

5. Ермаченко Л. И. Формирование профессионализма учителей с истероидными чертами личности: автореф. канд. дисс. / Ермаченко Л. И. – М., 1997. – 24 с.

6. Леонтьев А. Н. Деятельность, сознание, личность / Леонтьев А. Н. – М. : Политиздат, 1975. – 304 с.

Рецензенти: к. психол. н. Афанасьєва Н.Є., к. психол. н. Крейдун Н.П.

УДК 159.9

Овсянникова Я.О., к.психол.н.,старший науковий співробітник науково-дослідної лабораторії екстремальної та кризової психології НУЦЗУ

ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА НЕВИЛІКОВНО ХВОРИМ В УМОВАХ ХОСПІСУ

У даній публікації висвітлено, на сьогоднішній день, одне з важливих питань – психологічний супровід невиліковно хворих людей. Розглянуто та проаналізовано основні аспекти психологічної роботи з людьми, які знаходяться у хоспісі.

Ключові слова: хвороба, психологічний супровід, онкохворий.

В данной публикации затронут, на сегодняшний день, один из важных вопросов - психологическое сопровождение неизлечимо больных людей. Рассмотрены и проанализированы основные аспекты психологической работы с людьми, которые находятся в хосписе.

Ключевые слова: болезнь, психологическое сопровождение, онкобольной.

Постановка проблеми. Незважаючи на технічний прогрес 21-го сторіччя, незважаючи на матеріальні досягнення або негаразди, незважаючи на місце мешкання та професію, кожна людина може зіткнутись зі страшним діагнозом – невиліковна хвороба. Після постановки такого діагнозу завжди наступають ще й психологічні негаразди у житті такої людини. В результаті серйозної хвороби сильний відбиток накладається на всі системи життєзабезпечення людини. Біль, обмеження рухливості, зміни у відчуттях несуть хворому страх, безвихідь, безпорадність, страждання, змінюється весь уклад життя людини. Гуманізація суспільства та держави призвели до того, що все більше уваги приділяється цій категорії громадян.

Сьогодні в Україні кожен п'ятдесят сьомий житель хворий онкологічним захворюванням, а 30% невиліковних хворих — люди похилого віку та самотні люди. Щороку вмирає близько 100.000 онкопацієнтів, 70 — 80% з них страждають хронічним больовим синдромом, а також супутніми важкими диспептичними, неврологічними, психічними та іншими розладами. Ці та багато інших невиліковно хворих вкрай потребують ефективного доступного знеболювання, адекватного догляду, гуманного ставлення і підтримки на останньому етапі життя.

Паліативна допомога — напрямок медичної та соціальної діяльності, метою якого є поліпшення якості життя невиліковних хворих та їх сімей у вигляді попередження і полегшення їхніх страждань, завдяки ранньому вияв-

ленню, ретельної оцінки та копіюванню болю та інших симптомів – фізичних, психологічних і духовних.

Центри для безнадійно хворих людей – хоспіси - 30 років тому стали масово відкривати у всьому світі. Ідея організації хоспісу в м. Харкові з'явилася на початку 90-х років, як тільки в пресі колишнього СРСР почали публікуватися матеріали англійського журналіста В. Зорзе, який рекламував цю форму медико-соціальної допомоги і мав особистий трагічний досвід.

В даний час в м. Харкові функціонують обласний та 2 міських хоспіси. Обласний хоспіс працює більше десяти років. Перша черга відділення хоспісу 17-ї лікарні працює близько двох років, друга черга відкрилася нещодавно. Незважаючи на це, всім хворим місця, на жаль, не вистачає.

Хоспіс – заклад для невиліковно хворих, а не для тих, хто ще може боротися! Хоспіси – це не просто спеціалізовані лікарні для людей, які помирають, вони багато в чому є певним запереченням «просто лікарні». Ось чому філософська сторона справи є тут чи не більш важливою, ніж медико-технічна. Ідея філософії хоспісу дуже проста: людина, яка помирає, потребує особливої допомоги, їй необхідно допомогти пройти через межу життя і смерті.

