**МИНИСТЕРСТВО ПО ОБРАЗОВАНИЮ И НАУКЕ**

**Новокузнецкий институт (филиал) федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Кемеровский государственный университет»**

**Гуманитарный факультет**

**Кафедра психологии**

**Курсовая работа**

**по дисциплине «Социальная психология»**

**Тема: «Взаимосвязь психоэмоционального состояния онкологических больных с поддержкой социального окружения»**

Студент группы ППЗС-12

*А. В. Леушина*

Руководитель доцент

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_О.А.Добрынина*

Работа защищена с оценкой «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_».

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_г.

Новокузнецк 2013

ВВЕДЕНИЕ............................................................................................................. 2

ГлаваI.Теоритические предпосылки ИССЛЕДОВАНИЯ ВЗАИМОСВЯЗИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ПОДДЕРЖКОЙ СОЦИАЛЬНОГО ОКРУЖЕНИЯ …………………………………………………………………… 5

1.1. Психология переживания …...........................................................................5

1.2. Понятие – социальное окружение, социальная поддержка.…...................10

1.3.Роль социальной поддержки для онкологических больных…………......15

Глава II. Организация и методы ИССЛЕДОВАНИЯ ВЗАИМОСВЯЗИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ПОДДЕРЖКОЙ СОЦИАЛЬНОГО ОКРУЖЕНИЯ ………………………………………………………...................21

2.1.Этапы исследования…………........................................................................21

2.2.Характеристика выборки испытуемых..........................................................23

2.3.Методы исследования……………………………………………………….24

2.4.Методики исследования……………………………………………………..........................24

Глава III. Результаты эмпирического ИССЛЕДОВАНИЯ ВЗАИМОСВЯЗИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ПОДДЕРЖКОЙ СОЦИАЛЬНОГО ОКРУЖЕНИЯ …………………………………………………………………...30

3.1.Результаты эмпирического исследования психоэмоционального состояния онкологических больных…………...……………………………….30

3.2. Сравнительный анализ психоэмоционального состояния онкологических больных в зависимости от наличия поддержки социального окружения...............................................................................................................40

ВЫВОДЫ…………………………………………………………………….......45

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....................................................................................................48

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ....................................................50

ПРИЛОЖЕНИЕ.....................................................................................................53

ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность темы исследования.** По прогнозам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), распространенность онкологических заболеваний в мире возрастет в 2 раза в период с 1999 по 2020 г. (с 10 млн до 20 млн новых случаев онкологии и с 6 млн до 12 млн регистрируемых смертей).  
В развитых странах наблюдается тенденция к снижению роста заболеваемости и смертности от злокачественных опухолей как за счет профилактики (в первую очередь борьба с курением), так и за счет улучшения ранней диагностики (профосмотры, диспансеризация) и лечения.  
В 2005 г. число онкологических больных в России достигло 2,3 млн человек, увеличившись с 1995 г. на 1,75 млн. Таким образом, каждый год выявляется порядка 400-500 тыс. новых больных раком.  
По данным ВОЗ, в лучевой терапии нуждаются до 70% онкологических больных. По разным оценкам в среднем по России лучевое лечение получают лишь 30% пациентов[1]. В нашей стране онкология является второй по распространенности причиной смерти населения (после сердечнососудистых заболеваний). 5-летняя выживаемость пациентов – один из основных показателей, по которым оценивается уровень решения онкологических проблем государством – находится на очень низком уровне по сравнению с другими цивилизованными странами [2]. Тенденция более высокой смертности одиноких людей увеличивается с каждым годом. За последние 40 лет, разница в смертности между неженатыми и женатыми людьми увеличилась. Особенно этот факт заметен среди мужчин. Женатые люди гораздо здоровее при первичном осмотре. Четко соблюдают все рекомендации врачей и не пропускают повторные осмотры. Предположительно, из-за того, что обо всем этом им постоянно напоминают любящие партнеры. Также стоит помнить, что люди, состоящие в гражданском браке, чаще всего относятся к неженатым. А если посчитать и их, то разница в смертности будет гораздо ощутимее.   
Ученые проанализировали данные о смертности онкологических пациентов за 30 лет, приняв во внимание их семейное положение. Выяснилось, что высокая смертность не зависит от других факторов (вес, рост, пол, образование, стадия рака, момент диагностики), а, в основном, от того, состоит человек в браке или нет[12].

**Цель**: выявить взаимосвязь психоэмоционального состояния онкологических больных с поддержкой социального окружения.

**Гипотеза:** Психоэмоциональное состояние онкологических больных с поддержкой социального окружения благоприятнее, чем у одиноких пациентов.

**Задачи:**

1) Исследовать научно-психологическую литературу по социальной психологии, психологии переживания, статистику заболеваемости онкологическими заболеваниями;

2) Обосновать методы, методики, сформировать выборку исследования;

3) Провести эмпирическое исследование психоэмоционального статуса онкологических больных ,установить их социального положение;

4) Провести анализ полученных в ходе эмпирического исследования данных.

**Объект:** психоэмоциональный статус

**Предмет:** взаимосвязь психоэмоционального состояния онкологических больных с поддержкой социального окружения

**Выборка исследования:** общую выборку исследования составили пациенты ГБУЗ НКОД, отделения радиологии, в количестве 51 человек, в возрасте от 18 до 60 лет. Из них 28 женщин и 22 мужчины. Все пациенты имеют подтвержденный диагноз злокачественного новообразования. Из них имеют семью из трех и более человек – 16 человек; семья из двух человек – 8 человек; не имеют семьи – 27 человек.

**Методы исследования**: изучение литературы, диагностическое тестирование, проективное тестирование.

**Методики исследования**:

1) Диагностика оперативной оценки самочувствия, активности , настроения (САН)

2) Тест внутренней агрессивности (С. Дайхофф)

3) Тест Спилберга-Ханина для определения личностной и ситуативной тревожности.

**Методологические принципы исследования:** единства, детерминизма, научности, развития.

**Теоретико-методологическая основа исследования**: изучение психологии переживания в работах зарубежных и отечественных авторов, изучение социальной психологии.

**Практическая значимость:** Исследование влияния поддержки социального окружения на психоэмоциональный статус онкологических больных способствует выявлению личностных проблем пациента и открывает возможности для углубленной психокоррекционной работы психолога. Поддержка семьи, родственников, друзей и коллег положительно влияет на психоэмоциональное состояние онкологического больного, переживание им кризисного состояния, а следовательно улучшается качество и продолжительность жизни пациентов. Работа психолога с пациентами и их родственниками помогает пациентам и их родственникам вести достойную. качественную жизнь как можно дольше, а так же облегчает работу других специалистов в лечении заболевания.

ГЛАВА 1. Теоритические предпосылки ИССЛЕДОВАНИЯ ВЗАИМОСВЯЗИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ПОДДЕРЖКОЙ СОЦИАЛЬНОГО ОКРУЖЕНИЯ

**1.1. Психология переживания**

Понятие переживания, в своем широком значении, представляется как любое испытываемое субъектом эмоционально окрашенное явление действительности, непосредственно представленное в его сознании и выступающее для него как событие его жизни. То есть, переживание - это особое, субъективное, пристрастное отражение, причем отражение не окружающего предметного мира самого по себе, а мира, взятого в отношении к субъекту, с точки зрения предоставляемых им (миром) возможностей удовлетворения актуальных мотивов и потребностей субъекта. Однако, переживание здесь мыслится как отражение и представляет собой переживание созерцание. Наряду с ним существует и переживание – деятельность[5].К проблеме переживания первым в советской психологии обратился Л.С. Выготский.  "Переживание вводится как единица сознания, где все  основные свойства сознания даны как таковые, в то время как во внимании, в мышлении не дано связи сознания". В другом тексте Выготского читаем: "Действительной динамической единицей сознания, то есть полной единицей, из которой складывается сознание, будет переживание" . Стало быть, переживание, во-первых, наиболее полная (сравнительно с другими) величина в структуре сознания, во-вторых, это динамическая, то есть движущая поведением, величина и, наконец, в-третьих, в ней представлена личность в социальной ситуации развития. Выготский говорит о том, что возрастное развитие может быть представлено как история  переживаний формирующейся личности. Также, важным моментом является включение переживаний в контекст идеи о единстве аффекта и интеллекта, причем акцент ставится на сопряженности переживания с конфликтными ситуациями, через которые проходит история индивида. Носителем и реализатором переживания является, в первую очередь, внешнее поведение. Внешние действия осуществляют работу переживания не прямо, достижением некоторых предметных результатов, а через изменения сознания субъекта и вообще его психологического мира. "Участие в работе переживания различных интрапсихических процессов можно наглядно объяснить, перефразировав "театральную" метафору З. Фрейда: в "спектаклях" переживания занята обычно вся труппа психических функций, но каждый раз одна из них может играть главную роль, беря на себя основную часть работы переживания, т. е. работы по разрешению неразрешимой ситуации". В этой роли часто выступают эмоциональные процессы (восприятие, мышление, внимание) и другие психические "функции". Переживание следует отличать от традиционного психологического понятия переживания, означающего непосредственную данность психических содержаний сознанию. Переживание представляется как особая деятельность, особая работа, реализуемая внешними и внутренними действиями, по перестройке психологического мира, направленная на установление смыслового соответствия между сознанием и бытием, общей целью, которой является повышение осмысленности жизни [5]. Заболевание является переживанием кризисной ситуации. Критическая ситуация в самом общем плане должна быть определена как ситуация невозможности, т. е. такая ситуация, в которой субъект сталкивается с невозможностью реализации внутренних необходимостей своей жизни (мотивов, стремлений, ценностей) [5]. Существуют четыре ключевых понятия, которыми в современной психологии описываются критические жизненные ситуации. Это понятия стресса, фрустрации, конфликта и кризиса. Мы будем исходить из общего представления, согласно которому тип критической ситуации определяется характером состояния "невозможности", в котором оказалась жизнедеятельность субъекта[4]. "Невозможность" же эта определяется, в свою очередь, тем, какая жизненная необходимость, оказывается парализованной в результате неспособности имеющихся у субъекта типов активности справиться с наличными внешними и внутренними условиями жизнедеятельности. Понятно, что реализация такой установки сплошь и рядом прорывается самыми обычными, любыми требованиями реальности; и если такой прорыв квалифицировать как особую критическую ситуацию — стресс, мы приходим к такому понятию стресса, в котором очевидным образом удается совместить идею "экстремальности" и идею "неспецифичности". При описанных содержательно- логических условиях вполне ясно, как можно считать стресс критическим событием и в то же время рассматривать его как перманентное жизненное состояние[11]. Необходимыми признаками фрустрирующей ситуации согласно большинству определений является наличие сильной мотивированности достичь цель (удовлетворить потребность, в данном случае потребность быть здоровым) и преграды, препятствующей этому достижению. В соответствии с этим фрустрирующие ситуации классифицируются по характеру фрустрируемых мотивов и по характеру "барьеров". Барьеры, преграждающие путь индивида к цели, могут быть физические (например стены тюрьмы), биологические (болезнь, старение), психологические (страх, интеллектуальная недостаточность) и социокультурные (нормы, правила, запреты). Человек, будучи фрустрирован, испытывает беспокойство и напряжение, чувства безразличия, апатии и утраты интереса, вину и тревогу, ярость и враждебность, зависть и ревность и так далее. Обычно выделяют следующие виды фрустрационного поведения:

