

Ю.П. Жогно

Структура та особливості психологічного компоненту паліативної допомоги

*Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К.Д. Ушинського,
м. Одеса, Україна*

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE.2015.2(2):43-48; doi 10.15574/IJRPM.2015.2.43

Паліативна допомога (ПД) хворим з обмеженим прогнозом життя, серед інших, включає психологічний супровід. Її ініціалізація припускає точну діагностику психічного статусу пацієнта, який може змінитися ще до постановки діагнозу обмеженого прогнозу життя. Протягом усього періоду надання ПД психологічний супровід є її облігатним компонентом і включає кілька тематичних розділів – цілей, досягаючи яких мультидисциплінарна команда може забезпечити необхідний обсяг і якість наданих послуг. Запропоновано огляд фахової літератури і контент-аналіз поняття «психологічний компонент паліативної допомоги». В основу дослідження було покладено мультидисциплінарний і холистичний підхід, а також пацієнт-центровану концепцію надання ПД. Визначаючи пацієнт-центрований підхід як базовий у наданні ПД, було задіяно концепцію стійкості, яка визнана ЕАПД і передбачає докорінну зміну парадигми взаємодії усіх учасників надання ПД з пацієнтом. Під стійкістю розуміють здатність пацієнта жити з невилковним захворюванням і долати обумовлені хворобою проблеми, психологічно приймати необхідність зміни планів на майбутнє, що пов'язано з передчасним відходом з життя. Враховуючи потенційну користь даного особистісного ресурсу пацієнта, очевидно, що подібні зміни в структурі його особи набувають критичної маси в загальній проблематиці ПД і змушують звернути особливу увагу всіх учасників надання ПД, особливо в її психологічному компоненті. У ході нашого дослідження структури психологічного компонента паліативної допомоги було виділено чотири основні її елементи, виражені у вигляді необхідних характеристик його цілей: посередництво, комунікативність, етичність, адаптивність.

Ключові слова: паліативна допомога, мультидисциплінарний підхід, хворий з обмеженим прогнозом життя, end-of-life issues, психологічний супровід, dignified death.

Вступ

Необхідність та важливість психологічного компоненту паліативної допомоги (ПД) на сьогодні ніким не заперечується, проте цей постулат не став визначальним у впровадженні ПД в Україні, де комплекс відповідних допоміжних заходів часто обмежується лише медичними та соціальними, що призводить до певної її медикалізації та змушує звернутись до визначення структури та значення психологічного супроводу паліативного хворого та його родини. Психологічний стан хворого, що має паліативний статус, та його родини визначається не лише моментом постановки медичного діагнозу. Чи не найбільшим випробуванням стають психологічні стани, що супроводжують пацієнта під час перебігу хвороби: премор-

бідні переживання, пов'язані із маніфестацією фізіологічних та психічних симптомів хвороби; переживання, пов'язані з визначенням та постановкою діагнозу; переживання, що супроводжують діагностичні та оперативні втручання (пов'язані з фізичним та психічним боєм), симптоматичне лікування тощо. Важливим та вкрай драматичним моментом життя для паліативного хворого стає проблематика прикінцевого періоду життя (т.зв. end-of-life), а також комплекс переживань родини після смерті пацієнта. Усі зазначені психосоматичні феномени та стани знаходяться у площині психологічного компоненту ПД та зазвичай впроваджуються мультидисциплінарною командою (МДК) паралельно із рештою необхідних медичних, соціальних та духовних інтервенцій. Відтак психологічний компонент ПД набуває важливого,

іноді критичного, значення у наданні ПД. Структура та зміст цього компоненту на сьогодні недостатньо визначена та диференційована, що викликає певні методологічні та практичні труднощі. Так, фахівці Інституту паліативної і хоспісної медицини МОЗ України визначають суть психологічного компоненту ПД через вирішення завдань «...полегшення психоемоційних станів, пов'язаних з невиліковним захворюванням, подолання стресу, тривожності, депресії хворих, їхніх родичів та персоналу, залученого до надання паліативної допомоги, обговорення та підготовки до смерті, допомоги близьким родичам під час і після важкої втрати. ... Психологічна підтримка родини хворого покликана зменшити негативний психоемоційний вплив та стрес, пов'язаний з невиліковним захворюванням рідної та близької людини, допомогти їм полегшити горе втрати, при необхідності – з використанням психологічного консультування після смерті хворого» [1].