В даній установі фахівці не тільки полегшують медикаментозно страждання хворих, а також і надають соціальну, психологічну та духовну допомогу. Вся допомога здійснюється безкоштовно.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Аналіз сучасних зарубіжних і вітчизняних праць, присвячених проблемам надання психологічної допомоги невиліковно хворим людям, показує необхідність глибокого і систематичного вивчення цього феномену.

При написанні статті орієнтувалися на наукові розробки російських вчених, таких, як Е.П. Корабліної, І.А. Акіндиної, А.А. Баканової – етюди психологічної допомоги, Осипової А.А. – довідник психолога по роботі в кризових ситуаціях. А також без уваги не залишилися і практичні розробки українських вчених – О.О. Тімченка, В.Є. Христенка, Н.В. Оніщенко, С.Ю. Лебедевої, Я.О. Овсяннікової, С.М. Миронця та ін., що відобразились у навчальному посібнику: Кризова психологія та термінологічному словнику: Екстремальна та кризова психологія.

Мета статті - проаналізувати і відобразити основні аспекти психологічного супроводу невиліковно хворих людей.

Виклад основного матеріалу. Останнім часом послуги центру для безнадійно хворих людей – хоспісу - стали, на жаль, актуальними серед харків'ян.

У центрі хворі отримують гідний догляд, оточені звичайними «домашніми» речами, до них відкритий вільний доступ родичів і друзів. Родичі хворих мають можливість залишатися зі своїми близькими в палаті (або недалеко в окремому приміщенні), скільки вони того хочуть. Основна мета перебування в хоспісі – скрасити останні дні життя хворих, полегшити їхні страждання. Умови роботи персоналу, організація діяльності центру для безнадійно хворих людей відповідають всім вимогам, що пред'являються до установ подібного роду.

Згідно з рекомендаціями ВООЗ 2002 року, в хоспіс приймають, окрім онкологічних хворих, також геріатричних, неврологічних і хворих з тяжкою

судинною патологією. Крім того, в даний заклад можуть прийняти хворих на СНІД, а також як виняток, приймають і пацієнтів, що перенесли важкі інсульти.

Умови госпіталізації онкологічних хворих визначаються на підставі рішення внутрішньолікарняної комісії з госпіталізації онкологічних хворих до відділення хоспісу і Департаменту охорони здоров'я. Орієнтовно 20% пацієнтів, які знаходяться в хоспісі, приймаються індивідуально за рішенням комісії.

Таким чином, в даному центрі знаходяться різні категорії хворих. До кожного хворого потрібен індивідуальний підхід не тільки у наданні медичної допомоги, але й у наданні психологічної, духовної допомоги.

У даній публікації, перш ніж розглядати основні аспекти психологічного супроводу невиліковно хворих людей, зупинимось на основних стадіях психологічної реакції, через які проходить безнадійно хвора людина.

1. *Заперечення.* Коли людина дізнається про свій діагноз, то, як правило, не може змиритися з тим, що з нею відбувається щось жахливе. Вона не може прийняти той факт, що її хвороба смертельна. Період заперечення продовжується до тих пір, поки шок від отриманої інформації не змусить приречену людину відкласти це питання, щоб повернутися до нього пізніше, коли вона буде емоційно до цього готова [3].

2. *Гнів.* Часто приречена людина відчуває сильний гнів. Цей гнів може бути вираженням страху та небажання змиритися з діагнозом. Іноді здається, що гнів хворого спрямований на близьких, на тих, хто поруч, але це не так. Деякі люди в цій стадії нарікають на Бога. Для цієї стадії характерні запитання: «Чому я?» Або: «Що я таке зробив і чим я це заслужив? За що мені така кара?».

3. *Ведення переговорів.* Хвора людина просить у Бога час для завершення важливих справ, хоче дожити до визначних для неї подій. Наприклад, вона може думати або говорити: «Якщо я тільки доживу до весілля доньки, я буду готовий покинути цей світ. Я більше нічого не попрошу». Прохання може бути настільки гарячим, а бажання настільки сильним, що відомо безліч випадків, коли людина доживала до очікуваного і встигала закінчити розпочаті й незавершені справи [2].