а) двигательное возбуждение — бесцельные и неупорядоченные реакции;

б) апатия (в известном исследовании Р. Баркера, Т. Дембо и К. Левина, один из детей в фрустрирующей ситуации лег на пол и смотрел в потолок);

в) агрессия и деструкция;

г) стереотипия — тенденция к слепому повторению фиксированного поведения;

д) регрессия, которая понимается либо "как обращение к поведенческим моделям, доминировавшим в более ранние периоды жизни индивида" ,либо как "примитивизация" поведения (измерявшаяся в эксперименте Р. Баркера, Т. Дембо и К. Левина снижением "конструктивности" поведения) или падение "качества исполнения"[10]. Задача определения психологического понятия конфликта довольно сложна. Если задаться целью найти дефиницию, которая не противоречила бы ни одному из имеющихся взглядов на конфликт, она звучала бы психологически абсолютно бессодержательно: конфликт — это столкновение чего-то с чем-то. Приверженцы психодинамических концептуальных схем определяют конфликт как одновременную актуализацию двух или более мотивов (побуждений). Бихевиористски ориентированные исследователи утверждают, что о конфликте можно говорить только тогда, когда имеются альтернативные возможности реагирования. Наконец, с точки зрения когнитивной психологии в конфликте сталкиваются идеи, желания, цели, ценности — словом, феномены сознания. К. Хорни в качестве необходимых условий конфликта называет осознание своих чувств и наличие внутренней системы ценностей, а Д. Миллер и Г. Свэнсон — "способность чувствовать себя виновным за те или иные импульсы". Все это доказывает, что конфликт возможен только при наличии у индивида сложного внутреннего мира и актуализации этой сложности[11]. Так же, как трудности внешнего мира противостоит деятельность, так сложности внутреннего мира, то есть перекрещенности жизненных отношений субъекта, противостоит активность сознания. Внутренняя необходимость, или устремленность активности сознания, состоит в достижении согласованности и непротиворечивости внутреннего мира. Сознание призвано соизмерять мотивы, выбирать между ними, находить компромиссные решения и так далее, словом, преодолевать сложность. Критической ситуацией здесь является такая, когда субъективно невозможно ни выйти из ситуации конфликта, ни разрешить ее, найдя компромисс между противоречащими побуждениями или пожертвовав одним из них[14]. Внутренней необходимостью жизни личности является реализация своего пути, своего жизненного замысла. Психологическим "органом", проводящим замысел сквозь неизбежные трудности и сложности мира, является воля. Воля — это орудие преодоления "умноженных" друг на друга сил трудности и сложности. Когда перед лицом событий, охватывающих важнейшие жизненные отношения человека, воля оказывается бессильной (не в данный изолированный момент, а в принципе, в перспективе реализации жизненного замысла), возникает специфическая для этой плоскости жизнедеятельности критическая ситуация — кризис. Как и в случаях фрустрации и конфликта, можно выделить два рода кризисных ситуаций, различающихся по степени оставляемой ими возможности реализации внутренней необходимости жизни[4]. Кризис первого рода может серьезно затруднять и осложнять реализацию жизненного замысла, однако при нем все еще сохраняется возможность восстановления прерванного кризисом хода жизни. Это испытание, из которого человек может выйти сохранившим в существенном свой жизненный замысел и удостоверившим свою самотождественность. Ситуация второго рода, собственно кризис, делает реализацию жизненного замысла невозможной. Результат, переживания этой невозможности — метаморфоза личности, перерождение ее, принятие нового замысла жизни, новых ценностей, новой жизненной стратегии, нового образа-Я [8]. Таким образом мы переходим к процессу переживания. Хотя переживание, в каком бы виде оно ни представало в различных концепциях, — в виде ли психологической защиты, компенсации или совладания, редко рассматривается как процесс, направляемый осознанной целью, оно считается всеми авторами процессом, в том или ином виде подчиняющимся целевой детерминации. Анализ литературы показывает, что целевые детерминанты, приписываемые процессам переживания, совпадают с основными "внутренними необходимостями" жизнедеятельности, которые были обнаружены нами при обсуждении проблемы критической ситуации:

1. Здесь-и-теперь удовлетворение.

2. Реализация мотива (удовлетворение потребности).

3. Упорядочение внутреннего мира.

4. Самоактуализация.

Существуют особые жизненные ситуации, которые ставят субъекта перед необходимостью переживания. Это критические ситуации, характеризующиеся невозможностью: невозможностью жить, "реализовывать внутренние необходимости своей жизни". При этом в ситуации невозможности  перед человеком в той или иной форме встает "задача на смысл" как задача добывания осмысленности, поиска источников смысла, "разработки" этих источников и т.д. - то есть, производства смысла. "Именно эта общая идея производства смысла позволяет говорить о переживании как о продуктивном процессе, как об особой работе"[5] . Так, переживание является деятельностью, самостоятельным процессом, соотносящим субъекта с миром и решающим его реальные жизненные проблемы. Одинокий человек остается один на один со своим горем, теряется смысл самого его существования, возникает ощущение ненужности, бесполезности. Найти смысл жизни человеку помогает его социальное окружение, семья.

**1.2. Понятия – социальное окружение, социальная поддержка**

В современной науке понятием личность определяется: человек как член конкретного общества, сущность которой составляют ее социальные качества.  Общество для личности выступает как естественная природа ее существования. Человек для того, чтобы удовлетворить свои потребности взаимодействует с другими людьми[1]. Воспроизводя свою общественную жизнь, он тратит часть своего рабочего времени непосредственно на себя, а другую часть на общество, через которое реализует потребности в безопасности: стремление чувствовать себя защищенным, избавиться от страха и жизненных неудач;  потребности в принадлежности и любви: стремление принадлежать к общности, находится рядом с людьми, быть признанным и понятым ими;  потребности уважения (почитания): стремление к компетентности, достижению успехов, одобрению, признанию, авторитету; познавательные потребности, стремление много знать, уметь, понимать, исследовать; эстетические потребности: стремление к гармонии, симметрии, красоте.   То есть, превращаясь в личность, человек удовлетворяет комплекс потребностей от физиологических (голод, жажда, половое влечение, состояние здоровья)до самоактуализации (стремление к реализации своих способностей, к развитию собственной личности) [20]. Взаимодействие с социальной средой человек строит в процессе своей деятельности, его поведение как системы может быть реактивным (полное подчинение окружающей среде), адаптивное (приспособление к окружающей среде), активном (изменение, преобразование окружающей среды). В реальной жизни личность взаимодействует с социальной средой на основе комплексного применения всех основных типов поведения, сообразуясь с ее изменениями, с ее активностью[2]. Например, любой человек может выбирать друзей самостоятельно, может строго следовать установкам родителей, а может подчиниться активному выбору других; может выбрать профессию, супруга и т.д. сам, может подчиниться выбору родителей, своего окружения и т.д. Родившись в конкретной семье, человек попадает в конкретное ближайшее социальное окружение: семья, родственники, если же их нет, то его социализацией занимается общество через деятельность конкретных людей (детские дома, приюты и т.д.).  Развиваясь, усваивая ценности конкретной социальной среды, то есть, превращаясь в личность, он начинает формировать, как правило, свое окружение сам: заводит друзей, товарищей, знакомых, создает семью, начинает самостоятельную трудовую деятельность. Семья оказывает влияние на всю жизнь человека, но наиболее значительна ее роль в самом начале его жизненного пути, когда закладываются нравственные, психологические, эмоциональные основы личности.   Сущность эмоциональных отношений между родителями и детьми нашла глубокую и всестороннюю оценку в следующих словах В.А.Сухомлинского: “Нормальное нравственное развитие, гармония любви, счастья и труда (а от этой гармонии, в сущности зависит моральное здоровье человека) возможны только при условии, если ребенок убежден: я кому-то очень, очень нужен. Я для кого-то безмерно дорог. Кто-то видит во мне смысл своей жизни. Но и я кем-то очень, очень дорожу, без кого-то не могу жить. Может быть, это убеждение не выступает в виде отчетливой мысли, но оно наполняет все человеческое существо ребенка переживаниями радости полноты жизни” [21]. То есть с самого детства мы живем в уверенности , что нас любят и мы нужны и в горе и в радости. Важным звеном во всех проявлениях жизни является социальная поддержка. У больных людей необходимость в этой поддержке усиливается[2]. Социальная поддержка - это прямая помощь в трудных жизненных ситуациях. Под социальной поддержкой понимается удовлетворение специфических социальных потребностей: в близости, защите, информации, практической помощи, разрядке, успокоении и т.д. Выделяют компоненты социальной поддержки:

-воспринимаемая поддержка – убеждение (когниция), что тебя поддерживают;

-полученная поддержка – реальная поддержка и взаимная поддержка;

-ресурсы поддержки – возможность обратиться к тем, кто поддержит и поможет.

  Содержание социальной поддержки:

-психологическая поддержка: эмоциональная, когнитивная, ориентированная на самооценку;

-инструментальная поддержка: советы, информация, работа, деньги и т.д.

Можно выделить пять путей позитивного воздействия социальных отношений и поддержки:

- Социальный эффект «щита»: социальная структура отношений способствует редукции стрессовых событий и приумножению позитивных событий, которые могут стабилизировать и даже повышать компетентность в совладании.

- Когнитивный эффект «щита»: предполагается, что восприятие социальной поддержки  трансформирует когниции, возникающие в стрессовой ситуации, в сторону более позитивного восприятия окружающего мира в целом и проблемной ситуации в частности.

- Эффект эмоционального облегчения и буферизации: доказано, что одно уже знание, что у тебя есть близкие люди, а тем более их конкретное присутствие, может уменьшить эмоциональные реакции, особенно страха и неуверенности, вызванные предстоящей либо как раз происходящей стрессовой ситуацией.

- Когнитивный эффект совладания: Этот механизм влияет на процесс «вторичной оценки», а значит – и на процесс совладания. Уже одно знание, что можешь привлечь кого-то к решению определенной проблемы или посоветоваться, что близкий человек понимает проблему, может изменить представление о стрессе и собственных ресурсах, имеющихся для совладания[19].

Социальное совладание. Проявляется тремя функциями:

 -поддержание конкретных систем совладания – укрепление морали, самоценности, самоэффективности и т.д.;

- поддержка в совладании со стрессом и решении проблем – например, помощь в выработке конкретного решения;

- прямое вмешательство в совладание – например, предоставление денежных сумм, снятие конкретных забот и т.д.

     Необходимо иметь в виду, что социальные отношения могут оказывать и негативное влияние на индивида, и его поведение. Во-первых, сами социальные отношения могут быть источником стресса. Во-вторых, получаемая социальная поддержка может негативно влиять на совладание в тех случаях, когда она неадекватна (нежелаемая поддержка, отсутствие позитивного отношения), или ее слишком много (сверхпротекция), или когда потребность в поддержке критикуется и дискредитируется[6]. В центре внимания будущих исследований по социальной поддержке, вероятно, окажется ряд проблем. Транзактная модель поднимает множество вопросов в отношении развития и использования ресурсов поддержки и того, каким образом такие процессы формируются личностными и экологическими факторами[19]. В будущих исследованиях предстоит интегрировать понятия социальной поддержки в более традиционные области психологии, связанные с личностью, развитием и личными отношениями. В модели поддержки будут лучше интегрированы негативные аспекты социальных связей. Наконец, будут внедряться и оцениваться иные (чем повсеместно распространенные группы поддержки) вмешательства, связанные с социальной поддержкой. Люди улучшают свои эмоциональные, информационные, физические и материальные ресурсы при помощи семьи и друзей. Исследователи только приступили к распутыванию этих сложных процессов, которые играют большую роль в нашей жизни[9] .

