

УДК 616.89-008.48:159.923:615.851-055

Д-р мед. наук, проф. М. В. МАРКОВА<sup>1</sup>,  
канд. мед. наук, доц. О. В. ПІОНТКОВСЬКА<sup>2</sup>,  
канд. мед. наук І. Р. КУЖЕЛЬ<sup>3</sup>

## ПРОБЛЕМИ ПОВІДОМЛЕННЯ ДІАГНОЗУ І СПІЛКУВАННЯ З ОНКОХВОРОЮ ДИТИНОЮ ТА ЇЇ БАТЬКАМИ

<sup>1</sup> Харківська медична академія післядипломної освіти,  
<sup>2</sup> КЗОЗ «Обласна дитяча клінічна лікарня № 1», Харків,  
<sup>3</sup> Київський міський клінічний онкологічний центр

**Показано, що впровадження у клінічну практику дитячої онкології заходів, спрямованих на підвищення рівня знань про психологію хворого та його рідних, комунікативної компетентності,— одне з першочергових завдань медичної психонкології.**

**Ключові слова:** онкохворі діти, медичний персонал, повідомлення діагнозу.

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

Підозра на дитячу онкологічну патологію викликає появу інтенсивного стресу як у дитини, так і в її батьків [1–4]. Підтвердженню чи виключенню онкологічного діагнозу передують тривалі періоди (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. Також у дітей внаслідок фізичної недуги, яка і ставала причиною звернення за медичною допомогою, було погане самопочуття,

що 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, агресивними до оточуючих, часто плачуть, у них порушується сон, погіршується апетит, вони відмовляються від прогулянок та перестають гратися. Тоді як діти старшого віку поводять себе диференційовано, більш специфічно усвідомлюють наявну загрозу і реагують на неї, здебільшого їхня увага зосереджується на обмеженнях, які приносить захворювання у звичне 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 вже не лише на обмеження, але й на самий зміст ситуації та її перспективу, в них з'являються думки про те, як хвороба вплине на їхнє майбутнє.

Для батьків період діагностики стає часом тривожного очікування. Вони усвідомлюють, наскільки серйозним є онкологічний діагноз та яке

значення він матиме для життя їхньої дитини. Нагальний інтерес мотивує більшість батьків інтенсивно цікавитися питаннями, пов'язаними з проявами онкологічної хвороби, її 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 із загальнодоступних джерел, таких як журнали, газетні статті, інтернет, часто не є достатньою, а іноді й недостовірною, що формує неправильне уявлення про хворобу та способи її лікування.

Після численних обстежень настає момент підтвердження або спростування діагнозу. Встановлення онкологічного діагнозу — це значний стрес для хворого та членів його родини. В онкології дотепер проходять дискусії та наводяться аргументи «за» та «проти» щодо того, чи повідомляти онкологічний діагноз хворому, і якщо говорити, то що саме і як [3, 5].

У 70-ті рр. XX ст. у світовій медичній практиці відбулася кардинальна зміна поглядів щодо повідомлення хворому онкологічного діагнозу [5]. Пацієнтам стали говорити, що вони мають захворювання з несприятливим для здоров'я та життя прогнозом. Було зрозуміло, що бесіда на тему діагнозу спричиняла суттєвий стрес як у пацієнта, так і в 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 загрозливий для життя діагноз та повідомляє «несприятливі новини», поставлено складне завдання. Адже під час зустрічі відбувається не просто передача інформації, але й закладаються основи подальшої взаємодії та співробітництва між лікарем та пацієнтом.

Загалом «несприятливою» вважають таку новину, яка спричиняє негативні зміни в мисленні, поведінці та емоційному стані людини, що зберігаються протягом тривалого часу та формують негативний образ свого майбутнього [3]. На рівні мислення з'являються постійні нав'язливі думки про негативні наслідки захворювання та загрозу смерті, від яких пацієнту складно відволіктися чи переключитися. В 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 із 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 органа, «хіміотерапевтичний мозок»);

потреба у хіміотерапії чи променевої 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.

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 таким. 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» спричиняють негативні емоції та дезадаптивну поведінку у хворого, «негативна» інформація сприймається пацієнтом вибірково.

Із боку медичних працівників наявні такі психологічні чинники: лікарі очікують появу негативних емоцій із боку хворого на «несприятливі новини», які, можливо, буде складно подолати. 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 [6, 7].

Процес бесіди з хворим включає такі етапи: підготовка до розмови, визначення потреби пацієнта в 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



Рис. 1. Етапи повідомлення діагнозу та «несприятливих новин»

необхідно донести до хворого першочергово; продумати тактику бесіди, підібрати аргументи; за 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» в інформації, тобто потребу, що він бажає дізнатися про лікування, причини та механізм виникнення захворювання, необхідні обстеження, дієту, руховий режим.

