

Строгая Т. В., Суднеко А. А.

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

В Беларуси смертность от онкологических заболеваний занимает второе место после сердечно-сосудистых заболеваний. Во многих европейских странах в структуре смертности злокачественные образования вышли на первое место. Это связано с тем, что население стареет, а онкология — болезнь возраста. Даже на стоянках древних людей находили кости с признаками онкологических заболеваний. Однако когда средняя продолжительность жизни у неандертальцев была 18 лет, рак мало кого интересовал. По мнению главного врача Минского городского клинического онкологического диспансера В. С. Караника, со временем количество онкологических заболеваний будет расти. Если в 2010 г. в Минске фиксировали около 8,5 тыс. пациентов с впервые установленным диагнозом злокачественного новообразования, то к 2030 г. прогнозируется как минимум 15,5 тыс. Но есть и другая тенденция: смертность от онкологических заболеваний снижается за счет улучшения ранней диагностики и совершенствования методов лечения.

Большинство людей считают, что онкология никогда не коснется их лично либо их родственников. В реальности же столкнуться со злокачественными новообразованиями может абсолютно любой человек, не зависимо от того ведет он здоровый образ жизни или нет. Безусловно, существуют факторы, которые повышают предрасположенность к развитию онкологических заболеваний; условно их можно разделить на 4 группы:

- факторы образа жизни: курение, злоупотребление алкоголем, вредная пища, посещение соляриев, низкая физическая активность, лишний вес;
- факторы окружающей среды: длительное пребывание на солнце, пассивное курение, токсины, радиация;
- биологические факторы: пол, возраст, расовая и этническая принадлежность;
- наследственные факторы: семейные генные мутации, повышающие риск развития определенных форм раковых опухолей.

Однако точно установить пусковой механизм в развитии раковых клеток не всегда представляется возможным.

Существуют различные данные о влиянии душевного состояния на развитие и течение онкологических заболеваний; исследования доказательно указывают на взаимосвязь эмоций, центральной нервной и иммунной систем. Столкнувшись с диагнозом «онкология» к человеку приходит осознание неблагоприятного прогноза заболевания, что часто приводит к тяжелой депрессии. При этом неполная вербальная информация в сочетании с трагической мимикой близких и избегающим поведением медицинского персонала оказывает негативное влияние, усугубляющее реакцию пациента на болезнь. Исследования А. Н. Денисенко показали, что основными реакциями при сообщении о наличии заболевания являются тревога и страх. Тревога превалирует на ранних стадиях заболевания и в более молодом возрасте (32–50 лет), однако достоверных различий получено не было. Реакция страха чаще наблюдается у больных с болевым синдромом, сопутствующим соматическим заболеваниям. У большинства пациентов присутствуют оба типа реакций. В связи с выявлением опухоли и направлением в онкологический диспансер больные ретроспективно оценивали как свое состояние как «шок», панику, тревогу, растерянность, оглушенность, нереальность происходящего. Только 9,6 % обследованных встретили известие о болезни спокойно, как о заболевании, которое необходимо лечить. В структуре страхов больных ведущее место занимала обеспокоенность жизненными перспективами, исходом операции [1].

В психо-эмоциональном состоянии онкопациентов можно выделить несколько закономерных этапов, которые могут быть выражены в большей или меньшей степени:

1. Фаза отрицания заболевания или шока: человек не верит, что у него есть потенциально смертельная болезнь. Даже при оптимистичном прогнозе врача аура этого заболевания формирует негативную реакцию. Больной начинает ходить от специалиста к специалисту, перепроверя полученные данные, делает анализы в различных клиниках. В другом варианте он может испытывать шоковую реакцию и вообще больше не обращается в больницу.

2. Фаза протеста или гнева характеризуется выраженной эмоциональной реакцией, агрессией, обращенной на врачей, общество, родственников, гневом, непониманием причин болезни: «Почему это случилось именно со мной?», «Как это могло произойти?». Необходимо дать больному выговориться, высказать все свои обиды, негодование, страхи, переживания, представить ему позитивную картину будущего.

3. Для фазы торга характерны попытки «выторговать» как можно больше времени жизни у самых разных инстанций. Человек может обращаться к Богу, использовать разные способы продлить жизнь по принципу: «если я сделаю это, продлит ли мне это жизнь?». Важно предоставить человеку позитивную информацию, рассказы о спонтанном выздоровлении. Надежда и вера в успех лечения являются спасательным кругом для тяжелобольного человека.

4. Фаза депрессии: человек понимает всю тяжесть своей ситуации. У него опускаются руки, он перестает бороться, избегает своих привычных друзей, оставляет свои обычные дела, закрывается дома и оплакивает свою судьбу; у родственников возникает чувство вины. Нужно дать человеку уверенность, что в этой ситуации он не один, что за его жизнь продолжается борьба, его поддерживают и за него переживают. Можно вести разговоры в сфере духовности и веры.

