

ІНТЕГРАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ В СИСТЕМУ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ ІЗ ТЯЖКИМИ СОМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЯК НЕОБХІДНА УМОВА ОПТИМІЗАЦІЇ ЛІКУВАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ

¹ Харківська медична академія післядипломної освіти,
² Київський міський клінічний онкологічний центр,
³ КЗОЗ «Обласна дитяча клінічна лікарня № 1», Харків

Доведено актуальність створення багаторівневої системи психоосвітніх, психокорекційних і тренінгових заходів для онкологічних пацієнтів та медичних працівників на основі їх взаємодії в лікувальному процесі на етапах протипухлинної терапії як необхідної складової комплексного підходу до надання допомоги хворому, що орієнтована на підвищення якості його життя, ефективність терапії та сприяння професійній адаптації медперсоналу.

Ключові слова: медична психологія, онкологічний хворий, лікувальний процес.

Сьогодні вплив важкого соматичного захворювання на психіку пацієнта є беззаперечним фактом [1–4]. Зміни у психічному функціонуванні хворого відрізняються за тривалістю (короткотривалі ситуаційні, затяжні, довготривалі), інтенсивністю (психологічні реакції, психічні розлади), характером психопатологічної симптоматики (афективного, невротичного, психотичного регістру) [5]. Вплив на психіку залежить як від проявів хвороби, так і від особистісних особливостей хворого. Специфіку психогенної дії захворювання обумовлюють:

— чуттєвий компонент фізичного дистресу — симптоми захворювання, серед яких особливо тяжкі біль, задуха, нудота, кровотечі, невідконтрольність функцій організму (парези, дисфункція тазових органів);

— видимі дефекти, обумовлені хворобою чи її лікуванням (рубці, відсутність органу — ампутації, стоми, деформації тіла, опіки тощо);

— швидкість наростання фізичного дистресу та міра, в якій можливо усувати чи зменшувати дію негативних факторів;

— прогноз захворювання як медичний, так і соціальний (повне вилікування, хронічний перебіг, інвалідизація, швидке прогресування та летальний кінець);

— ставлення до хвороби соціального оточення (нейтральне, прихильне, негативне). Міфи та уявлення, що пов'язані із захворюванням у соціумі — соціальна стигматизація (психічні хвороби, ВІЛ/СНІД, залежність від психоактивних речовин, онкологія тощо).

Однак важливі не лише характеристики захворювання, але й особистісні патерни пацієнта: актуальний (наявний на момент дії стресора) психоемоційний стан, у тому числі й передіснуючі психічні розлади; характерологічні та особистісні властивості, що виступають як протекторні або, навпаки, сприяють патогену; стресостійкість; вміння адаптуватися до нових життєвих умов, вибудовувати нову систему пріоритетів та відносин; соціальний ресурс (підтримка родини, друзів).

Та це лише вершина айсберга, адже, окрім пацієнта, захворювання, існують різноманітні психологічні аспекти лікування хвороби, психології медичних працівників та їх праці, організації допомоги у лікувально-профілактичних закладах та власне самій системі охорони здоров'я населення.

Лікування захворювання включає такі психологічні питання, як: психологічні зміни, пов'язані з хворобою, на різних етапах терапії; психічні розлади при соматичних хворобах; вплив лікування на життя хворого (обмеження, наслідки); прихильність до лікування (комплаєнс); своєчасність звернення за медичною допомогою (виявлення хвороби на пізніх стадіях, часті необгрунтовані звернення); вибір лікувального закладу або звернення до нетрадиційної медицини; взаємодія з медичним персоналом та хворими; психологія здоров'я.

Синдром емоційного вигорання, професійна адаптація, психологічна компетентність (комунікативні навички, взаємодія з пацієнтами, розуміння психології хворого), робота в колективі, команді, організація професійного часу — все це

є значущими поняттями для психології медичного персоналу та особливостей їх праці.

В організації лікувального процесу у медичних закладах виділяють такі психологічні аспекти:

- наявність спеціалістів із психічного здоров'я у лікувально-профілактичному закладі;
- взаємозв'язок медичної з психологічною та психіатричною службами;
- організація психологічної підтримки для медичного персоналу;
- підвищення професійної компетентності персоналу з питань психології;
- оргконсультування.

Наразі в Україні розробляють та впроваджують у клініку окремі системи психологічної допомоги соматичному хворому та значущому для нього оточенню [6–10], що є проривом медичної психології не тільки на рівні теорії, а й практики. Медична психологія у цьому сенсі має потужний потенціал для вирішення практичних проблем сучасної медицини, орієнтованої на якість життя хворого.

