

## ОПИТУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ЩОДО ПСИХОЛОГІЧНИХ ЗАХОДІВ ЯК ПЕРВИННИЙ ЕТАП ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В ОНКОЛОГІЇ

*Харківська медична академія післядипломної освіти*

**Наведено результати опитування онкологічних пацієнтів щодо основних установок та потреб у медико-психологічній допомозі. Досліджено рівень інформаційних потреб, джерела отримання інформації, відмінності у прояві психологічного та психосоціального стресу. Виявлено, що на звернення по психологічну допомогу впливає ряд мотивуючих та демотивуючих чинників. Установлено, що психологічний стан та потреби онкологічних пацієнтів на різних етапах лікування відрізняються, це відображається на пріоритетності вибору форм, умов, тривалості та інтенсивності медико-психологічних заходів.**

*Ключові слова: онкологічні хворі, психоонкологія, медико-психологічна допомога.*

На сьогодні досвід надання допомоги пацієнтам загальносоматичного профілю довів вагомий вплив захворювань на психічне функціонування особистості [1]. Розуміння медичних, психологічних та соціальних аспектів захворювання — необхідна умова організації та надання медико-психологічної допомоги. Онкологічна захворюваність в Україні становила у 2014 р. 384,9 випадка на 100 тис. населення (376,4 — у жінок та 394,7 — у чоловіків), вона характеризується тенденцією до неухильного зростання, що формує гостру потребу у розвитку психологічної служби в медичних закладах, які надають допомогу онкологічним хворим [2].

Онкологічні захворювання належать до категорії хвороб із високим стресовим потенціалом. Онкопатологія спричиняє часткову чи повну втрату працездатності внаслідок хронічного прогресивного перебігу у кожного шостого пацієнта (79,0 на 100 тис. населення), летальність становить 51,3 %, не проживають й року після встановлення діагнозу 31,4 % хворих, смертність становить 188,4 на 100 тис. населення (40,0 % хворих та 39,2 % померлих — особи працездатного віку серед чоловіків, 26,6 та 19,9 % — відповідно у жінок) [2]. Це формує певне відношення до захворювання, яке сприймається як вкрай загрозливе для життя, що і спричиняє розвиток широкого спектра порушень психологічної адаптації та психічних розладів. Про високий рівень психічного травмування пацієнтів свідчать також показники поширеності психічних розладів непсихотичного та психотичного спектра (депресивний розлад — 9,6–25,6 %; тривожний — 8,6–20,4 %; фобічний — 6,9 %; розлад адаптації — 22,0–75,0 %, розлад особистості — 7,0 %; психотичні розлади на термінальній стадії — 28–48,0 %; органічні психічні розлади — 8,0 %), підвищений ризик суїциду, необхідність психофармакотерапії в осіб із онкопатологією (22,0–80,0 %) [3, 4].

Дотепер у клінічній онкологічній практиці питання надання психологічної допомоги залишається відкритим. Поряд із тим, що протоколи та алгоритм соматичного (протипухлинного) лікування онкологічних хворих у цілому відпрацьовані та зрозумілі для учасників лікувального процесу (медичних працівників, пацієнтів), ситуація з психологічною частиною залишається непроявленою. Наявний парадокс, який полягає в тому, що, незважаючи на неприховану потребу у психологічній допомозі в онкології, нині відсутні засади та принципи медико-психологічного супроводу хворих, які б дали змогу безпосередньо її організувати у лікувально-профілактичних закладах та медичних центрах.

У спеціалізованих медичних закладах, у яких надають психіатричну чи психотерапевтичну допомогу пацієнтам із психічними розладами, обов'язки та компетенції медичного психолога в цілому установлені, визначені шляхи взаємодії з іншими лікарями цієї служби, хворі більш толерантно ставляться до психологічних процедур та заходів. Натомість у загально-соматичних лікувальних закладах обізнаність у питаннях психологічної допомоги залишається на досить низькому рівні як серед пацієнтів, так і серед медичних працівників. Наразі практичними проблемами медико-психологічної служби є відсутність:

- протоколів, стандартів, стратегії медико-психологічної допомоги в онкології;
- фахової підготовки спеціалістів із психічного здоров'я (СПЗ) у сфері психоонкології;
- координації між психологічною та медичною службами;
- професійної підготовки медичного персоналу з питань психоонкології;
- практичних алгоритмів та заходів, які б сприяли доступності та наближенню психологічної допомоги до пацієнтів.