**1.3.Роль социальной поддержки для онкологических больных**

 Ученые уже давно говорят о том, что у одиноких людей более высокая смертность, чем у их женатых и замужних ровесников и ровесниц. По свежим данным,  такая разница становится ещё более явной. Новые исследования показали, что за последние 40 лет прослеживается тенденция к увеличению смертности у тех, кто не имеет семьи. Особенно данный факт касается неженатых мужчин.  Ученые из Университета Осло и Онкологического Регистра Норвегии проанализировали результаты выживаемости онкологических пациентов, у которых был выявлен рак с 1970 по 2007 год. Они принимали во внимание их семейное положение.  Результаты исследования показали, что  самая высокая смертность наблюдалась у тех, кто никогда не состоял в браке. Причем это не зависело от возраста или образования, а также типа опухоли, момента диагностики и стадии рака. Специалисты отметили, что защитный эффект брака за последние годы повысился у мужчин с 18% до 35% и у женщин с 17% до 22%[12]. Как объясняют ученые, разница в выживаемости между одинокими и семейными пациентами происходит из-за того, что у последних, в момент диагностики, состояние здоровья оказывается намного лучше. Кроме того, они ответственнее, чем одинокие люди,  относятся к  рекомендациям врачей и не пропускают контрольные осмотры. Специалисты принимают во внимание то обстоятельство, что некоторые люди, живущие в гражданском браке и участвующие в подобных исследованиях,  нередко оказываются зачисленными в группу холостяков. Если и этот факт принять во внимание, то тогда есть вероятность, что  разница в выживаемости между одинокими и семейными людьми будет  ещё выше[9]. Столкновение с диагнозом «онкологическое заболевание» зачастую является сильнейшим стрессом для любого человека и активизирует различные психологические реакции. Процесс переживания ситуации болезни имеет несколько закономерных этапов, имеющих разную эмоциональную и когнитивную составляющую. Каждый из этих этапов диктует необходимость организации взаимодействия с пациентом соответственно этим особенностям, поэтому понимание фаз переживания болезни является важным инструментом налаживания контакта в системе «врач-пациент»[18]. Психологическое состояние человека, впервые услышавшего от медицинских работников, что у него, возможно, онкологическое заболевание, описано в классических работах Е. Кюблер-Росс. Она установила, что большинство больных проходит через пять основных стадий психологической реакции:

-Отрицание или шок

-Гнев

-Торг

-Депрессия

-Принятие

1. Фаза отрицания заболевания**.** Она очень типична: человек не верит, что у него есть потенциально смертельная болезнь. Больной начинает ходить от специалиста к специалисту, перепроверяя полученные данные, делает анализы в различных клиниках. В другом варианте он может испытывать шоковую реакцию и вообще больше не обращается в больницу. В этой ситуации нужно эмоционально поддержать человека, но не нужно менять эту установку, пока она не мешает лечению.

2. Фаза протеста или дисфорическая фаза. Характеризуется выраженной эмоциональной реакцией, агрессией, обращенной на врачей, общество, родственников, гневом, непониманием причин болезни. В этом случае необходимо дать больному выговориться, высказать все свои обиды, негодование, страхи, переживания, представить ему позитивную картину будущего.

3. Фаза торга или аутосуггестивная. Для этой стадии характерны попытки «выторговать» как можно больше времени жизни у самых разных инстанций, резкое сужение жизненного горизонта человека. В течение этой фазы человек может обращаться к богу, использовать разные способы продлить жизнь. В этом случае важно предоставить человеку позитивную информацию. Так, хороший эффект в этот период дают рассказы о спонтанном выздоровлении. Надежда и вера в успех лечения являются спасательным кругом для тяжело больного человека.

4. Фаза депрессии. На этой стадии человек понимает всю тяжесть своей ситуации. У него опускаются руки, он перестает бороться, избегает своих привычных друзей, оставляет свои обычные дела, закрывается дома и оплакивает свою судьбу. В этот период у родственников возникает чувство вины. В этой ситуации нужно дать человеку уверенность, что в этой ситуации он не один, что за его жизнь продолжается борьба, его поддерживают и за него переживают. Можно вести разговоры в сфере духовности, веры, а также психологически поддерживать и родственников пациента.

5. Пятая стадия – это наиболее рациональная психологическая реакция, хотя до нее доходит далеко не каждый. Больные мобилизуют свои усилия, чтобы несмотря на заболевание, продолжать жить с пользой для близких.

Однако знание этих стадий необходимо для правильного понимания того, что происходит в душе человека, столкнувшегося с тяжелой болезнью, и выработки оптимальной стратегии взаимодействия с ним. Клиническая картина онкологического заболевания не исчерпывается симптомами, отражающими влияние собственно патогенного фактора, но также обязательно включает в себя явное или скрытое отношение больного к своей болезни. Это позволяет говорить, что у онкологических больных соматическое страдание сочетается с реакцией личности, т.е. страданием нравственным. Удельный вес и место каждого из двух названных компонентов может быть различным, однако они обязательно бывают представлены вместе. Ряд специальных психологических исследований, проведённых в онкологической клинике, показал, что у больных наблюдается почти вся гамма психогенных расстройств, по механизмам развития являющихся реактивно (ситуативно) обусловленными и достигающих в ряде случаев психотического уровня [22]. При этом к факторам стресса, помимо самого факта наличия злокачественной опухоли, следует относить мысли о предстоящей операции, ее возможных калечащих последствиях, отсутствии каких-либо гарантий полного выздоровления и др.Само слово «рак» подразумевает неизбежный фатальный исход заболевания и субъективно непереносимые условия жизни. Причём смерть представляется особо мучительной. Однако степень выраженности психогенных реакций может отличаться не только у разных больных, но и варьировать у одного и того же пациента на определённых этапах контактирования с онкологической службой. Следует отметить, что вышеперечисленные стадии не всегда идут в установленном порядке. Больной может остановиться на какой-то стадии или даже вернуться на предыдущую. Однако знание этих стадий необходимо для правильного понимания того, что делается в душе человека, столкнувшегося со смертельной болезнью, и соответствующей психологической коррекции.

Существует также ряд основных психопатологических симптомов, которые наиболее характерны для онкологических больных. К ним относятся тревога, депрессия, астения, ипохондрия, апатия и дисфория [18]. Именно эти симптомы и состояния, как основные, в том или ином клиническом синдроме, служат ориентиром и для оценки степени выраженности психогенной реакции, и для выбора купирующего воздействия.

Как видно из вышеизложенного, перед больным стоит чрезвычайно трудная задача: справиться с эмоциональным потрясением, подготовиться к разрешению многочисленных психологических проблем сначала на этапе приспособления к болезни, а затем – и в роли реконвалесцента.

Лечебно-диагностический процесс, состоящий порой из сложных диагностических процедур хирургического и лучевого компонентов и иных методов лечебных воздействий, очень часто оставляет больного в своеобразном «психологическом вакууме», где он, по сути дела, предоставлен сам себе. Опыт клинической практики свидетельствует о том, что значительная часть пациентов справляется с возникшими эмоциональными трудностями и, пройдя различные фазы состояний – тревоги, беспокойства, страха, депрессии, наконец, достигает той или иной степени адаптации [18]. Ещё одна важная проблема касается психологического состояния семей онкологических больных, поскольку от них напрямую зависит готовность больного продолжать начатое лечение, его настрой, оценка своих возможностей. Значительная распространённость, особая личностная значимость и высокая смертность вследствие онкологических заболеваний диктуют необходимость междисциплинарного подхода к подготовке специалистов-онкологов. Коррекция своевременно распознанных психических расстройств у онкологических больных и членов их семей улучшает качество жизни больного, а в ряде случаев, наряду с другими формами терапии в онкологической клинике, способствует реконвалесценции. Особые надежды в этой связи могут быть возложены на подготовку семейных врачей, в чью компетенцию по определению входит оценка состояния здоровья и коррекция имеющихся расстройств не только у больного, но и у членов его семьи. При этом проблема верификации психических расстройств у онкологических больных может быть решена путём введения в образовательный процесс по специальности «семейная медицина» методических разработок, тематических занятий и лекционного курса по указанному кругу вопросов, а также консультативной психотерапевтической помощи[3]. В результате тяжелого заболевания у пациента нарушаются главные социальные связи (семейные, рабочие, досуг). Больной оказывается перед проблемой выбора ценностей, перспектив, стратегии и тактики поведения, с которыми он должен разобраться за короткий срок. Формирование новых личностных смыслов (новой системы ценностей, целей, потребностей) при онкологических заболеваниях происходит гораздо быстрее, чем при любых других, но очень болезненно. Последствия заболевания часто приводят к обострению всех отношений и противоречий в семье, иногда даже к ее разрушению. Кризисная ситуация, тяжелая болезнь близкого человека – индикаторы сплоченности семьи. Нередко в сложной, экстремальной ситуации проявляется социальная незрелость семьи, эгоизм отдельных ее членов, неадекватная реакция на болезнь. Их показателями являются степень поддержки своего близкого: регулярность посещений, помощь в повседневном уходе, сосредоточенность на потребностях пациента в большей степени, чем на потребностях остальных членов семьи. Правильная реадаптация, обращение к духовной сфере, этическим ценностям могут привести к разрешению ситуации и появлению рационального поведения, свидетельствующего о «примирении» и переориентации пациента на достойную встречу с неизбежным. Работа психолога поможет пациентам и их родственникам достойно справиться со всеми задачами и трудностями[13].

Глава II. Организация и методы ИССЛЕДОВАНИЯ ВЗАИМОСВЯЗИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ПОДДЕРЖКОЙ СОЦИАЛЬНОГО ОКРУЖЕНИЯ

**2.1. Этапы исследования**

1. Организационно-подготовительный этап.

Ознакомление с теоретическим материалом по данной тематике в работах зарубежных и отечественных авторов. Подбор материала по статистике онкологических заболеваний. Выявление причин и факторов влияющих на качество лечения и продолжительность жизни. Роль поддержки социального окружения, выступающей, как мотив к выздоровлению и определяющей уровень настойчивости в лечении.

2.Методический этап.

Сформировать выборку испытуемых. В соответствии с целью и задачами исследования произвести выбор и разработку методического инструментария. Уделить особое внимание свойствам надежности, валидности и репрезентативности. Выстроить общую схему проведения исследования, спланировать последовательность процедур.

3. Этап анализа лечебной документации.

Просмотр историй болезни, с целью сбора информации о диагнозе пациентов. Сбор информации о наличии семьи, общение пациента с родственниками и коллегами стало основанием для деления выборки на две исследовательские группы.

4.Эмпирический этап. Проведение тестирования.

