

## МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ, ПСИХОСОЦІАЛЬНІ ТА СОЦІОМЕДИЧНІ ЧИННИКИ ЗВЕРНЕННЯ ПО МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ ОНКОЛОГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ НА ДОДІАГНОСТИЧНОМУ ЕТАПІ

Київський міський клінічний онкологічний центр

**Проведено клініко-психологічне обстеження онкологічних пацієнтів і виявлено, що на тривалість додіагностичного етапу впливав ряд чинників: медико-психологічних, психосоціальних та соціомедичних. Важливим параметром звернення по медичну допомогу були соціомедичні звички. Оцінка психічного стану онкологічних пацієнтів на додіагностичному етапі була покладена в основу прогнозування подальшої поведінки хворих під час лікувального процесу, розробку рекомендацій, пов'язаних зі зміною соціомедичних звичок.**

*Ключові слова: онкологічні хворі, додіагностичний етап, соціомедичні звички, медико-психологічна допомога.*

Онкологічні захворювання, безумовно, залишаються однією з найтяжчих категорій соматичної патології, а отже, найактуальніших проблем сучасної медицини [1, 2]. Незважаючи на значний прогрес у лікуванні онкопатології, на сьогодні не вдалося знайти терапії, що дала б змогу говорити про високий відсоток виживання. По суті медичні працівники та спеціалісти, задіяні у допомозі онкологічним пацієнтам, навчилися стримувати розвиток захворювання та покращувати якість життя хворих. У суспільстві онкологічні захворювання продовжують асоціюватися зі стражданнями та неминучою смертю, що породжує додаткові психологічні проблеми серед онкохворих та їхніх рідних.

Актуальними залишаються питання щодо ролі та участі пацієнта у лікуванні хвороби. І для онкопатології як високозагрозливого для життя стану внесок та відповідальність хворого зростає ще більше.

Лікувальний процес — це сукупність логічно взаємопов'язаних медичних дій — діагностики та терапії, спрямованих на відновлення і поліпшення здоров'я, зменшення негативних наслідків хвороби [1, 3]. Однак якісна допомога хворому не обмежується лікуванням фізичного недугу, а має включати медико-соціальну, психологічну та психосоціальну складові [2].

Лікувальний процес умовно поділяють на ряд етапів: діагностику, терапію та катамнестичний період. Поряд із тим існує додіагностичний період, коли ознаки хвороби ще не є чітко вираженими, однак можуть бути виявлені особою самотійно. Саме на додіагностичному етапі людина проводить оцінку свого здоров'я та приймає рішення, коли і куди звернутися по медичну допомогу. Окремим напрямом у психоонкології стало вивчення затримки звернення по медичну допомогу, що

поділяють на пов'язане з хворим та асоційоване з медичними працівниками [3–6].

Час від появи перших симптомів до звернення по медичну допомогу при онкологічних захворюваннях має практичне клінічне значення щодо виявлення онкопатології на ранніх стадіях та діагностичне — прогнозування реакцій та поведінки пацієнтів на етапах лікувального процесу.

Мета дослідження — вивчення чинників, що впливають на тривалість додіагностичного етапу, та взаємопов'язаних із ними особливостей психологічного стану онкологічних хворих.

На базі Київського міського клінічного онкологічного центру упродовж 2013–2015 рр. проводилося поточне клініко-психологічне обстеження онкологічних пацієнтів, госпіталізованих у стаціонар з метою спеціального протипухлинного лікування.

Вивчення психологічного статусу онкологічних пацієнтів на додіагностичному етапі здійснювалося ретроспективно з використанням спеціально розробленого напівструктурованого клініко-психодіагностичного інтерв'ю та анкетування. Опитування було першою частиною комплексного дослідження особливостей психологічних переживань хворих з онкопатологією на етапах лікувального процесу.

Додіагностичним етапом вважали період від появи перших ознак захворювання до звернення по медичну допомогу, тобто зазначений період передував класичному догоспітальному. Виділення додіагностичного етапу обумовлене важливістю раннього звернення по медичну допомогу, що покращує шанси хворих на більш позитивний результат лікування, а також значущою роллю психологічних реакцій особистості на цьому етапі для розвитку психологічної адаптації і прогнозування поведінки протягом лікування, психопрофілактики та психокорекції її дезадаптивних форм.

