

ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

DOI: 10.26693/jmbs04.05.303

УДК 616-006-052-039.75:612.821

Неффа М. Ю.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ НА ЭТАПЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ И ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ

Областной клинический специализированный диспансер радиационной защиты населения,
Харьков, Украина

marinaneffa@gmail.com

В основе паллиативной медицины лежит забота о субъективном состоянии пациента; уход за ним; возможность взять под контроль все симптомы его болезни и в первую очередь боль. Принципы паллиативной медицины нацелены на поддержание качества жизни. При этом цель на излечение больного отсутствует. Философия хосписной помощи базируется на понимании и принятии смерти как естественного процесса, который нельзя ускорить, но в который можно войти, не теряя при этом уровня качества жизни. В статье особо отмечена специфика паллиативной помощи, которая требует синтеза навыков различных медицинских специальностей. Поэтому появление сегодня специалистов паллиативной медицины, а также, как таковой самой специальности является одним из позитивных моментов в онкологической практике. Основные проблемы для онкологического пациента в терминальной стадии заболевания начинаются на этапе перехода от специализированной помощи к паллиативной. Тем более что представление о болезни не всегда соответствует реальности, так как сами врачи в известной степени не всегда дают полноценную информацию и соответственно со стороны родственников она тоже путанная и щадящая. В конечном итоге, лишь малая часть пациентов способны реально и полностью оценивать ситуацию, которая касается как течения заболевания, так и его дальнейших перспектив. Необратимость приближения конца порождает массу психологических реакций. Одним из основных негативных факторов на этом этапе жизни для пациента оказывается невозможность продолжения наблюдения и лечения у его онколога; необхо-

димость поиска другого врача и в конечном итоге осознание необходимости получения медицинской помощи в единственно возможном для него месте – паллиативном или хосписном отделении. При этом предназначение паллиативной медицины не ограничивается оказанием только симптоматической помощи. В онкологии существуют понятия паллиативного лучевого и лекарственного лечения, которые, к сожалению, не проводятся в современных паллиативных отделениях и хосписах. Автором высказывается как одно из перспективных направлений помощи больным терминальными стадиями злокачественных заболеваний, создание на базе существующих онкологических учреждений отделений паллиативной помощи и хосписов. В статье рассмотрены принципы оказания помощи онкологическим больным в отделениях паллиативной медицины; принципы построения взаимоотношений в них между медицинским персоналом, пациентом и его родственниками. Детально прослежены этапы изменения психологических реакций больных с момента поступления в отделение и в процессе пребывания в нём. Убедительно доказана необходимость развития, усовершенствования и дальнейшего внедрения в практическую медицину отделений паллиативной помощи и хосписов, в частности, для поддержания достаточного уровня качества жизни больных со злокачественными новообразованиями.

Ключевые слова: онкологический больной, паллиативная помощь, хоспис, качество жизни.

Введение. Паллиативная медицина, на принципах которой построен хоспис, приходит на смену

радикальной с того момента, когда все средства использованы, а эффекта нет и перед больным встаёт перспектива смерти. В основе паллиативной медицины лежит забота о субъективном состоянии пациента; уход за ним; возможность взять под контроль все симптомы его болезни и в первую очередь боль, какой бы не была её причина [1]. Принципы паллиативной медицина нацелены на поддержание качества жизни. При этом цель на излечение больного отсутствует. Философия хосписной службы включает в себя следующие положения: смерть – естественный процесс, который, как и рождение, нельзя ни ускорять, ни тормозить; паллиативный подход создаёт условия не для лёгкой смерти, а для обеспечения качественной жизни до конца; качество жизни обеспечивается умелым проведением контроля симптоматики заболевания [2, 3].