4. *Депресія.* Під час депресії людина відчуває страх, пригніченість, безпорадність, смуток. Переживає, що наближається час розлуки з близькими, з усім, що їй дороге в цьому світі. Підводить підсумки життя. У цей час надзвичайно важливо вислухати хворого і прийняти його переживання. Під час депресії важливо зрозуміти, що відчуває людина, не намагатися переконати її в неспроможності почуттів, а розділити їх з хворим. Іноді на цьому етапі хворий йде від реальності, відчужується від усього, не проявляє інтересу до навколишнього. Ця стадія може протікати складніше у тих, хто з тих чи інших причин не може або не хоче виразити свої почуття оточуючим.

5. *Примирення з думкою про неминучість.* Часто після важкої боротьби настає примирення з фактами, яке може принести спокій. Відбувається примирення з думкою про неминучість переходу від життя до смерті [3].

Слід зазначити, що перераховані вище стадії не завжди йдуть в установленому порядку, вони можуть видозмінюватися або частково бути відсутні-

ми, протікати з різною швидкістю. Хворий може «застрягти» на якійсь стадії чи навіть повернутися на попередню. Однак знання цих стадій необхідно для правильного розуміння того, що робиться в душі людини, яка зіткнулася зі смертельною хворобою. Фахівці, які надають психологічну підтримку хворому, повинні діяти у відповідності з тією стадією, на якій хворий знаходиться.

А також при наданні психологічної допомоги слід в обов'язковому порядку враховувати поставлений діагноз невиліковно хворому, тривалість захворювання, вік, культурні традиції, релігійність, виховання, оточення. Так, наприклад, коли говоримо про вік людини, то чим старіше людина, яка помирає, тим природніше сприймається її смерть. Коли вмирає стара людина, що прожила довге життя, її смерть, частіше за все, очікувана і зрозуміла. Самими літніми людьми смерть, як правило, сприймається як частина життєвого циклу. Чим молодша людина, тим драматичнішим і неприродним здається її смертельне захворювання [4]. Особливо важкими переживаннями супроводжується смерть дітей, сприймається як несправедлива трагедія. Щодо тривалості й тяжкості захворювання, то чим довше і важче хворіє людина, тим легше сприймається повідомлення про наближення смерті. Якщо повідомлення про діагноз застає людину, яка нещодавно і не сильно захворіла, то реакція завжди буває дуже бурхливою [2].

Важливо знати, як виховувалася людина, яке відношення до життя і смерті було закладено в її дитинстві. Переживання хворого залежать і від того, як він прожив своє життя: чи на повну силу? Чи не відчуває він жалю? Чи здійснив свої надії і мрії? Чи було його життя цілеспрямованим?

Як вже зазначалося, суттєве значення при наданні допомоги невиліковно хворому має аналіз родинних і близьких стосунків. Останній період життя буде залежати і від того, чи знаходяться поруч з хворим його близькі і які з ними склалися стосунки.

Фахівцю необхідно пам'ятати, що в результаті хвороби у людини відбуваються зміни в цілому ряді сфер: фізичній – погане самопочуття, слабкість, зниження апетиту, втрата рухливості; емоційній – поганий настрій, образливість, дратівливість; психічній – погіршуються увага і пам'ять, наростають конфлікти в спілкуванні, припиняється цілий ряд відносин; соціальній – різко зростають грошові витрати на лікування, виникає загроза як в особистому житті, так і в професійній кар'єрі [1].

Хвороба зачіпає всі психічні системи. Детальніше розглянемо емоційну сферу хворого, оскільки вона найбільш піддається змінам. Найчастіше прояви носять негативний характер. Перш за все до них відносять страх і тривогу.

- Страх болю та інших пошкоджуючих факторів.
- Страх болісних і обтяжливих фізичних та душевних переживань в момент смерті.
- Страх самотності. Хворий боїться залишитися в момент смерті один.
- Страх невідомості, пов'язаної з моментом вмирання. Невідомість завжди лякає. Особливо лякає невідомість тих станів і переживань, які будуть супроводжувати саме вмирання [4].
- Почуття провини перед близькими родичами (частіше перед дітьми), турбота про своє майбутнє і майбутнє сім'ї. Занепокоєння про залишені обо-

в'язки (хто буде виховувати дітей, доглядати за старим і безпорадним чоловіком, хто буде піклуватися про дачу, собаку та ін.).

