

УДК 159.9.072: 614.0.06

https://doi.org/10.33619/2414-2948/91/35

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ПАЦИЕНТОВ В ПЕРИОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

©Цыбов Н. Н., ORCID: 0000-0003-3196-0496, SPIN-код: 7787-2869, канд. техн. наук,
Кыргызский государственный технический университет им. И. Раззакова,
г. Бишкек, Кыргызстан, nikolay_research@mail.ru

©Саткеева А. Ж., ORCID: 0009-0008-3179-5105, канд. мед. наук, Национальный
хирургический центр им. М.М. Мамакеева, г. Бишкек, Кыргызстан, aytubu.satkeeva@bk.ru

FEATURES OF PSYCHOLOGICAL SUPPORT AND PREVENTION OF PATIENTS IN THE PERI-OPERATIVE PERIOD

©Tsybov N., ORCID: 0000-0003-3196-0496, SPIN-code: 7787-2869, Ph.D., Kyrgyz State Technical
University named after I. Razzakov, Bishkek, Kyrgyzstan, nikolay_research@mail.ru

©Satkeeva A., ORCID: 0009-0008-3179-5105, M.D., Mamakeev National Surgical Center,
Bishkek, Kyrgyzstan, aytubu.satkeeva@bk.ru

Аннотация. Актуальной задачей в Кыргызстане является организация психологической поддержки пациентов в периоперационный период. Повышенная тревожность в ожидании операции часто приводит к ряду негативных психосоматических проявлений. Подавленность психоэмоционального состояния, фобии и чувство неопределенности в ряде случаев приводят к невротическими расстройствам, которые увеличивают риск возникновения клинических проявлений и признаков существующей патологии. Отсутствие должной психологической поддержки приводит к возникновению информационного голода в ситуации неопределенности, при которой человек остается с болезнью один на один, и опасения пациента перерастают в состояния страха и ужаса в ожидании операции или лечения трудноизлечимой патологии. Методологической основой исследований были методы тестирования и целевой метод контролируемых клинических исследований, проведенных на базе Национального хирургического центра им. М. М. Мамакеева и клиники кафедры пропедевтической хирургии Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева. В статье освещены особенности организации психологической поддержки пациентов в периоперационный период. В работе представлены особенности организации психологической поддержки пациентов пожилого возраста, детей, пациентов со спинномозговыми травмами. Особое внимание в статье уделяется помощи в переосознании и выборе основных жизненных ценностей и смысложизненных ориентаций а также отказу от ряда негативных жизненных установок и эгомотивов.

Abstract. An urgent task in Kyrgyzstan is the organization of psychological support for patients during the perioperative period. Increased anxiety in anticipation of surgery often leads to a number of negative psychosomatic manifestations. Depression of the psychoemotional state, phobias and a sense of uncertainty in some cases lead to neurotic disorders that increase the risk of clinical manifestations and signs of existing pathology. The lack of proper psychological support leads to the emergence of information hunger in a situation of uncertainty, in which a person is left alone with the disease, and the patient's fears develop into states of fear and horror in anticipation of surgery or treatment of a difficult-to-treat pathology. The methodological basis of the research was the testing methods and the target method of controlled clinical trials conducted on the basis of

the National Surgical Center named after M. M. Mamakeev and the clinic of the Department of Propaedeutic Surgery of the Kyrgyz State Medical Academy named after I. K. Akhunbaev. The article highlights the features of the organization of psychological support for patients in the perioperative period. The paper presents the features of the organization of psychological support for elderly patients, children, patients with spinal injuries. Special attention is paid in the article to the help in rethinking and choosing the basic life values and life orientations, as well as the rejection of a number of negative life attitudes and egomotives.

Ключевые слова: психологическая подготовка, предоперационная подготовка, тревожность, эмоциональная напряженность.

Keywords: psychological preparation, preoperative preparation, anxiety, emotional tension.

