

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 754 (09.12.2016).
754 Journal of Education, Health and Sport eISSN 2391-8306 7

© The Author(s) 2017;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland

Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

Received: 02.01.2017. Revised 16.01.2017. Accepted: 24.01.2017.

PSYCHOLOGICAL HELP FOR FAMILY MEMBERS OF CANCER PATIENTS AT DIFFERENT STAGES OF THE TREATMENT

I. R. Mukharovska

Kiev Municipal Clinical Oncological Centre, Ukraine

e-mail: mukharovska.i@gmail.com

Summary

The targets for medical and psychological assistance to family members of cancer patients at different stages of treatment are determined in the article presented. **Materials and methods.** The study was carried out at the Kyiv Municipal Clinical Oncological Center, 218 family members of patients with cancer took part in it. 79 persons had a sick relative at the stage of initial treatment, 68 –re-treatment and 71 –at palliative care. Diagnostic tools – psychodiagnostic semi-structured interviews. **Results.** Relatives of cancer patients experienced high levels of stress due to diagnosing cancer in their loved one, which manifested in emotional stress, disturbance of family functioning, difficulties interaction with the patient, the formation not adaptive behavior. The content features of the various stages of treatment determined differences in the psychological tasks and activities. **Conclusions.** Psychological measures for family members of cancer patients is important part of psychooncological help.

Key words: patient's family, cancer service, psychological help, psychooncology, psychocorrection, psychoeducation.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ДЛЯ ЧЛЕНІВ СІМ'Ї ОНКОХВОРИХ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ ЛІКУВАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ

І. Р. Мухаровська

Київський міський клінічний онкологічний центр

mukharovska.i@gmail.com

Вступ. Онкологічне захворювання – це значний стрес для хворого. Онкологічна захворюваність в Україні становила у 2014 році 372,4 на 100 тис. населення [1]. Проте психологічному травмуванню підпадає не лише пацієнт, але і його родина [2]. Кожного онкологічного хворого оточують близько 7 членів сім'ї, які залучені до допомоги. Хронічна хвороба виключає рідних з соціального життя в наслідок догляду за пацієнтом, знижує рівень їх фізичного та психічного благополуччя. Діагностування раку спричиняє «коливальний ефект» у родині, що полягає у виникненні страхів, невизначеності, порушення планів та зміну укладу життя, міжособистісної комунікації, екзистенційну тривогу, посилення сімейного напруження [3, 4]. Психологічний стрес у сім'ї є результатом дії серії множинних, переплетених та багаторівневих факторів у вигляді рецидиву раку, продовження хвороби, змін у терапевтичній тактиці.

Актуальність. Сім'я має важливе значення для людини в складних життєвих обставинах. Перебіг онкологічного захворювання супроводжується негативними емоційними переживаннями, тоді як прогресування хвороби приводить до зниження працездатності та можливостей самообслуговування, тому потреба у сторонній допомозі стає особливо важливою. Це ставить перед сім'єю значні вимоги та спричиняє високий психічний дистрес [5, 6]. Переживаючи наявність онкологічного захворювання у одного з членів родини, сім'я намагається перебудувати своє функціонування, що спричиняє дестабілізацію навіть у ресурсних та добре адаптованих сімейних системах [7]. Сім'я має навчитися спілкуватися та підтримувати хворого, вміти реагувати на негативні емоції та висловлювання пацієнта щодо онкології, регулювати вплив пригніченого настрою на сімейне функціонування, долати наслідки зміни ролей. Родина онкохворого безумовно потребує психологічної допомоги, що робить розробку

медико-психологічних заходів для сім'ї пацієнта пріоритетним завданням психоонкології.

Мета дослідження – визначити мішені медико-психологічної допомоги для членів сім'ї онкологічних пацієнтів на різних етапах лікування.