- Занепокоєння про недороблені справи – ненаписаний заповіт, невиконані обіцянки, неподілене майно, недороблена робота та ін; переживання з приводу взаємин з людьми: потрібно встигнути пробачити, примиритися, порозумітися і т.п.

- Жаль про втрати – людині не хочеться йти від того, що вона любить і з чим пов'язана найміцнішими узами [4].

Стан тривоги може бути дуже сильним, порушувати нормальне функціонування організму. У цьому випадку потрібна кваліфікована психіатрична допомога. Однак при помірній вираженості симптомів хворий може навчитися справлятися з цим станом самостійно. Частина цих страхів цілком природна, але їх вираження заважає нормальному функціонуванню організму, який і так відчуває великі перевантаження, пов'язані з самою хворобою та її лікуванням.

У невиліковно хворих спостерігається зниження почуття власної гідності та значущості; ізоляція і самоізоляція; гнів, звернений на родичів, на медичний персонал, на себе; депресія, пов'язана з втратою цілей в житті, втрати соціального стану; у деяких хворих виникає почуття богозалишеності, марності буття і неможливості порятунку [3]. У цей період люди починають задавати собі і оточуючим різноманітні питання: «Навіщо я жив?» «Що буде зі мною після смерті?» «Чому я так важко хворію?» «Як же так, мене не буде, а сонце буде світити, будуть співати птахи, будуть зустрічатися закохані, народжуватися діти, а я цього більше ніколи не побачу ...»

Ці проблеми призводять до появи психічного дискомфорту. Таким людям необхідна кваліфікована психологічна допомога. Невиліковно хворий потребує особливо ретельного, уважного, чуйного догляду. З хворим слід встановити відносини, які базуються на довірі. Основна допомога невиліковно хворому полягає в постійному спілкуванні з ним, у спільному проживанні останнього періоду його земного життя. Необхідно якомога більше розмовляти з людиною. Просити, щоб вона розповідала про різні епізоди свого життя. Спонукає її замислюватися про успіхи, життєві досягнення [2]. Спілкуватися з хворим слід відкрито і довірливо, чесно відповідати на поставлені ним питання, а також давати можливість задавати їх. Задавати рекомендується «відкриті» питання, які стимулюють саморозкриття хворого. Обов'язково давати можливість людині виговоритись. Не можна використовувати помилкові обіцянки одужання як засіб не говорити з хворим на важкі теми [4]. А також треба використовувати мовчання і «мову тіла», як спілкування: хворому треба дивитися в очі, злегка нахилившись вперед, час від часу ніжно, але впевнено торкатися його або її руки.

Невиліковно хворий хоче відчувати себе захищеним. Він хоче, щоб його заспокоїли, сказали йому, що він не буде страждати в момент вмирання. Як зазначалося вище, у людини виникають різного роду страхи і побоювання, почуття тривоги. Фахівцю в цьому випадку потрібно допомогти хворому справитися зі своїми негативними почуттями. Необхідно говорити з ним про його страхи, про тривоги і побоювання. Особливо важливо надати можливість людині висловити свої емоції, що спалюють її зсередини [3]. Хворій людині можна сказати кілька слів, які можуть заспокоїти, пояснити, що по-

чуття, які вона відчуває, є зовсім нормальні.

Відзначимо, фахівцеві дуже важливо прислухатися і звертати увагу до таких мотивів, як страх, самотність, гнів, самозвинувачення, безпорадність. Стимулювати їх розкриття. Наполягати на чіткому з'ясуванні цих мотивів і самому намагатися добитися їх розуміння.

Невиліковно хворій людині потрібно допомогти доробити земні справи. Пообіцяти виконати її останню волю, якщо вона сама не встигне щось зробити. По можливості виконати давні бажання або хоча б допомогти прожити в уяві те, що так і не здійснилося. Хворому важливо відчувати, що для нього робиться все можливе. Людина не повинна відчувати себе в ізоляції, що від неї щось приховують.