Пациенты были разделены на две группы, группа – 1 и группа – 2. Основанием, для деления выборки на две группы, стало семейное положение пациентов.

Критерии распределения:

1) Пациенты имеющие поддержку социального окружения, характеризуются:

- нормальным или низким уровнем агрессивности;

- хорошим настроением;

- хорошим самочувствием.

2) Одинокие пациенты, не имеющие поддержки социального окружения, характеризуются:

- высоким уровнем агрессии и тревожности;

- плохим настроением;

- потерей, отсутствием смысла жизни.

Группа 1 - одинокие пациенты, не имеющие поддержки социального окружения и (или) не общающиеся с детьми и родственниками, в количестве 27 человек.

Группа 2 – пациенты имеющие поддержку социального окружения, состав семьи два и более человек, в количестве 24 человек.

5.Аналитический этап.

Проанализировать собранный материал, что удалось выявить в ходе исследования. Обработать материал методами математической статистики. Интерпретировать полученные данные. Сделать выводы в соответствии с поставленными целями. Подтвердить рабочую гипотезу.

**2.2.Характеристика выборки испытуемых**.

Общую выборку исследования составили пациенты ГБУЗ НКОД, отделения радиологии, в количестве 51 человек, в возрасте от 18 до 60 лет. Из них 29 женщин и 22 мужчины. У всех пациентов подтвержденный диагноз злокачественного новообразования. Из них имеют семью из трех и более человек, поддерживают отношения с родственниками и коллегами – 24 человек; не имеют семьи или не поддерживают с родственниками и коллегами никаких отношений – 27 человек. Исследование проводилось индивидуально и сопровождалось предварительным инструктированием. Всем пациентам была разъяснена суть тестирования и получено согласие на исследование.

**2.3.Методы исследования.**

Для исследования психоэмоционального состояния были использованы методы тестирования. Эти методы используют специальным образом разработанные вопросы и задания. Ответы испытуемого оцениваются по измерительным шкалам в числовой форме. Интерпретация результатов базируется на числовом материале. Достоверность диагностических процедур, осуществляемых с помощью тестирования, достигает 97%.

Были использованы:

1) Самооценочные тесты - испытуемому предлагается самому оценить свои индивидуально-личностные характеристики по представленным стандартным вопросам и сделать некоторые несложные выводы.

2) Проективные – испытуемому предлагается задание, которое допускает неоднозначное решение, обусловленное осознанными или бессознательными доминирующими потребностями, пристрастностью и системой ценности личности.

Так же был использован метод ранжирования. Ранжирование – это одна из многочисленных модификаций техник шкалирования. При ранжировании испытуемому дается перечень слов или названий объектов и, его задачей, оказывается, расположить их по порядку убывания (или возрастания) какого-либо признака. В нашем случае испытуемый должен в каждой паре выбрать ту характеристику, которая наиболее точно описывает его состояние, и отметить цифру, которая соответствует степени (силе) выраженности данной характеристики.

**2.4.Методики исследования**

1) Методика диагностики оперативной оценки самочувствия, активности, настроения (САН). Предназначена для рефлексивной оценки самочувствия, активности и настроения.

Методика САН является разновидностью опросников состояний и настроений. Разработан В.А.Доскиным, Н.А.Лаврентьевой, В.Б.Шарай, М.П.Мирошниковым в 1973 г. При разработке методики авторы исходили из того, что три основные составляющие функционального психоэмоционального состояния — самочувствие, активность и настроение могут быть охарактеризованы полярными оценками, между которыми существует континуальная последовательность промежуточных значений. Однако получены данные о том, что шкалы САН имеют чрезмерно обобщенный характер. Факторный анализ позволяет выявить более дифференцированные шкалы «самочувствие», «уровень напряженности», «эмоциональный фон», «мотивация» (А.Б.Леонова, 1984).  
Конструктная валидность САН устанавливалась на основании сопоставления с результатами психофизиологических методик с учетом показателей критической частоты мельканий, температурной динамики тела, хронорефлексометрии. Текущая валидность устанавливалась путем сопоставления данных контрастных групп, а также путем сравнения результатов испытуемых в разное время рабочего дня. Стандартизация методики проведена на материале обследования выборки 300 студентов.   
САН нашел широкое распространение при оценке психического состояния больных и здоровых лиц, психоэмоциональной реакции на нагрузку, для выявления индивидуальных особенностей и биологических ритмов психофизиологических функций. Самочувствие — это комплекс субъективных ощущений, отражающих степень физиологической и психологической комфортности состояния человека, направление мыслей чувств и т.п. Самочувствие может быть представлено в виде некоторой обобщающей характеристики (плохое/хорошее самочувствие, бодрость, недомогание), а также может быть локализовано по отношению к определенным формам ощущения (ощущение дискомфорта в различных частях тела). Активность — всеобщая характеристика живых существ, их собственная динамика как источник преобразования или поддержания жизненно значимых связей с окружающей средой, имеющая свою иерархию: химическая, физическая нервная психическая активность, активность сознания, личности, группы, общества. Активность строится в соответствии с вероятностным прогнозированием развития событий в среде и положением в ней организма, одна из сфер проявления темперамента, которая определяется интенсивностью и объемом взаимодействия человека с физической и социальной средой. По этому параметру человек может быть инертным, пассивным, спокойным, инициативным, активным или стремительным.  
Настроение — сравнительно продолжительное, устойчивое состояние человека которое может быть представлено как эмоциональный фон (приподнятое, подавленное). То есть, являться эмоциональной реакцией не на непосредственные последствия конкретных событий, а на их значение для субъекта в контексте общих жизненных планов, интересов и ожиданий и как четкое идентифицируемое состояние (скука, печаль, тоска, страх, увлеченность, радость, восторг). Настроение, в отличие от чувств, всегда направлено на тот или иной объект. Настроение, будучи вызванным определенной причиной, конкретным поводом, проявляется в особенностях эмоционального отклика человека на воздействия любого характера. Испытуемым предлагается описать свое состояние в настоящий момент, с помощью таблицы, состоящей из 30 полярных признаков. Нужно в каждой паре выбрать ту характеристику, которая наиболее точно описывает их состояние, и отметить цифру, которая соответствует степени (силе) выраженности данной характеристики. Оценки, превышающие 4 балла, говорят о благоприятном состоянии испытуемого. Оценки ниже 4 баллов свидетельствуют о не благоприятном состоянии испытуемого. Оценки состояния лежащие в диапазоне 5,0—5,5 баллов свидетельствуют о нормальном состоянии испытуемого. Следует учитывать, что при анализе функционального состояния испытуемого важны не только значения отдельных показателей САН, но и их соотношение. Бланк методики и ключ в приложении[7].

2) Методика диагностики самооценки тревожности  Ч.Д.. Спилберга, Ю.Л. Ханина.

Шкалы тревоги и тревожности Спилбергера — представляют собой группу личностных опросников, разработанных Ч.Д.Спилбергером в 1966-1973 гг. Согласно концепции Спилбергера, следует различать тревогу как состояние и тревожность как свойство личности. Измерение тревожности как свойства личности особенно важно, так как это свойство во многом обуславливает поведение субъекта. Определенный уровень тревожности – естественная и обязательная особенность активной деятельной личности. У каждого человека существует свой оптимальный, или желательный, уровень тревожности — это так называемая полезная тревожность. Оценка человеком своего состояния в этом отношении является для него существенным компонентом самоконтроля и самовоспитания. Под личностной тревожностью понимается устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность субъекта к тревоге и предполагающая наличие у него тенденции воспринимать достаточно широкий «веер» ситуаций как угрожающие, отвечая на каждую из них определенной реакцией. Как предрасположенность, личная тревожность активизируется при восприятии определенных стимулов, расцениваемых человеком как опасные для самооценки, самоуважения. Личности, относимые к категории высокотревожных, склонны воспринимать угрозу своей самооценке и жизнедеятельности в обширном диапазоне ситуаций и реагировать весьма выраженным состоянием тревожности. Если психологический тест выражает у испытуемого высокий показатель личностной тревожности, то это дает основание предполагать у него появление состояния тревожности в разнообразных ситуациях, особенно когда они касаются оценки его компетенции и престижа. Большинство из известных методов измерения тревожности позволяет оценить только или личностную, или состояние тревожности, либо более специфические реакции. Единственной методикой, позволяющей дифференцировано измерять тревожность и как личностное свойство, и как состояние является методика, предложенная Ч. Д. Спилбергером. На русском языке его шкала была адаптирована Ю. Л. Ханиным. Тестирование по методике Спилбергера-Ханина проводится с применением двух бланков: один бланк для измерения показателей ситуативной тревожности, а второй – для измерения уровня личностной тревожности. Испытуемым предлагается прочитать внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркнуть цифру в соответствующей графе справа в зависимости от  того, как вы себя чувствуете в данный момент. Над вопросами долго не  задумываться, поскольку правильных и неправильных ответов нет. Обработка результатов включает следующие этапы:

- Определение показателей ситуативной и личностной тревожности с помощью ключа.

- Интерпретация результатов.

При анализе результатов надо иметь в виду, что общий итоговый показатель по  каждой из подшкал может находиться в диапазоне от 20 до 80 баллов. При этом, чем выше итоговый показатель, тем выше уровень тревожности (ситуативной или личностной). При интерпретации показателей можно использовать следующие ориентировочные оценки тревожности:

до 30 баллов – низкая,

31 — 44 балла — умеренная;

45 и более — высокая.

Очень высокая тревожность (> 46) прямо может быть связана с наличием [невротического конфликта](http://www.psycholog-consultant.ru/situation/emotions/index.php), эмоциональными сры­вами и с [психосоматическими заболеваниями](http://www.psycholog-consultant.ru/situation/psychosomatic/index.php). Низкая тревожность (<12), наоборот, характеризует состояние как [депрессивное](http://www.psycholog-consultant.ru/situation/psychiatric/232/index.php), неактивное, с низким уровнем мотиваций. Иногда очень низкая тревожность в показателях теста является результатом активного вытеснения личностью высокой тревоги с целью показать себя в «лучшем свете». Бланк методики и ключ в приложении[16].

3) Тест внутренней агрессивности.(С. Дайхофф).

В этнопсихологических исследованиях особое место занимает проблема изучения агрессивного поведения. Определение уровня агрессивности может помочь в профилактике межэтнических конфликтов и стабилизации социальной и экономической ситуации в стране. Агрессивное поведение – это специфическая форма действий человека, характеризующаяся демонстрацией превосходства в силе или применением силы по отношению к другому либо группе лиц, которым субъект стремится причинить ущерб.

Агрессивное поведение целесообразно рассматривать как противоположное поведению адаптивному. Адаптивное поведение предполагает взаимодействие человека с другими людьми, согласование интересов, требований и ожиданий его участников. Инструкция. Предполагаемый опросник выявляет ваш обычный стиль поведения в стрессовых ситуациях и особенности приспособления в социальной среде. Вам необходимо однозначно («да» или «нет») оценить 40 приведенных ниже утверждений.Каждый ответ «да» оценивается в 1 балл. Если Вы согласны с утверждением, выделите "Да", если не согласны - "Нет"[16]. Бланки и ключ в приложении.

