Міністерство охорони здоров'я України

Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи

АЛГОРИТМ ПОВІДОМЛЕННЯ ДІАГНОЗУ ТА «НЕСПРИЯТЛИВИХ» НОВИН У КЛІНІЦІ ДИТЯЧОЇ ОНКОЛОГІЇ

(методичні рекомендації)

Харків — 2013

Установа-розробник:

Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України

Укладачі:

д. мед. н., професор Маркова М. В., (057) 711 79 75

к. мед. н., доцент Піонтковська О. В., (057) 337 22 03

к. мед. н. Мухаровська І. Р. (044) 422 60 32

Рецензент:

д. мед. н., професор Михайлов Б. В., головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Медична психологія»

© Маркова М. В., 2013

© Піонтковська О. В.,2013

© Мухаровська І. P., 2013

ЗМІСТ

[Вступ 4](#bookmark3)

[Психоонкологія: відповідь на запит реальної клінічної практики 7](#bookmark4)

Проблеми повідомлення діагнозу.

Спілкування з онкохворою дитиною та її батьками 14

[Висновки 24](#bookmark6)

Перелік рекомендованої літератури 25

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ЗН — злоякісні новоутворення МОЗ — Міністерство охорони здоров’я

ВСТУП

На сьогодні злоякісні новоутворення (ЗН) є однією з найважливіших ме- дико-біологічних, соціально-економічних та медико-психологічних проблем у світі та Україні, зокрема. В нашій державі кожного року виявляється більше 150 тисяч нових випадків ЗН, відмічається стійке зростання онкологічної за­хворюваності у середньому на 0,6% щорічно. Захворюваність на 2010 рік серед чоловіків складає 376,2 на 100 тис. населення, серед жінок — 351,6 на 100 тис. населення. За розрахунками спеціалістів, до 2020 року кількість тих, хто вперше захворів на рак, може досягти 200 тисяч. Сьогодні в Україні про­живає майже 800 тис. осіб, уражених онкологічними хворобами.

Враховуючи високу суспільну значущість проблеми, у 2002 році Кабінет Міністрів України Постановою від 29.03.2002 р. № 392 затвердив Державну програму «Онкологія» на 2002 — 2006 роки, виконання якої дало змогу по­кращити стан онкологічної допомоги хворим. Однак було зазначено, що зали­шаються невирішеними ряд питань, серед яких: недосконалість системи пси­хологічної, соціальної і правової підтримки онкологічних хворих та їх сімей; проблема реінтеграції у суспільство хворих, що завершили лікування внаслі­док перенесених ними фізичної та психологічної травми, побічними ефектами лікування, тривалим відстороненням від суспільного життя; незадовільне за­безпечення психологами відділень, у яких лікуються онкологічні хворі.

У наступний проект загальнодержавної цільової програми «Боротьба з онкологічними захворюваннями на 2007—2016 роки» до необхідних заходів були включені пункти стосовно розроблення програми фахової підготовки спеціалістів та волонтерів з надання психосоціальної допомоги онкологічним хворим та членам їх родин, а також підготовки психологів, психотерапевтів і соціальних працівників для роботи з онкологічними хворими та членами їх сім’ї. Вищевказане свідчить про актуальність та важливість проблеми меди- ко-психологічної допомоги в онкології на державному рівні.

У численних наукових публікаціях зазначається, що встановлення онколо­гічного діагнозу для людини стає складним випробуванням та спричиняє різ­номанітні патологічні психологічні реакції і приводить до розвитку психічних розладів, поширеність яких серед онкологічних хворих, за дослідженнями різ­них авторів, складає від 44 до 62%. Однак найбільшого різноманіття у он­кологічних пацієнтів досягає широкий спектр психологічних реакцій та станів, асоційованих з онкологічним захворюванням. Порушення клініко-психологічної адаптації у онкологічних хворих проявляються через збільшення тривалості пе­ребування в лікарні; дезадаптивну поведінку, пов’язану з хворобою; знижен­ня комплаєнсу; підвищений ризик суїциду; погіршення якості життя; знижен­ня ефективності хіміотерапії внаслідок передчасного закінчення та відмов від повторних курсів; підвищення ризику рецидиву та смерті внаслідок погіршення турботи про себе; підвищення психосоціальної захворюваності в родині хворого та «ускладнене горе» серед членів родини онкологічного хворого.

Психологічному травмуванню підпадає не лише пацієнт і його близьке оточення, але і медичний персонал, який надає медичну допомогу онкологіч­ним хворим, що відзначається як зарубіжними, так і вітчизняними авторами.

Власне особливості професійної діяльності медичних працівників, які нада­ють допомогу хворим з онкологічною патологією, а саме, потреба у тісній вза­ємодії з пацієнтами, які перебувають у стані психологічної кризи, необхідність повідомляти «несприятливі новини» та вести діалог на напружені теми (реалії ситуації, можливості лікування, прогноз життя) формують потужний пласт ме- дико-психологічних проблем у онкології.

З урахуванням вищевикладеного, проведена робота щодо розробки та впровадження в клінічну практику комплексної багаторівневої системи ме- дико-психологічної допомоги у дитячій онкології, спрямованої на психоло­гічну допомогу онкохворим дітям, їх сім’ям та особам, залученим до догляду і допомоги, яка була здійснена згідно з планом науково-дослідницької роботи Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України за темами: «Здоров’я сім’ї. Причини, механізми розвитку, клінічні прояви і систе­ма психодіагностики, психокорекції, психопрофілактики його порушень» (№ державної реєстрації 0107U002615) та «Порушення здоров’я сім’ї у кри­зових станах різного ґенезу. Причини, механізми розвитку, клінічні прояви і система психодіагностики, психокорекції, психопрофілактики» (но­мер державної реєстрації 0112U000972), а також відповідно до загальнодер­жавної цільової програми «Боротьба з онкологічними захворюваннями

на 2007—2016 роки».

Наукова новизна і реальна значущість проведеної роботи полягає у тому, що авторами вперше в Україні вивчені комунікативні аспекти взаємодії медич­них працівників із батьками дітей, хворих на ЗН, у світлі повідомлення діа­гнозу і спілкування на стаціонарному етапі лікувального процесу, як важливої складової системи медико-психологічної допомоги у сфері дитячої онкології.

Вперше ідентифіковані потенційно «несприятливі» новини для хворого на ЗН і його рідних та сформульовані основні принципи повідомлення «неспри­ятливої» інформації. Встановлено, що ефективна комунікація потребує структурування лікарем бесіди з пацієнтом чи його рідними та застосування певного стилю повідомлення «несприятливих новин».

Вперше визначено структурно-змістовні складові алгоритму повідомлення діагнозу та «несприятливих» новин у системі «медпрацівник — пацієнт — ро­дина хворого»: підготовка до розмови, визначення потреби пацієнта у інфор­мації, оцінка готовності хворого до отримання «несприятливих новин», власне повідомлення інформації, зворотний зв’язок та вибір лікувальної тактики.

Встановлено чинники, які визначають особливості спілкування у сфері ди­тячої онкології, а саме, врахування психологічного стану і особистісного та вікового розвитку дитини, психологічного стану батьків дитини, складної сис­теми сімейних відносин у родині, дитячо-батьківських стосунків.

