаимодействия 2. Обсуждение чувств и переживаний (метод открытого обсуждения) 3. Упражнение «Групповая карта эмоциональных переживаний» 4. Моделирование ситуаций, вызывающих тревогу, которые могут возникнуть в повседневной жизни 5. Мозговой штурм (поиск возможных решений для выявленных тревог и беспокойств) 6. Рефлексия и подведение итогов
Групповое психокоррекционное занятие Цель: снижение тревожности и проявления депрессивных состояний	Метод свободного рисования; тематическая творческая деятельность; метод медитации, техника осознанного дыхания.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Творческая разминка (метод свободного рисования) 2. Основная творческая деятельность (Участникам предлагается выбрать тему рисунка, например, «Мой внутренний мир», «мои чувства», «Мои депрессивные состояния» и пр.) 3. Практика осознанности (метод медитации через технику осознанного дыхания – концентрация на вдохах и выдохах, отпускание напряжения) 4. Рефлексия и подведение итогов.
Группа поддержки Цель: Создание сети взаимной поддержки среди онкобольных в стадии ремиссии	метод активного слушания; техника перефразирования и уточнения; мозговой штурм	<ol style="list-style-type: none"> 1. Объяснение целей группы поддержки, уточнение правил группы и возможных форматов ее дальнейшего существования и развития. 2. Обсуждение текущих переживаний 3. Поддержка и активное слушание (метод активного слушания и техник перефразирования и уточнения) 4. Обсуждение методов самопомощи (релаксация, физическая активность, творчество и т.д.). 5. Обсуждение способов оказания поддержки 6. Рефлексия и подведение итогов.

Рассмотрим основное содержание и направленность каждого мероприятия психологической программы и его роль в коррекции

эмоциональных состояний онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии.

Блок психопросветительских, семинарских мероприятий подразумевает участие не только пациентов, но и их родственников и ближайшего социального окружения и включает в свое содержание психопросветительскую лекцию, практический семинар и мероприятие по созданию и запуску группы поддержки для близких онкобольных в стадии ремиссии.

Основная практическая направленность психопросветительской лекции заключается в повышении информированности как пациентов, так и их семей о стадии ремиссии онкозаболевания и методах коррекции эмоционального состояния. Психолог в рамках психопросветительской лекции выполняет несколько функций, среди которых информирование, поддержка, методология, модерация, оценка и итоговая рефлексия.

В ходе лекции планируется, чтобы участники получали знания о ремиссии и её влиянии на качество жизни; обсуждали методы коррекции эмоционального состояния. В своей работе психолог отвечает за предоставление точной и доступной информации по основным тезисам лекции, раскрывает методологические основы коррекции эмоционального состояния и психологической поддержки пациентов в стадии ремиссии.

Работа в малых группах должна способствовать обмену опытом и формированию социальной поддержки, что важно для эмоционального благополучия. Психолог в этом направлении создает безопасное пространство для пациентов и их семей, где они могут обсудить свои переживания, задать вопросы и получить поддержку. Во время обсуждений в малых группах психолог выступает в роли модератора, помогая организовать беседу и направляя участников к активному взаимодействию и обмену мнениями.

Викторина по итогам лекции планируется к реализации в целях стимулирования познавательной активности и укрепления уверенности в своих знаниях, что также позитивно сказывается на эмоциональном

состоянии. Психолог проводит викторину для оценки усвоения материала, анализируя уровень понимания материала у участников и выявляя области, требующие дополнительного разъяснения.

В рамках итоговой рефлексии психолог помогает подвести итоги и организовать обмен мнениями, содействуя участникам в интеграции полученной информации и ощущении поддержки со стороны группы.

Таким образом, лекция способна принести огромный вклад в комплексную коррекцию эмоциональных состояний онкобольных пожилого возраста, улучшая теоретическую и практическую компетентность самих пациентов и членов их семей в области оказания психологической поддержки данной категории больных.

Практический семинар направлен на обучение участников навыкам психологической поддержки онкобольных. В рамках данного мероприятия психолог осуществляет функции информирования, обучения, поддержки участников и обеспечения обратной связи.

В первую очередь, психолог обеспечивает вводную часть семинара, объясняя природу онкозаболевания и его влияние на пациента, что помогает участникам лучше понять контекст. Далее психолог проводит обучение навыкам эффективной коммуникации, акцентируя внимание на особенностях общения с онкобольными в стадии ремиссии. Он организует упражнения по активному слушанию, обучая участников умениям формулировать поддерживающие фразы и выражения. Освоение навыков активного слушания и поддерживающих фраз способно укреплять связь между пациентом и его близкими, создавая атмосферу доверия. На протяжении всей работы психолог обеспечивает эмоциональную поддержку и создает безопасную атмосферу для обсуждений, позволяя участникам делиться своими переживаниями и вопросами.

Также психолог создает и управляет моделированием различных сценариев взаимодействия с онкобольными, что позволяет участникам практиковать и отрабатывать полученные навыки, лучше подготавливаться к

реальным взаимодействиям. В конце мероприятия психолог содействует организации обсуждения и обмена мнениями, предоставляя возможность членам семей получить обратную связь от онкобольных по проведенной работе.

Таким образом, семинар способствует улучшению психоэмоционального состояния онкобольных, обеспечивая качественную поддержку со стороны их близких.

Создание и запуск группы поддержки для близких онкобольных в стадии ремиссии направлено на обеспечение психоэмоциональной поддержки пациентов через обмен чувствами и опытом родственников больных. Психолог в такой работе выполняет следующие функции: информирование, модерация обсуждений, эмоциональная поддержка, сопровождение анализа сложностей, организация обратной связи. В первую очередь роль психолога состоит в информировании участников о целях группы и установлении правил, что создает ясные ожидания и безопасное пространство для общения. В ходе организации работы группы, психолог сопровождает и модерирует данный процесс, помогая членам семей обсуждать свои эмоции, осваивать методы активного слушания и выявлять сложности в поддержке, что способствует созданию атмосферы доверия. Это, в свою очередь, помогает онкобольным пожилого возраста чувствовать себя в благоприятной атмосфере поддержки, что положительно влияет на их эмоциональное состояние и общее благополучие. Участникам предоставляется возможность обсудить трудности в психоэмоциональной поддержке онкобольных, а психолог помогает фокусироваться на возможных решениях и стратегиях. В рамках завершения встречи психолог организует процесс рефлексии, помогая участникам обмениваться мнениями, подводя итоги и стимулируя взаимопомощь среди участников.