Несмотря на всё возрастающие возможности современной онкологии, более половины больных злокачественными опухолями обречены погибнуть от прогрессирования заболевания. При этом если спросить онкологов о том, что является самым неприятным моментом в их повседневной практике, то ответ будет однозначный: необходимость оказывать помощь пациентам в терминальных стадиях заболевания, общаться с родственниками и оказывать им психологическую поддержку. Казалось бы, что естественное течение злокачественного процесса подразумевает неотвратимость перехода для большинства больных в терминальную стадию. Этот период времени, который является самым трудным как для пациента, так и для членов его семьи, теоретически должен находиться под пристальным вниманием онколога, который до этого момента был ответственен за проводимое специальное противоопухолевое лечение. В реальности же дело обстоит совершенно иначе. Именно в этот момент онкологи предпочитают удалиться со сцены, оставив больного наедине с пониманием своей обречённости и необходимостью поиска нового лечащего врача.

К сожалению, большинство онкологов видят своей задачей высококлассную хирургию, лучевую терапию, использующую новейшие технические возможности, и лекарственную терапию, которая включает в себя последние разработки ведущих фармакологических компаний мира. Конечно, в свои задачи они также включают предупреждение и лечение рецидивов опухоли, а также купирование побочных эффектов лекарственного лечения. При этом абсолютно не занимаются такими важными для онкологического больного проблемами, как проблема боли; нарушения питания; коррекция депрессивного синдрома; организация оказания

помощи онкологическим больным на дому; психотерапевтической поддержкой пациента и его семьи и т.п. Много сил и времени онкологи тратят на то, чтобы объяснить пациенту с терминальной стадией заболевания или с его прогрессированием, что он не может уже получать лечение в привычной для него клинике. Не менее сложной проблемой для практических онкологов являются и родственники пациента, которые в большинстве случаев, видя в хирургии полное излечение, не могут понять, почему больной, перенесший операцию, оказывается не здоровым. Именно поэтому практикующие онкологи «вздыхают с облегчением», когда пациент исчезает из их поля зрения.

И вот тут необходимо отметить большую роль специалистам паллиативной медицины за то, что они не оставляют онкологических больных с терминальной стадией заболевания и оказывают им необходимую медицинскую помощь в максимальном возможном объеме. Это тем более актуально в связи с тем, что врачи-онкологи не имеют возможности осваивать смежные специальности, а паллиативная помощь требует синтеза навыков различных медицинских специальностей [4]. Поэтому появление специалистов паллиативной медицины, а также как самой специальности таковой является позитивным моментом в сложившейся ситуации.

Цель исследования – изучение изменений психологических реакций онкологических больных в терминальных стадиях опухолевого процесса.

Материалы и методы исследования. Психологические реакции больных со злокачественными новообразованиями на этапе оказания им паллиативной или хосписной помощи.

Обзор и обсуждение. Вероятнее всего, на этапе перехода от специализированной помощи к паллиативной основной проблемой для пациента становится его заболевание, которое своей необратимостью порождает массу психологических реакций [5]. Тем более что представление о болезни не всегда соответствует реальности, так как сами врачи в известной степени не всегда дают полноценную информацию [6]. Путанная и щадящая информация со стороны родственников смешивается с памятными больному случаями из жизни его знакомых с подобным заболеванием. В конечном итоге лишь малая часть пациентов способны реально и полностью оценивать ситуацию, которая касается как течения заболевания, так и его дальнейших перспектив. Логика врача на этапах оказания уже паллиативной и хосписной помощи сталкивается с аффективной логикой пациента. Оптимистическая или депрессивная установка больного субъективизирует оценку ситуации в сознании пациента и то, что мы получаем при

общении с больным является результатом уже «кривой» логики [7].