Для медичних працівників окреслено заходи медико-психологічної допо­моги, що спрямовані на підвищення їх комунікативної компетентності, на­вчання ефективній взаємодії з хворим і його родиною з метою покращення якості допомоги та сприяння психосоціальній адаптації пацієнта і його близь­кого оточення.

Більшість отриманих результатів є пріоритетними. На підставі їх аналізу сформульовані основні положення та висновки, які ретельно обґрунтовані.

Методичні рекомендації призначені для лікарів та лікарів-інтернів психо­логів, психотерапевтів, психіатрів, онкологів.

Методичні рекомендації є інноваційними й розроблені в галузі вперше.

**ПСИХООНКОЛОГІЯ: ВІДПОВІДЬ НА ЗАПИТ РЕАЛЬНОЇ КЛІНІЧНОЇ ПРАКТИКИ**

Початком інтенсивного розвитку психоонкології вважаються 70-ті роки XX ст. Кардинальні зрушення відбулися після зміни поглядів на пи­тання «Говорити чи ні про діагноз з пацієнтом?». Можливість говорити з хворим про онкологічний діагноз дозволила розкрити той спектр пере­живань, які виникають у відповідь на хворобу, та, відповідно, відкрила можливості вивчення особливостей психологічного реагування пацієнта на діагноз, і головне обговорювати потреби хворого та труднощі у процесі лікування.

В цілому, психоонкологія займається:

- дослідженням поведінки з метою зміни стилю життя та звичок і відпо­відно попередження ризику розвитку онкологічних захворювань;

- вивченням поведінки та установок населення, пов’язаних з виявленням онкологічних хвороб на ранній стадії;

- вивченням психологічних особливостей, пов’язаних з генетичним ри­зиком розвитку онкопатології та їх діагностикою;

- контролем окремих симптомів (тривога, депресія, делірій, біль, асте­нія) протягом лікування;

- психологічними аспектами в онкології в залежності від віку, статі, но­зології, транскультуральними аспектами;

- психологічними наслідками у пацієнтів, що перенесли онкологічне за­хворювання;

- психологічними аспектами паліативної допомоги та допомоги напри­кінці життя («end-of-life care»).

На теперішній час визначено, що психоонкологія вивчає емоційні реак­ції пацієнтів (на всіх стадіях онкологічного захворювання), членів їх сімей та осіб, які здійснюють догляд за хворими (психосоціальний фактор), а також психологічні, поведінкові та соціальні фактори, які можуть впливати на за­хворюваність і смертність внаслідок онкологічних захворювань (психобіоло- гічний фактор). Основними віхами у розвитку психоонкології були наступні події (табл. 1).

Таблиця 1

Основні історичні віхи розвитку психоонкології

|  |  |
| --- | --- |
| Роки | Події |
| 1950-ті pp | Перші публікації з приводу психологічних реакцій на рак.  A. Sutherland став першим психіатром, що почав працювати в онкологічному стаціонарі Меморіального онкологічного центру Слоана Кетерінга в Нью-Йорку |
| 1960-ті pp | Е. Кюблер-Росс порушила табу теми смерті та вмирання.  С. Сандерс відстоювала проведення навчань у сфері паліативної допомоги. З’явилися доповіді щодо куріння та раку легень, поведінкові дослідження куріння |
| 1970-ті pp. | Психосоціальні дослідження отримали державну підтримку. Відбулася перша конференція по Психосоціальним дослідженням.  Перші дослідження наявності психічних розладів у онкохворих. Відкриття першого хоспісу.  Перші керівництва по допомозі інкурабельним хворим. Створюються комітети, служби з питань психологічної допомоги онкологічним хворим. Рух за права пацієнта. |
| 1980-ті pp. | Створення національних організацій з психоонкології, а також спілок пацієнтів, перехворівших на рак.  Початок розвитку психонейроімунології.  Дослідження якості життя та етичні питання.  Перший підручник з психоонкології |
| 1990- 2000 pp. | Зростання суспільного інтересу до питань здорового способу життя та попередження виникнення раку.  Покращення контролю симптомів та паліативної допомоги. Генетичне консультування з приводу ризику розвитку раку. Дослідження психотерапевтичних втручань.  Розроблення стандартів надання допомоги при психосоціальному дистресі. Дебати щодо евтанази.  Комунікативні тренінги для медичного персоналу. |
| 2001- 2008 pp. | Клінічні протоколи надання психосоціальної допомоги хворим. Створення міжнародних організацій з психоонкології |

Одними з перших досліджень в полі психоонкології було виявлення на­явності психічних розладів у онкологічних хворих. Психічна патологія надає значний несприятливий вплив на клінічний і соціальний прогноз онкологічних захворювань, включаючи скорочення термінів виживаності, редукцію рівня адаптації та зниження рівня якості життя, а також прихильності до патогене­тичного лікування. Дані ряду досліджень дозволяють розглядати депресивні розлади в якості одного з важливих факторів погіршення прогнозу онкологіч­ного захворювання і підвищення смертності хворих на рак на 25%. Крім того, деякі дослідження переконливо показують, що тривалість життя пацієнтів із злоякісними новоутвореннями різко скорочується при наявності симптомів де­пресії. Депресія, особливо тяжка, є важливим фактором, що сприяє бажанню пацієнта прискорити смерть, включаючи і відмову від протипухлинної терапії.

Поширеність психічних розладів серед онкологічних хворих за досліджен­нями різних авторів складає від 44 до 62% (тобто, кожен 4—6 пацієнт має той чи інший психічний розлад) (табл. 2).

Однак вплив онкологічного захворювання включає і широкий спектр пси­хологічних реакцій. З одного боку, діагноз хвороби перетворює один тільки факт захворювання в тяжку психічну травму, яка здатна сформувати психічні порушення психогенного характеру (психогенії). З іншого боку, онкологічну патологію можна розглядати як один із найбільш тяжких в соматичному плані фактор, що суттєво впливає на психічну діяльність та формує соматогенні психічні розлади.

Таблиця 2

Поширеність психічних розладів на початкових та пізніх етапах розвитку хвороби у онкологічних хворих

Нозологія Початковий етап (%) Пізній етап (%)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Депресивний розлад | 9,6 - 32 | 6,8 - 25,6 |
| Тривожно-фобічний розлад | 8,6 -10 | 6,2 |
| Генералізований тривожний розлад | 10,4 | 3,2 |
| Посттравматичний стресовий розлад | — | 2,4 |
| Фобічні розлади | 6,9 | 4 |
| Розлади особистості | 7 | — |
| Розлади адаптації | 22-75 | 33-36 |
| Органічні психічні розлади | 8 |  |
| Недиференційовані психічні розлади | 16-45 | 4,8 - 42 |
| Більше одного розладу | 20-47 | 7,5 - 35 |

E. Kubler-Ross описала п’ять ідеально-типових фаз процесу, які проходить хворий від початку встановлення діагнозу та на етапах лікування тяжкого за­хворювання: шок, фази заперечення, агресії, депресії та фаза прийняття. На етапі шоку свідомість хворого наповнюється картиною невідворотної за­гибелі. За шоком слідує фаза заперечення, витіснення ситуації. У фазі агре­сії отримана інформація визнається і особистість реагує пошуком причини і винних. За стадією агресії йде стадія «торгівлі». Хворий вступає у переговори (внутрішні діалоги з Богом, долею) за продовження свого життя. Фаза депресії проявляється зниженням настрою, згадуванням минулих образ та незаверше­них конфліктів, домінуючим у її формуванні є переживання втрати звичного укладу життя, крах планів на майбутнє. На зміну приходить стадія примирення з долею, момент переоцінки цінностей. Людина приймає відповідальність за всі обставини свого захворювання і свого існування. Варто відмітити, що дані стадії проходять не у строгій послідовності і можуть змінювати почерговість.