Глава III. Результаты эмпирического ИССЛЕДОВАНИЯ ВЗАИМОСВЯЗИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ПОДДЕРЖКОЙ СОЦИАЛЬНОГО ОКРУЖЕНИЯ

**3.1.Результаты эмпирического исследования психоэмоционального состояния онкологических больных .**

1) Результаты, полученные в ходе исследования по методике диагностики оперативной оценки самочувствия, активности, настроения (САН) представлены в таблице 1 - выраженность состояния самочувствия, активности , настороения общей выборки.

Таблица 1. Выраженность состояния самочувствия, активности , настроения общей выборки:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Компонент | Выраженность уровня состояния | Средний показатель выраженности состояния, % |
| Самочувствие | Благоприятное состояние  Нормальное состояние  Не благоприятное состояние | 17,3  41,1  41,6 |
| Активность | Благоприятное состояние  Нормальное состояние  Не благоприятное состояние | 5,9  11,7  82,4 |
| Настроение | Благоприятное состояние  Нормальное состояние  Не благоприятное состояние | 23,5  58,9  17,6 |

На основании представленной таблицы, сделаны следующие выводы. У 17,3% пациентов отмечается хорошее самочувствие. Нормальное самочувствие у 41, 1 % выборки. Самочувствие человека это один из важнейших факторов определяющих качество нашей жизни. Если можно так выразиться, то самочувствие человека - это целостное выражение единства состояния телесных и душевных процессов. Самочувствие человека влияет на работоспособность не только в благоприятные, но и в трудные, критические моменты жизни, является - следствием реального представления о ценности наших поступков, о нашей значимости для других, предсказывает, когда и в какой мере нужно быть активным, можно ли рассчитывать на других или только на себя. В самочувствии отражается не только душевная гамма человека, но и его темперамент, состояние здоровья, стиль деятельности и общения с другими[18]. Люди, у которых хорошее самочувствие легче переносят тяжесть заболевания. Социальное окружение (семья, родственники, коллеги, друзья) и есть та поддержка , дающая силы продолжать лечение. Именно от близких, в первую очередь, зависит хорошее самочувствие человека. Когда самочувствие нормально, оно не давит и не ограничивает наши действия. Для хорошего самочувствия нужны благоприятные условия везде, где работает и бывает человек. Хорошее самочувствие определяет дальнейшую готовность пациента к лечению , что в свою очередь влияет на улучшение качества и продолжительность жизни. Плохое самочувствие у 41,6% опрошенных, говорит об ощущении физиологической и психологической некомфортности внутреннего состояния. Может быть представлено в виде как некоторой обобщающей характеристики (слабость, недомогание , бессонница, потеря аппетита), так и локализованных по отношению к определенным органам, системам и функциям переживаний: ощущениями дискомфорта в различных частях тела, трудностью выполнения определенных моторных и когнитивных актов и т. д. Характерные симптомы изменений самочувствия отчетливо проявляются при разных состояниях индивида (например, утомлении, напряженности, стрессе). Этим обусловлено традиционное использование симптоматики самочувствия в качестве основной группы признаков в субъективных методиках оценки психического состояния , работоспособности и готовности к продолжению лечения. Сниженная активность, неблагоприятное состояние выявлено у 82,4% пациентов. Активность — всеобщая характеристика живых существ, их собственная динамика как источник преобразования или поддержания жизненно значимых связей с окружающей средой, имеющее свою иерархию: химическая, физическая нервная психическая активность, активность сознания, личности, группы, общества. Активность строится в соответствии с вероятностным прогнозированием развития событий в среде и положением в ней организма, одна из сфер проявления темперамента которая определяется интенсивностью и объемом взаимодействия человека с физической и социальной средой[6]. По этому параметру человек может быть инертным, пассивным, спокойным, инициативным, активным или стремительным. Низкий уровень психической и физической активности говорит о пассивности и безынициативности испытуемых. Человек не находит сил для дальнейшей борьбы и опускает руки. Изолированность пациента от социума, болезнь истощает защитные силы организма. Человек чувствует себя малоподвижным, бездеятельным, не готовым и не понимающим , как дальше жить. Появляется безучастность и равнодушие к своей дальнейшей судьбе, ощущение беспомощности. Снижение двигательной активности имеет огромное значение в обеспечении нормальной жизнедеятельности человека. Соответственно, недостаточность физической деятельности (гипокинезия) оказывает отрицательное влияние на весь человеческий организм. Снижаются его функциональные резервы, в результате недостатка движения испытывает перенапряжение ЦНС, развивается хронический стресс. Страдает иммунная система. Для того чтобы этого не происходило, следует выработать такой режим дня, при котором двигательная активность занимает не менее 50% всей деятельности человека[6]. Правильно организованный режим дня пациента улучшает его физическое состояние, грамотно разработанная программа реабилитации больного в послеоперационном периоде, в периоде после лучевой и химиотерапии залог дальнейшего благополучного функционирования в социуме[6]. У большей части выборки преобладает нормальное состояние настроения, которое так же характеризуют , как состояние где доминирует изменчивое настроение или когда человек, сам не в состоянии оценить свое настроение как хорошее или плохое. У 23,5% пациентов преобладает хорошее настроение, то есть пациенты надеются на благоприятный исход. Под настроением понимают [эмоциональный процесс](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%AD%D0%BC%D0%BE%D1%86%D0%B8%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D0%BF%D1%80%D0%BE%D1%86%D0%B5%D1%81%D1%81), выражающий отношение человека к его жизненной ситуации в целом.  Настроение определяет общий тонус жизни человека. Оно зависит от тех влияний, которые затрагивают личностные стороны субъекта, его основные ценности. Не всегда причина того или иного настроения осознается, но она всегда есть. Затягивающееся плохое настроение ( 17,9% пациентов) может привести к [депрессии](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B5%D0%BF%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%81%D0%B8%D1%8F). Так же важно и соотношение активности, самочувствия и настроения опрошенных - по мере нарастания усталости соотношение между ними изменяется за счет относительного снижения самочувствия и активности по сравнению с настроением[15]. Важно в болезни сохранять хорошее настроение. Родственники должны с пониманием относиться к перепадам в настроении пациента. Учитывая нестабильный эмоциональный фон, неопределенность будущего, тяжесть заболевания окружающие должны сделать все возможное, чтобы человек ощутил себя нужным и не чувствовал ущербности своего состояния.

2) Результаты, полученные в ходе исследования по шкале Спилберга-Ханина для определения личностной и ситуативной тревожности, представлены в таблице 2 - выраженность уровня тревожности общей выборки.

Таблица 2. Выраженность уровня тревожности общей выборки.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Компонент | Выраженность уровня тревожности | Средний показатель  уровня тревожности, % |
| 1.Личностная тревожность | Высокий  Средний  Низкий | 71  29  - |
| 2.Ситуативная тревожность | Высокий  Средний  Низкий | 53  47  - |

На основании представленной таблицы можно сделать следующие выводы.Тревожность, как таковая, не является лишь негативной чертой личности, провоцирующей переживание эмоции страха, а в определенных ситуациях даже может быть полезной для индивидуума и выполнения его социальных функций[20]. Оказалось, что «высокотревожные» люди лучше справляются с выполнением не очень сложных логических заданий, а вот трудные задачи лучше решают «нетревожные» испытуемые. Болезнь является труднейшим испытанием в жизни человека. Таким образом, тревога несет в себе явно адаптивные функции, предупреждая о внешней или внутренней опасности, подсказывает организму, что надо принять необходимые меры для предупреждения опасности или смягчения её последствий. Эти меры могут быть осознанными или бессознательными ([защитные механизмы](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%97%D0%B0%D1%89%D0%B8%D1%82%D0%BD%D1%8B%D0%B5_%D0%BC%D0%B5%D1%85%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B7%D0%BC%D1%8B))[20]. Психологический тест выявляет у 71% испытуемых высокий показатель личностной тревожности,  это дает основание предполагать появление состояния тревожности в разнообразных ситуациях. Повышенная тревожность, обусловленная страхом возможной неудачи, является приспособительным механизмом, повышающим ответственность индивидуума перед лицом общественных требований и установок и связана с наличием [невротического конфликта](http://www.psycholog-consultant.ru/situation/emotions/index.php), эмоциональными сры­вами и с [психосоматическими заболеваниями](http://www.psycholog-consultant.ru/situation/psychosomatic/index.php). При этом, отрицательные негативные [эмоции](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%AD%D0%BC%D0%BE%D1%86%D0%B8%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D0%BF%D1%80%D0%BE%D1%86%D0%B5%D1%81%D1%81), сопровождающие тревожность, являются той «ценой», которую вынужден платить человек за повышенную способность чутко откликаться и, в конечном счете, лучше приспосабливаться к социальным требованиям и нормам[21].Личности, относимые к категории высокотревожных, склонны воспринимать угрозу своей самооценке и жизнедеятельности в обширном диапазоне ситуаций и  реагировать на них выраженным состоянием тревожности. Лицам с высокой оценкой тревожности следует формировать чувство уверенности и успеха, в данном случае следует мотивировать человека на хороший эффект от лечения и , как следствие, продолжительность и улучшение качества жизни . Им необходимо смещать акцент с внешней требовательности, категоричности, высокой значимости в постановке задач на содержательное осмысление деятельности и научиться разбивать большие задачи на более мелкие.

Нормальный или умеренный уровень личностной тревожности выявился у 29% испытуемых. Определенный [уровень тревожности](http://www.psycholog-consultant.ru/situation/psychiatric/231/index.php) — естественная и  обязательная особенность активной деятельной личности. У каждого человека существует свой оптимальный, или желательный, уровень тревожности — это так называемая полезная тревожность. Оценка человеком своего состояния в этом отношении является для него существенным компонентом самоконтроля и  самовоспитания. Личностная тревожность является более постоянной категорией и определяется типом [высшей нервной деятельности](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D1%8B%D1%81%D1%88%D0%B0%D1%8F_%D0%BD%D0%B5%D1%80%D0%B2%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%B4%D0%B5%D1%8F%D1%82%D0%B5%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C), [темпераментом](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D0%B5%D0%BC%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%82), [характером](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A5%D0%B0%D1%80%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B5%D1%80), [воспитанием](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BE%D1%81%D0%BF%D0%B8%D1%82%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B5) и приобретенными стратегиями реагирования на внешние факторы[8]. Люди значительно различаются между собой по уровню своей тревожности. Существует два типа тревожности: один — как более или менее устойчивая черта личности, и второй — как реакция индивидуума на угрожающую ситуацию (ситуативная тревожность). Хотя эти два типа тревожности представляют собой вполне самостоятельные категории, между ними имеется определенная связь. Как указывает [Хайнц Хекхаузен](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%A5%D0%B5%D0%BA%D1%85%D0%B0%D1%83%D0%B7%D0%B5%D0%BD,_%D0%A5%D0%B0%D0%B9%D0%BD%D1%86&action=edit&redlink=1), под воздействием беспокоящих и угрожающих человеку обстоятельств ([боль](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%BE%D0%BB%D1%8C), [стресс](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D1%82%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%81), угроза социальному статусу и пр.) различия между высоко- и слаботревожными людьми проявляются резче. Особенно сильное влияние на поведение склонных к повышенной тревожности людей, оказывает боязнь неудачи, поэтому такие индивидуумы особенно чувствительны к сообщениям о неуспехе их деятельности, ухудшающие показатели их работы. Напротив, обратная связь с информацией об успехе (даже вымышленном) стимулирует таких людей, повышая эффективность их деятельности [8]. Ситуативная тревожность в норме или умеренная у 47% испытуемых. Тревожность, порожденная некоторой конкретной ситуацией, которая объективно вызывает беспокойство. Данное состояние возникает у любого человека в преддверии возможных неприятностей и жизненных осложнений:

1. Неудачная заученная реакция на угрожающие события, имеющие место в реальной жизни;

2. Тревожность, связанная с конкретной внешней ситуацией (эмоциональное состояние, заболевание).

