



С. А. Мисяк

## Алгоритм оценивания эффективности восстановительных мероприятий для онкологических больных в условиях реабилитационного центра

Институт экспериментальной патологии, онкологии и радиобиологии  
имени Р. Е. Кавецкого НАН Украины, г. Киев

**Ключевые слова:** реабилитация, онкология, больные, инвалиды, личность, оценка.

**Цель работы** – создать методологию оценки состояния и проведения медицинской, психологической, социальной и профессиональной реабилитации онкологического больного/инвалида как личности для повышения эффективности его жизни и интеграции в общественную жизнь страны через индивидуализацию восстановительных мероприятий.

**Материалы и методы.** Использовались методы теоретического и эмпирического исследования, системного и структурно-функционального анализа, электроэнцефалографии, электронно-парамагнитного резонанса, психологические тесты.

**Результаты.** Предложена схема оценивания семи уровней реабилитации личности, которая позволяет не только диагностировать состояние, в котором находится пациент, но и какие методики могут применяться в процессе оценивания состояния уровней (генетический, физический, личностный, межличностный, профессиональный, творческий, духовный) при проведении индивидуальных восстановительных мероприятий.

**Выводы.** Оценка состояния уровней здоровья личности онкологического больного до и после восстановительных мероприятий позволяет не только проводить коррекцию реабилитации, но и оценить её эффективность. Оценивание каждого уровня проводится специалистом, который входит в реабилитационную команду. Оценивание состояния пациента возможно как по каждому уровню, так и по динамике изменений общего состояния больного в целом.

## Алгоритм оцінювання ефективності відновлювальних заходів для онкологічних хворих в умовах реабілітаційного центру

С. А. Мисяк

**Мета роботи** – створити методологію оцінювання стану та здійснення медичної, психологічної, соціальної та професійної реабілітації онкологічного хворого/інваліда як особистості для підвищення ефективності його життя та інтеграції в суспільне життя через індивідуалізацію відновлювальних заходів.

**Матеріали та методи.** Використали методи теоретичного та емпіричного дослідження, системного та структурно-функціонального аналізу, електроенцефалографії, електронно-парамагнітного резонансу, психологічні тести.

**Результати.** Запропонована схема оцінювання сімох рівнів реабілітації особистості, що дає змогу не тільки діагностувати стан, в якому перебуває пацієнт, але й які методики можуть застосовуватися у процесі оцінювання стану рівнів (генетичний, фізичний, особистісний, міжособистісний, професійний, творчий, духовний) під час проведення індивідуальних відновлювальних заходів.

**Висновки.** Оцінювання стану рівнів здоров'я особистості онкологічного хворого до та після відновлюваних заходів дає змогу не тільки здійснювати корекцію реабілітації, але й оцінювати її ефективність. Кожен рівень оцінюється спеціалістом, який входить до реабілітаційної команди. Оцінювання стану пацієнта можливе як по кожному рівню, так і за динамікою змін загального стану хворого в цілому.

**Ключові слова:** реабілітація, онкологія, хворі, інваліди, особистість, оцінювання.

*Запорізький медичний журнал. – 2016. – №2 (95). – С. 99–103*

## Algorithm for evaluation of efficiency of cancer rehabilitation in the rehabilitation center

S. A. Misyak

**Summary.** The article is devoted to the methodology of evaluation of cancer patient/ disabled as a person in the course of the comprehensive rehabilitation in a rehabilitation center.

**Conclusion.** The author proposed a scheme of estimating of the seven levels of the rehabilitation of the person, which allows not only to diagnose the condition of the patient, but also defines techniques that can be used in the process of estimating of the level of state (genetic, physical, personal, interpersonal, professional, creative, spiritual) during the realization of the individual remediation activities.

**Key words:** Rehabilitation, Medical Oncology, Patients, Disabled Persons, Personality, Evaluation.

*Zaporozhye medical journal 2016; №2 (95): 99–103*

Онкология как наука неразрывно связана с общими процессами развития общества в целом. В конце 60–70-х годов возникают изменения в развитии общества, обусловленные формированием концепции «человек как личность». Согласно этой концепции человек является

биологическим, психологическим, социальным, духовным существом. Эти характеристики в своём единстве должны определять человека-пациента как личность. Будучи свойствами всех людей, они вместе с тем проявляются в каждом из нас индивидуально, отражая особенности личности.



