



Психосоматична медицина та загальна практика

УДК: 616-006+616.89-008.454

Медико-психологічна допомога в онкологічній практиці

Мухаровська І.¹

¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Анотація

Актуальність. Психологічні наслідки онкологічного захворювання та його лікування у хворого, членів його сім'ї та медичних працівників, вказують на актуальність та необхідність розробки медико-психологічних заходів у онкологічній практиці.

Матеріали та методи. Дослідження проводилося на базі Київського міського клінічного онкологічного центру протягом 2014 – 2016 рр. В опитуванні прийняло участь: 422 онкологічні пацієнти, з них 80 хворих перебували на етапі діагностики та вибору методів протипухлинного лікування (Г1), 187 опитуваних проходили первинну (Г2) та 155 осіб – повторну терапію у зв'язку з прогресуванням онкопатології (Г3); 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); та 50 лікарів-онкологів. Для оцінки психоемоційного стану було використано HADS, особистісних та поведінкових патернів – методику 5PFQ та опитувальник SVF120, взаємодії у лікувальному процесі – ТОБОЛ, психосоціального функціонування – методику оцінки якості життя Мезіч. Для оцінки професійної адаптації медичного персоналу було застосовано опитувальник МВІ.

Результати. Згідно із результатами опитування за шкалою HADS особливостями психоемоційного стану онкохворих було превалювання тривожного стану над депресивним ($p < 0,05$), однак структура симптоматики у онкологічних пацієнтів протягом різних стадій лікування була подібною. Діагностичний етап від стадії первинної терапії відрізняли високі рівні як тривоги так і депресії, ($p < 0,05$). Особистісний профіль з деструктивно-обтяжуючим впливом на лікування було діагностовано у 12,7% онкологічних пацієнтів. Копінг з низькою опірністю стресу реєструвався у 24,6% опитуваних. У 62,8% онкологічних хворих виявлено дезадаптивні типи реагування на захворювання, порушення інтрапсихічної адаптації превалювало над інтерпсихічною ($p < 0,05$). Серед онкологічних пацієнтів найчастіше зустрічалися анозогнозичний ($13,0 \pm 3,4\%$), тривожно-сензитивний ($11,4 \pm 3,2\%$), ергопатично-тривожний ($10,4 \pm 3,1\%$), сензитивний ($7,8 \pm 2,7\%$), тривожний ($7,6 \pm 2,6\%$) та іпохондричний типи ($6,4 \pm 2,4\%$). Онкологічне захворювання також впливало на психоемоційний стан рідних хворого. Вираженість зрушень у психічному стані, що досягала високого рівня прояву, відмічалась серед $92,4 \pm 2,6\%$ родичів у Г(п), $86,8 \pm 3,4\%$ у Г(в) та $91,5 \pm 2,8\%$ у Г(пал). Рівень емоційного виснаження у лікарів-онкологів становив $16,1 \pm 9,1$ балів, деперсоналізації – $6,0 \pm 4,5$ балів, самооцінки професійних досягнень – $35,4 \pm 7,5$ балів. У 34% лікарів-онкологів були присутніми від 1 до 3 складових емоційного вигорання з високими показниками.

Висновок. Таким чином, в онкологічній практиці потреба у психологічній допомозі є значною, а медико-психологічні заходи бути спрямовані на пацієнта, його родину та медичних працівників як єдину систему. Загальними засадами організації медико-психологічної допомоги в онкології є комплексність, послідовність, методичність, клінічна обґрунтованість психологічних заходів, гнучкість щодо форм та методів психологічних інтервенцій.

Ключові слова: психологічна допомога, психоосвіта, психокорекція, рак, опікуни, онкологія, онкологі, психоонкологія

1 Актуальність

Онкологічні захворювання становлять складну медичну, психологічну та психосоціальну проблему. В Україні реєструється вищий рівень захворюваності щодо онкології у порівнянні зі світовими стандартами – 384,9 проти 229,3 100 тис. [1]. Лікування онкопатології вимагає високої кваліфікації від медичного персоналу, наявності дорого сучасного обладнання та протипухлинних лікарських засобів. Хвороба призводить до втрати працездатності внаслідок хронічного прогресивного перебігу у кожного 6-го пацієнта (79 на 100 тис. нас.). Летальність в онкології становить 51,30 %; не проживає й року після встановлення діагнозу 31,40 %; смертність складає 188,40/100 тис. населення. Через те, що 40,00 % захворілих серед чоловіків та 26,60 % поміж жінок – особи працездатного віку, формується потужний прошарок населення, який виключається з активного соціального життя [1].

