

tional Endodontic Journal, 41 (8), 710–719. doi: 10.1111/j.1365-2591.2008.01415.x

6. Trubka, I. A., Molozhanov, I. A., Hitrova, S. A. (2007). Klinicheskie aspekty primeneniya antigomotoksicheskikh preparatov v kompleksnom lechenii hronicheskogo periodontita [Clinical aspects of antihomotoxic drugs in treatment of chronic periodontitis]. Ukrainian stomatologichny Almanac, 5, 31–34.

7. Proffit, U. R. (2006). Sovremennaya ortodontiya [Modern orthodontics]. Moscow: MEDpress-Inform, 560.

8. Ushakov, A. A. (2009). Prakticheskaya fizioterapiya [Practical physiotherapy]. Moscow: Medical News Agency, 608.

9. Naibov, O. V. (2007). Kliniko-eksperimentalnoe obosnovanie ispolzovaniya diodnogo lazera pri lechenii destruktivnykh form verhushechnogo periodontita u podrostkov [Clinical-experimental study on the use of the diode laser in the treatment of destructive forms of apical periodontitis in adolescents]. Ekaterinburg, 20.

10. Kim, J.-W., Shashkov, E. V., Galanzha, E. I., Kotagiri, N., Zharov, V. P. (2007). Photothermal antimicrobial nanotherapy and nanodiagnostics with self-assembling carbon nanotube clusters. Lasers in Surgery and Medicine, 39 (7), 622–634. doi: 10.1002/lsm.20534

11. Irkha, S. V., Cherepinskiy, O. A., Storozhenko, A. V. (2015). Pat. 101796 UA. The method of compensation defect crown at the shattered bifurcation. Patent of Ukraine for useful model MPK (2015.01), A61C 5/10 (2006.01), A61C 9/00. u201504189; declared: 29.04.2015; published 25.09.2015, Bul. 18.

12. Doroshenko, S. I., Moskalenko, V. S., Didula, M. V., Kulginskiy, E. A., Doroshenko, K. V. (2010). Pat. 51989 UA. Elektrofulgulator. Patent of Ukraine for useful model MPK A61C 1/00. u201001169; declared: 5.02.2010; published 10.08.2010, Bul. 15.

13. Zhulyov, E. N. (2012). Ortopedicheskaya stomatologiya [Prosthetic dentistry]. Moscow: Medical News Agency, 824.

*Рекомендовано до публікації, д-р мед. наук, професор Дорошенко С. І.
Дата надходження рукопису 14.10.2016*

Ірха Сергій Володимирович, асистент, кафедра ортопедичної стоматології та ортодонції, Приватний вищий навчальний заклад «Київський медичний університет», вул. Л. Толстого, 9, м. Київ, Україна, 01004
E-mail: ortstom@gmail.com

УДК 616.89:616-006-052

DOI: 10.15587/2519-4798.2016.86538

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ЧЛЕНІВ СІМ'Ї ОНКОЛОГІЧНОГО ХВОРОГО НА РІЗНИХ ЕТАПАХ ЛІКУВАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ

© І. Р. Мухаровська

На етапі первинного протипухлинного лікування у членів сім'ї онкологічного хворого психічні зрушення були обумовлені нестачею інформації, відсутністю навиків протидії стресу, викликаного онкопатологією у близької людини. Період повторної протипухлинної терапії характеризувався формуванням ефективного копіну та пристосуванням до ситуації. Для паліативного етапу були властивими повторне наростання напруженості, переорієнтація на нову стратегію допомоги

Ключові слова: онкологічні хворі, сім'я, психологічна допомога, психоонкологія, протипухлинне лікування, психічний стрес

The study of mental stress manifestation features of cancer patients' relatives in different stages of treatment process.

Contingent and methods. The research was carried out at Kyiv city clinical oncology center. According to informed consent, 218 cancer patients' relatives participated in psychodiagnostic survey.

Results. Psychological problems of cancer patients' relatives dealt with the lack of information, personal emotions, interaction with patient, and involvement in the treatment process. Patient's relatives showed different behavior models during the treatment process, namely hyper care, estrangement, and balanced contact. During primary antitumor treatment in cancer patient's relatives, mental distress was due to the lack of information, and the lack of skills for counteracting stress, caused by their relative disease; repeated anticancer therapy period characterized by effective coping and adaptation to the situation formation; palliative stage characterized by tension repeated rise, and reorientation to a new strategy of help.