Нерешенной проблемой в Кыргызстане является проведение психологической подготовки пациентов в периоперационный период и пациентов неоперационного профиля с тяжелой патологией. Трудноизлечимая болезнь, сложная хирургическая операция, несоответствующая доходам пациента стоимость лечения приводит человека к духовному кризису и потери контроля за своим психоэмоциональным состоянием. Эмоциональные состояния духовного кризиса, страха и неопределенности в большинстве случаев сопровождаются невротическими и тревожно-фобическими расстройствами, что в свою очередь провоцирует увеличение клинических проявлений и признаков существующей патологии. Результатом проявления таких психоэмоциональных расстройств являются депрессивное состояние, резко снижающее эффективность процесса лечения.

Депрессивные состояния не всегда сразу распознаются, особенно у мужчин, считающих, что сообщать врачу о своих сложностях — это признак слабости. Эмоциональными проявлениями депрессивных состояний могут быть: угнетенность, подавленность, повышенная раздражительность, потеря или прибавка в весе, бессонница, тревога, печаль, чувство постоянной усталости, излишнее беспокойство о своем здоровье. В таких ситуациях психологическая помощь пациенту также важна, как и основное лечение.

Материал и методы исследования

При исследованиях применялся метод тестирования, целевой метод контролируемых клинических исследований.

Исследования проводились на базе Национального хирургического центра им. М. М. Мамакеева и клиники кафедры пропедевтической хирургии Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева.

Особенности механизмов психологической защиты пациентов в предоперационный период

Периоперационный период для большинства пациентов характеризуется повышением уровня тревожности и депрессии, а также активизацией различных механизмов психологической защиты. Наличие таких защитных механизмов взаимосвязано с выбором жизненных ценностей пациентом, его смысло-жизненной ориентацией, его личностными качествами и основными жизненными установками.

Наиболее часто проявляемыми при этом являются механизмы «отрицания», «вытеснения», «регрессии», «перенесенной агрессии», «реактивных образований».

Проявление механизмов психологической защиты связано с желанием пациента избавиться от травмирующей тревожности, переживаний и напряженности.

Механизмы психологической защиты «отрицания» выражаются в игнорировании очевидных фактов и встречаются в случаях, когда пациент отказывается признавать наличия у себя тяжелой патологии, угрожающей его жизни. В этой ситуации человек говорит себе: — «не может быть!», он убеждает себя, что такое если и случается, то только не с ним.

«Вытеснение» является механизмом психологической защиты, при которой у пациента вытесняются неприятные переживания, причиняющие психологический дискомфорт, из области сознания в область бессознательного. При вытеснении пациент реально не помнит вытесненную негативную для него информацию. Процесс вытеснения неприятных переживаний может привести к ряду немотивированных поступков пациента.

Механизмы регрессии характеризуются желанием упростить и сделать понятной ситуацию, приспособиться к травмирующей ситуации за счет неосознанного «ухода в детство», при котором пациент возвращается к привычным с детства практикам поведения. В его памяти остались воспоминания на бессознательном уровне, что выбранная форма поведения обеспечит ему поддержку и безопасность. Результатом регрессии является перекладывание ответственности за все происходящее на других, что весьма осложняет лечебный процесс. Механизм «перенесенной агрессии» является часто причинами многих психосоматических заболеваний. Такого рода психологическая защита характерна для интернальных и робких личностей, считающих себя причиной происходящего с ним и подверженных депрессивным состояниям. Механизм «перенесенной агрессии» характеризуется аутоагрессией, перенесением агрессии на себя, на свое тело, на свои внутренние органы. Механизм «реактивного образования» заключается в защите сознания от запретных импульсов, в замене негативного чувства на позитивное, либо наоборот. При этом происходит вытеснение первоначальных чувств. Результатом такой психологической защиты является устранение из сознания неприемлемых эмоций, связанных с беспокойством при помощи преувеличения прямо противоположных эмоций. При этом поведение человека изменяется на противоположное и является амбивалентным.

Особенности психологической подготовки к операции

Предстоящая операция для большинства пациентов является одним из наиболее важных событий всей его жизни. И в ожидании операции человек не волноваться не может. Стрессовое состояние, страх и высокая предоперационная тревожность способствует активизации патофизиологической реакции организма [1].