Онкологічні захворювання є однією з найтяжчих областей соматичної медицини. Загроза для життя, побічні ефекти протипухлинної терапії, постійна настоженість щодо повернення хвороби, викликають розвиток широкого спектру психодезадаптивних станів та клінічно окреслених психічних розладів [2],[3],[4],[5]. Онкологічне захворювання змінює життєві цілі пацієнтів, лікування та боротьба з хворобою стають провідними життєвими завданнями [7]. В наслідок зіткнення з онкологічною хворобою психологічно травмуються рідні хворого [7], [8]. Кожного онкохворого оточують близько 7 членів сім'ї, які залучені до допомоги. Хронічна хвороба виключає рідних з соціального життя в наслідок догляду за пацієнтом, знижує рівень їх фізичного та психічного благополуччя. Діагностування раку спричиняє «*коливальний ефект*» у родині, що полягає у виникненні страхів, невизначеності, порушення планів та зміну укладу життя, міжособистісної комунікації, екзистенційну тривогу, посилення сімейного напруження [10], [11].

Професійна діяльність лікарів-онкологів також пов'язана з високим рівнем стресу, що обумовлено з взаємодією з хворими людьми, які переживають фізичні та психологічні страждання. Одним з найбільш відомих негативних наслідків професійного стресу є синдром емоційного вигорання. Серед лікарів онкологічного профілю високий рівень емоційного виснаження визна-

чається у 15 – 25% працівників, деперсоналізація 4 – 15%, самооцінка особистісних досягнень 30 – 65% [12], [13].

Психологічні наслідки онкологічного захворювання та його лікування у хворого, членів його сім'ї та медичних працівників, вказують на актуальність та необхідність розробки медико-психологічних заходів у онкологічній практиці.

Мета – на основі вивчення особливостей психологічного стану онкологічних пацієнтів та членів їх сім'ї, а також специфіки професійної діяльності медичних працівників визначити заходи та завдання медико-психологічної допомоги в онкології.

2 Матеріали та методи

Дослідження проведено на базі Київського міського клінічного онкологічного центру протягом 2014 – 2016 рр. В опитуванні прийняло участь: 422 онкологічні пацієнти, з них 80 хворих перебували на етапі діагностики та вибору методів протипухлинного лікування (Г1), 187 опитуваних проходили первинну (Г2) та 155 осіб – повторну терапію у зв'язку з прогресуванням онкопатології (Г3); 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); та 50 лікарів-онкологів.

Для оцінки психоемоційного стану було використано Госпітальну шкалу тривоги та депресії (HADS), особистісних та поведінкових патернів – методику діагностики особистісних факторів темпераменту та характеру (5PFQ) та опитувальник подолання складних життєвих ситуацій В. Янке, Г. Ердман (SVF120); взаємодії у лікувальному процесі та типи реагування на захворювання – опитувальники типу реагування на захворювання (ТО-БОЛ) та структуроване клініко-психологічне інтерв'ю; психосоціальне функціонування – методику оцінки якості життя Мезіч. Для оцінки професійної адаптації медичного персоналу було застосовано опитувальник Маслач та спеціально розроблену анкету. Для виявлення достовірності різниці застосовано t-критерій Стьюдента. Статистична обробка проводилася з використанням MS Excel v.8.0.3.

Табл. 1: Вираженість проявів тривоги та депресії за HADS, $x \pm \sigma$

Рівень	Г1	Г2	Г3
Тривоги	14,2±3,31!	12,9±2,97!	13,4±3,37
Депресії	12,4±2,8!	11,5±2,63*!	12,7±2,91*

Примітка. * достовірність різниці на рівні $p < 0,05$ між Г2 та Г3, ! – між Г1 та Г2.

3 Результати

Особливостями психоемоційного стану онкохворих було превалювання тривожного стану над депресивним, однак структура симптоматики у онкологічних пацієнтів протягом різних стадій лікування була подібною (табл. 1). Провідними проявами тривожного симптомокомплексу були інтенсивна тривога, внутрішнє напруження та неспокійні думки. В депресивних проявах провідну роль відігравали ангедонія, песимістичне сприйняття майбутнього та зниження життєвого тону. Діагностичний етап від стадії первинної терапії відрізняли високі рівні як тривоги так і депресії.