Блок индивидуальной психологической работы с пациентами направлен на предоставление пациентам возможности для индивидуальной психологической поддержки, а выявление и коррекцию эмоциональных

проблем и включает в свое содержание индивидуальные психологические консультации и психокоррекционную сессию.

Основная специфика индивидуальных психологических консультаций и психокоррекционной сессии заключается в использовании различных методов для выявления и коррекции эмоциональных реакций онкобольных пожилого возраста.

Основные функции психологического сопровождения, которые реализует психолог в ходе такой работы, включают создание безопасного пространства, анализ текущего эмоционального состояния пациента, выявление проблем и запросов, обеспечение поддержки, обучение применению психологических техник, мониторинг процессов, предоставление обратной связи.

В индивидуальной консультации акцент делается на выявлении личных проблем, негативных мыслительных паттернов и разработке рекомендаций для управления эмоциями, что способствует повышению эмоциональной устойчивости. В такой работе психолог сначала собирает информацию о состоянии пациента и его окружении для создания доверительной атмосферы. Затем он помогает пациенту идентифицировать и описать свои эмоции, что позволяет глубже понять переживания; направляет пациента на выявление и изменение деструктивных убеждений, способствуя осознанию негативных мыслительных паттернов. В завершение консультации он предлагает техники и стратегии для управления эмоциями и улучшения общего эмоционального благополучия пациента.

Психокоррекционная сессия фокусируется на творческих методах, позволяющих пациентам выражать свои эмоции через арт-терапию, что снижает тревожность и помогает в стабилизации эмоционального состояния. Психолог в ходе психокоррекционной сессии реализует следующие функции: создание безопасного пространства, поддержка творческого самовыражения, фасилитация обсуждений, помощь в осознании и анализе эмоций, руководство в процессе рефлексии и оценки достигнутых результатов. В начале работы

психолог создает безопасное пространство, а также предлагает клиенту выбор в творческой деятельности, что способствует самовыражению. Затем он направляет клиента на создание визуальных образов, основываясь на его текущих эмоциях, обеспечивая поддержку в процессе. Психолог организует обсуждение, в котором клиент делится своими творениями и вызываемыми эмоциями, что помогает укрепить связь между ними. Роль психолога состоит в том, чтобы задавать вопросы, направленные на осознание и анализ эмоций, способствуя более глубокому пониманию клиентом своих чувств. В завершение психолог проводит рефлексии, помогая клиенту оценить результаты сессии и усвоить полученный опыт.

В ходе индивидуальной психологической консультации, направленной на повышение активности и мотивации клиента, психолог выполняет несколько ключевых функций, включая поддержку, обучение и руководство процессом целеполагания и саморазвития. Сначала он помогает пациенту заполнить опросник, выявляя его цели и мотивацию. Затем психолог использует технику GROW для структурированного обсуждения, направляя пациента на установление целей и анализ текущей ситуации, что позволяет выявить препятствия на пути к достижениям. Далее он применяет метод когнитивной переоценки и аффирмации, чтобы помочь пациенту сформировать позитивные установки. В завершение сессии психолог предоставляет отзыв о проведенной работе и обобщает результаты, укрепляя понимание пациента своих достижений.

В совокупности эти мероприятия играют важнейшую роль в поддержке психоэмоционального благополучия онкобольных, облегчая трудности, связанные с их заболеванием, и способствуя повышению мотивации к активной жизни.

Блок групповой психокоррекционной работы включает в свое содержание групповые психокоррекционные занятия, а также создание и запуск группы взаимной поддержки онкобольных пациентов в стадии

ремиссии и направлен на коррекцию эмоциональных состояний онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии в групповом взаимодействии.

Групповые психокоррекционные занятия направлены на стабилизацию настроения и снижение тревожности у онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии.

В ходе группового психокоррекционного занятия направленного на стабилизацию настроения онкобольных, психолог выполняет несколько ключевых функций: создание безопасной среды, эмоциональная поддержка, стимулирование анализа и креативного мышления клиентов. Обеспечение обратной связи. Сначала психолог объясняет цели групповой терапии и правила взаимодействия, что создает структуру предстоящего мероприятия и безопасность в группе. Затем психолог организует открытое обсуждение чувств и переживаний, способствуя их выражению. В рамках упражнения «Групповая карта эмоциональных переживаний» он помогает группе визуализировать и осознать эмоции. Далее, психолог инициирует моделирование ситуаций, вызывающих тревогу, и проводит мозговой штурм для поиска возможных решений. В завершение занятия он проводит рефлексию, подводя итоги и укрепляя понимание участников о полученном опыте.

Вторая групповая сессия направлена на снижение тревожности и депрессивных состояний у клиентов и акцентируется на творческих методах, свободном рисовании и медитации, что способствует релаксации и снижению депрессивных состояний. Психолог в ходе данного занятия создает безопасную и поддерживающую атмосферу, что позволяет участникам свободно самовыражаться; обеспечивает методическую поддержку, направляя используемые методы свободного рисования и творческой деятельности для снижения тревожности; стимулирует творческое самовыражение, помогая участникам выбирать темы для рисунков и раскрывать внутренние переживания. Также роль психолога заключается в обучении техникам осознанности, посредством проведения практик медитации и осознанного

дыхания для снятия напряжения. В завершение занятия он организует рефлекссию, позволяя участникам обсудить итоги и проанализировать свои чувства, а также предоставляет эмоциональную поддержку, создавая пространство для открытого обмена переживаниями.

Группа поддержки создает сеть взаимной поддержки, позволяя участникам делиться переживаниями и получать активную помощь друг от друга, что укрепляет их эмоциональное состояние и способствует социальной интеграции. В ходе реализации данного мероприятия психолог в начале работы объясняет цели группы и устанавливает правила, создавая структуру и комфортную атмосферу для участников. Затем организует обсуждение текущих переживаний, что позволяет каждому участнику высказаться и поделиться своими чувствами. Сам психолог активно применяет метод активного слушания и техники перефразирования и уточнения, чтобы помочь участникам почувствовать себя услышанными и понятыми. Также он инициирует обсуждение методов самопомощи, таких как релаксация и физическая активность, что способствует укреплению навыков саморегуляции. Психолог занимает активную позицию в обсуждении способов оказания поддержки друг другу, способствуя формированию взаимопомощи. Завершает такое мероприятие процесс рефлексии, что позволяет участникам обобщить полученный опыт и задуматься о дальнейших шагах в рамках организованной поддерживающей сети.

В целом, эти мероприятия помогают онкобольным в стадии ремиссии справляться с эмоциональными трудностями и улучшать качество жизни.