Поширеність злоякісних новоутворень — одна з найважливіших медико-біологічних, соціально-економічних та медико-психологічних проблем у світі та Україні зокрема. У нашій країні щороку виявляють понад 169 тис. нових випадків онкологічних захворювань, і сьогодні загальна кількість хворих становить майже 800 тис.

У численних наукових публікаціях зазначено, що встановлення онкологічного діагнозу для людини стає складним випробуванням та спричиняє різноманітні психологічні реакції, а у ряді випадків призводить до розвитку психічних розладів [2–4]. Так, поширеність психічних розладів серед онкологічних хворих, за результатами досліджень різних авторів, становить від 44 до 62 % [2].

Порушення клініко-психологічної адаптації в онкологічних хворих виявляються через: збільшення тривалості перебування в лікарні; дезадаптивну та анормальну поведінку, пов'язану з хворобою; зниження комплаєнсу; підвищений ризик суїциду; погіршення якості життя; зниження ефективності хіміотерапії внаслідок передчасного закінчення та відмов від повторних курсів; підвищення ризику рецидиву та смерті через погіршення турботи про себе; підвищення психосоціальної захворюваності в родині хворого та «ускладнене горе».

Зрушення у психічному функціонуванні онкологічного хворого можуть з'явитися на будь-якому етапі лікувального процесу. Догоспітальний етап, коли пацієнт знаходить у себе фізичні симптоми, що наводять на думку про можливість розвитку онкологічного захворювання, найчастіше супроводжується переживанням загрози для життя з появою психогенних реакцій тривожного та

депресивного характеру, у нього може розвиватися розлад адаптації. Інтенсивна психогенна реакція із запереченням реальності хвороби може призводити до пізнього звернення по медичну допомогу.

На діагностичному етапі на психологічному рівні присутні висока ситуативна тривожність, сумніви щодо діагнозу і його неприйняття, тому пацієнти консультуються у багатьох лікарів. Зростання психічного дистресу негативно впливає на міжособистісні стосунки, може спричинити конфлікти у родині. Життя людини різко змінюється, вона має проходити численні неприємні процедури. У зв'язку з уявленнями про фатальність онкологічного діагнозу у суспільстві обстежувані намагаються приховати навіть наявність підозри на онкопатологію від оточення й інколи близьких, і таким чином уникнути емоційних конфліктів та стигматизації. А у разі підтвердження діагнозу це стає сильною психотравмою для людини. На діагностичному етапі найчастіше спостерігаються такі психічні розлади, як порушення адаптації, реактивні депресії, депресії із суїцидальними намірами, тривожність та посттравматичний стресовий розлад.

Під час проведення протипухлинної терапії у людини відбуваються переоцінка та зміна життєвої ситуації, зміни у сімейному функціонуванні, знижується соціальний статус (втрата роботи), виникають фінансові витрати на лікування. Саме лікування може мати негативні наслідки у вигляді інвалідизації, формування видимих дефектів, зниженні функціональних фізичних та психічних можливостей організму. Для цього етапу притаманні невротична депресія, тривожні розлади, розлади адаптації та легкі когнітивні порушення («хіміотерапевтичний мозок»).

Перехід на паліативне лікування є переломним та надзвичайно травматичним. Настає екзистенційна криза з глибинною переоцінкою свого життя. У пацієнтів із поширеним пухлинним процесом частим є ураження головного мозку, також присутні пухлинна інтоксикація та метаболічні порушення, що негативно впливають на роботу мозку, наявний високий рівень соматичного дистресу. У 70 % паліативних хворих присутній хронічний больовий синдром. Все зазначене спричиняє зростання тривоги та депресії, зменшення фізичної та психічної активності, вибіркості сприйняття інформації щодо діагнозу та прогнозу. На цьому етапі домінуючими є депресивні стани, асоційовані з больовим синдромом, суїцидальні наміри, невротичні депресії, делірій, психомоторне збудження.

Отже, кожен етап лікування онкологічної патології має свої особливості, що й обумовлює різницю у підході до терапії пацієнта.

З огляду на те що онкологічне захворювання зараховують до категорії хронічної соматичної

патології, багато уваги приділяється вивченню питань тривалості життя після хвороби у поєднанні з його якістю, «вільних від хвороби інтервалів» та «quality-adjusted life years» («роки життя з високим рівнем адаптації та якості життя»). Особливим виміром цієї проблеми є психологічна адаптація пацієнта до життя із захворюванням і прихильність до тривалої терапії — комплаєнс та схильність до лікування.

