

ПАРАМЕТРИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

I. В.Сергет

Херсонський державний університет, nort150469@gmail.com

Науковий керівник: доктор психологічних наук, професор I. С. Попович

Дослідження якості життя людини хворої на онкологію невід'ємно пов'язане з етапами її хвороби та процесом лікування. Довготривала, болісна боротьба з хворобою, відсутність можливості жити звичним життям, страх нестерпних страждань перед смертю та очікування фатального фіналу захворювання чинять тиск на психіку хворого, а це, в свою чергу, викликає зміни в особистості пацієнта та зміни у його відносинах зі світом [1, с. 33]. Психологічний стан людини, яка уперше зіткнулася з можливою наявністю у неї онкологічної хвороби представлений у п'яти основних стадіях психологічної реакції: 1) заперечення або шок; 2) гнів; 3) «торгівля» (спроба «змови» з долею); 4) депресія; 5) прийняття. Ці стадії не завжди йдуть у встановленому порядку, і людина може залишитися на який-небудь стадії, або навіть може повернутися до попередньої. Шок, який викликало у хворого, повідомлення про встановлення онкологічного діагнозу, надає йому розуміння про нові особисті можливості свого існування у зміненому для нього світі. Прийняття хвороби пацієнтом забезпечене проходженням усіх стадій психологічної реакції і наповнене різними переживаннями. Темп просування на стадіях індивідуальний. Психологічні реакції на захворювання змінюються в залежності від стадій прийняття хвороби. На кожній з них пацієнтом вирішуються свої психологічні завдання, і кожна зі стадій характеризується переважним типом реагування. Кожному з етапів пристосування до онкологічної хвороби притаманні належні клінічні особливості. Стадія«шоку» або заперечення, в першу чергу, це діагностичний етап, коли перед хворим постає факт підозри чи наявності онкологічного захворювання і необхідності дати свою згоду на обстеження та лікування. Стрес, який отримує пацієнт під час встановлення діагнозу, його інтенсивність впливу і тривалість можуть

перевищувати функціональні можливості організму протидіяти, таким чином зростає напруження механізмів центральної нервової системи. Засіб реагування на хворобу іноді може знизити, а іноді підсилити емоційний вплив стресу на організм [4]. Водночас формується синдром розумово-емоційного (нервового) перенапруження. Такий стан не дозволяє людині одразу прийняти свій діагноз, а тому і не дає можливості продуктивно почати боротьбу з цією важкою хворобою. Цьому етапу притаманні гострі шоківі реакції, такі як страх, заперечення, ніяковість, жах та тривожно-депресивні розлади. У пацієнта спостерігається в основному анозогнозичний тип реагування, який є психологічним захистом для хворого. Другим етапом є потрапляння на лікування у стаціонар. У хворих відбувається деяке послаблення переживань, вони потрохи намагаються адаптуватися до нової життєвої ситуації [3]. Психологічна реакція хворого на своє становище, у цей час, формується з декількох позитивних та негативних чинників. Позитивним є початок лікування, увага лікарів та турботливе ставлення медичного персоналу, приклади одужання, про які розповідають інші пацієнти та ті, які спостерігає хворий. Негативним є важкість та ускладнення лікування, почуття самотності, відрив від родини, а також історії, які розповідають інші пацієнти про випадки несприятливого результату лікування. У передопераційному етапі, під час очікування операції найчастіше спостерігаються переживання через спотворення зовнішнього вигляду, хронічний біль, безпліддя, алопецію, ризик летального результату, а ці чинники створюють надвисокий рівень тривоги, яка, в даному випадку, є нормою. Надалі, у післяопераційному періоді у свідомості хворого головне місце займає страх ускладнень, занепокоєння з приводу наслідків операційного втручання, неспроможність активної фізичної діяльності, загальна стомлюваність, очікування результатів гістологічного аналізу, які впливають на тактику подальшого лікування. Наступним етапом є лікування променевою або хіміотерапією, яке супроводжується відчуттям хронічної стомленості, фізичної виснаженості. У періоді, виписки зі стаціонару, значних психопатологічних станів не відбувається, так як людина вважає, що