Таким образом, переживания, которые мы видим уже на финальных стадиях болезни, порой не новы для пациента. Он же испытал многое, впервые столкнувшись с онкологическим учреждением, пройдя в нём этапы диагностики и лечения [8, 9]. Не говоря о том, что среди населения бытует понятие о «фатальности рака», и поэтому сам диагноз уже звучит как приговор смерти, без уточнения временных деталей. В результате у больных формируется целая серия психогенных реакций, в которых надежда и отчаяние сменяют друг друга, порождая то депрессию и апатию, то тревогу и эйфорию. В большинстве своём, как сам тип эмоциональных реакций, так и степень их выраженности зависят от психологического типа личности самого пациента. При этом лейтмотивом переживаний довольно часто звучит навязчивая идея обречённости, наступает завершающая стадия болезни и запускается целый комплекс чувств и мыслей, которые уже формировались ранее, но не имели конкретного подтверждения.

Наряду с этим имеется значительная часть больных, для которых «прозрение» наступает уже в хосписе или отделении паллиативной помощи. Для них проблема осложняется не только тем, что они впервые столкнулись с реальным диагнозом, но и реально осознали прогноз заболевания [10].

Тем не менее, психологический механизм восприятия негативной информации одинаков у всех категорий больных. Шоковая стадия, короткая и сильная, сменяется стадией отрицания, вытесняя ситуацию. Она свидетельствует о неготовности перенести удар и адаптироваться к стрессу [11]. Основная масса больных считает, что «врач ошибается, что надо перепроверить, полученную информацию». В большом количестве случаев «перепроверка информации» приводит к тому, что время для проведения каких-либо лечебных мероприятий бывает безвозвратно упущено. Достаточно часто наряду с неприятием информации о болезни приходит надежда на «чудо», и пациент спешит к экстрасенсам, в церковь и др. Проходит время, и тревога, возникшая в момент шока, сменяется агрессией. В основе этой стадии восприятия болезни лежит всё тот же страх, но пережить его легче в активном состоянии, ища причину и виновных в случившемся. Эта фаза сменяется фазой депрессии. В этом состоянии пациент не только жалеет себя, впадая в тоску и отчаяние, но и ощущает вину перед родственниками, чью жизнь он нарушил заботой о себе. Ещё через какой-то промежуток времени наступает фаза принятия болезни, примирения со своей судьбой [12].

Нами описано лишь теоретическую, стандартную психологическую ситуацию, которая наблюдается у онкологических больных. Однако динамика реакций на заболевание и близящийся исход может быть достаточно разнообразным. Порой вслед за примирением с судьбой у больного может возникнуть жажда жизни. И он после того, как вы обговорили с ним все детали прогноза заболевания вплоть до желаемого погребения, возвращается к вам с вопросом о том, когда же начнётся его лечение. В этом случае позиция врача должна согласовываться с позицией пациента. Если ему нужна надежда, не надо отнимать её у него. Надо оставить пациента в той установке, в которой ему легче пребывать на данном этапе жизни [13].

Что касается информации о болезни, то здесь должен соблюдаться принцип правды, как бы она не была горька. Если пациент хочет знать, что с ним происходит, врач должен давать только правдивую информацию. Нужно отметить, что мы, говоря с больным, судим о нём со своих позиций здоровых людей. И очень часто инстинктивно проецируем на него свои страхи и представления. Принцип «страуса, прячущего голову в песок», далеко не идеальный и не единственный способ поведения. При этом надо исходить из того, что человек способен получать не только вербальную, но и трансситуационную информацию. Мы можем ориентироваться в мире, потому что слышим не только то, что нам говорят, но и как нам говорят. Трудно поверить, что человек умирая, остаётся в полном неведении о том, что с ним происходит. Нас можно обмануть лишь в том случае, если мы сами этого хотим. Но и в этой ситуации мы должны уважать выбор пациента. Таким образом, вопрос сводится к тому, как дать больному информацию, чтобы не слышать его внутреннюю психологическую защиту [14].

Зачастую внутренний мир пациента находится под прессингом родных, которые проецируя на больного свои страхи, заставляют его играть роль оптимиста, который упрямо дожидается завтрашнего улучшения и выздоровления. Поэтому с первых же контактов с семьёй необходимо поставить родственников перед фактом того, что они должны служить в первую очередь пациенту, который находится в здравом уме и имеет право на жизнь и полноценную информацию о ней. И вы, как лечащий врач, ожидаете от семьи той же позиции, а не навязывания своих условий в плане информирования пациента о настоящем этапе болезни, прогнозе и др.