Психологічне травмування переживає не лише пацієнт і його близьке оточення, але і медичний персонал, який працює з таким контингентом. Власне, особливості професійної діяльності медичних працівників, які надають допомогу хворим з онкопатологією, а саме — потреба у тісній взаємодії з пацієнтами, які перебувають у стані психологічної кризи, необхідність повідомляти «несприятливі новини» та вести діалог на напружені теми (реалії ситуації, можливості лікування, прогноз життя) формують потужний пласт медико-психологічних проблем в онкології. Стресовість взаємодії у поєднанні з необхідністю підтримання достатнього терапевтичного контакту між пацієнтом та медичним працівником відображається на прихильності хворого до лікування і, відповідно, ефективності терапії в цілому.

Адекватна взаємодія з пацієнтом дає змогу: формувати терапевтичний альянс та підвищувати прихильність до лікування (комплаєнс), підвищити якість життя хворого; сприяти психосоціальної адаптації; запобігати виникненню психічних порушень (ятрогеній), викликаних діями або словами медперсоналу. Для лікаря — підтримує високу продуктивність та результативність праці, відчуття професійної компетентності та запобігає синдрому вигорання. Для організації — є показником якості медичної допомоги, сприяє позитивному іміджу лікувального закладу та медичної галузі в цілому.

Із метою профілактики професійної дезадаптації та підвищення якості надання медичної допомоги онкохворим та їхнім родинами для медичного персоналу розроблені психоосвітні та тренінгові програми, спрямовані на покращення сприйняття та усвідомлення інформації хворим, розпізнавання емоційних сигналів, формування терапевтичного альянсу, а також підвищення комунікативної компетентності лікаря та профілактики синдрому вигорання [11–13].

У проект загальнодержавної цільової програми «Боротьба з онкологічними захворюваннями на 2007–2016 роки» до заходів включено пункти щодо розробки програми фахової підготовки спеціалістів та волонтерів із надання психосоціальної допомоги онкологічним хворим та членам їхніх родин, а також підготовки психотерапевтів, психологів та соціальних працівників. Все це

підкреслює актуальність та важливість проблеми медико-психологічної допомоги в онкології на державному рівні.

Проте на сьогодні у науковій літературі і в реальній клінічній практиці відсутні цілеспрямовані системні дослідження проявів та закономірностей клініко-психологічної дезадаптації для онкологічних пацієнтів та професійної — медичного персоналу, який надає медичну допомогу хворим із онкопатологією, на різних етапах протипухлинного лікування. Це свідчить про необхідність проведення подібного дослідження і вирішення проблеми медико-психологічної допомоги в онкологічній практиці під час лікувального процесу.

Лікувальний процес — це послідовність терапевтичних дій, які забезпечують досягнення максимально можливого позитивного результату, а саме — відновлення функцій організму, усунення пошкоджень, покращання якості та тривалості життя. Однак власне лікування є дискомфортним для хворого, особливо в онкології. І навіть якщо пацієнт усвідомлює необхідність лікування, існує ряд психологічно асоційованих чинників, які перешкоджають дотриманню основної лінії терапії. Так і з боку медиків, які працюють в онкології, що є однією з найбільш стресових галузей, присутність негативних психологічних аспектів буде призводити до зниження якості допомоги та власної психотравматизації. Саме тому основою ефективною медико-психологічної системи допомоги буде аналіз змістовних аспектів взаємодії онкологічних хворих та медичного персоналу на всіх етапах лікувального процесу за підтримання достатнього терапевтичного альянсу, сприяння клініко-психологічній адаптації онкологічних пацієнтів та професійній адаптації медичного персоналу.

Багаторівнева система психоосвітніх, психокорекційних і тренінгових заходів для онкологічних пацієнтів та медичних працівників на основі їх взаємодії в лікувальному процесі та залежно від етапу протипухлинної терапії — важлива складова комплексного підходу до надання допомоги хворому з метою підвищення якості його життя та медперсоналу для покращання його професійної адаптації.