Пацієнти, які отримували протипухлинне лікування вперше, переживали виражений психічний стрес у зв'язку із терапією. Первинні хворі мали брак інформації щодо онкологічного захворювання, не орієнтувалися в методах лікування, у них був відсутній досвід протидії онкологічному соматичному та психічному стресу. У значній мірі у своєму відреагуванні пацієнти на даному етапі орієнтувалися на соціальні міфи щодо онкологічних захворювань.

Переживання хворих, які очікували на хірургічне лікування, були прив'язані до запланованого оперативного втручання, післяопераційного самопочуття та наслідків операції. Пацієнтів, які мали отримати комбіновану чи комплексну протипухлинну терапію, турбувало розширення лікувальних заходів за рахунок хіміотерапії та променевої терапії, що асоціювалося з гіршим прогнозом та більшими психічними, фізичними та матеріальними затратами. Хворі, яким було призначено хіміотерапією чи променевою терапією, були пригніченими в наслідок неможливості позбавитися пухлини якнайшвидше, радикально її видалити. Негативний вплив на таких па-

цієнтів чинила інформація щодо побічних ефектів терапії, необхідність тривалий час приходити на процедури чи лікуватися у стаціонарі, і таким чином зіштовхуватися з обстановкою, що провокує інтенсивні негативні переживання.

Пацієнти, які госпіталізувалися повторно, в наслідок прогресування чи рецидиву онкологічного захворювання отримували повторну психологічну травму. У цій групі онкохворих спостерігалось наростання фізичного нездоров'я та зниження працездатності. Однак, позитивними складовими виступало те, що пацієнти були більш інформовані щодо свого захворювання та методів лікування, мали досвід психологічної протидії онкологічному захворюванню, формували практично-орієнтовані індивідуалізовані рішення проблем, що виникали у зв'язку із хворобою.

Деадаптивний особистісний профіль було діагностовано у 12,7% онкологічних пацієнтів. Копінг з низькою опірністю стресу реєструвався у 24,6% опитуваних. У 62,8% онкологічних хворих виявлено деадаптивні типи реагування на захворювання, 16,6% мали поєднані форми, що включали особистісну та міжособистісну деадаптацію, порушення інтрапсихічної адаптації превалювало над інтерпсихічною. Серед онкологічних пацієнтів найчастіше зустрічалися анозогнозичний (13,0±3,4%), тривожно-сензитивний (11,4±3,2%), ергопатично-тривожний (10,4±3,1%), сензитивний (7,8±2,7%), тривожний (7,6±2,6%) та іпохондричний типи (6,4±2,4%).

Онкопатологія суттєво знижувала якість життя хворих, що відображалось на психоемоційному та фізичному стані, міжособистісних стосунках. На кожному з етапів протипухлинного лікування відзначалося погіршення параметрів якості життя, однак зі збільшенням тривалості хвороби їх негативний вплив прогресивно зростав (табл. 2).

Основні психосоціальні проблеми онкологічних пацієнтів включали зниження соціальної активності, зростання міжперсонального напруження у взаємодії з родиною, зменшення інтенсивності та зміна якості соціальної взаємодії, труднощі комунікації з приводу онкологічного діагнозу, стигматизацію та самостигматизацію хворих.

Онкологічне захворювання також впливало на психоемоційний стан рідних хворого. Вираженість зрушень

Табл. 2: Вираженість параметрів якості життя у онкологічних хворих на різних етапах лікувального процесу, $x \pm \sigma$