Общество определило принципы философии врачебного дела: уважение к жизни, чести и правам человека. Всемирная организация здравоохранения даёт определение здоровью как состоянию полного физического, психического и социального благополучия, а не как отсутствию болезней. Эта же организация в 2001 году на 54 сессии приняла резолюцию о Международной классификации функционирования ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). В условиях модели МКФ реабилитация определяется как скоординированный процесс, который усиливает «деятельность» и «участие» людей с ограниченными возможностями для достижения ими оптимальной социальной интеграции. Согласно этому документу понятие «инвалидность» трактуется как унижение чувства собственного достоинства человека и его достоинства в глазах других людей. Кроме психологического аспекта инвалидности МКФ учитывает социальные аспекты и не видит в инвалидности только «медицинскую» и «биологическую» дисфункции.

Изменение философии взаимоотношений общества и человека привело к изменениям в медицине вообще и в онкологии в частности. Системный подход в оценке взаимоотношений опухоли и организма был предложен академиком Р. Е. Кавецким и его учениками [1]. Научные работы по изучению реактивности организма, его способности поддерживать свой гомеостаз в изменяющихся условиях окружающей среды заложили основу для исследования воздействия окружающей среды и социума на организм.

Сложившаяся организация онкологической помощи неэффективно решает задачи по интеграции онкологических больных в общество. С усилением социальной функции реабилитации расширяются возможности инноваций в реализации различных подходов к повышению качества жизни онкологических больных и инвалидов, перенесших стандартное лечение по поводу злокачественной опухоли. Инновационный опыт является базой для научного осмысления и обоснования различных аспектов совершенствования подходов в онкологии и в реабилитации онкологических больных.

### **Цель работы**

Создать методологию оценки состояния и проведения медицинской, психологической, социальной и профессиональной реабилитации онкологического больного/инвалида как личности для повышения эффективности его жизни и интеграции в общественную жизнь страны через индивидуализацию восстановительных мероприятий.

### **Материалы и методы исследования**

Использовались методы теоретического и эмпирического исследования, системного и структурно-функционального анализа, электроэнцефалографии, электронно-парамагнитного резонанса, психологические тесты. Исследования по формированию алгоритма оценивания комплексной реабилитации онкологических больных/инвалидов проводились в условиях хозрасчетного объединения реабилитации инвалидов «АРГУС» Министерства социальной политики (Херсон), во Всеукраинском центре профессиональной реабилитации инвалидов Министерства социальной поли-

тики (пгт. Лютеж, Киевская обл.), в управлении социальной адаптации и реабилитации Университета развития человека «Украина» (Киев), в реабилитационном центре для детей с онкологическими заболеваниями при городской клинической больнице им. А. С. Лучанского (Херсон).

### **Результаты и их обсуждение**

В последнее время в онкологии введено такое понятие, как «качество жизни, связанное со здоровьем» (health-related quality of life), при этом именно качество жизни рассматривается как интегральная характеристика [2,3], на которую надо ориентироваться при оценке эффективности лечения больных и инвалидов. М. Testa, D. Simonson [4] составили схему критериев и показателей здоровья, которые учитываются при оценке качества жизни, связанного со здоровьем. Понятие «качество жизни, связанное со здоровьем» отражает группы критериев, характеризующих здоровье: физические, психологические и социальные, причём каждая из этих групп включает набор показателей, которые можно оценить как объективно, так и на уровне субъективного восприятия. Для определения качества жизни больного или инвалида используются вопросники, касающиеся связанного со здоровьем качества жизни; они охватывают обычно сферы физического и психоэмоционального состояния больного, уровней его бытовой и социальной жизнедеятельности. Разработка вопросников осуществляется в двух направлениях: а) создание унифицированных тестов, общих для всех заболеваний; б) создание специфических вопросников, предназначенных для онкологических больных, для больных с хроническими заболеваниями и т. п.

В онкологии для определения оценки качества жизни наиболее часто используются вопросники MOS-SF20, MOS-SF22, MOS-SF36 (Медицинский Результат Исследование – Краткая форма (20,22,36) медицинского обследования); EUROQoL (Шкала качества жизни).

В этих анкетах преследуется цель помочь исследователю или врачу собрать достоверную информацию о здоровье пациента, сэкономить время в получении информации, которую нельзя было иначе получить, определить эффективность лечения и изменения здоровья у больного с течением времени. Понятие «качество жизни» включает, кроме психологического, эмоционального и социального функционирования человека, ещё и физическое состояние организма больного. Считается, что критерий качества жизни – второй по значимости критерий оценки результатов противоопухолевой терапии после выживаемости пациентов [2].