Таблиця 1

## Когнітивні особливості оцінки симптомів хвороби на додіагностичному етапі

Критерії	Переоцінка	Недооцінка	Знецінення
Причини	Характерологічні властивості Вторинні вигоди Завчена поведінка Психічна гіперреактивність	Когнітивні дефекти Низький рівень медичної освіченості	Відповідь на високий рівень психічного напруження
Вторинні вигоди	Потреба в увазі оточення «Легалізація» сторонньої підтримки	Зменшення психічного стресу за рахунок применшення значення проблеми	
Особистісні характеристики	Власні потреби на першому місці Схильність до тривожно-депресивних та іпохондричних реакцій Емоційна незрілість	Ігнорування своїх потреб Схильність до самопожертви	Гостра психічна реакція на зміни Знижений ресурс подолання стресу

Одним із важливих показників для оцінки психологічного статусу пацієнтів з онкопатологією була тривалість додіагностичного етапу.

На основі результатів інтерв'ю хворих виділено медико-психологічні, психосоціальні та соціомедичні чинники, які впливали на час звернення по медичну допомогу.

Психологічні чинники, які впливали на тривалість додіагностичного етапу включали: патохарактерологічні особливості; поведінкові патерни (неадаптивні стилі копіювання); актуальний емоційний стан; навички дій у стресовій ситуації; життєвий досвід, пов'язаний із хворобою у себе та оточуючих.

Особистісні та поведінкові особливості формували стиль реагування на соматичну загрозу, який відображав сутнісне розуміння ситуації, планування, організацію та безпосереднє діяльнісне відреагування.

Важливими були психоемоційний стан, стресове навантаження на особистість. Перебування у довготривалому періоді хронічного чи наявності гострого психічного стресу підвищували ризик виникнення клінічно виражених психічних зрушень та більш пізнього візиту до лікаря. Висока стресостійкість та вміння організувати свою діяльність в умовах психічної напруги, в тому числі ефективного переживання хвороби, навпаки, зменшували час зволікання.

Підозра на потенційну наявність загрозливого для життя захворювання запускала ланцюг психологічних реакцій, в якому значуща роль надавалася когнітивному сприйняттю ситуації. Визначено, що когнітивне сприйняття фізичного та психічного стану залежало від ряду факторів:

— внутрішніх критеріїв та особистісних уявлень про здоров'я та нездоров'я, а саме для того, щоб відрізнити патологію, необхідно мати внутрішню модель здоров'я;

— навичок рефлексії фізичного стану, здатності виявляти та оцінювати міру змін у власному організмі — психосоматична сенситивність;

— ставлення до захворювань у цілому та конкретних груп хвороб;

— ступеня турботи про себе, тенденції до самозбереження;

— особливостей емоційного реагування на гострий стрес, зокрема на потенційну загрозу життю, — мобілізація/боротьба або заціпеніння/дезорганізація.

Кожна людина мала індивідуальні уявлення про те, що таке здоров'я, а що є хворобою. У цьому випадку мали значення як особливості перебігу когнітивних процесів, так і рівень медичної освіченості. Медична освіченість виявлялася поінформованістю щодо основних параметрів роботи організму та його порушень, здорового стилю життя і формувалася на основі використання специфічних знань у вигляді науково доведених фактів або прийнятих у сучасному медичному колі теорій на противагу неперевіреному чи нетрадиційним методам. Тоді як особливості когнітивних процесів характеризували специфіку оцінки ознак хвороби, симптоми могли бути переоцінені, знецінені чи не розпізнані (табл. 1).

Для переоцінки симптому та вираженого психічного відреагування притаманними були наявність особистісних особливостей у вигляді демонстративних, збудливих, залежних рис характеру, схильності до тривожно-депресивних та іпохондричних реакцій у відповідь на стрес. Як засіб отримання вторинної вигоди від ситуації та з метою реалізації потреби в увазі або ж наявності соціально прийнятної вимоги про допомогу пацієнти переходили на завчену модель поведінки «хворого». Іншим варіантом цього когнітивного механізму була психічна гіперреактивність на фоні емоційної незрілості, недостатності чи виснаження внутрішньоособистісного ресурсу, спостерігалися ознаки психологічної дезадаптації.

