

УДК 159.9

Потемкина Д.П., Яковлева М.В.

Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия

Эмоциональное состояние и госпитальный стресс пациентов психиатрического стационара

Emotional State and Hospital Stress in Psychiatric Inpatients

Аннотация

Статья посвящена исследованию эмоционального состояния (признаков стресса, тревоги и депрессии) пациентов психиатрического стационара в связи с госпитализацией. Было обследовано 26 пациенток женского пола (средний возраст $28 \pm 10,1$ лет) с диагнозами аффективного и шизофренического спектра. Для исследования применялись следующие методы: структурированное клинико-психологическое интервью, авторская анкета «Причины госпитального стресса», Шкала депрессии, тревоги и стресса (DASS-21) и Шкала воспринимаемого стресса (ШВС-10). Было показано, что 42,3% респондентов переживают состояния, касающиеся тревоги или депрессии, у 65,4% пациентов отмечалось перенапряжение. Стрессогенность госпитализации была оценена, в среднем, на 3,6 балла из 5, высокие баллы (4 и 5) были отмечены в 57,7% случаев. При этом пациентов больше всего волновал вопрос контакта с семьей и друзьями, а также базовые бытовые условия. Корреляционный анализ показал наличие сильной и средней корреляции между выраженностью негативных эмоциональных реакций (стресса, депрессии, тревоги) и субъективной оценкой стрессогенности госпитализации. Результаты исследования позволяют наметить новые цели в изучении поставленной проблемы и могут использоваться для планирования психологической работы, связанной с госпитальным стрессом пациентов, находящихся в психиатрических стационарах.

Ключевые слова: психиатрия, стационар, госпитализация, эмоциональный стресс, госпитальный стресс, тревога, депрессия

Abstract

The article was aimed to study the emotional state (indicators of stress, anxiety and depression) in patients of a psychiatric hospital in connection with their hospitalization. 26 female patients (mean age 28 ± 10.1 y.o.) with diagnoses of the affective and schizophrenic spectrum were examined. The following methods were used for the study: a structured clinical interview, elaborated by the author Causes of Hospital Stress Questionnaire, the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) and the Perceived Stress Scale-10 (PSS-10). It was shown that 42.3% of respondents experienced states related to anxiety or depression, 65.4% of patients encountered overstrain. The stressfulness of the hospitalization was estimated on average at 3.6 points out of 5, high scores (4 and 5) were noted in 57.7% of cases. At the same time, patients were most concerned about staying in touch with their family and friends, as well as basic living conditions. Correlation analysis showed the presence of strong and medium correlation between the severity of negative emotional reactions (stress, depression, anxiety) and the subjective assessment of the hospital stress. The results of the study allow to outline new goals in future studies in the field and could be used for planning psychological support for psychiatric inpatients suffering from hospitalization related stress.

Keywords: psychiatry, inpatient, hospitalization, emotional stress, hospital stress, anxiety, depression

Введение

Ситуация госпитализации обладает высоким стрессогенным потенциалом. На уровень стресса могут влиять такие факторы, как переживание за состояние своего здоровья, нахождение в ситуации неопределенности, само пребывание в больнице – среде, отличающейся от привычной, беспокойство о родственниках, работе. В некоторых случаях особую роль играют обстоятельства госпитализации, которые сами по себе могут быть психотравмирующими: например, авария, первый острый приступ заболевания и др. (Холмогорова и др., 2019).

Идея о стрессогенном потенциале госпитализации подкрепляется результатами научных исследований. В частности показано, что у 77% больных, поступивших в больницу соматического профиля по скорой помощи, наблюдаются высокие и средние показатели дистресса (Холмогорова и др., 2018). В другой работе высокий уровень реактивной тревожности был зарегистрирован у 80% пациенток, госпитализированных в гинекологический стационар в экстренном порядке. В случае планового лечения данный показатель составил 53% (Резник и др., 2009). Подобное изучение эмоционального состояния больных представляется актуальным, так как, по некоторым данным, высокий уровень госпитального стресса связан с более негативными результатами лечения (Douglas, Douglas, 2004; Ford et al., 2023). Кроме того, необходимо отметить, что травматический опыт госпитализации может негативно отразиться на намерении продолжать лечение, в частности, на мотивации самостоятельно обратиться в медицинское учреждение при ухудшении состояния (Grubaugh et al., 2007).

В научном пространстве можно найти и другие работы, посвященные оценке уровня госпитального стресса и тревоги у пациентов соматического профиля. Однако вопрос об эмоциональном состоянии пациентов психиатрического профиля остается недостаточно разработанным. Несомненно, данная категория больных является достаточно уязвимой

(сталкивается с фактором стигматизации, зачастую имеет особую восприимчивость к стрессу и др.) и требует отдельного изучения.

Зарубежные исследования показывают, что даже, несмотря на то, что пациенты психиатрических больниц могут признавать необходимость госпитализации, данный опыт воспринимается большинством из них (87%) как травматичный, связанный с чувством беспомощности, страха и никчемности (Chaara et al., 2022). При недобровольном лечении на первый план выступают такие эмоции, как стыд, презрение к себе; их уровень положительно коррелирует с выраженностью самостигматизации (Rüsch et al., 2014). При этом необходимо отметить, что в некоторых случаях неблагоприятные обстоятельства госпитализации могут повлиять на развитие у пациентов посттравматического стрессового расстройства; его симптомы отмечались у 12,6% психиатрических больных (Guzmán-Parra et al., 2019).

Количество подобных исследований, проведенных на российской выборке, к сожалению, невелико. Однако можно обратить внимание на работу, посвященную оценке клинико-психологических особенностей эмоциональной сферы у детей (6-14 лет), проходящих госпитализацию в психиатрическом стационаре (Шмакова, Егорова, 2017). По данным исследователей, в период пребывания в больнице у респондентов наблюдались различные негативные эмоциональные реакции: страх (73,4%), тревога (68,2%), пониженное настроение (59,6%). Авторы подчеркивают, что психиатрическая госпитализация может выступать в качестве психотравмирующего фактора – приводить к депривации ребенка, дезадаптивному поведению. Однако вопрос о том, насколько подобные тенденции характерны для совершеннолетних пациентов, остается открытым. Значительно большее внимание отечественные исследователи уделяют оценке удовлетворенности лечением, которая, как можно предполагать, косвенно связана с уровнем дистресса в течение госпитализации: например, в одной из работ испытуемым предлагалось ответить на такие вопросы, как «Вы могли

оказывать влияние на выбор курса лечения?», «Вам сообщили о Вашем праве ознакомиться с историей болезни?» и др. (Лиманкин и др., 2021).