потрапила у ремісію завдяки тому, що контролювала ситуацію, а саме, дотримувалась правил поведінки притаманній онкологічним хворим: дієтичного харчування, режиму сну та відпочинку, позитивному ставленню, молитвам, ретельно виконувала призначення лікаря. Але є випадки, коли хворі відчують високий рівень тривоги з приводу відсутності лікарняного контролю у домашніх умовах. Важливим, в цей час, для хворого є підтримка родини [5]. Увесь цей час свідомість хворої людини опиняється під впливом проходження, спочатку стадії шоку, надалі гніву, або агресії, яка характеризується типом реагування, таким що звинувачує. Стадії депресії, якій властивий депресивний, тривожний тип реагування. Стадії «торгівлі» або спроби «змови» з долею, де можуть зміцнитися або похитнутися системи духовних вірувань. На стадіях агресії і депресії онкологічний пацієнт відчуває сильні почуття та страждання. Тільки після проживання страждання, коли сильні почуття були проявлені та виражені, у хворого знижується психологічна напруга. Всі ці реакції необхідні, так як, завдяки їм, відбувається переживання і прийняття хвороби. На стадії прийняття формується нова ідентичність особистості: хвора людина ідентифікує себе з «хворим», що свідчить про інтелектуальне прийняття захворювання, яке відбувається раніше, і про емоційне, наступаюче пізніше, прийняття хвороби, що дозволяє активно і відповідально лікуватися. Ця ідентичність особистості хворого може зберігатися до загострення або рецидиву захворювання. При їх настанні адаптаційні механізми особистості людини починають знову працювати в пошуку нової ідентичності. Інакше кажучи, проходження стадій прийняття хвороби запускається знову. Кожній стадії притаманний свій особливий психологічний стан, який неодмінно впливає на якість життя людини, тому роботу психолога з пацієнтами хворими на онкологію умовно можливо поділити на три фази. На першій фазі, перед хворим постає задача прийняття факту «я-хворий». На другій фазі, після прийняття хвороби, з'являється нова ідентичність людини, яка має бажання лікуватися та контролює своє захворювання і життя на стільки на скільки їй це зрозуміло. Здобувається

досвід життя при зміні життєвої ситуації. На третій фазі, хворий сприймає ситуацію онкологічного захворювання, як кризу. Хронічний стрес, який переживає людина під час онкологічного захворювання, сприяє розвитку деструктивних змін особистості [2]. Щоб позбутися цієї руйнівної інформації, психіка людини запускає несвідомі захисні психологічні механізми такі як: витіснення, під час якого інформація про хворобу переходить із свідомого до несвідомого; регресія, тобто повернення до більш ранніх, інфантильних особистих реакцій; заперечення злякисного характеру захворювання; раціоналізація, коли хвора людина пояснює інформацію про хворобу так, що вона стає прийнятною; інтелектуалізація, завдяки якій здійснюється контроль над емоціями за рахунок переваження міркувань про свої емоції замість їх безпосереднього переживання. Механізми психологічного захисту розподіляються на незрілі, такі, що не дають допуску інформації, що травмує особистість потрапити до свідомості, та зрілі, такі, що інтерпретують інформацію, яка потрапляє до особистості, «безболісним» для себе чином [2]. Психологічні механізми, які використовує хворий, послаблюють емоційну напругу знижують страх та тривогу, але заважають людині прийняти, а далі і переробити травматичну інформацію стосовно її хвороби.

Параметрами характеристики якості життя, яке пов'язано зі станом здоров'я, є особистий сенс хвороби та задоволення чи не задоволення хворим своїм емоційним станом, а також міжособистісні взаємодії, відношення у родині, економічний стан та ін. [1, с. 40]. Пацієнти, у яких діагностовано рак, дуже часто мають низький рівень якості життя, у зв'язку з побічними ефектами і ускладненнями, які проявляються больовим синдромом, емоційним виснаженням, що виникає як під час лікування, так і навіть має змогу виникати через місяці та роки після одужання.

Якість життя являє собою інтегральну характеристику фізичного, емоційного, психологічного та соціального функціонування людини, і будується на суб'єктивному сприйнятті. Це динамічний стан, функція, яка змінюється з часом, та залежить від виду та перебігу хвороби, процесу

