

УДК: 616.35-006-089.87:316.6

## Робота з родиною стомованих хворих за умов організації мультидисциплінарної медико-психологічної допомоги



Мерліч С. В.

**Мерліч С. В.**

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

**Резюме.** Согласно современной концепции медико-психологическая работа с онкобольным должна быть построена на принципе междисциплинарного подхода для осуществления эффективной помощи. Такой принцип предполагает, с целью повышения эффективности терапии и качества жизни пациентов и их семей, одновременно с комплексным специальным лечением, предоставление им и их семьям социальной и психологической поддержки на всех этапах специализированной помощи, от момента установления диагноза до выздоровления и возвращения этой категории лиц к прежнему социальному положению. В данной статье разработаны мероприятия психологической помощи, направленные на семью стомированного больного, что имеет значительное влияние на их реабилитацию и улучшение внутрисемейных отношений.

**Ключевые слова:** социальная адаптация, системная семейная терапия, генорама семьи, коммуникативный тренинг, метод семейных расстановок по Хелингером, кишечная стома, онкопсихология, паллиативная помощь, социальная онкология.

### Work with family of ostomy patient to the multi-disciplinary medical and psychological assistance

**Merlich S.V.**

Odessa national medical university, Odessa, Ukraine

**Resume.** In accordance the modern concept of medical and psychological work with people with cancer should be based on the principle of multi-disciplinary approach for effective aid. This principle implies, in order to increase the effectiveness of therapy and quality of life of patients and their families, along with complex special treatment, providing them and their families, social and psychological support at all stages of specialized care, from the time of diagnosis to recovery and return to this category of persons to still social status. In this paper, we develop measures of psychological help aimed at family ostomy patients, which has a significant impact on their rehabilitation and improvement of family relationships.

**Keywords:** social adaptation, systemic family therapy, family genorama, Communication Training, a method of family constellations in Helingerom, intestinal ostomy, onkopsichology, palliative care, oncology social.

#### Постановка проблеми

Онкологічне захворювання члена родини має психотравматичний вплив на інших її членів [2,3,5]. Це часто пов'язане зі зміною звичного ритму життя, зменшенням турботи та уваги членів родини та оточуючих, зростанням сімейного напруження, матеріальними обмеженнями. Психоемоційний стан осіб, які знаходяться в близькому оточенні онкологічного хворого тісно пов'язаний зі змінами у фізичному та психічному стані хворого. Одночасно психологічне самопочуття пацієнта залежить від емоційного стану членів його родини та близьких друзів.

Концепція медико-психологічної роботи в онкології побудована на принципі міждисциплінарного підходу до здійснення допомоги хворим зі злоякісними новоутвореннями. Такий принцип передбачає, з метою підвищення ефективності терапії і якості життя пацієнтів та їх сімей, одночасно з комплексним спеціальним лікуванням, надання їм та їхнім сім'ям соціальної та психологічної підтримки на всіх етапах

спеціалізованої допомоги, від моменту встановлення діагнозу до одужання і повернення цієї категорії осіб до колишнього соціального стану [4].

**Мета дослідження:** теоретичне обґрунтування та розробка ефективної програми роботи з родиною стомованого хворого.

#### Матеріали та методи дослідження

В процесі дослідження було використано комплекс методів, а саме: теоретичний (теоретико-методологічний аналіз проблеми, систематизація даних літературних джерел, їх порівняння та узагальнення), психодіагностичний (психологічне тестування), статистичний, психотерапевтичний.

Психодіагностичний блок включав в себе методику Д. Рассела і М. Фергюсона (ступінь відчуття самотності) та опитувальник SF-36 (The Short Form-36), який дозволив визначити рівень незадоволеності власною соціальною

активністю, а саме данні отримані за шкалою SF [9].

Психотерапевтичний метод представлений наступними методами: системна сімейна терапія, генорама сім'ї, комунікативний тренінг, метод сімейних розстановок за Хелінгером.

Для участі в дослідженні було відібрано 311 осіб у віці від 36 до 90 років, з яких було сформовано дві групи за статевою належністю (154 чоловіка — Г1 та 157 жінок — Г2). Для оцінки ефективності впливу психотерапії на психоемоційні особливості хворих з онкопатологією, було визначено та порівняно рівні тривожності, депресії та відчуття самотності в двох основних групах (ОГ) та двох групах порівняння (ГП).