Ощущения тревожности и информационного голода в ситуации, при которой человек остается с болезнью один на один, перерастают в состояния страха и ужаса в ожидании операции или лечения трудноизлечимой патологии. Общеизвестно, что бывают случаи операционного вмешательства с летальным исходом. И вполне естественно, что любой человек боится операции. В этой ситуации пациенту необходима психологическая поддержка. В ряде случаев причиной страха является не сама опасность операции, а неопределенность человека в ожидании операции. Задачей врача и хирурга «заразить» больного определенным оптимизмом и убедить пациента в благоприятном исходе. В целях составления плана психологического взаимодействия с пациентом в предоперационный период проводится диагностика психоэмоционального состояния и базовых личностных качеств больного.

Основным этапом беседы врача с пациентом заключается в доступной аргументации

необходимости операции и получение добровольного осознанного согласия больного на операцию. Далее необходимо предоставить пациенту доступную для понимания необходимую информацию об самой операции и лечении в послеоперационный период. В ином случае пациент все равно будет прилагать усилия в получении информации — спрашивать друзей, знакомых, собирать информацию в интернете. И в ряде случаев полученная таким способом информация не будет достоверной и введет в заблуждение пациента. Врачу целесообразно предоставить пациенту краткую информацию, только основные моменты операции. Мелкие детали и подробности пациент все равно не поймет и излишняя информация только усилит его волнение. Если позволяет состояние пациента, перед операцией, с целью сжигания вырабатываемого от страха адреналина, пациенту предлагается легкая физическая нагрузка в виде гимнастики или прогулки. Эффективным методом приобретения психоэмоционального равновесия является медитация или дыхательные техники. В ряде случаев используются психологические позитивные аффирмации. Обретению позитивного психоэмоционального состояния перед операцией значительно способствует поддержка близких родственников (кроме случаев негативных с ними взаимоотношений).

Беседы с родственниками проводят с согласия пациента ввиду того, что отношения пациента с родственниками могут быть сложными и не всегда гармоничными. При этом родственникам сообщается та же информация, что и пациенту. Сообщать родственникам информацию, которая скрывается о пациента не целесообразно. Лучшим вариантом информацию об операции и послеоперационном периоде предоставлять пациенту в присутствии родственников. В целях увеличения шансов на благоприятный исход операции большое значение имеет поддержка авторитета хирурга и лечащего врача. В случае, если пациент является верующим человеком, то в первую очередь он нуждается в духовной поддержке.

Немаловажное значение имеет не допустить возникновения чувства утери контроля над телом и психологическим состоянием. При этом обретению контроля могут помочь восстановление контроля за некоторыми привычными для пациента бытовыми мелочами. Таковыми могут быть личные предметы и вещи из его дома, информация о том, что его обязанности по работе, по дому, уходу за детьми выполняю близкие для него люди, которым он доверяет, информация о предстоящих лечебных процедурах. Все это способствует уменьшению тревожности пациента.

Психологическая подготовка в послеоперационный период предполагает комплекс методов, повышающих мотивацию к выздоровлению и уменьшающих страха и негативных переживаний. Кроме групповых необходимо проводить индивидуальные психокорректирующие мероприятия по результатам психодиагностики каждого пациента. Программа психологической реабилитации составляется для каждого пациента индивидуально. При этом могут использоваться следующие методы: рационально направленная групповая беседа; аутогенная тренировка; личностно-ориентированная психотерапия; послеоперационная беседа; арттерапия; медитации; рационально эмотивной терапии Альберта Элиса; гештальт терапии Фрица Перзла; метод ключа Х. М. Алиева; метод ведомого рисования Дюркхайма-Буякуса; метод «сингармонической терапии А. В. Крутикова [2–4].

