

С.А. Місяк, к.м.н., Інститут експериментальної патології, онкології та радіобіології ім. Р.С. Кавецького НАН України

Реабілітація онкологічних хворих: проблеми та здобутки

Онкологія як наука нерозривно пов'язана із загальними процесами розвитку суспільства в цілому. Так, на початку ХХ ст. основоположною в онкології була біологічна модель взаємовідносин пухлини та організму, яка дала поштовх для розвитку хірургії, оперативної гінекології, радіології, хіміотерапії, фармакології, мікробіології, патологічної анатомії та патологічної фізіології як складових частин клінічної та експериментальної онкології. Наприкінці 1960-1970-х рр. зміни в розвитку суспільства зумовили формування концепції «людина як особистість». Згідно з нею людина є біологічною, психологічною, соціальною, духовною істотою. Ці компоненти, що визначають людину-пацієнта як єдине ціле, характерні для всіх; разом із тим вони мають індивідуальний прояв у кожному з нас, відображаючи персональні особливості.



С.А. Місяк

Міжнародне суспільство, приймаючи та проголошуючи Загальну декларацію прав людини, чітко визначило своє ставлення до людини в галузі надання їй соціальних послуг: «Кожна людина має право на такий рівень життя, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд та соціальне обслуговування, який необхідний для забезпечення здоров'я та побуту її самої та її родини, а також право на забезпечення у випадку безробіття, хвороби, інвалідності, вдовства, старості чи іншого випадку втрати способів до існування через незалежні від людини обставини» (ст. 25).

Суспільство визначило принципи філософії лікарської справи: повага до життя, честі та прав людини. І якщо поняття «здоров'я» у 1930-40-х рр. розглядалося багатьма вченими як формула «Здоров'я – рівновага, а хвороба – порушення рівноваги», то вже наприкінці 1970-х рр. визначення набуває узагальнених рис: «Здоров'я – гармонія, а хвороба – порушення її». Всесвітня організація охорони здоров'я дає визначення здоров'ю «стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя», а не «відсутність хвороб».

Зміна філософії взаємодії суспільства та людини призвела до змін у медицині взагалі та в онкології зокрема.

Системний підхід в оцінюванні взаємовідносин пухлини та організму був запропонований академіком Р.С. Кавецьким та його учнями. Наукові праці з вивчення реактивності організму, його здатності підтримувати гомеостаз у мінливих умовах навколишнього середовища заклали підґрунтя для дослідження впливу навколишнього середовища та соціуму на організм.

У результаті розгляду онкології крізь призму взаємовідносин не тільки пухлини та організму, а й хворого і соціуму виникла потреба створення однієї із складових клінічної дисципліни – реабілітації онкологічних хворих.

Онкологія та реабілітація онкологічних хворих

Перші наукові дослідження з реабілітації онкологічних хворих з'явилися у США в 1966 р. Проведення чотирьох міжнародних конференцій із проблем реабілітації онкологічних хворих організаційно закріпили спроби спеціалістів, які працюють у сфері онкології, об'єднати свої зусилля з надання допомоги пацієнтам. Фахівці звернули увагу на необхідність психосоціальної корекції поведінки онкологічних хворих, створення груп підтримки останніх та їхніх родин, важливості підготовки та навчання волонтерів для догляду за такими хворими.

У 1970 р. J.C. Holland, лікар-психіатр, що працювала з онкологічними хворими, вказала на необхідність лікування емоційної травми, яку переносять вони та їхні родини, і доходить висновку про необхідність створення психоонкології як одного із підрозділів клінічної науки.

У 1971 р. Національний інститут раку США готує Національну програму з профілактики раку та реабілітації онкологічних хворих, яку законодавчо затвердив Сенат. Цей документ задекларував реабілітацію як об'єктивно реальний напрям в онкології і визначив фінансування неурядовими фондами науково-дослідних проєктів та проведення тренінгів для фахівців у сфері реабілітації онкологічних хворих.

З цього часу лікарі почали приділяти особливу увагу психологічним проблемам онкохворих. Фінансування досліджень та організації тренінгів для клініцистів і наукових співробітників дали поштовх до створення психоонкологічних підрозділів у структурах онкологічних центрів.

J.C. Holland адаптувала психіатричні методи діагностики та лікування до онкологічних хворих і створила психіатричну службу, яка пізніше (у 1989 р.) трансформувалася в цілий напрям в онкології – психоонкологію.