Таким образом, разработанная психологическая программа коррекции эмоциональных состояний онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии включает разнообразные методы и приемы когнитивно-поведенческого подхода и арт-терапии и реализуется как в индивидуальных формах работы с пациентами, так и в групповых, вовлекая к участию также членов их семей и ближайшее окружение. Прогнозируемая эффективность программы высока, так как она способствует формированию у пациентов навыков самопомощи,

повышению эмоциональной устойчивости и укреплению социальных связей, а также повышению теоретической и практической подготовки в оказании поддержки со стороны ближайшего окружения пациентов. Это, в свою очередь, может привести к улучшению качества жизни онкобольных и их адаптации к новым условиям, что является важным аспектом в процессе ремиссии.

Выводы по третьей главе

1. Методологические подходы к коррекции эмоционально-волевых нарушений у онкобольных пожилого возраста должны учитывать специфику их психоэмоционального состояния и особенности пожилого возраста. Ключевыми аспектами являются использование комплексного подхода с включением психологов, медицинских работников и непосредственного социального окружения пациентов. Важную роль играет использование в коррекции эмоционально-волевых нарушений у онкобольных пожилого возраста методов и техник таких зарекомендовавших себя подходов как когнитивно-поведенческая, рационально-эмотивная терапия и арт-терапия, которые помогают пациентам осознать и проработать свои эмоции, снизить уровень тревожности и депрессии.

2. Модель психологического сопровождения онкобольных в стадии ремиссии включает систематическую диагностику эмоциональных нарушений с использованием проверенных диагностических инструментов. Она предполагает создание индивидуализированного плана коррекции, основанного на потребностях и запросах пациента, а также на особенностях их психоэмоционального состояния, что позволяет оказать целенаправленную помощь.

3. Психологическая программа коррекции эмоциональных реакций онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии направлена на улучшение психоэмоционального состояния, снижение тревожности и депрессивных проявлений через внедрение эффективных психотерапевтических методов и создание сети взаимной поддержки. В итоге, такая программа способствует не только улучшению качества жизни пациентов, но и повышению их способности справляться с эмоциональными трудностями, обеспечивая поддержку и понимание в процессе их лечения и восстановления.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе исследования последовательно решался ряд исследовательских задач.

Проведен теоретический анализ научной литературы по проблеме сущности проявления онкологических заболеваний и характеристик их протекания в стадии ремиссии. По итогам проведенного анализа было установлено, что течение онкологических заболеваний в стадии ремиссии определяется множеством факторов, включая используемые терапевтические методы, образ жизни и индивидуальные особенности пациента. Комплексный подход к лечению, учитывающий клинические, биологические и психологические аспекты, существенно повышает вероятность успешного исхода. Период ремиссии, характеризующийся улучшением состояния пациента, требует индивидуализированного подхода в сопровождении, включающего психологическую поддержку и эффективные терапевтические стратегии.

Проведенный анализ имеющихся исследований, позволил сделать выводы о том, что онкобольные лица пожилого возраста в стадии ремиссии сталкиваются с характерными психофизиологическими особенностями, такими как усталость, функциональные ограничения и когнитивные расстройства, что негативно влияет на их повседневную жизнь. Несмотря на физическое улучшение, многие пациенты испытывают высокий уровень тревожности и страх рецидива, что затрудняет их психоэмоциональную адаптацию. Эмоциональные реакции на диагноз и реабилитацию могут приводить к депрессивным состояниям и чувству изоляции. Понимание особенностей эмоциональной сферы этих пациентов критически важно для разработки эффективных реабилитационных программ, способствующих их физическому и психологическому восстановлению.

Проведено эмпирическое исследование эмоциональных состояний онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии. Анализ полученных

результатов позволил выделить следующие содержательные особенности проявления эмоциональных состояний онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии: сниженный фон настроения, неблагоприятное самочувствие и сниженный уровень активности; более высокий уровень личностной тревожности и депрессии, чем у лиц, не имеющих патологий в состоянии здоровья; более высокая выраженность депрессивных состояний, проявляющихся в апатии, гипотимии, дисфории, растерянности, тревоги, страха. Наличие данных особенностей у пожилых онкобольных в стадии ремиссии подтвердилось результатами статистического анализа полученных данных.

По итогам изучения методологических подходов к коррекции эмоционально-волевых нарушений у онкобольных пожилого возраста было отмечено, что в рамках данного рода коррекции необходимо учитывать психоэмоциональные особенности пациентов и специфику их возрастной категории. Основное внимание следует уделять комплексному подходу, который включает сотрудничество психологов, медицинских работников и социального окружения пациентов. Важную роль в коррекции эмоционально-волевых нарушений играют методы, такие как когнитивно-поведенческая терапия, рационально-эмотивная терапия и арт-терапия, позволяющие пациентам осознать и проработать свои эмоции, а также снизить уровень тревожности и депрессии.

Определена модель психологического сопровождения онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии, учитывающая индивидуальные особенности и потребности данной группы пациентов. Данная модель включает целевой, методологический, содержательно-процессуальный и оценочный блоки и отражает в своем содержании комплексный подход к психологическому сопровождению онкобольных пожилого возраста, включая взаимодействие медицинских работников, членов семей пациентов и психологов, осуществляющих процесс сопровождения. Модель основывается на системной диагностике эмоциональных нарушений с применением

проверенных инструментов; предполагает разработку индивидуального плана коррекции, который учитывает потребности и запросы пациента, а также особенности их психоэмоционального состояния, что позволяет предоставить более целенаправленную помощь.

На основе проведенной работы разработана психологическая программа коррекции эмоциональных состояний онкобольных пожилого возраста в стадии ремиссии, которая включает в свое содержание 3 основных блока:

1) Психопросветительские, семинарские мероприятия (участники: пациенты совместно с родственниками и ближайшим социальным окружением).

2) Индивидуальная психологическая работа (участники: пожилые пациенты с онкозаболеванием в стадии ремиссии)

3) Групповая психокоррекционная работа (участники: пожилые пациенты с онкозаболеванием в стадии ремиссии)

Каждый блок программы имеет свое целевое назначение и содержание. Программа включает разнообразные методы и приемы когнитивно-поведенческого подхода и арт-терапии, реализуясь как в индивидуальной, так и в групповой формах. Прогнозируемая эффективность программы высокая, так как она нацелена на формирование у пациентов навыков самопомощи, повышение эмоциональной устойчивости, укрепление социальных связей, а также на улучшение подготовки родственников и членов семьи к оказанию поддержки. Тем самым программа не только улучшает психоэмоциональное состояние пациентов, но и способствует созданию более поддерживающей социальной среды.