Весьма важным моментом психологической поддержки является помощь в переосознании и выборе основных жизненных ценностей и смысложизненных ориентаций а также отказ отряда негативных жизненных установок и эгомотивов. Предоперационная

подготовка пациентов пожилого возраста требует особого подхода. Операции для людей пожилого возраста всегда связаны с повышенным риском. Это обусловлено множеством сопутствующих заболеваний, кроме основного, а также частых противопоказаниям к приему многих препаратов. Характерным для этой категории пациентов является повышенная ранимость и обидчивость и неустойчивость психоэмоционального состояния. Все эти проявления требуют особого внимания, терпения и доброты медперсонала. В предоперационный и послеоперационный периоды при организации мер психологической поддержки пациентов неоценимой может быть помощь медсестер. Хирург и лечащий врач не имеют возможности длительное время находиться в присутствии пациента. Наибольшее время пациент контактирует с медицинской сестрой. Опыт кафедры пропедевтики внутренних болезней, семей Казахстана и сестринского факультета Литовского университета наук в здравоохранении показал эффективность применения специальных программ сестринского ухода [5]

Пациенту с тяжелой патологией или в предоперационный период необходимо постоянное психологическое сопровождение. В этой ситуации обученная медсестра просто незаменима. Для этих целей необходимо, чтобы программа обучения на курсах повышения квалификации медсестер включала в себя программу обучения по психологическому сопровождению хирургических пациентов и пациентов нехирургического профиля.

Особенности предоперационной подготовки детей

Психологическая подготовка ребенка к операции включает в себя как психологическую подготовку самого ребенка, так и подготовку родителей. Психологическая помощь детям не может быть эффективной без активного участия в этом родителей. Родители больше всех информированы о тонкостях характера своего ребенка и могут совместно с лечащим врачом или хирургом оказать позитивное психокорректирующее воздействие. До беседы с ребенком о предстоящей операции родителям необходимо получить у врачей подробную информацию о самой операции, об особенностях послеоперационного лечения. Необходимо убедить ребенка, что родители всегда будут с ним рядом и он будет в безопасности. В периоперационный период до и после операции необходимо быть максимальное время рядом с ребенком и по возможности поддерживать с ним телесный контакт. Маленькие дети очень чувствительны и всегда улавливают беспокойство родителей. Поэтому необходимо самим родителям сохранять душевное равновесие и позитивный настрой. Базальный уровень тревожности родителей напрямую влияет на тревожность и предоперационное поведение ребенка [6, 7]. Поэтому в предоперационный период необходима диагностика уровня тревожности как ребенка, так и его родителей. Методом, снижающим стрессовое состояние ребенка, является опыт дальнего зарубежья, при котором прошедшие психологическую подготовку родители присутствуют во время индукции в анестезию [6–8].

В случаях недостаточной эффективности дооперационной психологической подготовки ребенка целесообразно применение медикаментозной премедикации. Седативные препараты в премедикации применяются в основном при высоком уровне тревожности детей возраста до 2–3 лет. При повторных хирургических вмешательствах ребенок уже имеет опыт взаимоотношений с медперсоналом и в случае если этот опыт был негативным, то в этом случае необходима особая психологическая подготовка и родителей и ребенка. Если ребенку не более 3 лет, разговаривать с ним о предстоящем лечении целесообразно за день до поездки в больницу, так как ассоциация прошлого и будущего дети этого возраста воспринимают неадекватно. При этом ребенку необходимо доступно объяснить, что такое больница и как

там помогают детям выздоравливать. Необходимо позволить ребенку самому выбрать и взять с собой в больницу необходимые вещи, игрушки и книжки. Родителям не стоит беспокоиться и делать замечания ребенку, если он капризничает или плачет. Открытое выражение ребенком своих чувств — это нормально для детей. Способность поддержания контроля за своим эмоциональным поведением даже для взрослых не всегда посильная задача. Детям свойственно сопротивляться и отказываться от лечебных процедур, причиняющих им боль. В таких ситуациях родителям необходимо проявлять большое терпение и добродушие. Не стоит при этом ругать ребенка и делать ему замечания. Надо терпеливо убедить ребенка, что эти процедуры для него полезны, ускорят лечение и его быстрее выпишут из больницы. При проявлении тревожности и страха в новой для ребенка ситуации очень и очень важным является внутреннее спокойное и уверенное эмоциональное состояние родителей, находящихся рядом с ребенком. Спокойный голос, внутреннее душевное состояние, наполненное добротой и заботой, телесный контакт наилучшим способом успокаивают ребенка. Если ребенку 4–7 лет разговаривать с ним о предстоящем лечении целесообразно за несколько дней до поездки в больницу, так как дети этого возраста уже пытаются анализировать полученную информацию и для этого им необходимо какое-то время. В этом случае ребенку также надо предоставить краткую информацию о предстоящем лечении. В этом возрасте дети уже достаточно разумны и их не стоит обманывать в том, что при лечении будет не больно. Детям младшего возраста свойственно фантазировать. Фантазии ребенка, как правило, сильно преувеличивают опасность лечения и в этом случае ребенку необходимо предоставить доступную его пониманию информацию о предстоящем лечении или операции. В случае необходимости хирургического вмешательства при беседе с ребенком необходимо избегать таких выражений как хирург что-то разрежет или отрежет. Такие термины целесообразно заменить на такие слова как вылечит то место, которое болеет.