Для беседы с больным психологически правильным будет найти специальное место и время, которое будет для него удобно, где никто не

сможет вам помешать. Вы должны вместе с ним переживать следствия сказанной вами негативной информации, правильно подбирая тон и понимая значимость каждого слова. Ведь речь идёт о жизни и мелочами в этом случае пренебрегать нельзя. Можно случайным непродуманным словом или движением психологически убить больного [15].

Важным условием является доверие пациента к врачу, который будет информировать его о заболевании. Если доверия к врачу нет, то в отделении паллиативной помощи или хосписе любой человек из персонала должен быть готов к тому, что больной захочет говорить именно с ним, потому что он вызывает у пациента доверие. Понимание того, что хочет больной и готовность к сопереживанию, поможет успешно провести беседу.

Вступая в диалог, надо помнить, что «сольную партию» должен вести больной, а вы занимаете место внимательного слушателя. Зачастую пациенту надо «выплеснуть» свои эмоции, выговориться. При этом вы не должны забывать, что больной внимательно следит за вами и отслеживает вашу реакцию на каждое, сказанное им слово [1, 4, 16].

На вопросы пациента о том, что с ним происходит, что у него за заболевание, что его ожидает, нельзя спешить с ответом. Для начала надо понять, не провоцирует ли больной вас, желая получить ожидаемый ответ, а вовсе не правду. Для этого существует метод контрвопроса. Вопросов нужно задавать достаточно много, чтобы лучше понять мотив пациента, его желание узнать правду. Если больной высказывается в оптимистическом ключе, то вы можете не разубеждать его, соглашаться с его точкой зрения и при этом не подтверждать её. Если же вы видите, что пациент хочет знать правду, то он сам вам об этом скажет, а также скажет о своём диагнозе и прогнозе. Ваша задача при этом проконтролировать информацию, что бы больной действительно знал реальное положение вещей [10, 17].

Важным моментом в информировании больного является постепенная подача реального состояния его болезни. Постепенное узнавание правды даёт возможность больному «созреть» к её восприятию в полном объёме. Нужно иметь с пациентом чуткую связь для того, чтобы понимать, когда для него достаточно полученной информации и следует остальное перенести на следующую беседу. Иногда для открытия полной правды о состоянии больного требуется достаточно большое количество времени, особенно в том случае, когда пациент понятия не имеет о том, что с ним.

Очень тяжёлыми бывают случаи двойной ориентации пациента в диагнозе и прогнозе. Неверная информация, полученная от хирургов, очень часто

порождает искреннее недоумение пациента. Заявления хирургов о том, что после удаления опухоли все опасности и страхи позади, что больной здоров, что ничего уже с ним быть не может, вызывает у пациента неприятие информации, которую ему подадут в хосписе или паллиативном отделении. Больной твёрдо верит в то, во что хочет верить, и искренне недоумевает по поводу происходящего с ним. Следует также отметить, что очень часто пациент не знает правду не только о своём заболевании, но и о его прогнозе и возможных вариантах его течения [18].

Следует отметить, что большое значение в получении нами информации играют мимика, жесты и др. Человек способен прочесть информацию через ситуацию, а не путём разговора. Специфика отделения паллиативной помощи и хосписа предполагает повышенное внимание к больному, готовность откликнуться на любую его просьбу. Этот тип поведения медицинского персонала приводит вновь поступивших больных в недоумение. Они достаточно большой промежуток времени находились в обычных медицинских учреждениях, пусть даже онкологического профиля. К сожалению, сегодня у нас нет того отношения в онкологических центрах к больным, какое теоретически должно быть. Персонал наших современных онкологических учреждений мало отличается от персонала районных поликлиник. Онкологи, радиологи, хирурги не уделяют должного внимания психологическому состоянию своих пациентов; не считают нужным обсуждать с ними проблемы их болезни; информировать их в полном объёме о течении, специфике и прогнозе опухоли в каждом конкретном случае. Пациенты онкологических центров зачастую вынуждены общаться между собой и искать информацию о своём заболевании и методах его лечения в интернете. Очень часто бывает так, что пациент более осведомлён о современном состоянии проблем в лечении злокачественных опухолей, чем его врач. Поэтому уровень доверия между больным и врачом на сегодняшний день в онкологии минимален [14, 19, 20].