Отдельного внимания заслуживает исследование причин госпитального стресса. В отношении соматических больных для изучения субъективных стрессогенных факторов может использоваться шкала «A hospital stress rating scale», разработанная B.J. Volicer и M.W. Bohannon (1975). Она включает в себя список из 49 событий, которые респонденты должны ранжировать по степени стрессогенности. Многие из них являются специфичными для соматической клиники («Страх потери слуха», «Наличие рядом медицинского оборудования (машин)»), что делает затруднительным применение данной шкалы в случае пациентов психиатрического профиля. Адаптация данной методики для российской выборки и ее модификация с учетом особенностей психиатрической госпитализации позволила бы выделить наиболее травматичные факторы среды психиатрического стационара и, в перспективе, сделать пребывание в больнице более комфортным для пациентов. Кроме того, можно отметить, что указанный опросник мог бы служить дополнением для отечественного Опросника субъективной удовлетворенности лечением (Лутова и др. 2007).

В связи с вышесказанным было спланировано исследование с целью изучения выраженности и субъективных причин госпитального стресса у пациентов психиатрического стационара.

Объект исследования: эмоциональное состояние пациентов психиатрического стационара.

Предмет исследования: уровень тревоги и депрессии, а также выраженность и субъективные причины госпитального стресса пациентов психиатрического стационара в связи с текущей госпитализацией.

Гипотеза: ожидается получение корреляции между выраженностью негативных эмоциональных реакций (стресса, депрессии, тревоги) и субъективной оценкой стрессогенности госпитализации.

Материал и методы

Материал исследования

В пилотное исследование были включены 26 пациентов, находящихся в отделении первого психотического эпизода одной из психиатрических больниц Санкт-Петербурга. Все участники – лица женского пола; средний возраст выборки составил $28 \pm 10,1$ лет с разбросом от 18 лет до 51 года. 53,9% пациентов – первично поступившие, 46,1% – поступившие повторно. Согласно данным из историй болезни, 22 пациента (84,6%) были госпитализированы добровольно, 4 пациента (15,4%) находились в стационаре в связи с недобровольной госпитализацией. Средняя длительность госпитализации в исследованной выборке составила $33,8 \pm 34,8$ дней; наименьшее время пребывания в отделении к моменту обследования – 8 дней, наибольшее – 154 дня.

В выборку вошли пациенты со следующими диагнозами (указаны в порядке убывания встречаемости): F32 (депрессивный эпизод; 23,1%), F23 (острые и преходящие психотические расстройства; 23,1%), F33 (рекуррентное депрессивное расстройство; 11,5%), F31 (биполярное аффективное расстройство; 11,5%), F20 (шизофрения; 11,5%), F25 (шизоаффективное расстройство; 7,7%), F06 (другие психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью; 7,7%), F41 (другие тревожные расстройства; 3,8%). Большинство респондентов на момент проведения обследования принимали набор лекарств комбинированного действия (73,1%); более половины пациентов проходили лечение анксиолитиками (73,1%), 50% – антипсихотиками, 42,3% – антидепрессантами.

Включение всех пациентов в исследование было согласовано с лечащим врачом-психиатром, который оценивал сохранность и достаточность уровня их критики и когнитивного функционирования. Дополнительными критериями включения выступали: пребывание в

стационаре более недели (адаптация пациента к больничным условиям); доступность продуктивному контакту, наличие критики (полной/частичной) к своему заболеванию; отсутствие психопродуктивной симптоматики на момент обследования, подготовка к выписке. Среди критериев невключения были следующие: наличие выраженных органических нарушений головного мозга, приведших к снижению когнитивного функционирования, препятствующих корректному заполнению психодиагностических опросников; наличие диагностированных расстройств личности; нахождение в первой (надзорной) палате. Критерии исключения были представлены одним условием – стойкое отрицание факта наличия психического расстройства, выраженное сопротивление разговору о диагнозе (выявлялось в процессе интервью).

Методы исследования

Для выполнения поставленных задач исследования был подобран комплекс клинико-психологических и психодиагностических методов.

Клинико-психологический метод реализовывался с помощью следующих инструментов:

– специально разработанное структурированное интервью, в процессе которого собирались социально-демографические и психосоциальные характеристики обследуемого;

– авторская анкета «Причины госпитального стресса», разработанная для выполнения задач настоящего исследования.

В качестве базы для анкеты были использованы шкала «A hospital stress rating scale» (Volicer, Bohannon, 1975), определяющая специфику ситуационных факторов, влияющих на эмоциональное состояние соматических пациентов в процессе госпитализации, и модифицированный вариант данной методики, используемый для пациентов с психическими расстройствами (Mohammed, Mohammed, 2015), а также клинические

наблюдения исследователей. Разработанная анкета включает в себя два блока: (1) количественная оценка пациентом субъективного уровня стресса в связи с текущей госпитализацией (от 1 балла – «минимально возможный стресс» до 5 баллов – «максимально выраженный стресс»); (2) перечень факторов, обуславливающих указанный уровень стресса, из которых пациенту предлагается выбрать те, которые для него наиболее актуальны. Всего анкета включает 89 условий, объединенных в 7 рубрик: «физическое состояние», «эмоциональное состояние», «информация о болезни и лечении», «лечение», «взаимодействие с медицинским персоналом», «коммуникация с родственниками», «условия пребывания в больнице». В каждой рубрике присутствует дополнительный пункт «другое» и свободное поле для ответа. Обработка результатов настоящего исследования заключалась в определении общего уровня стресса, связанного с госпитализацией, и подсчете количества выделенных стрессогенных пунктов (факторов). Разработанная анкета «Причины госпитального стресса» представлена в Приложении.

Наряду с этим проводилось изучение медицинской документации пациентов для получения достоверной информации об анамнезе жизни и болезни, особенностях текущей терапии и др.

Психодиагностический метод представлен в исследовании двумя психометрическими методиками:

– Шкала депрессии, тревоги и стресса (Depression, Anxiety and Stress Scales-21, DASS-21), разработанная С. Ловибондом и П. Ловибондом в 1995 г. для оценки указанных коморбидных состояний; перевод и адаптация методики выполнены А.А. Золотаревой (2021);

– Шкала воспринимаемого стресса (Perceived Stress Scale, PSS), первоначально созданная в 1983 г. и впоследствии неоднократно модифицированная; перевод и апробация использованной в данном

исследовании версии (ШВС-10) проводились коллективом авторов под руководством В.А. Абабкова (2016).