Вивчалися психоемоційні реакції та поведінка онкологічних хворих, пов’язана з лікуванням. Відомо, що оперативне лікування онкологічної хвороби поряд із позитивним протипухлинним ефектом (видаленням або зменшенням маси пухлини), може приводити до формування видимих фізичних дефектів, а саме, шрами, втрати органу (напр., молочної залози), виведення стоми, тоді як побічними ефектами хіміотерапії є зниження когнітивної функції («хіміоте­рапевтичний мозок»). Такі «негативні наслідки» лікування сприяють відмові частини хворих від терапії. Мають місце особливості психологічного реагування онкологічних хворих в залежності від етапу лікувального процесу: діагностич­ного, передопераційного та післяопераційного (у разі проведення хірургічного втручання), виписки зі стаціонару, катамнестичного, рецидиву та продовжен­ня хвороби, паліативного лікування. Специфічними є страхи хворих, що сто­суються рецидиву та продовження хвороби («дамоклів меч»), переживання, пов’язані з усвідомленням та переоцінкою сенсу життя та смерті.

Фундаментальним зрушенням у наданні допомоги онкологічним хворим стали фактори продовження тривалості життя хворих у зв’язку з прогресом у лікуванні онкологічних хвороб. Лікування раку стало комплексним та мульти- мо дальним.

За останні 20 років до суспільної та медичної свідомості прийшло розумін­ня того, що діагноз онкологічного захворювання не є хворобою самого паці­єнта, а стає захворюванням всієї родини. Протягом 80-х та 90-х pp. XX ст. з’явилися перші дослідницькі програми, орієнтовані на вивчення питань психоонкології, пов’язаних із родиною хворого. Так, сам факт встановлення діагнозу раку спричиняє «коливальний ефект» у родині хворого, що полягає у виникненні страхів, невизначеності, порушення планів та зміну звичного укладу життя, міжособистісної комунікації, екзистенційну тривогу, зрушення у функціонуванні родини та посилення сімейного напруження та інше. Факт захворювання на рак не є єдиною стресовою подією для хворого та його ро­дини, певний психологічний стан виникає як результуюча дії серії множинних, переплетених та багаторівневих факторів у вигляді рецидиву раку, продовжен­ня хвороби, змін у терапевтичній тактиці, перехід від спеціального лікування до паліативної допомоги.

Переживаючи наявність онкологічного захворювання у одного з членів ро­дини, сім’я намагається перебудувати своє функціонування, що спричиняє дес­табілізацію (дезадаптацію) навіть у ресурсних та добре адаптованих сімейних системах. Така дестабілізація виявляється у діадах «пацієнт-подружжя» та «пацієнт-дитина» та супроводжується дистресом. Як дестабілізація, так і дистрес є нормативними процесами, на зміну яким при сприятливому перебігу процесу адаптації приходить рестабілізація та пристосування сімейної системи до ситуації хвороби. В процесі адаптації родина вчиться долати та справлятися з «ключовими пунктами» — основними проблемами психологічного переживання хвороби члена родини. Такими пунктами вважають 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 у родині, що виникло у наслідок зміни ролей, а також реконструювання неадаптивних стратегій поведінки у ситуації хвороби. Саме ці проблеми є змістом психологічної допомоги членам родини та спрямовані на зменшення ін­тенсивності, тривалості та рівня дестабілізації (дезадаптації), спричиненого про­ходженням «ключових пунктів». Особливого значення психологічна допомога набуває у ситуації рецидиву, продовження і тривалого перебігу захворювання, переході від спеціального лікування до паліативної допомоги та особливо на етапі «end-of-life саге» (медичної та психосоціальної допомоги наприкінці життя).

Надання психологічної допомоги у сфері дитячої психоонкології є особливим розділом. Онкологічне захворювання у дитини — це потужне джерело стресу для всієї родини. Основними проблемами, що виникають у родинах, є: емоційні труднощі, що проявляються у дитячо-батьківських, подружніх та відносинах у розширеній родині; функціональні труднощі, які порушують різні аспекти ді­яльності членів родини у професійних досягненнях, можливостях сімейного до­звілля і відпочинку, внутрішньо сімейній організації; труднощі, пов’язані з вза­ємодією із соціумом; фінансові проблеми. Тобто, встановлення онкологічного захворювання у дитини постає не тільки в медичному, але і психологічному та психосоціальному аспектах. На психологічному рівні діагностування тяжкої та загрозливої для життя хвороби відображається у різноманітних психологічних реакціях, тоді як особливість реагування у дітей залежать від віку.

Важливими психологічними аспектами є реагування не лише батьків хво­рої дитини, але й братів і сестер (сибсів), що відмічено у сучасній науковій літературі з даної проблеми. Складними питаннями у дитячій онкогематології залишаються алгоритми та «дерево прийняття рішень» щодо продовження лі­кування, що пов’язано, з одного боку, із можливістю вилікування дитини, а з іншого — виснаженням психоемоційного, морального та фінансового ресурсу родини.

Психологічна допомога у дитячій психоонкології включає оцінку пси­хологічного статусу дитини, дистресу, потреб та стану адаптації родини, якості життя всіх членів сім’ї, особливостей реагування на тяжке захворю­вання та його впливу на сімейне функціонування, а також підтримку при переживанні втрати та горювання. Для цього визначені шляхи та способи психологічної допомоги: сімейна психотерапія, арт-терапія, групова психо­терапія, короткотривала психотерапія, психотерапія «втрати та горювання», психоед’юкація. Лікування дітей з гострими лейкозами та висока ймовір­ність видужання ставить завдання не лише медичної та медико-психологіч­ної допомоги під час лікування, але і реабілітації, в тому числі психореабілітації, дітей та їх сім’ї після одужання.

Окремим аспектом психоонкології є вивчення психології осіб, які надають медичну, психологічну та психосоціальну допомогу інкурабельним онкологіч­ним хворим та членам їх родини. Так, робота медичного персоналу онколо­гічних відділень пов’язана зі значною психоемоційною напругою та високим рівнем стресу. Одним з інтегральних показників оцінки впливу професійного стресу на працівника є «синдром емоційного вигорання». Згідно з сучасними даними, під «емоційним вигоранням» розуміють стан фізичного, емоційного та розумового виснаження, що виявляється в професіях соціальної сфери.

