

## УЧАСТЬ МІЖДИСЦИПЛІНАРНОЇ КОМАНДИ В НАДАННІ КОМПЛЕКСНОЇ ПСИХООНКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

С. В. Мерліч

Одеський національний медичний університет

**Резюме.** У статті описаний сучасний стан і проблеми організації допомоги онкологічним хворим на сучасному етапі. Описані основні принципи організації комплексної міждисциплінарної допомоги даній категорії хворих. Вводяться поняття психоонкології, онкопсихології, соціальної онкології. Також приводяться основні умови ефективної взаємодії членів мультидисциплінарної команди у сфері надання допомоги онкохворим.

**Ключові слова:** міждисциплінарна команда, психоонкологія, онкопсихологія, паліативна допомога, соціальна онкологія.

**Актуальність.** Із близько 100 тисяч онкологічних хворих і більш ніж 5 тисяч хворих на СНІД, які щороку помирають в нашій країні, тільки 5% цих людей помирають в медичних закладах, де отримують необхідну спеціалізовану медичну допомогу і адекватне знеболення [2; 7; 10]. Близько 85% пацієнтів помирають вдома, а решта 10% – в інших місцях [5]. В Україні через відсутність системи паліативної допомоги (ПД) досить часто такі люди залишаються сам на сам зі своїми проблемами: біль, страждання через розлади органів та систем життєдіяльності, відсутність необхідного догляду і психологічної підтримки, самотність та соціальна ізоляція [1; 4]. Соціальна незахищеність та порушення прав таких пацієнтів через недосконалість законодавчої та нормативно-правової бази, а також через відсутність належної системи паліативної допомоги, є очевидною.

**Викладення матеріалу.** Мультидисциплінарна команда (МДК) є координуючим органом та основою надання ПД, зокрема в сфері психоонкології [12]. МДК – це невелика група незалежних експертів різних дисциплінарних сфер, які об'єднані: спільною метою; спільними цінностями; спільним методами та підходами до виконання завдань; комплементарністю навичок членів групи; чітко визначеними ролями всередині групи; взаємною відповідальністю та контролем.

До складу МДК в сфері допомоги онкохворому входять: лікар-онколог, медична сестра, психолог, соціальний працівник, близьке оточення хворого, а за потреби й інші спеціалісти та фахівці, у послугах яких є необхідність, в тому числі представники релігійних та громадських організацій (рис.1). Роботу МДК координує лікар. Прийняття рішень стосовно плану надання ПД повинно здійснюватись членами МДК за участю хворого та його близького оточення. Рішення про припинення реанімаційних заходів приймають на підставі співвідношення користі та шкоди для здоров'я пацієнта. Головною умовою прийняття будь-яких рішень є відвертість та взаєморозуміння між членами МДК і родиною пацієнта.

Психоонкологія переслідує наступні цілі: здійснення комплексного підходу до лікування з урахуванням фізичних, емоційних соціальних і духовних чинників; емоційна підтримка пацієнта і його сім'ї; пошана незалежності і гідності пацієнта; проведення активної терапевтичної дії (включаючи реабілітацію), сприяючі повному одужанню пацієнта; створення комфорту, атмосфери пошани і підтримки пацієнту; запобігання суїцидів у онкохворих [6; 8; 9; 10; 13].

*Депресія* є однією з найбільш частих порушень у онкохворих. Нею страждає близько 20% [1; 4]. Поява цієї хвороби у онкологічних хворих підвищує ризик смерті, а середній термін життя нижче в порівнянні з хворими, що не страждали депресією. При цьому депресію потрібно розглядати не тільки як хворобливий процес, але і як останній можливий вихід з безвихідної ситуації. Симптоми у депресії наступні: постійно пригнічений настрій; втрата інтересів і здатності випробувати задоволення; занепад сил, зниження активності; порушення сну або подовження сну; зниження або підвищення апетиту; погана концентрація уваги; знижена самооцінка, невпевненість в собі; ідея винності або власної нікчемності; психомоторна загальмованість або збудження; наміри заподіяти собі шкоду, суїцидальні думки або спроби. Якщо симптоми депресії зберігаються більше двох тижнів, і якщо є не менше двох симптомів з перших трьох і не менше одного з інших, то показане лікування у лікаря психіатра (або психотерапевта).



**Рис. 1** Схема роботи МДК в сфері допомоги онкохворому

*Ризик суїциду* у онкохворих є підвищеним, що підтверджується статистикою і численними дослідженнями [4]. У пацієнтів з онкологією суїциди виникають в 4 рази частіше, ніж в загальній популяції. За даними досліджень, найчастіше суїцидальні спроби здійснюють пацієнти з раком легенів, шлунку, ротової порожнини, глотки і гортані. Ризик суїциду значно вище в перші 5 років після встановлення діагнозу раку, і залишається високим протягом 15 років хвороби.