Створення галузевих стандартів медико-психологічної допомоги потребує певного часу для отримання практичних результатів та професійного зростання фахівців, які здатні узагальнити та передати свій досвід. На теперішній час спеціаліст — медичний психолог, який надає психологічну допомогу пацієнтам із соматичними захворюваннями, опиняється у ситуації повної невизначеності. Наприклад, якщо в онкологічне відділення приходить новий лікар, він має змогу спостерігати за роботою досвідчених колег, переймати їхню модель поведінки, тактику лікування, консультиватися, а ось медичний психолог часто є єдиним спеціалістом у психічній сфері й набуває професіоналізму на власному досвіді. У цьому є як позитивний бік — поява нових психологічних підходів та авторських рішень психологічних завдань, можливість гнучко підлаштовувати діяльність під власні професійні особливості та можливості, так і негативний — тривалий час професійної адаптації та впрацювання, проблемні ситуації, яких можна було б уникнути за наявності наставництва.

Ураховуючи особливості сучасного розвитку медико-психологічної служби для пацієнтів загальносоматичного профілю, СПЗ повинен уміти організовувати процес психологічної допомоги. Психологічний стан, проблеми, пов'язані з перебігом захворювання, уявлення та внутрішні установки пацієнтів щодо психологічної допомоги значною мірою обумовлюють параметри та специфіку психологічної діяльності.

Мета цього дослідження — визначити потребу та пріоритетні форми медико-психологічної допомоги, виявити психологічні установки онкологічних пацієнтів.

На базі Київського міського клінічного онкологічного центру упродовж 2012–2015 рр. було проведено анкетування за допомогою спеціально розробленого опитувальника 245 онкологічних пацієнтів (134 жінки та 111 чоловіків) із приводу потреби в медико-психологічній допомозі. У процесі аналізу отриманих даних хворих було розділено на три групи залежно від етапу лікувального процесу: групу 1 (Г1) становили 80 пацієнтів на діагностичному етапі; групу 2 (Г2) — 86 первинних хворих; групу 3 (Г3) — 99 пацієнтів при повторних зверненнях унаслідок рецидиву чи продовження хвороби. Цей розподіл ґрунтувався на значенні таких нозогенноасоційованих чинників, як первинність/повторність звернення по медичну допомогу та стадія.

У Г1 пацієнти, що перебували на діагностичному етапі, з великою ймовірністю знали, що мають онкологічне захворювання, однак те, що питання щодо стадії хвороби та, відповідно, тактики лікування й прогнозу вирішувалися після проходження

повної діагностики, викликало у них психічний стрес високо рівня.

Пацієнти, які були госпіталізовані в онкологічний заклад вперше (Г2):

- переживали виражений психічний стрес через зіткнення із загрозою життю, що відобразалося у негативних емоціях, ситуативній дезорганізації поведінки;

- відчували брак інформації щодо онкологічного захворювання, не орієнтувалися в методах лікування;

- не володіли досвідом протидії соматичному стресу чи способами, які б допомагали справлятися з психологічними проблемами, перебудовувати стиль життя відповідно до потреб і обмежень, пов'язаних із хворобою;

- реагували та діяли під впливом соціальних міфів відносно онкологічних захворювань.

Хворі із Г3, які госпіталізувалися повторно, отримували нову психологічну травму; мали знижений рівень фізичного здоров'я та працездатності; були більш поінформовані щодо свого захворювання, методів лікування; мали досвід психологічної протидії впливу онкологічного захворювання (він як допомагав у випадку формування адаптивних навичок, так і справляв дезадаптивну дію у разі збереження виражених непережитих психотравматичних станів); формували практично орієнтовані індивідуалізовані рішення проблем, що виникають через захворювання.

Дані опитування онкологічних пацієнтів із поінформованості, власного стану та поведінки під час захворювання, а також установок і потреб щодо медико-психологічної допомоги відображені у таблиці. Про отримання достатнього рівня інформації щодо власної хвороби повідомили 57,0% хворих, 31,4% осіб вважали себе мало обізнаними та 11,6% — незадовільно поінформованими. Оцінка якості наданої медичними працівниками інформації за її обсягом та доступністю виявила, що для більшості пацієнтів вона була зрозумілою (55,0% — у Г1, 67,4% — у Г2 та 65,8% — у Г3), проблеми виникали відповідно у 13,8%, 10,5% та 6,3% осіб. Доступність залежала як від здатності лікаря пояснити факти та ситуацію, так і готовності пацієнта їх сприйняти. На надмірний обсяг указували лише хворі на діагностичному етапі та при первинному зверненні (10,0 — у Г1, 2,3% — у Г2), що свідчило про їх інтенсивну психологічну реакцію на негативні новини.