У роботі медичного працівника виділяють наступні джерела стресу



Організаційний фактор включає відсутність достатньої можливості для кар’єрного росту, численні обов’язкові освітні та практичні моменти, слабкі служби підтримки персоналу. До загального ситуаційного відносять необхід­ність у розширеній базі знань, необхідність взаємодії з критично налашто­ваними хворими, наявність різноманіття етичних моментів, відсутність або слабкість служби з надання психологічної підтримки, до специфічного — брак досвіду, тягар важкої роботи, комунікативні проблеми серед персоналу та у спілкуванні з пацієнтами та членами їх родини, висока смертність серед паці­єнтів відділення. Особистісними джерелами стресу є невміння долати труд­нощі, низький соціально-економічний статус, психічні розлади (зловживання алкоголем, психоактивними речовинами), наявність сімейної чи особистісної кризи, конфлікти з персоналом або пацієнтом, смерть пацієнта, з яким вста­новилися тісні зв’язки, початок роботи в новому відділенні, відсутність до­статньої кількості вільного часу.

Результати проведених досліджень серед співробітників онкологічних лікувальних закладів свідчать про високу емоційну значимість для медпра­цівників протрагованої психотравмуючої ситуації та необхідність проведення серед них як психопрофілактичних, так і психокорекційних заходів. До за­ходів первинної психопрофілактики відносять, з одного боку, впровадження загально-гігієнічних рекомендацій по організації праці на робочому місці, ре­жиму праці та відпочинку, з іншого — здійснення більш специфічних заходів, що коригують ініціальні прояви синдрому емоційного вигоряння на доклініч- ному рівні і підвищують психологічну стійкість. Для вторинної профілакти­ки та психологічної корекції синдрому вигоряння при вже сформованій стадії «резистенції», заходи повинні бути спрямовані на запобігання переходу стану «резистенції» у фазу «виснаження», а при сформованому «виснаженні» — на недопущення хроніфікації психосоматичних і астено-депресивних розладів.

Психологічна допомога медичному персоналу спрямована на профілактику синдрому емоційного вигорання та покращення якості надання медичної до­помоги хворим та членам їх родини, що реалізується через розроблення та впровадження у клінічну практику програм психоед’юкації, тренінгових про­грам, орієнтованих на підвищення комунікативної компетентності у спілку­ванні з хворими на етапі обговорення прогнозу та тактики лікування.

Таким чином, надбання психоонкології за відносно короткий час існування є вагомими та широко затребуваними у сфері надання онкологічної допомоги. Психоонкологія — приклад вдалого втілення принципу міждисциплінарності та інтегративності в лікуванні, що дозволяє побачити хворого та його життєву ситуацію цілісно і, відповідно, побудувати комплексну та ефективну систему медичної, медико-психологічної та психосоціальної допомоги.

**ПРОБЛЕМИ ПОВІДОМЛЕННЯ ДІАГНОЗУ. СПІЛКУВАННЯ З ОНКОХВОРОЮ ДИТИНОЮ ТА ЇЇ БАТЬКАМИ**

Онкологічна патологія є досить рідкісною серед дитячого населення, од­нак смертність від ЗН в структурі дитячої смертності в Україні посідає 5-е місце, поступаючись нещасним випадкам, перинатальній смертності, вродже­ним аномаліям, хворобам нервової системи. Біля 3/4 дітей з онкологічним захворюванням отримують спеціальне лікування, проте кожна 4-та хвора ди­тина помирає протягом року з моменту встановлення діагнозу.

Підозра на дитячу онкологічну патологію викликає появу інтенсивного стресу як у дитини, так і її батьків. Підтвердженню чи виключенню онколо­гічного діагнозу передує тривалий період (зазвичай у декілька тижнів) об­стежень та діагностичних процедур, які самі по собі викликають психічне на­пруження та негативні емоції. Дітям складно бути відірваними від звичного для них середовища, перебувати у нових обставинах серед незнайомих людей, переносити неприємні процедури. У дітей, внаслідок фізичного нездоров’я, яке і ставало причиною звернення за медичною допомогою, присутнє погане самопочуття, що саме по собі чинить негативний вплив на психологічну та психосоціальну адаптацію до ситуації.

Реакція дітей на обстеження залежить від віку. Діти дошкільного та мо­лодшого шкільного віку стають неслухняними, проявляють агресію до ото­чуючих, часто плачуть, порушується сон, погіршується апетит, вони відмов­ляються від прогулянок та перестають гратися. Тоді як діти старшого віку поводять себе більш диференційовано, більш специфічно усвідомлюють наяв­ну загрозу і реагують більш специфічно, в більшості їх увага зосереджується на обмеженнях, які приносить захворювання у звичне для них життя, а саме, відірваність від однолітків, перерви у навчанні, необхідність дотримуватися дієти, рухового режиму, зміни зовнішнього вигляду, необхідність періодично проходити обстеження та приймати ліки. Підлітки реагують не лише на об­меження, але і на сам зміст ситуації та її перспективу, з’являються думки про те, як хвороба вплине на їх майбутнє.

Для батьків період діагностики стає часом тривожного очікування. Вони усвідомлюють, наскільки серйозним є онкологічний діагноз та яке значен­ня він буде мати для життя їх дитини. Нагальний інтерес мотивує більшість батьків інтенсивно цікавитися питаннями, пов’язаними з проявами онкологіч­ної хвороби, їх діагностикою та лікуванням. Таким чином, батькам доводиться за короткий час засвоювати великий об’єм інформації, пов’язаної з онколо­гічним захворюванням. Одночасно їм необхідно підтримувати і заспокоювати свою дитину та контролювати власний емоційний стан. Однак, інформація, отримана батьками з загальнодоступних джерел, таких як журнали, газетні статті, інтернет, часто не є достатньою, а іноді і недостовірною, що формує неправильне уявлення про хворобу та способи її лікування.

Після численних обстежень наступає момент підтвердження або спростування діагнозу. Встановлення онкологічного діагнозу — це значний стрес для хворого та членів його родини. В онкології і до сьогодні проходять дискусії та наводяться аргументи «за» та «проти» щодо того, чи повідомляти онкологічний діагноз хво­рому, і якщо говорити, то що саме і як.

У 70-ті роки XX ст. у світовій медичній практиці відбулася кардинальна зміна поглядів щодо повідомлення хворому онкологічного діагнозу. Пацієнтам стали говорити, що вони мають захворювання з несприятливим для здоров’я та життя прогнозом. Було явним, що бесіда на тему діагнозу викликала суттєвий стрес як у пацієнта, так і у лікаря. Почалося активне вивчення особливостей ко­мунікації у терапевтичній діаді «лікар — пацієнт» під час лікування, в особливос­ті щодо питання повідомлення діагнозу та «несприятливих новин». Стало зро­зумілим, що перед лікарем, який інформує про загрожуючий для життя діагноз та повідомляє «несприятливі новини», поставлене складне завдання. Адже, під час зустрічі відбувається не просто передача інформації, але закладаються основи подальшої взаємодії та співробітництва між лікарем та пацієнтом.

Загалом «несприятливою» вважають таку новину, яка викликає негатив­ні зміни в мисленні, поведінці та емоційному стані людини, що зберігаються протягом тривалого часу та формують негативний образ свого майбутнього. На рівні мислення з’являються постійні нав’язливі думки про негативні на­слідки захворювання та загрозу смерті, від яких пацієнту важко відволіктися чи переключитися. У емоційній сфері виникають зниження настрою, тривога, дратівливість. Поведінка хворих стає неадаптивною, вони можуть відмовля­тися від запропонованого лікування, займатися нетрадиційним лікуванням онкологічного захворювання, звертатися до психоактивних речовин, з метою зменшення стресу, зростає ризик аутоагресивних дій.

Так, потенційно «несприятливими новинами» в онкології є: підозра на наявність онкологічного захворювання; підтвердження онкологічного діагнозу; неможливість проведення оперативного втручання; негативні наслідки та побічні ефекти протипухлинної терапії (видимі дефекти, втрата органу, «хіміотерапевтичний мозок»); потреба у хіміотерапії чи променевій терапії після операції, що сприй­мається пацієнтами «як гірший прогноз»; повторні курси хіміотерапії; рецидив та продовження хвороби;

вичерпання можливостей протипухлинної терапії і перехій на паліативну допомогу.

З обох боків — і лікаря і пацієнта, існують особливості та обмежуючі чин­ники, які необхідно враховувати медичному працівнику при повідомленні «не­сприятливих новин» та спілкуванні з пацієнтом під час лікувального процесу.

Психологічні аспекти повідомлення «несприятливих новин» для пацієнтів обумовлені наступним. Онкологічна хвороба — це реальна загроза для життя хворого. Як захворювання так і протипухлинне лікування чинять негативний вплив на фізичне та психічне здоров'я, соціальне функціонування пацієнта. «Несприятливі новини» викликають негативні емоції та дезадаптивну пове­дінку у хворого, «негативна» інформація сприймається пацієнтом вибірково.

Зі сторони медичних працівників мають місце наступні психологічні чин­ники: лікарі очікують появу негативних емоцій зі сторони хворого на «неспри­ятливі новини», з якими може бути складно справлятися. Робота лікаря здій­снюється в умовах високого робочого навантаження, а часто і перевантаження. У планах підготовки медичних працівників відсутні психоосвітні блоки з питань практичної психоонкології та тренінгові програми для формування комунікатив­ної компетентності медичного персоналу. Не налагоджена взаємодія з психоло­гічною та психіатричною службами.

Саме тому структурування лікарем бесіди з пацієнтом, певний стиль повідо­млення «несприятливих новин» стає важливим компонентом лікувального процесу.

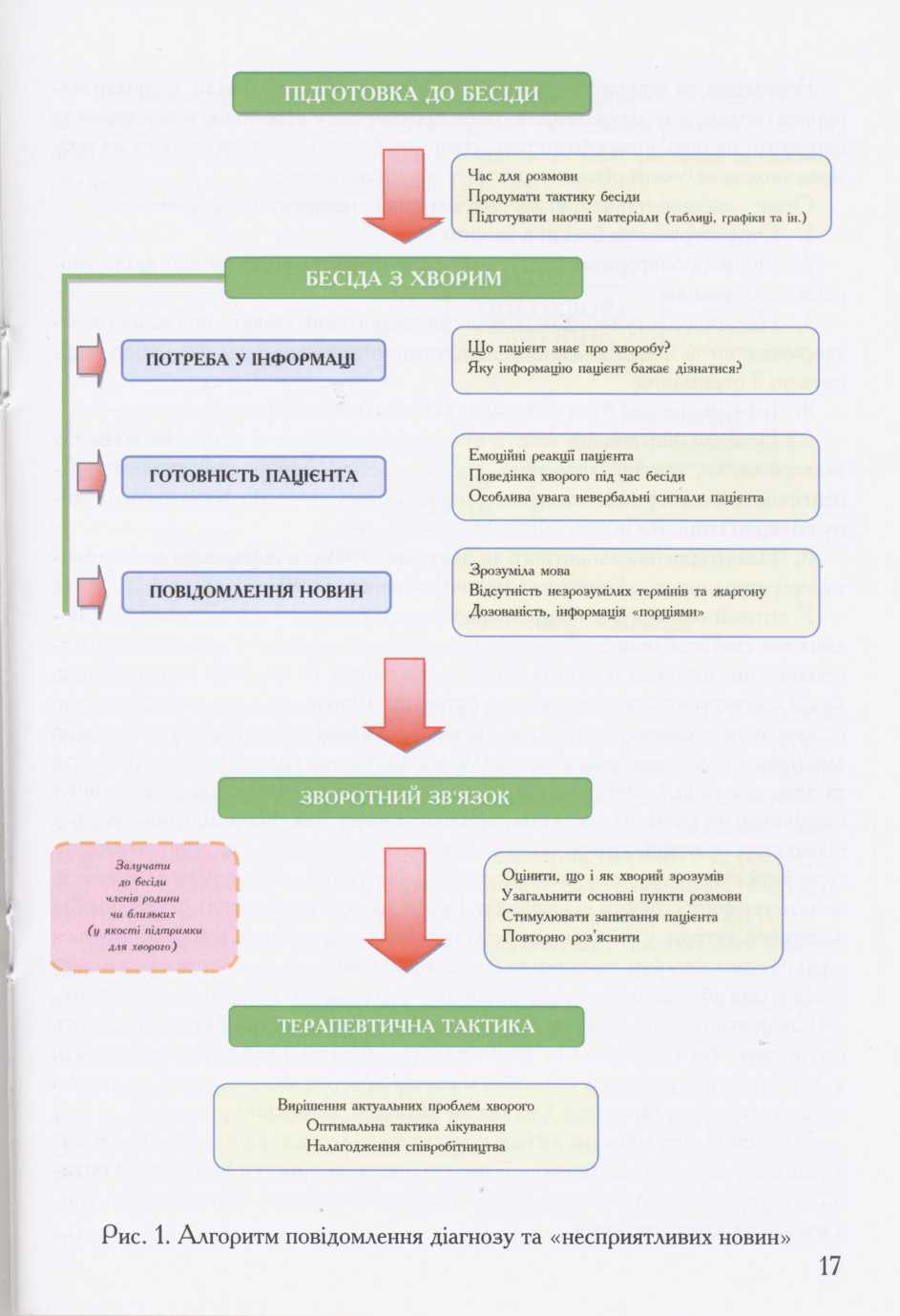
Процес бесіди з хворим включає наступні етапи: підготовка до розмови, визначення потреби пацієнта у інформації, оцінка готовності хворого до отри­мання «несприятливих новин», власне повідомлення інформації, зворотний зв’язок та вибір лікувальної тактики (рис. 1).

Таким чином, лікар має підготуватися до бесіди: виділити час, визначи­ти, яку інформацію необхідно донести до хворого першочергово; продумати тактику бесіди, підібрати аргументи; при можливості мати під рукою наочні матеріали для пацієнта (графіки, таблиці, схеми, статистичні дані). Основне, що потрібно визначити на початку бесіди з хворим — це вже наявні знання пацієнта про свою хворобу та «прогалини» у інформації, тобто потребу, що він бажає дізнатися про лікування, причини та механізм виникнення захворю­вання, необхідні обстеження, дієта, руховий режим.

При повідомленні новин хворому, лікарю важливо орієнтуватися на пси­хологічну готовність пацієнта їх почути. Для цього треба звертати увагу на емоційні реакції хворого під час бесіди, його поведінку, та у більшому ступені орієнтуватися на невербальні сигнали.

Для того, щоб пацієнту було легше сприймати нову несприятливу інформа­цію, її необхідно надавати окремими смисловими частинами, зрозумілою для хворого мовою, пояснювати, не використовуючи медичних термінів та жаргону.

Наприкінці бесіди важливо узагальнити основні пункти розмови, оцінити, що хворий зрозумів. Для цього лікар може стимулювати зустрічні запитання пацієнта, та при необхідності повторно пояснити.



Виявлення та оцінка потреб хворого під час подібної бесіди дозволяє ви­робити оптимальну лікувальну тактику, підтримувати взаємодію між лікарем та пацієнтом на рівні співробітництва. Якщо необхідно, за згоди хворого до роз­мови можна залучати рідних пацієнта, у якості підтримки.

Отже, основними принципами повідомлення «несприятливих новин» є:

1. Структурування бесіди з хворим.
2. Оцінка поінформованості та потреба пацієнта у інформації щодо хво­роби та лікування.
3. Надання доступної для розуміння хворого інформації, пов’язаної з за­хворюванням та його лікуванням, з урахування психологічної готовності паці­єнта до її отримання.
4. Інформація має бути дозована, але обов’язково достовірна.
5. Повідомлені новини мають орієнтувати хворого у основних аспектах захворювання, тактиці лікування, сприяти встановленню достатнього тера­певтичного альянсу та прихильності пацієнта до лікування, формувати актив­ну позицію пацієнта під час лікування.
6. Налагодження зворотного зв’язку: зрозумілість інформації для пацієн­та, орієнтування на співпрацю з медичним персоналом.

У дитячій онкології ситуація повідомлення діагнозу та «несприятливих но­вин» має свої особливості. Так як батьки дитини виступають її офіційними пред­ставниками, інформацію щодо діагнозу, лікування та перебігу захворювання, лікарі обговорюють першочергово з батьками. Однак, це не означає, що лікар не взаємодіє з самою онкохворою дитиною. З віком дитини спілкування щодо змістовних складових захворювання (цілей лікування, впливу хвороби на життя та здоров’я та ін.) лише зростає. Якщо з дітками молодшого віку медичному працівнику та батькам достатньо приділити увагу, емоційно підтримати, то у більш старшому віці, діти починають ставити запитання про те, а що означають ті чи інші симптоми, чому захворювання повернулося, коли вони вилікуються, чи можуть вони померти від хвороби. І коли дорослі не відповідають на подібні запитання дитини, у неї посилюється внутрішнє напруження, вона залишається один на один зі своїми страхами та фантазіями, почувається самотньою, замика­ється у собі або навпаки стає дратівливою та спрямовує агресію на оточуючих.

Спілкування між лікарем та онкохворою дитиною і її батьками досить інтенсивне, багаторівневе та різнопланове. Лікарю необхідно взаємодіяти з дитиною та її родиною з питань медичного (обстеження, ліки) та часто і психосоціального характеру (догляд за дитиною, відносини у родині).

У подібній ситуації саме тісний контакт та налагоджена взаємодія між ме­дичним персоналом і дитиною з її сім’єю здатні допомогти вибудувати опти­мальну терапевтичну тактику, гнучко вирішувати актуальні проблеми та уни­кати конфліктних ситуацій.

Чинниками, що визначають спілкування у сфері дитячої онкології, є вра­хування психологічного стану і особистісного та вікового розвитку дитини, психологічного стану батьків дитини, складної системи сімейних відносин у родині, дитячо-батьківських стосунків (рис. 2).

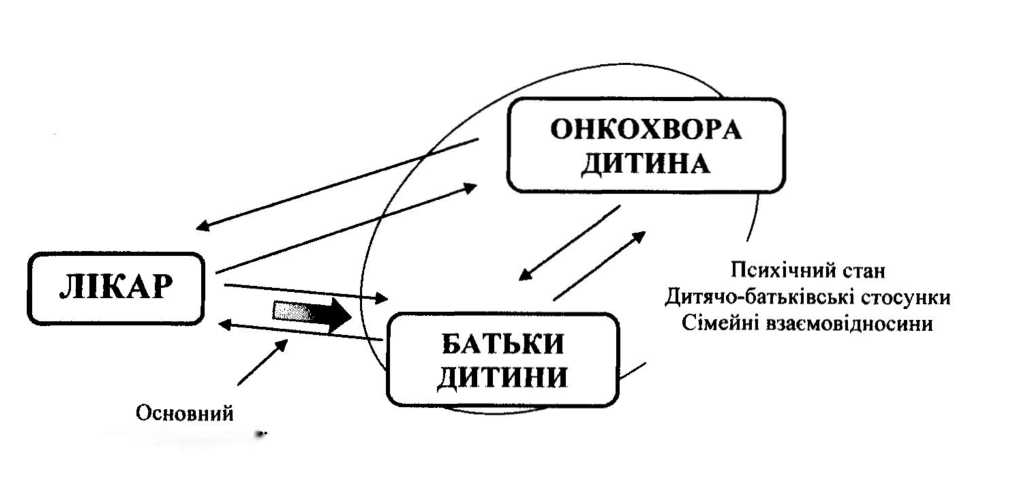


Рис. 2. Особливості терапевтичної взаємодії «лікар — онкохвора дитина — батьки»

Так, вибір лікарем тактики ефективної взаємодії з дитиною та її батьками включає розуміння особливостей їх психологічного реагування на захворю­вання, вміння розпізнавати прояви психічного та психосоціального дистресу.

У будь-якому віці дитина усвідомлює небезпеку та серйозність хвороби, в основі чого лежать як фізичні (тілесні) відчуття (погіршення загального само­почуття, швидка втомлюваність, специфічні симптоми хвороби), так і суто пси­хологічні переживання, які посилюються з тривалістю захворювання та актуалі­зуються під час загострень хвороби (продовженні хвороби, рецидивах).

Діти, як правило, не розуміють причин хвороби, часто розглядають своє за­хворювання як покарання за погану або заборонену поведінку. Діти молодшого віку вбачають причини виникнення захворювання в порушенні харчування та гігієнічних правил, підлітки відносять до причин хвороби спадкову схильність, а також конфліктні ситуації в школі і в сім’ї.

У перші роки життя розвивається уявлення, що окрім дитини, існу­ють предмети поза нею, формується відчуття безпеки та довіри до близь­ких. Відповідно порушення у задоволенні потреб дитини, відсутність поряд значимого іншого (батьків, вихователів) викликає тривогу та депресію, що часто виявляються у розладах харчової поведінки. У даному контексті он­кологічне захворювання привносить як фізичні страждання з неможливістю задоволення потреб, такі порушення звичної та безпечної обстановки для дитини— вимушена госпіталізація. В дошкільному віці присутнє магічне мислення з притаманними йому причинністю та приписуванню власним діям того, що сталося. У зв’язку з цим хвороба може сприйматися як результат їх бажань та суджень. Діти молодшого шкільного віку часто вважають, що хвороба — це покарання за непослух батькам, «погані чи заборонені» бажання або слова. Уявлення підлітків щодо хвороби вже багато в чому подібні до дорослих: пси­хологічні захисти від тривоги, викликані загрозою, часто включають запере­чення такої можливості як вмирання. Таким чином, у дітей молодшого віку увага більш сконцентрована на ситуативних аспектах, пов’язаних з хворобою (діагностичні та лікувальні процедури), тоді як у дітей старшого віку виника­ють сутнісно-екзистенційні переживання.

Прояви психологічного та психосоціального дистресу у дітей залежать від віку. У дітей молодшого віку вони виражаються найчастіше психологічною регресією, сповільненням вікового розвитку та втратою раніше здобутих на­виків, виявом агресії до оточуючих, змінами поведінки, появою афективної симптоматики. Дуже показовим для дітей симптомом є порушення ігрової діяльності — відмови від гри. У пацієнтів старшого віку прояви психологічного дистресу та психопатологічні симптоми стають подібними до дорослих.

Онкологічне захворювання дитини має психотравматичний вплив на бать­ків, що проявляється різноманітною психопатологічною симптоматикою під час лікування. Дані прояви повністю не зникають у періоді ремісії, а у разі реци­диву чи продовження хвороби у дитини гостро маніфестують. Психоемоційний стан батьків тісно пов’язаний зі змінами у фізичному та психічному стані хворої дитини. Одночасно психологічне самопочуття дитини залежить від емоційного стану її батьків, в особливості того з них, хто є емоційного ближчим.

Основні проблеми родин, що зіткнулися з онкологічним захворюванням наступні:

1. Емоційні труднощі в дитячо-батьківських відносинах, подружніх від­носинах, стосунках у розширеній родині.
2. Функціональні проблеми: професійні досягнення, кар’єрний ріст, са- мореалізація членів родини; можливості сімейного відпочинку; перерозподіл функціональних ролей та обов’язків.
3. Проблеми, пов’язані зі взаємодією з соціумом (стигматизація, соціаль­на самоізоляція).
4. Фінансові труднощі (лікарські засоби, перебування у стаціонарі та ін.).

У сфері дитячо-батьківських відносин порушення найчастіше виражають у гіперопіці, часто у поєднанні з позицією самовідречення, що сприяє швидко­му виснаженню, або ж навпаки відкидання дитини з наступним дистанцію- ванням, що провокує виникнення інтенсивного почуття провини та самоосуду.

При наявності у родині інших дітей, яким часто приділяється менше уваги та турботи, у батьків може з’являтися відчуття власної некомпетентності та батьківське почуття провини.

Наростання негативних емоцій у родині може виливатися у пошук винних у хворобі дитини, що дестабілізує родину та робить її більш уразливою до стресів, унеможливлює отримання допомоги всередині сім’ї. Ускладнює психологічну адаптацію батьків незадовільний стан їх фізичного та психічного здоров’я, наявність «непережитого горя чи втрати», що резонує з ситуацією хвороби дитини, незадовільні комунікативні здібності та конфліктність.

Потреба у догляді за хворою дитиною зазвичай обумовлює перерозподіл ролей у родині. Це часто супроводжується для матерів звільненням з роботи, а для батьків суттєвим робочим перевантаженням, пошуком другої роботи, її зміною на більш прибуткову на противагу власним вподобанням та перспек­тивам. Напруження виникає також і у подружніх стосунках, що проявляється непорозуміннями та виникненням конфліктів, дистанціюванням один від одно­го, скороченням або повною відсутністю сексуальних стосунків, розлученнями.

Високий рівень стресу виявляють у братів та сестер хворої дитини, що пов’язано як з безпосередньо реагуванням на хворобу близької людини, так і зміною звичного укладу та ритму життя, зменшенням турботи та уваги батьків, зростання сімейного напруження, матеріальними обмеженнями.

Більша частина бюджету родини йде на лікування хворої дитини, тому часто не залишається коштів на організацію сімейного відпочинку, враховуючи також потребу у постійному лікуванні та перебуванні у стаціонарі.

Подібне різноманіття проявів психічного та психосоціального дистресу, які переживають онкохворі діти та їх батьки, потребує досить високого рівня знань від медичного персоналу щодо психологічних аспектів, а також і комунікатив­них навиків для ефективної взаємодії та налагодження терапевтичного альянсу.

На сьогодні розроблено психоосвітні та тренінгові програми для медично­го персоналу, спрямовані на покращення взаємодії між лікарем і пацієнтом, визначено основні алгоритми ведення діалогу з приводу «повідомлення не­сприятливих новин».

Основними психологічними аспектами необхідними для розуміння стану пацієнтів та їх оточення у роботі лікаря, який працює в області дитячої онко­логії, визначені наступні теми:

* психологічний стан дітей з ЗН та їх родини на різних етапах лікуваль­ного процесу;
* психічні розлади у дітей з онкологічними захворюваннями, їх розпізна­вання. Психофармакотерапія у дитячій онкології;
* роль та значення родини хворої дитини у лікувальному процесі. Дитячо- батьківські стосунки. Переживання втрати;
* психологія медичного працівника. Синдром емоційного вигорання;
* псйхологічна та психотерапевтичні допомога у сфері дитячої онкології;
* медико-психологічні аспекти лікування соматичних симптомів, в осо­бливості контролю больового синдрому;
* медико-психологічні аспекти паліативної допомоги;
* медична психологія окремих нозологій: онкогематологічних хвороб, пух­лин мозку, злоякісних новоутворень кісток та м’яких тканин;
* якість життя, психологічні та психосоціальні фактори, що впливають на дітей, які пройшли протипухлинне лікування та є вилікуваними, чи зна­ходяться у тривалій ремісії;
* медико-психологічні аспекти пересадки кісткового мозку;
* етико-правові аспекти у дитячій онкології;
* вплив протипухлинного лікування на фізичний та психічний розвиток дитини.

Інформування медичних працівників з вищезазначених тем може бути здій­снено шляхом проведення систематично організованих лекцій або семінарів, на яких спеціалісти будуть мати можливість отримати не лише нову інформацію, але і обговорити актуальні для практики питання, обмінятися досвідом.

Іншим важливим напрямом допомоги медичному персоналу щодо взаємодії з хворим та його оточенням є проведення комунікативних тренінгів. Відомо, що програми тренування навиків спілкування та закріплюючі семінари для медичного персоналу тривалістю до 40 годин сприяють підтриманню отрима­них навиків спілкування з пацієнтами на термін більше 2 років. Тренінги для медичного персоналу в основному орієнтовані на навчання основам ефектив­ного слухання; використання у бесіді відкритих запитань, узагальнень; по­кращення розпізнавання емоційних сигналів пацієнта; регулювання власного емоційного стану; підвищення емпатійності (співчуття та розуміння).