### Результати дослідження та їх обговорення

Робота з родиною мала на меті, в першу чергу, допомогу у взаєморозумінні, підтримці і створенні адекватного мікроклімату у сім'ї пацієнта на амбулаторному етапі лікування [7]. Для стомованого хворого сімейна активність та можливість проводити час в сімейному оточенні є дуже важливою сферою соціальної активності. Така активність може проявлятися у вигляді нагляду і догляду за дітьми та онуками, а також домашній роботі і допомозі по господарству.

Робота з родиною онкохворого мала три складові: інформаційний (теоретичний) блок, комунікативний тренінг, системна сімейна психотерапія.

До теоретичного блоку входило проведення лекційних занять, які містили інформацію щодо сучасного стану проблеми онкопатології. Також надавали інформацію про психологічні особливості онкохворого та порушення соціального функціонування пацієнта. Підкреслювалась важливість участі родини в системі надання комплексної допомоги онкохворому.

Комунікативний тренінг для членів родини онкохворого був побудований на основі поведінкової терапії. Метою тренінгу був розвиток і відпрацювання оптимального типу поведінки для поліпшення відносин родини з онкохворим. Група допомогала учасникам виробити і розвинути найважливіші емоційні і міжособистісні вміння, зміст яких визначався угодою між онкохворим, його родиною та керівником групи. Метою комунікативного тренінгу було відпрацювання умінь ефективної комунікації між онкохворим та членами його родини. Основними завданнями тренінгу були наступні:

- корекція типів реагування членів сім'ї на складні, фруструючі ситуації, що виникають в сімейній комунікації. Розвиток уміння приймати на себе відповідальність за вирішення ситуації і формування навичок її спільного вирішення та обговорення;
- відпрацювання стадій вирішення комунікаційної проблеми. Розвиток уміння усвідомлювати свої потреби, адекватно передавати інформацію про їх зміст і, відповідно, ефективно приймати і декодувати її. Формування навичок ефективного спілкування з онкохворим на амбулаторному етапі лікування;
- зміцнення згуртованості сім'ї. Усвідомлення кожним її членом своєї індивідуальності, свого Я і одночасна його інтеграція в цілісну сімейну структуру. Вироблення конструктивної позиції ставлення до онкохворого члену родини через корекцію системи сімейних ролей;
- формування уявлень про перспективи розвитку сім'ї.

Поставлені завдання визначали зміст основних корекційних блоків, що входили в структуру програми комунікативного тренінгу (табл. 1).

**Таблиця 1**

*Етапи комунікативного тренінгу для родини стомованого хворого*

Назва етапу	Зміст
I. Організаційний етап	Знайомство з учасниками групи. Первинна діагностика проблем і очікувань від майбутньої роботи. Виявлення і корекція мотивації учасників.
II. Ознайомчий етап	Знайомство учасників один з одним. Визначення особистих цілей кожного і загальних цілей роботи групи. Створення атмосфери співпраці і безпеки.
III. Рішення заявлених проблем	Дестабілізація уявлень учасників про себе і свою поведінку. «Операціоналізація» і «репетиція поведінки». Груповий аналіз ситуацій (кейс-метод). Формування та аналіз даних про майбутнє родини.
IV. Заключний етап	Рефлексія змін, що відбулися з учасниками групи. Вимір (діагностика) та оцінка ефективності тренінгу. Прогнозування учасниками перспективних сімейних планів.

В цілому комунікативний тренінг складався з 16 тренінгових занять. Загальна тривалість одного тренінгового заняття складала 2 години (120 хвилин). Кожне заняття містило завдання з кожного з чотирьох етапів тренінгу.

До кожного заняття входили вправи, що готували учасників до основної частини, і дозволяли створити в групі спокійну і невимушену обстановку, а також інформаційну частину, в ході якої учасники отримували знання про психологічні основи взаємодії в родині. Вона супроводжувалася груповою дискусією, яка являла собою спосіб організації спілкування учасників групи, що дозволяв зіставити протилежні позиції, побачити проблему з різних сторін, що зменшувало опір сприйняттю нової інформації, усувало інформаційну упередженість. У цій частині тренінгу також використовували груповий аналіз ситуацій (кейс-метод), стимулюючий звернення до досвіду інших, що визначало прагнення до надбання теоретичних знань з метою отримання відповідей на обговорювані питання.