Основними джерелами інформації для опитуваних були лікарі (по 100% у кожній групі) та Інтернет (71,3% — у Г1; 79,1% — у Г2; 69,6% — у Г3); менший вплив мали пацієнти (відповідно 30,0; 39,5 і 43,0%), роль яких зростала із більшою тривалістю захворювання; вивчали спеціалізовану

медичну літературу відповідно 20,0; 23,3 і 22,8 % осіб у групах. Найменше онкохворі орієнтувалися на друковані ЗМІ (12,5; 11,6 і 15,2 %) та телебачення (12,5; 14,0 і 8,9 %).

Незалежно від лікувального етапу пацієнти найбільше потребували інформації про способи лікування (92,5 % — у Г1; 51,4 % — у Г2; 81,0 % — у Г3), наслідки (відповідно 83,8; 83,7 та 68,4 %) та причини виникнення (відповідно 68,8; 69,8 та 55,7 %) захворювання. Для первинно госпіталізованих хворих були актуальними питання правильного прийому хіміопрепаратів (26,3 % — у Г1; 52,3 % — у Г2 та 68,4 % — у Г3), харчування (відповідно 38,8; 52,3 і 53,2 %), рухової активності (відповідно 32,5; 46,5 і 39,2 %).

Більшість хворих обрала державні онкологічні заклади як пріоритетні (58,8 % — у Г1; 64,0 % — у Г2 та 50,6 % — у Г3) на протидію приватним (відповідно 41,3; 36,0 та 49,4 %), що у процесі поглибленого аналізу часто було обумовлено фінансовими можливостями. З'ясувалося, що зі збільшенням тривалості хвороби у пацієнтів зростало бажання лікуватися за кордоном (відповідно 56,3; 60,5 та 68,4 %). До нетрадиційної медицини схильні були звертатися пацієнти, у яких хвороба прогресувала (11,4 % — у Г3). У зв'язку з високим психічним стресом у 2/3 пацієнтів виникала потреба прийому заспокійливих лікарських засобів (66,2 % — у Г1; 65,1 % — у Г2 та 77,2 % — у Г3) та 22,8 % (Г3) хворих шукали духовної підтримки.

Усі 100 % первинних пацієнтів та хворих на етапі діагностики відзначили вплив хвороби на психологічний стан, 10,1 % осіб Г3 подібну дію заперечили, що могло бути ознакою психологічних захистів під час зростання стресу на фоні розгортання онкопатології. Провідними проявами психічного дистресу були тривога (100,0 % — у Г1; 100,0 % — у Г2 та 89,9 % — у Г3), зниження настрою (відповідно 71,3; 58,1 та 72,2 %), порушення сну (відповідно 80,0; 76,7 та 55,7 %), дратівливість (відповідно 62,5; 57,0 та 43,0 %), тоді як зміна активності (гальмування чи збудження) (відповідно 42,5; 39,5 та 53,2 %) та гнів (відповідно 12,5; 9,3 та 8,9 %) турбували менше. Для первинних пацієнтів притаманними були тривожно-збудливі стани, для хворих, які зверталися по медичну допомогу повторно, — тривожно-депресивно-пригальмовані.

У 100 % пацієнтів виникали психосоціальні труднощі, які були більш виражені на пізніх стадіях хвороби (30,0 % — у Г1; 24,4 % — у Г2 та 31,6 % — у Г3) і переважно стосувалися зменшення часу спілкування з друзями (відповідно 46,3; 53,5 та 51,9 %), втрати працездатності (відповідно 30,0; 58,1 та 75,9 %), фінансових витрат (відповідно 56,3; 83,7 та 75,9 %), дещо менше психосоціальний стрес обумовлювали проблеми спілкування

в родині (відповідно 13,8; 17,4 та 25,3 %), обмеження активного відпочинку (відповідно 31,3; 46,5 та 50,6 %). У пацієнтів, які лікувалися повторно, рівень психосоціальних наслідків був вищим.

Намір звернутися по медико-психологічну допомогу виявляли 33,8 % хворих у Г1; 31,4 % — у Г2 та 35,4 % — у Г3, частина пацієнтів мала досвід роботи з психологом (відповідно 13,8; 15,1 та 21,5 %). Переважна більшість онкохворих зазначала, що не зверталася по психологічну допомогу, тому що мала достатню підтримку з боку родини та друзів (відповідно 80,0; 79,1 та 72,2 %). Іншими причинами були відсутність потреби у допомозі (відповідно 25,0; 31,4 та 25,3 %), негативний досвід взаємодії з психологом у минулому (відповідно 0; 5,8 та 6,3 %), особистісні упередження (відповідно 10,1; 0 та 11,4 %), відсутність інформації про діяльність медичного психолога (відповідно 8,8; 0 і 11,4 %).

Пацієнтів найбільше мотивували на участь у медико-психологічних заходах рекомендації лікаря (67,5 % — у Г1; 79,1 % — у Г2 та 75,9 % — у Г3), важливими були попереднє знайомство із СПЗ (відповідно 46,3; 44,2 і 50,6 %), прохання близьких (відповідно 37,5; 44,2 та 46,8 %), відгуки інших пацієнтів (відповідно 45,0; 38,4 та 46,8 %), найменше впливало розповсюдження інформаційних матеріалів (відповідно 17,5; 19,8 та 22,8 %). Пріоритетними формами психологічної допомоги для пацієнтів на діагностичному етапі та у період первинного звернення були: індивідуальне консультування (42,5 % — у Г1; 38,4 % — у Г2 та 26,6 % — у Г3), семінари (відповідно 33,8; 38,4 та 32,9 %) та тренінги (відповідно 27,5; 44,2 та 46,8 %), при повторному лікуванні зростала потреба у груповій роботі (відповідно 17,5; 23,3 та 31,6 %).

На первинних етапах лікування у пацієнтів вираженою була необхідність у навичках саморегуляції психічного стану (83,8 % — у Г1; 72,1 % — у Г2 та 75,9 % — у Г3) та релаксації (відповідно 67,5; 72,1 та 83,5 %), у подальшому — покращанні когнітивно-поведінкових стратегій (відповідно 55,0; 52,3 та 68,4 %). Для онкохворих більш зручним місцем проведення медико-психологічних заходів був медичний заклад, у якому вони проходили лікування (відповідно 65,0; 72,1 та 63,3 %), з частотою 1 раз на місяць (відповідно 68,7; 61,6 та 83,5 %) та тривалістю 1–2 год (відповідно 77,5; 72,1 та 81,0 %).

На основі даних опитування було визначено такі значущі аспекти психологічних установок та потреб онкологічних пацієнтів.

1. Найвні проблеми з рівнем поінформованості хворих лікарями про їхній стан та доступність медичної інформації для сприйняття пацієнтом, що вказувало на необхідність розробки заходів

**Опитування онкологічних пацієнтів щодо потреби у медико-психологічній допомозі (%)**

ІНФОРМАТИВНИЙ БЛОК							
	Г1	Г2	Г3		Г1	Г2	Г3
	<i>Поінформованість щодо хвороби при первинному зверненні</i>			<i>Інформація, надана лікарями для пацієнтів</i>			
Достатня	—	57,0	—	Зрозуміла	55,0	67,4	65,8
Часткова	—	31,4	—	Незрозуміла	13,8	10,5	6,3
Незадовільна	—	11,6	—	Надмірна	10,0	2,3	—
	<i>Джерела інформації для пацієнтів</i>						
Лікар	100	100	100	Медлітература	20,0	23,3	22,8
Інші пацієнти	30,0	39,5	43,0	Інтернет	71,3	79,1	69,6
ЗМІ	12,5	11,6	15,2	Телебачення	12,5	14,0	8,9
	<i>Необхідність в інформації про хворобу</i>						
Причини виникнення онкопатології					68,8	69,8	55,7
Наслідки хвороби					83,8	83,7	68,4
Лікування захворювання					92,5	81,4	81,0
Застосування та дія хіміопрепаратів					26,3	52,3	68,4
Обстеження протягом лікування					30,0	34,9	35,4
Рухова активність					32,5	46,5	39,2
Харчування					38,8	52,3	53,2
СТАН ТА ПОВЕДІНКА ПІД ЧАС ЛІКУВАННЯ							
	Г1	Г2	Г3		Г1	Г2	Г3
	<i>Заклади, де пацієнти хотіли б лікуватися</i>						
Приватна клініка					41,3	36,0	49,4
Державна клініка					58,8	64,0	50,6
За кордоном					56,3	60,5	68,4%
	<i>Звернення до нетрадиційної медицини</i>			<i>Вплив хвороби на психічний стан</i>			
Так	—	—	11,4	Так	100	100	89,9
Ні	—	100	81,6	Ні	—	—	10,1
	<i>Ознаки психологічного стресу</i>						
Тривога	100	100	89,9	Гнів	12,5	9,3	8,9
Гіпотимія	71,3	58,1	72,2	Інсомнія	80,0	76,7	55,7
Дратівливість	62,5	57,0	43,0	Порушення активності	42,5	39,5	53,2
	<i>Психосоціальний вплив хвороби</i>						
Сильний					30,0	24,4	68,4
Частковий					70,0	75,6	31,6
Відсутній					—	—	—
	<i>Психосоціальні зміни, які спричинили стрес</i>						
Спілкування у родині					13,8	17,4	25,3
Зменшення часу спілкування з друзями					46,3	53,5	51,9
Фінансові витрати					56,3	83,7	75,9
Втрата працездатності					30,0	58,1	75,9
Обмеження активного відпочинку					31,3	46,5	50,6
	<i>Вживання заспокійливих препаратів</i>			<i>Зміна ставлення до релігії</i>			
Так	66,2	65,1	77,2	Так	—	—	22,8
Ні	33,8	34,9	22,8	Ні	100	100	77,2

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ БЛОК							
	Г1	Г2	Г3		Г1	Г2	Г3
<i>Намір звернутися по психологічну допомогу</i>				<i>Досвід звернення по психологічну допомогу</i>			
Так	33,8	31,4	35,4	Так	13,8	15,1	21,5
Ні	66,2	68,6	64,6	Ні	86,2	84,9	78,5
<i>Причини незвернення по психологічну допомогу</i>							
Не було потреби					25,0	31,4	25,3
Негативний досвід звернення до психолога					—	5,8	6,3
Немає звички звертатися по сторонню допомогу					3,8	—	—
Незручно розповідати про свої проблеми					1,3	—	—
Достатня підтримка родини та друзів					80,0	79,1	72,2
Недовіра до психологів					—	—	5,1
Не знаю, як психолог працює					8,8	—	11,4
До психолога звертаються люди з психічними розладами					5,0	—	—
<i>Що може посприяти участі у психологічних заходах</i>							
Рекомендація лікаря					67,5	79,1	75,9
Попереднє знайомство з психологом					46,3	44,2	50,6
Прохання членів родини, друзів					37,5	44,2	46,8
Відгуки інших пацієнтів					45,0	38,4	46,8
Інформаційні матеріали					17,5	19,8	22,8
<i>Пріоритетність форм психологічної допомоги</i>							
Семінари	33,8	38,4	32,9	Група	17,5	23,3	31,6
Тренінги	27,5	44,2	46,8	Індивідуальні консультації	42,5	38,4	26,6
<i>Пріоритетні психологічні знання та навички</i>							
Навички релаксації					67,5	72,1	83,5
Когнітивно-поведінкові навички протидії стресу					55,0	52,3	68,4
Саморегуляція психічного стану					83,8	72,1	75,9
<i>Місце проведення психологічних заходів</i>							
Лікувальний заклад					65,0	72,1	63,3
Поза межами лікувального закладу					35,0	27,9	36,7
<i>Бажана частота психологічних заходів</i>				<i>Тривалість психологічних заходів</i>			
4 рази на місяць	—	—	—	1–2 год	77,5	72,1	81,0
2 рази на місяць	31,3	38,4	16,5	3–4 год	22,5	27,9	19,0
1 раз на місяць	68,7	61,6	83,5	Більше 4 год	—	—	—

щодо покращання навичок професійної взаємодії медичних працівників. Опора на лікарів в отриманні потрібної інформації була позитивною, тоді як із Інтернетом ситуація виявилася суперечливою. З одного боку, Інтернет можна використовувати для проведення онлайн семінарів (вебінарів) для пацієнтів, що дасть змогу охопити значну кількість хворих, з іншого — у віртуальному інформаційному просторі дуже багато непідтверджених, суперечливих та суб'єктивних відомостей.

2. В разі прогресування захворювання у пацієнтів змінювалося ставлення до способів та методів лікування, вони були схильні вважати більш якісною допомогу у приватних та закордонних

онкологічних центрах, зверталися до нетрадиційної медицини. Це виявляло особливу травматичність ряду ключових періодів у перебігу онкологічного захворювання (рецидив, продовження хвороби), що мало враховуватися в побудові психологічної тактики допомоги.

3. На рівень психічного стресу онкологічних хворих вказували необхідність прийому заспокійливих лікарських засобів, феномени заперечення та дисимуляції психологічних симптомів. Рівень і характер психологічного та психосоціального дистресу відрізнялися на різних етапах лікувального процесу, що обумовлювало диференціювання форм та методів медико-психологічного впливу.



4. На звернення по психологічну допомогу впливав ряд мотивуючих та демотивуючих чинників, їх моделювання давало змогу збільшувати кількість пацієнтів, залучених до психологічних заходів. До них належали:

- взаємодія з лікарями як авторитетними для пацієнтів особами;
- проактивність медичного психолога;
- психологічна допомога та підтримка близьких хворого — підсилення зовнішнього ресурсу, формування лояльності;
- інформування про основи психологічної допомоги та діяльності СПЗ;
- створення позитивного досвіду взаємодії з медичним психологом;
- психокорекція неадаптивних особистісних уявлень щодо психологічної допомоги, психосвіта.

5. Установки та потреби онкологічних пацієнтів на різних етапах лікування відрізнялися, що відображалося на пріоритетності вибору форм, умов, тривалості та інтенсивності медико-психологічних заходів.

Результати проведеного дослідження дали змогу отримати корисну практичну інформацію, яку було покладено в основу первинної організації медико-психологічної допомоги онкологічним пацієнтам.

#### Список літератури

1. Маркова М. В. Стан та перспективи розвитку сучасної психоонкології / М. В. Маркова, О. В. Піонтковська, І. Р. Кужель // Укр. вісн. психоневрології.— 2012.— Т. 20, вип. 4 (73).— С. 86–91.
2. Бюлетень Національного канцер-реєстру України № 16: Рак в Україні 2013–2014 [Електронний ресурс]; за ред. З. П. Федоренко, Л. О. Гулак, Ю. Й. Михайлович [та ін.].— К.: Національний інститут раку, 2015.— Режим доступу: [http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL\\_16/index.htm](http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_16/index.htm)
3. Psycho-Oncology / J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen [et al.].— Oxford University press, 2010.— 720 p.
4. Psychological factors affecting oncology conditions / L. Grassi, B. Biancosino, L. Marmai [et al.] // Adv. Psychosom. Med.— 2007.— Vol. 27.— P. 57–71.

---

### ОПРОС ПАЦИЕНТОВ ОТНОСИТЕЛЬНО ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ МЕР КАК ПЕРВОНАЧАЛЬНЫЙ ЭТАП ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ОНКОЛОГИИ

И. Р. МУХАРОВСКАЯ

**Приведены результаты опроса онкологических пациентов по поводу основных установок и потребностей в медико-психологической помощи. Исследованы уровень информационных потребностей, источники получения информации, различия в проявлении психологического и психосоциального стресса. Выявлено, что на обращение за психологической помощью влияет ряд мотивирующих и демотивирующих факторов. Установлено, что психологическое состояние и потребности онкологических пациентов на разных этапах лечения отличаются, это отражается на приоритетности выбора форм, условий, продолжительности и интенсивности медико-психологической помощи.**

*Ключевые слова: онкологические больные, психоонкология, медико-психологическая помощь.*

---

### DETERMINING ATTITUDES OF CANCER PATIENTS ABOUT PSYCHOLOGICAL ISSUES AS A PRIMARY STEP FOR DEVELOPMENT PSYCHOLOGICAL HELP IN ONCOLOGY

I. R. MUKHAROVSKA

**The results of cancer patients survey concerning basic needs for medical and psychological assistance are presented. The level of information needs, sources of information, the differences in manifestation of psychological and psychosocial stress were investigated. It was found that a number of motivating and demotivating factors influenced the search for psychological aid. It was established that the psychological status and needs of cancer patients differed at different stages of treatment, which reflected in the preferences, conditions, duration and intensity of psychological measures.**

*Key words: cancer patients, psychooncology, medical psychological help.*

*Надійшла 22.03.2016*