5. Фаза принятия — это наиболее рациональная психологическая реакция, хотя до нее доходит далеко не каждый. Больные мобилизуют свои усилия, чтобы, несмотря на заболевание, продолжать жить с пользой для близких. Происходит примирение с судьбой, ориентация больного не на дальние перспективы, а на сиюминутную жизнь. Меняется восприятие больным временных интервалов. Течение времени как бы замедляется, поскольку оно оценивается пациентом как очень значимое. Больному остается, к примеру, месяц жизни, а он говорит: «Как это много!» Часто в размышлениях больного доминируют религиозные представления, вера в бессмертие. Нередко в этой стадии пациенты испытывают особое ощущение свободы. Некоторые говорят о том, что всю жизнь прожили с ощущением страха смерти, а сейчас, когда очевидна ее скорая неизбежность, этот страх исчез. Изменение отношения к смерти заставляет пациента изменить отношение к самой жизни, он начинает понимать, что смерть — это часть жизни.

Вышеперечисленные стадии не всегда идут в установленном порядке. Больной может остановиться на какой-то стадии или даже вернуться на предыдущую. Однако знание этих стадий необходимо для правильного понимания того, что происходит в душе человека, столкнувшегося с тяжелой болезнью, и выработки оптимальной стратегии взаимодействия с ним. В задачу любого врача входит лечить не только тело, но и беречь душу пациента. Лечащий врач всегда имеет возможность, если он не справляется с психонарушениями у своего больного, вызвать психиатра, психолога, в то же время он может вызвать и священника, который поможет больному несколько по-другому осмыслить его заболевание, почувствовать, какое отношение к Вечности имеет умирающий человек [2]. Сердцевину медицины составляет милосердие, и если нельзя помочь больному радикально, то надо всеми силами стремиться облегчить его страдания. Врачи обязаны заботиться не только о спасении жизни человека, но и о создании вокруг больного ободряющей моральной атмосферы.

В условиях изменившейся жизненной ситуации структура личности пациентов существенно трансформируется, нередко приобретая не свойственные ранее аутистические черты [3]. Человек замыкается в себе, не желает разговаривать и даже встречаться с близкими людьми, друзьями. Нежелание бесед о своем самочувствии, о болезни и ходе ее лечения

обусловлено болевым синдромом, постоянной угрозой возникновения рецидивов, развития метастазов, в конечном итоге страхом смерти.

Решение проблемы самопринятия и трудности общения, в основе которых лежат неуверенность в себе, заниженная самооценка, предполагает использование как индивидуальных, так и групповых методов. Для индивидуальной коррекции используют личностно-ориентированные методы, прежде всего убеждение. Этот метод действенен для пациентов, обладающих высоким уровнем интеллектуального развития и способных самостоятельно справиться со стрессом, связанным с болезнью. Групповая терапия оказывает существенное влияние на эмоциональную составляющую пациентов, помогает преодолеть одиночество, страх смерти и неопределенности смысла жизни. Было установлено, что такие группы эффективны в улучшении эмоциональной адаптации, поскольку они стимулируют более открытое проявление чувств и переживаний, побуждают больных взять на себя контроль над ходом лечения, жизненными решениями и взаимоотношениями с окружающими [4].

Человек, у которого развилось онкологическое заболевание, может пойти по одному из трех путей:

1. *Разгульный*: взять за оставшееся время от жизни все, что только возможно. По этому пути, как правило, идут люди неверующие, так как считают, что за порогом этой жизни уже ничего нет, только небытие.

2. *Рациональный*: больной приходит к врачу, осуществляет попытку излечения, верит врачу, верит в его руки, профессионализм, т. е. стремится помочь своему телу.

3. *Духовный*: больной воспринимает свое заболевание как извещение о времени подготовки к вечности, не как наказание, а как милость Божию, как предупреждение Божие о грядущей вечности [2].

У большинства онкопациентов происходит кардинальная переоценка ценностей. В данный период огромное значение имеет душевное состояние пациента. Душевное состояние — состояние духа, расположение, настрой, умонастроение. Для поиска внутренних сил, для дальнейшей борьбы и благоприятного исхода лечения огромную роль играет вера. Молитвы, внутренние беседы с Богом поддерживают человека, помогают мобилизовать все внутренние резервы организма на борьбу с болезнью. В отделениях онкодиспансеров, а также в отделениях реабилитации больных онкологией появились и выполняют свою миссию молитвенные комнаты. В палатах онкодиспансера можно встретить сестер милосердия, которые своим словом, а иногда просто своим присутствием и молчанием придают силы, надежду и веру онкопациентам. В раннем послеоперационном периоде важно не допустить самоизоляцию и погруженность в болезнь. Исследователи в области психоонкологии отмечают важность обретения больными новой системы смыслов, поскольку прежняя начинает рушиться с момента постановки диагноза [5]. Развитое чувство долга больного перед другими людьми также способствует скорейшему излечению: «ведь я должен ухаживать за родителями», или «я должен поставить на ноги детей».