По итогам проведенного исследования можем сделать вывод о том, что выдвинутая гипотеза подтвердилась, цель исследования достигнута.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Аббосов, Д. А. Современные взгляды на молекулярные основы опухолевого роста: протоонкогены, онкобелки и их роль в канцерогенезе / Д. А. Аббосов // Scientist. – 2021. – № 3 (17). – С. 13-15.
2. Абдулманапова, Д. Н. Хроническая обструктивная болезнь легких: современные подходы к определению и классификации / Д. Н. Абдулманапова // Медицинский совет. – 2024. – № 16. – С. 84-91.
3. Агеева, Н. А. Психофизические особенности онкологических больных в контексте биоэтических проблем современности / Н. А. Агеева // Гуманитарные и социальные науки. – 2013. – № 4. – С. 35-43.
4. Алиев, М. Д. Злокачественные опухоли костей / М. Д. Алиев // Саркомы костей, мягких тканей и опухоли кожи. – 2010. – № 2. – С. 3-8.
5. Аллаберганова, Г. А. Специфика познавательной и эмоциональной сферы онкологических больных / Г. А. Аллаберганова / Science Time. – 2023. – № 5 (112). – С. 66-71.
6. Аксель, Е. М. Онкология : справочник практического врача / Е. М. Аксель и др. – Москва : МЕДпресс-информ, 2009. – 767 с.
7. Айтбаев, К. А. Регуляция иммунной системы при старении: в фокусе-эпигенетические механизмы / К. А. Айтбаев // Архивь внутренней медицины. – 2022. – Т. 12, № 1 (63). – С. 35-44.
8. Алёшечкин, П. А. Ранние и отдаленные неврологические осложнения химиотерапии в онкологии (обзор литературы) / П. А. Алёшечкин // Злокачественные опухоли. – 2022. – Т. 12, № 4. – С. 41-49.
9. Андронова, Т. А. Энциклопедия клинической онкологии : осн. средства и методы диагностики и лечения злокачеств. новообразований / Т. А. Андронова; гл. ред. М. И. Давыдов. – Москва : РЛС-2004, 2004. – 1456 с.
10. Антонова, А. А. Раковые заболевания / А. А. Антонова, К. В. Горностаева // Альманах мировой науки. – 2016. – № 12-1. – С. 32-33.

11. Аракелянц, А. А. Злокачественные опухоли сердца: клинический случай саркомы / А. А. Аракелянц // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2021. – Т. 16, № 1. – С. 73-76.
12. Атамухамедова, М. Влияние возрастных особенностей организма на обмен веществ / М. Атамухамедова, А. Саидова // Interdisciplinary Conference of Young Scholars in Social Sciences (USA). – 2021. – С. 287-292.
13. Бек, Д. Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям / Д. Бек. – Санкт-Петербург : Питер, 2024. – 510 с.
14. Березина, Т. Н. Психологические факторы развития сердечно-сосудистых заболеваний на разных этапах жизненного пути / Т. Н Березина // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2020. – № 1. – С. 75-84.
15. Ван, Ц. Анализ факторов послеоперационного прогноза у пациентов с метастатическим поражением длинных трубчатых костей / Ц. Ван, Н. В. Харченко, В. Ю. Карпенко// Казанский медицинский журнал. – 2020. – Т. 101, № 5. – С. 685-690.
16. Васюк, Ю. А. Согласованное мнение российских экспертов по профилактике, диагностике и лечению сердечно-сосудистой токсичности противоопухолевой терапии / Ю. А. Васюк // Российский кардиологический журнал. – 2021. – № 9. – С. 152-233.
17. Варданын, С. Г. Сравнительная оценка методов молекулярно-генетического типирования рака молочной железы для определения оптимальной тактики системного лечения / С. Г. Варданын : дисс. на соискание ученой степени канд. мед. наук. – Москва 2021. – 120 с.
18. Гамеева, Е. В. Комплексная реабилитация онкологических пациентов / Е. В. Гамеева // Современная онкология. – 2022. – № 1. – С. 90-96.
19. Гарлоев, Р. А. Общая патология. Онкология = Онкология / Р. А. Гарлоев. – Петрозаводск : Изд-во ПетрГУ, 2016. – 54 с.

20. Ганич, М. К. Факторы, влияющие на возникновение и протекание онкологических заболеваний / М. К. Ганич // Успехи современной науки и образования. – 2016. – Т. 4, № 8. – С. 84-87.

21. Гельфер, С. А. Токсические последствия противоопухолевой терапии / С. А. Гельфер, В. В. Семенова // Медико-фармацевтический журнал «Пульс». – 2021. – Т. 23, № 6. – С. 28-34.

22. Гимаева, Р. Р. Мутации в генах как пусковой механизм канцерогенеза / Р. Р. Гимаева, Р. К. Исмагилова, Д. И. Габелко // Вестник современной клинической медицины. – 2020. – Т. 13, № 5. – С. 57-61.

23. Гордеев, С. С. Методы всесторонней гериатрической оценки больных раком прямой кишки пожилого и старческого возраста / С. С. Гордеев, Ю. Ю. Ковалева, А. О. Расулов // Тазовая хирургия и онкология. – 2017. – № 2. – С. 43-52.

24. Гоулер, Я. Вы можете победить рак / Ян Гоулер. – Москва : Салюс, 1997. – 190 с.

25. Грецкая, И. Б. Психология болезни и инвалидности / В. С. Бакулин, И. Б. Грецкая, В. В. Петрова. – Волгоград : ВГАФК, 2010. – 136 с.

26. Гуменюк, Л. Н. Роль и возможности психотерапии в онкологии / Л. Н. Гуменюк // Таврический журнал психиатрии. – 2015. – № 3. – С. 51-59.

27. Гурьев, М. Е. Сущность и структура эмоциональной сферы личности / М. Е. Гурьев // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии. – 2014. – № 41. – С. 125-139.

28. Демченко, Т. В. Геронтологические аспекты соматических заболеваний: современные исследования / Т. В. Демченко, Е. Р. Исаева // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. – 2020. – Т. 8, № 4. – С. 379-388.

29. Дмитрива, Е. Б. Социальная поддержка лиц пожилого возраста страдающих онкологическими заболеваниями / Е. Б. Дмитрива // Региональное образование XXI века: проблемы и перспективы. – 2012. – № 4. – С. 412-414.