Пациент онкологического центра зачастую запуган грубым отношением к нему медицинского персонала; вынужден обо всем просить, если не сказать выпрашивать внимание персонала к нему. У него нет возможности нормально общаться с врачом, задавать интересующие его вопросы, получать полноценную информацию о своём заболевании. Поэтому попав в паллиативное или хосписное отделение, принципы которого строятся на особом подходе к каждому больному, пациент сразу догадывается о том, чем вызвано особое к нему внимание и милосердие. Сотрудники паллиативного или

хосписного отделения с первых минут пребывания в нём пациента должны чётко дать ему понять, что он не останется один на один со своей проблемой; что на всём оставшемся жизненном пути с ним рядом будут люди, способные сопереживать и облегчать его страдания. Психологический момент, что в присутствии кого-либо, особенно врача и родных, боль и страдания переносятся легче, работает неукоснительно. И, если в момент рождения человека при этом присутствует медицинский работник, то и конец жизни должен быть обеспечен его присутствием [6, 10].

Выводы

1. В основе паллиативной медицины лежит забота о субъективном состоянии пациента. Поэтому сотрудники паллиативного или хосписного отделения с первых минут пребывания в нём пациента должны чётко дать ему понять, что он не останется один на один со своей проблемой.
2. Что касается информации о болезни, то здесь должен соблюдаться принцип правды, как бы она не была горька. При этом должен соблюдаться принцип доверия пациента врачу, без которого донести до пациента правдивую информацию не представляется возможным.
3. Интеграция паллиативной и хосписной помощи в онкологическую практику даст возможность сохранить преемственность медицинской помощи для этой категории пациентов.

Перспективы дальнейших исследований.

При этом тот тип помощи онкологическим больным, который оказывается в настоящее время в хосписах и специализированных паллиативных отделениях, к сожалению, никак не связан с онкологическими учреждениями. Современный тип организации лечения терминальных стадий в онкологии устраивает всех: и онкологов, и специалистов паллиативной помощи. Однако, на мой взгляд, он не совсем должен устраивать больного. Ведь пока пациент имеет хоть малейшую перспективу, он лечится у онколога. Когда перспективы

нет, то больной уходит в никуда и не всегда попадает в хоспис или отделение паллиативной помощи. В таких условиях даже простейшие медицинские манипуляции, например лапароцентез, становятся для пациента и его родственников трудно-разрешимой задачей. К слову сказать, в отделении паллиативной помощи не всегда можно провести паллиативный курс химиотерапии или лучевой терапии. Ведь как хоспис, так и паллиативное отделение рассчитаны на оказание помощи не только онкологическим больным. С другой стороны, врач-онколог, который вместе с пациентом и его родственниками какое-то время, иногда и очень длительное, боролся за жизнь больного, вынужден со слов самого больного и его родственников, «бросать его и отказывать ему в помощи». Это создаёт дополнительную психологическую нагрузку на врача.

Одним из решений вышеописанной проблемы, на наш взгляд, должна была бы стать организация отделов паллиативной и хосписной помощи собственно в самих существующих на сегодняшний день онкологических учреждениях. Создание подобных отделов или отделений позволило бы объединить врачей различных специальностей; наладить эффективную амбулаторную и стационарную помощь терминальным больным; наладить оказание помощи пациентам, находящимся в домашних условиях.

