

*І. Р. Мухаровська, М. В. Маркова*  
**ФЕНОМЕН ВІДКЛАДАННЯ ЛІКУВАННЯ У ПАЦІЄНТІВ ОНКОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ**

*И. Р. Мухаровская, М. В. Маркова*  
**Феномен откладывания лечения у пациентов онкологического профиля**

*I. R. Mukharovska, M. V. Markova*  
**Phenomenon of delay in cancer patients**

Феномен відкладеного звернення онкологічних пацієнтів має важливе медичне та медико-психологічне значення. Раннє звернення за медичною допомогою для онкологічних захворювань вкрай важливе у світлі якнайшвидшого початку спеціального протипухлинного лікування, що пов'язане зі збільшенням шансів на виживання (*cancer survivors*) та збереження більш повної якості життя (*quality-adjusted life years*).

Серед чинників, які впливають на відкладене звернення, важливу роль відіграють страхи, вік, освіта, рівень матеріальної забезпеченості, наявність психічних захворювань та хронічних соматичних хвороб, соціальна підтримка, вираженість симптоматики, соціомедичні звички.

Медико-психологічними заходами, які потенційно здатні позитивно вплинути на проблему відстроченого звернення за медичною допомогою, є розроблення та впровадження комплексних психоосвітніх і медико-просвітніх програм, забезпечення доступності психологічної допомоги в амбулаторній мережі лікувально-профілактичних закладів на ранніх етапах діагностики, підвищення обізнаності лікарів-спеціалістів щодо психології хворого та взаємодії з ним.

**Ключові слова:** онкологічні захворювання, відкладання лікування, медико-психологічна допомога

На сьогодні онкологічні захворювання становлять значну медико-соціальну проблему. Незважаючи на нові підходи та методи у діагностиці і лікуванні онкологічної патології, відбувається неухильне підвищення захворюваності. Серед населення збільшується кількість осіб, уражених онкологією, які потребують спеціального протипухлинного лікування, медичного догляду та реабілітації. Однак, онкологічні хвороби супроводжуються не лише соматичними проявами, але відображаються і на психічному та психосоціальному функціонуванні пацієнтів. Поширеність психічних розладів серед онкологічних хворих, за дослідженнями різних авторів, складає від 44 до 62 % [1, 2]. Поряд з хворим психічному травмуванню піддається і його близьке оточення [1, 3—5].

Ситуація в Україні характеризується високими рівнями захворюваності — 384,9 проти 229,3 на 100 тис. населення за світовими стандартами [6]. Серед осіб, що захворіли на рак 2013 року, не прожили року 31,4 % хворих. Співвідношення рівнів смертності та захворюваності на злоякісні новоутворення склало 51,3 %, тобто на кожні 100 зареєстрованих випадків захворювання було зареєстровано більше ніж 50 померлих від цієї патології. За даними Національного канцер-реєстру за 2014 рік, розподіл нових випадків захворювання на злоякісні новоутворення (ЗН) за стадіями показав, що 52,8 % з них були виявлені у I—II-й стадії розвитку пухлини, 17,5 % — у III-й стадії

Феномен відкладеного звернення онкологічних пацієнтів має важливе медичне та медико-психологічне значення. Раннє звернення за медичною допомогою для онкологічних захворювань вкрай важливе в отношении начала специального противоопухолевого лечения, что связано с увеличением шансов на выживание и сохранение более полного качества жизни.

К факторам, задействованным в отложенном обращении, важную роль играют страхи, возраст, образование, уровень материальной обеспеченности, наличие психических заболеваний и хронических соматических болезней, социальная поддержка, выраженность симптоматики, социомедицинские привычки.

Медико-психологическими мерами, которые потенциально способны положительно повлиять на проблему отсроченного обращения за медицинской помощью, является разработка и внедрение комплексных психообразовательных и медико-образовательных программ, обеспечение доступности психологической помощи в амбулаторной сети лечебно-профилактических учреждений на ранних этапах диагностики, повышение осведомленности врачей-специалистов по психологии больного и взаимодействию с ним.