Conclusion. Mental distress manifestation in cancer patients' relatives pointed to the necessity of medical and psychological assistance for them

Keywords: cancer patients, family, psychological assistance, psycho oncology, antitumor treatment, mental stress

1. Вступ

Онкологічна захворюваність в Україні становила у 2014 році 372,4 на 100 тис. населення та харак-

теризується тенденцією до неухильного зростання, що формує гостру потребу у розвитку психологічної служби в медичних закладах, які надають допомогу

онкологічним хворим [1]. Онкопатологія спричиняє часткову чи повну втрату працездатності в наслідок хронічного прогресивного перебігу у кожного 6 пацієнта (79,0 на 100 тис. населення), летальність становить 51,3 %, не проживає і 1 року після встановлення діагнозу 31,4 %, смертність складає 188,4 на 100 тис. населення (40,0 % захворілих та 39,2 % померлих особи працездатного віку серед чоловіків, і 26,6 % та 19,9 % – жінок) [1]. Дані показники щодо онкологічних захворювань вказують та високий рівень загрози для життя, що і лежить в основі переважної більшості онкопсихогеній. Поряд з пацієнтом психологічному травмуванню підпадає і його найближче оточення, в особливості родина [2, 3]. Біля кожного онкологічного хворого знаходиться близько 7 членів сім'ї чи близьких, які залучені до допомоги та підтримки пацієнта. Встановлення діагнозу раку спричиняє «коливальний ефект» у родині, що полягає у виникненні страхів, невизначеності, порушення планів та зміну звичного укладу життя, міжособистісної комунікації, екзистенційну тривогу, зрушення у функціонуванні та посилення сімейного напруження [5, 6]. Психологічний стрес у сім'ї виникає як результат дії серії множинних, переплетених та багаторівневих факторів у вигляді рецидиву раку, продовження хвороби, змін у терапевтичній тактиці, перехід від спеціального лікування до паліативної допомоги.

2. Обґрунтування дослідження

Родина відіграє важливу роль у підтримці онкохворого. У випадку прогресування захворювання, що супроводжується зниженням працездатності та можливостей самообслуговування, потреба у сторонній допомозі та догляді стає особливо значимою. Це ставить перед сім'єю значні вимоги, відповідно до чого рівень стресу та дистресу серед опікуючих є високим [7–10].

Переживаючи наявність онкологічного захворювання у одного з членів родини, сім'я намагається перебудувати своє функціонування, що спричиняє дестабілізацію навіть у ресурсних та добре адаптованих сімейних системах [4]. Перед родиною стають проблеми спілкування та підтримки хворого, реагування на почуття та висловлювання пацієнта щодо раку, вплив пригніченого настрою як самого хворого так і членів його родини на сімейне функціонування, напруження, обумовленого зміною ролей, а також реконструювання неадаптивних стратегій поведінки у ситуації хвороби. Вивчення особливостей прояву психологічного дистресу членів сім'ї онкологічного пацієнта є одним з пріоритетних завдань сучасної психоонкології.

3. Мета дослідження

Встановити особливості прояву психічного стресу у членів сім'ї онкологічних хворих на різних етапах лікування.

4. Контингент та методи дослідження

Дослідження проводилося на базі Київського міського клінічного онкологічного центру протягом 2012–2016 років. За інформованої згоди у психодіагностичному обстеженні прийняли участь 218 членів родини хворих з онкопатологією: 79 осіб – на етапі первинного лікування їх близького – Г(п), 68 – повторного Г(в), та 71 – паліативної допомоги Г(пал). У групі обстежених 67,9 % становили опитувані жіночої та 32,1 % – чоловічої статі, 59,2 % респондентів перебували в шлюбі з хворим (дружини і чоловіки) та 40,8 % були дорослими дітьми онкологічних пацієнтів.

В якості діагностичного інструментарію було застосовано спеціально розроблене напівструктуроване клініко-психологічне інтерв'ю. Статистична обробка проводилася за допомогою MS Excel v.8.0.3, використано метод обрахунку відносних величин структури.