Психологічна підтримка, яку надають працівники виїзної паліативної служби м. Києва, регламентована «Тимчасовим положенням про організацію паліативної допомоги на дому на базі Територіального центру соціального обслуговування», де визначено основні напрями діяльності служби, серед яких психологічний компонент призначений для «...забезпечення психологічного комфорту на основі принципів індивідуального підходу до кожного хворого та його родини з урахуванням стану хворого, духовних, релігійних і соціальних потреб хворого та його родини» [3]. Даний практичний варіант надання ПД наголошує на пріоритеті надання психологічної підтримки саме родині хворого.

Вочевидь завдання психологічної підтримки недостатньо деталізовані, що ускладнює як її надання, так і підготовку фахівців з цих питань. На нашу думку, *проблемна ситуація*, що лежить в основі нашого дослідження полягає у тому, що психологічний компонент ПД та відповідні поняття недостатньо визначені, мають недиференційоване семантичне поле, що на практиці призводить до некоректної трактовки відповідних функціональних обов'язків штатних одиниць МДК та робочих протоколів.

Метою роботи є визначення семантичного та асоціативного полів поняття «психологічний компонент паліативної допомоги» для уточнення та деталізації його структури.

Об'єктом вивчення є особливості паліативної допомоги пацієнтам з обмеженим прогнозом життя (у тому числі важко та невиліковно хворим), **предметом** є структура психологічного компоненту ПД.

Для досягнення мети дослідження нами передбачається виконання наступних **завдань**: 1) висвітлити стан розробленості проблеми якості паліативної допомоги важко/невиліковно хворим, зокрема її психологічного компоненту, на підставі аналізу сучасних вітчизняних та закордонних літературних джерел; 2) проаналізувати цілі та потенційні мішені психологічного компоненту ПД і, таким чином, 3) з'ясувати його структуру.

Матеріали і методи

Основними методами дослідження стали огляд фахової літератури та контент-аналіз понятійного апарату ПД.

Результати дослідження та їх обговорення

Починаючи огляд, ми виходимо з відомого визначення ВООЗ терміну «паліативна допомога» [14]: «Паліативна допомога – підхід, метою якого є поліпшення якості життя пацієнтів і членів їх сімей, що виявилися перед лицем загрозливого для життя захворювання. ... Ця мета досягається шляхом попередження і полегшення страждань завдяки ранньому виявленню, ретельній оцінці і купіруванню болю та інших обтяжливих фізичних симптомів, а також наданню психосоціальної та духовної підтримки». Саме в ньому інституалізується ПД через специфічну норму соціальних стосунків, як певний соціальний інститут зі встановленими правилами та регламентами, що стосуються взаємодії пацієнта та всіх учасників надання ПД. Очевидно, що окрім першочергової фізіологічної потреби хворого у знеболенні, його страждання містять складові нефізичного ґатунку, які передбачено угамувати підтримкою, відповідно, у соціо-, психо- та духовній сферах життєдіяльності. Більше того, Європейська асоціація паліативної допомоги (ЕАПД) наполягає на тому, що психологічні проблеми, пов'язані з втратою й горем, розвиваються поступово та паралельно до загрозливих життю захворювань [10].

Розглянемо, власне, можливу проекцію потенційних страждань пацієнта та його родини на психологічну сферу буття та відповідну структуру цілей психологічної підтримки.

Відомо, що базовими мішенями ПД у випадку невиліковної хвороби є сукупність проблемних питань та симптомів біопсихосоціальної етіології [3]:

– основні соматичні симптоми та їхній внесок у загальну скруту пацієнта, зокрема у випадку онкологічної нозології [6]: анорексія (30–92%), біль

(35–96%), астенія (32–90%), діспное (10–70%), маячні розлади (6–93%), депресія (3–77%);

– психологічні проблеми через екзистенційний вакуум, інтер- та інтраперсональні ускладнення, нерегульованість питань внутрішньосімейної взаємодії примирення, токсичного рівня почуття сорому та відчаю, тривога та депресія, переживання родинною втрати у період до та після смерті пацієнта тощо [6];

– соціальні ускладнення через втрату соціального статусу та фінансову скруту, непорядкованість юридичних аспектів життя, зокрема впорядкування фінансового та майнового спадку, питання етичності та законності юридичного вибору, невирішеність питань надання соціальної допомоги (економічних та медичних пільг) тощо [2];

– трансцендентні проблеми через страх смерті та есхатологічну невизначеність, усвідомлення власної гріховності, екзистенційну провину та моральний борг перед ще живими та вже померлими тощо [4,5,6,14].