В качестве математико-статистических методов обработки данных использовались: описательная статистика, представленная средними значениями переменных и их стандартными отклонениями; критерий U-Манна-Уитни (для сравнения средних значений групп первично и повторно поступивших пациентов), критерий ранговой корреляции Спирмена.

Результаты исследования и их обсуждение

Исследование эмоционального состояния пациентов

Оценка эмоционального состояния пациентов с помощью методики DASS-21 позволила выявить признаки эмоционального дистресса в исследованной выборке. Так, распределение по уровням выраженности симптомов депрессии было следующим: низкий уровень (7,7%), нормальный уровень (50%), умеренный уровень (23,1%), высокий уровень (11,5%), очень высокий уровень (7,7%). Распределение по уровням выраженности симптомов тревоги было следующим: низкий уровень (11,5%), нормальный уровень (46,2%), умеренный уровень (7,7%), высокий уровень (7,7%), очень высокий уровень (26,9%). Вненормативные показатели стресса отмечались у 34,6% участников. Согласно данным результатам, в целом 42,3% респондентов переживали состояния, касающиеся тревоги или депрессии, причем, только у 36,4% из них были диагностированы расстройства аффективного спектра. Шкальные показатели пациентов по опроснику DASS-21 представлены в таблице 1.

По опроснику ШВС-10 результаты, попадающие в значения нормативных (Абабков и др., 2016), отмечались у 23,1% (субшкала «Перенапряжение»), 80,1% (субшкала «Противодействие стрессу») и 42,3% респондентов (суммарный результат). Важно отметить, что в случае

резистентности стрессу ненормативные результаты включали в себя и те случаи (2 человека из 5), когда пациенты условно лучше выдерживали стрессогенную ситуацию госпитализации в сравнении с показателями, полученными на выборке здоровых респондентов. Наибольшие отклонения от нормы отмечались по показателям перенапряжения, которое было выявлено у 76,9% пациентов (без учета респондентов, которые условно эффективнее справлялись со стрессом, данный показатель составляет 65,4%). Шкальные показатели опросника ШВС-10 представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Результаты исследования эмоционального состояния пациентов

Показатели эмоционального состояния	Пациенты, госпитализированные в психиатрический стационар (N=26)	
	М	σ
<i>Опросник DASS-21</i>		
Депрессия	6,00	5,50
Тревога	5,85	6,08
Стресс	7,15	5,50
<i>Опросник ШВС-10</i>		
Перенапряжение	18,42	5,66
Противодействие стрессу	10,46	3,48
Воспринимаемый стресс	28,88	8,14

Авторами было выдвинуто предположение, что наличие опыта госпитализации в психиатрический стационар в прошлом, общее количество госпитализаций могут оказывать влияние на восприятие пациентами своего пребывания в условиях круглосуточного стационара и сказываться на их эмоциональном состоянии. В связи с этим, был дополнительно проведен сравнительный анализ описанных выше показателей пациентов в группе первично и повторно госпитализированных (U-критерий Манна-Уитни).

Статистически значимой разницы между двумя экспериментальными группами обнаружено не было ни по одной из шкал ($p \geq 0,01$). По показателям опросника ШВС-10 также не было обнаружено статистически значимой разницы между двумя группами ($p \geq 0,01$).

Отмечается, что средние значения по шкалам DASS-21 первично госпитализированных испытуемых сопоставимы с нормативными; средние

значения повторно госпитализированных пациентов несколько повышены в сравнении с нормой (Золотарева, 2021). Кроме того, результаты, полученные по методике DASS-21, соотносимы с аналогичными в случае женщин, страдающих от рака груди: средние показатели (SD) по шкалам депрессии, тревоги и стресса составили в случае данной группы респондентов 6,47 (5,38), 6,09 (4,96) и 9,00 (5,39) соответственно (Soria-Reyes et al., 2023). В то же время полученные в настоящем исследовании показатели являются более низкими, чем у больных, выписанных из отделения интенсивной терапии (Saeidi et al., 2021).

Уровень воспринимаемого стресса (ШВС-10), полученный в настоящем исследовании, представляется завышенным, в сравнении с показателем для выборки женщин без психических расстройств ($M=13,1$ и $SD=7,4$), и может быть классифицирован, согласно материалам авторов, как «высокий» (от 20 до 40 баллов) (Драпкина и др., 2023).

Можно также отметить, что результаты, связанные с эмоциональным состоянием пациентов в контексте пребывания в больнице, в целом, сопоставимы с показателями эмоционального реагирования госпитализированных соматических пациентов, у которых также отмечаются признаки депрессии, высокий уровень дистресса и др. (Холмогорова и др., 2018; Холмогорова и др., 2019).

Исследование уровня и причин госпитального стресса

Оценка специфического стрессогенного влияния ситуации госпитализации в психиатрический стационар реализовывалась с помощью авторского опросника «Причины госпитального стресса», в рамках которого проводился как количественный анализ данных (переменные «общий уровень стрессогенности госпитализации», «количество факторов, вызывающих неприятные переживания» (максимальное, минимальное, среднее), «частота встречаемости факторов разной природы» и др.) (таблица 2), так и качественный анализ ответов пациентов.

Таблица 2 – Результаты исследования госпитального стресса

Показатели уровня и причин госпитального стресса	Пациенты, госпитализированные в психиатрический стационар (N=26)	
	М	σ
<i>Авторская анкета «Причины госпитального стресса»</i>		
Уровень госпитального стресса	3,62	1,42
Количество стрессогенных факторов, усугубляющих психологическое состояние	31,62	14,12
Максимальное количество отмеченных стрессогенных факторов	56	
Минимальное количество отмеченных стрессогенных факторов	6	

Примечание: допустимые значения оценки стрессогенности текущей госпитализации – от 1 до 5 баллов; максимальное количество стрессогенных факторов – 96 пунктов, минимальное – 0.

Согласно данным, полученным по авторской анкете, пациенты первой и второй групп оценили стрессогенность госпитализации одинаково – в среднем на 3,6 балла из 5 ($3,6 \pm 1,2$ и $3,6 \pm 1,7$ соответственно; где 3 – средний, умеренный уровень стресса; 4 – сильный, но терпимый уровень стресса). Максимальный балл, соотносимый с количеством выделенных пунктов, которые вызывали у пациента стресс, равнялся 56, минимальный – 6.

Оценка взаимосвязи между длительностью пребывания в условиях стационара и выраженностью госпитального стресса (как суммарного балла по Авторской анкете, так и уровня стресса, оцениваемого испытуемыми от 1 до 5 баллов) позволила установить, что указанные переменные не обнаруживают значимой корреляции между собой.