5. Результати

У табл. 1 представлено медико-психологічні індикатори психічного дистресу у членів сім'ї онкологічних хворих на різних етапах лікувального процесу – при первинному зверненні пацієнта та його родини з онкологічним захворюванням і протипухлинним лікуванням, повторному – в наслідок прогресування чи рецидиву захворювання, а також на етапі паліативної допомоги.

Таблиця 1

Медико-психологічні індикатори психічного дистресу у родичів онкологічних хворих, %±m

Потреба в інформації			Зміни у психічному стані				
Відсутня	1	2	3	Незначні	1	2	3
	–	–	–		–	–	–
Помірна	13,9±3,5	36,8±4,8	25,4±4,4	Помірні	7,6±2,6	13,2±3,4	8,5±2,8
Висока	86,1±3,5	63,2±4,8	74,6±4,4	Значні	92,4±2,6	86,8±3,4	91,5±2,8
Моделі взаємодії з хворим			Вплив на сімейне функціонування				
Гіперопіки	1	2	3	Низький	1	2	3
	58,3±4,9	47,0±5,0	54,9±5,0		–	–	–
Дистанціювання	13,9±3,5	11,8±3,2	16,9±3,7	Помірний	11,4±3,2	14,7±3,5	7,0±2,6
Контакту	27,8±4,5	41,2±4,9	28,2±4,5	Високий	88,6±3,2	85,3±3,5	93,0±2,6
Активність у лікувальному процесі			Труднощі у спілкуванні з хворим				
Низька	1	2	3	Незначні	1	2	3
	11,4±3,2	10,2±3,0	–		–	8,8±2,8	–
Помірна	58,2±4,9	70,6±4,6	64,8±4,8	Помірні	51,9±5,0	51,5±5,0	43,7±5,0
Висока	30,4±4,6	19,2±3,9	35,2±4,8	Суттєві	48,1±5,0	39,7±4,9	56,3±5,0
Потреба у психологічній допомозі					1	2	3

Примітка: 1 – члени сім'ї на етапі первинного лікування їх близького Г(п); 2 – повторного Г(в); 3 – паліативної допомоги Г(пал)

Основними медико-психологічними індикаторами психічного дистресу у рідних хворого були брак інформації, потреба у психологічній допомозі, відчуття труднощів у спілкуванні з пацієнтом, самооцінка впливу захворювання на власний психоемоційний стан та сімейне функціонування, активність та модель поведінки у лікувальному процесі.

6. Обговорення результатів дослідження

Родичі хворого переживали виражений психічний стрес у зв'язку із встановленням онкологічного діагнозу близькій людині, що відображалось у негативних переживаннях. Для хворого онкологія загрожувала життю, тоді як для рідних – становила ризик втрати значимих міжособистісних відносин. Спектр психологічних проблем членів сім'ї було розділено на 4 блоки: брак інформації, власні переживання, взаємодія з хворим, залученість до лікування.

Результати інтерв'ювання виявили, що необхідність у інформації була актуальною для будь-якого лікувального періоду, однак більш значимою при першій зустрічі з хворобою та зміні тактики лікування (паліативній допомозі) – показники високої потреби становили: 86,1±3,5 % у Г(п), 63,2±4,8 % у Г(в) та 74,6±4,4 % у Г(пал), помірної – 13,9±3,5 %, 36,8±4,8 % та 25,4±4,4 % відповідно. При первинному зіткненні з онкологічною хворобою був відчутний суттєвий брак інформації в даній області: незрозуміння медичної термінології, принципів та методів протипухлинного лікування і діагностики, можливостей терапії, особливостей перебігу онкологічного захворювання, його ускладнень, наслідків. Повернення хвороби та повторне звернення у онкологічний заклад спричиняли сплеск негативних емоцій, актуалізацію попередніх переживань, пов'язаних з онкологією, проте пацієнти і їх рідні були більш обізнаними та інформованими у ситуації, мали у своєму арсеналі індивідуалізовані проблемно-орієнтовані стратегії вирішення актуальних завдань. Перехід на паліативне лікування після тривалого періоду спеціалізованого, обумовлювали кардинальну зміну лікувальних завдань: посиндрому медичну допомогу на відміну від патогенетичної, значні зусилля мали спрямовуватися на догляд за хворим з метою заміщення прогресивного зниження можливостей самообслуговування. Тобто рідні зіштовхувалися з якісно іншими принципами терапії та мали засвоїти нову інформацію та навички.