Численими рандомізованими дослідженнями останнього десятиліття підтверджується пріоритетність фокусу ПД на психологічних аспектах, зокрема, D.K. Neuland з колегами, досліджуючи зворотний зв'язок від пацієнтів та їхніх родин у період end-of-life, акцентують на необхідності покращення психологічної та духовної підтримки, кращого планування догляду та поліпшення взаємозв'язків з лікарями, особливо в аспектах, пов'язаних з комунікацією та прийняттям рішень [8].

P.A. Singer називає п'ять чинників якості ПД, що визначили хворі та їхні родини у зворотному зв'язку рандомізованого дослідження. Зокрема серед звичайних чинників – отримання адекватного знеболення та симптоматичного лікування, – пацієнти акцентували біоетичні та комунікативні аспекти психологічного комфорту end-of-life: уникнення небажаного продовження терміну лікування (суб'єктивно необґрунтованого з точки зору пацієнта відтермінування смерті, що, по суті, обертається для нього невинуватим фізичним та психічним болем), досягнення відчуття контролю, зменшення напруження та зміцнення взаємин з близькими [12]. E.V. Clarke [11], досліджуючи модифікованим Delphi-підходом індикатори якості опіки, інтервенцій та поведінки персоналу, виокремлює сім релевантних чинників:

1) можливість прийняття рішень родинною та пацієнтом, враховуючи можливі конфлікти, що супроводжують цей процес;

2) зв'язок МДК з пацієнтом та його сім'єю: для визначення та узгодження цілей ПД між пацієнтом, родинною та МДК; врегулювання конфліктів всередині МДК, проведення консиліумів тощо;

впровадження адаптивних стратегій комунікації, повідомлення bad news (поганих новин); залучення духовних та культурних консультантів для підвищення рівня адаптації пацієнта до end-of-life issue; підготовка пацієнта та його родини до кульмінації процесу вмирання тощо;

3) безперервність ПД: згладжування комунікативного процесу поміж певними етапами ПД (симптоматичне лікування, смерть пацієнта, 12–48-годинний час очікування передачі його тіла, формування команди для підтримки родини на час скорботи);

4) емоційна і практична підтримка для пацієнтів/сімей (забезпечення родини хворого емоційною підтримкою, друкованими та допоміжними матеріалами тощо),

5) можливість для пацієнта та його родини управління доглядом та якістю комфорту: квантифікація стану пацієнта, обговорення та упередження можливих інтервенцій МДК, облік та моніторинг потреб пацієнта та його родини; використання кращих практик для управління симптомами; уникнення зайвих та надмірних інтервенцій, мінімізація зайвої стимуляції пацієнта; психоедукація родини та персоналу МДК;

6) духовна підтримка для пацієнтів/сімей: оцінка потреби у духовній підтримці для пацієнта та його родини; активне залучення священнослужителів; налагодження комунікації з релігійною громадою; фасілітація відповідних духовних практик тощо;

7) емоційна та організаційна підтримка інтенсивних заходів опіки МДК, яка передбачає профілактику емоційного вигорання персоналу МДК, запровадження екологічної комунікації та ефективного менеджменту персоналу.

Ці чинники можна умовно розподілити на категорії – конфліктологічна, біоетична, комунікативна (посередницька) та емоційна, які сукупно описують психологічну проблематику періоду end-of-life. Контент-аналіз семантичного та асоціативного полів висвітленої проблематики дозволяє виокремити декілька основних цілей (мішеней) психологічного компоненту ПД. По-перше, це насичена протиріччями та протилежними інтенціями конфліктогенна площина, де стикаються та постійно протистоять різноманітні цілі (установки) та потреби різновекторного спрямування: пацієнт – МДК, пацієнт – родина, родина – соціум (конвенціональні норми соціума), МДК – професійні стандарти та корпоративні норми. По-друге, це комунікативна площина, де необхідно підтримувати комунікацію між суб'єктами взаємодії під час надання ПД, попри постійний ризик зриву контакту. Очевидно, що суб'єкти даної «паліативної

комунікації» неодмінно стикатимуться із подібним ризиком, оскільки кожен з них час від часу потрапляє в особисту екзистенційну кризу, яка, у свою чергу, є наслідком можливої (неминучої) смерті, потенційної втрати, «токсичної» комунікації та робочого стресу, відповідно, для пацієнта, його родини та фахівців МДК, усвідомленням кінцевих даностей буття (за І. Яломом). По-третє, це потужне моральне напруження через перманентну необхідність для всіх учасників надання ПД приймати етичні рішення, що викликає токсичного рівня емоційний (психічний) стрес. По-четверте, це площина емоцій, яка відтворює трагічну динаміку вмирання, проблеми регуляції власного емоційного стану, синдром емоційного вигорання в родині, психопатологічну симптоматику тощо. По-п'яте, це організаційна площина ПД, де також присутня негативна симптоматика різноманітної етіології: синдром *staff burn-out*, проблеми командоутворення та комунікації поміж персоналом МДК, фахової підготовки персоналу тощо.