Таким образом, кроме развития и совершенствования паллиативной и хосписной помощи больным со злокачественными заболеваниями, необходима и их интеграция в онкологическую практику. Только таким образом мы сохраним преемственность оказания медицинской помощи онкологическому больному от момента постановки диагноза до смерти, которая, увы, пока является неотвратимой для части наших пациентов.

References

1. *Meditsinskaya reabilitatsiya* [Medical rehabilitation]. Kniga 1. Pod red akademika RAMN VM Bogolyubova. M: BINOM; 2010. 416 p. [Russian]
2. Balabukha OS. Kachestvo zhizni kak osnova programm reabilitatsii onkologicheskikh bolnykh [Quality of life as the basis for cancer rehabilitation programs]. *Mezhdunarodnyy meditsinskiy zhurnal*. 2015; 4: 11-3. [Russian]
3. Volodin BYu. Vozmozhnosti psikhoterapii v onkologicheskoy klinike [Possibilities of psychotherapy in the oncology clinic]. *Rossiyskiy onkologicheskij zhurnal*. 2013; 1: 43-5. [Russian]
4. *Materyaly mezhdunarodnogo kongressa «Reabylytatsyya y sanatorno-kurortnoe lechenye 2012»* [Materials of the international congress "Rehabilitation and spa treatment 2012"]. M; 2012: 42. [Russian]
5. Sydoruk TA. Tekhnologyy povysheniya kachestva zhizny onkologicheskikh bolnykh [Technologies for improving the quality of life of cancer patients]. *Tekhnologyy psikhologicheskoy y sotsyalnoy raboty v uslovyakh megapolysa: materyaly mezhdunarodnoy nauchno-praktycheskoy konferentsyy*. SPb; 2012: 77-81. [Russian]
6. Fetysova NP. Adaptatsionnaya model bolezny v dynamike reabylytatsyy onkologicheskikh bolnykh s razlychnoy subektivnoy otsenkoy prognoza [Adaptive model of the disease in the dynamics of rehabilitation of cancer patients with different subjective assessment of the prognosis]. *Vestnyk KRSU*. 2016; 8(4): 155-7. [Russian]