В першу чергу основним джерелом знань для хворого та його рідних були лікарі, однак інтенсивна тривога, недостатній контакт з медичними працівниками змушували самотійно просвітлюватися. На сьогодні у мережі Інтернету, популярній літературі в наявності дуже багато інформації з онкологічної тематики, присутні численні форуми та блоги, на яких люди діляться власним досвідом боротьби з хворобою, результатом чого стає поглиблення когнітивної тривоги родичів і вони стають ще більш дезорієнтованими та розгубленими. Варто звернути

увагу також на якість викладених на загал матеріалів, значна частина яких не відповідає сучасним науковим уявленням, має маніпулятивний характер, викликає недовіру до традиційного протипухлинного лікування, зароджує сумніви та недовіру до медицини. Це вказує на те, що організація медичної просвіти в онкології, має важливе практичне значення, за рахунок сприяння поглибленню контакту з терапевтичною командою, формування адаптивної поведінки протягом лікувального процесу.

Значну вираженість зрушень у психічному стані відмічали 92,4±2,6 % родичів у Г(п), 86,8±3,4 % у Г(в) та 91,5±2,8 % у Г(пал), помірну лише 7,6±2,6 %, 13,2±3,4 % та 8,5±2,8 % осіб, що вказувало на відсутність навичок протидії онкологічному стресу при первинному зверненні, набуття досвіду – при повторному та необхідності реадаптації до нових практичних завдань на етапі паліативної терапії. В цілому психоемоційний стан родичів онкохворих характеризувався закономірною етапністю та відображав психологічний зміст переживання втрат та перешкод, викликаних хворобою. Зміни у соматичному та психологічному стані пацієнта для членів родини відігравали роль «пускових факторів» у психологічному реагуванні. Навіть незначна зміна у фізичному та психічному стані хворого викликала інтенсивний емоційний відгук. Важливим чинником, що викликав психоемоційне напруження, було зіткнення з екзистенційними переживаннями смерті, сенсу життя та страждань. На психоемоційному рівні у родичів онкологічних пацієнтів спостерігалися наступні прояви:

- тривожно-депресивний настрій, що формувався на фоні перевантаження власними негативними переживаннями та емоціями хворого, виснаження фізичного та емоційного ресурсу організму члена сім'ї;
- відчуття внутрішнього напруження, несподіваного і безпричинного страху, нервозність, неспокій, розлади сну;
- посилення скарг як результату соматизації тривоги чи загострення хронічних хвороб у зв'язку зі зниженням опірності організму на фоні стресової ситуації, таких як головні болі, серцебиття, кардіоалгії, задишка, розлади травлення, невралгії;
- нав'язливі думки щодо хвороби члена родини, його неминучої смерті внаслідок прогресування онкологічного захворювання;
- нав'язливі сумніви щодо правильності своїх дій, повноти реалізації сімейних обов'язків у підтримці, допомозі, фінансовому забезпеченні лікування;
- прояви міжособистісної сензитивності, вразливість до оцінок та дій оточуючих по відношенню до них та хворого, занепокоєння і помітний дискомфорт у процесі міжособистісної взаємодії з медичним персоналом;
- легко виникаюча досада або роздратування, спалахи гніву у зв'язку з ситуацією;
- звинувачення інших у проблемах, відчуття недовіри до оточення;

– побудова власної специфічної концепції захворювання, його причин, перебігу, інтерпретування змін у стані пацієнта відповідно до суб'єктивної картини;

– почуття самотності при перебуванні поряд з іншими людьми, думки про дану ситуацію як покарання за гріхи;

– відчуття власної психічної неадекватності.