R.A. Mularsk [9], досліджуючи можливості дефініції та кваліметрії *якості надання ПД*, стверджує, що існує декілька її кількісних рівнів, які відповідають хронології прикінцевого періоду життя пацієнта: *intensive care – critical care – terminal care – dying* (тобто інтенсивна, критична та термінальна опіка, що передують моменту смерті). Якість комплексної паліативної послуги, відтак, мусить відбивати інтенсивність процесу вмирання. Ріст фізичних та психологічних страждань пацієнта/родини досягає у цей період максимуму та вимагає корекції якості та обсягу ПД, а також конкретизує можливий характер інтервенцій її психологічної складової. Автор доречно використовує відоме поняття «спокійна та легка смерть» (*easy death*), що фактично віддзеркалює квінтесенцію постулату ПД про «якість життя» для вмираючого. Досягнути подібної якості життя хворого, враховуючи психологічний аспект її переживань, необхідно попри ускладнення умов надання ПД.

Розглядаючи динаміку інтенсивності життєвої кризи хворого, доцільно співвіднести її з відповідними особистісними особливостями хворого, які уможливають його спокійний та легкий відхід з життя. ЄАПД, визначаючи важливість психічного стану пацієнта, наголошує на *концепції стійкості*, яка передбачає зміну парадигми взаємодії усіх учасників надання паліативної допомоги з пацієнтом [10]. Установка людини на неприємностях, втратах, зокрема зосередженість на обтяжливих симптомах, ризиках, проблемах і ущербності, має бути змінена установкою на стійкість, орієнтовану

на наявні ресурси хворого та його родини. Під стійкістю ЄАПД розуміє здатність пацієнта жити з невиліковним захворюванням і долати обумовлені хворобою проблеми, психологічно приймати необхідність зміни планів на майбутнє, зумовлених завчасним відходом з життя, наголошує ЄАПД, чим, власне, становить дану особистісну властивість паліативного пацієнта у фокусі основного завдання ПД – забезпечення якості життя та досягнення гідної смерті (*dignified death*). З огляду на потенційну користь даного особистісного ресурсу пацієнта, очевидно, що подібні зміни у структурі його особистості набувають критичної ваги у загальній проблематиці ПД та змушують привернути до себе особливу увагу всіх учасників надання ПД, особливо у її психологічному компоненті.

Висновки

Узагальнюючи вищенаведений огляд фахової літератури та контент-аналіз поняття «психологічний компонент ПД», можна зробити наступні висновки щодо його структури. Остання, відбиваючи складові та зв'язки поміж ними, передбачає трьохвимірну локацію: пацієнт – його родина – МДК. Очевидно, що подібна локація психологічного компоненту ПД визначається концептуальними засадами мультидисциплінарного підходу в сукупності із холистичним поглядом на процес надання ПД та пацієнт-центрованою концепцією взаємодії усіх учасників цього процесу. За цією локацією розташовані всі без винятку **структурні елементи психологічного компоненту ПД**, та, відповідно, його цілі, позначені відповідною властивістю:

- 1) врегулювання конфліктів (*посередництво*);
- 2) встановлення та підтримка ефективної комунікації, яка орієнтує взаємодію всіх учасників надання ПД з пацієнтом у напрямку зростання його стійкості (*комуникативність*);
- 3) вирішення етичних дилем під час надання ПД (*етичність*);
- 4) ефективна регуляція емоційних станів (*адаптивність*).

Перспективи подальших досліджень у даному напрямку ми вбачаємо у експериментальному підтвердженні даної структури, а також у вивченні відповідних до визначених елементів психологічного компоненту ПД ресурсів, релевантних психологічних інтервенцій та моделей взаємодії, що спираються на сучасні методи комунікації та посередництва (медіації) за векторами: «пацієнт-родина», «пацієнт-МДК», «родина-МДК», а також «пацієнт/родина-соціум».