Параметри	Г1	Г2	Г3
Фізичне благополуччя	6,21±0,77 ^{***}	6,60±0,56 ^{*!}	5,97±0,70 ^{! "}
Психологічне благополуччя	6,23±0,78 [*]	6,42±0,60 ^{*!}	6,02±0,80 [!]
Самообслуговування та незалежність	8,43±1,11 ^{""}	8,47±0,96 [!]	7,92±1,19 ^{! "}
Працездатність	7,28±1,01 ^{""}	7,35±0,78 [!]	6,84±0,82 ^{! "}
Міжособистісна взаємодія	7,20±1,00	7,20±0,87	7,20±1,03
Соціо-емоційна підтримка	7,15±0,89	7,13±0,81 [!]	6,95±0,85 [!]
Суспільна та службова підтримка	6,94±0,70	6,96±0,69 [!]	6,77±0,69 [!]
Самореалізація	7,03±0,93	7,02±0,87	6,99±1,05
Духовна реалізація	6,73±0,86 ^{""}	6,78±0,77 [!]	6,97±0,84 ^{! "}
Загальне сприйняття якості життя	6,69±0,88 ^{""}	6,74±0,59 [!]	6,32±0,91 ^{! "}

Примітки: достовірність різниці на рівні $p < 0,05$ між групами: * – Г1 та Г2; ! – Г2 та Г3; "" – Г1 та Г3.

у психічному стані, що досягала високого рівня прояву, відмічалась серед 92,4±2,6% родичів у Г(п), 86,8±3,4% у Г(в) та 91,5±2,8% у Г(пал), помірна лише 7,6±2,6%, 13,2±3,4% та 8,5±2,8% осіб. Виявлено суттєві зміни у сімейному функціонуванні, на які вказували 88,6±3,2% у Г(п), 85,3±3,5% - у Г(в) та 93,0±2,6% у Г(пал), помірний вплив визначався у 11,4±3,2%, 14,7±3,5% та 7,0±2,6% обстежених. Поряд з бажанням допомогти члени сім'ї переживали збентеженість, розгубленість, а саме яким чином з пацієнтом спілкуватися, що говорити, чим 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. У процесі перебігу онкологічного захворювання у членів родини формувалися певний поведінковий стиль, що реалізовувалася через модель поведінки та рівень залученості до лікувального процесу. Модель гіперопіки реєструвалася поміж 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. 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%.

Опитування лікарів виявило високу потребу щодо

інформації з питань психоонкології (84%) та практичних навиках (88%). Найбільш цікавою для лікарів незалежно від спеціалізації була інформація щодо психологічних аспектів діяльності медичних працівників (42%), поширеності та особливостей психічних розладів у онкологічних пацієнтів (38%), комунікації та взаємодії з хворими та їх сім'єю (36%), корекції психічного стану та психічних розладів у пацієнтів (30%), базових знань щодо психології хворого з онкопатологією (30%), повідомлення «несприятливих новин» (30%). Найбільш затребуваними психологічними навиками у професійній діяльності для лікарів-онкологів були практика протидії стресу (54%), взаємодії та поведінки в конфліктних ситуаціях (54%), професійної комунікації (48%), асертивності (48%), саморегуляції психічного стану (44%).

Рівень емоційного виснаження у лікарів-онкологів становив 16,1±9,1 балів, деперсоналізації – 6,0±4,5 балів, самооцінки професійних досягнень – 35,4±7,5 балів, що відображало середній рівень вираженості вигорання за кожною складовою. У 50% лікарів емоційне виснаження та 58% деперсоналізація мали низьку вираженість, середній рівень реєструвався відповідно у 36% та 34%, висока міра прояву – у 14% та 8% опитуваних. Щодо оцінки професійних досягнень виявлені приблизно рівні долі щодо рівнів вираженості: 32% - низький, 30% - середній та 38% високий.

У 34% лікарів-онкологів були присутніми від 1 до 3 складових емоційного вигорання з високими показни-

ками. У 20% осіб зареєстровано 1 компонент, 8% - 2 компонента та 6% - всі 3 компонента. Тобто, у кожного 3 лікаря спостерігалися ознаки дезадаптивного впливу професійного стресу, а кожен 7 спеціаліст переживав інтенсивний робочий стрес з негативними наслідками для виконуваної діяльності та власного здоров'я.

4 Обговорення

На основі отриманих даних було розроблено клініко-психологічні протоколи для пацієнтів, які втрачували первинність та повторність звернення, стадію захворювання та етап лікувального процесу. Для первинних онкохворих завданнями медико-психологічної допомоги були: послаблення психічного дистресу, навчання способам зниження психоемоційного напруження, формування реалістичних уявлень щодо онкологічного захворювання та адаптивного стилю поведінки під час лікувального процесу. Для пацієнтів, які госпіталізувалися повторно акцент медико-психологічної допомоги був зміщений на трансформацію психотравматичних переживань щодо захворювання, психокорекцію неадаптивних форм психічного реагування та поведінки під час лікування, інтервенції були спрямовані на психосоціальну реадaptaцію та дестигматизацію. Щодо пацієнтів, які проходили діагностичний етап, провідним завданням медико-психологічної допомоги було встановлення та підтримання контакту з хворим, забезпечення супровідної психологічної підтримки.