У 1972 р. Національний інститут раку США провів конференцію з розвитку реабілітації в онкології, на якій було затверджено такі напрями (рівні) в реабілітації онкологічних хворих, як психосоціальна підтримка, емоційна рівновага, оптимізація тілесного функціонування, консультування з вибору професії, соціальна адаптація та соціально-побутова реабілітація. На той час під реабілітацією онкологічних пацієнтів розуміли процес, що дає можливість хворому досягти максимального тілесного, психологічного та професійного функціонування з одночасним обмеженням поширення хвороби, ефективним лікуванням, профілактикою ускладнень та метастазування пухлини.

J. Dietz (1981), розглядаючи процес реабілітації онкохворих, виділила чотири типи реабілітації в онкології: превентивну, зміцнювальну, підтримувальну та паліативну.

Превентивна – комплекс заходів, спрямованих на профілактику інвалідності через освіту пацієнта, психологічне консультування, дослідження функціонального та фізичного стану організму перед початком лікування.

Зміцнювальна – комплекс заходів, спрямованих на відновлення активності, повернення хворих до професійної, соціальної діяльності, нормалізацію фізичного, та психічного стану.

Підтримувальна – комплекс освітніх заходів із метою надання пацієнту можливості пристосуватися до інвалідності, яка виникла, та мінімізувати ускладнення.

Паліативна – реабілітаційні заходи, що проводяться з хворими, у яких спостерігається прогресування хвороби. Заходи спрямовано на ліквідацію ускладнень, забезпечення комфорту та психологічну підтримку. Мета паліативної реабілітації полягає у створенні комфортних умов існування (контроль болю та знеболення, профілактика виникнення контрактуру та виразок, психологічна підтримка пацієнта та його рідних) у період прогресування та генералізації злоякісної пухлини, що асоціюється із несприятливим прогнозом.

Слід зазначити, що не існує чітких меж у використанні того чи іншого типу реабілітації в кожному конкретному випадку, оскільки розвиток пухлинного процесу має індивідуальні особливості. Наприклад, прогресування пухлини після радикального лікування впливає на тип реабілітації – відбувається перехід із превентивної на паліативну. А реконструктивно-пластична операція з відновлення дефекту тканин, наприклад обличчя та верхньої щелепи, передбачає проведення превентивної реабілітації замість підтримувальної.

Відновлення працездатності інвалідів, їхня соціальна адаптація мають велике значення: ефективне вирішення цих питань впливає на зменшення кількості непрацездатних у суспільстві.

Реабілітація – важлива складова частина соціальної політики: вона дає змогу людині брати участь у спільному житті, реалізувати свої здібності і знання на ринку праці.

Філософія реабілітації

Реабілітація – це практичне здійснення оптимальної для кожного інваліда програми, що забезпечує створення для нього найбільш сприятливих фізичних, психічних і соціальних умов життєдіяльності. Соціальна реабілітація має на меті активний вплив на особистість хворого шляхом організації відповідного способу життя, відновлення його втраченої чи зниженої особистої соціальної активності. Соціальна допомога пацієнту повинна спрямовуватися на створення такої атмосфери, у якій він здатний докласти свої зусилля для досягнення особистої мети – одужання.

Розподіл осіб з обмеженням повсякденної і трудової діяльності на три групи інвалідності має умовний характер і зручний лише для здійснення фінансової допомоги, але не для оцінювання ефективності реабілітації. В основу визначення реабілітаційного потенціалу було покладено медичну, або лікарську, модель, у якій пацієнт розглядається як сукупність анатомічних і фізіологічних систем. Соціальна поведінка і психологічні особливості хворого вважаються сформованими внаслідок змін у фізіологічних і біохімічних процесах організму, людина – «пасивним носієм хвороби», а діагностику реабілітаційного потенціалу проводять на основі оцінки анатомічних дефектів і функціональних порушень організму. Такий підхід має механістичний характер через припущення, що збережене є частиною цілого, що було зменшене за рахунок ураженого.

Рішення медико-соціальних експертних комісій з індивідуальної програми реабілітації й адаптації мають рекомендаційний характер і не здатні через описаний підхід сприяти повноцінному відновленню пацієнта. В онкологічних лікувальних закладах відсутня система реабілітаційних заходів.