Когнітивна недооцінка симптомів характеризувалася порушеннями когнітивної функції внаслідок травматичних, судинних, вікових змін у головному мозку, низьким рівнем медичної освіченості,

Порівняння варіантів перебігу захворювання на додіагностичному етапі

Критерій	Варіант 1	Варіант 2	Варіант 3
Наявність симптомів	Наявні	Наявні	Відсутні
Специфічність симптомів	Неспецифічні	Специфічні	Виявляються інструментально
Вираженість симптомів	Слабка	Помірна	Відсутня
Вираженість психологічних реакцій	Помірна	Помірна з тенденцією до наростання	Відсутні
Динаміка симптомів	Постійні, періодичні, наростаючі		Відсутня
Психофізіологічний фон	Виникнення та підтримання вогнища психологічного збурення		Відсутній
Самолікування	Високий ризик		Ризик менший
Етапи психологічного переживання	Запуск психологічних реакцій щодо переживання ситуації Наявні когнітивні припущення про можливість негативного результату, психологічна підготовка, побудова плану дій		Психологічна самопідготовка відсутня
Психологічні реакції на підтвердження діагнозу	Інтенсивні психологічні реакції		Реакція емоційного шоку, вищий рівень дезорганізації у відповідь на новину
Психологічні проблеми	Феномен «переживання втрати часу» та самозвиначення у бездіяльності		Підстави для самозвиначення присутні менше

тобто відсутністю достатнього рівня та належної якості інформації щодо фізичного здоров'я. Недооцінка також була результатом психологічного опрацювання стресової ситуації, що мала на меті зменшити психічне напруження. Для пацієнтів, які демонстрували механізм недооцінки, були властивими такі патерни, як зменшена увага до своїх потреб, фізичного і психоемоційного стану, схильність до самопожертви, занижена самооцінка.

Знецінення виникало у відповідь на високий рівень психічного напруження, спричиненого усвідомленням потенційної загрози, та сприяло згладжуванню психічного стресу шляхом відкидання можливості негативного розвитку подій. Для пацієнтів із цим типом когнітивного механізму була притаманна схильність до виражених дисоціативних реакцій, внутрішньоособистісної дезінтеграції та конфліктності, амбівалентності, високого рівня психічного напруження.

У клінічній онкологічній практиці трапляються такі варіанти прояву реагування на захворювання на додіагностичному етапі (табл. 2):

1) наявне загальне нездужання, недиференційовані соматичні симптоми, які були постійними, переміжними або наростаючими;

2) присутні специфічні диференційовані симптоми, що вказували на порушення в конкретній системі організму чи наявні розлади функціонування тіла;

3) безсимптомний перебіг, коли сенсорно відчутні ознаки хвороби відсутні, а негаразди зі

здоров'я виявлялися випадково під час профілактичного огляду.

Варіанти 1 та 2 відрізняла наявність чинника фізичного дискомфорту, що результував у фонове психоемоційне напруження з ознаками психоемоційної нестабільності різного ступеня вираженості. На психологічному рівні цей період характеризувався початковими кроками до вживання в ситуацію, в якій хоча б мінімально допускається можливість негативного розвитку подій, на відміну від варіанту, при якому людина не підозрювала про небезпеку для свого здоров'я і стикалася з такою проблемою раптово.

До психосоціальних чинників, що впливали на час звернення по медичну допомогу, належали:

— соціорольова поведінка: потреба догляду за малолітніми дітьми, батьками похилого віку, інвалідом у родині;

— відсутність психосоціального ресурсу;

— фінансова складова — значуща для людини вартість обстеження та, при підтвердженні діагнозу лікування, суттєві труднощі у разі відгулів на роботі;

— соціальні міфи щодо онкопатології, пов'язані зі страхом встановлення «страшного» діагнозу та зміною ставлення оточення як до приреченої людини, дистанціювання — соціальна стигматизація.

Обов'язки догляду за дітьми дошкільного віку, особами з підвищеними потребами, літніми людьми, що здійснювалися переважно жінками, позиціонувалися як вагомий перепони для звернення по

медичну допомогу внаслідок відсутності вільного часу, фізичної та психічної перевтоми, неможливості передачі догляду іншим особам, до яких приєднувалася фінансова складова.

Відсутність підтримки, розуміння, відкритості, а також конфліктні, амбівалентні стосунки у сім'ї та близькому оточенні були підґрунтям для більш пізнього звернення у лікувальні заклади. Хворі, які перебували у таких взаєминах, потребували довшого періоду психологічної підготовки, організації свого часу до походу в лікувально-профілактичний заклад.

Гальмували візит до лікаря фінансові питання — висока вартість обстеження та подальшого лікування. Перед хворими поставала дилема вибору дорогої діагностики у приватних медичних закладах чи звернення у державні установи з довгими чергами для запису на діагностичні обстеження.