Потреби онкологічних хворих на різних етапах лікування відрізнялися, що відображалося на пріоритетності вибору форм, умов, тривалості та інтенсивності медико-психологічних заходів. Психоосвіта була найбільш затребуваною для пацієнтів, які зіштовхнулися з онкологічною хворобою вперше, в подальшому зростали значимість психокорекції та тренінгу. Медико-психологічні заходи інтенсифікувалися у кризові періоди – рецидиву, прогресування захворювання, переходу на паліативну допомогу, появу хронічного больового синдрому. Тривалість психологічних інтервенцій втрачувала фізичний стан онкологічних пацієнтів, що відображалося на модифікації класичних правил сетінгу.

Медико-психологічними аспектами, пов'язаними з оперативним лікуванням були питання психологічної підготовки до операції, феномени перед- та післяопера-

ційної тривожності, «операційні» страхи, пристосування до наслідків післяопераційного статусу. Психологічна допомога при хіміотерапії та променевої терапії включала психологічну підготовку до процедур, підвищення мотивації до лікування, зниження психоемоційного та психофізіологічного стресу під час терапії, корекцію хибних уявлень щодо протипухлинної терапії, побудова моделей поведінки, спрямованих на подолання негативних наслідків даного виду лікування. У психологічній роботі з онкологічними хворими застосовували когнітивно-поведінкові, гештальт, арт-терапевтичні техніки, психологічні інтервенції на основі підходу центрованого на особистості.

Важливим практичним завданням було формування позитивного відношення, створення позитивного іміджу та привабливості психологічної допомоги, які б мотивували пацієнтів на участь у медико-психологічних заходах. Значимим фактором виступала доступність психологічної допомоги: проінформованість пацієнтів про наявність спеціаліста з психічного здоров'я, графік проведення психологічних заходів, наявність психоосвітніх матеріалів безпосередньо у відділеннях. Створення ефективної системи медико-психологічної допомоги також включало роботу не лише з пацієнтами, але і їх оточенням – близькими та медичними працівниками.

На етапі первинного лікування для родичів онкохворих особливо важливим була нормалізація психоемоційного стану, зменшення тривоги, корекція ірраціональних уявлень щодо онкопатології, створення довірливих підтримуючих стосунків з пацієнтом та формування адаптивної моделі поведінки і реагування на онкологічне захворювання близької людини. При повторному зіткненні з хворобою та протипухлинним лікуванням для членів сім'ї більш актуальними ставали питання досягнення балансу між допомогою хворому та підтриманням його активності і відповідальності за ситуацію, формулювання сімейної стратегії подолання наслідків хвороби (перерозподіл обов'язків, бюджету), визначення форм участі та ступінь залученості до лікувального процесу, налагодження взаємодії з медичним персоналом. На паліативному етапі зростала значимість переживань екзистенційного характеру, наявності почуття провини, гіпервідповідальності за ситуацію, гіперопіки, були присутні суттєві труднощі у спілкуванні з хворим в наслідок приховування частини негативної інформації.

Медико-психологічними заходами для лікарів, у яких рівні вираженості компонентів емоційного вигорання зафіксовані низькими чи середніми, були психоосвіта з психоонкології, психологічний тренінг, орієнтований на підвищення навиків професійної взаємодії, консультативна психологічна допомога на вимогу, поточний моніторинг психологічного стану, психопрофілактика. Відмінним у підході до лікарів з середніми проявами складових вигорання стали більший акцент на навик протидії професійному стресу та його подолання, посилення комунікативної компетентності, підвищений контроль за динамікою проявів професійної дезадаптації.