Каждая болезнь имеет свой смысл. Это возможность остановиться и пересмотреть заново всю свою жизнь: переосмыслить отношение к Богу и Церкви, расставить правильные акценты в жизненных ценностях, отделив главное от второстепенного, изменить отношение к родственникам, расстаться с непрощением людей и затаенными обидами на ближних. Должен произойти настоящий жизненный переворот. При этом неважно, сколько времени пройдет с момента гистологического исследования, подтверждающего раковый характер опухоли до момента смерти: месяц или пятнадцать лет (на фоне хирургического, лучевого лечения и химиотерапии). Важно, что свыше прозвучал удар в колокол, призывающий к покаянию за всю прожитую жизнь [2].

ЛИТЕРАТУРА

1. *Денисенко, А. Н.* Особенности клинико-психологического статуса онкологических больных и возможности его коррекции / А. Н. Денисенко // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. — 2015. — Т. 17, № 2 (3). — С. 502–506.
2. *Филимонов Сергей, протонерей.* Православный взгляд на онкологию. — М.: Изд-во Сретенского монастыря, 2017. — 144 с.

3. *Кукшина, А. А.* Обзор. Особенности психоэмоционального состояния и психотерапевтические подходы в реабилитации онкологических больных / А. А. Кукшина, Д. А. Верещагина // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. — 2013. — № 5. — С. 28–34.

4. Основные направления психологической реабилитации онкогинекологических больных / Л. Э. Идрисова [и др.] // Акушерство, гинекология и репродукция. — 2016. — Т. 10, № 4. — С. 94–104.

5. *Ткаченко, Г. А.* Особенности личности больных раком молочной железы в отдаленном периоде / Г. А. Ткаченко, И. М. Шестопалова // Вестник психотерапии. — 2007. — № 21 (26). — С. 66–78.

УДК 614.253:233-428

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СУРРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА

Ярмолович Д. А.

Научный руководитель: старший преподаватель *Е. И. Трусъ*

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

На протяжении всей истории существования человечества одной из главных целей брака считались дети. Именно с их рождением связаны наши мечты, заботы и надежды. Но не всем дано ощутить радость отцовства и материнства.

В современном мире, в том числе и в Республике Беларусь, проблемы бесплодия имеют огромное социально-демографическое значение. Количество бесплодных пар в Республике Беларусь увеличивается с каждым годом. Причины бесплодия многообразны: это и пороки в развитии половой системы, и нарушения функций половых органов, общие заболевания либо сильная интоксикация организма, психические и неврологические расстройства.

Суррогатное материнство — это одна из методик искусственного оплодотворения. Она включает согласие женщины забеременеть с целью выносить созданный искусственно (in vitro) эмбрион и родить генетически чужого ей ребенка, который затем будет отдан на воспитание другим лицам — генетическим родителям [1].

Цель

Изучить отношение студентов 6 курса медицинских учреждений высшего образования к суррогатному материнству.

Материал и методы исследования

Анкетирование проводилось среди 130 студентов учреждения образования ГрГМУ. Возраст респондентов от 22 до 25 лет. Среди участников опроса преобладали девушки (77,6 %).

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе опроса установлено, что 55,7 % респондентов считают суррогатное материнство единственной возможностью получить ребенка, 22,9 % — продажей женского тела на 9 месяцев, 15,7 % — куплей/продажей детей, 5,7 % — реальной возможностью заработать много денег. Основная часть, а именно 48,6 % респондентов, не осуждают суррогатное материнство, так как один человек решает свои финансовые проблемы, другой — получает возможность воспитывать своего ребенка, 31,9 % относятся, скорее нейтрально, а 19,4 % считают, что это противоестественно и аморально. Против запрета законом суррогатного материнства 58,3 % опрошенных студентов, 26,4 % не задумывались над этим, 15,3 % — высказались за запрет суррогатного материнства, так как это противоречит всем моральным принципам. На вопрос о рождении у суррогатной матери неизлечимо больного ребенка, как должны были бы поступить родители, большинство респондентов (97,2 %) ответили, что ребенка должна взять суррогатная мать, так как ответственность лежит на ней, 2,8 % — высказались за то, чтобы ребенка вернуть биологической матери. Суррогатное материнство решает проблему бесплодия в некоторой степени, так считают 40,3 % респондентов, 33,4 % — решает, если оба супруга к этому готовы, 26,4 % — ответили, что не решает проблемы. 68,1 % студентов против того, чтобы государство финансировало программу суррогатного материнства, а 31,9 % — ответили положительно.