Підозра на онкопатологію майже у всіх людей викликає емоційну реакцію шоку через існуючі у суспільстві уявлення щодо онкологічних захворювань. Онкологічні хвороби чітко асоціюються зі смертельним кінцем та сильними стражданнями. Навіть найменша можливість бути онкохворим спричиняє тривогу та страхи, що дезорганізують поведінку особистості. Іншим психосоціальним феноменом була соціальна стигматизація пацієнтів із зазначеною патологією, відчуження та дистанціювання оточення чи, навпаки, поява нетактовного інтересу. Психопатогенетичними складовими подібного міжособистісного явища були:

- провокування власних переживань та страхів, пов'язаних зі смертю та стражданнями;
- недостатні навички взаємодії з людьми у стресі, коли відсторонення від онкохворого було результатом побоювань зробити чи сказати щось зайве, дискомфортні відчуття поряд із хворим;
- психологічна незрілість;
- соціальна байдужість, небажання мати справу з чужими проблемами;
- особистісні деформації.

Очікування небажаної реакції з боку оточення — дистанціювання чи, навпаки, надмірна опіка — могло призводити до приховування свого діагнозу від оточення з метою мінімізувати міжособистісний фактор.

До соціомедичних чинників, які впливали на звернення по лікування були:

- наявність соматичних захворювань, які маскували симптоми онкології;
- у похилому віці прояви захворювання були сприйняті за вікові ознаки старіння;
- низький рівень довіри до системи охорони здоров'я;
- утруднена доступність медичної допомоги;
- патологія психічної сфери.

Фактором, що впливав на час від появи симптомів до звернення по медичну допомогу, була соматична захворюваність та похилий вік. Широкий спектр проявів погіршення фізичного здоров'я з віком приховували ознаки онкопатології чи були сприйняті як менш тяжке захворювання. Також відігравав роль прийом медикаментів у зв'язку з раніше діагностованими хворобами, що могло згладжувати наявну симптоматику (наприклад, знеболювальні засоби).

Причиною, що ускладнює звернення по допомогу, також є наявність патології у психічній сфері — деменція, депресивні стани, прогредієнтні процеси, які погіршують розпізнавання ознак захворювання та зменшують емоційну та поведінкову адаптивність особистості.

Соціомедичними чинниками були низький рівень довіри до медичних закладів та системи охорони здоров'я в цілому, сумніви в отриманні якісної допомоги, небажання стикатися з чергами, довгим очікуванням перед кабінетом лікаря або, при проживанні у віддалених від міських центрів населених пунктах, відсутність потрібних фахівців. У 92 % опитуваних звернення в лікувальний заклад сприймалося як проблемна ситуація.

Важливим параметром звернення по медичну допомогу були соціомедичні звички, тобто стиль поведінки, що спостерігався і під час інших захворювань. З огляду на соціомедичні звички підлягали оцінці параметри:

- час від моменту появи симптомів захворювання до моменту звернення по медичну допомогу;
- вираженість соматичних проявів, які «змушують» звернутися у лікувально-профілактичний заклад;
- самодіагностування, пошук даних щодо наявної симптоматики у засобах масової інформації, інтернеті, на форумах, консультування зі знайомими;
- наявність спроб самолікування, в тому числі нетрадиційними методами;
- час, витрачений на самодіагностику та самолікування, до походу у медичних заклад;
- стиль поведінки протягом лікування: дотримання медичних рекомендацій, прийому медикаментів, лікувального режиму;
- медична освіченість.

У пацієнтів із тривалим додіагностичним періодом виявлено кілька типів, що характеризувалися специфічним комплексом несприятливих соціомедичних звичок із провідними проявами:

- низької медичної освіченості;
- специфічної особистісної організації: зі схильністю до самодіагностики і лікування; зі схильністю до порушень прихильності до лікування;

внутрішньоособистісної структури з ознаками психологічної незрілості;

— порушень у поведінковій сфері.

Порушення соціомедичних навичок зареєстровано у 32,7% онкологічних пацієнтів. Найбільш виражені зміни спостерігалися у хворих, які демонстрували особистісні порушення, що поєднувалися з дезадаптивними поведінковими патернами.