Высокие баллы (4 и 5), отмеченные в 57,7% случаев, давали респонденты как первой группы (53,3%), так и второй (46,7%). Подобные результаты согласовывались с тем, что говорили респонденты в процессе интервью: многие повторно госпитализированные пациенты замечали, что, несмотря на наличие опыта госпитализаций, новая госпитализация для прохождения стационарного лечения вызывает у них выраженные негативные эмоции. При этом стоит отметить, что при выборе максимального уровня стресса от госпитализации (5 баллов) респонденты могли расходиться в количестве конкретных отмеченных пунктов

(потенциальных источников стресса): максимальное количество пунктов равно 56, минимальное – 33 (данную тенденцию можно отметить и при более низких уровнях стресса). В частности, это связано со страхом некоторых пациентов открыто жаловаться на проблемы организации медицинской помощи в отделении: указывать конкретные недочеты было для них более «опасно», чем в целом оценить свое эмоциональное состояние в связи с госпитализацией. Некоторые из участников руководствовались и другой логикой: если негативный фактор нельзя изменить (по мнению респондента), тогда его не стоит и выделять (несмотря на то, что он вызывал у испытуемого негативные переживания).

Среднее количество выбранных пунктов составило 31,6, причем у группы повторно госпитализированных испытуемых данный показатель был несколько выше: 33,3 в сравнении с 30,1. Ниже приведены примеры стрессогенных факторов, чаще всего отмечаемых исследованными пациентами:

- «разлука с близкими, семьей» (выбрали 88,5% респондентов);
- «непривычная/неудобная для Вас постель (матрас, подушка, одеяло)» (73,1%);
- «отсутствие постоянного доступа к мобильному телефону или другим средствам связи» (73,1%);
- «отсутствие возможности пользоваться уборной/ванной комнатой тогда, когда у Вас есть потребность» (69,2%);
- «страх, связанный с выпиской; страх надолго остаться в больнице» (69,2%);
- «ограниченные часы для посещения родственниками и друзьями, ограниченное время для телефонных разговоров с ними» (69,2%).

Реже всего участники исследования выделяли такие факторы, как:

- «неприятные для Вас медицинские процедуры (взятие анализов и др.)» (0%);

- «частые осмотры; необходимость заполнять множество тестов, опросников в течение госпитализации» (3,8%) – наоборот, респонденты подчеркивали, что осмотров недостаточно;
- «необходимость принимать медикаменты; неприятные ощущения, связанные с лекарствами» (7,7%);
- «разговоры/шутки/споры других пациентов, мешающие Вам» (7,7%)
 - наблюдалась обратная ситуация: многие респонденты подчеркивали, что нашли в больнице много хороших приятелей, общение с другими больными помогало им «скоротать время» (слова пациентов) и получить необходимую эмоциональную поддержку.

В целом можно отметить, что пациентов больше всего волновал вопрос контакта с семьей и друзьями, а также базовые бытовые условия (душ, туалет; качество еды уходило на второй план). Многие подчеркивали, что особый дискомфорт приносит отсутствие телефона, который мог бы связать их с близкими. Также пациенты выделяли страх, связанный с выпиской; в частности, тревогу вызывали неизвестность даты, откладывание выписки, невозможность поговорить с врачом о ее перспективе и др. Наименьший стресс вызывали факторы, связанные с процессом лечения.

При сопоставлении двух групп статистически значимой разницы по количественным параметрам авторской анкеты обнаружено не было ($p \geq 0,01$).

Помимо вышеописанного, в процессе обработки результатов определялась эмоциональная насыщенность каждой рубрики анкеты: сумма отмеченных пациентами пунктов, разделенная на количество пунктов в определенном разделе. Наиболее значимыми по данному критерию оказались рубрики «Коммуникация с близкими», «Условия пребывания в больнице» и «Эмоциональное состояние». Наименее стрессогенной стала рубрика «Лечение», в ней пациентов наиболее часто беспокоили только два пункта: «мысли по поводу болезненности/неэффективности лечения» и «отсутствие

доступа к некоторым медикаментам, которые Вам нужны (например, к обезболивающим препаратам)». Кроме этого, пациенты реже обращались к рубрике «Физическое состояние», хотя для половины респондентов (53,85%) был актуален такой его пункт, как «проблемы со сном: бессонница, недостаток сна, невозможность заснуть вечером, частые пробуждения по ночам, сонливость».

Результаты данного исследования отчасти сопоставимы с аналогичными в случае индийской и арабской выборки психиатрических пациентов, которым также был предложен модифицированный вариант методики «A hospital stress rating scale» (Latha, Ravi Shankar, 2011; Mohammed, Mohammed, 2015). В первом исследовании наиболее стрессогенными оказались такие факторы, как: «Рядом есть агрессивный/депрессивный/встревоженный пациент» (28%), «Рядом находится тяжело больной человек» (26%), «Приходилось оставаться в закрытом помещении» (24%), «Нужно оставаться в кровати/комнате все время» (24%) – в скобках указаны проценты респондентов, признавших утверждение высоко стрессогенным (Latha, Ravi Shankar, 2011). В настоящем исследовании схожие по смыслу пункты анкеты («конфликты с другими пациентами, враждебное окружение» (21%); «плач, негативные эмоции других пациентов» (31%); «наличие рядом пациентов, находящихся в тяжелом состоянии» (38%)) также выделялись пациентами, но не входили в число наиболее выбираемых. Что касается ограниченной возможности видиться с родственниками, вызывающей беспокойство у российских респондентов, сравнение с выборкой индийских пациентов, к сожалению, не представляется возможным, поскольку особенности семейных отношений в ситуации госпитализации не рассматривались подробно в представленном опроснике. Единственный семантически близкий пункт «Госпитализация вдали от дома» был выделен как стрессогенный только 14% больных.

Больше параллелей можно найти в случае исследования на арабской выборке (Mohammed, Mohammed, 2015). Согласно данным зарубежных специалистов, средний и высокий уровень стресса испытывали 47,6% респондентов (средний – 41,9%, высокий – 5,7%); в настоящей работе данный показатель составляет 57,7%. Кроме того, большинство пациентов (79%) беспокоила госпитализация вдали от дома. Этот стрессогенный фактор отчасти можно сопоставить с пунктом «Разлука с близкими, семьей», который был отмечен 88,5% респондентов российской выборки.