Контингент та методи дослідження. Дослідження проводилося на базі Київського міського клінічного онкологічного центру протягом 2012 – 2016 років. За інформованої згоди у психодіагностичному обстеженні прийняли участь 218 членів родини хворих з онкопатологією: 79 осіб – на етапі первинного лікування їх близького – Г(п), 68 – повторного Г(в), та 71 – паліативної допомоги Г(пал). У групі обстежених 67,9% становили опитувані жіночої та 32,1% - чоловічої статі, 59,2% респондентів перебували в шлюбі з хворим (дружини і чоловіки) та 40,8% були дорослими дітьми пацієнтів.

В якості діагностичного інструментарію застосовано напівструктуроване клініко-психологічне інтерв'ю. Статистична обробка проводилася з використанням MS Excel v.8.0.3.

Результати та їх обговорення. Родичі хворого переживали виражений психічний стрес у зв'язку із встановленням онкологічного діагнозу близькій людині, що відображалось у негативних переживаннях. Спектр психологічних проблем членів сім'ї було розділено на 4 блоки: брак інформації, власні переживання, взаємодія з хворим, залученість до лікування. Відмінності у вираженості потреби та змісті медико-психологічних заходів обумовлювалися особливостями кожного з етапів терапії. Первинне зіткнення з онкологічною хворобою характеризувалося наскрізним браком інформації та опорою у своїх судженнях про захворювання на соціально-популярні уявлення та міфи, відсутністю навиків взаємодії з хворим та контролю власного емоційного стану у типових ситуаціях, пов'язаних з онкологічним стресом. Повторні курси протипухлинної терапії супроводжувалися зростанням обізнаності та формуванням певного стилю пристосування до ситуації. Проте спостерігалось погіршення фізичного стану пацієнтів, зростання залежності від оточення і медичного персоналу, хроніфікація дезадаптивних патернів реагування на хворобу (у разі їх наявності). Перехід на паліативне лікування після тривалого періоду спеціалізованого, обумовлювали кардинальну зміну лікувальних завдань: посиндромну медичну допомогу на відміну від патогенетичної, значні зусилля мали спрямовуватися на догляд за хворим з метою заміщення втрачених можливостей самообслуговування. Тобто рідні

зіштовхувалися з якісно іншими принципами терапії та мали засвоїти нову інформацію та навички, загострювалися екзистенційні переживання.

Необхідність у інформації була актуальною для будь-якого лікувального періоду, показники високої необхідності становили: $86,1 \pm 3,5\%$ у Г(п), $63,2 \pm 4,8\%$ у Г(в) та $74,6 \pm 4,4\%$ у Г(пал), помірної – $13,9 \pm 3,5\%$, $36,8 \pm 4,8\%$ та $25,4 \pm 4,4\%$ відповідно. На основі даних отриманих під час консультування, інтерв'ювання та спостереження за психологічними реакціями членів сім'ї онкохворих було розроблено психоосвітню програму диференційовану за критерієм етапу лікувального процесу. При первинному зверненні основними темами психоосвіти були ознайомлення з принципами та методами протипухлинного лікування і діагностики, можливостями терапії; особливостями перебігу онкологічного захворювання, його ускладненнями, наслідками, онкологічною термінологією; уявлення про психоемоційний стан пацієнта, чинники, що його обумовлюють (фізичний дистрес, вітальна загроза), онкологічні страхи; типи реагування на хворобу; спілкування з людиною у стані психічного стресу; способи саморегуляції психічного стану.

На етапі повторного звернення більш затребуваними були знання щодо впливу хронічного захворювання на особистісне, психосоціальне та сімейне функціонування хворого та його родини; стратегічного планування життя з урахуванням потреби у лікуванні члена родини; способів медичної, психологічної та психосоціальної реабілітації, спрямованих на покращення якості життя пацієнта; додаткових та нетрадиційних методів лікування.

Паліативне лікування супроводжувалося необхідністю у інформації стосовно особливостей паліативної допомоги на протигагу протипухлинній терапії, її завдань та методів; фізичних змін та психологічного стану хворих на термінальному етапі хвороби; ролі, форми участі в допомозі близькому наприкінці життя; догляду за пацієнтом.