На виражені зрушення у житті родини вказували 88,6±3,2 % у Г(п), 85,3±3,5 % – у Г(в) та 93,0±2,6 % у Г(пал), помірні – 11,4±3,2 %, 14,7±3,5 % та 7,0±2,6 % обстежених. Важка хвороба у родині та потреба у лікуванні обумовлювала перерозподіл сімейного навантаження, обов'язків, особистого часу та зусиль рідних, сімейного бюджету. Це вимагало докорінної перебудови родинного та особистісного функціонування членів сім'ї. Зіткнення з стражданнями близької людини, відчуття некомпетентності та власного безсилля їй допомогти, змінити ситуацію, брак ресурсних можливостей потенціювали почуття провини, яке суттєво погіршувало психологічний стан родичів. Зниження можливостей до самообслуговування при прогресуванні захворювання, що особливо актуально для паліативного етапу, спричиняло більшу залученість родини до допомоги та підтримки хворого.

Поряд з бажанням допомогти члени сім'ї переживали збентеженість, розгубленість, а саме яким чином з пацієнтом спілкуватися, що говорити, чим саме допомагати. Про незначні труднощі у взаємодії з хворим вказали лише 8,8±2,8 % родичів при повторному зіткненні з онкологічною хворобою, помірні проблеми реєструвалися у 11,4±3,2 % у Г(п), 14,7±3,5 % у Г(в) та 7,0±2,6 % у Г(пал), виражені – 88,6±3,2 %, 85,3±3,5 % та 93,0±2,6 % осіб. Негативні та позитивні переживання перепліталися: провини, тривога, гнів та роздратування поєднувалися з відчуттям єдності з близькою людиною, відповідальності за неї, співприсутності. Почуття провини, любов та обов'язок формували тріаду основних мотивуючих факторів поведінки родичів у процесі переживання онкологічного захворювання близької людини.

На фоні перебігу онкологічного захворювання у членів родини спостерігалися наступні моделі поведінки: гіперопіки – 58,3±4,9 % у Г(п), 47,0±5,0 % у Г(в) та 54,9±5,0 у Г(пал), дистанціювання – 13,9±3,5 %, 11,8±3,2 % та 16,9±3,7 %, та збалансованого контакту – 27,8±4,5 %, 41,2±4,9 % та 28,2±4,5 % опитуваних. Тобто, рідні були схильними проявляти посилену турботу та захищати близьку людину від негативних аспектів ситуації незалежно від лікувального етапу, проте найбільш виразною дана поведінка були на початку та наприкінці хвороби. Модель гіперопіки характеризувалась тим, що хворого «оберігали» від правди про діагноз, обмежували інформацію стосовно перебігу захворювання, нав'язували невиправдано високі сподівання на позитивну перспективу лікування та видужання. В основі подібної поведінки з боку сім'ї ставали уявлення, що знання про тяжкість захворювання, і, відповідно, страх перед

стражданнями та неминучою смертю, були гіршими за саму смерть, та могли провокувати суїцид. Проте відсутність обіцяного ефекту лікування, погіршення самопочуття, нагромадження непояснених фактів, поглиблювали внутрішній дисонанс пацієнта. В родині та у взаємодії з медичним персоналом наростало напруження, виникали конфлікти.

Негативні переживання хворого, зіткнення з власними суперечливими та амбівалентними емоціями відносно хвороби близької людини, екзистенційна криза, зміна звичного життєвого ритму, додаткові обов'язки приводили членів сім'ї до бажання вийти з даної ситуації, що спричиняло дистанціювання. Внутрішнє переживання відчуженості та відстороненості від пацієнта часто викликало почуття провини, що, у свою чергу, ставало вторинним психотравмуючим чинником.

Для моделі збалансованого контакту були властиві самоконтроль психоемоційного стану, орієнтованість на вирішення конкретних задач у зв'язку з ситуацією, висока вмотивованість на допомогу, почуття обов'язку, відкритість у обговоренні власних почуттів, вміння приймати переживання близької людини, побудова партнерських стосунків.