Исследование взаимосвязи эмоционального состояния и госпитального стресса

Исследователями была выдвинута гипотеза о наличии корреляции между выраженностью негативных эмоциональных реакций (стресса, депрессии, тревоги) и субъективной оценкой стрессогенности госпитализации. Согласно данным, полученным с помощью критерия ранговой корреляции Спирмена, подобная связь действительно отмечается в случае некоторых показателей (таблица 3).

Таблица 3 – Корреляция между эмоциональным состоянием пациентов и показателями анкеты «Причины госпитального стресса»

Психодиагностические шкалы опросников эмоционального состояния	Количественные переменные авторской анкеты «Причины госпитального стресса»	
	Уровень госпитального стресса	Количество стрессогенных факторов, усугубляющих психологическое состояние
<i>Опросник DASS-21</i>		
Депрессия	0,76**	0,59**
Тревога	0,57**	0,49*
Стресс	0,71**	0,66**
<i>Опросник ШВС-10</i>		
Перенапряжение	0,65**	0,51**
Противодействие стрессу	0,35 н/з	0,31 н/з
Воспринимаемый стресс	0,59**	0,49*

Примечание: * – корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя); ** – корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя); н/з – не значимо.

Высокая корреляция отмечается между уровнем госпитального стресса и показателями шкалы DASS-21 – баллом по субшкале депрессии ($r=0,76$; $p\leq 0,01$). При этом корреляция между количеством стрессогенных факторов (выбранных пунктов анкеты) и выраженностью депрессивной симптоматики является средней ($r=0,59$; $p\leq 0,01$). Учитывая данные полученные результаты, можно предположить, что обследованные пациенты склонны негативно оценивать опыт текущей госпитализации, пессимистически относиться к пребыванию в больнице. При этом подобное отношение в меньшей степени заметно в случае пунктов анкеты – отдельных и конкретных причин для беспокойства. Хотя данный вывод требует дальнейшего уточнения, можно предположить, что в случае отдельных пациентов актуальной является работа с катастрофизацией опыта госпитализации.

Высокий коэффициент корреляции отмечается также между показателем стресса, измеренного по шкале DASS-21, и уровнем госпитального стресса ($r=0,71$; $p\leq 0,01$). Кроме того, были получены средние корреляции между субшкалой ШВС-10 «Перенапряжение» и показателями анкеты «Причины госпитального стресса»: его уровнем ($r=0,65$; $p\leq 0,01$) и количеством стрессогенных факторов ($r=0,51$; $p\leq 0,01$). Высокая статистическая значимость описанных связей позволяет предполагать валидность и эффективность применения разработанной анкеты для изучения показателей стресса пациентов.

Приведенные данные также могут свидетельствовать о том, что ограничения, связанные с пребыванием в больнице, действительно негативно сказываются на эмоциональном состоянии пациентов. Высокие показатели стресса отмечались меньше, чем у половины респондентов (34,6%), перенапряжения – у 65,4%. И хотя данный вопрос требует дальнейшего изучения (в частности, поиска третьей переменной), полученные данные уже сейчас позволяют утверждать, что с целью повышения психологического благополучия данной группы пациентов им может быть предложена

консультативная помощь, направленная на адаптацию к условиям стационара и снижение уровня госпитального стресса.

В сравнении с показателями депрессии и стресса, выраженность тревоги, в меньшей степени, была связана с уровнем госпитального стресса ($r=0,57$; $p\leq 0,01$) и количеством стрессогенных факторов, выделенных респондентами ($r=0,49$; $p\leq 0,05$), что представляет особый интерес для изучения на расширенной выборке.

Выводы и заключение

Опираясь на данные результаты, можно сказать, что приблизительно для половины пациентов отделения первого психотического эпизода характерны такие эмоциональные состояния, как тревога, депрессия, перенапряжение. Данные состояния отчасти могут определяться условиями пребывания в стационаре: большинство респондентов переживает из-за разлуки с близкими, тревожится по поводу выписки, пытается адаптироваться к непривычным бытовым условиям и др. При этом отмечается, что даже фармакологическая коррекция эмоционального состояния (прием анксиолитиков и др.) не приводит к низким показателям пациентов по шкалам, связанным с эмоциональным дистрессом, особенно в случае ретроспективной оценки.

Кроме того, преобладающее число пациентов отмечает высокий уровень стресса с момента начала госпитализации. Пребывание в больнице, в среднем, представляется им довольно стрессогенным фактором, с которым, однако, можно справиться. Также было выделено несколько источников негативных переживаний, сходных для большинства пациентов: в основном, полученные стрессогенные факторы связаны с переживанием разлуки с близкими, вопросами длительности пребывания в отделении, а также некоторыми бытовыми условиями. Отмеченные факторы позволяют говорить о наиболее актуальных потребностях данного контингента больных,

связанных с недостаточной социальной и эмоциональной поддержкой, сложностями в коммуникации с медицинским персоналом и некоторым недоверием к медицинской системе.

Следует отметить, что интерпретация полученных данных несколько затруднена в силу ряда ограничений настоящего исследования. Так, требуется уточнение результатов на расширенной выборке; при анализе психодиагностических данных необходимо учитывать диагноз пациентов и принимаемые ими медикаменты, что затруднительно сделать в случае гетерогенной выборки; результаты опросников, нацеленных на оценку тревоги и депрессии, можно рассматривать как «сглаженные», поскольку большая часть участников на момент проведения исследования принимала анксиолитики и/или антидепрессанты. Данное обстоятельство, как можно предположить, меньше сказывается на результатах опросников, где эмоциональное состояние необходимо было оценить ретроспективно.

Несмотря на указанные обстоятельства можно заключить, что проблема высокой стрессогенности ситуации госпитализации остается крайне актуальной для пациентов с психическими расстройствами, а применение анкеты «Причины госпитального стресса» является эффективным и информативным в процессе психодиагностических и психотерапевтических мероприятий, проводимых с пациентами в рамках стационаров.

Список использованных источников

- Аббатов В.А., Барышникова К., Воронцова-Венгер О.В. и др. Валидизация русскоязычной версии опросника «Шкала воспринимаемого стресса-10» // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 16. Психология. Педагогика, 2016. Т. 6. № 2. С. 6-15. DOI: 10.21638/11701/spbu16.2016.202.
- Драпкина О.М., Гоманова Л.И., Баланова Ю.А. и др. Распространенность психоэмоционального стресса среди российской популяции и его ассоциации с социально-демографическими показателями. Данные исследования ЭССЕ-РФ3 // Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2023. Т. 22. № S8. С. 56-67. DOI: 10.15829/1728-8800-2023-3795.