Детей младшего школьного возраста уже начинает волновать как они будут выглядеть после операции. В целях улучшения контроля за ситуацией необходимо поощрять ребенка при попытках самостоятельного выбора вида своих действий, таких как выбор книг, игрушек, питания. Необходимо терпеливо ребенка информировать обо всех предстоящих лечебных процедурах. Эффективной поддержкой позитивного эмоционального состояния ребенка является налаженная телефонная связь с близкими друзьями ребенка.

Для детей подросткового возраста их внешний вид после операции и возможность совместного времяпровождения имеет первостепенное значение. Детям подросткового возраста необходима более полная информация о его болезни и методах лечения. Эффективность лечения и успешность проведения операции значительно увеличивается, если подросток осознанно является полноценным участником процесса лечения. Значимой психологической травмой подростка является ограничение его свободы и независимости при операции. Чрезмерная забота и нарушение личного пространства подростка может негативно повлиять на лечение. В этой ситуации необходимо тонко чувствовать, когда подростку нужна помощь, а когда у него есть большая потребность побыть в одиночестве.

Амбулаторная хирургия характеризуется несложными операциями без последующего нахождения ребенка в стационаре. В условиях амбулаторной хирургии, как правило, очень мало времени для адаптации ребенка к больничным условиям. Несмотря на незначительность хирургических вмешательств при амбулаторной хирургии, дети испытывают страх и тревогу, последствия которого продолжаются в некоторых случаях до шести месяцев после операции [6, 9, 10].

Негативные последствия выразились в виде агрессивного поведения, тревоги, апатии,

нарушении речи, в страхе перед любым медперсоналом [2]. Поэтому при лечении в условиях амбулаторной хирургии необходима специальная программа психологической подготовки до операции и после операции в восстановительный период. При этом необходима психологическая подготовка как самого ребенка, так и родителей.

Особенности психологической поддержки в послеоперационный период пациентов со спинномозговыми травмами

Спинномозговая травма, ведущая к ограничению двигательных функций и зависимости от постоянной помощи родных и близких, ставит человека перед ситуацией, в которой ему предстоит пересмотреть приоритет жизненных ценностей и в целом смысложизненную ориентацию. В условиях нахождения на стационарном лечении в послеоперационный период функции психологической поддержки возлагаются на родственников и персонал реабилитационного коллектива. Основными задачами сотрудников реабилитации являются: поддержка мотивации к восстановлению и надежды на благополучный исход. При этом пациенту необходимо предоставить подробную информацию о целях и методах реабилитации, его будущих возможностях, жизненных перспективах и о его потенциальных возможностях [11, 12].

В процессе психологической подготовки сотрудников реабилитации особое внимание уделяется наработкой им таких позитивных качеств как гуманизм, коммуникативность, добродушие, сострадание, эмпатия, способность к невербальному вниманию, оптимистическое отношение к будущему пациента, способность сориентироваться на жизненные цели пациента, способность индивидуального подхода [13].

При спинномозговых травмах в психологической поддержке нуждаются не только сами пациенты, но и их близкие родственники, которые ухаживают за ними. Адекватное психологическое состояние близких родственников пациента со спинномозговой травмой является основой восстановления здоровья пациента. Родственники, ухаживающие за больным, вынуждены преодолевать личностные трудности при решении своих собственных проблем и долгом перед получившим тяжелую травму родственником. В сложившейся ситуации без психологической поддержки родственника очень и очень сложно противостоять депрессивным состояниям. Поэтому в таких случаях, начиная с дооперационного периода, необходима психодиагностика, как пациента, так и родственников, которые будут ухаживать за пациентами, получившим спинномозговую травму.