Ситуативная тревожность больше зависит от текущих проблем и переживаний — так, в период болезни, у большинства людей она значительно выше, чем во время обычной жизни. У 53% испытуемых высокий уровень ситуативной тревожности. Ситуативная или реактивная тревожность как состояние характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью. Это состояние возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию и может быть разным по интенсивности и динамичности во времени. Задача психолога  выявить и устранить или редуцируются причины, под влиянием которых сформировался тревожный характер. Снятие тревожности включает работу по отношению к стрессовым ситуациям, с которыми сталкивается конкретный клиент (повышение стрессоустойчивости). Если человеку понятны истоки своих психологических особенностей, и он учится относиться к происходящему без привычного беспокойства, можно говорить о значительном повышении субъективного качества жизни [21].

3)Результаты полученные в ходе тестирования внутренней агрессивности ( Методика С. Дайхофф), представлены в таблице 3- выраженность агрессивности общей выборки.

Таблица 3.Выраженность агрессивности общей выборки.

|  |  |
| --- | --- |
| Уровни выраженности агрессивности | Средний показатель, % |
| Очень высокий уровень агрессивности | 17,7 |
| Высокий уровень агрессивности | 23,5 |
| Средний уровень агрессивности | 35,3 |
| Низкий уровень агрессивности | 23,5 |

На основании представленной таблицы можно сделать следующие выводы. Агрессивное поведение**-** одна из форм реагирования на различные неблагоприятные в физическом и психическом отношении жизненные ситуации, вызывающие стресс, фрустрацию и т.п. состояния. Психологически нормальный уровень агрессивности (выявлен у 35,3% испытуемых) выступает одним из основных способов решения проблем, связанных с сохранением индивидуальности и тождественности, с защитой и ростом чувства собственной ценности, самооценки, уровня притязаний, а также сохранением и усилением контроля над существенным для субъекта окружением[17].  Агрессивность у различных лиц может иметь различную степень выраженности - от почти полного отсутствия до предельного развития. Вероятно, гармонически развитая личность должна обладать определенной степенью, уровнем агрессивности. Потребности индивидуального развития и общественной практики должны формировать в людях способность к устранению препятствий, а подчас и к физическому преодолению того, что противодействует этому процессу. Полное отсутствие агрессивности приводит к податливости, неспособности занять активную жизненную позицию (выявлено у 23,5% опрошенных). Вместе с тем, чрезмерное развитие агрессивности начинает определять весь облик личности, превращает ее в конфликтную, неспособную на социальную кооперацию, а в своем крайнем выражении является патологией (социальной и клинической). Агрессия утрачивает рационально-избирательную направленность и становится привычным способом поведения, проявляясь в неоправданной враждебности, злобности, жестокости, негативизме. Агрессивные проявления могут являться:

1) средством достижения определенной цели,

2)способом психологической разрядки, замещения блокированной потребности,

3) самоцелью,

4)способом удовлетворения потребности в самореализации и самоутверждении. Агрессия не всегда обязательно является формой реагирования, нередко это проактивная политика и осознанный выбор человека.

У 17,7% испытуемых выявлен очень высокий уровень агрессивности , у 23,5% - высокий уровень агрессивности. Что говорит о проблемах, над которыми нужно работать. Пациент, получивший информацию о наличии у него онкологического заболевания, представляющего реальную угрозу для жизни, переживает ряд последовательных психологических стадий. Процесс психологической переработки пациентом информации о неизлечимом заболевании в исследованиях Е. Кюблер-Росс назван «работой скорби».  Очень высокий уровень агрессии может указывать на вторую стадию – агрессия - бунт или протест. Реальность частично осознана, наступает новая волна аффекта. Часто наблюдается экстрапунитивное (направленное на других) реагирование с обвинениями в адрес медицинского персонала, что защищает пациента от внутреннего конфликта и интрапунитивных (самообвинительных) реакций. Пациент ощущает гнев — отрицательно окрашенный [аффект](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%84%D1%84%D0%B5%D0%BA%D1%82_(%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F)), направленный против испытываемой несправедливости, и сопровождающийся желанием устранить ее. В некоторых случаях возникают паранойяльные идеи. Не исключен суицид. В этот период возможен категорический отказ больного от дальнейшего лечения и сотрудничества с врачом, что может болезненно восприниматься последним, так как снижает его профессиональную самооценку. Необходимо дать больному выплеснуть свои эмоции, но сохранить управление ситуацией. Не противоречить и не разубеждать. Можно разделить его негодование, если оно справедливо, но лучше отвлечь пациента какой-либо деятельностью (хотя бы изложить свои жалобы на бумаге), дать возможность для физической разрядки (посильная нагрузка в зале ЛФК, дыхательная гимнастика и др.). Задача психолога объяснить суть таких психологических процессов как [эмпатия](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%AD%D0%BC%D0%BF%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%8F), [идентификация](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%B8%D0%B4%D0%B5%D0%BD%D1%82%D0%B8%D1%84%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F), [децентрация](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%94%D0%B5%D1%86%D0%B5%D0%BD%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F&action=edit&redlink=1) , которые — сдерживают агрессию и являются ключом к пониманию других и осознанию их самостоятельной ценности [22].

**3.2 Сравнительный анализ исхода лечения в зависимости от самооценки.**

Сравнение уровня выраженности самооценки: группа 1 - пациенты, не имеющие поддержки социального окружения, в количестве 27 человек, группа 2 - пациенты, имеющие поддержку социального окружения, в количестве 24 человек представлены в таблице 4.

Таблица 4. Сравнение уровня выраженности самооценки в группе 1 и группе 2:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Компонент | Уровни выраженности состояния | Средний показатель  в группе 1, % | Средний показатель  в группе 2, % |
|  |  |
| Самочувствие | Благоприятное состояние  Нормальное состояние  Не благоприятное состояние | 11,2  44,4  44,4 | 50  50  - |
| Активность | Благоприятное состояние  Нормальное состояние  Не благоприятное состояние | -  11,2  88,8 | 25  37,5  37,5 |
| Настроение | Благоприятное состояние  Нормальное состояние  Не благоприятное состояние | 22,2  55,5  22,3 | 50  50  - |

Группа 1 – пациенты без поддержки социального окружения, характеризуются нормальным и не благоприятным уровнем самочувствия, низким уровнем активности, преобладанием нормального или плохого настроения. Что говорит о неудовлетворенности своим состоянием. Существует риск развития депрессии.

Группа 2 - пациенты с поддержкой социального окружения характеризуются хорошим(50%) и нормальным (50%) самочувствием, благоприятным уровнем активности и настроения. То есть пациенты оценивают свое состояние удовлетворительным, помощь семьи помогает им чувствовать себя нужными и находить смысл и силы для лечения.

Сравнение выраженности уровня тревожности в группе 1 и в группе 2, представлены в таблице 5.

Таблица 5, выраженность уровня тревожности в группе 1 и в группе 2.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Компонент | Выраженность уровня тревожности | Средний показатель в группе 1, % | Средний показатель в группе 2, % |
| Личностная тревожность | Высокий  Средний  Низкий | 88,8  11,2  - | 50  50  - |
| Ситуативная тревожность | Высокий  Средний  Низкий | 66,6  33,3  - | 37,5  50  12,5 |

В группе 1(одинокие пациенты) высокий уровень личностной и ситуативной тревожности(88,8%). Это говорит о том , что пациенты не в состоянии самостоятельно справиться с воздействием беспокоящих и угрожающих обстоятельств, таких как [боль](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%BE%D0%BB%D1%8C), [стресс](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D1%82%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%81), осложнения болезни . Психологическое состояние человека, узнавшего о том, что у него онкологическое заболевание, характеризуется особенно высоким уровнем тревоги . Больной не может самостоятельно выработать для себя адекватную систему психологической компенсации, без которой ему трудно возобновить нормальный (подобный прежнему) образ жизни. Именно в этом случае они особенно нуждаются в эмоциональной поддержке со стороны семьи. Чувствительность к сообщениям о потере здоровья, отсутствие рядом близких людей, ухудшает состояние больного[18]. Отсутствие семьи не дает ощущения нужности, смысла жизни. Ситуация кажется им неразрешимой, нет сил и желания бороться с болезнью. Возможно развитие депрессивного состояния.

В группе 2, у 50% опрошенных так же высокий показатель уровня личностной тревожности, но у 50% этот показатель в норме, что говорит о положительном воздействии социального окружения и тенденции к снижению уровня личностной и ситуативной тревожности. То есть семья выступает направляющим фактором в борьбе с болезнью, в восприятии диагноза. Человек не несет бремя болезни в одиночку, он может разделить эту ношу с близкими людьми. Пациенты характеризуются более устойчивым эмоциональным фоном, хорошей динамикой лечения, адаптацией к дальнейшей жизни.

Сравнение выраженности уровня агрессивности в группе 1 и в группе 2, представлены в таблице 6.

Таблица 6, выраженность уровня агрессивности в группе 1 и в группе 2.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Уровень выраженности агрессивности | Средний показатель в группе 1, % | Средний показатель в группе 2, % |
| Очень высокий уровень агрессивности | 11,2 | - |
| Высокий уровень агрессивности | 55,5 | - |
| Средний уровень агрессивности | 33,3 | 75 |
| Низкий уровень агрессивности | - | 25 |

В группе 1высокий уровень агрессивности, что говорит о развитии второй стадии принятии болезни – агрессии. Чувство обиды является одной из наиболее часто встречающихся психологических особенностей онкологического больного. Она у него почти безотчетна. Обида на самого себя, на судьбу , окружающих. Психика человека устроена так, что ему свойственно искать причины своего страдания на стороне. Защитные системы психики больного могут вызывать у него эгоцентрические реакции. Агрессивность может сохраняться в течение длительного периода времени. Возникает ощущение беспомощности, не возможности изменить ситуацию.

Во 2 группе, у пациентов, имеющих поддержку социального окружения, нормальный (75%) и низкий (25%) уровень агрессивности. Пациенты характеризуются большей устойчивостью к стрессу, неконфкликтностью, желанием лечиться. Это говорит о положительном влиянии социального окружения на уровень агрессивности пациента, более спокойное восприятие диагноза. Ощущение нужности близким людям, детям дает стимул к продолжению жизни. Правильно выстроенная линия поведения родных может смягчать агрессивные реакции больного и сводить их до минимума.