Особливе місце в медико-соціальній роботі займає організація *паліативної допомоги інкурабельним онкологічним хворим*. Паліативна допомога є активною допомогою клієнтам з тривало поточними захворюваннями в той час, коли захворювання не піддається лікуванню і коли управління болем і симптомами є найважливішою соціальною, психологічною і духовною проблемою, надання допомоги клієнтам до самої смерті. Рішення проблем надання повноцінної паліативної допомоги полягає в організації роботи хоспісів [6]. За один два місяці до гаданого терміну смерті пацієнта психіатр, який консулює хворого, збирає його сім'ю і вони разом вирішують, як це відбуватиметься, як людина вмиратиме, де це відбуватиметься (удомі або лікарні), хто буде присутній, який рівень знеболення людина б хотіла мати у цей момент, який рівень свідомості.

*Консультації до підготовки до смерті.* Десь за 1.5–2 місяці до гаданого терміну смерті психіатр, який консулює цього пацієнта, збирає його сім'ю і вони разом вирішують, як це відбуватиметься, як людина вмиратиме, де це відбуватиметься, буде це удомі або буде це в лікарні, хто буде присутній, який рівень знеболення людина б хотіла мати у цей момент, який рівень свідомості [5].

*Психологічна допомога онкохворому.* Онкопсихологія (Onco-psychology) – молодий напрям, що виник на стику психології, психотерапії, онкології і етики, яке досліджує вплив психологічних чинників на виникнення і перебіг хвороби [15]. Мета її: вивчення психологічних особливостей онкологічних хворих, особливостей реакції на захворювання і способів того, що упоралося з цією ситуацією. Для онкопсихологів необхідні достатні знання в області онкології. Психологія, на відміну від психіатрії, займається нормальними проявами інтелектуального, емоційного і духовного життя людей. Консультація у психолога і психологічна професійна підтримка на певних етапах потрібна практично кожній людині. Психологічний супровід онкохворих украй необхідний. Онкопсихологи повинні бути в кожній онколікарні, а в поліклініках необхідно мати онкокабінети. Онкопсихологія, як академічний напрям, зародилася 1990-х роках, завдяки науковим дослідженням, які почали проводитися з середини 1980-х років. Онкопсихологи є спеціалістами з психореабілітації.

*Соціальна допомога онкохворому.* Соціальна онкологія має на увазі активну дію на особу хворого шляхом організації відповідного способу життя, відновлення втраченої або ослабленої особистої соціальної значущості інваліда. Соціальна онкологія повинна не тільки надати допомогу для дозволу медичних, психологічних і соціальних проблем, але і для розвитку особи, реалізації її творчого потенціалу, здібностей, активізації зусиль клієнта/пацієнта за рішенням власних проблем. Соціально-педагогічні проблеми онкологічного хво-

рого: з приводу захворювання, сімейні, сексуальні, учбові і професійні, соціальної адаптації [11; 13]. Соціальний працівник, що використовує індивідуальний і груповий методи роботи з онкологічними хворими або інвалідами, виступає в ролі партнера за психологічною підтримкою і мобілізацією їх соціальних компенсаторних можливостей. Цілі соціальної онкології: збільшення ступеня самостійності клієнтів; створення умов, при яких клієнти можуть в максимальній мірі проявити свої можливості і одержати все, що їм належить згідно із законом; адаптація і реадаптація клієнтів в суспільстві; створення умов у клієнтів для збереження відчуття власної гідності і пошани до себе що із сторони оточують.

Соціальний працівник та психолог покликані навчити навикам спілкування з людьми, що оточують хворого, дати останньому можливість переосмислити своє життя, свою поведінку і тим самим створити базу для мотивованої дії.

Таким чином, комплексний міждисциплінарний підхід до надання психоонкологічної допомоги онкохворому є необхідним при медико-психо-соціальному супроводі пацієнта і сприяє поліпшенню якості життя онкохворого та його родини.

## Висновки

1. В Україні, через відсутність системи мультидисциплінарної допомоги онкологічним хворим, досить часто виникає ситуація, коли такі пацієнти залишаються сам на сам зі своїми проблемами. Соціальна незахищеність та порушення прав хворих на рак через недосконалість законодавчої та нормативно-правової бази, а також через відсутність належної системи психоонкологічної допомоги, є очевидною.
2. Мультидисциплінарна команда (МДК) є координуючим органом та основою надання ПД, зокрема в сфері психоонкології. До складу МДК в сфері допомоги онкохворому входять: лікар-онколог, медична сестра, психолог, соціальний працівник, близьке оточення хворого, а за потреби, й інші спеціалісти та фахівці, у послугах яких є необхідність, в тому числі представники релігійних та громадських організацій. МДК – це невелика група незалежних експертів різних дисциплінарних сфер, які об'єднані: спільною метою; спільними цінностями; спільним методами та підходами до виконання завдань; комплементарністю навичок членів групи; чітко визначеними ролями всередині групи; взаємною відповідальністю та контролем.
3. Комплексний міждисциплінарний підхід до надання психоонкологічної допомоги онкохворому є необхідним при медико-психо-соціальному супроводі пацієнта і сприяє поліпшенню якості життя онкохворого та його родини.