**Ключевые слова:** онкологические заболевания, отложенное лечение, медико-психологическая помощь

і 14,9 % — у IV-й стадії [6]. Спеціальне протипухлинне лікування отримали протягом року тільки 68,7 % первинних хворих. Від 30 % до 75 % хворих при різних локалізаціях ЗН з найнижчими показниками з онкопатологією підшлункової залози (29,1 %), легенів (43,8 %), шлунку (46,7 %), стравоходу (52,0 %) не отримали спеціального лікування, що безумовно вплинуло на рівень смертності та виживаності хворих, серед них 33,4 % хворих мали I—II стадію хвороби, III стадію — 20,0 %, а 30,5 % — IV стадію [6, 7]. З онкологічних хворих, які не отримали протипухлинного лікування, 66,5 % склали особи похилого та старечого віку та 23,3 % були хворі працездатного віку [7].

Причинами такого високого рівня пізньої діагностики онкології — 32,4 % на III—IV стадії, відсутності проведення спеціального протипухлинного лікування у 31,3 % осіб, серед яких 23,3 % складають хворі працездатного віку, є різноманітні клінічні та медико-соціальні чинники:

- особливості клініки онкологічних захворювань, що супроводжуються безсимптомним перебігом до розвитку пізніх стадій (*advanced cancer*), невізуальною локалізацією пухлин;

- похибки заповнення та реєстрації звітної медичної документації, що не відображає реальну ситуацію щодо онкологічної захворюваності та її наслідків;

- проблеми організації медичної допомоги онкологічним пацієнтам, укомплектованість спеціалізованих лікувальних закладів апаратами діагностики, забез-

печеність лікарськими засобами (хіміотерапевтичними препаратами), наявність профільних спеціалістів;

- відсутність у онкологічних пацієнтів достатнього фінансового ресурсу для сплати витрат на діагностику та лікування.

Однак важливою складовою подібної ситуації є також психологічні та соціомедичні чинники, які впливають на відстрочене звернення за медичною допомогою — *treatment delay* [8, 9], такі як:

- соціомедичні звички населення;
- настанови населення щодо системи охорони здоров'я;
- вікові та гендерні чинники;
- сімейний стан.

Відстрочене звернення за медичною допомогою для онкологічних пацієнтів впливає на прогноз, суттєво його погіршуючи [10—12]. Показник виживаності при I—II стадії онкологічного захворювання у 1,5—3,5 рази вищий ніж при III—IV стадії, що робить вкрай важливим раннє виявлення та лікування хвороби [6, 7].

На сьогодні у сучасній науковій літературі відсутнє єдине бачення щодо феномена відкладання в онкології. Особливо важливим є питання тривалості періоду, який вважати за відстрочене звернення за медичною допомогою. У цьому сенсі, важливим є взаємозв'язок «втраченого часу» з наслідками відстроченого звернення, а саме — прогресуванням захворювання та настанням невідворотних наслідків, зокрема появою метастазів, що суттєво погіршує прогноз щодо результатів лікування.

Найбільш складними онкологічними захворюваннями, для яких час відіграє особливо важливу роль, є такі, що характеризуються високою злоякісністю (рак шлунку, рак підшлункової залози), швидким розвитком та блискавичним перебігом (меланома) чи високою неоперабельністю (пухлини головного мозку, обличчя, ротової та носової порожнини, середостіння, шиї). Також існує група онкологічних хвороб з тривалим безсимптомним періодом чи стертою симптоматикою, які виявляються уже на пізніх стадіях. Так, на профілактичних оглядах виявляється близько 29,8 % онкологічних хворих, що вказує на важливість планування державних заходів щодо збереження здоров'я населення [6].

Раннє звернення за медичною допомогою для таких захворювань вкрай важливе у світлі якнайшвидшого початку спеціального протипухлинного лікування, що пов'язане зі збільшенням шансів на виживання (*cancer survivors*) та збереженням більш повної якості життя (*quality-adjusted life years*).

Одним з запропонованих варіантів визначення часових меж, за якими можна оцінити інтервал звернення за допомогою, був підрахунок перевищення 25-го та 75-го квартиля як відповідно вкрай раннього і відстроченого [10]. Однак, даний метод побудований на основі середньої тривалості звернення як стандарту, що потребує додаткового змістовного аналізу.