Выводы

В соответствии с поставленными задачами можно сделать следующие выводы:

1) Исследована научно-психологическая литература по проблеме социальной психологии, психологии переживания, изучена статистика онкологических заболеваний. Получены следующие выводы:

- Переживание, в своем широком значении, представляется как любое испытываемое субъектом эмоционально окрашенное явление действительности, непосредственно представленное в его сознании и выступающее для него как событие его жизни;

- Психоэмоциональный процесс , отражает субъективное, оценочное отношение к существующим или возможным ситуациям ;

- Важным звеном во всех проявлениях жизни является социальная поддержка. У больных людей необходимость в этой поддержке усиливается.

- Социальная поддержка - это прямая помощь в трудных жизненных ситуациях

- Без социальной поддержки эмоции изначально призванные мобилизовать на защиту, чаще подавляются, встраиваются в специальный контекст, а со временем извращаются и могут стать причиной разрушительных процессов в организме;

- Социальная структура отношений способствует редукции стрессовых событий и приумножению позитивных событий, которые могут стабилизировать и даже повышать компетентность в совладании.

Так же изучена статистика онкологических заболеваний. Приведены данные по заболеваемости онкологией. Описана вся сложность и длительность лечения, влияющая на изменение психоэмоционального состояния пациентов.

2) Подобранный метод тестирования наиболее подошел для исследования психоэмоционального состояния онкологических больных. Метод доступен для понимания испытуемых и достаточно прост в использовании. Методики надежны, так как характеризуют независимость выходных факторов (показателей, результатов наблюдений) от воздействия входных случайных и побочных факторов, валидны, так как измеряют именно те свойства, для которых они предназначены, то есть самооценку и уровень притязаний личности.

Выборка репрезентативна, составляет пятьдесят один из шестидесяти пяти пациентов находящихся на лечении в отделении радиологии.

3) Исследование психоэмоционального состояния онкологических больных проведено в соответствии с правилами, получено согласие пациентов, дана необходимая информация, объяснена значимость исследования.

4) Проведен анализ полученных в ходе эмпирического исследования данных. У больных, не имеющих поддержки социального окружения, выявлен низкий уровень активности, высокий уровень личностной и ситуативной тревожности, высокий уровень агрессивности. Пациенты не могут самостоятельно справиться с ситуацией, находятся в кризисном психоэмоциональном состоянии. Больные озабочены своим будущим, переработкой полученной информации и переоценкой жизненных ценностей. В отличие от психосоматических и невротических больных, они очень ценят доброе отношение, часто им уделяют меньше внимания как безнадежным или «неперспективным». Отсутствие семьи усугубляет ситуацию. Пациенты, имеющие социальную поддержку, характеризуются большей устойчивостью к стрессу, неконфкликтностью, желанием продолжить лечение. Это говорит о положительном влиянии социального окружения на уровень агрессивности и тревожности пациента, более спокойное восприятие диагноза. Социальная поддержка играет роль эмоционального облегчения и буферизации: доказано, что одно знание, что у тебя есть близкие люди, а тем более их конкретное присутствие, может уменьшить эмоциональные реакции, особенно страха и неуверенности, вызванные предстоящей либо как раз происходящей стрессовой ситуацией.

Заключение

Поставленная нами цель достигнута. Проведено исследование взаимосвязи психоэмоционального состояния онкологических больных с социальной поддержкой. Подробно проанализированы и проинтерпретированы результаты эмпирического исследования. Наличие социальной поддержки, повышает эмоциональную устойчивость пациента. Психоэмоциональное состояние человека напрямую зависит от ощущения того, что он нужен, любим, его поддерживают близкие.

По результатам проделанной работы можно сказать, что выдвинутая нами гипотеза подтверждена. Психоэмоциональное состояние онкологических больных с поддержкой социального окружения выше, чем у одиноких пациентов. Установлено, что у пациентов с поддержкой семьи психоэмоциональное состояние благоприятнее, чем у одиноких пациентов.Выявлена роль социальной поддержки для онкологических больных:

– укрепление морали, самоценности, самоэффективности и т.д.;

- поддержка в совладании со стрессом и решении проблем – например, помощь в выработке конкретного решения;

-  забота , помощь в уходе за пациентом .

Так же доказана необходимость работы психолога с пациентами на всех этапах лечения. Человек, обладающий специализированными знаниями и умениями, лучше других справится с поставленными задачами.

Проведенная научная работа наметила дальнейшие исследовательские задачи. Более углубленно, исследовать особенности психологического состояния онкологических больных. Выявить социально-психологические характеристики пациента, показатели качества жизни, уровень знаний о заболевании. Все эти аспекты положительно влияют на лечение. Изучив все аспекты жизни заболевшего человека, появляется больше возможностей помочь ему справиться с тяжестью состояния, найти веские причины для выздоровления и улучшения качества жизни. Разработать программу социальной реабилитации, которая предусматривает активное воздействие на личность онкологического больного, восстановление его социального статуса в обществе и семье. Социально-бытовая реабилитация больного включает в себя интенсивную психопрофилактическую работу с его родственниками. Супружеская поддержка и помощь со стороны членов семьи являются одним из основных факторов успешной адаптации онкологического больного. При благоприятной психологической обстановке в семье у больного, как правило, формируется позитивная мотивация к восстановлению своего социального статуса, возвращению к труду. В противном случае у онкологического больного развивается выраженное потребительское отношение, происходит переоценка личностных ценностей и уход в болезнь. В досуговой деятельности больного должны удовлетворяться его потребности в отдыхе, развлечении и саморазвитии. Как правило, после проведенного противоопухолевого лечения объем досуга уменьшается за счет исключения активных форм деятельности. Поэтому образовавшийся вакуум должен быть заполнен другими видами деятельности интеллектуального характера. Раннее выявление личностных проблем пациента открывает возможности для углубленной психокоррекционной работы психолога.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Андреева , Г.М. Психология социального познания [Текст] / Г.М. Андреева. – М.: Смысл Академия, 2007. – 239 с.

2. Бэрон, Р. Социальная психология группы: процессы, решения, действия [Текст] / Р. Бэрон, Н. Керр, Н. Миллер. – СПб.: Питер, 2008. – 272 с.

3. Беркоу, Р. , Флетчер, Э. Руководство по медицине. Диагностика и терапия [Текст] / Пер. с англ.: Под ред. Р. Беркоу, Э. Флетчера. - М.: Мир, 1997.- Т.2, С. 3–7; 61–66, 73–76.

4.Бэрон Р., Ричардсон Д. Агрессия [Текст] / Р. Бэрон. - СПб.: Питер, 1997.- 336 с.

5. Василюк, Ф.Е.Психология переживания.Анализ преодоления критических сиуаций [Текст] / Ф.Е.Василюк. - М.: Издательство Московского университета, 1984. — 200 с.

6. Двигательная активность [Электронный ресурс] // Образовательный портал.-Режимдоступа:http://www.kakprosto.ru

7. Доскин, В.А., Лаврентьева, Н.А., Мирошников, М.П., Шарай В.Б. Тест дифференцированной самооценки функционального состояния [Текст] // Вопросы психологии. – 1973, – № 6. – С.141-145.

8. Дудниченко, А.С., Дышлевая Л.Н., Дышлевой А.Ю. О важности оценки психического состояния онкологических больных и членов их семей [Электронный ресурс] // А.С. Дудниченко, Л.Н. Дышлевая, А.Ю .Дышлевой . – Режим доступа: http://www.helppatient.ru/psychological

9. Левандовский, И.В. Руководство по профилактической медицине. Рекомендации по психической помощи онкобольным [Текст] / И.В. Левандовский. - М.: Медицина, 1995. - С.49–55.

10. Левин К., Дембо Т., Фестингер Л., Сирс П. Психология личности. Уровень притязаний [Текст] / К.Левин, Т.Дембо, Л.Фестингер, П.Спирс. - М.: МГУ, 1982. - 86-93с.

11. Леонтьев А.А. Психология общения [Текст] / А.А. Леонтьев // учебное пособие для вузов .– 3-е изд. – М.: Смысл: Академия, 2007. – 368 с.

12. Медицинские новости. Помощь онкологическим больным. [Электронный ресурс] // ЮпокомИнфоМед. -[http://www.mednovosti.by](http://www.mednovosti.by/)

13. Напалков Н.П. Реабилитация онкологического больного[Текст] / Н.П. Напалков. - Л.: Ленуприздат, 1979. - С. 62–63, 72–73.

14. Рогов, Е.И. Разрешение конфликта [Текст] / Е. И. Рогов . – М.: Владос, 2004. – с.161-166.

15. Рогов, Е.И. Настольная книга практического психолога [Текст] / Е. И. Рогов . - М.: Владос, 2004 г. - 384 с.

16. Романова, Е.С.психодиагностика [Текст]/учебное пособие// Е.С.Романова. - 3-е изд.,доп.- М.: Кнорус,2013.- 336с.

17. Русалов, В.М. Пол и темперамент [Текст] / В.М.Русалов//Психологический журнал. - 1993. - № 6. - С. 55-64.

18. Саймонтон К., Саймонтон, С. Психотерапия рака [Текст] / К.Саймонтон, С. Саймонтон. – СПб.: Питер, 2001.- 288 с.

19. Франкл В. Доктор и душа [Текст] / В.Франкл . - СПб.: Ювента, 1997. – 108с.

20. Шмидбауэр В. Вытеснение и другие защитные механизмы [Текст] / В. Шмидбауэр // Энциклопедия глубинной психологии. - М.: ЗАО МГ Менеджмент, 1998. -С. 289-295.

21. Энциклопедия практической психологии. Любовь и семья [Электронный ресурс] // Психологос. - [http://www.psychologos.ru](http://www.psychologos.ru/)

22.Диагноз – не приговор. Помощь онкологическим пациентам [Электронный ресурс] // Образовательный портал. – Режим доступа: [http://www.psychologos.ru](http://www.psychologos.ru/)[http://www.help-patient.ru](http://www.help-patient.ru/)

ПРИЛОЖЕНИЕ

**ТИПОВАЯ КАРТА МЕТОДИКИ САН**

Фамилия, инициалы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Пол \_\_ Возраст  
Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Время \_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Самочувствие хорошее | 3210123 | Самочувствие плохое |
| 2. Чувствую себя сильным | 3210123 | Чувствую себя слабым |
| 3. Пассивный | 3210123 | Активный |
| 4. Малоподвижный | 3210123 | Подвижный |
| 5. Веселый | 3210123 | Грустный |
| 6. Хорошее настроение | 3210123 | Плохое настроение |
| 7. Работоспособный | 3210123 | Разбитый |
| 8. Полный сил | 3210123 | Обессиленный |
| 9. Медлительный | 3210123 | Быстрый |
| 10. Бездеятельный | 3210123 | Деятельный |
| 11. Счастливый | 3210123 | Несчастный |
| 12. Жизнерадостный | 3210123 | Мрачный |
| 13. Напряженный | 3210123 | Расслабленный |
| 14. Здоровый | 3210123 | Больной |
| 15. Безучастный | 3210123 | Увлеченный |
| 16. Равнодушный | 3210123 | Взволнованный |
| 17. Восторженный | 3210123 | Унылый |
| 18. Радостный | 3210123 | Печальный |
| 19. Отдохнувший | 3210123 | Усталый |
| 20. Свежий | 3210123 | Изнуренный |
| 21. Сонливый | 3210123 | Возбужденный |
| 22. Желание отдохнуть | 3210123 | Желание работать |
| 23. Спокойный | 3210123 | Озабоченный |
| 24. Оптимистичный | 3210123 | Пессимистичный |
| 25. Выносливый | 3210123 | Утомляемый |
| 26. Бодрый | 3210123 | Вялый |
| 27. Соображать трудно | 3210123 | Соображать легко |
| 28. Рассеянный | 3210123 | Внимательный |
| 29. Полный надежд 30. Довольный | 3210123  3210123 | Разочарованный  Недовольный |

Ключ к тесту

Вопросы на самочувствие – 1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26.