30. Доскин, В. А. Тест дифференцированной самооценки функционального состояния / В. А. Доскин, Н. А. Лаврентьева, М. П. Мирошников, В. Б. Шарай // Вопросы психологии. – 1973. – №6 – С. 114-118.
31. Дроздова, Л. И. Гистология опухолей / Л. И. Дроздова, В. С. Иванов, С. А. Кривопапов // БИО. – 2018. – № 10 (217). – С. 32-36.
32. Еремина, Е. Н. Молекулярно-генетические маркеры пигментной меланомы кожи (обзор литературы) / Е. Н. Еремина // Сибирское медицинское обозрение. – 2020. – № 3 (123). – С. 38-46.
33. Жмуров, В. Методика "Дифференциальная диагностика депрессивных состояний" / В. Жмуров // Психодиагностика стресса. – 2009. – С. 45-51.
34. Знаков, В. В. Невыразимый экзистенциальный опыт – психологическое основание понимания невыразимого / В. В. Знаков // Теоретическая и экспериментальная психология. – 2022. – № 1. – С. 6-22.
35. Зоткин, Е. Г. Воспалительная теория старения, возраст-ассоциированные заболевания и остеоартрит / Е. Г. Зоткин, И. С. Дыдыкина, А. М. Лиля // РМЖ. – 2020. – Т. 28, № 7. – С. 33-38.
36. Зайдинер, Б. М. Когнитивные расстройства в онкологической клинике / Б. М. Зайдинер, С. А. Савина, И. В. Черникова // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2020. – № 1. – С. 46-50.
37. Имянитов, Е. Н. Эпидемиология и биология лимфомы Ходжкина / Е. Н. Имянитов // Практическая онкология. – 2007. – Т. 8, № 2. – С. 53-56.
38. Караваева, Т. А. Непсихотические аффективные расстройства у пациентов с онкологическими заболеваниями / Т. А. Караваева; Ред. А.М. Беляев, В.А. Чулкова, Т.Ю. Семиглазова, М.В. Рогачев. – Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов. – 2017. – С. 257-271.
39. Кардава, Р. Р. Депрессия и сердечно-сосудистые заболевания у пожилых людей / Р. Р. Кардава, К. Рати // Научный редактор. – 2024. – С. 42.
40. Камалиева, И. Р. Болезнь как способ бытия в контексте индивидуальной ответственности человека / И. Р. Камалиева //

Мировоззренческие основания культуры современной России. – 2023. – С. 61-69.

41. Кароматова, Т. И. Психовегетативные и конституциональные особенности пациентов с острой миелоидной лейкемией в зависимости от типологических особенностей индивидуума и её комплексная терапия / Т. И. Кароматова. – Душанбе.: Чумхурии Тоҷикистон, 2023. – 149 с.

42. Кит, О. И. Рак желудка: современные направления фундаментальных исследований / О. И. Кит // Современные проблемы науки и образования. – 2019. – № 4. – С. 136-136.

43. Копнин, Б. П. Современные представления о механизмах злокачественного роста: сходства и различия солидных опухолей и лейкозов / Б. П. Копнин // Клиническая онкогематология. Фундаментальные исследования и клиническая практика. – 2012. – № 3. – С. 165-185.

44. Колайкова, О. И. Психоэмоциональная помощь при онкологии / О. И. Колайкова // Скиф. – 2023. – № 10 (86). – С. 157-162.

45. Кокк, М. В. Психологическая реабилитация больных с диагнозом онкология в отделениях паллиативной помощи : дис. / М. В. Кокк. – ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, 2022. – 65 с.

46. Кузнецова, И. О. Эмоциональная сфера личности: особенности и условия её формирования / И. О. Кузнецова // Гуманизация образования. – 2019. – № 2. – С. 134-143.

47. Куомо, М. Вся правда о раковых заболеваниях: новый подход к лечению и профилактике онкологии / М. Куомо. – Москва : Эксмо, 2013. – 334 с.

48. Классификация злокачественных опухолей / Междунар. противораковый союз (МПРС) / Н. Н. Блинов. – СПб. : Эскулап, 1998. – 190 с.

49. Лучшева, Л. М. Психологические особенности пожилого возраста / Л. М. Лучшева // Проблемы современного педагогического образования. – 2020. – № 66-2. – С. 323-326.

50. Лутошлива, Е. С. Особенности депрессивного состояния онкобольных на разных стадиях заболевания / Е. С. Лутошлива, Е. С. Воробьева, Г. Э. Турганова // *Baikal Research Journal*. – 2018. – № 4. – С. 8-12.

51. Малеева, М. В. Важность поддержки семьи в период лечения онкологического заболевания / М. В. Малеева // Психология здоровья и болезни: клиничко-психологический подход : Материалы XIII Всероссийской научно-практической конференции с международным участием (с использованием дистанционных технологий). – 2023. – С. 331.

52. Маев, И. В. Трудности диагностики гепатоцеллюлярной карциномы / И. В. Маев // *Consilium medicum*. – 2010. – Т. 12, № 8. – С. 63-66.

53. Махимбетов, Э. К. Эпидемиология рака в мире / Э. К. Махимбетов // *Современные проблемы науки и образования*. – 2020. – № 2. – С. 168-168.

54. Мамайчук, И. И. Психологическая экспертиза в практике клинического психолога / И. И. Мамайчук. – Санкт-Петербург : Изд-во Санкт-Петербургского ун-та. – 2017. – 141 с.

55. Матреницкий, В. Л. Психотравма диагноза, дистресс и депрессия у пациентов как факторы прогрессии онкозаболевания, способы их профилактики и терапии / В. Л. Матреницкий // *Клінічна онкологія*. – 2020. – Т. 10, № 1. – С. 37.

56. Мешков, А. В. Оценка производственных факторов риска и факторов образа жизни в развитии онкологических заболеваний / А. В. Мешков // *Вестник Уральской медицинской академической науки*. – 2015. – № 2. – С. 67-69.

57. Мусаева, О. Т. Основные возрастные заболевания и состояния распространенные среди мужчин и женщин пожилого возраста / О. Т. Мусаева, М. М. Соатов, Б. Р. Халилова // *Research Journal of Trauma and Disability Studies*. – 2023. – Т. 2, № 4. – С. 14-25.

58. Напалков, Н. П. Общая онкология / Н. П. Напалков. – Ленинград : Медицина, 1989. – 646 с.

59. Наумова, Л. А. Современные представления о цервикальном канцерогенезе / Л. А. Наумова // Бюллетень сибирской медицины. – 2023. – Т. 22, № 2. – С. 145-155.

60. Нестерова, И. В. Перспективы развития адаптивной медицинской иммунологии / И. В. Нестерова, Н. С. Татаурщикова // Медицинская иммунология. – 2023. – № 25(6). – С. 1277-1288.