Программа психологической поддержки должна включать не только методы обретения адекватного психоэмоционального состояния родственников и самого пациента, получившего спинномозговую травму, но и обучение ухаживающих родственников методам управления негативными эмоциями, особенностям ухода, методам диагностики и лечения в домашних условиях, методам коммуникации с группами социальной поддержки.

Заключение

1. Отсутствие должной психологической поддержки в ситуации неопределенности приводит к невротическими расстройствам, которые увеличивают риск возникновения клинических проявлений и признаков существующей патологии.

2. Отсутствие должной психологической поддержки пациентов в период ожидания операции приводит к депрессивным состояниям, что в свою очередь резко снижают возможности иммунной системы пациента.

3. Программа психологической помощи должна включать работу по нормализации психоэмоционального состояния не только пациента, но и его ближайших родственников.

4. Одним из основных компонентов психологической поддержки должны быть поддержка мотивации к восстановлению и надежды на благополучный исход.

5. При организации психологической помощи в периоперационный период, в особенности для пациентов с тяжелой патологией, необходима помощь психологически подготовленной медсестры.

Список литературы:

1. Исаков А. В., Степаненко С. М., Фридлянд М. И. Предоперационная психологическая подготовка ребенка в амбулаторной хирургии // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2013. Т. 3. № 2. С. 106-111.

2. Эллис А., Драйден У. Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии. СПб.: Речь, 2009.

3. Буякас Т. М. Метод "Ведомое рисование": исцеляющие возможности // Вопросы психологии. 2018. №2. С. 141-152.

4. Крутиков А. В. Персональный психолог. Сингармонический психотренинг. Бишкек: 2012. 244 с.

5. Даутов Д. Х., Нугурбекова А. К., Блажявичене А. Влияние сестринского ухода на качество жизни больных хронической сердечной недостаточностью // Наука и здравоохранение. 2017. №3. С. 74-83.

6. Kain Z. N., Caldwell-Andrews A. A. Preoperative psychological preparation of the child for surgery: an update // Anesthesiology Clinics of North America. 2005. V. 23. №4. P. 597-614. <https://doi.org/10.1016/j.atc.2005.07.003>

7. Kain Z. N., Mayes L. C., Hofstadter M. B. Social adaptability and other personality characteristics as predictors for children's reactions to surgery // Anesthesiology. 1999. V. 91. №3 A. P. U500-U500.

8. Kain Z. N., Caldwell-Andrews A. A., Mayes L. C., Wang S. M., Krivutza D. M., LoDolce M. E. Parental presence during induction of anesthesia: physiological effects on parents // The Journal of the American Society of Anesthesiologists. 2003. V. 98. №1. P. 58-64. <https://doi.org/10.1097/00000542-200301000-00013>

9. Kain Z. N. Postoperative maladaptive behavioral changes in children: incidence, risks factors and interventions // Acta Anaesthesiologica Belgica. 2000. V. 51. №4. P. 217-226.

10. Kain Z. N., Mayes L. C., O'Connor T. Z., Cicchetti D. V. Preoperative anxiety in children: predictors and outcomes // Archives of pediatrics & adolescent medicine. 1996. V. 150. №12. P. 1238-1245. <https://doi.org/10.1001/archpedi.1996.02170370016002>

11. Булюбаш И. Д. Реабилитационный персонал и пациенты с последствиями спинномозговой травмы: оценка состояния, проблемы отношений, стратегии и навыки психологической поддержки (обзор литературы) // Трудный пациент. 2013. Т. 11. № 6. С. 33-40.

12. Булюбаш И. Д., Морозов И. Н., Приходько М. С. Психологическая реабилитация пациентов с последствиями спинальной травмы. Самара, 2011. С. 152–158.