Основними процедурами змістовної частини тренінгу, орієнтованої на вирішення проблем учасників групи, були «операціоналізація» і «репетиція поведінки». Метою «операціоналізації» було переведення неясних думок, мотивів, бажань в об'єктивні, спостережувані дії. Почуття і бажання операціоналізувались в інтонації, дотику або вербальному вираженні.

Основний зміст методики «репетиція поведінки» становило рольове програвання ситуацій, які свого часу створили або могли створити проблеми для учасників групи. В методиці використовувались прийоми поведінкового навчання, при якому моделювались оптимальні способи управління ситуацією. Важливим прийомом репетиції поведінки було підкріплення. В якості нього виступали позитивні реакції, що виражались в разі успішного вирішення ситуації керівником і учасниками групи. При цьому підкріплювалось будь-яке поліпшення в плані рішення скрутної, конфліктної ситуації, а не тільки успішне її завершення. Використання рольової гри в якості основного інструменту репетиції поведінки було засноване на тому факті, що подібне усвідомлення приводить до дії, а його виконання до розширення усвідомлення самого себе.

Для груп, в роботі з якими використовуються поведінкові техніки, важливими аспектами проведення тренінгів для сім'ї є вимір (діагностика) та оцінка ефективності. Процедура оцінки тісно пов'язана з діагностичним етапом проведення тренінгу, оскільки початкове виявлення рівня розвитку тієї чи іншої ознаки дозволяє визначити його зміну після проходження тренінгової програми [8].

Психологічна дезадаптація членів родин онкохворих несприятливо впливає як на лікування, так і на якість життя. Найчастіше члени сім'ї надто зайняті увагою, яку приділяють онкологічному хворому. Родичі можуть відчувати важко приховуваний гнів від почуття безсилля і відсутності контролю ситуації. Зазвичай, під цим лежить відчуття провини і відчуття, що вони у житті роблять щось неправильно. Наразі самі родичі потребують психокорекційної допомоги. Тому найважливіше місце в програмі роботи з онкологічними хворими займає взаємодія з членами сім'ї пацієнта та його найближчим оточенням. Інструментом роботи з членами сім'ї онкохворого стала системна сімейна психотерапія [1,6].

Усвідомлення реальної сімейної проблеми мало діагностико-терапевтичне значення, при якому виявлення й усвідомлення складнощів змушувало членів сім'ї переглянути свою поведінку, допомагало їм перебороти бар'єр винятковості ситуації й виробити позитивне ставлення до проблеми, створювало можливість позитивного її вирішення. Відповідно, сімейна терапія містила у собі знаходження компромісу в культурно-значеннєвій сфері, корекцію соціально-психологічних стереотипів, навчання навичкам неконфліктного спілкування.

Однією з методик системної сімейної терапії, які використовувались для допомоги родинам стомованих хворих, була побудова генограми сім'ї. Генограма — це схема сімейної історії, яка утворена за визначеними правилами і відображає взаємини в поколіннях прародичів, батьків і в самій сім'ї. Процес побудови генограми має ряд значних переваг у вирішенні завдань сімейної психопрофілактики: він достатньо захоплюючий і задовольняє одну з глибинних потреб людей у знанні своїх коренів; у ході нього члени сім'ї, що могли не спілкуватися практично довгий час, стягуються в єдину діяльність.

Також використовували метод сімейних розстановок за Хелінгером. Розстановка — це робота над усвідомленням глибинних підсвідомих процесів, що формують проблему, з метою знайти її рішення. Під час роботи в цьому методі клієнт розставляє людей (заступників) в робочому просторі групи, інтуїтивно визначаючи кожному своє місце. Розставлені клієнтом фігури відображають його підсвідомий образ ситуації, з якою він працює в розстановці. В основі роботи розстановки лежить той феномен, що люди беруть на себе роль іншої людини, про яку не мають жодної інформації, але в цій ролі вони здатні сприймати і відчувати те саме і так само, як ті, кого вони заміщають. Заступники, озвучуючи свої стани та переживання, дозволяють

медичному психологу відновити хід подій сімейної історії і поступово, крок за кроком, розплутати клубок сімейних взаємин. Робота ведеться за допомогою додавання, переміщення заступників в полі розстановки, застосовуються різні техніки і ритуали. Показником вірності рішення для даної системи є комфортний стан всіх учасників розстановки (рівні почуття, відсутність дискомфорту в тілі та ін.), ознаки фізичного і психічного полегшення у клієнта.