Члени сім'ї були залучені до лікування хворого, що виражалося у спільних візитах до лікаря, обговоренні стратегії протипухлинної терапії з лікувальною командою, купівлі лікарських засобів, пошуку найкращих онкологічних закладів та спеціалістів, підтримки пацієнта протягом медичних заходів. Низьку активність при лікуванні хворого проявляли 11,4±3,2 % рідних у Г(п), 10,2±3,0 % у Г(в) та 0 % у Г(пал), помірну – 58,2±4,9 %, 70,6±4,6 % та 64,8±4,8 %, високу – 30,4±4,6 %, 19,2±3,9 % та 35,2±4,8 %, що свідчило про значну залученість родичів до підтримки хворого, особливо на паліативному етапі лікування. В даній ситуації пацієнти могли делегувати рідним обов'язки взаємодії з медичними працівниками, або ж члени сім'ї самостійно перебирали на себе контроль. Надмірна активність родичів у лікувальному процесі обумовлювалася рядом психологічних чинників. Перший варіант розвивався на фоні вираженого психічного напруження, зменшення якого вимагало реалізації у будь-якій формі діяльності, в тому числі процесі лікування, другий – відображав спосіб переходу від позиції «вразливого» родича на позицію «експерта» з метою дистанціювання від психотравмуючої ситуації, третій – був обумовлений потребою встановлення контролю.

Онкологічне захворювання впливало на членів сім'ї так само сильно як і на пацієнтів, викликало широкий спектр зрушень у психічному функціонуванні, спричиняло розвиток дезадаптивної поведінки, що вказувало на необхідність розробки заходів медико-психологічної допомоги для рідних хворого.

7. Висновки

1. Психологічна проблематика членів сім'ї онкологічного хворого стосувалася браку інформації,

власних переживань, взаємодії з пацієнтом, залученості до лікування.

2. Родичі онкохворого демонстрували різні моделі поведінки протягом лікування, а саме, гіперопіку, дистанціювання та збалансований контакт.

3. Рідні пацієнта з онкопатологією переживали високий рівень психічного стресу, що супроводжувався психопатологічною симптоматикою та дезадаптивною поведінкою.

4. На етапі первинного протипухлинного лікування у членів сім'ї онкологічного хворого психічні зрушення були обумовлені нестачею інформації, відсутністю навиків протидії стресу, викликаного онкопатологією у близької людини. Період повторної протипухлинної терапії характеризувався формуванням ефективного копіngu та пристосуванням до ситуації. Для паліативного етапу були властивими повторне наростання напруженості, переорієнтація на нову стратегію допомоги.

5. Прояви психічного дистресу у рідних онкологічного хворого вказували на необхідність надання їм медико-психологічної допомоги.

Література

1. Федоренко, З. П. Рак в Україні 2014–2015 [Текст] / З. П. Федоренко, Л. О. Гулак, Ю. Й. Михайлович, Є. Л. Грох, А. Ю. Рижов, О. В. Сумкіна, Л. Б. Куценко; ред. О. О. Колеснік. – К.: Національний інститут раку, 2016. – Режим доступу: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_17/index.htm
2. Psycho-Oncology [Text] / J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. V. Jacobsen, P. B. Jacobsen, M. J. Loscalzo, R. McCorkle, P. N. Butow (Eds.). – Oxford University press, 2015. – 772 p. doi: 10.1093/med/9780199363315.001.0001
3. Маркова, М. В. Стан та перспективи розвитку сучасної психоонкології [Текст] / М. В. Маркова, О. В. Пionтківська, І. Р. Кужель // Український вісник психоневрології. – 2012. – Т. 20, № 4. – С. 86–91.
4. Lukhmana, S. Family caregivers' burden: A hospital based study in 2010 among cancer patients from Delhi [Text] / S. Lukhmana, S. K. Bhasin, P. Chhabra, M. S. Bhatia // Indian Journal of Cancer. – 2015. – Vol. 52, Issue 1. – P. 146–151. doi: 10.4103/0019-509x.175584
5. Nielsen, M. K. Psychological distress, health, and socio-economic factors in caregivers of terminally ill patients: a nationwide population-based cohort study [Text] / M. K. Nielsen, M. A. Neergaard, A. B. Jensen, F. Bro, M.-B. Guldin // Support Care Cancer. – 2016. – Vol. 24, Issue 7. – P. 3057–3067. doi: 10.1007/s00520-016-3120-7
6. Hagedoorn, M. Distress in couples coping with cancer: a meta-analysis and critical review of role and gender effects [Text] / M. Hagedoorn, R. Sanderman, H. N. Bolks, J. Tuinstra, J. C. Coyne // Psychological Bulletin. – 2008. – Vol. 134, Issue 1. – P. 1–30. doi: 10.1037/0033-2909.134.1.1
7. Kissane, D. W. Psychosocial morbidity associated with patterns of family functioning in palliative care: baseline data from the Family Focused Grief Therapy controlled trial [Text] / D. W. Kissane, M. McKenzie, D. P. McKenzie, A. Forbes, I. O'Neill, S. Bloch // Palliative Medicine. – 2003. – Vol. 17, Issue 6. – P. 527–537. doi: 10.1191/0269216303pm808oa
8. Bambauer, K. Z. Mutuality and specificity of mental disorders in advanced cancer patients and caregivers [Text] / K. Z. Bambauer, B. Zhang, P. K. Maciejewski, N. Sahay, W. F. Pirl, S. D. Block, H. G. Prigerson // Social Psychiatry and Psychiatric Epidem. – 2006. – Vol. 41, Issue 10. – P. 819–824. doi: 10.1007/s00127-006-0103-x
9. Nipp, R. D. Factors associated with depression and anxiety symptoms in family caregivers of patients with incurable cancer [Text] / R. D. Nipp, A. El-Jawahri, J. N. Fishbein, E. R. Gallagher, J. M. Stagl, E. R. Park et. al. // Annual of Oncology. – 2016. – Vol. 27, Issue 8. – P. 1607–1612. doi: 10.1093/annonc/mdw205
10. Rumpold, T. Informal caregivers of advanced-stage cancer patients: Every second is at risk for psychiatric morbidity [Text] / T. Rumpold, S. Schur, M. Amering, K. Kirchheiner, E. K. Masel, H. Watzke, B. Schrank // Support Care Cancer. – 2016. – Vol. 24, Issue 5. – P. 1975–1982. doi: 10.1007/s00520-015-2987-z