Мішенями медико-психологічного впливу у лікарів, які надають онкологічну допомогу були: налагодження та підтримання контакту з онкологічним пацієнтом, достатнього для реалізації основних лікувальних завдань; повідомлення несприятливих новин; ведення «переговорів щодо протипухлинної терапії» - вміння у доступній формі донести до хворого важливу інформацію щодо лікування захворювання, мотивувати на протипухлинну терапію, обґрунтовувати зміни лікувальної тактики у відповідності до змін клінічних завдань; рівень проінформованості щодо питань психоонкології; діагностування порушень психічної діяльності на рівні норма/розлад, а також, орієнтування щодо необхідності залучення спеціаліста з психічного здоров'я та застосування психофармакотерапії; структурування та організація робочого часу; протидія професійному стресу (безпечні для здоров'я методи зняття психічної напруги, адаптивний профіль копінгу).

Загальними засадами організації медико-психологічної допомоги в онкології були комплексність заходів, їх послідовність, методичність, клінічна обґрунтованість, гнучкість щодо форм та методів у зв'язку з умовами реалізації.

5 Висновки

1. Онкологічне захворювання чинить суттєвий вплив на психічний стан пацієнтів, що відображається на особистісному, поведінковому і психосоціальному рівнях функціонування хворих та вимагає розробки заходів медико-психологічного впливу.

2. Онкопатологія має негативний вплив на психічний стан не лише пацієнтів, але і осіб, які їх оточують. Рідні онкологічних хворих переживають високий рівень стресу у зв'язку з діагностуванням онкопатології у близької людини, що проявляється у психоемоційному напруженні, зміні сімейного функціонування, труднощах взаємодії з пацієнтом, формуванням неадаптивних моделей поведінки. Психічний стрес, який виникає у медичного персоналу онкологічних закладів, може приводити до емоційного вигорання та професійної дезадаптації, що негативно відображається на онкологічній допомозі та психічному здоров'ї працівників. Таким чином, в онкологічній практиці потреба у психологічній допомозі є значною, а медико-психологічні заходи бути спрямовані на пацієнта, його родину та медичних працівників як єдину систему.
3. На різних етапах лікування потреби онкологічних пацієнтів та членів їх сім'ї у психологічній допомозі відрізняється, що обумовлює пріоритетність вибору форм, умов, тривалості та інтенсивності медико-психологічних заходів. Медико-психологічна допомога для лікарів включає інформування щодо значимих аспектів психоонкології та покращення професійної взаємодії з онкологічними пацієнтами.
4. Загальними засадами організації медико-психологічної допомоги в онкології є комплексність, послідовність, методичність, клінічна обґрунтованість психологічних заходів, гнучкість щодо форм та методів психологічних інтервенцій.

Література

- [1] Bulletin of the National Cancer Registry of Ukraine №16: Cancer in Ukraine in 2013 – 2014 years. / Z. P. Fedorenko, L. O. Gulak, Y. J. Mihaylovich [et al.]. - Kiev: National Cancer Institute, 2015.
- [2] Predictors of psychological distress in advanced cancer patients under palliative treatments / D. Diaz-Frutos, E. Baca-Garcia, J. García-Foncillas [et al.] // Eur J Cancer Care. - 2016. - V. 25, I. 4. - P. 608-615.
- [3] Slavin A. I. Osobennosti psihogenno obuslovlennyih psihicheskikh rasstroystv i psihologicheskikh