Під час повідомлення новин пацієнтові лікарю важливо орієнтуватися на його психологічну готовність їх почути. Для цього треба звертати увагу на емоційні реакції хворого під час бесіди, його поведінку та більшою мірою орієнтуватися на невербальні сигнали.

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

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

У разі необхідності за згодою хворого до розмови можна залучити рідних пацієнта як підтримку.

Основні принципи повідомлення «несприятливих новин».

1. Структурування бесіди з хворим.
2. Оцінка поінформованості та потреба пацієнта в інформації щодо хвороби та лікування.
3. Надання доступної для розуміння хворого інформації, пов'язаної з захворюванням та його лікуванням, з урахуванням психологічної готовності пацієнта до її отримання.
4. Дозована та обов'язково достовірна інформація.
5. Орієнтування хворого на основні аспекти захворювання, тактику лікування, що повинно сприяти встановленню достатнього терапевтичного альянсу та прихильності пацієнта до лікування і формування його активної позиції 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. Оскільки 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 із самою онкохворою дитиною. Із віком дитини спілкування щодо змістовних складових захворювання

(цілей лікування, впливу хвороби на життя та здоров'я тощо) лише зростає. Якщо дітям 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 вонивилікуються, 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 і онкохворою дитиною та її батьками досить інтенсивне, багаторівневе й 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 й особистісного та вікового розвитку дитини, психологічного стану батьків дитини, складної системи сімейних відносин у родині, дитячо-батьківських стосунків (рис. 2).

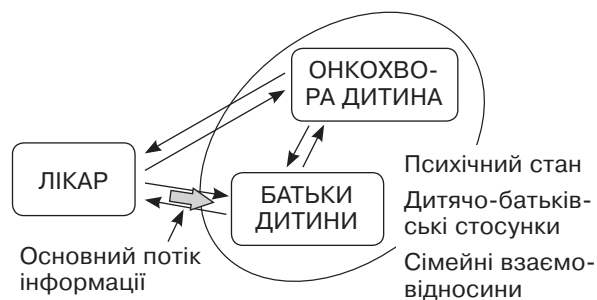


Рис. 2. Особливості взаємодії у терапевтичному альянсі «лікар — онкохвора дитина — батьки»

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, що посилюються з тривалістю захворювання та актуалізуються під час загострень хвороби (продовження хвороби, рецидивів).

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 й сім'ї [8–10].

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 значущої людини (батьків, вихователів) спричиняють тривогу та депресію, що часто виявляються у розладах харчової поведінки. У цьому контексті онкологічне захворювання приносить як фізичні страждання з неможливістю задоволення потреб, так і порушення звичної та безпечної обстановки для дитини — вимушену госпіталізацію. У дошкільному віці присутнє магічне мислення з притаманними йому причинністю та приписуванням власним діям того, що сталося. У зв'язку з цим хвороба може сприйматися як результат бажань та суджень. Діти молодшого шкільного віку часто вважають, що хвороба — це покарання за неслухняність, «погані чи заборонені» бажання або слова. Уявлення підлітків щодо хвороби вже багато в чому подібні до дорослих: психологічні захисти від тривоги, спричинені загрозою, часто включають заперечення такої можливості, як вмирання. Таким чином, у дітей молодшого віку увага більш сконцентрована на ситуативних аспектах, пов'язаних із 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 набутих навичок, виявом агресії до оточуючих, змінами поведінки, появою афективної симптоматики. Дуже показовим для дітей симптомом є порушення ігрової діяльності — відмова від гри. У пацієнтів старшого віку прояви психологічного дистресу та психопатологічні симптоми стають подібними до дорослих [12].

Онкологічне захворювання дитини має психотравматичний вплив на батьків [1–3, 8, 10, 11], що виявляється різноманітною психопатологічною симптоматикою під час лікування. Зазначені прояви повністю не зникають у періоді ремісії, а в 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, особливо того з них, хто є емоційного ближчим.

Основні проблеми родин, що зіткнулися з онкологічним захворюванням, такі [13].

1. Емоційні труднощі в дитячо-батьківських відносинах, подружній взаємодії, стосунках у розширеній родині.

2. Функціональні проблеми: професійні досягнення, кар'єрне зростання, самореалізація членів родини; можливості сімейного відпочинку; перерозподіл функціональних ролей та обов'язків.

3. Проблеми, обумовлені взаємозв'язком із соціумом (стигматизація, соціальна самоізоляція).

4. Фінансові труднощі (лікарські засоби, перебування у стаціонарі тощо).

У сфері дитячо-батьківських відносин порушення найчастіше виявляється гіперопікою, часто у поєднанні з позицією самовідречення, що сприяє швидкому виснаженню, або ж, навпаки, витисненню дитини з наступним дистанціюванням, 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 вилитися у пошук винних у хворобі дитини, що дестабілізує родину та робить її більш уразливою до стресів, унеможливорює отримання допомоги всередині сім'ї. Ускладнює психологічну адаптацію батьків незадовільний стан їхнього фізичного та психічного здоров'я, наявність «непережитого горя чи втрати», що резонує із 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 іншої роботи, її зміною на більш прибуткову на протигагу власним вподобанням та перспективам.

Напруження виникає також і в подружніх стосунках, що провокує непорозуміння та виникнення конфліктів, дистанціювання одне від одного, скорочення або повну відсутність сексуальних стосунків, розлучення.

Високий рівень стресу виявляють у братів та сестер хворої дитини, що пов'язано як з безпосередньо реагуванням на хворобу близької людини, так і зі зміною звичного ритму життя, зменшенням

турботи та уваги батьків, зростанням сімейного напруження, матеріальними обмеженнями [14, 15].

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

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

На сьогодні розроблено психоосвітні та тренінгові програми для медичного персоналу, спрямовані на поліпшення взаємодії між лікарем і пацієнтом, визначено основні алгоритми ведення діалогу, які викладено у спеціальних керівництвах щодо «повідомлення несприятливих новин».

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

психологічний стан онкохворих дітей та їхніх родин на різних етапах лікувального процесу; психічні розлади у дітей із 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;

психологічна та психотерапевтична допомога у сфері дитячої онкології;

медико-психологічні аспекти лікування соматичних симптомів, особливо 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 вилікованими чи перебувають 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 із вищезазначених тем може бути здійснено шляхом проведення систематично організованих лекцій

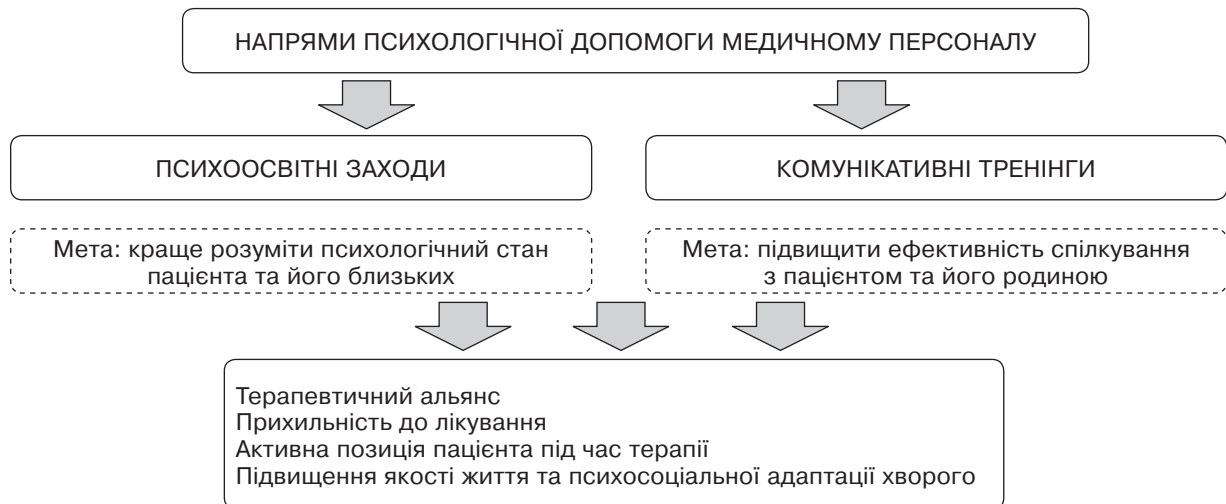


Рис. 3. Напрями психологічної допомоги медичному персоналу з питань взаємодії із хворим

або семінарів, на яких спеціалісти матимуть можливість отримати не лише нову інформацію, але й 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 навичок спілкування та закріплюючі семінари для медичного персоналу тривалістю до 40 год сприяють підтриманню набутих навичок спілкування з пацієнтами на строк більше 2 років. Тренінги для медичного персоналу в основному орієнтовані на навчання основ ефективного слухання; використання у бесіді відкритих запитань, узагальнень; покращання 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 ефективної взаємодії з хворим і його родиною, що буде покращувати якість допомоги та сприятиме психосоціальної адаптації пацієнта і його близького оточення (рис. 3).

Отже, впровадження у клінічну практику дитячої онкології заходів, спрямованих на підвищення рівня знань щодо психології хворого та його рідних, орієнтованих на покращання комунікативної компетентності,— одне з першочергових завдань медичної психонкології.

#### Література

1. Goldbeck L. The impact of newly diagnosed chronic paediatric conditions on parental quality of life / L. Goldbeck // Qual Life Res.— 2006.— Vol. 15.— Iss. 7.— P. 1121–1131.
2. Parental perceptions of health-related quality of life in children with leukemia in the second week after the diagnosis: a quantitative model / M. Tremolada, S. Bonichini, G. Altoè [et al.] // Support Care Cancer.— 2011.— Vol. 19.— Iss. 5.— P. 591–598.
3. Psycho-Oncology / J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen [et al.]— Oxford University press, 2010.— P. 712.
4. Писаренко Н. А. Психологическая адаптация семьи ребенка с онкологическим заболеванием на этапе ремиссии / Н. А. Писаренко // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии.— 1998.— № 3.— С. 39–41.
5. Монтгомери Ч. Психонкология: достижение зрелости / Ч. Монтгомери // Psychiatric Bulletin.— 1999.— Vol. 23.— P. 431–435.
6. Approaching difficult communication tasks in oncology / A. L. Back, R. M. Arnold, W. F. Baile [et al.] // CA Cancer J. Clin.— 2005.— Vol. 55.— P. 164–177.
7. 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.— Iss. 5.— P. 453–460.
8. Арина Г. А. Часто болеющие дети. Какие они? / Г. А. Арина, Н. А. Коваленко // Школа здоровья.— 2005.— № 3.— 350 с.
9. Исаев Д. Н. Внутренняя картина болезни у детей с острыми лейкозами / Д. Н. Исаев, И. К. Шац // Педиатрия.— 2005.— № 4.— С. 35–39.
10. Николаева В. В. Личность в условиях хронического соматического заболевания: автореф. дис. ... канд. психол. наук / В. В. Николаева.— М., 1992.— 44 с.
11. Emotional functioning of parents of children with cancer: the first five years of continuous remission after the end of treatment / H. Maurice-Stam, F. J. Oort, B. F. Last [et al.] // Psycho-Oncology.— 2008.— Vol. 17.— Iss. 5.— P. 448–459.

12. *Кравченко Н. Е.* Психические расстройства у детей и подростков с гемобластомами во время первичной госпитализации в онкологический стационар / Н. Е. Кравченко, О. А. Суетина, Ю. А. Ходакова // Психические расстройства в общей медицине.— 2012.— № 2.— С. 23–27.
13. Основные направления психологической помощи семьям с детьми, страдающими онкологическими заболеваниями, в условиях стационара / С. В. Климова, Л. Л. Микаэлян, Е. Н. Фарих [и др.] // Журн. практического психолога.— 2009.— № 2.— С. 87–102.
14. Assessing psychological adjustment in siblings of children with cancer: parents perspectives / G. Cordaro, L. Veneroni, M. Massimino [et al.] // Cancer Nurs.— 2012.— Vol. 35.— Iss. 1.— P. 42–50.
15. Siblings of pediatric cancer patients: the quantitative and qualitative nature of quality of life / W. Packman, J. Greenhalgh, B. Chesterman [et al.] // J. Psychosoc. Oncol.— 2005.— Vol. 23.— Iss. 1.— P. 87–108.

### ПРОБЛЕМЫ СООБЩЕНИЯ ДИАГНОЗА И ОБЩЕНИЯ С ОНКОБОЛЬНОМ РЕБЕНКОМ И ЕГО РОДИТЕЛЯМИ

М. В. МАРКОВА, О. В. ПИОНТКОВСКАЯ, И. Р. КУЖЕЛЬ

**Показано, что внедрение в клиническую практику детской онкологии мероприятий, направленных на повышение уровня знаний о психологии больного и его родных, коммуникативной компетентности,— одна из первоочередных задач медицинской психоонкологии.**

*Ключевые слова: онкобольные дети, медицинский персонал, сообщение диагноза.*

### PROBLEMS OF TELLING THE DIAGNOSIS AND COMMUNICATION WITH THE CHILD WITH CANCER AND HIS/HER PARENTS

M. V. MARKOVA, O. V. PIONTKOVSKAYA, I. R. KUZHEL

**It is shown that introduction to the clinical practice of pediatric oncology of the measures aimed at improvement of the level of knowledge about the psychology of the patient and his/her relatives and communicative competence is one of the primary tasks of medical psychooncology.**

*Key words: children with cancer, medical staff, telling the diagnosis.*

*Надійшла 20.12.2012*