Дослідження демонструє певні зміни між основними та порівняльними групами чоловіків та жінок до та після корекції майже за всіма шкалами показників якості життя. Слід зазначити що в ОГ1 показник SF (соціальне функціонування) збільшився з  $42,31 \pm 14,17$  до  $56,31 \pm 17,09$  балів; в ОГ2 показник SF — з  $40,37 \pm 11,29$  до  $53,47 \pm 12,92$  балів. В групах порівняння тенденції до змін були незначними: в ГП1 SF показник змінився з  $41,67 \pm 13,82$  до  $43,27 \pm 14,12$  балів; в ГП2 показник SF — з  $42,20 \pm 10,84$  до  $44,16 \pm 11,81$  балів.

У пацієнтів, серед яких було проведено психокорекційний комплекс, рівень суб'єктивного відчуття самотності значно знизився у порівнянні з етапом первинної діагностики. Так, в ОГ1 порівняно з ГП1 достовірно частіше зустрічався низький рівень відчуття самотності ( $p < 0,05$ ). Високий рівень відчуття самотності в ОГ1 був притаманним лише 15,19 % хворих, в той час як до корекції більшість пацієнтів мали високі показники за відчуттям самотності. Також отримано достовірно значиму відмінність між групами

ОГ2 та ГП2 з достовірним переважанням низького рівня відчуття самотності в основній групі ( $p < 0,05$ ).

### Висновки

1. На сьогодні існують дослідження, які доводять, що медико-психологічний супровід онкохворого повинен охоплювати не лише стаціонарний, але й амбулаторний період лікування.
2. Робота з родиною сприяє взаєморозумінню, підтримці і створенню адекватного мікроклімату в сім'ї пацієнта на амбулаторному етапі лікування. Для стомованого хворого сімейна активність та можливість проводити час в сімейному оточенні є дуже важливою сферою соціальної активності, що має велике значення в процесі його реабілітації.
3. Психокорекційний напрям дослідження, спрямований на родину онкохворого містить наступні заходи: інформаційний блок, комунікативний тренінг, системну сімейну психотерапію, генораму сім'ї, метод сімейних розстановок за Хелінгером.
4. Виходячи з результатів психодіагностичних методик, отриманих після проведення психокорекційного комплексу можна дійти висновку, що надання медико-психологічної допомоги стомованому онкохворому повинно мати мультидисциплінарний та комплексний характер та включати, крім психокорекційної роботи з самим пацієнтом, ще й супровід його родини.

### Література.

1. Алешина Ю. Е. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование / Ю.Е. Алешина — М.: Класс, 2000. — 208 с.
2. Вид В. Д. Качество жизни психически больных: от теории к практике / В. Д. Вид // Материалы междунар. науч.-практ. конф. «Психическое здоровье в гражданском обществе». — Калининград: Изд-во РГУ им. И. Канта, 2006. — С. 79-81.
3. Говязина Т. Н. Практические рекомендации по осуществлению комплексной реабилитации стомированных больных. / Т. Н. Говязина, Т. М. Лебедева. — Пермь: 2002. — 98 с.
4. Грушина Т. И. Медицинская реабилитация онкологических больных. / Т. И. Грушина. — М., СПб., 2002. — 90 ст.
5. Дудниченко А. С. О важности оценки психического состояния онкологических больных и членов их семей / А. С. Дудниченко, Л. Н. Дышлев, А. Ю. Дышлева // Проблемы мед. науки и образования. — 2003. — № 3. — С. 68-80.
6. Манухина Н. М. Системная семейная психотерапия соматических больных в период их госпитализации. / Н. М. Манухина // Семейная психология и семейная терапия. — 2000. — № 2. — с. 15-20.
7. Психотерапия: [учебник] / Под ред. Б. Д. Карвасарского. — [2-е изд-е]. — СПб: Питер, 2002. — 672 с.
8. Хомич Г. О. Основы психологического консультирования: навч. посіб. / Г. О. Хомич., Р.М Ткач. — К.: МАУП, 2004. — 152 с.
9. Яныпин П. В. Практикум по клинической психологии. Методы исследования личности / П. В. Яныпин. — СПб: Питер, 2004. — 336 с.