- harakteristiki onkologicheskikh bolnyih pri raznyih opuholevyih lokalizatsiyah (podhod k probleme) / A. I. Slavin, B. Y. Volodin // *Eruditio Juvenium*. - 2015. - V. 3. - P. 82-86.
- [4] Psychological factors affecting oncology conditions / L. Grassi, B. Biancosino, L. Marmai [et al.] // *Adv Psychosom Med*. - 2007. - V. 2. - P. 57-71.
- [5] *Psycho-Oncology* / J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen [et al.]. - Oxford: Oxford University press, 2015.
- [6] The prevalence and correlates of chronic pain and suicidality in a nationally representative sample / G. Campbell, S. Darke, R. Bruno [et al.] // *Aust N Z J Psychiatry*. - 2015. - V. 49, I. 9. - P. 803-811.
- [7] Life and treatment goals of patients with advanced, incurable cancer / K. L. Rand, D. A. Banno, A. M. Shea [et al.] // *Support Care Cancer*. - 2016. - V. 24, I. 7. - P. 2953-2962.
- [8] Factors associated with depression and anxiety symptoms in family caregivers of patients with incurable cancer / R. D. Nipp, A. El-Jawahri, J. N. Fishbein [et al.] // *Annual of Oncology*. - 2016. - V. 27, I. 8. - P. 1607-1612.
- [9] Psychological distress, health, and socio-economic factors in caregivers of terminally ill patients: a nationwide population-based cohort study / M. K. Nielsen, M. A. Neergaard, A. B. Jensen [et al.] // *Support Care Cancer*. - 2016. - V. 24, I. 7. - P. 3057-3067.
- [10] Distress in couples coping with cancer: a meta-analysis and critical review of role and gender effects / M. Hagedoorn, R. Sanderman, H. N. Bolks [et al.] // *Psychological Bulletin*. - 2008. - V. 134, I. 1. - P. 1-30.
- [11] Psychosocial morbidity associated with patterns of family functioning in palliative care: baseline data from the Family Focused Grief Therapy controlled trial / D. W. Kissane, M. McKenzie, D. P. McKenzie [et al.] // *Palliative Medicine*. - 2003. - V. 17, I. 6. - P. 527-537.
- [12] Russell K. Perceptions of Burnout, Its Prevention, and Its Effect on Patient Care as Described by Oncology Nurses in the Hospital Setting / K. Russell // *Oncol Nurs Forum*. - 2016. - V. 1, I. 43. - P. 103-109.
- [13] The Andersen Model of Total Patient Delay: a systematic review of its application in cancer diagnosis / F. Walter, A. Webster, S. Scott [et al.] // *Journal of Health Services Research & Policy*. - 2012. - V. 17, I. 2. - P. 110-118.

Psychological help in oncology practice

Mukharovska I. ¹

¹Department of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, Bogomolets National Medical University

Abstract

Background. The psychological effects of cancer and its treatment on the patients, their families and health care workers point the need to develop psychological measures in oncology practice.

Methods. The study conducted at the Kyiv City Clinical Cancer Center during 2014-2016 years. In research participated 422 cancer patients: 80 patients on the stage of diagnostic, 187 – primary treatment and 155 – secondary treatment caused by cancer progression, 218 family members: 79 on primary (Gp), 68 – secondary stage of treatment in their relatives (Gs) and 71 in situation of palliative care (Gpal), and 50 oncologists. We used such psychodiagnostic tools as HARD, 5PFQ, SVF120, questionnaire “Type reaction on the disease”, questionnaire of Mezzich.

Results. Cancer caused significant influence on the mental state of the patients displayed at the personal, behavioral and psychosocial functioning levels. HADS showed the prevalence of anxious versus depressive symptoms ($p < 0,05$), but the structure of symptomatic was similar. In patients on diagnostic stage were higher levels depression and anxiety, $p < 0,05$. Destructive personal patterns found in 12,7% of patients, ineffective coping strategies in 24,6% respondents. In 62,8% cancer patients found maladjusted types of reactions on the disease, in compare with interpsychic disadaptation intrapsychic ones was dominant ($p < 0,05$). The main types of reactions on the disease were anosognostic ($13,0 \pm 3,4\%$), anxious-sensitive ($11,4 \pm 3,2\%$), ergopathic-anxious ($10,4 \pm 3,1\%$), sensitive ($7,8 \pm 2,7\%$), anxious ($7,6 \pm 2,6\%$) and hypochondriac ($6,4 \pm 2,4\%$). Relatives of cancer patients experienced high levels of stress due to diagnosing cancer pathology in a loved one. The high levels of distress recognized in $92,4 \pm 2,6\%$ relatives in Gp, $86,8 \pm 3,4\%$ in Gs and $91,5 \pm 2,8\%$ in Gpal. The rates of emotional exhaustion in oncologists was $16,1 \pm 9,1$ points, depersonalisation – $6,0 \pm 4,5$ points, professional achievements – $35,4 \pm 7,5$ points. In 34% oncologist were present from 1 to 3 components of burnout.

Conclusion. According to the results psychological help, as important component of cancer management, must be provided not only to the patients, but to the relatives (caregivers) and oncologists because of high levels of distress and emotional burnout. The result of this study could become a basis for creating a new complex program of psychological interventions for these individuals.

Keywords: psychological help, psychoeducation, psychocorrection, cancer, caregivers, oncology, oncologists, psychooncology