7. Cherkasova EA, Krom YL, Novychkova YYu. Medyko-sotsyologicheskoe obosnovanye reabylytatsyy onkologicheskyykh bolnykh [Medical and sociological rationale for the rehabilitation of cancer patients]. *Sotsyologicheskyye nauky*. 2013; 2: 10-5. [Russian]
8. Shanazarov NA, Bulekbaeva ShA, Lysovskaya NYu. Vozmozhnosity y problemy sovremennoy reabylytatsyy v onkologyy [Opportunities and problems of modern rehabilitation in oncology]. *Fundamental Research*. 2015; 1: 1736-40. [Russian]
9. Khasanov RSh. Sovremennyye pryntsypy reabylytatsyy onkologicheskyykh bolnykh (obzor lyteratury) [Modern principles of rehabilitation of cancer patients (literature review)]. *Povolzhskyy onkologicheskyy vestnyk*. 2013; 4: 50-5. [Russian]
10. Bodinet C, Freudenstein J. Influence of marketed herbal menopause preparations on MCF-7 cell proliferation. *Menopause*. 2014; 11(3): 281-4. PMID: 15167307. doi: 10.1097/01.GME.0000094209.15096.2B
11. Cesario A, Ferri L, Galetta D, Pasqua F, Bonassi S, Clini E, et al. Post-operative respiration rehabilitation after lung resection for non-small cell lung cancer. *Lung cancer*. 2015; 57(2): 175-80. PMID: 17442449. DOI: 10.1016/j.lungcan.2007.02.017
12. Egebiad M, Nakasone E, Werb Z. Tumors as organs: complex tissues that interface with the entire organism. *Dev Cell*. 2011; 18(6): 884-901. PMID: 20627072. PMCID: PMC2905377. DOI: 10.1016/j.devcel.2010.05.012
13. Israel I, Edelstein R, Mannoni P, Radot E, Greenspan EM. Plasmapheresis in patients with disseminated cancer. Clinical results and correlation with changes in serum protein. The concept of "nonspecific blocking factors". *Cancer*. 2014; 40(6): 3146-54. PMID: 589571. DOI: 10.1002/1097-0142(197712)40:6<3146::aid-cnrcr2820400659>3.0.co;2-n
14. Joensuu H. From molecular biology to Lazarus responses. *Ann Oncology*. 2014; 25(4): iv2. doi: 10.1093/annonc/mdl285.1
15. Lianos G, Mangano A, Cho W. Circulating tumor DNA: new horizons for improving cancer treatment. *Future Oncol*. 2015; 11: 545-8. doi: 10.2217/fon.14.250
16. Belaya kniga: Standarty i normy khospisnoy i palliativnoy pomoshchi v Evrope. Chast 1 [White Paper: Standards and norms for hospice and palliative care in Europe. Part 1]. *Palliativnaya meditsina i reabilitatsiya*. 2016; 1: 24-39. [Russian]
17. Vandeman Dzh. *Zhizn posle smerti* [Life after death]. Per s angl. M: OOO «Lotest»; 004. 224 p. [Russian]
18. Voronenko YuV, Hubskey YuH, Tsarenko AV. Pytannya pidhotovky kadriv ta rozvytok naukovykh doslidzhen z paliativnoi medytsyny yak peredumova stvorenniya suchasnoi systemy paliativnoi ta khospisnoi dopomohy v Ukraini [Issues of training and development of palliative medicine research as a prerequisite for the creation of a modern palliative care system in Ukraine]. *Mizhnarodnyi zhurnal reabilitatsiyi ta paliativnoi medytsyny*. 2018; 2(2): 59-66. [Ukrainian]
19. Hubskey YuH, Khobzey MK. *Farmakoterapiya v paliativniy ta khospisniy medytsyni. Klinichni, farmatsevtichni ta medyko-pravovi aspekty* [Pharmacotherapy in palliative and hospice medicine. Clinical, pharmaceutical and medico-legal aspects]. K: Zdorov'ya; 2018. 352 p. [Ukrainian]
20. Danylov AB, Danylov AB. *Upravlyenye bolyu. Vyopsykhosotsyalnyi podkhody* [Pain management. Biopsychosocial approach]. M: AMM PRESS; 2012. 568 p. [Russian]

УДК 616-006-052-039.75: 612.821

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ НА ЕТАПІ ПАЛІАТИВНОЇ ТА ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ

Неффа М. Ю.

Резюме. В основі паліативної медицини лежить турбота про суб'єктивний стан пацієнта; догляд за ним; можливість взяти під контроль всі симптоми його хвороби і в першу чергу біль. Принципи паліативної медицини націлені на підтримку якості життя. При цьому мета на лікування хворого відсутня.

Філософія хоспісної допомоги базується на розумінні та прийнятті смерті як природного процесу, який не можна прискорити, але в який можна увійти, не втрачаючи при цьому рівня якості життя. У статті особливо відзначена специфіка паліативної допомоги, яка вимагає синтезу навичок різних медичних спеціальностей. Тому поява фахівців паліативної медицини, а також, як такої самої спеціальності сьогодні є одним з позитивних моментів в онкологічній практиці.

Основні проблеми для онкологічного пацієнта в термінальній стадії захворювання починаються на етапі переходу від спеціалізованої допомоги до паліативної. Тим більше, що уявлення про хвороби не завжди відповідає реальності, так як самі лікарі до певної міри не завжди дають повноцінну інформацію і відповідно з боку родичів вона теж плутана і шадна. В кінцевому підсумку, лише мала частина пацієнтів здатні реально і повністю оцінювати ситуацію, яка стосується як перебігу захворювання, так і його подальших перспектив. Незворотність наближення кінця породжує масу психологічних реакцій.