З результатів дослідження випливають такі висновки. Оцінка психічного стану онкологічних пацієнтів та чинників, що на нього впливають, на додіагностичному етапі має важливе медичне значення для виявлення онкопатології на ранніх стадіях та медико-психологічне значення для прогнозування поведінки хворих протягом лікування, психопрофілактики та психокорекції її дезадаптивних форм, розробки психоосвітніх програм зміни негативних соціомедичних звичок.

Провідними чинниками, що впливали на тривалість додіагностичного періоду, були медико-психологічні, які включали особистісні та поведінкові патерни, актуальний психоемоційний стан, попередній досвід хворіння; психосоціальні — соціорольова поведінка, психосоціальний ресурс, фінансова складова, соціальні міфи про онкологію; соціомедичні — соматична та психічна захворюваність, вік, ставлення до системи охорони здоров'я, доступність медичної допомоги.

Поряд із психоемоційними реакціями на потенційну загрозу онкології важливе значення для тривалості додіагностичного періоду мало когнітивне сприйняття ситуації, на яке впливали особистісні уявлення про здоров'я та нездоров'я, рефлексії фізичного стану, ставлення до захворювань, міри турботи про себе, пізнавальних особливостей реагування на стрес.

На тривалість додіагностичного періоду впливали специфіка клініки, а саме — варіанти із загальносоматичним, соматично-специфічним та безсимптомним початком прояву хвороби.

Вплив на тривалість додіагностичного етапу може бути здійснений через модифікацію негативних соціомедичних звичок шляхом медичної та медико-психологічної просвіти.

#### Список літератури

1. Psycho-oncology / J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen [et al.].— Oxford University press, 2010.— P. 3–12.
2. Маркова М. В. Стан та перспективи розвитку сучасної психоонкології / М. В. Маркова, О. В. Піонтковська, І. Р. Кужель // Укр. вісн. психоневрології.— 2012.— Т. 20, вип. 4 (73).— С. 86–91.
3. Current state of medical-advice-seeking behaviour for symptoms of colorectal cancer: determinants of failure and delay in medical consultation / R. J. Courtney, C. L. Paul, R. W. Sanson-Fisher [et al.] // Colorectal Dis.— 2012.— Vol. 14.— P. 222–229.
4. Patient delay and stage of diagnosis among breast cancer patients in Germany — a population based study / V. Arndt, T. Sturmer, C. Stegmaier [et al.] // Brit. J. Cancer.— 2002.— Vol. 86.— P. 1034–1040.
5. Dobson C. M. Patient delay in cancer diagnosis: what do we really mean and can we be more specific? / C. M. Dobson, A. J. Russel, G. P. Rubin // BMC Health Services Res.— 2014.— Vol. 14 (1).— P. 387–393.
6. Петелин Д. С. Феномен откладывания в онкологии / Д. С. Петелин, А. В. Лукин // Психические расстройства в общей медицине.— 2015.— № 2–3.— С. 40–53.

### МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ, ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ И СОЦИОМЕДИЦИНСКИЕ ФАКТОРЫ ОБРАЩЕНИЯ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ НА ДОДИАГНОСТИЧЕСКОМ ЭТАПЕ

И. Р. МУХАРОВСКАЯ

**Проведено клиничко-психологічне обстеження онкологічних пацієнтів і виявлено, що на продовжителюсть додіагностичного етапу вплив ряд факторів: медико-психологічних, психосоціальних і соціомедичних. Важним параметром звернення за медичною допомогою були соціомедичні звички. Оцінка психічного стану онкологічних пацієнтів на додіагностичному етапі була положена в основу прогнозування дальшого поведіння больних во время лечебного процесса, разработку рекомендаций, связанных с изменением соціомедичних звичок.**

*Ключевые слова:* онкологические больные, додіагностический этап, соціомедичні звички, медико-психологіческая помощь.

**MEDICAL PSYCHOLOGICAL, PSYCHOSOCIAL AND SOCIOMEDICAL FACTORS OF SEEKING FOR MEDICAL AID BY CANCER PATIENTS AT PREDIAGNOSIS STAGE**

I. R. MUKHAROVSKA

**Clinical psychological examination of cancer patients revealed that duration of the prediagnosis stage was influenced by a number of medical psychological, psychosocial and sociomedical factors. An important parameter of seeking for medical aid was sociomedical habits. Evaluation of the mental state of cancer patients at the prediagnostic stage was used to predict the future behavior of the patients during the treatment process, development of recommendations related to the changes in sociomedical habits.**

*Key words: cancer patients, prediagnosis stage, sociomedical habits, medical psychological aid.*

---

*Надійшла 25.01.2016*