61. Николаева, Э. Ф. Качество жизни как фактор стрессовых состояний у лиц пожилого возраста / Э. Ф. Николаева // Балканско научно обозрение. – 2020. – Т. 4, № 3 (9). – С. 56-59.

62. Николаева, Н. И. Опыт работы с онкобольными в стадии ремиссии с применением иппотерапии / Н. И. Николаева // Конная индустрия и современное общество: перспективы, тенденции, регулирование. – 2021. – С. 38-42.

63. Николаева, Н. Н. Физиология, биомеханика, теория и методика физической культуры – комплексная составляющая программ по конному спорту / Н. Н. Николаева, Т. Н. Головина, А. Ю. Крылова // Научное обеспечение развития АПК в условиях импортозамещения. – 2020. – С. 234-236.

64. Павлова, В. Ю. Паранеопластический синдром-прогностическая значимость / В. Ю. Павлова, С. В. Соколов, А. В. Гайдай // Лечащий врач. – 2020. – № 4. – С. 48.

65. Пашков, Д. В. Рак толстой кишки с микросателлитной нестабильностью у пожилых больных: роль иммунодефицита и клинические особенности / Д. В. Пашков // Сибирский онкологический журнал. – 2020. – Т. 19, № 1. – С. 31-39.

66. Пятчанина, Т. В. Фундаментальные знания как основа нововведений в клинической онкологии / Т. В. Пятчанина // Онкология. – 2016. – С. 236-239.

67. Палагина, А. А. Тенденции в лечении и профилактике онкологических заболеваний в России и в мире / А. А. Палагина // Молодая фармация-потенциал будущего. – 2023. – С. 572-579.

68. Петров, А. Г. Современные проблемы сбалансированного питания в лечении и профилактике онкологических заболеваний в системе специализированной фармацевтической помощи / А. Г. Петров // Медицина в Кузбассе. – 2023. – Т. 22, № 1. – С. 5-11.

69. Пожарская, А. С. Психологические особенности реагирования на онкологический диагноз и важность психокоррекции онкобольных / А. С. Пожарская // Психологические исследования: актуальные направления и перспективы: сборник научно-практических исследований молодых ученых. – 2023. – С. 79-84.

70. Подопригора, Г. М. Качество жизни пожилых людей и организация их медико-социального обслуживания / Г. М. Подопригора // Медицинская сестра. – 2008. – Т. 5. – С. 15-16.

71. Проценко, И. А. Онлайн-взаимодействие как ресурс социальной адаптации больных онкологией людей / И. А. Проценко. – Екатеринбург : Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б. Н. Ельцина, 2021. – 117 с.

72. Полищук, Т. В. Качество жизни больных местнораспространенным немелкоклеточным раком легкого на этапах комбинированного лечения / Т. В. Полищук // Сибирский онкологический журнал. – 2006. – № 3. – С. 74-78.

73. Пустоханова, Л. В. Особенности когнитивных функций у лиц пожилого возраста / Л. В. Пустоханова, Е. М. Морозова, М. Ю. Береснева // Неврологические чтения в Перми. – 2021. – С. 151-155.

74. Прейс, В. Ю. Влияние пожилого возраста и старости на физические и психические возрастные изменения человека / В. Ю. Прейс // Психология и право в современной России. – 2022. – С. 357-362.

75. Русина, Н. А. Эмоции и стресс при онкологических заболеваниях // Н. А. Русина / Мир психологии.– 2002.– № 6.– С. 215- 260.

76. Равич, Р. Д. Биология надежды: как стать исключительным пациентом и помочь себе при онкологии и других хронических заболеваниях / Ре. Равич. – М. : Издательские решения, 2016. – 497 с.

77. Рузикулов, М. М. Инсультоподобное клиническое течение опухолевых заболеваний головного мозга / М. М. Рузикулов // Доктор. Ру. – 2014. – № 6-1. – С. 26-28.

78. Сейфулина, Г. В. Особенности психофизиологической адаптации к онкологическим заболеваниям / Г. В. Сейфулина // Наука и бизнес: пути развития. – 2015. – № 9 (51). – С. 83-91.

79. Семионкин, Е. И. Стресс у онкологических больных / Е. И. Семионкин // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2011. – № 3. – С. 59-62.

80. Семиглазова Т. Ю. Международная модель реабилитации онкологических больных / Т. Ю. Семиглазова // Медицинский совет. – 2018. – № 10. – С. 108-116.

81. Семиглазова, Т. Ю. Качество жизни – важнейший критерий эффективности лечения и реабилитации онкологических больных / Т. Ю. Семиглазова // Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов. – 2017. – С. 11-17.

82. Старикова В. О. Факторы развития онкологических заболеваний граждан России / В. О. Старикова // Новые научные исследования. – 2021. – С. 248-250.

83. Тарабрина, Н. В. Онкопсихология: посттравматический стресс у больных раком молочной железы / Н. В. Тарабрина. – Москва : Ин-т психологии РАН, 2010. – 174 с.

84. Тарабрина, Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. – Москва : АСТ, 2001. – 223 с.

85. Таран, И.И. Психология зрелых возрастов / И. И. Таран, В. В. Смирнова – Великие Луки : Великолукская гор. тип, 2014. – 298 с.
86. Титкова, А.С. Приверженность лечению и временная перспектива пациентов онкологического профиля / А.С. Титкова, Т. В. Демченко // Клиническая психология. – Санкт-Петербург : Питер, 2024. – 93 с.
87. Ткаченко, Е. В. Нейротоксичность как побочный эффект при использовании таксанов у онкологических больных / Ткаченко Е. В. // Российский журнал боли. – 2020. – Т. 18, № 3. – С. 48-53.
88. Ткаченко, Г. А. Арт-терапия в комплексной реабилитации онкологических больных / Г. А. Ткаченко // Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация. – 2019. – Т. 1. – №. 3. – С. 37-39.
89. Ткаченко, Г. А. Психологическая реабилитация онкологических больных: от истоков к современности / Г. А. Ткаченко, А. М. Степанова // Злокачественные опухоли. – 2022. – № 4. – С. 36-40.
90. Тороповский, А. Н. Роль выявления мутаций в генах *brca1*, *2, chek2*, *palb2* при диагностике онкологических заболеваний и определении стратегии терапии / А. Н. Тороповский // Вестник медицинского института «Реавиз»: реабилитация, врач и здоровье. – 2023. – № 1. – С. 85-91.
91. Трифонова, Н. Ю. Влияние социальной поддержки на эффективность лечения онкологических больных / Н. Ю. Трифонова, В. И. Бутрина, В. В. Люцко // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 4. – С. 371-374.
92. Тумян, Г. С. Неходжкинские лимфомы / Г. С. Тумян // Клиническая онкогематология. Фундаментальные исследования и клиническая практика. – 2015. – № 4. – С. 455-462.
93. Тумаренко, А. В. Профилактика онкологических заболеваний / А. В. Тумаренко // Медицинская сестра. – 2016. – № 2. – С. 3-7.
94. Уральская, Е. Р. Использование растительного сырья, содержащего флавоноиды, для профилактики и терапии онкологических заболеваний / Е. Р.