Основною метою психоосвіти як складової комплексної програми медико-психологічної допомоги було усунення фактору невідомості як психопатогенетичного підґрунтя тривожних станів, формування реалістичних уявлень про ситуацію та шляхи виходу з неї, мотивування на участь у психологічних заходах. Інформування рідних онкологічних хворих проводилося за допомогою спеціально розроблених листівок, брошур та безпосередню в процесі психологічного консультування.

Онкологічне захворювання впливало на психоемоційний стан рідних хворого. Вираженість зрушень у психічному стані, що досягала високого рівня прояву,

відмічалась серед $92,4 \pm 2,6\%$ родичів у Г(п), $86,8 \pm 3,4\%$ у Г(в) та $91,5 \pm 2,8\%$ у Г(пал), помірна лише $7,6 \pm 2,6\%$, $13,2 \pm 3,4\%$ та $8,5 \pm 2,8\%$ осіб. Виявлено суттєві зміни у сімейному функціонуванні, на які вказували $88,6 \pm 3,2\%$ у Г(п), $85,3 \pm 3,5\%$ - у Г(в) та $93,0 \pm 2,6\%$ у Г(пал), помірний вплив визначався у $11,4 \pm 3,2\%$, $14,7 \pm 3,5\%$ та $7,0 \pm 2,6\%$ обстежених. Поряд з бажанням допомогти члени сім'ї переживали збентеженість, розгубленість, а саме яким чином з пацієнтом спілкуватися, що говорити, чим допомагати. Про незначні труднощі у взаємодії з хворим вказали лише $8,8 \pm 2,8\%$ родичів при повторному зіткненні з онкологічною хворобою, помірні проблеми реєструвалися у $11,4 \pm 3,2\%$ у Г(п), $14,7 \pm 3,5\%$ у Г(в) та $7,0 \pm 2,6\%$ у Г(пал), виражені – $88,6 \pm 3,2\%$, $85,3 \pm 3,5\%$ та $93,0 \pm 2,6\%$ осіб. У процесі перебігу онкологічного захворювання у членів родини формувалися певний поведінковий стиль, що реалізовувалася через модель поводження та рівень залученості до лікувального процесу. Модель гіперопіки реєструвалася поміж $58,3 \pm 4,9\%$ у Г(п), $47,0 \pm 5,0\%$ у Г(в) та $54,9 \pm 5,0$ у Г(пал), дистанціювання – $13,9 \pm 3,5\%$, $11,8 \pm 3,2\%$ та $16,9 \pm 3,7\%$, та збалансованого контакту – $27,8 \pm 4,5\%$, $41,2 \pm 4,9\%$ та $28,2 \pm 4,5\%$ опитуваних. Низьку активність при лікуванні хворого проявляли $11,4 \pm 3,2\%$ рідних у Г(п), $10,2 \pm 3,0\%$ у Г(в) та 0% у Г(пал), помірну – $58,2 \pm 4,9\%$, $70,6 \pm 4,6\%$ та $64,8 \pm 4,8\%$, високу – $30,4 \pm 4,6\%$, $19,2 \pm 3,9\%$ та $35,2 \pm 4,8\%$.

Симптоми психоемоційного дистресу, неадаптивні поведінкові патерни потребували застосування психокорекційних заходів. У табл. 1 представлені психологічні мішені для членів сім'ї онкохворих.

У психологічній допомозі з членами сім'ї онкологічних пацієнтів були застосовані техніки та підходи когнітивно-поведінкової психотерапії, сімейної психотерапії, арт-терапії, релаксації, клієнт-центрованої психотерапії.