Відкладене звернення за медичною допомогою поділяють на 2 групи, пов'язане з [8, 11]:

- пацієнтом — *patient delay*;
- лікувальними закладами та медичними працівниками — *practitioner/provider delay*.

Виокремлюють кілька етапів у відкладенні звернення, 1—3 стосуються поведінки пацієнтів, а 4 та 5 — роботи медичної служби [10]:

1. «нерозпізнавання симптомів» (*appraisal delay*). Людина не ідентифікує соматичні симптоми як такі, що стосуються захворювання, тобто сприймає їх як ситуа-

тивні, або ж не співвідносить виявлену симптоматику з проявами онкологічного захворювання;

2. «неприйняття рішення» (*illness delay*). Потенційний хворий гальмує прийняття рішення щодо початку лікування;

3. «бездіяльність» (*behavioral delay*). Відстрочення конкретних дій від моменту прийняття рішення звернутися в медичну установу до реального візиту;

4. «затримана діагностика» (*scheduling delay*). Пауза внаслідок особливостей організації медичної системи, що триває з моменту звернення хворого у лікувально-профілактичний заклад до встановлення остаточного клінічного діагнозу;

5. «затримане лікування» (*treatment delay*). Інтервал в лікуванні через особливості організації онкологічної допомоги від моменту встановлення діагнозу до початку протипухлинної терапії.

Розпізнавання симптомів та їхня ідентифікація як онкологічних становлять важливе питання у вивченні феномена *patient delay*.

Підозра на потенційну наявність загрозливого для життя захворювання запускає ланцюг психологічних реакцій, в якому значима роль надається когнітивному сприйняттю ситуації. Когнітивне сприйняття фізичного та психічного стану залежить від:

- характеристик подразника (інтенсивності, змісту симптому);
- умов перебігу когнітивних процесів (психофізіологічний стан);
- індивідуальної специфіки реалізації пізнавальної діяльності;
- наявної інформації щодо проблемної ситуації як моделі порівняння;
- попереднього досвіду вирішення подібних завдань, його ефективності;
- внутрішньоособистісних настанов та ставлення до проблеми.

У онкологічній клініці спостерігаються такі варіанти прояву реагування на захворювання:

1. наявне загальне нездужання, недиференційовані соматичні симптоми, які були постійними, переміжними або такими, що посилюються;

2. присутні специфічні диференційовані симптоми, що вказували на порушення в конкретній системі організму чи явні розлади функціонування тіла;

3. безсимптомний перебіг, коли сенсорно відчутні ознаки хвороби відсутні, а негаразди зі здоров'ям виявляються випадково під час профілактичного огляду.

Перші два варіанти відрізняє наявність чинника фізичного дискомфорту, що результує у фонове психоемоційне напруження з ознаками психоемоційної нестабільності різного ступеня вираженості. На психологічному рівні даний період характеризується початковими кроками до вживання у ситуацію, в якій хоча б мінімально допускається можливість негативного розвитку подій, на відміну від варіанту, при якому людина не підозрює про небезпеку для свого здоров'я і стикається з такою проблемою раптово.

Неспецифічні симптоми в процесі когнітивного перероблення можуть бути розцінені як неважливі, тоді як виражена специфічна симптоматика навпаки здатна спричинити інтенсивну емоційну реакцію у відповідь на загрозу з наступним включенням захисних механізмів (витіснення, заперечення, знецінення).

Фізичне чи психічне перевантаження, втома, високий рівень соматичного стресу формують несприятливий

базис для пізнавальної діяльності, знижують її ефективність та точність, що необхідно враховувати в оцінці психологічного статусу хворого.

На когнітивне оброблення інформації впливає також загальний пізнавальний рівень — зниження розумових здібностей внаслідок вродженої чи набутої патології, середній та високий рівень інтелектуального розвитку, особливості перебігу психічних процесів — індивідуальні характеристики мислинневих процесів, наявність чи відсутність позитивного попереднього досвіду вирішення подібних завдань, здатності виявляти та оцінювати міру змін у власному організмі — психосоматичної сенситивності.