- Золотарева А.А. Психометрическая оценка русскоязычной версии шкалы депрессии, тревоги и стресса (DASS-21) // Психологический журнал, 2021. Т. 42. № 5. С. 80-88. DOI: 10.31857/S020595920017077-0.
- Лиманкин О.В., Кишка Т.Н., Ханько А.В. и др. Изучение удовлетворенности пациентов качеством помощи в психиатрическом стационаре // Социальная и клиническая психиатрия, 2021. Т. 31. № 2. С. 44-50.
- Лутова Н.Б., Борцов А.В., Вид В.Д. Метод оценки субъективной удовлетворенности психически больных лечением в психиатрическом стационаре: новая медицинская технология. СПб., Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2006. 17 с.
- Резник В.А., Гайдуков С.Н., Антоненко В.С. и др. Характеристика соматизированных расстройств пациенток гинекологических стационаров // Вестник РУДН. Серия: Медицина, 2009. № 4. С. 220-222.
- Холмогорова А.Б., Суботич М.И., Борисоник Е.В. и др. Эмоциональная дезадаптация, уровень стресса и отношение к болезни у пациентов скоромощного стационара // Памяти Василюка Ф.Е.: сборник материалов / Под ред. Архангельской В.В., Голзицкой А.А., Кисельниковой Н.В., Семенов Е.А. М., ФБГНУ «Психологический институт РАО», 2018. С. 244.
- Холмогорова А.Б., Суботич М.И., Рахманина А.А. и др. Испытываемый уровень стресса и тревоги у пациентов многопрофильного медицинского центра // Журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь», 2019. Т. 8. № 4. С. 384-390. DOI: 10.23934/2223-9022-2019-8-4-384-390.
- Шмакова В.А., Егорова П.Л. Отношение к госпитализации и эмоциональная реакция на госпитализацию у детей // Медико-биологические, клинические и социальные вопросы здоровья и патологии человека: Материалы III Всероссийской образовательно-научной конференции студентов и молодых ученых с международным участием. Иваново, Ивановская государственная медицинская академия, 2017. Т. 1. С. 36-37.
- Chaara A., Laboudi F., Ouanass A. Hospitalization in Psychiatry: Patients' experiences at Arrazi Psychiatric Hospital in Morocco // European Psychiatry, 2022. Vol. 65. No. S1. Pp. S599-S599. DOI: 10.1192/j.eurpsy.2022.1533.
- Douglas C.H., Douglas M.R. Patient-friendly hospital environments: exploring the patients' perspective // Health expectations, 2004. Vol. 7. No. 1. Pp. 61-73. DOI: 10.1046/j.1369-6513.2003.00251.x.
- Ford D.M., Budworth L., Lawton R. et al. In-hospital stress and patient outcomes: a systematic review and meta-analysis // Plos one, 2023. Vol. 18. No. 3. Pp. e0282789. DOI: 10.1371/journal.pone.0282789.
- Grubaugh A.L., Frueh B.C., Zinzow H.M. et al. Patients' perceptions of care and safety within psychiatric settings // Psychological Services, 2007. Vol. 4. No. 3. Pp. 193. DOI: 10.1037/1541-1559.4.3.193
- Guzmán-Parra J., Aguilera-Serrano C., García-Sánchez J.A. et al. Experience coercion, post-traumatic stress, and satisfaction with treatment associated with different coercive measures during psychiatric hospitalization // International Journal of Mental Health Nursing, 2019. Vol. 28. No. 2. Pp. 448-456. DOI: 10.1111/inm.12546.

- Latha K.S., Ravi Shankar B.G. Hospital related stress among patients admitted to a psychiatric in-patient unit in India // *Online Journal of Health and Allied Sciences*, 2011. Vol. 10. No. 1. Pp. 1-6.
- Mohammed T.S., Mohammed I.I. Relationship between hospitalization related stress and social support among psychiatric patients // *Assiut Scientific Nursing Journal*, 2015. Vol. 3. No. 5.0. Pp. 23-32. DOI: 10.21608/asnj.2015.182318.
- Rüsch N., Müller M., Lay B. et al. Emotional reactions to involuntary psychiatric hospitalization and stigma-related stress among people with mental illness // *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 2014. Vol. 264. Pp. 35-43. DOI: 10.1007/s00406-013-0412-5.
- Saeidi M., Safaei A., Sadat Z. et al. Prevalence of depression, anxiety and stress among patients discharged from critical care units // *The Journal of Critical Care Medicine*, 2021. Vol. 7. No. 2. Pp. 113-122. DOI: 10.2478/jccm-2021-0012.
- Soria-Reyes L.M., Cerezo M.V., Alarcón R. et al. Psychometric properties of the perceived stress scale (pss-10) with breast cancer patients // *Stress and Health*, 2023. Vol. 39. No. 1. Pp. 115-124. DOI: 10.1002/smi.3170.
- Volicer B.J., Bohannon M.W. A hospital stress rating scale // *Nursing Research*, 1975. Vol. 24. No. 5. Pp. 352-59. DOI:10.1097/00006199-197509000-00006.

References

- Ababkov V.A., Baryshnikova K., Vorontsova-Venger O.V. i dr. Validizatsiia russkoiazыchnoi versii oprosnika «Shkala vosprinimaemogo stressa-10» [Validation of the Russian version of the questionnaire “Scale of perceived stress–10”] // *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Seriia 16. Psikhologiiia. Pedagogika*, 2016. Vol. 6. No. 2. Pp. 6-15. DOI: 10.21638/11701/spbu16.2016.202. (In Russian)
- Drapkina O.M., Gomanova L.I., Balanova Iu.A. i dr. Rasprostranennost' psikhoemotsional'nogo stressa sredi rossiiskoi populiatsii i ego assotsiatsii s sotsial'no-demograficheskimi pokazateliami. Dannye issledovaniia ESSE-RF3 [Prevalence of psychoemotional stress among the Russian population and its associations with socio-demographic indicators. Data from the ESSE-RF3 study] // *Kardiovaskuliarnaia terapiia i profilaktika*, 2023. Vol. 22. No. S8. Pp. 56-67. DOI: 10.15829/1728-8800-2023-3795. (In Russian)
- Zolotareva A.A. Psikhometricheskaia otsenka russkoiazыchnoi versii shkaly depressii, trevogi i stressa (DASS-21) [Psychometric examination of the Russian version of the Depression, anxiety, and stress scales-21] // *Psikhologicheskii zhurnal*, 2021. Vol. 42. No. 5. Pp. 80-88. DOI: 10.31857/S020595920017077-0. (In Russian)
- Limankin O.V., Kishka T.N., Khan'ko A.V. i dr. Izuchenie udovletvorennosti patsientov kachestvom pomoshchi v psikhiatricheskom statsionare [Study of inpatients' satisfaction with quality of care in a psychiatric hospital] // *Sotsial'naia i klinicheskaia psikhiaatriia*, 2021. Vol. 31. No. 2. Pp. 44-50. (In Russian)
- Lutova N.B., Bortsov A.V., Vid V.D. Metod otsenki sub"ektivnoi udovletvorennosti psikhicheskii bol'nykh lecheniem v psikhiatricheskom statsionare: novaia meditsinskaia tekhnologiia [A method for assessing subjective satisfaction of psychiatric patients with treatment in a psychiatric hospital: a new medical technique]. St. Petersburg, Sankt-