Одним з основних негативних чинників на цьому етапі життя для пацієнта виявляється неможливість продовження спостереження і лікування у його онколога; необхідність пошуку іншого лікаря і в кінцевому

підсумку усвідомлення необхідності отримання медичної допомоги в єдиному можливому для нього місці - паліативному або хоспісної відділенні. При цьому призначення паліативної медицини не обмежується наданням лише симптоматичної допомоги. В онкології існують поняття паліативного променевого і лікарського лікування, які, на жаль, не проводяться в сучасних паліативних відділеннях і хоспісах.

Автором висловлюється як один з перспективних розвитків допомоги хворим термінальними стадіями злоякісних захворювань, створення на базі існуючих онкологічних установ відділень паліативної допомоги та хоспісів.

У статті розглянуті принципи надання допомоги онкологічним хворим у відділеннях паліативної медицини; принципи побудови взаємовідносин в них між медичним персоналом, пацієнтом і його родичами. Детально простежено етапи зміни психологічних реакцій хворих з моменту надходження до відділення і в процесі перебування в ньому. Переконливо доведено необхідність розвитку, вдосконалення і подальшого впровадження в практичну медицину відділень паліативної та хоспісної допомоги, зокрема, для підтримки достатнього рівня якості життя хворих із злоякісними новоутвореннями.

Ключові слова: онкологічний хворих, паліативна допомога, хоспіс, якість життя.

UDC 616-006-052-039.75: 612.821

Psychological Characteristics of Cancer Patients at the Stage of Palliative and Hospice Care

Neffa M. Yu.

Abstract. Palliative medicine is based on caring for the patient's subjective state; care for the patient; the ability to control all the symptoms of the patient's illness and pain in the first place. The principles of palliative medicine are aimed at maintaining the quality of life. In this case, the goal of curing the patient is missing. The philosophy of hospice care is based on the understanding and acceptance of death as a natural process that cannot be accelerated, but which can be entered without losing the level of quality of life.

The article highlights the peculiarities of palliative care requiring the synthesis of skills of various medical specialties. Therefore, the emergence of palliative medicine specialists as well as the specialty itself is one of the positive moments in oncological practice. The main problems for a cancer patient begin at the stage of transition from specialized to palliative care. Moreover, the perception of the disease does not always correspond to reality, as the doctors do not always provide complete information and, accordingly, the information from relatives is also confused and sparing.

In the end, only a small proportion of patients are able to really and fully assess the situation, which concerns both the course of the disease and its future prospects. The irreversibility of the approaching death generates a lot of psychological reactions. One of the main negative factors at this stage of life for a patient is the impossibility of continuing observation and treatment at his oncologist; the need to find another doctor and ultimately the awareness of the need for medical care in the only possible place for him/her – the palliative or hospice ward.

In this case, the purpose of palliative medicine is not limited to providing only symptomatic relief. In oncology, there are concepts of palliative radiation and drug treatment, which, unfortunately, are not carried out in modern palliative departments and hospices. The author suggests creating palliative care departments and hospices on the basis of existing oncological institutions as one of the promising developments in the care of patients with terminal stages of malignant diseases.

The article discusses the principles of care for cancer patients in the departments of palliative medicine; principles of building relationships between the medical staff, the patient and his/her relatives. The stages of changes in the psychological reactions of patients from the moment they entered the department and in the process of staying in it, were traced in details. The need for development, improvement and further implementation of palliative care and hospice departments into practical medicine has been convincingly proven. In practice it will help to maintain an adequate level of quality of life for patients with malignant tumors.

Keywords: cancer patient, palliative care, hospice, quality of life.

The authors of this study confirm that the research and publication of the results were not associated with any conflicts regarding commercial or financial relations, relations with organizations and/or individuals who may have been related to the study, and interrelations of coauthors of the article.

Стаття надійшла 28.05.2019 р.

Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування