

І. Р. МУХАРОВСЬКА¹, М. В. МАРКОВА², Т. Г. КРИВОНІС³, І. В. ЖУЛКЕВИЧ⁴

АЛГОРИТМ ОЦІНКИ СІМЕЙНОГО СТАТУСУ РОДИНИ З ОНКОЛОГІЧНИМ ПАЦІЄНТОМ

¹Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

²Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

³Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, м. Вінниця, Україна

⁴Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України,
м. Тернопіль, Україна

Мета: визначити критерії оцінки та розробити алгоритм аналізу психологічного статусу сім'ї з онкологічним пацієнтом у взаємозв'язку з перебігом та лікуванням захворювання і його впливом на сімейне функціонування.

Матеріали і методи. Дослідження проводили на базі Медико-психологічного центру Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова та Вінницького обласного клінічного онкологічного диспансеру протягом 2015–2019 рр. з дотриманням етичних та деонтологічних стандартів. На основі інформаційного пошуку сучасної фахової літератури з питань психологічного стану членів сім'ї онкологічних пацієнтів визначено критерії оцінки та алгоритм аналізу психологічного статусу родин за участю 288 сімей з онкологічним пацієнтом, жінками та чоловіками, які дали згоду на участь у дослідженні.

Результати. На основі визначення основних критеріїв, що описують психологічний статус сім'ї з онкологічним пацієнтом, до яких віднесено психологічні проблеми та потреби, особливості психоемоційного стану, моделі поведінки родини, тип взаємодії у лікувальному процесі, розроблено поетапний алгоритм оцінки психологічного статусу родини з онкохворим, який дозволив диференційовано застосовувати медико-психологічні заходи.

Висновки. Базовими напрямками психологічної допомоги для родини з онкохворим є стабілізація психоемоційного стану членів сім'ї, наближення ірраціональних уявлень щодо захворювання до більш реалістичних, робота з екзистенційними переживаннями, посилення підтримувального компонента у відносинах, навчання комунікації на тему хвороби, приведення до балансу підтримки пацієнта та збереження його автономії, вираження своїх переживань та сприяння формуванню адаптивної стратегії подолання хвороби.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: родина пацієнта; онкологічні пацієнти; психоонкологія; медико-психологічна допомога.

На сьогодні необхідність доповнення медичної допомоги психологічними заходами в онкологічній практиці є практично беззаперечним твердженням. Поширеність психічних розладів та широкий спектр дезадаптивних психологічних реакцій серед онкологічних пацієнтів зумовлює корекцію психоемоційної, когнітивної та поведінкової сфери їхньої життєдіяльності [6, 10–12, 17]. І враховуючи, що прогресування онкопатології [7] знижує якість життя і фізичний ресурс хворого та призводить до розвитку психічних порушень, зростає потреба у підтримці родини та найближчого оточення, які поряд із пацієнтом також переживають цілу низку психологічних реакцій [2, 5, 13, 17]. У сім'ях пацієнтів, які довго та тяжко хворіють, виявлено зростання захворюваності на психічні розлади, серед яких превалюють афективні та невротичні стани [14, 15]. Наявність захворювання у члена сім'ї та особливо наявність тривалого періоду догляду за ним, завершення хвороби через смерть пацієнта часто призводить до збільшення захворюваності на соматичну патологію та смертність серед родичів.

Мета роботи: визначити критерії оцінки та розробити алгоритм аналізу психологічного статусу сім'ї з онкологічним пацієнтом у взаємозв'язку з перебігом та лікуванням захворювання і його впливом на сімейне функціонування.

Матеріали і методи. Дослідження проводили на базі Медико-психологічного центру ВНМУ імені М. І. Пирогова та Вінницького обласного клінічного онкологічного диспансеру протягом 2015–2019 рр. з дотриманням етичних та деонтологічних стандартів. На основі інформаційного пошуку сучасної фахової літератури з питань психологічного стану членів сім'ї онкологічних пацієнтів визначено критерії оцінки та алгоритм аналізу психологічного статусу родин за участю 288 сімей з онкологічним пацієнтом, жінками – 174 родини та чоловіками – 144, які дали згоду на участь у дослідженні.

Результати дослідження та їх обговорення. Високий рівень психосоціальної підтримки дозволяє забезпечити сприятливу атмосферу для видужання, фізичного та психологічного відновлення онкохворого [16–18]. Відповідно, заходи

для родини онкологічних пацієнтів становлять важливу, а часом і невід'ємну, складову медико-психологічної допомоги.

Алгоритм оцінки психологічного статусу сім'ї з онкологічним пацієнтом має включати такі етапи.

1. Визначення основних психологічних проблем родини онкохворого.

При діагностуванні загрозової для життя хвороби в одного з членів родини відбувається зміна сімейного функціонування на системному рівні з перебудовою ролей, обов'язків, ієрархії.

До так званих «ключових пунктів», які визначають найбільш стресові компоненти взаємодії, що, відповідно, викликають психологічні труднощі, належать:

- комунікація з хворим членом родини на звичайні побутові теми та стосовно захворювання;
- надання підтримки та створення сприятливої атмосфери для лікування та одужання;
- реагування на негативні емоції, висловлювання, переживання пацієнтів, що стосуються хвороби;
- вплив психічного напруження на психоемоційному рівні у кожного з членів сім'ї в аспекті впливу на сімейну систему;
- зростання сімейної напруженості як результату зміни сімейної структури (ролі, обов'язки, ієрархія).

Кожна родина по-своєму справляється з подібною ситуацією. Важливими критеріями сімейної адаптації є ресурси родини та пацієнта, тяжкість соматичного захворювання, можливості щодо лікування.

Розрізняють такі змістовні блоки спектра психологічних проблем членів сім'ї онкологічних пацієнтів, як [17]:

- нестача інформації щодо діагностики, лікування захворювання;
- особистісні переживання стосовно загрозової для життя хвороби близької людини;
- інтерактивна складова – комунікація та взаємодія з пацієнтом;
- включення у лікувальних процес, фізична допомога хворому та психоемоційна підтримка, спілкування з медичними працівниками, участь у прийнятті сімейних рішень стосовно тактики терапії.

Для захворювань із стадійним перебігом, яким є і онкопатологія, важливо враховувати етап захворювання. У ситуації, коли пацієнт і його родина вперше зіштовхуються з онкологічною хворобою, наявний значний елемент невідомості та невизначеності, який викликає тривожні переживання. Тому залучення до лікування, розширення знань про особливості діагностики, методи терапії [1] дозволяють сформулювати певну стратегію протидії онкологічному захворюванню як на

особистісному, так і поведінковому рівні. Кризовими періодами для родини є невдачі у протипухлинному лікуванні [3], прогресування чи рецидив хвороби, вичерпання можливостей радикальної терапії та перехід на симптоматичну допомогу.

Порушення у психологічному стані членів сім'ї виникають на основі ряду нозогенних тригерів, що відображають зміни у соматичному та психічному стані пацієнта. Зміст переживань родичів стосується тих викликів та втрат, які супроводжують перебіг онкологічного захворювання. Визначають подібну до пацієнтів закономірну етапність реагування на загрозу хвороби в членів сім'ї: заперечення, гнів, пошук компромісу, депресія та прийняття. Важливим чинником у формуванні психологічної реакції при онкопатології є актуалізація вітального страху, екзистенційних питань сенсу життя, страждань, вибору та відповідальності.

На психологічному рівні зміни у функціонуванні сім'ї пацієнта пов'язані з:

1. Соматичними чинниками:

- загальною тяжкістю стану хворого, зниженням працездатності, здатністю до самообслуговування і автономії та постійною/тимчасовою потребою у сторонній допомозі чи догляді;
- клінічними симптомами з високим дистрес-потенціалом, що викликають виражені порушення у психічному стані пацієнта (біль, задишка, парези/паралічі, нудота тощо);
- ймовірністю виникнення загрозових для життя хворого станів (судоми, порушення свідомості, кровотечі та інше).

2. Психічними чинниками:

- порушеннями психічного здоров'я – розвитком психічних розладів чи станів психологічної дезадаптації;
- висловлюваннями негативного відношення щодо лікування, відмов від нього, некомплаєнтною поведінкою;
- суїцидальними висловлюваннями хворого;
- застосуванням неадаптивних копінг-стратегій (униканням, дистанціюванням, «заїждженої пластинки», самозвинуванням, вживанням психоактивних речовин чи алкоголю для зниження стресу тощо);
- зростанням напруженості у сімейних відносинах, сімейними конфліктами.

3. Соціальними чинниками:

- стигматизуючими захворюваннями;
- зниженням соціальної активності (втратою роботи);
- звуженням кола спілкування;
- обмеженням доступу до відпочинку, що є наслідком часових та фінансових витрат на лікування.

Комунікація у родині з онкологічним пацієнтом набуває складного характеру, члени сім'ї

відчувають виражений стрес при обговоренні хвороби, переживають безпорадність у питаннях підтримки хворого, не знають як реагувати на негативні емоції і висловлювання хворого.

2. Оцінка психоемоційного стану членів сім'ї пацієнта.

До типових проявів порушень у психологічному стані родичів онкологічних пацієнтів належать [9]:

- депресивна симптоматика, яка виникла у зв'язку із наявністю значної кількості негативних переживань як власних, так і пацієнта, фізичною втомою, втратами, що супроводжують хворобу;

- невротичні симптоми у вигляді напруження, страху, нервозності;

- соматизація невербалізованих переживань у вигляді загострення соматичної патології, зниження опірності до інфекційних захворювань, появи психосоматичних симптомів (головний біль, напруження, кардіоалгія, задишка);

- сумніви, що можуть досягати вираженості нав'язливостей, що стосуються захворювання члена родини, думки про невідворотну смерть;

- сумніви у правильності прийнятих рішень, пов'язаних із лікуванням пацієнта, достатності залучених ресурсів, зусиль, підтримки;

- міжособистісна сенситивність, яка проявляється у спілкуванні, сприйнятті оцінок оточуючих з приводу хвороби (медичних працівників), чутливість до соціальних очікувань;

- коливання настрою, спалахи роздратування, агресія до себе та оточуючих у зв'язку із ситуацією;

- ворожість, відчуття недовіри до лікарів, звинувачення інших осіб чи обставин у виникненні хвороби чи невдачах у лікуванні;

- рідко виражені ірраціональні уявлення про розвиток хвороби, її перебіг та способи лікування, що негативно впливають на інтерпретацію реальності та взаємодію з хворим та лікувальною командою;

- відчуття покараності, почуття провини;

- сумніви у своїй психічній адекватності.

Ризик виникнення порушень у психоемоційному стані вищий у осіб жіночої статі, більш близьких до хворого, з вищою освітою, добрими сімейними відносинами, тривалим періодом догляду за пацієнтом.

3. Визначення моделі поведінки, що виникає у родині з онкологічним пацієнтом.

Під час перебігу захворювання родина онкологічного пацієнта формує певну поведінку стосовно хворого, що виражається у моделі гіперопіки, дистанціювання чи урівноваженого контакту [8].

Для моделі гіперопіки властиві надмірна турбота про хворого, обмеження у «поганій» інформації, «заборона» на негативні емоції, формування завищених очікувань стосовно можливостей вилікування.

В основі моделі дистанціювання знаходиться неможливість тісного контакту з пацієнтом, вираження підтримки та допомоги формально без виникнення у суть потреб та проблем хворого, наявність високого рівня психічного напруження у родині через відсутність взаємодії та обміну емоціями і думками.

Модель урівноваженого контакту характеризується здатністю вести складні розмови, ділитися переживаннями, висловлювати потреби та шукати спільні рішення проблем з урахуванням інтересів кожного з членів сім'ї, наданням пацієнту можливого рівня автономії та контролю над ситуацією, партнерськими стосунками.

4. Визначення типу взаємодії у тріаді суб'єктів лікувального процесу «медичні працівники – пацієнт – сім'я хворого».

На основі характеру взаємодії між учасниками лікувального процесу виділяють такі типи [4].

«Співробітництво» – це оптимальний тип взаємодії, при якому пацієнт, лікар та родичі здатні відкрито обговорювати поточні проблеми, що стосуються лікування, та розробляти спільну тактику їх рішення, для відносин притаманні толерантність, партнерство, транспарентність, єдність.

«Протистояння» характеризується напруженою взаємовідносин внаслідок протиріч, які виникають під час лікувального процесу, проте вони не вирішуються через нестачу довіри, брак інформації, неефективних способів комунікації, що стає підґрунтям для медичних конфліктів.

«Психологічна дезадаптація родича» та «психологічна дезадаптація пацієнта» визначають порушення взаємодії через односторонні інтеракції, високий рівень психічного напруження, вибіркковість у сприйнятті негативної інформації, відповідного члена сім'ї чи хворого під час лікування.

Вищеописаний характер взаємодії відображається на психоемоційному стані всіх учасників лікувального процесу та якості медичної допомоги в цілому.

Висновки

Визначення основних критеріїв, що описують психологічний статус сім'ї з онкологічним пацієнтом, психологічних проблем та потреб, особливостей психоемоційного стану, моделі поведінки родини, типу взаємодії у лікувальному процесі дозволяє диференційовано розробляти тактику медико-психологічної допомоги.

Базовими напрямками психологічної допомоги для родини з онкохворим є стабілізація психоемоційного стану членів сім'ї, наближення ірраціональних уявлень щодо захворювання до більш реалістичних, робота з екзистенційними переживаннями, посилення підтримувального компонента у відносинах, навчання комунікації на тему хвороби, приведення до балансу підтримки пацієнта та збереження його автономії,

вираження своїх переживань та сприяння формуванню адаптивної стратегії подолання хвороби.

Перспективи подальших досліджень полягають у розробці алгоритмів оцінки психологічного статусу родин з онкологічним пацієнтом залежно від ряду специфічних умов, а саме, наявності у сім'ї неповнолітніх дітей, бездітних

подружжів або з дорослими дітьми, які є джерелом підтримки, стадії захворювання, особливостей соматичного дистресу і відповідно обсягу потреби у сторонній допомозі, що впливають на динаміку сімейного функціонування, а отже, зумовлюють застосування диференційованих протоколів медико-психологічної допомоги.

Список літератури

1. *Вибирана Р. Й.* Фактори формування остеопенічного синдрому в чоловіків, хворих на хронічну лімфоїдну лейкемію / Р. Й. Вибирана, І. В. Жулкевич // Вісник наукових досліджень. – 2013. – № 3. – С. 60–64.
2. *Жулкевич І. В.* Персоналізація в онкології: індивідуальний підхід до профілактики тромбоемболічних ускладнень при пангістеректомії / І. В. Жулкевич, Б. Д. Кривокульський // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2018. – № 4. – С. 11–18.
3. *Кривокульський Б. Д.* Динаміка змін гемостатичного потенціалу на операційному етапі лікування пацієнтів з пухлинними захворюваннями жіночої статеві системи / Б. Д. Кривокульський, Д. Б. Кривокульський, І. В. Жулкевич // Шпитальна хірургія. – 2014. – № 4. – С. 92–96.
4. *Кужель І. Р.* Медико-психологічна допомога особам, які здійснюють догляд за інкурабельними онкологічними хворими в умовах паліативної медицини: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: 19.00.04 / І. Р. Кужель. – Харків, 2011. – 26 с.
5. *Кюблер-Росс Э.* О смерти и умирании / Э. Кюблер-Росс. – К.: Изд-во «София», 2001. – 320 с.
6. *Методологічні підходи до вивчення якості життя в гематологічних дослідженнях* / І. В. Жулкевич, С. І. Сміян, М. Є. Гаврилюк [та ін.] // Вісник наукових досліджень. – 2000. – № 3. – С. 16–23.
7. *Місце внутрішньочеревної гіпертермічної хіміоперфузії у комплексному лікуванні хворих на перитонеально-дисемінований рак шлунка* / С. І. Кіркільєвський, І. В. Жулкевич, А. А. Машуков [та ін.] // Вісник наукових досліджень. – 2018. – № 4. – С. 13–25.
8. *Мухаровська І. Р.* Клініко-психологічна характеристика психоемоційних порушень та система медико-психологічної корекції і підтримки в онкологічній практиці (феноменологія, механізми психопатогенезу та адаптаційна модель психонкологічної допомоги): дис. ... доктора мед. наук: 19.00.04 / Мухаровська Інна Романівна. – Харків, 2017. – 343 с.
9. *Мухаровська І. Р.* Особливості психологічного стану членів сім'ї онкологічного хворого на різних етапах лікувального процесу / І. Р. Мухаровська // ScienceRise. Medicalscience. – 2016. – № 12 (8). – С. 21–26.
10. *Отрощенко Н. П.* Особливості нециркулярних депресій у онкологічних хворих / Н. П. Отрощенко, І. П. Отрощенко, П. А. Отрощенко // Психічне здоров'я. – 2015. – № 1 (46). – С. 20–24.
11. *Петелин Д. С.* Феномен откладывания в онкологии / Д. С. Петелин, А. В. Лукин // Психические расстройства в общей медицине. – 2015. – № 2–3. – С. 40–53.
12. *Anxiety and depression, cognitive coping strategies, and health locus of control in patients with digestive system cancer* / M. Kulpa, M. Kosowicz, B. J. Stypuła-Ciuba, D. Kazalska // Prz. Gastroenterol. – 2014. – Vol. 9 (6). – P. 329–335.
13. *Crossed views of burden and emotional distress of cancer patients and family caregivers during palliative care* / T. Leroy, E. Fournier, N. Penel, V. Christophe // Psychooncology. – 2016. – Vol. 25 (11). – P. 1278–1285.
14. *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. – Vol. 27 (8). – P. 1607–1612.
15. *Informal caregivers of advanced-stage cancer patients: Every second is at risk for psychiatric morbidity* / T. Rumpold, S. Schur, M. Amering [et al.] // Support Care Cancer. – 2016. – Vol. 24 (5). – P. 1975–1982.
16. *Mutual associations between patients' and partners' depression and quality of life with respect to relationship quality, physical complaints, and sense of coherence in couples coping with cancer* / N. Drabe, R. Klaghofer, S. Weidt [et al.] // Psychooncology. – 2015. – Vol. 24 (4). – P. 442–450.
17. *Psycho-Oncology* / J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen et al. ed. Third Edition. Oxford University press, 2015. – 772 p.
18. *The effects on caregivers of cancer patients' needs and family hardness* / A. Jeong, D. W. Shin, S. Y. Kim [et al.] // Psychooncology. – 2016. – Vol. 25 (1). – P. 84–90.

References

1. *Vybyrana, R.Y., & Zhulkevych, I.V.* (2013). Faktory formuvannia osteopenichnoho syndromu v cholovikiv, khvorykh na khronichnu limfoidnu leikemiiu [Factors of osteopenic syndrome in men, patients with chronic lymphoid leukemia]. *Visnyk naukovykh doslidzhen – Bulletin of Scientific Researches*, 3, 60-64 [in Ukrainian].
2. *Zhulkevych, I.V., & Kryvokulskyi, B.D.* (2018). Personalizatsiia v onkologii: individualnyi pidkhid do profilaktyky tromboembolichnykh uskladnen pry histerektomii [Personalization in oncology: individual approach to the prevention of thromboembolic complications during hysterectomy]. *Visnyk sotsialnoi hihiieny ta orhanizatsii okhorony zdorovia Ukrainy – Bulletin of Social Hygiene and Health Protection Organization of Ukraine*, 4, 11-18 [in Ukrainian].
3. *Kryvokulskyi, B.D., Kryvokulskyi, D.B., & Zhulkevych, I.V.* (2014). Dynamika zmin hemostatychnoho potentsialu na operatsiinomu etapi likuvannia patsientiv z pukhlynnymy zakhvoriuvanniamy zhinochoi statevoi systemy [Dynamics of

changes of memostatic potential on the operational phase of the treatment of patients with malignant diseases of the female reproductive system]. *Shpytalna khirurgiia – Hospital Surgery*, 4, 92-96 [in Ukrainian].

4. Kuzhel, I.R. (2011). Medyko-psykholohichna dopomoha osobam, yaki zdiisniuiut dohliad za inkrelbelnymy onkolohichnymy khvorymy v umovakh paliativnoi medytsyny [Medical and psychological assistance to the persons who care for incurable cancer patients in the conditions of palliative medicine]. *Extended abstract of Candidate's thesis*. Kharkiv [in Ukrainian].

5. Kyubler-Ross, E. (2001). O smerti i umirani [On death and dying]. Kyiv: Izd-vo "Sofiya" [in Russian].

6. Zhulkevych, I.V., Smiyan, S.I., Havrylyuk, M.Ye., Kmita, H.H., & Kramar, L.T. (2000). Metodolohichni pidkhody do vyvchennia yakosti zhyttia v hematolohichnykh doslidzhenniakh [Methodological approaches to the study of quality of life in hematological research]. *Visnyk naukovykh doslidzhen – Bulletin of Scientific Researches*, 3, 16-23 [in Ukrainian].

7. Kirkilevskyi, S.I., Zhulkevych, I.V., Mashukov, A.A., Maksymovskiy, V.Ye., Rybin, A.I., Tkachenko, O.I., ..., & Linkevich, V.A. (2018). Mistse vnutrishnocherevno i hipertermichnoi khimioperfuzii u kompleksnomu likuvanni khvorykh na perytonealno-dyseminovanyi rak shlunka [The role of intraperitoneal hyperthermic chemoperfusion in the complex treatment of patients with peritoneal-disseminated cancer of the stomach]. *Visnyk naukovykh doslidzhen – Bulletin of Scientific Researches*, 4, 13-25 [in Ukrainian].

8. Mukharovska, I.R. (2017). Kliniko-psykholohichna kharakterystyka psykhoemotsiinykh porushen ta systema medyko-psykholohichnoi korektsii i pidtrymky v onkolohichnii praktytsi (fenomenolohiia, mekhanizmy psykhopatohenezu ta adaptatsii na model psykhonkolohichnoi dopomohy) [Clinical and psychological characteristics of psycho-emotional disorders and system of medical-psychological correction and support in oncological practice (phenomenology, mechanisms of psychopathogenesis and adaptation model of psycho-oncological help)]. *Doctor's thesis*. Kharkiv [in Ukrainian].

9. Mukharovska, I.R. (2016). Osoblyvosti psykholohichnoho stanu chleniv simi onkolohichnoho khvoroho na riznykh etapakh likuvalnoho protsesu [Peculiarities of psychological state of family members of cancer patients at different stages of the healing process]. *ScienceRise. Medicalscience*, 12 (8), 21-26 [in Ukrainian].

10. Otroshchenko, N.P., Otroshchenko, I.P., & Otroshchenko, P.A. (2015). Osoblyvosti netsyrkuliarnykh depresii u onkolohichnykh khvorykh [Specification of non-circular depression patients with cancer]. *Psykhichne zdorovia – Mental Health*, 1 (46), 20-24 [in Ukrainian].

11. Petelin, D.S., & Lukin, A.V. (2015). Fenomen otkladyvaniya v onkologii [The phenomenon of procrastination in oncology]. *Psikhicheskiye rasstroystva v obshchey meditsine – Mental Disorders in General Medicine*, 2-3, 40-53 [in Russian].

12. Kulpa, M.M., Kosowicz, B., Stypuła-Ciuba J., & Kazalska, D. (2014). Anxiety and depression, cognitive coping strategies, and health locus of control in patients with digestive system cancer. *Prz. Gastroenterol.*, 9 (6), 329-335.

13. Leroy, T., Fournier, E., Penel, N., & Christophe, V. (2016). Crossed views of burden and emotional distress of cancer patients and family caregivers during palliative care. *Psychooncology*, 25 (11), 1278-1285.

14. Nipp, R.D., El-Jawahri, A., Fishbein, J.N., Gallagher, E.R., Stagl, J.M., Park, E.R. ..., & Temel, J.S. (2016). Factors associated with depression and anxiety symptoms in family caregivers of patients with incurable cancer. *Annual of Oncology*, 27 (8), 1607-1612.

15. Rumpold, T., Schur, S., Amering, M., Kirchheiner, K., Masel, E.K., Watzke, H., & Schrank, B. (2016). Informal caregivers of advanced-stage cancer patients: Every second is at risk for psychiatric morbidity. *Support Care Cancer*, 24 (5), 1975-1982.

16. Drabe, N., Klaghofer, R., Weidt, S., Zwahlen, D., Büchi, S., & Jenewein, J. (2015). Mutual associations between patients' and partners' depression and quality of life with respect to relationship quality, physical complaints, and sense of coherence in couples coping with cancer. *Psychooncology*, 24 (4), 442-450.

17. Holland, J.C., Breitbart, W.S., Jacobsen, P.B., Loscalzo, M.J., McCorkle, R., & Butow, P.N. (Eds.). (2015). *Psychooncology*. Third Edition. Oxford University press.

18. Jeong, A., Shin, D.W., Kim, S.Y., Yang, H.K., Shin, J.Y., Park, K., ..., & Park, J.H. (2016). The effects on caregivers of cancer patients' needs and family hardiness. *Psychooncology*, 25 (1), 84-90.

ALGORITHM FOR ASSESSMENT FAMILY STATUS OF FAMILIES WITH CANCER PATIENT

I. R. Mukharovska¹, M. V. Markova², T. G. Krivonis³, I. V. Zhulkevych⁴

¹O. Bohomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

²Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine

³M. Pyrohov Vinnytsia National Medical University, Vinnytsia, Ukraine

⁴I. Horbachevsky Ternopil National Medical University, Ternopil, Ukraine

Purpose: to determine diagnostic criteria and develop an algorithm for analyzing the psychological status of the family with the cancer patient in relation to the course and treatment of the disease and its impact on family functioning.

Materials and Methods. The study conducted in the M. Pyrohov Medical-Psychological Center and Vinnytsia Regional Clinical Oncology Clinic during 2015–2019 years with ethical and deontological standards. Based on study modern professional literature about psychological status families with cancer patients, evaluated criteria and developed algorithm of analysis psychological status of such families. On informed consent in research for building algorithm participated 288 families with cancer patient on different stages of treatment.

Results. Based on the definition main criteria that describing the psychological status of the family with the cancer patient, which included: psychological problems and needs, peculiarities of the emotional state, family

behavior model, type of interaction during treatment, a step-by-step algorithm for assessing the psychological status of the family with cancer patients developed, which allowed differentiated medical-psychological help.

Conclusions. The basic directions of psychological help for a family with cancer patients are stabilization of psycho-emotional state of family members, transformation irrational ideas about the disease to more realistic, working with existential experiences, strengthening the support component in relationships, teaching effective communication about illness, promotion adaptive strategy for overcoming the disease.

KEY WORDS: patients family; cancer patients; psycho-oncology; medical-psychological help.

Рукопис надійшов до редакції 28.01.2020 р.

Відомості про авторів:

Мухаровська Інна Романівна – доктор медичних наук, доцент кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, лікар-психолог, дійсний член Української спілки психотерапевтів з 2009 р., член Української психоонкологічної асоціації; тел.: +38(098) 500-02-15.

Маркова Маріанна Владиславівна – доктор медичних наук, професор кафедри сексології, медичної психології, медичної та психологічної реабілітації Харківської медичної академії післядипломної освіти; тел.: +38(050) 606-81-45.

Кривоніс Тамара Григорівна – кандидат медичних наук, доцент кафедри медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова; тел.: +38(068) 950-75-14.

Жулкевич Ігор Валентинович – доктор медичних наук, професор кафедри онкології, променевої діагностики і терапії та радіаційної медицини Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; тел.: +38(0352) 26-82-80.