Література

1. Актуальні питання впровадження системи паліативної допомоги та забезпечення прав пацієнтів з обмеженим прогнозом життя в Україні : аналітична доповідь / Ю. І. Губський, А. В. Царенко, О. О. Скорина [та ін.]. – Харків : Права людини, 2009. – 268 с.
2. Губський Ю. І. Фармакотерапія в паліативній та хоспісній медицині [Клінічні, фармацевтичні та медико-правові аспекти] / Ю. І. Губський, М. К. Хобзей. – Київ : Здоров'я, 2011. – 352 с.
3. Інформаційно-аналітичні матеріали щодо стану функціонування паліативної та хоспісної допомоги. – Луганськ : Вид-во ДУ НДІ СТВ, 2013. – 63 с.
4. Рекомендації експертного комітета Совета Европы по организации паллиативного ухода (приняты Кабинетом Министров СЕ 12 ноября 2003 г. на 860-й встрече Представителей Министров) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.eurpeast.org>. – Название с экрана.
5. Сердюк А. М. Наукове забезпечення розвитку системи паліативної допомоги в Україні [Електронний ресурс] / А. М. Сердюк // Матеріали 1-го Національного Конгресу із паліативної допомоги, м. Ірпінь, 26–27 вер. 2012 р. – Режим доступу : <http://www.amnu.gov.ua/index.php?p=articles&area=1&action=displayarticle&id=39&name=aukove-zabezpechennya-rozvitku-sistemi-pal-ativno-do-pomogi-v-kra-n>
6. Bruera E. Integrating Supportive and Palliative Care in the Trajectory of Cancer [Establishing Goals and Models of Care] / E. Bruera, D. Hui // Journal of clinical oncology. – 2010. – Vol. 28, № 25. – P. 4013–4017.
7. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care (National Consensus Project for Quality Palliative Care) [Electronic resource] / NCP One Penn Center West, Pittsburgh, PA 15276-0100. – 3-d edition – Assess mode : <http://www.nationalconsensusproject.org/guideline.pdf>
8. Defining priorities for improving end-of-life care in Canada [Electronic resource] / Heyland D. K., Cook D. J., Rocker G. M. [et al.]; Canadian Researchers at the End of Life Network (CARENET) // CMAJ. – 2010. – Vol. 182 (16). – Assess mode : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20921249>. –E747-52. doi: 10.1503/cmaj.100131. Epub 2010, Oct 4.
9. Mularsk R. A. Defining and measuring quality palliative and end-of-life care in the intensive care unit [Electronic resource] / R. A. Mularsk // Crit Care Med, 2006. – Vol. 34, № 11. – Assess mode : http://www.casadocuidar.org.br/site/pdfs/modulo4/modulo4_critical_care/Suppl10.pdf
10. Radbruch L. White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe. Part 1 / L. Radbruch, S. Payne // European Journal of Palliative Care. – 2009. – Vol. 16 (6) – P. 278–289.
11. Seven End-of-Life Care Domains [Electronic resource] / E. B. Clarke, J. R. Curtis, J. M. Luce [et al.]; Associated Quality Indicators and Related Clinician and Organizational Interventions/Behaviors // Critical Care Medicine. – 2003, in press. – Assess mode : <http://www.aacn.org/WD/Palliative/Content/eolcare-sevenendoflifecare.content?menu=Practice>
12. Singer P. A. Quality End-of-Life Care: Patients' Perspectives [Electronic resource] / P. A. Singer, D. K. Martin, M. Kelner // JAMA. – 1999. – Vol. 281(2). – P. 163–168. – Assess mode : <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.463.9782&rep=rep1&type=pdf>. – doi:10.1001/jama.281.2.163.
13. Stjernswärd J. The public health strategy for palliative care / J. Stjernswärd, K. M. Foley, F. D. Ferris // Journal of Pain and Symptom Management. – 2007. – Vol. 33. – P. 486–493.
14. World Health Organization: WHO definition of palliative care, 2005 [Electronic resource]. – Assess mode : <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Accessed January 12, 2006.

Структура и особенности психологического компонента паллиативной помощи

Ю.П. Жогно

Южноукраинский национальный педагогический университет им. К.Д. Ушинского, г. Одесса, Украина

Паллиативная помощь (ПП) больным с ограниченным прогнозом жизни, среди прочих, включает психологическое сопровождение. Ее инициализация предполагает точную диагностику психического статуса пациента, который может измениться еще до постановки диагноза ограниченного прогноза жизни. На протяжении всего периода оказания ПП психологическое сопровождение является ее облигатным компонентом и включает несколько тематических разделов – целей, достигая которые мультидисциплинарная команда может обеспечить необходимый объем и качество предоставляемых услуг. Предложен обзор профессиональной литературы и контент-анализ понятия «психологический компонент паллиативной помощи». В основу исследования положены мультидисциплинарный и холистический подходы, а также пациент-центрированная концепция оказания ПП. Определяя пациент-ориентированный подход как базовый в оказании ПП, была задействована концепция устойчивости, которая признана ЕАПД и предусматривает коренное изменение парадигмы взаимодействия всех участников оказания ПП с пациентом.