13. Clark N. M., Gong M., Schork M. A., Evans D., Roloff D., Hurwitz M., Mellins R. B. Impact of education for physicians on patient outcomes // Pediatrics. 1998. V. 101. №5. P. 831-836. <https://doi.org/10.1542/peds.101.5.831>

References:

1. Isakov, A. V., Stepanenko, S. M., & Fridlyand, M. I. (2013). Predoperatsionnaya psikhologicheskaya podgotovka rebenka v ambulatornoi khirurgii. *Rossiiskii vestnik detskoi*

khirurgii, anesteziologii i reanimatologii, 3(2), 106-111. (in Russian).

2. Ellis, A., & Draidon, U. (2009). *Praktika ratsional'no-emotsional'noi povedencheskoi terapii*. St. Petersburg. (in Russian).

3. Buyakas, T. M. (2018). Metod "Vedomoe risovanie": istselyayushchie vozmozhnosti. *Voprosy psikhologii*, (2), 141-152. (in Russian).

4. Krutikov, A. V. (2012). *Personal'nyi psikholog. Singarmonicheskii psikhotrening*. Bishkek. (in Russian).

5. Dautov, D. Kh., Nugurbekova, A. K., & Blazhyavichene, A. (2017). Vliyanie sestrinskogo ukhoda na kachestvo zhizni bol'nykh khronicheskoi serdechnoi nedostatochnost'yu. *Nauka i zdravookhranenie*, (3), 74-83. (in Russian).

6. Kain, Z. N., & Caldwell-Andrews, A. A. (2005). Preoperative psychological preparation of the child for surgery: an update. *Anesthesiology Clinics of North America*, 23(4), 597-614. <https://doi.org/10.1016/j.atc.2005.07.003>

7. Kain, Z. N., Mayes, L. C., & Hofstadter, M. B. (1999, September). Social adaptability and other personality characteristics as predictors for children's reactions to surgery. In *Anesthesiology* (Vol. 91, No. 3 A, pp. U500-U500).

8. Kain, Z. N., Caldwell-Andrews, A. A., Mayes, L. C., Wang, S. M., Krivutza, D. M., & LoDolce, M. E. (2003). Parental presence during induction of anesthesia: physiological effects on parents. *The Journal of the American Society of Anesthesiologists*, 98(1), 58-64. <https://doi.org/10.1097/00000542-200301000-00013>

9. Kain, Z. N. (2000). Postoperative maladaptive behavioral changes in children: incidence, risks factors and interventions. *Acta Anaesthesiologica Belgica*, 51(4), 217-226.

10. Kain, Z. N., Mayes, L. C., O'Connor, T. Z., & Cicchetti, D. V. (1996). Preoperative anxiety in children: predictors and outcomes. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 150(12), 1238-1245. <https://doi.org/10.1001/archpedi.1996.02170370016002>

11. Bulyubash, I. D. (2013). Reabilitatsionnyi personal i patsienty s posledstviyami spinnomozgovoi travmy: otsenka sostoyaniya, problemy otnoshenii, strategii i navyki psikhologicheskoi podderzhki (obzor literatury). *Trudnyi patsient*, 11(6), 33-38. (in Russian).

12. Bulyubash, I. D., Morozov, I. N., & Prikhod'ko, M. S. (2011). Psikhologicheskaya reabilitatsiya patsientov s posledstviyami spinal'noi travmy. Samara, 152-158. (in Russian).

13. Clark, N. M., Gong, M., Schork, M. A., Evans, D., Roloff, D., Hurwitz, M., ... & Mellins, R. B. (1998). Impact of education for physicians on patient outcomes. *Pediatrics*, 101(5), 831-836. <https://doi.org/10.1542/peds.101.5.831>

Работа поступила
в редакцию 08.05.2023 г.

Принята к публикации
14.05.2023 г.

Ссылка для цитирования:

Цыбов Н. Н., Саткеева А. Ж. Особенности психологического сопровождения и профилактики пациентов в периоперационный период // Бюллетень науки и практики. 2023. Т. 9. №6. С. 267-275. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/91/35>

Cite as (APA):

Tsybov, N., & Satkeeva, A. (2023). Features of Psychological Support and Prevention of Patients in the Peri-operative Period. *Bulletin of Science and Practice*, 9(6), 267-275. (in Russian). <https://doi.org/10.33619/2414-2948/91/35>