## Література

1. Галиулина С.Д. Нервно-психические нарушения у больных раком молочной железы: автореф. дис.. канд. мед. наук: 14.00.14, 14.00.18 / С.Д. Галиулина. Уфа, 2000.– 23 с.
2. Гнездилов А.В. Психические изменения у онкологических больных / А.В. Гнездилов // Практ. онкол.– 2001.– № 1.– С. 5–13.
3. Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь. Пособие по паллиативной медицине для врачей, психологов и всех интересующихся проблемой / А.В. Гнездилов. С-Пб.: Речь, 2004.– 162 с.
4. Оганов Р.Г. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общемедицинской практике. Результаты программы КОМПАС / Р.Г. Оганов // Кардиология.– 2004.– № 1.– С. 48–54.
5. Заридзе Д.Г. Эпидемиология и профилактика рака / Д.Г. Заридзе // Вестник РАМН.– 2001.– № 9.– С. 6–14.
6. Рассказова Е.И. Жизнестойкость и выбор будущего в процессе реабилитации / Е.И. Рассказова // Гуманитарные проблемы современной психологии. Известия Таганрогского государственного радиотехнического университета,– 2005.– № 7.– С. 124–126.
7. Сидоров П.И. Психосоматическая медицина / П.И. Сидоров, А.Г. Соловьев, И.А. Новикова.– М.: 2006.– 568 с.
8. Терентьев И.Г. Нервно-психические расстройства у больных раком молочной железы / И.Г. Терентьев, А.В. Аясова, В.Д. Трошин. Н. Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2004.– 264 с.
9. Тиганов А.С. Психические расстройства при соматических заболеваниях (аспекты психопатологии и клиники) / А.С. Тиганов // Материалы 1 Всероссийского конгресса «Психические расстройства в онкологии», 2008.– 26 с.
10. Тухтарова И.В. Соматопсихология: Учебно-методическое пособие по курсу «Соматопсихология» / И.В. Тухтарова, Т.З. Биктимиров. Ульяновск: УлГУ, 2005.– 87 с.
11. Dubovich M. L. Agomelatine targets a range of major depressive disorder symptoms / M. L. Dubovich // Curr. Opin. Investig. Drugs.– 2006.– Vol. 7.– № 7.– P. 67–80.

### Оригинальные статьи

12. McElroy J. A. Duration of sleep and breast cancer risk in a large population-based case-control study / J. A. McElroy et al. // J. Sleep Res.– 2006.– Vol. 15.– № 3.– P. 241
13. Butow P. N. Epidemiological evidence for a relationship between life events, coping style and personality factors in the development of breast cancer / P. N. Butow et al. // J. Psychosom. Res.– 2000.– Vol. 49, № 3.– P. 169–181.
14. Eyb1 V. Comparative study of natural antioxidants curcumin, resveratrol and melatonin – in cadmium-induced oxidative damage in mice / V. Eybl, D. Kotyzova, J. Koutensky // Toxicology.– 2006.– Vol. 225, № 2–3.– P. 15–16.
15. Figueiro M. G. Does architectural lighting contribute to breast cancer? / M. G. Figueiro, M. S. Rea, J. D. Bullough // J. Carcinog.– 2006.– Vol. 10, № 5.– P. 20–22.

### УЧАСТИЕ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ КОМАНДЫ В ОКАЗАНИИ КОМПЛЕКСНОЙ ПСИХООНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

*С. В. Мерлич*

Одесский национальный медицинский университет

**Резюме.** В статье описано современное состояние и проблемы организации помощи онкологическим больным на современном этапе. Описаны основные принципы организации комплексной междисциплинарной помощи данной категории больных. Вводятся понятия психоонкологии, онкопсихологии, социальной онкологии. Также приводятся основные условия эффективного взаимодействия членов мультидисциплинарной команды в сфере оказания помощи онкобольным.

**Ключевые слова:** междисциплинарная команда, психоонкология, онкопсихология, паллиативная помощь, социальная онкология.

### PARTICIPATION OF MULTIDISCIPLINE COMMAND IN PROVIDING OF COMPLEX PSYCHOONCOLOGICAL HELP

*Merlich S. V.*

Odessa national medical university

**Resume.** In the article the modern state and problems in organization of help to the oncologic patients on a modern stage is described. Basic principles of organization of complex multidisciplinary help to this category of patients are described. The concepts of psychooncology, oncopsychology, social oncology are entered. Basic terms over of effective co-operation of members of multidisciplinary command are also brought in the field of helping to oncology patients.

**Keywords:** multidisciplinary command, psychooncology, oncopsychology, palliative help, social oncology.