References

1. Fedorenko, Z. P., Gulak, L. O., Mihaylovich, Y. J., Groh, E. L., Ruzhov, A. Y., Sumkina, O. V., Kucenko, L. B.; Kolesnik, O. O. (Eds.) (2016). Cancer in Ukraine in 2014–2015 years. Kyiv: National Cancer Institute. Available at: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_17/index.htm
2. Holland, J. C., Breitbart, W. S., Jacobsen, P. B., Loscalzo, M. J., McCorkle, R., Butow, P. N. (Eds.) (2015). Psycho-Oncology. Oxford University press, 772. doi: 10.1093/med/9780199363315.001.0001
3. Markova, M. V., Piontkovska, O. V., Kuzhel, I. R. (2012). State of art and development of modern psychooncology. Ukr. Bulletin of psychoneur, 20 (4), 86–91.
4. Lukhmana, S., Bhasin, S. K., Chhabra, P., Bhatia, M. S. (2015). Family caregivers' burden: A hospital based study in 2010 among cancer patients from Delhi. Indian Journal of Cancer, 52 (1), 146–151. doi: 10.4103/0019-509x.175584
5. Nielsen, M. K., Neergaard, M. A., Jensen, A. B., Bro, F., Guldin, M.-B. (2016). Psychological distress, health, and socio-economic factors in caregivers of terminally ill patients: a nationwide population-based cohort study. Supportive Care in Cancer, 24 (7), 3057–3067. doi: 10.1007/s00520-016-3120-7
6. Hagedoorn, M., Sanderman, R., Bolks, H. N., Tuinstra, J., Coyne, J. C. (2008). Distress in couples coping with cancer: A meta-analysis and critical review of role and gender effects. Psychological Bulletin, 134 (1), 1–30. doi: 10.1037/0033-2909.134.1.1
7. Kissane, D. W., McKenzie, M., McKenzie, D. P., Forbes, A., O'Neill, I., Bloch, S. (2003). Psychosocial morbidity associated with patterns of family functioning in palliative care: baseline data from the Family Focused Grief Therapy controlled trial. Palliative Medicine, 17 (6), 527–537. doi: 10.1191/0269216303pm808oa
8. Bambauer, K. Z., Zhang, B., Maciejewski, P. K., Sahay, N., Pirl, W. F., Block, S. D., Prigerson, H. G. (2006). Mutuality and specificity of mental disorders in advanced cancer patients and caregivers. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 41 (10), 819–824. doi: 10.1007/s00127-006-0103-x
9. Nipp, R. D., El-Jawahri, A., Fishbein, J. N., Gallagher, E. R., Stagl, J. M., Park, E. R. et. al. (2016). Factors associated with depression and anxiety symptoms in family caregivers

of patients with incurable cancer. *Annals of Oncology*, 27 (8), 1607–1612. doi: 10.1093/annonc/mdw205

10. Rumpold, T., Schur, S., Amering, M., Kirchheiner, K., Masel, E. K., Watzke, H., Schrank, B. (2015). Informal

caregivers of advanced-stage cancer patients: Every second is at risk for psychiatric morbidity. *Supportive Care in Cancer*, 24 (5), 1975–1982. doi: 10.1007/s00520-015-2987-z

*Рекомендовано до публікації д-р мед. наук, професор Маркова М. В.
Дата надходження рукопису 24.10.2016*

Мухаровська Інна Романівна, кандидат медичних наук, Київський міський клінічний онкологічний центр, вул. Верховинна, 69, м. Київ, Україна, 03115
E-mail: mukharovska.i@gmail.com

УДК: 616.8:378.4.046.4

DOI: 10.15587/2519-4798.2016.86539

ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ ПРОФІЛЬ І РІВЕНЬ ПРОФЕСІЙНИХ ЗНАНЬ СЛУХАЧІВ ПЕРЕДАТЕСТАЦІЙНОГО ЦИКЛУ «НЕВРОЛОГІЯ» В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

© А. В. Паснок, О. Є. Січкорізі

Проведене тестування 52 слухачів передатестаційного циклу «Неврологія» методом стандартизованого багатофакторного опитування особистості виявило наявність емоційної лабільності з психоастенізацією та аутизацією в умовах реформування системи післядипломної освіти та медичної галузі. Також виявлений ріст резервних механізмів адаптації до подій, що відбуваються з бажанням розширити рівень спеціальних знань та вмінь

Ключові слова: слухачі передатестаційного циклу «Неврологія», стандартизоване багатофакторне опитування особистості, рівень професійних знань

In order to investigate psycho-emotional profile of neurologists, studying on pre-cycle «Neurology», in circumstances of constant reforms of both medical field, and postgraduate education, their test in writing (51 person) was carried out by standardized multifactor personality test. The given method allowed determining quantitatively and qualitatively (in points) existing psycho-emotional problems of this category of neurologists independently of age, sex and work experience, e. g.: the presence of emotional lability with psycho-asthenisation and autisation, as well as reserve mechanisms of adaptation increasing (communicability and expansion of social desirability).

Materials and methods. *The additional test of the level of special professional skills in the given group at the beginning and in the end of studying on the 30-day pre-cycle showed a probable improvement of the knowledge level, according to the complex theses data, therefore, it can be argued about the presence of motivational factors in students to expand and to improve their knowledge in specialty during postgraduate training.*

Results *of the conducted research of neurologists' psycho-emotional profile have shown the presence of emotional lability with psycho-asthenisation and autisation under constant reforms of medical field conditions. Nevertheless, in contrast to the specified profile changes, the adaptive desire of both special knowledge expanding, and active participation in the mentioned changes are formed in modern students.*

Conclusion. *In order to reduce psychological disadaptation problems manifestation in modern pre-courses students, it should more widely publicize and discuss the advisability of medical field reforms, both in available informational sources for doctors (social and medical publications, journals, associations and specialty societies meetings), and during studying at postgraduate education department. Understanding and appropriate positive perception of the necessity of changes in medical field will reduce effectively anxiety and pessimism among doctors*

Keywords: *pre-cycle «Neurology» students, standardized multifactor personality test, professional skills level*

1. Вступ

Процес реформування системи освіти на сьогодні є таким, що триває та далеким від повного вирішення всіх глобальних завдань із урахуванням всебічних пропозицій та значного світового досвіду. На сьогодні прийнятий Закон України «Про вищу освіту», постійно пропонуються нові проекти положень «Про післядипломну освіту у сфері вищої освіти», «Про

стратегію розвитку освіти на період 2015–2025 року» [1]. Вказані зміни та нововведення повинні сприяти удосконаленню післядипломної освіти з метою підготовки висококваліфікованих кадрів, що можуть гідно конкурувати в умовах зростаючого науково-інформаційного прогресу [2–4].

Проте серед широкого кола медичних працівників часом спостерігається негативне сприйняття,