На етапі первинного лікування для родичів онкохворих особливо важливим була нормалізація психоемоційного стану, зменшення тривоги, корекція ірраціональних уявлень щодо онкопатології, створення довірливих підтримуючих стосунків з пацієнтом та формування адаптивної моделі поведінки і реагування на онкологічне захворювання близької людини. При повторному зіткненні з хворобою та протипухлинним лікуванням для членів сім'ї більш актуальними ставали питання досягнення балансу між допомогою хворому та підтриманням його активності і відповідальності за ситуацію, формулювання сімейної стратегії подолання наслідків хвороби (перерозподіл обов'язків, бюджету), визначення форм участі та ступінь залученості до лікувального процесу, налагодження взаємодії з медичним персоналом.

На паліативному етапі зростала значимість переживань екзистенційного характеру, наявності почуття провини, гіпервідповідальності за ситуацію, гіперопіки, були присутні суттєві труднощі у спілкуванні з хворим в наслідок приховування частини негативної інформації.

Таблиця 1

Мішені медико-психологічного впливу у родичів онкохворих

№	Мішені	Мета впливу
1	Психоемоційна сфера	
	Негативні емоції	Виявлення джерел стресу. Зниження психічної напруги. Саморегуляція психічного стану
	Тривога	Інформування. Саморегуляція психічного стану
	Екзистенційні переживання	Виявлення особистісного змісту переживань, їх інтегрування
	Почуття провини	Зниження відчуття провини, нормалізація емоційного стану
	Емоція приреченості, стигматизування	Відновлення багатогранного бачення проблемної ситуації
2	Когнітивна сфера	
	Деадаптивні когніції щодо онкології	Корекція ірраціональних уявлень, формування реалістичного бачення
3	Поведінкова сфера	
	Моделі гіперопіки та дистанціювання	Досягнення балансу між допомогою пацієнту та підтриманням його активності і відповідальності
	Рольовий дисбаланс	Формулювання нових сімейних завдань, конкретизація функцій
4	Психосоціальна сфера	
	Зміна сімейного функціонування	Побудова сімейної стратегії протидії хворобі та її наслідкам
	Міжособистісне напруження	Потенціювання відкритої комунікації, довірливих стосунків з хворим
	Труднощі у взаємодії з пацієнтом	Підвищення комунікативної компетентності. Згладжування міжособистісних конфліктів
5	Залученість до лікувального процесу	
	Дисбаланс активності	Виявлення мотивів залученості у лікувальний процес. Визначення адекватних форм участі
	Проблеми взаємодії з медперсоналом	Встановлення продуктивного контакту, партнерських відносин

Медико-психологічна допомога має надаватися комплексно, що означає реалізацію інтервенцій не лише по відношенню до онкологічних хворих, але і їх оточення – в першу чергу членів сім'ї. Родина – це значимий компонент психологічної підтримки пацієнта, цінний психосоціальний ресурс. Саме тому впровадження програм,

орієнтованих на психологічну допомогу рідним пацієнта важливе завдання психоонкології.

Висновки

1. Рідні онкологічних хворих переживають високий рівень стресу у зв'язку з діагностуванням онкопатології у близької людини, що проявляється у психоемоційному напруженні, зміні сімейного функціонування, труднощах взаємодії з пацієнтом, формуванням неадаптивних моделей поведінки.

2. Змістовні особливості різних етапів лікування обумовлюють відмінності у завданнях та заходах медико-психологічної допомоги. На етапі первинної терапії для родичів онкохворих особливо важливим є нормалізація психоемоційного стану, корекція ірраціональних уявлень щодо онкопатології, створення підтримуючих стосунків з пацієнтом, формування адаптивної моделі поведінки і реагування на хворобу близької людини. При повторному зіткненні з захворюванням більш актуальними стають питання досягнення балансу між допомогою хворому та підтриманням його активності і відповідальності за ситуацію, формулювання сімейної стратегії подолання наслідків хвороби, визначення форм участі та ступінь залученості до лікувального процесу. На паліативному етапі зростає значимість екзистенційних переживань, наявності почуття провини, гіпервідповідальності за ситуацію, гіперопіки.

3. Медико-психологічні заходи щодо членів сім'ї онкологічного хворого важлива частина психоонкологічної допомоги.