Оценка качества жизни, связанного со здоровьем у онкологических больных и лиц, перенесших стандартное лечение по поводу онкологического заболевания, не связана с реабилитационными мероприятиями. В онкологии реабилитационные мероприятия должны быть направлены не только на продление жизни, но и на эффективность жизни при решении социально-бытовых ситуаций (окончание учёбы, получение диплома об образовании детей, нотариальное оформление документов, написание книги, оформление изобретений и т. д.). Оценка эффективности жизни онкологического больного – это показатель социальной



значимости пациента как для общества, так и для семьи. С позиции реабилитации онкологического больного следует воспринимать как личность.

Рассматривая больного с позиции личности, мы отмечаем, что для этого нужно оценивать его с позиции духовности, мотивации, деятельности и активности (инициатива, ответственность, творчество), способности к организации времени, социального мышления. Личностью человек не рождается, личностью он становится через свою деятельность. Деятельность – форма существования общества, в котором субъект, проявляя целенаправленную активность, меняет не только окружающий мир, но и себя. Жизнь человека и общества невозможно представить без деятельности – целостных, системных, последовательных, направленных на определённый результат действий. Основным видом деятельности является труд. Большое значение для превращения биологического индивида в социально-биологическую личность имеет практика. Только занимаясь любым определённым делом, причём, соответствующим склонностям и интересам самого человека и являющимся полезным для общества, человек может оценить свою социальную значимость, раскрыть все грани своей личности.

Проведение комплексной реабилитации онкологическому больному/инвалиду, состоящей из медицинского, психологического, социального, трудового компонентов, предусматривает его деятельность не как таковую, а именно как деятельность социально значимую. В аспекте последней онкологического больного/инвалида следует рассматривать не только как человека, который лечится, восстанавливая физическое состояние, но прежде всего как личность, способную параллельно с лечением создавать социально значимый продукт. Согласно такому видению комплексной реабилитации считаем целесообразным говорить о социальной эффективности деятельности реабилитанта, усматривая в ней сознательный с его стороны процесс, направленный на получение результата, имеющего ценность как для него, так и для коллектива, организации, общества.

Отчуждение человека от средств и результатов труда приводит к потере мотивации и социальной привлекательности, что негативно влияет на личность. Напротив, труд, приносящий пользу человеку и обществу, способствует развитию потенциала человека.

Таким образом, определение «реабилитация инвалида» как «система медицинских, психологических, педагогических, физических, профессиональных, трудовых мероприятий, направленных на предоставление лицам помощи в восстановлении и компенсации нарушенных или утраченных функций организма, устранении ограничений их жизнедеятельности для достижения и поддержания социальной и материальной независимости, трудовой адаптации и интеграции в общество» даёт нам возможность рассматривать субъекта реабилитации как личность.

В процессе реабилитации нужно ориентироваться не только на субъективные оценки восприятия физического, психологического и социального положения реабилитанта, но и на объективную оценку социальной значимости лич-

ности, мотивационной деятельности как по отношению к труду, так и к своему здоровью. Индивидуальная программа реабилитации не должна состоять только из мероприятий по восстановлению физического состояния организма больного – она должна основываться на системном подходе, в котором учитываются все составляющие организма онкологического больного/инвалида как личности, и приводить их к нормализации.

Реабилитация онкологических больных связана с трудностями методологического характера, поскольку необходимо отображать динамику восстановления здоровья и ориентироваться на многовариантность прогнозов, учитывая не только объективные детерминанты, но и огромную роль субъективного фактора. О реабилитации, считаем, следует говорить как о единой биопсихосоциальной системе [5]. Объединение медицинской, психологической, трудовой и социальной модели в концепцию комплексной реабилитации является принципиальной методологической установкой. К мобилизации сил или к снижению активности вследствие перенапряжения может привести стрессовое состояние, порождённое онкологическим заболеванием, сопровождающееся нервно-психическим напряжением, которое субъективно проявляется в тревожности, а объективно – в изменении функционального уровня деятельности личности и её качественных показателях. Именно психологическая сторона реабилитации онкологического больного предполагает активизацию личностного потенциала в борьбе с онкологическим заболеванием, мобилизацию внутренних ресурсов больного для преодоления стрессовой ситуации.

Для достижения цели необходима мотивация и убеждённость в правильности действия. Система побуждений основана на тканевых изменениях и обеспечивает информацию о потребностях тела. Побуждения важны как основа для выживания, но при обычных обстоятельствах они психологически значимы лишь в той мере, в какой они влияют на эмоции. В процессе восстановления здоровья у онкологических больных для формирования у них мотивации необходимы положительные эмоции. Это сложный процесс, так как он связан с социальным, интеллектуальным и духовным факторами.

Проведение реабилитации предусматривает прозрачное видение цели и конечного результата, которые могут удовлетворить потребности пациента и общества в целом.