На пізнавальну діяльність впливають наявні внутрішньоособистісні настанови щодо власного здоров'я, його персональної цінності, зусиль щодо збереження, уявлення про певні групи захворювань (тяжкості, соціального відгуку та стигматизації).

Для оцінення стану здоров'я чи нездоров'я важливо мати внутрішню модель та критерії оцінки, що є нормою на протигагу симптомам захворювання як прояву патології. В цьому сенсі мова йде про медичну просвіту — кваліфіковану цілеспрямовану поінформованість щодо значимих аспектів здоров'я. Відсутність знань щодо проявів небезпечних хвороб, незрозуміла чи суперечлива інформація для неспеціалістів є чинником неадекватної когнітивної оцінки ситуації і відповідно відкладеного звернення.

В цьому аспекті медична просвіта та первинна профілактика захворювань виступають важливими напрямками роботи медичної служби.

Дослідження чинників, які впливають на феномен відкладання в онкології, виявили неоднозначність та суперечливість результатів. У таблиці наведені дані, які були підтверджені більшістю науковців. Серед чинників, які впливають на відкладене звернення, важливу роль відіграють страхи [12], вік, освіта, рівень матеріальної забезпеченості [13—18], наявність психічних захворювань та хронічних соматичних хвороб [19—23], соціальна підтримка [24], вираженість симптоматики [13], соціомедичні звички [25—26]. Подібна ситуація обумовлена різноманітністю методологічних підходів, неоднорідністю вибірок.

#### Чинники впливу на феномен відкладання в онкології

Посилюють	Послаблюють
Високий рівень тривоги	Високий рівень підтримки з боку близьких
Страх онкологічного захворювання	Виражений больовий синдром
Похилий вік	Наявність кровотеч
Низький рівень освіти	Вплив фізичного стану на працездатність та загальне самопочуття
Низький дохід	Онкопатологія у знайомих чи родичів
Психічні захворювання в анамнезі	
Нерозпізнавання симптомів як загрожуючих чи онкологічних	
Наявність пріоритетної діяльності (догляд за малими дітьми, тяжкохворими, нова робота)	
Коморбідні захворювання	
Нечасті візити до лікаря	

У онкологічних пацієнтів присутні різноманітні страхи, які поділяють на 2 великі групи:

- нозофобії, пов'язані безпосередньо з захворюванням та його лікуванням: страх лікарів, медичних закладів, хіміотерапії, променевої терапії, операції, болю, рецидиву, смерті, втрати жіночності, косметичного дефекту, втрати привабливості, втрати статевих відмінностей, втрати здатності до народження дітей;

- соціофобії, зумовлені соціальними наслідками хвороби: страхи надлишкових витрат, насмішок, незручності, самотності, втрати людської гідності, втрати партнера, ізоляції, прийняття підлеглої ролі, втрати контролю, невідомості.

У деяких дослідженнях констатують, що саме висока тривога та страхи виявлення онкологічного захворювання перешкоджають зверненню до медичного закладу, тоді як в інших навпаки наголошується на тому, що саме вітальний страх мотивує до раннього походу до лікаря.

Щодо впливу віку — дані також суперечливі. Збільшення терміну відкладання у осіб похилого віку пов'язують з:

- сприйняттям фізичних симптомів як звичайних проявів процесу старіння;
- маскуванням симптоматики онкопатології проявами інших соматичних захворювань;
- прийомом лікарських засобів, що згладжують ознаки недуги;
- ставленням до онкологічного захворювання як невиліковного, що і не варто починати терапію;
- втраченою соціальною підтримкою, відсутністю догляду;
- страхом не пережити саме лікування онкопатології.

Низький рівень освіти та матеріального доходу впливають негативно, подовжуючи період звернення за медичною допомогою, в першому випадку — за рахунок відсутності достатньої інформації щодо захворювання — медична просвіта, в другому — зниження доступності медичних послуг, які є занадто витратними для даної категорії населення.