Література

1. Федоренко, З. П. Рак в Україні 2014–2015 [Текст] / З. П. Федоренко, Л. О. Гулак, Ю. Й. Михайлович та ін.; ред. О. О. Колеснік. – К.: Національний інститут раку, 2016. – Режим доступу: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_17/index.htm

2. Маркова М. В. Стан та перспективи розвитку сучасної психоонкології / М. В. Маркова, О. В. Піонтковська, І. Р. Кужель // Український вісник психоневрології. – 2012. – Т. 20, вип. 4. – С. 86 – 91.

3. Psychological distress, health, and socio-economic factors in care giver soft terminally ill patients: a nation wide population-based cohort study/ M. K. Nielsen, M. A. Neergaard, A. B. Jensen [et al.] // Support Care Cancer. – 2016. – Vol. 24(7). – p.3057– 3067.

4. Family care givers' burden: A hospital based study in 2010 among cancer patients from Delhi /S.Lukhmana, S. K. Bhasin, P. Chhabra [etal.] // Indian Journal of Cancer. – 2015. – Vol. 52(1). – p. 146– 151.

5. Psycho social morbidity associated with pattern sof family functioning in palliative care: base line data from the Family Focus ed Grief Therapy controlled trial / D.W. Kissane, M.McKenzie, D.P. McKenzie [etal.] // Palliative Medicine. – 2003. – Vol. 17 (6). – p. 527–537.

6. Factors associated with depression an danxiety symptoms in family care giver sof patients with in curable cancer / R. D. Nipp, A. El-Jawahri, J. N. Fishbein [etal.] // Annual of Oncology. – 2016. – Vol. 27(8). – pp. 1607 – 1612.

7. Informal care giver sof advanced-stage cancer patients: Every second isatrisk for psychiatric morbidity / T. Rumpold, S. Schur, M. Amering[et al.] // Support Care Cancer. – 2016. – Vol. 24(5). – p. 1975– 1982.

References

1. Fedorenko Z. P., Gulak L. O., Mihaylovich Y. J., Goroh E. L., Ruzhov A. Y., Sumkina O. V., Kucenko L. B. Bulletin of the National Cancer Registry of Ukraine №17: Cancer in Ukraine in 2014 – 2015 years. Kiev: National Cancer Institute, 2016. Access: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_17/index.htm.

2. Markova M. V., Piontkovska O. V., Kuzhel I. R. State of artand development of modern psychooncology. Ukr. Bulletin of psychoneur. 2012, no. 4, pp. 86 – 91.

3. Psychological distress, health, and socio-economic factors in care giver soft erminally ill patients: a nation wide population-based cohort study/ M. K. Nielsen, M. A. Neergaard, A. B.Jensen[et al.] //SupportCareCancer. – 2016. – Vol. 24(7). – p.3057– 3067.

4. Family care givers' burden: A hospital based study in 2010 among cancer patients from Delhi /S.Lukhmana,S. K.Bhasin, P. Chhabra [etal.] // Indian Journal of Cancer. – 2015. – Vol. 52(1). – p. 146– 151.

5. Psycho social morbidity associated with pattern sof family functioning in palliative care: base line data from the Family Focus ed Grief Therapy controlled trial / D.W. Kissane, M.McKenzie, D.P. McKenzie [etal.] // Palliative Medicine. – 2003. – Vol. 17 (6). – p. 527–537.

6. Factors associated with depression an danxiety symptoms in family care giver sof patients with in curable cancer / R. D. Nipp, A. El-Jawahri, J. N. Fishbein [etal.] // Annual of Oncology. – 2016. – Vol. 27(8). – pp. 1607 – 1612.

7. Informal care giver sof advanced-stage cancer patients: Every second isatrisk for psychiatric morbidity / T. Rumpold, S. Schur, M. Amering[et al.] // Support Care Cancer. – 2016. – Vol. 24(5). – p. 1975– 1982.