- Peterburgskii nauchno-issledovatel'skii psikhonevrologicheskii institut im. V.M. Bekhtereva Publ., 2006. 17 p. (In Russian)
- Reznik V.A., Gaidukov S.N., Antonenko V.S. i dr. Kharakteristika somatizirovannykh rasstroistv patsientok ginekologicheskikh statsionarov [Characteristics of somatised disorders in gynaecological inpatients] // Vestnik RUDN. Serii: Meditsina, 2009. No. 4. Pp. 220-222. (In Russian)
- Kholmogorova A.B., Subotich M.I., Borisonik E.V. i dr. Emotsional'naiia dezadpatatsiia, uroven' stressa i otnoshenie k bolezni u patsientov skoropomoshchnogo statsionara [Emotional maladjustment, stress level and attitude towards illness in emergency hospital patients] // Pamiati Vasiliuka F.E.: sbornik materialov / Pod red. Arkhangel'skoi V.V., Golzitskoi A.A., Kisel'nikovoi N.V., Semenovoi E.A. M., FBGNU «Psikhologicheskii institut RAO» Publ., 2018. P. 244. (In Russian)
- Kholmogorova A.B., Subotich M.I., Rakhmanina A.A. i dr. Ispytyvaemyi uroven' stressa i trevogi u patsientov mnogoprofil'nogo meditsinskogo tsentra [The Experienced Level of Stress and Anxiety in Patients of a Multidisciplinary Medical Center] // Zhurnal im. N.V. Sklifosovskogo «Neotlozhnaia meditsinskaia pomoshch'», 2019. Vol. 8. No. 4. Pp. 384-390. DOI: 10.23934/2223-9022-2019-8-4-384-390. (In Russian)
- Shmakova V.A., Egorova P.L. Otnoshenie k gospitalizatsii i emotsional'naiia reaktsiia na gospitalizatsiiu u detei [Attitude to hospitalisation and emotional reaction to hospitalisation in children] // Mediko-biologicheskie, klinicheskie i sotsial'nye voprosy zdorov'ia i patologii cheloveka: Materialy III Vserossiiskoi obrazovatel'no-nauchnoi konferentsii studentov i molodykh uchenykh s mezhdunarodnym uchastiem. Ivanovo, Ivanovskaia gosudarstvennaia meditsinskaia akademiia, 2017. Vol. 1. Pp. 36-37. (In Russian)
- Chaara A., Laboudi F., Ouanass A. Hospitalization in Psychiatry: Patients' experiences at Arrazi Psychiatric Hospital in Morocco // European Psychiatry, 2022. Vol. 65. No. S1. Pp. S599-S599. DOI: 10.1192/j.eurpsy.2022.1533.
- Douglas C.H., Douglas M.R. Patient-friendly hospital environments: exploring the patients' perspective // Health expectations, 2004. Vol. 7. No. 1. Pp. 61-73. DOI: 10.1046/j.1369-6513.2003.00251.x.
- Ford D.M., Budworth L., Lawton R. et al. In-hospital stress and patient outcomes: a systematic review and meta-analysis // Plos one, 2023. Vol. 18. No. 3. Pp. e0282789. DOI: 10.1371/journal.pone.0282789.
- Grubaugh A.L., Frueh B.C., Zinzow H.M. et al. Patients' perceptions of care and safety within psychiatric settings // Psychological Services, 2007. Vol. 4. No. 3. Pp. 193. DOI: 10.1037/1541-1559.4.3.193
- Guzmán-Parra J., Aguilera-Serrano C., García-Sánchez J.A. et al. Experience coercion, post-traumatic stress, and satisfaction with treatment associated with different coercive measures during psychiatric hospitalization // International Journal of Mental Health Nursing, 2019. Vol. 28. No. 2. Pp. 448-456. DOI: 10.1111/inm.12546.
- Latha K.S., Ravi Shankar B.G. Hospital related stress among patients admitted to a psychiatric in-patient unit in India // Online Journal of Health and Allied Sciences, 2011. Vol. 10. No. 1. Pp. 1-6.
- Mohammed T.S., Mohammed I.I. Relationship between hospitalization related stress and social support among psychiatric patients // Assiut Scientific Nursing Journal, 2015. Vol. 3. No. 5.0. Pp. 23-32. DOI: 10.21608/asnj.2015.182318.

- Rüsch N., Müller M., Lay B. et al. Emotional reactions to involuntary psychiatric hospitalization and stigma-related stress among people with mental illness // *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 2014. Vol. 264. Pp. 35-43. DOI: 10.1007/s00406-013-0412-5.
- Saeidi M., Safaei A., Sadat Z. et al. Prevalence of depression, anxiety and stress among patients discharged from critical care units // *The Journal of Critical Care Medicine*, 2021. Vol. 7. No. 2. Pp. 113-122. DOI: 10.2478/jccm-2021-0012.
- Soria-Reyes L.M., Cerezo M.V., Alarcón R. et al. Psychometric properties of the perceived stress scale (pss-10) with breast cancer patients // *Stress and Health*, 2023. Vol. 39. No. 1. Pp. 115-124. DOI: 10.1002/smi.3170.
- Volicer B.J., Bohannon M.W. A hospital stress rating scale // *Nursing Research*, 1975. Vol. 24. No. 5. Pp. 352-59. DOI:10.1097/00006199-197509000-00006.

Приложение

Авторская анкета «Причины госпитального стресса»

Оцените, пожалуйста, в целом, уровень своего стресса (беспокойства, тревоги) в связи с госпитализацией в стационар от 1 до 5:

- 1 – минимально возможный стресс;
- 2 – низкий, но заметный уровень стресса;
- 3 – средний, умеренный уровень стресса;
- 4 – сильный, но терпимый уровень стресса;
- 5 – максимально выраженный стресс, самый высокий, какой можно представить.