Чинником, що суттєво впливає на поведінку хворих, є психічний статус, зокрема, наявність психотичних та непсихотичних психічних захворювань — шизофренії, депресивних, тривожних та диссоціативних розладів. Серед пацієнтів з затриманим зверненням у 2 рази більше осіб з психічними порушеннями, ніж серед психічно здорових пацієнтів з онкологією. Психічна патологія впливає на відкладання звернення внаслідок:

- зниження турботи про себе;
- наявності психопродуктивної симптоматики (маячення), що супроводжується ворожістю та недовірою до медичного персоналу;
- присутності негативної симптоматики у вигляді апатії, абутії, які характеризуються зниженням емоційного відгуку — сприйняття симптомів як загрожуючих, та активності — звернення за медичною допомогою;
- феномена реформування терапії — самолікування на підставі власної, неадекватної ситуації, системи;
- порушення сенсорного сприйняття, що приводить до підвищення больового порогу і, відповідно, розвитку більшш ушкоджень організму;
- компартмент- та детачмент-дисоціації — часткового чи повного відчуження травматичної інформації;
- соціальної збідненості контактів та зменшення мотивуючого потенціалу оточення;
- меншої доступності медичної допомоги за рахунок соціальної стигматизації;
- поширеності поєднання психічної патології з вживанням психоактивних речовин, алкоголю, що знижують вольовий та поведінковий контроль.

Причиною відкладеного звернення вважають також соціорольові чинники, а саме потребу виконувати обов'язки по догляду за малолітніми дітьми, членами сім'ї похилого віку, інвалідами, без можливості перекладення відповідальності на іншу особу. Особливо така поведінка актуальна для жінок. Однак, ці чинники все більше дослідників називають умовними, на які хворі опираються, щоб уникати необхідної у даній ситуації поведінки.

Важливу роль відіграє соціальне оточення (сім'я, друзі), які забезпечують для хворого емоційно сприятливе середовище для прояву переживань, їх інтеграції, мотивують до дій та створюють зовнішній ресурс підтримки. Тоді як очікування небажаної реакції з боку оточення — дистанціювання чи навпаки надмірна опіка — можуть приводити до приховування свого діагнозу з метою мінімалізувати міжособистісний чинник.

Значимим параметром звернення за медичною допомогою є соціомедичні звички — поведінка хворих у разі проблем зі здоров'ям, заходи по його збереженню. Соціомедичні звички включають такі параметри як:

- час від моменту появи симптомів захворювання до моменту звернення за медичною допомогою;
- вираженість соматичних проявів, які «змушують» звернутися у лікувально-профілактичний заклад;
- самодіагностування, пошук даних щодо наявної симптоматики у засобах масової інформації, Інтернеті, на форумах, консультування зі знайомими;
- наявність спроб самолікування, в тому числі нетрадиційними методами;
- стиль поведінки протягом лікування: дотримання медичних рекомендацій, прийому медикаментів, лікувального режиму;
- медична освіченість;
- проходження профілактичних оглядів;
- дотримання здорового стилю життя (фізична активність, харчування, психогігієна).

Стимулюють швидке звернення за допомогою інтенсивні симптоми, такі як виражений больовий синдром, кровотечі, парези, суттєве зниження працездатності, які спричиняють сильний емоційний відгук, та такі, що важко довго терпіти.

Люди, які в своєму оточенні мали знайомих чи рідних з онкологічними захворюваннями, є більш обізнаними щодо даної патології, що мотивує до швидкого звернення, з одного боку, а з іншого — подібний досвід може виявитися занадто травматичним, що приводить до психоемоційних та поведінкових порушень.

Враховуючи суперечливість та розрізненість отриманих на сьогодні даних щодо феномена відкладання в онкологічній практиці, важливим напрямом є проведення якісних досліджень, що дозволяють розкрити суть явища на противагу кількісно-статистичним розрахункам.

