

3. Виготский Л.С. Избранные психологические исследования. – М.: АПН РСФСР, 1956.
4. Боскис Р.М. Глухие и слабослышащие дети. – М.: АПН РСФСР, 1963.
5. Луцько К.В. Слово та символ у системі формування інтелектуальної діяльності глухого дитини // Дефектологія. – 1999.- № 3.- К.: Педагогічна преса.
6. Аушев С. Развитие познавательной деятельности глухих на занятиях по развитию слухового восприятия // Шляхи розвитку здібностей дітей з особливими потребами: Зб. наук. Праць. – Київ – Запоріжжя. Ч. II. 1999.
7. Гозова А.П. Психология трудового обучения глухих. – М.: Педагогика, 1979.
8. Бернштейн Н.А. Очерки по физиологии движений и физиологии активности. – М.: Медицина, 1966.
9. Кольцова М.М. Двигательная активность и развитие функций мозга ребенка. – М.: Педагогика, 1973.
10. Дзюрин В.В. Роль слова в развитии движений у глухих школьников: Дис. ... канд. пед. наук. – Минск, 1970.
11. Козленко М.П. Фізичну культуру – в побут школярів. – К.: Радянська школа, 1979.
12. Дьячков В.М., Клебенко В.М. Совершенствование технического мастерства спортсменов. – М.: ФИС, 1967.
13. Кокарев Б.В., Белоусова З.И. Особенности психодиагностики и коррекции трудных психических состояний спортсменов в период подготовки к ответственным стартам. – Запорожье, 1998.
14. Байкина Н.Г. Коррекционные основы физического воспитания глухих школьников: Автореф. дис. ... докт. пед. наук. – М., 1992.
15. Ляхова И.Н. Коррекционное значение гимнастики в учебно-педагогическом процессе по физическому воспитанию глухих школьников младших классов: Дис. ... канд. пед. наук. – М., 1992.
16. Ковшова И.В. Коррекционное значение дыхательной гимнастики для детей-инвалидов с нарушением слуха и патологией органов дыхания: Дис. ... канд. пед. наук. – Одесса, 1997.
17. Мартинчук О.В. Стан мовленнєвих умінь і навичок глухих учнів під час вивчення дієслова // Питання оптимізації навчання і виховання осіб з вадами слуху: Зб. наук. Праць. – К.: ТОВ „Міжнародна фінансова агенція”, 1998.
18. Засенко В.В. До концепції стандартів освіти осіб з вадами слуху // Дефектологія. – 2000.- № 4.- К.: Педагогічна преса.
19. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. – М., 1975.

УДК 130.123.4:616-006

## **ДУХОВНІСТЬ ЯК СКЛАДОВА ЧАСТИНА РЕАБІЛІТАЦІЇ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ**

Місяк С. А., к. мед. н., координатор міжнародної програми ЕСНО

*Національний Комітет Товариства Червоного Хреста України, Київ*

Відновлення працездатності інвалідів, їхньої соціальної значимості в суспільстві має велике значення у зв'язку з тим, що ефективно вирішення цього питання пов'язано зі зменшенням кількості інвалідів у суспільстві. Повернення до повноцінної праці людей, які втратили повністю або в значній мірі працездатність через хворобу чи травму, пов'язано з чималою економією коштів, що виділяє держава на соціальне забезпечення.

Реабілітація - важлива складова частина соціальної політики: вона надає можливість людині брати участь у житті суспільства, утягувати на тривалий час у трудове життя при можливості пропонувати свої здібності, свої знання на загальному ринку праці.

Основними соціальними принципами реабілітації є:

- принцип інтеграції інваліда в суспільство;
- принцип фінальності, згідно з яким кожному інваліду і тому, кому загрожує інвалідність, повинна надаватися допомога, навіть якщо за неї відповідають різні особи й інститути з різною базою;
- принцип індивідуальної допомоги, відповідно до якого повинні враховуватися конкретна ситуація кожного інваліда і, виходячи з неї, використовуватися найбільш придатні для цього засоби, що виключають появу інвалідів як замкнутої групи, яка потребує допомоги;
- принцип локалізації, передбачаючий обмеження масштабів і наслідків інвалідності.

Особливо місце серед інвалідів займають особи, які перенесли радикальне чи паліативне лікування з приводу онкологічного захворювання. На сьогодні статистика онкологічних захворювань, онкологічних хворих, онкоінвалідів відійшла на другий план у соціальній сфері суспільства. Засоби масової інформації, гуманітарні програми сконцентрували увагу на проблемах ВІЛ/СНІДу, особливо небезпечних інфекціях, проте відкидати проблему раку не слід, хоча б тому, що за даними ВООЗ щорічно у світі вмирає від злоякісних пухлин близько 6 млн. чоловік. Протягом року в Україні на облік в онкологічних диспансерах береться приблизно 160 тис. чоловік [1]. У цілому в нашій країні біля 1 млн. чоловік живуть з діагнозом онкологічного захворювання, кожен сьомий вмирає від раку. Економічний збиток, завданий смертністю від раку населення працездатного віку, перевищує понад 1 млрд. гривень.

Таким чином, зростання кількості онкологічних захворювань, високий відсоток хворих, які не одержали адекватного лікування, практичне усунення від суспільної і трудової діяльності осіб, які перенесли лікування з приводу раку, роблять проблему реабілітації онкологічних хворих нагальною.

У реабілітаційному процесі онкологічних хворих зустрічаємося з певними труднощами. По-перше, реабілітація не сформована ще в науку, а по-друге, у спеціальній літературі дуже мало даних про реабілітацію онкологічних хворих і про відновлення останніх у соціальній і духовній сферах суспільства.

Власне кажучи, реабілітація - це практичне здійснення оптимальної для кожного інваліда програми, що забезпечує створення для нього найбільш сприятливих фізичних, психічних і соціальних умов життєдіяльності.

Соціальна реабілітація має на увазі активний вплив на особистість хворого шляхом організації відповідного способу життя, відновлення втраченої чи ослабленої особистої соціальної значущості інваліда. Збереження соціального статусу хворого, повернення його до активного життя неможливо без відтворення його психологічної цілісності. Виникле онкологічне захворювання і подальша інвалідність - це проблема не тільки пацієнта, але і його родини, найближчого оточення.

Соціально-педагогічна і психологічна допомога хворому має бути спрямованою на створення такої атмосфери, у якій пацієнт здатний діяти продумано, спрямовувати свої зусилля на досягнення особистої мети - видужування.

Розрізняють реабілітацію інвалідів повну, неповну і часткову. При повній реабілітації працездатність в інвалідів усіх груп інвалідності відновлюється цілком, і вони визнаються МСЕК працездатними в звичайних виробничих умовах. При неповній реабілітації працездатність у всіх інвалідів I і II груп відновлюється до того ступеня, що МСЕК може визнати їх обмежено працездатними в звичайних виробничих умовах.

Розподіл осіб з обмеженнями життєвої і трудової діяльності на три групи інвалідності носить умовний характер і зручно лише для розподілу фінансової допомоги, але не для оцінки якості реабілітаційного процесу. В основі визначення реабілітаційного потенціалу була покладена медична чи лікарська модель [2], у якій пацієнт розглядається як набір анатомічних і фізіологічних систем. Соціальна поведінка і психологічні особливості розглядаються як наслідок змін у фізіологічних і біохімічних процесах організму. Людина розглядається як "пасивний носій хвороби", а діагностика реабілітаційного потенціалу проводиться на основі оцінки анатомічних дефектів і функціональних порушень організму хворого [3]. Такий підхід носить механічний характер, тому що він припускає, що збережене є частина цілого, зменшеного за рахунок ураженого [4].

Медико-соціальну експертизу онкологічних хворих проводять на "основі обліку і правильної оцінки" (5) специфічних факторів, а саме:

1. Особливості захворювання і його плинності;
2. Наслідки перенесеного великого травматичного втручання, а також променевого лікування і хіміотерапії;
3. Соціальні фактори - професійні навички, трудова спрямованість пацієнта, стан його психіки. [5].

Критеріями сприятливого загального стану хворого [5] з відновленням його сил і працездатності служать такі показники:

1. Задовільна загальна вага.
2. Нормальне забарвлення шкіри і слизуватих.
3. Добрий тургор тканин, що відновився, відповідно до віку.
4. Компенсація дефекту ваги (у динаміці).
5. Задовільний апетит.
6. Сприятливі показники крові.
7. Поновлення інтересу до праці, до звичного виду відпочинку.
8. Відсутність стомлюваності при ходьбі і домашній роботі.

Рішення медико-соціальних експертних комісій [6,7] з індивідуальної програми реабілітації й адаптації інваліда носять рекомендаційний характер і не здатні, через свій анатомо-фізіологічний підхід, сформувати повноцінну реабілітацію пацієнта. До того ж реабілітація онкологічних хворих не стала складовою частиною комплексу терапевтичних заходів ставлення до раку як до фатального захворювання часто ототожнюється з нетривалістю життя, а хворого, що страждає злоякісною пухлиною, вважають безперспективним з погляду відбудовної медицини [6].

У той же час дослідники [6, 8] відзначають, що онкологічне захворювання супроводжується для багатьох хворих зміною звичного способу життя, розривом звичних зв'язків, звуженням одних можливостей і виявленням інших. Вихід на пенсію за інвалідністю одночасно з погіршенням стану здоров'я може привести до порушення сформованого стереотипу особистості, який склався. Людина, будучи інвалідом, прагне ухилитися, відокремлюватися від вирішення життєвих питань, і як наслідок цього - перенапруга нервової системи, що приводить не тільки до виникнення супутніх захворювань, але і до пролонгації онкологічної патології.

Утрата працездатності гнітить онкоінваліда, створює у нього відчуття соціальної неповноцінності. Довго не працюючий інвалід зосереджує усю свою увагу на своїй хворобі, переоцінюючи її вагу, зневіряється у власних силах. [6,8].

Мерилова Т.Ю. [9], яка досліджувала групу онкологічних хворих за допомогою психологічних тестів (Айзенка, Тейлор) визначила, що в більшості з них (у 54 хворих з 60) спостерігалися складні депресивні, тривожно-депресивні і фобічні переживання. Надмірно виражені негативні емоції (депресія, тривога, фобії) здатні викликати в онкологічних хворих суїцидальні думки.

Появі депресії сприяє втрата соціального стану, престижу, відчуття безпорадності і спотворювання, безсоння, хронічний болючий синдром, невизначеність перспектив.

У процесі лікування онкологічного захворювання хворого переслідують страждання, страх; його турбують життєві страхи: страх перед хворобою, болем, страх нового, страх змін, страх перед самотністю, страх смерті. Емоційні переживання можуть підсилюватися за рахунок браку любові і розуміння [10].

В онкохворих і онкоінвалідів утрачається пропорційність між силою подразника (незначна неприємність) і інтенсивністю реакцій і афекту (виражений "нервовий" спалах). Вони ранимі, вкрай чутливі до образ. У них виражене занепокоєння з приводу захворювання чи каліцтва. Це занепокоєння супроводжується постійними скаргами на нездужання, болі, неприємні почування в різних частинах тіла. На цьому фоні, особливо при стомленні, трапляються напади гнівних спалахів. В обстановці, де подібні ексцеси можуть зашкодити інваліду чи хворому, він стримується, але під час спілкування з людьми, якоюсь мірою від нього залежними, він якби "розряджається" і накопичене всередині "невдоволення" у вигляді лементу, брутальності "викидає на оточення". Емоційна напруга підсилюється за рахунок негативної інформації, що одержується від хворих, з якими пацієнт знаходиться чи знаходився на стаціонарному лікуванні в поліклініці; це інформація про неефективне лікування, смерть знайомих тощо [8, 11].

Дратівливість і агресивність накопичується додатково за рахунок складних сімейних відносин, невлаштованого побуту, проблем з харчуванням, погані організації медичної і соціальної допомоги, порушення звичайного, прийнятного для пацієнта способу життя [11].

Психіці хворого притаманний взаємопідсилюючий вплив соматичних і психогенних процесів. Онкогенний ендотоксикоз гнітить функції щитовидної залози і тим самим підсилює депресію, а нейтралізація страху підвищує результати анальгезії [10].

Онкологічні хворі й онкоінваліди відзначають не властиву їм раніше швидку стомлюваність, утрату спокою і внутрішньої урівноваженості, труднощі під час роботи, що вимагає зосередженої уваги і посидючості. Втома й одночасне збудження позбавляють їх чіткості і свіжості думки, що необхідно для продуктивної і цілеспрямованої діяльності.

Онкологічні хворі, у яких емоційні порушення менш виражені, краще виживають, якість життя їхнього вище, а його тривалість подовжується [10].

Реабілітація онкологічних хворих стикається з труднощами методологічного порядку, тому що необхідно відображати відновлення здоров'я в динаміці його розвитку й орієнтуватися на поліваріабельність прогнозів, враховуючи не тільки об'єктивні детермінанти, але й величезну роль суб'єктивного фактора. Про реабілітацію варто говорити як про єдину біо-психо-соціальну систему [8,12]. Об'єднання медичної, психологічної і соціальної моделі в системну концепцію реабілітації є принциповою методологічною установкою [8,12].

Стресовий стан, породжуваний онкологічним захворюванням, виявляється нервово-психічною напругою, що суб'єктивно виявляється в тривожності, а об'єктивно - у зміні функціонального рівня діяльності і її якісних показників. І це може привести або до мобілізації сил, або до зниження активності внаслідок перенапруження [12].

Психологічна сторона реабілітації онкологічного хворого припускає активізацію особистісного потенціалу в боротьбі з онкологічним захворюванням, мобілізацію внутрішніх ресурсів хворого для подолання стресової ситуації. Системний підхід дозволяє побачити весь процес реабілітації з позиції інтересів хворого.

Особистість - це складна організація шести систем: гомеостатичної, емоційної, перцептивної, когнітивної, моторної і системи спонукань. Кожна система має певний ступінь автономності чи незалежності, але всі вони співвіднесені між собою. Гомеостатична система є мережею взаємозалежних систем, що діють автоматизовано і несвідомо. Основними серед них є ендокринна і серцево-судинна системи, що, взаємодіючи із системою емоцій, впливають на особистість. Гомеостатичні механізми розглядаються як допоміжні стосовно емоційної системи, деякі регулятори метаболізму, такі, як гормони, важливі для регуляції і для виникнення реакції збоку серцево-судинної системи [13].

Система спонукань заснована на тканинних змінах і забезпечує інформацію про потреби тіла. Спонування важливі як основа для виживання, але за звичайних обставин спонування психологічно значущі лише тією мірою, якою вони впливають на емоції [13].

Таким чином, ми прийшли до висновку про необхідність мотивації в процесі відновлення здоров'я в онкологічних хворих, формування в пацієнта позитивних емоцій. Це складний процес, тому що він пов'язаний із соціальним, інтелектуальним і духовним факторами.

Реабілітація має на увазі активний вплив на особистість хворого шляхом організації відповідного способу життя, відновлення втраченої чи ослабленої власної соціальної значущості індивіда. Збереження соціального статусу хворого, повернення його до активного життя неможливе без відтворення його соціально-психологічної цілісності.

У процесі проведення реабілітації слід у першу чергу виділити мету, яку ми ставимо перед собою, визначити, який кінцевий результат може задовольнити потреби пацієнта і суспільства в цілому.

Процес мотивації є основним у реабілітаційній програмі. Лікаря чи соціальному службовцю, що працює у сфері охорони здоров'я, приходиться спонукати пацієнтів до виконання певних дій, формувати і приводити спрямованість їхніх спонукань у відповідність до задач реабілітації, орієнтувати їх і підтримувати їхню енергетику і наполегливість, допомагати їм переборювати страх, апатію і втому. Рішення мотиваційних задач є процес тривалий, тому що система мотивів певної людини існує за власними законами і не завжди зрозумілими і не завжди доступними з боку іншої особи. Для формування зорієнтованої на видужання мотивації пацієнт повинний одержати переконливі повідомлення, що спрямовані на його певні інтереси.

Особливе місце на етапі адаптації реабілітаційного процесу займають взаємовідносини пацієнта та його родини. Від атмосфери в родині, підтримки, яку вона створює хворому, від уваги до його нестатків, реальної оцінки його фізичних можливостей залежить психо-емоційний і соціальний настрій, життєва позиція пацієнта.

На етапах мотивації й адаптації реабілітації онкологічних хворих [8] істотну роль починає грати духовність, без якої неможливо сформувати ефективний підхід в активації соціальної значущості пацієнта.

Ситуація ж, коли розум відірваний від духовності - ознака кризи особистості, і коли розчарованість, нігілістичні настрої, цинізм приймають домінуючий характер, то це - не тільки криза для людини, але і для суспільства.

До духовності людина може прийти через духовні страждання, помилки і нереалізовані можливості. Онкологічний діагноз є для людини тією межею за якою починається переосмислення життя. В екстремальній ситуації поведінка визначається невідомістю, страхом безвихідності. Коли людина знає, що конкретно вона буде робити, у яких умовах буде існувати, і що будуть робити стосовно неї - тоді вона спокійна.

Духовність не тільки дозволяє сформувавши мету життя, але й допомагає людині визначити життєві цінності.

Інтелект, розум, свідомість є індивідуалізованою властивістю людини, за допомогою якої вона визначає той чи інший варіант поведінки в суспільстві, усвідомлює себе як індивід. За допомогою інтелекту людина може об'єктивно оцінити ту чи іншу ситуацію і вибрати модель поведінки у відповідності до своїх інтересів.

Свідомість тісно пов'язана з несвідомим, в основі якого лежать природні інстинкти і потяги людини. Хочє людина того чи ні, але свідомість, насамперед, прагне задовольнити вимоги несвідомого, тобто свої власні інтереси, потреби, керуючись принципом "людина людині - вовк".

Духовність як вимога культури протистоїть цьому прагненню людини і закликає чи навіть примушує його дотримуватися необхідних для існування людського співтовариства правил.

Духовність являє собою деяке зведення моральних норм, які продиктовані культурою, усвідомлені й прийняті людиною як регулятори поведінки.

Духовність - цілісна сукупність ідей, почуттів добра і любові, високості і прекрасного, совісті і милосердя, спраги знань і збереження миру з іншими людьми і природою.

Компонентами духовності є:

- 1) мораль і етика, які фіксуються в моральних категоріях добра і любові;
- 2) совість, почуття сорому, розуміння моральної відповідальності за свою поведінку перед самим собою й оточуючими людьми;
- 3) милосердя, жаль, співпереживання, жалість;
- 4) поняття і почуття прекрасного;
- 5) інтелект, розум, знання.

Таким чином, духовність являє собою один з найважливіших соціальних регуляторів. Разом з моральністю духовність регламентує всі аспекти існування суспільства і поведінки людини.

При наявності мотивації в пацієнта на етапі активації відбувається орієнтація особистості на позитивний результат у відновлювальному лікуванні, дає можливість змоделювати можливе майбутнє. Факторами, здатними викликати в пацієнта позитивні емоції на формування соціально-значущої позиції, є рух, ритм, звук, колір, запах, інформація, новизна [8].

Фактори активації можуть виявлятися самостійно чи в сполученні з іншими, створюючи певні комбінації. Мистецтво, культура, моральне виховання, освіта, творчість, творча праця здатні не тільки сформувати в пацієнта мотивоване ставлення до відновлення свого здоров'я, але і "залатати" дефекти виховання. Методи активації (музика, танці, святкування, лікувальна гімнастика, ігри, праця) відкривають додаткові можливості в особистості і забезпечують їй позитивну роль у суспільстві і родині.