Далее Вам будет предложен список вещей, которые могли негативно повлиять на Ваше самочувствие в течение госпитализации. Пожалуйста, внимательно прочитайте его и отметьте, какие пункты действительно приносили Вам дискомфорт (заставляли нервничать, повышали уровень стресса и т.п.), а какие – нет (не беспокоили). Первые отметьте знаком «+», вторые знаком «-».

Физическое состояние

1. Физические симптомы, связанные с Вашим заболеванием;
2. Физические симптомы, связанные с побочным действием лекарств, которые Вы принимаете;
3. Жажда;
4. Голод, нарушения аппетита;
5. Проблемы со сном: бессонница, недостаток сна, невозможность заснуть вечером, частые пробуждения по ночам, сонливость;
6. Другое: _____.

Эмоциональное состояние

1. Гнев, злость;
2. Эмоциональное напряжение;
3. Отвращение;
4. Стыд;
5. Беспомощность;
6. Апатия, безразличие к происходящему;
7. Грусть;
8. Одиночество;
9. Переживание отсутствия связи с «внешним миром»;
10. Ощущение потери счета времени.
11. Ночные кошмары;
12. Тревога, связанная с госпитализацией;
13. Тревога по поводу того, что у Вас психическое расстройство;
14. Тревога по поводу того, что Вы тяжело больны;
15. Страх смерти;
16. Страх заразиться внутрибольничными заболеваниями;
17. Страх, связанный с лечением (приемом лекарств, медицинскими процедурами и др.);
18. Страх, что Вы становитесь зависимыми от медикаментов;
19. Страх пропустить приятные/важные события Вашей жизни из-за госпитализации;
20. Страх, связанный с выпиской. Страх надолго остаться в больнице;
21. Страх по поводу состояния Ваших близких, друзей и др.;
22. Страх, что Ваш внешний вид мог измениться;

23. Страх, связанный с уменьшением дохода, финансовыми трудностями;
24. Страх по поводу своего будущего;
25. Страх, что знакомые/коллеги/родственники узнают о Вашем диагнозе или пребывании в психиатрической больнице; страх стигматизации;
26. Другое: _____.

Информация о болезни и лечении

1. Отсутствие данных о своем местонахождении;
2. Отсутствие данных о текущей дате и времени;
3. Отсутствие данных о сроках госпитализации;
4. Отсутствие четких сведений о природе, причине своего заболевания;
5. Отсутствие четких сведений о тяжести своего заболевания;
6. Отсутствие четких сведений о своем диагнозе;
7. Отсутствие четких сведений о программе лечения;
8. Отсутствие четких сведений о том, какие результаты стоит ожидать от терапии;
9. Отсутствие понимания, какие действия могут быть проведены в отношении Вас;
10. Отсутствие некоторых воспоминаний, связанных с госпитализацией, полного понимания, что с Вами произошло;
11. Другое: _____.

Лечение

1. Частые осмотры. Необходимость заполнять множество тестов, опросников в течение госпитализации;
2. Неприятные для Вас медицинские процедуры (взятие анализов и др.);
3. Пробуждение, инициированное медицинским персоналом для проведения медицинских процедур/принятия лекарств;
4. Необходимость принимать медикаменты; неприятные ощущения, связанные с лекарствами;
5. Отсутствие ощущения облегчения от приема медикаментов;
6. Мысли по поводу болезненности/неэффективности лечения;
7. Отсутствие доступа к некоторым медикаментам, которые Вам нужны (например, к обезболивающим препаратам);
8. Проблемы с медицинским страхованием, оплатой лечения, оформлением больничного отпуска и др. Проблемы с документами, справками;
9. Принуждение к согласию на лечение;
10. Другое: _____.

Взаимодействие с медицинским персоналом

1. Зависимость от врача и/или медицинских работников;
2. Смена лечащего врача, наблюдение у незнакомого специалиста;
3. Отсутствие возможности поговорить с врачом и/или медсестрами;
4. Отсутствие реакции медицинского персонала на Ваши просьбы/вопросы;
5. Ощущение, что врачи и медсестры не воспринимают Вас как личность, полноценного человека;
6. Разговоры/шутки/споры медицинских работников, мешающие Вам;
7. Грубость со стороны медицинского персонала;
8. Другое: _____.

Коммуникация с родственниками

1. Разлука с близкими, семьей;
2. Разлука с романтическим партнером;

3. Разлука с друзьями;
4. Госпитализация вдали от дома;
5. Ограниченные часы для посещения родственниками и друзьями, ограниченное время для телефонных разговоров с ними;
6. Другое: _____.

Условия пребывания в больнице

1. Чуждая, неприятная обстановка больницы;
 2. Посторонние, неприятные Вам звуки;
 3. Посторонние, неприятные Вам запахи;
 4. Ощущение, что Вам жарко/холодно;
 5. Слишком яркий и/или постоянно включенный свет;
 6. Непривычные режим сна и бодрствования;
 7. Непривычная/неудобная для Вас постель (матрас, подушка, одеяло);
 8. Необходимость носить больничной халат;
 9. Непривычный для Вас режим питания;
 10. Невкусная/пресная еда;
 11. Отсутствие привычных условий для принятия душа, соблюдения гигиены;
 12. Отсутствие привычных условий пользования туалетом;
 13. Отсутствие возможности пользоваться уборной/ванной комнатой тогда, когда у Вас есть потребность;
 14. Отсутствие постоянного доступа к мобильному телефону или другим средствам связи;
 15. Отсутствие доступа к СМИ или развлекательному контенту (газетам/радио/телевизору/интернету);
 16. Скучное времяпрепровождение;
 17. Ограничения, связанные со списком принимаемых от родственников продуктов питания;
 18. Ограничения, связанные со списком принимаемых от родственников вещей (одежды, предметов гигиены и др.);
 19. Другие пациенты, незнакомые люди, которые постоянно находятся рядом (спят в той же комнате, едят за одним столом и др.);
 20. Необходимость взаимодействовать с другими пациентами: ухаживать за ними, общаться и др.;
 21. Конфликты с другими пациентами, враждебное окружение;
 22. Разговоры/шутки/споры других пациентов, мешающие Вам;
 23. Плач, негативные эмоции других пациентов;
 24. Наличие рядом пациентов, находящихся в тяжелом состоянии;
 25. Отсутствие личного пространства;
 26. Необходимость находиться в одном и том же помещении/в кровати слишком долго;
 27. Отсутствие возможности активно двигаться/заниматься спортом;
 28. Ограниченное время прогулки, неприятные условия для прогулки;
- Другое: _____.

Общее количество отмеченных пунктов:	
--------------------------------------	--