Вопросы на активность – 3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28.

Вопросы на настроение – 5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30.

Обработка и интерпретация результатов теста

При обработке оценки респондентов перекодируются следующим образом: индекс 3*,* соответствующий неудовлетворительному самочувствию, низкой активности и плохому настроению, принимается за 1 балл; следующий за ним индекс 2 *– за 2;* индекс 1 *–* за 3 балла и так до индекса 3 *с* противоположной стороны шкалы, который соответственно принимается за 7 баллов (внимание: полюса шкалы постоянно меняются).

Положительные состояния всегда получают высокие баллы, а отрицательные низкие. По этим "приведенным" баллам и рассчитывается среднее арифметическое как в целом, так и отдельно по активности, самочувствию и настроению. Например, средние оценки для выборки из студентов Москвы равны:

самочувствие – 5,4;

активность – 5,0;

настроение – 5,1.

При анализе функционального состояния важны не только значения отдельных его показателей, но и их соотношение. У отдохнувшего человека оценки активности, настроения и самочувствия обычно примерно равны. По мере нарастания усталости соотношение между ними изменяется за счет относительного снижения самочувствияи активностипо сравнению с настроением*.*

Методика определения личностной и ситуативной тревожности Спилберга - Ханина

Шкала ситуативной тревожности

Инструкция: Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости от  того, как вы себя чувствуете в данный момент. Над вопросами долго не  задумывайтесь, поскольку правильных и неправильных ответов нет.

Суждения

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №пп | Суждение | Никогда | Почти никогда | Часто | Почти всегда |
| 1 | Я спокоен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2 | Мне ничто не угрожает | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3 | Я нахожусь в напряжении | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4 | Я внутренне скован | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5 | Я чувствую себя свободно | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6 | Я расстроен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7 | Меня волнуют возможные неудачи | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8 | Я ощущаю душевный покой | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9 | Я встревожен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10 | Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11 | Я уверен в себе | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12 | Я нервничаю | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13 | Я не нахожу себе места | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14 | Я взвинчен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15 | Я не чувствую скованности, напряжения | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16 | Я доволен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17 | Я озабочен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18 | Я слишком возбужден и мне не по себе | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19 | Мне радостно | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20 | Мне приятно | 1 | 2 | 3 | 4 |

Шкала личной тревожности

Инструкция. Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости от  того, как вы себя чувствуете обычно. Над вопросами долго не думайте, поскольку правильных или неправильных ответов нет.

Суждения

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №пп | Суждение | Никогда | Почти никогда | Часто | Почти всегда |
| 21 | У меня бывает приподнятое настроение | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22 | Я бываю раздражительным | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23 | Я легко расстраиваюсь | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24 | Я хотел бы быть таким же удачливым, как и другие | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25 | Я сильно переживаю неприятности и долго не могу о них забыть | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26 | Я чувствую прилив сил и желание работать | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27 | Я спокоен, хладнокровен и собран | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28 | Меня тревожат возможные трудности | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29 | Я слишком переживаю из-за пустяков | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30 | Я бываю вполне счастлив | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31 | Я все принимаю близко к сердцу | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32 | Мне не хватает уверенности в себе | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33 | Я чувствую себя беззащитным | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34 | Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35 | У меня бывает хандра | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36 | Я бываю доволен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37 | Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38 | Бывает, что я чувствую себя неудачником | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39 | Я уравновешенный человек | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40 | Меня охватывает беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах | 1 | 2 | 3 | 4 |

Обработка результатов

Обработка результатов включает следующие этапы:

Определение показателей ситуативной и личностной тревожности с помощью ключа.

На основе оценки уровня тревожности составление рекомендаций для коррекции поведения испытуемого.

Вычисление среднегруппового показателя ситуативной тревожности (СТ) и  личностной тревожности (ЛТ) и их сравнительный анализ в зависимости, например, от половой принадлежности испытуемых.

Ключ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СТ | Ответы | | | | ЛТ | Ответы | | | |
| №№ | 1 | 2 | 3 | 4 | №№ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Ситуативная тревожность | | | | | Личностная тревожность | | | | |
| 1 | 4 | 3 | 2 | 1 | 21 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2 | 4 | 3 | 2 | 1 | 22 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 23 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 24 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 25 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 26 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 27 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8 | 4 | 3 | 2 | 1 | 28 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9 | 1 | 2 | 3 | 4 | 29 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10 | 4 | 3 | 2 | 1 | 30 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11 | 4 | 3 | 2 | 1 | 31 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12 | 1 | 2 | 3 | 4 | 32 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13 | 1 | 2 | 3 | 4 | 33 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14 | 1 | 2 | 3 | 4 | 34 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15 | 4 | 3 | 2 | 1 | 35 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16 | 4 | 3 | 2 | 1 | 36 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 17 | 1 | 2 | 3 | 4 | 37 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18 | 1 | 2 | 3 | 4 | 38 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19 | 4 | 3 | 2 | 1 | 39 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 20 | 4 | 3 | 2 | 1 | 40 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Интерпретация результатов

При анализе результатов надо иметь в виду, что общий итоговый показатель по  каждой из подшкал может находиться в диапазоне от 20 до 80 баллов. При этом чем выше итоговый показатель, тем выше уровень тревожности (ситуативной или личностной).

При интерпретации показателей можно использовать следующие ориентировочные оценки тревожности:

до 30 баллов – низкая,

31 — 44 балла — умеренная;

45 и более — высокая.

Очень высокая тревожность (> 46) прямо может быть связана с наличием [невротического конфликта](http://www.psycholog-consultant.ru/situation/emotions/index.php), эмоциональными сры­вами и с [психосоматическими заболеваниями](http://www.psycholog-consultant.ru/situation/psychosomatic/index.php).

Низкая тревожность (<12), наоборот, характеризует состояние как [депрессивное](http://www.psycholog-consultant.ru/situation/psychiatric/232/index.php), неактивное, с низким уровнем мотиваций. Иногда очень низкая тревожность в показателях теста является

Тест внутренней агрессивности.(С. Дайхофф)

Если Вы согласны с утверждением, выделите "Да", если не согласны - "Нет".

Начало формы

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Мои отношения с окружающими иногда бывают непредсказуемыми, нестабильными. | Да Нет |
| 2. | Мне кажется, что у меня огромное чувство вины, для которого нет оснований. | Да Нет |
| 3. | Я не люблю осознавать и принимать тот факт, что я сержусь. | Да Нет |
| 4. | Иногда я использую юмор, для того, чтобы не сталкиваться лицом к лицу со своими настоящими чувствами. | Да Нет |
| 5. | Я часто чрезмерно критикую себя и окружающих. | Да Нет |
| 6. | Иногда я использую сарказм, как форму юмора. | Да Нет |
| 7. | 7.Иногда я чувствую, что мне хочется вернуться и отомстить моим обидчикам. | Да Нет |
| 8. | Когда я сержусь, я обнаруживаю, что делаю то, о чем впоследствии сильно сожалею. | Да Нет |
| 9. | Обычно я не говорю окружающим о своей обиде или душевной боли. | Да Нет |
| 10. | У меня есть боли на телесном уровне, такие как: головная боль, зажатые мышцы шеи, проблемы с желудком. | Да Нет |
| 11. | Меня очень беспокоит критика в мой адрес. | Да Нет |
| 12. | Я иногда поступаю или общаюсь таким образом, чтобы казаться лучше, выше другого человека, в чем-то его превосходить. | Да Нет |
| 13. | Я часто чувствую себя хуже по сравнению с другими людьми. | Да Нет |
| 14. | Я бы хотел прямо сказать людям то, что я о них думаю. | Да Нет |
| 15. | Я чувствую, что меня не любят и не ценят. | Да Нет |
| 16. | Я разочаровался в любви и больше в нее не верю. | Да Нет |
| 17. | Иногда я испытываю трудности в том, чтобы контролировать свой вес (как набор веса, так и его потерю). | Да Нет |
| 18. | Временами я чувствую, что жизнь дала мне намного меньше, чем должна была бы. | Да Нет |
| 19. | Я считаю, что во многих моих проблемах виноваты другие. | Да Нет |
| 20. | Многое из того хорошего, что я делаю, я совершаю из чувства долга. | Да Нет |
| 21. | Просыпаясь по утрам, я давно не испытываю чувства бодрости. | Да Нет |
| 22. | Когда что-то меня раздражает, мне трудно успокоиться. | Да Нет |
| 23. | Меня безумно раздражают люди, которые поступают по-своему и не подчиняются мне. | Да Нет |
| 24. | Я переживал эпизод преступного посягательства на мою жизнь или насилие (физическое или сексуальное) в партнерских отношениях либо в детстве. | Да Нет |
| 25. | Я переживаю, если все происходит не так, как я задумал. | Да Нет |
| 26. | Я считаю себя зависимым в партнерских взаимоотношениях. | Да Нет |
| 27. | Люди, которые меня хорошо знают, говорят, что я упрямый. | Да Нет |
| 28. | Иногда обо мне говорят, что я подвержен частым сменам настроения. | Да Нет |
| 29. | Я часто спорю и не соглашаюсь, в основном, с членами моей семьи. | Да Нет |
| 30. | У меня не складываются отношения с людьми. | Да Нет |
| 31. | Я не могу забыть свое прошлое. | Да Нет |
| 32. | Я постоянно чувствую себя несчастным. | Да Нет |
| 33. | Я часто ругаю себя. | Да Нет |
| 34. | Я испытываю трудности в успешном разрешении конфликтов. | Да Нет |
| 35. | Мне трудно избегать ссор и драк. | Да Нет |
| 36. | Я часто злюсь на себя. | Да Нет |
| 37. | Я постоянно испытываю разочарование. | Да Нет |
| 38. | Я чувствую подавленность, беспомощность, раздраженность. | Да Нет |
| 39. | Я отвергаю некоторых людей за то, кто они, кем они являются, чем занимаются. | Да Нет |
| 40. | Мне кажется, я не смогу самостоятельно справиться со своими проблемами. | Да Нет |

Если Ваш показатель не больше 10, Вы либо очень хорошо контролируете свое чувство гнева, либо не можете его осознать и принять.  
Если показатель от 11 до 20 баллов, Ваша агрессивность в пределах нормы, но Вам желательно осознавать свой гнев и научиться обращаться с ним.  
Если Вы набрали от 21 до 30 баллов – вполне вероятно, что у Вас много проблем, над которыми стоит поработать. Возможно, Ваша жизнь не является настолько удовлетворительной, насколько Вам бы хотелось. Если уровень внутренней агрессивности от 31 - до 40 баллов - Ваш гнев контролирует Вашу жизнь, мешая Вам жить полноценной и активной жизнью.

Конец формы