Творчість, духовність лежать в основі ефективної реабілітації онкологічного хворого, відновлюючи не тільки його здоров'я, але і забезпечуючи їй еволюційний шлях розвитку. Попередження подальшого розвитку пухлинного процесу - важка для досягнення ціль, як для хворого, так і для лікарів, соціальних працівників. Але саме творчий і духовний аспекти дозволяють спростити мету, якби розбивши її на кілька фрагментів. Потім, у міру реалізації, мета деталізується залежно від духовної і творчої зрілості особистості.

Динаміка духовної і творчої зрілості дозволяє в будь-якому віці, у будь-якій ситуації на етапі реабілітації одержати результати і даний період життя людини перетворити в період розквіту його особистісних можливостей.

Досвід роботи й організації першого реабілітаційного комплексу для онкологічних хворих та інвалідів довів, що реабілітаційний центр здатний являти собою науково-соціальну організацію і самостійно вирішувати соціальні завдання з відбудовного лікування і розвитку особистості.

У науково-виробничому медико-соціальному об'єднанні "Аргус", першому в Україні реабілітаційному центрі, проходили медичну, соціальну і трудову реабілітацію онкологічні хворі й інваліди. Співробітники реабілітаційного центру разом з онкологічними хворими й інвалідами займалися вирішенням таких питань:

1. Організація праці інвалідів. Виробництво товарів народного споживання і предметів прикладного мистецтва. Торгівля. Зовнішньоекономічна діяльність. Організація послуг населення: ремонт квартир, побутової техніки.
2. Медична реабілітація онкологічних хворих.
3. Прогнозування раннього метастазування пухлин. Профілактика метастазування пухлин. Визначення груп ризику.
4. Догляд за важкими й умираючими онкологічними хворими.
5. Психологічна реабілітація онкологічних хворих.
6. Науково-дослідна робота як один з варіантів творчої реабілітації: створення устаткування для діагностики і лікування пухлин, а також розробка і впровадження нетрадиційних приводів, систем контролю і регулювання технологічних процесів.

У науково-дослідній лабораторії НІМСО "Аргус" були зроблені винаходи (SU №1726844 A1; SU №1816057 A1; SU №1816058 A1; SU №1799686 A1; SU №1818919 A1).

7. Підготовка і навчання соціальних працівників, у тому числі і серед осіб, які перенесли радикальне лікування з приводу онкологічного захворювання, для роботи з онкологічними хворими.
8. Соціальна реабілітація онкологічних хворих. Створення клубу для осіб, які перенесли радикальне лікування або проходять комплексне лікування з приводу онкологічних захворювань. Формування з числа активістів клубу волонтерських груп для надання підтримки і допомоги онкологічним хворим. Організація соціальної допомоги онкологічним хворим та інвалідам.

Фінансування медичних і соціальних програм велося за рахунок прибутку реабілітаційного центру, одержуваного від господарської діяльності.

Досвід роботи показав, що при створенні ефективної індивідуальної програми реабілітації онкологічного хворого слід не тільки враховувати характер поширення пухлинного процесу, обсяг і якість проведеного лікування, об'єктивні показники стану організму пацієнта, але й на основі соціально-психологічних даних формувати еволюційну мотиваційну мету. Пацієнту необхідно допомогти визначити стратегію свого розвитку - конструктивну, пов'язану з відновленням тілесного здоров'я і розвитком психологічного здоров'я, з прагненням до гуманістичних цілей, формуванням духовної культури. Страх смерті, заперечення своїх можливостей, психологічна спустошеність, фізичне безсилля сприяють формуванню деструктивних процесів, що приводять до відкинутості, конфліктності, деградації особистості і - як наслідок - до його самознищення.

Критеріями ефективності реабілітації онкологічного хворого, виходячи з досвіду роботи, можуть служити такі якісні рівні розвитку особистості:

1. Генетичний.
2. Фізичний чи тілесний.
3. Особистісний.
4. Міжособистісний.
5. Професійний.
6. Творчий.
7. Духовний.

Оцінка, динаміка розвитку чи стійкість кожного рівня дозволить змінити роль пацієнта в реабілітаційному процесі. Його пасивна роль у чеканні ефекту від проведених лікувальних заходів сприяє нейтралізації зусиль, що додають медики для одержання позитивного результату. Реабілітаційний процес вимагає активної участі двох сторін: з одного боку, це професіоналізм і творчість медичних і соціальних працівників, з іншого боку - духовний, творчий, психологічний потенціал пацієнта.

Духовний рівень реабілітаційного процесу є основним, тому що він здатний коректувати показники інших рівнів. Духовний розвиток дозволяє людині оцінити своє місце в житті, відчути взаємозв'язок між минулим і майбутнім, критично підійти до старих та нових ідей, сформувати дії в новій, невідомій ситуації [14, 15].

Коли ж людина йде шляхом деструктивного розвитку, порушуючи динаміку реабілітаційного процесу, їй необхідна психологічна підтримка з метою психокорекції; остання ж спрямована на розкриття додаткових резервів пацієнта.

Однак у процесі реабілітації онкологічного хворого потрібно пам'ятати про те, що пухлинна хвороба - це протиборство двох організмів, пухлинної клітини та організму людини-хазяїна. Помилки, що допускаються з боку людини, пухлинна клітина не прощає.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Шалимов С.А. Эпидемиологические аспекты рака в Украине. - В кн.Онкология 2000. Тезисы II съезда онкологов СНГ, Украина, Киев, 23-26 мая 2000.- Экспериментальная онкология, т.22. Приложение,2000.
2. Лойко В.В. Медсестринський процес. - Київ, "Плеяда", 2001. - 380 с.
3. Мартыненко А.В. Медико-социальная работа в России: основные положения концепции// МСЭ и реабилитация, №2, 1998. - С.9-12.
4. Осадчих А.И. Теоретические предпосылки и содержания реабилитационно-экспертной диагностики// МСЭ и реабилитация, №3, 1998. - С.5-7.
5. Принципы и организация врачебно-трудовой экспертизы онкологических больных. Методические рекомендации. - Л.1966, - 53с.
6. Герасименко В.Н. Принципы реабилитации онкологических больных. - Автореф.на соискание ученой степени доктора мед.наук. - М., 1976.
7. Абдурасулов Д.М. Основные принципы лечения, прогнозирования и реабилитации больных с первично множественными опухолями. - Ташкент.:Медицина,1982. -336с.
8. Мисяк С.А. Практическое пособие по медицинской, социальной и трудовой реабилитации онкологических больных и инвалидов. - Херсон, Айлант, 1998. - 184с.
9. Мерилова Т.Ю. Суицидальный риск онкологических больных.- В кн.Онкология 2000. Тезисы II съезда онкологов СНГ, Украина, Киев, 23-26 мая 2000.- Экспериментальная онкология, т.22. Приложение,2000. - 1342.
10. Барановский И.И.,Зайдинер Б.М., Коржов В.И. Психический статус и выживаемость в паллиативной онкологии. - В кн.Онкология 2000. Тезисы II съезда онкологов СНГ, Украина, Киев, 23-26 мая 2000.- Экспериментальная онкология, т.22. Приложение,2000. - 1324.
11. Березкин Д.П. и др. К вопросу о психо-социальной реабилитации онкологических больных, выписанных из стационара. - В кн. Совершенствование методов реабилитации онкологических больных.Тезисы всесоюзного симпозиума. - Л., Б.и., 1978.- с.15-16.
12. Узунова В.Г. Методологические проблемы концепции реабилитации.- В кн. Совершенствование методов реабилитации онкологических больных.Тезисы всесоюзного симпозиума. - Л., Б.и., 1978.- с.86- 88.
13. Данилова Н.Н., Крылова А.Л. Физиология высшей нервной деятельности: Учебник. М.: Учебная литература, 1997. 432 с.
14. Крiмський С.Б. Контури духовности: новые контексты идентификации // Вопросы философии, 1992, №12. с.21-29.
15. Франкл В. Человек в поисках смысла / Под ред. Л.Я.Гозмона и Д.А.Леонтьева. М.: Прогресс, 1990. - 368с.