Основною метою як психоосвітніх так і тренінгових заходів для медичного персоналу є навчання працівників ефективній взаємодії з хворим і його ро­диною, що буде покращувати якість допомоги та сприятиме психосоціальній адаптації пацієнта і його близького оточення.

Отже, впровадження у клінічну практику дитячої онкології заходів, спря­мованих на підвищення рівня знань стосовно психології хворого та його рід­них, орієнтованих на покращення комунікативної компетентності, покращує якість допомоги та сприяє психосоціальній адаптації пацієнта і його близького оточення.

**ВИСНОВКИ**

У роботі здійснено теоретичне узагальнення та наведено практичне ви­рішення актуальної задачі медико-психологічної допомоги в сфері дитячої онкології щодо спілкування на стаціонарному етапі лікувального процесу з онкохворими дітьми та їх батьками шляхом виведення алгоритму повідомлен­ня діагнозу і «несприятливих» новин.

Ефективна комунікація між медичними працівниками, онкохворими дітьми та їх батьками, в тому числі повідомлення «несприятливих новин» — важливий компонент лікувального процесу, який потребує структурування лікарем бесі­ди з пацієнтом чи його рідними та застосування певного стилю повідомлення «несприятливої» інформації.

Потенційно «несприятливими новинами» в онкології ідентифіковані: підозра на наявність онкологічного захворювання; підтвердження онкологічного діа­гнозу; неможливість проведення оперативного втручання; негативні наслідки та побічні ефекти протипухлинної терапії; потреба у хіміотерапії чи променевій те­рапії після операції, що сприймається пацієнтами «як гірший прогноз»; повторні курси хіміотерапії; рецидив та продовження хвороби; вичерпання можливостей протипухлинної терапії і перехід на паліативну допомогу.

Структурно-змістовними складовими алгоритму бесіди з хворим постають наступні етапи: підготовка до розмови, визначення потреби пацієнта у інфор­мації, оцінка готовності хворого до отримання «несприятливих новин», власне повідомлення інформації, зворотний зв’язок та вибір лікувальної тактики.

Основні принципи повідомлення «несприятливих новин» наступні: струк­турування бесіди з хворим; оцінка поінформованості та потреба пацієнта у інформації щодо хвороби та лікування; надання доступної для розуміння хво­рого інформації, пов’язаної з захворюванням та його лікуванням, з урахуван­ня психологічної готовності пацієнта до її отримання; достовірність та дозованість інформації; повідомлені новини мають орієнтувати хворого у основних аспектах захворювання, тактиці лікування, сприяти встановленню достатньо­го терапевтичного альянсу та прихильності пацієнта до лікування, формувати активну позицію пацієнта під час лікування; налагодження зворотного зв’язку з медичним персоналом.

Чинниками, що визначають спілкування у сфері дитячої онкології, є вра­хування психологічного стану і особистісного та вікового розвитку дитини, психологічного стану батьків дитини, складної системи сімейних відносин у родині, дитячо-батьківських стосунків. Упровадження в систему підготовки медичних працівників інформування з питань психоонкології, підвищення комунікативної компетентності, навчання ефективній взаємодії з хворим і його родиною покращує якість допомоги та сприяє психосоціальній адаптації пацієнта і його близького оточення.

**ПЕРЕЛІК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ**

1. Маркова М. В. Стан та перспективи розвитку сучасної психоонкології І/ М. В. Маркова, О. В. Піонтковська, І. Р. Кужель // Український вісник психоневрології. — 2012. — Т. 20, вип. 4 (73). — С. 86 — 91.
2. Маркова М. В. Проблеми повідомлення діагнозу і спілкування з онкох­ворою дитиною та її батьками / М. В. Маркова, О. В. Піонтковська, І. Р. Кужель // Медична психологія. — 2013. — Т. 8, № 1 (29). — С. 7 — 13.
3. Assessing psychological adjustment in siblings of children with cancer: parents’ perspectives / G. Cordaro, L. \feneroni, M. Massimino [et al.] // Cancer Nurs. — 2012. - Vol. 35. - Issue 1. - P. 42 - 50.
4. Coping strategies used by children hospitalized with cancer: an exploratory study / Li H. C., Chung О. К., Ho K. Y. [et al.] // Psychooncology. — 2011. — Vol. 20. - Issue 9. - P. 969 - 976.
5. Coping with pediatric cancer: strategies employed by children and their parents to manage cancer-related stressors during treatment / A. K. Hildenbrand, K. J. Clawson, M. A. Alderfer [et al.] // J Pediatr Oncol Nurs. — 2011. — Vol. 28. — ssue 6. — P. 344 — 354.
6. Parental perceptions of health-related quality of life in children with leukemia a the second week after the diagnosis: a quantitative model / M. Tremolada, S. Jonichini, G. Alton [et al.] // Support Care Cancer. — 2011. — Vo\. 19. — Issue

- P. 591 - 598.

7. Особенности организации и содержания психокоррекционных меропри- й в комплексном лечении пациентов онкологического профиля в условиях циализированного противоопухолевого стационара / А. Ю. Васильева, С. И. Табачников, В. Г. Бондарь, М. Б. Доценко // Арх. психиатрии. — 2011. —Т. 17. - № 2 (65). - С. 23 - 26.

1. Psycho-Oncology / Ed. Holland J. С., Breitbart W.S., Jacobsen P. B. [et al]. — Oxford University press, 2010. — 712 p.
2. Li H. C. The impact of cancer on children’s physical, emotional, and psychosocial well-being / H. C. Li, О. K. Chung, S. Y. Chiu // Cancer Nurs. — 2010. - Vol. 33. - Issue 1. - P. 47 - 54.
3. Kieman G. Psychosocial issues and care in pediatric oncology: medical and nursing professionals’ perceptions / G. Kieman, E. Meyler, S. Guerin // Cancer Nurs. - 2010. - Vol. 33. - Issue 5. - P. 1012 - 1020.
4. Сучасні дослідження у психоонкології / О. А. Ревенок, О. О. Зайцев, О. П. Олійник [та ін.] // Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009.

- №1 (21). - С. 50 - 55.

1. Смулевич А. Б. Психические расстройства в онкологии (результаты муль­тицентровой программы «СИНТЕЗ») / А. Б. Смулевич, А. В. Андрющенко, Д. А. Бескова / / Психические расстройства в общей медицине. — М: Медиа Медика, 2009. - №1. - С. 4 - И.
2. Desaive P. Stress spectrum disorders in oncology / P. Desaive, A. Ronson // Current Opinion in Oncology. — 2008. — Vol. 20. — Issue 4. — P. 378 — 385.
3. Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care / A. L. Back, R. M. Arnold, W. F. Baile [et al.] // Arch Intern Med. — 2007. — Vol. 167. — Issue 5. — P. 453 — 460.
4. Наказ МОЗ України та Національної АМН України від 14.05.2010 року №409/36 «Про виконання завдань та заходів Загальнодержавної про­грами боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року» [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://document.ua/pro-vikonannja-> zavdan-ta-zahodiv-zagalnoderzhavnoyi-programi-doc33556.html