Необхідно заохочувати, стимулювати хворого зберігати свою самостійність і незалежність від оточуючих наскільки це можливо в даний момент. А також до часткового або повного самообслуговування, за винятком тих ситуацій, коли це може бути небезпечно; наприклад, при наростаючій слабкості деякі хворі намагаються, як і раніше, обійтися без сторонньої допомоги, в результаті отримують травми [4].

У разі взаємодії з онкохворим, психолог повинен сказати людині, що в момент смерті вона не залишиться одна, і що хтось обов'язково їй допоможе прожити цей період. Відзначимо, що сама по собі присутність біля ліжка важкохворого і помираючого може мати заспокійливу дію. Хворий повинен бути впевнений у тому, що йому допоможуть зняти болі та інші тяжкі відчуття в момент смерті. Багато хворих потребують тілесного контакту з близькими людьми в момент смерті. Вони просять, щоб їх взяли за руку, поклали руку на лоб, обійняли і т.п.

При наданні психологічної допомоги невиліковно хворій людині не слід забувати і про гумор. Вчені встановили, що гумор робить позитивний вплив на фізіологічні і психологічні параметри людини, посилює кровообіг і дихання, знижує артеріальний тиск і м'язове напруження, викликає секрецію гіпоталамічних гормонів і лізоциму. Гумор відкриває канали комунікації, знижує тривожність і напругу, посилює процеси навчання, стимулює творчі процеси, посилює впевненість у собі [1]. Звичайно, слід уникати недоречного оптимізму.

Необхідно якнайшвидше перейти від заперечення до визнання того, то неминуче, щоб перестати боятися смерті. Важливо, щоб людина прийняла смерть на духовному рівні. Потрібно знайти ресурс (заняття, думки, спогади, незакінчена справа), який допоможе невиліковно хворій людині прожити залишок життя без душевних терзань.

А також потрібно брати до уваги і намагатися задовольнити психічні, соціальні та духовні потреби хворого. Для людей, що стоять перед обличчям неминучої смерті, духовне життя має особливо велике значення. Навіть невірні люди перед обличчям смерті шукають сенс прожитого ними життя. Навколишні, в тому числі і лікар, повинні розуміти, в якому замішанні перебуває хворий, і бути готовими простягнути йому руку допомоги. Величезну допомогу тут надає священик. Коли помирає віруюча людина, її віра дає сили в цей важкий час [4]. У віруючої людини виникає гостра потреба в спілкуванні зі

священиком, потреба в підготовці своєї душі до зустрічі з Богом. Її турбує не стільки питання про те, як вона буде вмирати, скільки питання про те, що можна встигнути зробити в цьому житті, щоб підготуватися до іншого життя.

Хотілося б відзначити, як медперсонал, соціальні робітники, психологи, так і родичі, близькі люди до невиліковно хворої людини повинні ставитися із співчуттям, проявляти терпіння, розуміння, але в певних межах.

Зупинимось ще на одному питанні. Щоб допомогти тим, хто в хоспіс не потрапив або не хоче йти з дому навіть в останні дні, в місті організували спеціальну групу. Проект назвали «Рука допомоги». В рамках цього проекту, який фінансується Євросоюзом, виїзна бригада надає безкоштовну медичну і психологічну допомогу хворим, а також їх родичам. У проекті задіяні два лікарі: невропатолог і психотерапевт, три медсестри, дві санітарки та два соціальних працівники. Вони обслуговують близько ста хворих. Проект «Рука допомоги» розрахований на три роки. На сьогоднішній день багато людей зрозуміли, наскільки необхідні хоспіси у нашій державі, де фахівці надають кваліфіковану допомогу невиліковно хворим та допомагають полегшити їх страждання.

Висновки. Невиліковно хвора людина потребує допомоги не менше, а більше, ніж інші хворі, – допомога має дуже велике значення для гідного завершення життя людини. Догляд за людиною, яка помирає, вимагає дуже багато фізичних і душевних сил, багато часу.

При наданні психологічної допомоги невиліковно хворій людині слід в обов'язковому порядку враховувати поставлений діагноз хворому (характер захворювання), тривалість захворювання, вік, стадію психологічної реакції, на якій знаходиться людина, культурні традиції, релігійність, виховання, оточення. Психолог в даний період допомагає людині зняти страх перед смертю; відпустити образи, які накопичилися за життя; зробити переоцінку цінностей, зрозуміти, що важливо, а що не важливо в житті; налагодити відносини з родичами; допомогти родичам адаптуватися до умов, коли в будинку є тяжкохворий, і багато іншого ...