Феномен відкладеного звернення серед онкологічних пацієнтів та чинників, що на нього впливають, має важливе медичне та медико-психологічне значення за рахунок:

- можливості виявлення онкопатології на більш ранніх стадіях та відповідно досягнення вищих результатів лікування;
- прогнозування поведінки хворих протягом лікування з метою організації ефективних медико-психологічних заходів;
- психопрофілактики розвитку психологічної і психосоціальної дезадаптації, психічних розладів;
- таргетної психокорекції поведінкової, особистісної, емоційної та когнітивної сфер пацієнтів;
- модифікації негативних соціомедичних звичок шляхом медичної та медико-психологічної просвіти.

Медико-психологічними заходами, які потенційно здатні позитивно вплинути на проблему відстроченого звернення за медичною допомогою, є розроблення та впровадження комплексних психоосвітніх і медико-просвітніх програм, забезпечення доступності психологічної допомоги в амбулаторній мережі лікувально-профілактичних закладів на ранніх етапах діагностики, підвищення обізнаності лікарів-спеціалістів щодо психології хворого та взаємодії з ним.

## Список літератури

1. Psycho-Oncology / Holland J. C., Breitbart W. S., Jacobsen P. B. [et al.]. — Oxford University press, 2010. — 720 p.
2. Смулевич А. Б. Психические расстройства в онкологии (результаты мультицентральной программы «СИНТЕЗ») / А. Б. Смулевич, А. В. Андриященко, Д. А. Бескова // Психические расстройства в общей медицине. — М.: Медиа Медика, 2009. — № 1. — С. 4—11.
3. Маркова М. В. Стан та перспективи розвитку сучасної психоонкології / М. В. Маркова, О. В. Пionтковська, І. Р. Кужель // Український вісник психоневрології. — Т. 20, вип. 4 (73). — 2012. — С. 86—91.
4. Кужель І. Р. Оцінка рівня стресу та вираженості психопатологічної симптоматики серед членів родини інкурабельних онкологічних хворих / І. Р. Кужель // Медична психологія. — 2010. — Т. 5. — № 4. — С. 50—59.
5. Васильева А. Ю. Особенности коррекции неспсихотических расстройств психики у лиц, осуществляющих уход за больными, страдающими онкологической патологией / А. Ю. Васильева // Психичне здоров'я. — 2009. — № 3—4 (24—25). — С. 16—19.
6. Рак в Україні, 2013—2014 / З. П. Федоренко, Л. О. Гулак, Ю. Й. Михайлович [та ін.] // Бюлетень Національного онкологічного центру в Україні. — № 16. — С. 3—6.
7. Рак в Україні, 2007—2008 / З. П. Федоренко, Л. О. Гулак, Є. Л. Горюх [та ін.] // Там само. — № 10. — С. 4—5.
8. The Andersen Model of Total Patient Delay: a systematic review of its application in cancer diagnosis / F. Walter, A. Webster, S. Scott [et al.] // Journal of Health Services Research & Policy. — 2012. — Vol. 17(2). — P. 110—118.
9. Петелин Д. С. Феномен откладывания в онкологии / Д. С. Петелин, А. В. Лукин // Психические расстройства в общей медицине. — 2015. — № 2—3. — С. 40—53.
10. Andersen B. L. Delay in seeking a cancer diagnosis: delay stages and psychophysiological comparison process / B. L. Andersen, J. T. Cacioppo // Br J Soc Psychol. — 1995. — Vol. 34. — P. 33—52.
11. Scheduling delay in oral cancer diagnosis: a new protagonist / P. D. Dios, N. P. Gonzalez, J. S. Leston [et al.] // Oral Oncology. — 2005. — Vol. 41. — P. 142—146.
12. Dubayova T. The impact of the intensity of fear on patient's delay regarding health care seeking behavior: a systematic review / T. Dubayova, J. P. Dijk, I. Nagyova // International Journal Public Health. — 2010. — Vol. 55. — P. 459—468.
13. Influences on pre-hospital delay in the diagnosis of colorectal cancer: a systematic review / [E. Mitchell, S. Macdonald, N. C. Campbell et al.] // British Journal of Cancer. — 2008. — Vol. 98. — P. 60—70.
14. Scott S. Studying help-seeking for symptoms: The challenges of methods and models / S. Scott, F. M. Walter // Social and Personality Psychology Compass. — 2010. — Vol. 4. — P. 531—547.
15. Patient delay and stage of diagnosis among breast cancer patients in Germany — a population based study / V. Arndt, T. Sturmer, C. Stegmaier [et al.] // British Journal of Cancer. — 2002. — Vol. 86. — P. 1034—1040.
16. Coping strategies and patient delay in patients with cancer / A. F. Pedersen, F. Olesen, R. P. Hansen [et al.] // Journal of Psychosocial Oncology. — 2013. — Vol. 31. — P. 204—218.
17. Socioeconomic patient characteristics predict delay in cancer diagnosis: a Danish cohort study / R. P. Hansen, F. Olesen, H. T. Sorensen [et al.] // BMC Health Service Research. — 2008. — Vol. 8. — P. 49.
18. Dobson C. M. Patient delay in cancer diagnosis: what do we really mean and can we be more specific? / C. M. Dobson, A. J. Russel, G. P. Rubin // BMC Health Services Res. — 2014. — Vol. 14 (1). — P. 387—393.
19. Ristvedt S. L. Psychological factors related to delay in consultation for cancer symptoms / S. L. Ristvedt, K. M. Trinkaus // Psychooncology. — 2005. — Vol. 14. — P. 339—350.
20. Systematic review of factors influencing patient and practitioner delay in diagnosis of upper gastrointestinal cancer / S. S. Macdonald, U. Macleod, N. C. Campbell [et al.] // British Journal of Cancer. — 2006. — Vol. 94. — P. 1272—1280.
21. DiMatteo M. R. Depression Is a Risk Factor for Noncompliance With Medical Treatment. Meta-analysis of the Effects of Anxiety and Depression on Patient Adherence / M. R. DiMatteo, S. H. Lepper, T. W. Croughan // Archive of Internal Medicine. — 2000. — Vol. 160. — P. 2101—2107.
22. Breast cancer in patients with schizophrenia / M. Farasatpour, J. Radhakrishna, C. D. Williams [et al.] // American Journal of Surgery. — 2013. — Vol. 206. — P. 798—804.