Результатом многолетнего опыта использования различных технологий с применением современной диагностики и разнообразного восстановительного «инструментария» с онкологическими больными/инвалидами в реабилитационных центрах является разработанная методология оценки состояния пациента как личности [5].

В процессе реабилитации личность следует рассматривать как сложную семиуровневую организацию, проявляющуюся на:

- генетическом уровне;
- физическом или телесном уровне;
- личностном уровне;
- межличностном уровне;



- профессиональном уровне;
- креативном (творческом) уровне;
- духовном уровне (вера, культура, интеллект).

Это даёт возможность не только диагностировать состояние, в котором находится личность, но и при проведении восстановительных технологий вводить коррекцию или активацию уровней с целью восстановления здоровья.

Диагностика состояния онкологического больного/инвалида:

#### *Генетический уровень*

Для оценки этого уровня проводится ДНК-диагностика с помощью маркеров BRCA1 и BRCA2, которые связаны с раком молочной железы и/или с раком яичников. Маркеры MLH1 и MSH2, MSH6, APC или MYH связаны с раком толстой кишки. Рак щитовидной железы диагностируется с помощью маркера RET. Рак предстательной железы проявляется с помощью маркера BRCA1/2. Рак почки определяется маркером гена VHL. ДНК-диагностика даёт возможность использовать персонализированный подход при медицинской реабилитации онкологических больных и применять таргетную терапию для профилактики метастазирования и рецидивов опухолевой болезни.

#### *Физический или телесный уровень*

Для оценки этого уровня проводятся методы диагностики состояния физического тела (гематологические, биохимические, иммунологические методы исследования крови, мочи, УЗИ, ЭКГ, ЭЭГ, КТ, фиброгастроскопия и т. п.).

#### *Личностный уровень*

Для оценки этого уровня используются диагностические психологические тесты, которые дают возможность охарактеризовать личностное состояние реабилитанта. Например, для этого используют тест MMPI.

#### *Межличностный уровень*

Для оценки состояния межличностного уровня используются диагностические психологические тесты, которые дают возможность оценить социально-психологические показатели отношения к людям и положение реабилитанта в семье и коллективе. Используется тест MMPI.

#### *Профессиональный уровень*

Для характеристики профессиональных возможностей реабилитанта используется аттестационный метод Ертоми (АМЕ). Этот метод был разработан в США как практическое руководство по трудовой реабилитации инвалидов и обеспечению их работой [4]. Данный метод является оптимальным и для определения способностей к труду лиц, перенесших стандартное лечение по поводу онкологического заболевания.

#### *Креативный или творческий уровень*

Для оценки артистического и творческого потенциала реабилитанта на этом уровне используется психологический тест MMPI.

#### *Духовный уровень*

При оценке духовного уровня реабилитанта можно использовать как психологические тесты (MMPI), так и метод газоразрядной визуализации в сертифицированной камере К. Г. Короткова.

Такой подход позволяет не только получать оценку состояния каждого уровня, но и, используя технологии по восстановлению и активации каждого уровня, строить для каждого онкологического больного/инвалида индивидуальную программу реабилитации. Все уровни динамичны и находятся в зависимости друг от друга.

Реабилитационный процесс у онкологического больного/инвалида разделён на четыре стадии: 1. Стадия медицинской реабилитации. 2. Стадия мотивации. 3. Стадия адаптации. 4. Стадия активации [4].

На стадии активации при наличии мотивации у адаптированного онкологического больного происходит ориентация на положительный результат, моделирование своего возможного будущего. На этом этапе программа реабилитации рассматривается индивидуально для каждого пациента в зависимости от его физического состояния, пола, возраста, данных психодиагностики, образования, межличностных отношений, творчества, профессии, состояния развития болезни, морфологических особенностей злокачественной опухоли. На основе проведённого клинического анализа и оценки физического состояния больного, психодиагностики, индивидуального консультирования и консилиума специалистов, задействованных в реабилитационном процессе, составляется индивидуальная программа реабилитации с подбором методов активации в условиях реабилитационного учреждения.

Факторами, способными вызвать у пациента положительные эмоции к формированию социально значимой позиции, является движение, ритм, звук, цвет, запах, информация, новизна. Факторы активации могут применяться самостоятельно или в сочетании с другими, создавая определённые комбинации. Искусство, культура, нравственное воспитание, образование, творчество, творческий труд способны не только сформировать у пациента мотивированное отношение к восстановлению своего здоровья, но и «залатать» дефекты воспитания. Методы активации (музыка, танцы, праздники, лечебная гимнастика, игры, труд) открывают дополнительные возможности личности и обеспечивают ей положительную роль в обществе и семье.

#### **Выводы**

1. Для каждого онкологического больного необходимо проводить после стандартного лечения реабилитационные мероприятия в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида (ИПРИ). Особенностью ИПРИ является необходимость проведения сравнительного анализа эффективности восстановительных мероприятий после назначения последней.

2. Оценка состояния уровней здоровья личности онкологического больного до и после восстановительных мероприятий позволяет не только проводить коррекцию реабилитации, но и оценить её эффективность. Оценка каждого уровня проводится специалистом, который входит в реабилитационную команду. Психологи отмечают результаты своих данных, врачи – результаты своих исследований, социальные работники – положительную или отрицательную динамику поведения пациента. Оценка состояния пациента возможно как по каждому уровню, так и



по динамике изменений общего состояния больного в целом.

3. Методология проведения оценивания эффективности реабилитации позволяет объединить усилия многих специалистов, сформировать их командную деятельность, так как сам реабилитационный процесс лежит в плоскости медицинских, психологических, социальных, педагогических и трудовых восстановительных мероприятий. Именно реабилитационная команда формирует ИПРИ. Данная

методология помогает не только составить общую картину состояния реабилитанта, но и позволяет специалистам – врачам-клиницистам, врачам-диагностам, психотерапевтам, психологам, социальным работникам, инструкторам по трудовому образованию и профориентации, специалистам по танцевальной терапии, арт-терапии – строить ИПРИ для онкологического больного/инвалида.

**Конфликт интересов:** отсутствует.

### Список литературы

1. Кавецкий Р.Е. Взаимодействие опухоли и организма / Р.Е. Кавецкий – К. : Наукова думка, 1977. – 377 с.
2. Peters L. Quality of life of cancer patients receiving inpatient and home-based palliative care / L. Peters, K. Sellick // *Journal of Advanced Nursing*. – 2006. – Vol. 53. – Issue 5. – P. 524–33.
3. Frick E. Anxiety, depression and quality of life of cancer patients undergoing radiation therapy: a cross-sectional study in a community hospital outpatient centre / E. Frick, M. Tyroller, M. Panzer // *European Journal of Cancer Care*. – 2007. – Vol. 16. – Issue 2. – P. 130–136.
4. Testa M.A. Assessment of quality of life outcomes / M.A. Testa, D.S. Simonson // *N Engl J Med*. – 1996. – Vol. 336. – P. 835–840.
5. Мисяк С.А. Практическое пособие по медицинской, социальной и трудовой реабилитации онкологических больных и инвалидов / С.А. Мисяк. – Херсон : Айлант, 2002. – 216 с.
1. Kaveckij, R. E. (1977) *Vzaimodejstvie opukholi i organizma* [The interaction of the tumor and the body]. Kyiv: Naukova dumka [in Ukrainian]
2. Peters, L., & Sellick, K. (2006) Quality of life of cancer patients receiving inpatient and home-based palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 53(5), 524–33. [in Russian]. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03754.x.
3. Frick, E., Tyroller, M., & Panzer, M. (2007) Anxiety, depression and quality of life of cancer patients undergoing radiation therapy: a cross-sectional study in a community hospital outpatient centre. *European Journal of Cancer Care*, 16(2), 130–136.
4. Testa, M. A., & Simonson, D. S. (1996) Assessment of quality of life outcomes. *N Engl J Med.*, 336, 835–840. doi: 10.1056/NEJM199603283341306.
5. Misyak, S. A. (2002) *Prakticheskoe posobie po medicinskoj, social'noj i trudovoj rehabilitacii onkologicheskikh bol'nykh i invalidov* [Practical guide to medical, social and occupational rehabilitation of cancer patients and people with disabilities]. Herson: Ajlant. [in Ukrainian].

### References

#### Сведения об авторе:

Мисяк С. А., канд. мед. наук, старший научный сотрудник, Институт экспериментальной патологии, онкологии и радиобиологии имени Р. Е. Кавецкого НАН Украины, E-mail: misyak@gmail.com.

#### Відомості про автора:

Місяк С. А., канд. мед. наук, старший науковий співробітник, Інститут експериментальної патології, онкології та радіобіології імені Р. С. Кавецького НАН України, E-mail: misyak@gmail.com.

#### Information about author:

Misyak S. A., MD, PhD, Senior Researcher, RE Kavetsky Institute of Experimental Pathology, Oncology and Radiobiology, National Academy of Sciences of Ukraine, Kyiv, E-mail: misyak@gmail.com.

Поступила в редакцию 03.03.2016 г.