Слід пам'ятати, що догляд за невиліковно хворим, його супровід по всіх етапах умирання – важке випробування для всіх, хто бере участь у такому догляді. До догляду за хворим і до спілкування з ним у цей період обов'язково повинні бути залучені родичі, друзі, лікарі, медичні сестри, соціальні працівники, психологи, служителі церкви.

ЛІТЕРАТУРА

1. Екстремальна та кризова психологія : [термінологічний словник / авт.-уклад. Тімченко О. В.]. – Х. : ХНАДУ, НУЦЗУ, 2010. – 291 с.
2. Искусство исцеления души : этюды о психологической помощи / Е. П. Кораблина, И. А. Акиндинова, А. А. Баканова, А. М. Родина. – СПб. : РГПУ им. А. И. Герцена : СОЮЗ, 2001. – 319 с
3. Кризова психологія : [навчальний посібник / за заг. ред. проф. О. В. Тімченка]. – Х. : НЦЗУ, КП «Міська друкарня», 2010. – 383с.
4. Осипова А. А. Справочник психолога по работе в кризисных ситуациях / Осипова А. А. – Ростов н/Д. : Феникс, 2005. – 315 с.

Рецензенти: д. психол. н. Вачков І.В., д. психол. н. Осьодло В.І.

Олійников О.А., к.психол.н., старший науковий співробітник науково-дослідної лабораторії екстремальної та кризової психології НУЦЗУ

ПРО ОСНОВНІ НАПРЯМКИ ДОСЛІДЖЕНЬ АНТРОПОГЕННОГО ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТРЕСУ В СУЧАСНИХ УМОВАХ РОЗВИТКУ ЕКСТРЕМАЛЬНОЇ ТА КРИЗОВОЇ ПСИХОЛОГІЇ

У статті наведені основні напрями дослідження антропогенного психоемоційного стресу у населення, яке постраждало від наслідків надзвичайної ситуації техногенного походження.

Ключові слова: психоемоційний стрес, постраждале населення, родичі постраждалих.

В статье проанализированы основные направления исследования антропогенного психоэмоционального стресса у населения, которое пострадало от последствий чрезвычайной ситуации техногенного происхождения.

Ключевые слова: психоэмоциональный стресс, пострадавшее население, родственники пострадавших.

Постановка проблеми. За даними ВОЗ, на сьогодні в усьому світі виявлено 400 млн. випадків тривожних станів, 340 млн. випадків розладів настрою, 60 млн. випадків затримки розвитку, 40 млн. випадків епілепсії.

Психічні розлади розглядаються як один із найбільш істотних компонентів захворюваності, що призводить до інвалідності. Якщо врахувати, що від 30 до 50% людей, що звернулися у медичні заклади загального профілю, мають проблеми з психічним здоров'ям і за останні десятиліття біля 800 млн. людей були травмовані природними катастрофами, то цифри стають просто жахливими. До 2020 р. очікується зростання психічних захворювань до 15% від загального числа захворювань.

XX століття стало часом пильної уваги психологів до проблеми страждання: робота Є. Ліндемана «Клініка гострого горя» (1944), Р. Ліфтона (1967), де було описано «синдром вижившого», що одержав пізніше назву «В'єтнамський синдром». З 1980 р. частина розладів після психічної травми описувалася в американській класифікації психічних розладів як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Ми переконані, що у сучасних умовах розмова повинна вже йти не про стрес як про загальний адаптаційний синдром, і навіть не про емоційний стрес. Розмова повинна йти про страждання - антропогенний психоемоційний стрес.

Відомо, що коли говорять про стрес у людини, то традиційно прилучають його до емоційної сфери. У відповідь на психічну травму виникає емоційна стресова реакція, де поведінка наближається до автоматизованих форм, де емоції складають більш питому вагу, ніж розум. Не дарма говорять, що перед тим, як з'ясувати відношення, треба «заспати образу». Але це тільки перший ступінь відповіді людини на антропогенний психоемоційний стрес.