лікування і системи надання медичної допомоги. Результати багатьох світових досліджень вказують, на те що у більшості відсотків хворих на рак спостерігається наявність одного чи кілька симптомів, які погіршують якість їх життя, а саме спостерігається втомленість, депресія почуття тривоги, порушення сну. Навіть після одужання хворі мають страх рецидиву та метастазування, який, в свою чергу, створює емоційні труднощі у процесі адаптації до нормального життя. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) 74,43% померлих від онкологічних захворювання мали в своєму анамнезі один чи кілька чинників ризику здоров'я, а саме: паління, зловживання алкоголю, нераціональне харчування, гіподинамія, інфекції (гепатит В та ін.) [2]. Сучасні світові дослідження прийшли до висновку, що великий відсоток онкологічних хвороб можливо було попередити, якби по відношенню до профілактики здоров'я населення були реалізовані такі заходи, як: підвищення фізичної активності, поліпшення та контроль за раціоном харчування, безпечний секс, обмеження вживання алкоголю, обмеження у палінні, контроль за вагою, контроль під час перебування на сонці, проходження звичайних аналізів скринінгу раку.

Якість життя являє собою весь досвід життя людини з його цінностями, цілями, подіями, відношенням до здоров'я і хвороб. Онкологічне захворювання змінює психічне становище людини, примушує хворого пристосовуватися до регулярно виникаючих змін свого стану. Довготривала, важка хвороба з діагнозом рак потребує від людини виробити адекватну систему психологічної компенсації, без якої важко повернутися до звичного життя. Для хворих на рак, суттєвим чинником для соціальної і психологічної адаптації до хвороби, є не тільки безпосереднє відчуття загрози життю під час встановлення діагнозу, але і хронічний характер цієї загрози в подальшому, а також важке, довготривале, токсичне лікування, оцінка хворим наслідків лікування, розуміння можливості жити повноцінним життям під час лікування та під час ремісії онкологічної хвороби, індивідуальні можливості психосоціальної адаптації у нових умовах життя. Ситуація перебування «на межі життя і смерті» змушує пацієнтів з

онкологічною патологією більш уважно замислитися над своїм життям, над цінностями, які складають сенс власного життя. Найважливішим зовнішнім ресурсом, щоб упоратися з онкологічною хворобою, становлять соціально-економічні умови життя, соціальна підтримка з боку рідних, друзів, медичних робітників, а також психологічна допомога онкологічним хворим та членам їх сімей.

Якість життя онкологічного хворого, поряд з іншими критеріями, визначає можливість досягнення успіху у лікуванні. Дослідження динаміки якості життя хворої на онкологію людини, вивчення того, що відбувається у її свідомості, означає вивчення об'єктивних обмежень життєвого функціонування, суб'єктивно-особистих реакцій, емоційно-афективних станів та мотиваційно-поведінкових характеристик, які виникають у зв'язку з хворобою, а це є необхідним для розуміння психологічних особливостей кожного окремого пацієнта та властивого йому реагування на хворобу, та надає можливість вдало підібрати форму психологічної корекції. Згідно світовим дослідженням, пацієнтам з онкологічною патологією, які під час та після проведення необхідного їм лікування почали психореабілітаційну терапію, дали показники поліпшення якості життя і меншу ймовірність піддатися рецидиву. Змістом психологічної допомоги є забезпечення емоційної, смислової та екзистенційної підтримки хворого, обумовленої онкологічним захворюванням.

Література:

1. Вассерман Л. И., Трифонова Е. А. Методология исследования связанного со здоровьем качества жизни. *Психолог. диагностика расстройств эмоц. сферы и личности: коллект. монография*. СПб.: Скифия-принт, 2014. С. 30–43.
2. Семиглазова Т. Ю., Карицкий А. П., Чулкова В. А., Вагайцева М. В. Качество жизни с точки зрения врача и пациента. *Материалы XIX Российского онкологического конгресса*, М., 2015.
3. Hoffman, M. A., Robert, W., Trisha L. Social Cognitive Perspective on Coping with Cancer: Theory, Research, and Intervention. *The Counseling Psychologist*. 2013. Vol. 41. p. 240-267.

4. Lu D., Fall K., Sparén P., Ye W., Adami H. O., Valdimarsdóttir U., Fang F. Suicide and suicide attempt after a cancer diagnosis among young individuals. *Ann. Oncol. J.* 2013. Vol. 24 (12). P. 3112–3117. doi: 10.1093/annonc/mdt4
5. Pérez, S., Galdón, M. J., Andreu, Y., Ibáñez, E., Durá, E., Conchado, A., et al. (2014). Posttraumatic stress symptoms in breast cancer patients: temporal evolution, predictors, and mediation // *J. Trauma Stress*, 2014, Vol.27.-P. 224–231.