Уральская, А. С. Ловенецкая // Вестник Пермской государственной фармацевтической. – 2022. – Т. 14. – 897 с.

95. Удалов, Ю. Д. Прогнозирование и минимизация рисков фатальных исходов планового хирургического лечения онкологических больных с коморбидной соматической патологией / Ю. Д. Удалов // Медицина экстремальных ситуаций. – 2018. – Т. 20, № 2. – С. 136-145.

96. Финагентова, Н. В. Психологические ресурсы в профилактике рецидивов при онкологических заболеваниях: автореф. дисс. канд. пс. наук / Н. В. Финагентова. – СПб, 2010. – 294 с.

97. Фильченков, А. А. Лимфоангиогенез и метастазирование опухолей / А. А. Фильченков // Креативная хирургия и онкология. – 2010. – № 3. – С. 80-90.

98. Франк, Г. А. Рецидив злокачественной опухоли: понятие, сущность, терминология / Г. А. Франк // Российский онкологический журнал. – 2006. – № 3. – С. 50-52.

99. Харченко, Е. П. Метастазирование и раковая спячка / Е. П. Харченко, И. А. Соловьев // Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. – 2016. – № 5. – С. 72-77.

100. Холецкая, Н. М. Группы поддержки как важнейший инструмент социально-психологической помощи больным онкологическими заболеваниями / Н. М. Холецкая // БГПУ имени М. Танка. – С. 308-318.

101. Царенко, А. В. Оптимизация психологической и психотерапевтической помощи паллиативным пациентам пожилого возраста и пациентам с хроническим болевым синдромом в амбулаторных условиях / А. В. Царенко, В. В. Чайковская, З. В. Максимова // Психиатрия. – 2021. – № 4. – С. 112-119.

102. Циринг, Д. А. Личностные характеристики больных злокачественными новообразованиями в период ремиссии (на примере женщин с раком молочной железы) / Д. А. Циринг // Вестник Челябинского государственного университета. – 2021. – № 4 (16). – С. 5-12.

103. Циринг, Д. А. Психологические особенности женщин, больных раком молочной железы на стадии ремиссии и четвертой стадии / Д. А. Циринг, Е. А. Евстафеева, И. В. Пономарева // Сибирский психологический журнал. – 2023. – № 88. – С. 144-153.
104. Чикина, А. С. Метастазирование: клеточные механизмы и их регуляция / А. С. Чикина, А. Ю. Александрова // Молекулярная биология. – 2014. – Т. 48, № 2. – С. 195-195.
105. Чулкова, В. А. Психологические исследования онкологических больных / В. А. Чулкова // Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов. – 2017. – С. 105-109.
106. Шабанова, Т. Л. Специфика изменений эмоциональной сферы у лиц пожилого возраста / Т. Л. Шабанова, И. В. Наумова // Перспективы науки и образования. – 2018. – № 3 (33). – С. 287-291.
107. Шарипов, Ш. З. Оценка бремени хронических неинфекционных заболеваний и её ассоциация с факторами риска развития раковых болезней / Ш. З. Шарипов //Здравоохранение Таджикистана. – 2019. – № 3. – С. 87-93.
108. Шестопалова, И. М. Толерантность к физической нагрузке у пожилых онкологических больных с одышкой / И. М. Шестопалова, Э. С. Сибатулина // Клиническая геронтология. – 2007. – Т. 13, №. 10. – С. 12-15.
109. Шестопалова, И. М. Личностные реакции онкологических больных пожилого и старческого возраста / И. М. Шестопалова, Г. А. Ткаченко // Клиническая геронтология. – 2007. – Т. 13, № 10. – С. 26-28.
110. Щелкова, О. Ю. Психосоциальные факторы качества жизни онкологических больных после ампутации нижней конечности: постановка проблемы и методология исследования / О. Ю. Щелкова // Саркомы костей, мягких тканей и опухоли кожи. – 2020. – Т. 12, № 1. – С. 53-61.
111. Эргашева, Г. Т. Изучение Клинических Особенности Больных Сахарным Диабетом 2 Типа Среднего И Пожилого Возраста / Г. Т. Эргашева // Central Asian Journal of Medical and Natural Science. – 2023. – Т. 4, № 6. – С. 274-276.

112. Эберт, М. А. Современный взгляд на диагностику меланомы кожи / М. А. Эберт // Вопросы онкологии. – 2019. – Т. 65, № 5. – С. 638-644.
113. Ahles, T Cognitive function in breast cancer patients prior to adjuvant treatment / T Ahles, A Saykin, B. McDonald C// ognitive. Breast Cancer Res Treat. – 2008. – №110. – P.143-152.
114. Butler, J. M.A phase III, double-blind, placebo-controlled prospective randomized clinical trial of d-threo-methylphenidate HCl in brain tumor patients receiving radiation therapy / J.M. Butler, L.D. Case, J. Atkins // . Int J Radiat Oncol Biol Phys. – 2007. – № 69. – P.1496-1501.
115. Ferlay, J. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012 / J. Ferlay, Y. Sverjomataram, R. Dikshit // Int. J.Cancer. – 2015 – № 1. – P.359-386.
116. Hodgson, K. A metaanalysis of the effects of chemotherapy on cognition in patients with cancer / K. Hodgson, A. Hutchinson, C. Wilson, T. Nettelbeck // Cancer Treat Rev. – 2013. – №39. – P.297-304.
117. Janelsins, M. Prevalence, mechanisms, and management of cancer-related cognitive impairment / M. Janelsins, S. Kesler, T. Ahles, G. Morrow Prevalence // Int Rev Psychiatry. – 2014. – №26. – P.102-113
118. Management of Cancer-related Cognitive Dysfunction–Conceptualization Challenges and Implications for Clinical Research and Practice Pascal Jean-Pierre US Oncol. – 2010. – № 6. – P. 9-12.
119. Sheline, G. Therapeutic irradiation and brain injury / G. Sheline, W. Wara, V. Smith.// Int J Radiat Oncol Biol Phys. – 1980. – № 6. – P. 1215-1228.
120. Spielberger, C. D. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory / C.D. Spielberger, R.L. Gorsuch, R.E. Lushene // Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. – 1970. – 38 p.
121. Weiss, B. Chemobrain: a translational challenge for neurotoxicology / B. Weiss // Neurotoxicology. – 2008. – №29. – P. 891-898.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Индивидуальные результаты испытуемых по итогам диагностического
обследования