Под устойчивостью подразумевается способность пациента жить с неизлечимым заболеванием и преодолевать обусловленные болезнью проблемы, психологически принимать необходимость изменения планов на будущее, что связано с преждевременным уходом из жизни. Учитывая потенциальную пользу данного личностного ресурса пациента, очевидно, что подобные изменения в структуре его личности приобретают критическую массу в общей проблематике ПД и заставляют обратить особое внимание всех участников оказания ПД, особенно в ее психологическом компоненте. В ходе исследования структуры психологического компонента ПД выделены четыре основных ее элемента, выраженные в виде требуемых характеристик – его целей: посредничество, коммуникативность, этичность, адаптивность.

Ключевые слова: паллиативная помощь, мультидисциплинарный подход, больной с ограниченным прогнозом жизни, end-of-life issues, психологическое сопровождение, dignified death.

The structure and characteristics of the psychological component of palliative care

I.P. Zhogno

PNPU after the name of K.D.Ushinsky, Odesa city

Palliative care for patients with limited life prognosis, among others, includes psychological support. Its initialization involves accurate diagnosis of mental status of the patient, which may change before diagnosis limited life prognosis. Throughout the period of palliative care for psychological support is an obligate component of palliative care and includes several thematic sections - the purpose of achieving multidisciplinary team that can provide the necessary volume and quality of services. In our study, we used a review of the professional literature and content analysis of the concept of "psychological component of palliative care." The basis of the study, we used a multi-disciplinary and holistic approach, as well as the patient-centered concept of palliative care. Determining a patient-centered approach as a base to provide palliative care, we used the concept of sustainability, which is recognized as EAPD and provides a radical change in the paradigm of the interaction of all participants in palliative care with the patient. By stability, we mean the ability of the patient to live with an incurable disease and to overcome problems caused by disease, psychologically accept the need to change the plans for the future, due to premature departure from life. Given the potential benefits of the personal life of the patient, it is clear that such changes in the structure of his personality acquire a critical mass in the general problems of palliative care and forced to pay special attention to all the participants of palliative care, especially in its psychological component. In the course of our research structure psihologicheskogo component of palliative care, we identified four main elements, expressed in the form of the required characteristics - its objectives, namely: mediation, communication, ethics, adaptability.

Key words: palliative care, multidisciplinary approach, a patient with a limited life prognosis, end-of-life issues, psychological support, dignified death.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА:

Жогно Юрій Петрович – к.психол.н., доц. каф. сімейної та спеціальної педагогіки і психології Південноукраїнського національного педагогічного університету ім. К.Д. Ушинського. Адреса: м. Одеса, вул. Старопортофранківська, 26; тел. +38048-731-62-91.

Стаття надійшла до редакції 15.10.2015 р.

НОВОСТИ

В США найден новый метод диагностики инсультов

Как сообщают специалисты из США, они смогли разработать уникальный тест, позволяющий примерно за десять минут установить, подвержен ли человек развитию инсульта или нет.

В том случае, если кто-либо пожалуется на плохое самочувствие и к нему приедет скорая помощь, врачи смогут достаточно быстро провести данный тест, если увидят у пациента какие-либо симптомы состояния, предшествующего инсульту. Для этого понадобится лишь несколько капель крови.

Благодаря данному анализу можно существенно сэкономить время, необходимое для определения заболевания и перехода к лечению. Можно не сомневаться, что разработка позволит спасти немало жизней. Но нужно сказать, что над созданием такого теста трудились многие ученые, но результаты их тестов нужно было дожидаться до нескольких часов. Именно из-за данной особенности они были малоэффективными.

Как говорят врачи, очень важно своевременно установить диагноз, ведь лишь тогда больному можно дать лекарство. Нельзя доходить до этапа, на котором будет очень непросто победить болезнь. Специалисты считают, что прогноз теста будет достаточно точным, ведь лекарства от инсульта способны не только спасти жизнь, но и навредить человеческому организму.

Источник: med-expert.com.ua