У той же час онкологічне захворювання супроводжується для багатьох пацієнтів зміною звичного способу життя, розривом звичних зв'язків, звуженням можливостей. Вихід на пенсію за інвалідністю, що зумовлює погіршенням стану здоров'я, може призвести до порушення сформованого стереотипу особистості. Людина-інвалід прагне ухилитися, відійти від вирішення життєвих питань, унаслідок цього відбувається перенапруженість нервової системи, що призводить не тільки до виникнення супутніх захворювань, а й сприяє прогресуванню онкологічної патології.

Втрата працездатності пригнічує онкологічного хворого, в нього виникає відчуття соціальної неповноцінності. Інвалід, який довго не працює, всю увагу зосереджує на хворобі, переосілюючи тяжкість свого стану, зневіряється у власних силах.

Складні депресивні, тривожно-депресивні і фобічні переживання спостерігаються у більшості онкологічних пацієнтів. Частота депресій у них сягає 77%. Надмірно виражені негативні емоції (депресія, тривога, фобії) часто призводять до виникнення суїцидальних думок.

Фактори ризику розвитку депресії у онкологічних хворих поділяються на три групи.

1. Пов'язані з власне онкологічним захворюванням:
 - віддалені наслідки захворювання;
 - хронічний больовий синдром;
 - порушення харчування, ендокринні аномалії;
 - неврологічні розлади.
2. Пов'язані з проведенням терапії:
 - кортикостероїдами;
 - опіатами;
 - хіміопрепаратами;
 - біостимуляторами;
 - протипухлинними препаратами;
 - протигрибковими препаратами.
3. Обумовлені соціальними факторами:
 - стресом у момент постановки діагнозу;
 - недостатньою соціальною підтримкою;
 - невизначеністю життєвих перспектив.

У процесі лікування онкологічного захворювання пацієнта переслідують страждання, фобії, пов'язані із страхом перед хворобою, болем, змінами, самотністю, смертю. Емоційні переживання підсилює дефіцит любові та розуміння з боку близьких.

У хворих та інвалідів онкопрофілю порушується пропорційне співвідношення між силою подразника (незначна неприємність) та інтенсивністю реакції (виражений нервовий спалах). Емоційна напруга підсилюється впливом негативної інформації, яка надходить від хворих, з якими пацієнт перебуває чи перебував на стаціонарному лікуванні (про неефективне лікування, смерть знайомих тощо).

Для психіки таких хворих властивий взаємопідсилювальний вплив соматичних і психогенних процесів: вони відзначають не властиві раніше швидку втому, втрату спокою і внутрішньої рівноваги, труднощі під час роботи, яка потребує зосередженості, уваги. Вдома й одночасне збудження позбавляють їх чіткості і свіжості думки, що є необхідним для продуктивної і цілеспрямованої діяльності.

Реабілітація онкологічних хворих супроводжується труднощами методологічного характеру, оскільки необхідно відображати динаміку відновлення здоров'я й орієнтуватися на мультिवаріантність прогнозів, урахування не тільки об'єктивних детермінант, а й величезну роль суб'єктивного фактора. Про реабілітацію слід говорити як про єдину біопсихосоціальну систему. Об'єднання медичної, психологічної та соціальної моделі в системну концепцію реабілітації є принциповою методологічною установкою.

Стресовий стан, який виник унаслідок онкологічного захворювання, супроводжується нервово-психічною напругою, що суб'єктивно виявляється в тривожності, а об'єктивно – у зміні функціонального рівня діяльності та її якісних показників. І це може привести або до мобілізації сил, або до зниження активності внаслідок перенапруження.

Психологічна реабілітація онкологічного хворого передбачає активізацію особистісного потенціалу, зосередженого на боротьбі із захворюванням, мобілізацію внутрішніх ресурсів організму для подолання стресової ситуації.

Особистість – це складна організація гомеостатичної, емоційної, перцептивної (сприйняття), когнітивної (пізнання), моторної і мотиваційної системи. Кожна з них має певний ступінь автономності, але всі вони взаємодіють між собою. Гомеостатична об'єднує взаємозалежні системи, основними серед яких є ендокринна і серцево-судинна, що, взаємодіючи із нервовою системою, впливають на особистість. Гомеостатичні механізми розглядаються як допоміжні стосовно нервової системи; деякі регулятори метаболізму, наприклад гормони, зумовлюють виникнення реакції з боку серцево-судинної системи.

Далі буде.