Таблица 1. Индивидуальные результаты испытуемых экспериментальной
группы по итогам проведения опросника «САН» (самочувствие, активность,
настроение) (В. А. Доскин, М. П. Мирошников)

№ испытуемого	Самочувствие	Активность	Настроение
1	3.4	4	3.2
2	3.1	2.9	3
3	4.2	4.4	3.2
4	3.8	3.9	4.1
5	4.5	4.4	4.1
6	3.8	4.2	4.4
7	2.9	3.8	3.3
8	3.4	3.8	3.9
9	4.8	4.2	4
10	3.2	3.1	4
11	3.5	3.8	4.5
12	2.8	2.9	3.3
13	3.6	3.7	3.4
14	4.2	4.8	4.6
15	4.4	4.5	4.7
16	4.2	3.9	3.4
17	4.1	3.8	3.5
18	3.4	3.4	3.2
19	2.8	3	2.7
20	2.3	3.1	3.2
Среднее значение	3.6	3.8	3.7

Таблица 2. Индивидуальные результаты испытуемых контрольной группы по
итогам проведения опросника «САН» (самочувствие, активность,
настроение) (В. А. Доскин, М. П. Мирошников)

№ испытуемого	Самочувствие	Активность	Настроение
1	3.2	3.3	3.8
2	3.9	3.7	4.2
3	3.1	2.8	3.5
4	4.4	5.2	4.8
5	4.6	3.8	4.5
6	3.9	4.2	4.1
7	3.7	3.9	4.2
8	4.9	5	4.9
9	5.5	5.2	4.9
10	4.3	4.5	4.7
11	4.1	5.1	4.9

12	4.6	5.1	4.8
13	5	3.8	4
14	3.8	3.9	4.2
15	4.1	4	3.8
16	3.6	4.5	3.7
17	2.8	3.4	3.3
18	3.9	4.1	4.3
19	3.2	3.5	3.6
20	4.9	5	4.8
Среднее значение	4.1	4.2	4.3

Таблица 3. Индивидуальные результаты испытуемых экспериментальной группы по итогам проведения методики исследования личностной и ситуативной тревожности Спилбергера-Ханина

№ испытуемого	ситуативная тревожность	личностная тревожность
1	35	28
2	48	41
3	27	22
4	32	27
5	37	33
6	27	22
7	39	31
8	44	40
9	25	27
10	29	33
11	33	25
12	49	44
13	45	38
14	38	26
15	34	30
16	37	29
17	33	27
18	29	25
19	49	45
20	58	49
Среднее значение	37.4	32.1

Таблица 4. Индивидуальные результаты испытуемых контрольной группы по итогам проведения методики исследования личностной и ситуативной тревожности Спилбергера-Ханина

№ испытуемого	ситуативная тревожность	личностная тревожность
1	49	44
2	44	30

3	45	40
4	35	29
5	35	20
6	28	21
7	39	26
8	22	20
9	24	21
10	29	25
11	32	28
12	27	24
13	26	22
14	25	21
15	24	20
16	21	24
17	55	49
18	35	28
19	52	48
20	34	20
Среднее значение	34.1	28.0

Таблица 5. Индивидуальные результаты испытуемых экспериментальной группы по итогам проведения методики «Шкала депрессии Бека» (Адаптация Н. В. Тарабриной)

№ испытуемого	Баллы	Степень депрессии
1	17	Умеренная
2	29	Выраженная
3	10	Легкая
4	12	Легкая
5	9	Отсутствует
6	14	Легкая
7	23	Выраженная
8	15	Легкая
9	7	Отсутствует
10	11	Легкая
11	10	Легкая
12	33	Тяжелая
13	26	Выраженная
14	14	Легкая
15	11	Легкая
16	23	Выраженная
17	15	Легкая
18	12	Легкая
19	36	Тяжелая
20	27	Выраженная
Среднее значение	17.7	

Таблица 6. Индивидуальные результаты испытуемых контрольной группы по итогам проведения методики «Шкала депрессии Бека» (Адаптация Н. В. Тарабриной)

№ испытуемого	Баллы	Степень депрессии
1	15	Легкая
2	10	Легкая
3	13	Легкая
4	6	Отсутствует
5	7	Отсутствует
6	10	Легкая
7	12	Легкая
8	8	Отсутствует
9	10	Легкая
10	9	Отсутствует
11	13	Легкая
12	15	Легкая
13	10	Легкая
14	5	Отсутствует
15	8	Отсутствует
16	6	Отсутствует
17	14	Легкая
18	4	Отсутствует
19	13	Легкая
20	10	Легкая
Среднее значение	9.9	

Таблица 7. Индивидуальные результаты испытуемых экспериментальной группы по итогам проведения методики дифференциальной диагностики депрессивных состояний В.А. Жмурова

№ испытуемого	Баллы	Степень депрессивных состояний
1	37	Легкая
2	46	Умеренная
3	12	Минимальная
4	16	Минимальная
5	9	Отсутствует
6	10	Минимальная
7	25	Легкая
8	14	Минимальная
9	13	Минимальная
10	35	Легкая
11	29	Легкая
12	73	Выраженная
13	39	Легкая
14	28	Легкая
15	25	Легкая

16	54	Умеренная
17	43	Легкая
18	39	Легкая
19	91	Глубокая
20	84	Выраженная
Среднее значение	36.1	

Таблица 8. Индивидуальные результаты испытуемых контрольной группы по итогам проведения методики дифференциальной диагностики депрессивных состояний В.А. Жмурова

№ испытуемого	Баллы	Степень депрессивных состояний
1	26	Легкая
2	15	Минимальная
3	32	Легкая
4	16	Минимальная
5	22	Минимальная
6	19	Минимальная
7	24	Минимальная
8	23	Минимальная
9	10	Минимальная
10	5	Отсутствует
11	14	Минимальная
12	7	Отсутствует
13	4	Отсутствует
14	8	Отсутствует
15	12	Минимальная
16	11	Минимальная
17	28	Легкая
18	17	Минимальная
19	34	Легкая
20	27	Легкая
Среднее значение	17.7	