Список літератури

1. Максименко С. Д. Психологічна допомога тяжким соматично хворим: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / С. Д. Максименко, Н. Ф. Шевченко. — Ніжин: Міланік, 2007. — 115 с.
2. Смулевич А. Б. Психические расстройства в онкологии (результаты мультицентровой программы «Синтез») / А. Б. Смулевич, А. В. Андрищенко, Д. А. Бескова // Психические расстройства в общей

- медицине.— М.: Медиа Медика, 2009.— № 1.— С. 4–11.
3. Psycho-Oncology / J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen [et al.].— Oxford University press, 2010.— 745 p.
 4. Psychological factors affecting oncology conditions / L. Grassi, B. Biancosino, L. Marmai [et al.] // Adv Psychosom. Med.— 2007.— Vol. 27.— P. 57–71.
 5. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: практическое руководство / В. Д. Менделевич.— М.: МЕДпресс, 2001.— 592 с.
 6. Ветрила Т. Г. Медико-психологічний супровід сім'ї, яка виховує дитину з порушенням психічного розвитку: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук, спец. 19.00.04 «Медична психологія» / Т. Г. Ветрила.— Харків, 2010.— 36 с.
 7. Діхтяр В. О. Особливості сімейної взаємодії «пацієнт — родина» як основа розробки засад застосування психотерапії в комплексному лікуванні хворих на параноїдну шизофренію / О. В. Діхтяр, М. В. Маркова // Мед. психологія.— 2009.— № 2–3.— С. 141–147.
 8. Кужель І. Р. Особливості надання медико-психологічної допомоги родичам інкурабельних онкологічних хворих / І. Р. Кужель, М. В. Маркова // Таврический журн. психиатрии.— 2011.— Т. 15, № 3 (56).— С. 92–99.
 9. Особенности организации и содержание мероприятий в комплексном лечении пациентов онкологического профиля в условиях специализированного противоопухолевого стационара / А. Ю. Васильева, С. И. Табачников, В. Г. Бондарь, М. Б. Доценко // Арх. психиатрии.— 2011.— Т. 17, № 2 (65).— С. 23–25.
 10. Свиридова В. В. Медико-психологічна реабілітація жінок, які перенесли оперативні втручання на внутрішніх статевих органах: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук, спец. 19.00.04 «Медична психологія» / В. В. Свиридова.— Харків, 2010.— 34 с.
 11. Communication skills training for oncology professionals / D. W. Kissane, C. L. Bylund, S. C. Banerjee [et al.] // J. Clin. Oncol.— 2012.— Vol. 10, Iss. 30 (11).— P. 1242–1247.
 12. Васильева А. Ю. Профессиональное выгорание медицинских работников онкологического профиля / А. Ю. Васильева // Арх. психиатрии.— 2008.— Т. 14, № 2 (53).— С. 48–51.
 13. Юрьева Л. Н. Синдром «эмоционального выгорания» у лиц, работающих в сфере охраны психического здоровья: диагностика, профилактика и психокоррекция / Л. Н. Юрьева, В. Е. Семенихина // Укр. вісн. психоневрології.— 2002.— Т. 10, вип. 1 (30).— С. 155–156.

ИНТЕГРАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ В СИСТЕМУ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ТЯЖЕЛЫМИ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КАК НЕОБХОДИМОЕ УСЛОВИЕ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА

М. В. МАРКОВА, И. Р. МУХАРОВСКАЯ, О. В. ПИОНТКОВСКАЯ

Доказана актуальность создания многоуровневой системы психообразовательных, психокоррекционных и тренинговых мероприятий для онкологических пациентов и медицинских работников на основе их взаимодействия в лечебном процессе на этапах противоопухолевой терапии как необходимой составляющей комплексного подхода к оказанию помощи пациенту, ориентированной на повышение качества его жизни, эффективность терапии и содействие профессиональной адаптации.

Ключевые слова: медицинская психология, онкологический больной, лечебный процесс.

INTEGRATION OF MEDICAL PSYCHOLOGY IN MEDICAL CARE SYSTEM FOR PATIENTS WITH SEVERE PHYSICAL ILLNESS AS A PREREQUISITE OF TREATMENT PROCESS OPTIMIZATION

M. V. MARKOVA, I. R. MUKHAROVSKA, O. V. PIONTKOVSKA

Urgency of creating staged psychoeducation, psychocorrection and training system for cancer patients and health professionals on the basis of their interaction in the treatment process at the stages of antitumor therapy as a necessary component of a comprehensive approach to patient care, focused on improving the quality of life, effectiveness of treatment and promotion of professional adaptation was proven.

Key words: medical psychology, cancer patients, healing process.

Надійшла 11.09.2014