23. Диссоциативные расстройства в онкологии: психопатология, аспекты коморбидности с расстройствами личности / А. Б. Смулевич, С. В. Иванов, Л. К. Мясникова [и др.] // Психические расстройства в общей медицине. — 2014. — № 3—4. — С. 4—14.

24. Butow P. N. Psychosocial predictors of survival: metastatic breast cancer / P. N. Butow, A. S. Coates, S. M. Dunn // Annual Oncology. — 2000. — Vol. 11 (4). — P. 469—474.

25. Current state of medical-advice-seeking behaviour for symptoms of colorectal cancer: determinants of failure and delay in medical consultation / R. J. Courtney, C. L. Paul, R. W. Sanson-Fisher [et al.] // Colorectal Diseases. — 2012. — Vol. 14. — P. 222—229.

26. Smith L. K. Patients' help-seeking experiences and delay in cancer presentation: a qualitative synthesis / L. K. Smith, C. Pope, J. L. Botha // Lancet. — 2005. — Vol. 366. — P. 825—831.

*Надійшла до редакції 22.02.2016 р.*

**МУХАРОВСЬКА Інна Романівна**, кандидат медичних наук, лікар-психолог, Київський міський клінічний онкологічний центр, м. Київ; e-mail: mukharovska.i@gmail.com

**МАРКОВА Маріанна Владиславівна**, доктор медичних наук, професор, професор кафедри сексології, медичної психології, медичної та психологічної реабілітації Харківської медичної академії післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України, м. Харків; e-mail: mariannochka1@ukr.net

**МУKHAROVSKA Inna**, MD, PhD, Physician-psychologist of Kyiv City Clinical Cancer Center, Kyiv; e-mail: mukharovska.i@gmail.com

**MARKOVA Marianna**, Doctor of Medical Sciences, Professor, Professor of Department of Sexology and medical Psychology, medical and psychological Rehabilitation of Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education of the Ministry of Health of Ukraine, Kharkiv; e-mail: mariannochka1@ukr.net