

DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2019-23(4)-26

УДК: 616.89:159.9:616-006(091)

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ РОДИН З ОНКОЛОГІЧНИМ ПАЦІЄНТОМ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ РОЗВИТКУ ЗАХВОРЮВАННЯ

Кривоніс Т.Г.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Відповідальний за листування:
e-mail: tamarakr@ukr.net

Статтю отримано 30 серпня 2019 р.; прийнято до друку 01 жовтня 2019

Анотація. Онкологічне захворювання вражає не лише пацієнта, але і впливає на функціонування всієї родини. Мета роботи - виявити особливості психологічного статусу родини з онкологічним пацієнтом на різних етапах перебігу захворювання. На основі інформованої згоди було обстежено 286 родин онкологічних пацієнтів, з них: 174 сімей, у яких на онкологічну патологію хворіла дружина та 112 - чоловік. Родини досліджували на різних етапах лікувального процесу, а саме, при першому зіткненні з захворюванням - 78 жінок та 51 чоловік, та при поверненні хвороби чи її рецидиві - 96 осіб жіночої та 63 - чоловічої статі. Використана шкала сімейної адаптації і згуртованості FACES-3. Встановлено, що у родинах з онкологічним пацієнтом спостерігалася зміна сімейного функціонування у зв'язку з хворобою, що виражалася у формуванні певної моделі поведінки, найчастіше за типом гіперопіки. У сім'ях пацієнтів із продовженням хвороби спостерігалася зміна моделі поведінки зі зростанням гіперопіки чи дистанціювання, що відображалось у функціонуванні як за рівнем згуртованості, так і адаптації. Отже, зміни у сімейному функціонуванні у родинах з пацієнтом, який хворіє на онкологічне захворювання, обумовлюють необхідність розробки заходів медико-психологічної допомоги орієнтованої на всю сім'ю.

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

Вступ

Практика надання психологічної допомоги онкохворим показала, що онкологічний діагноз не є проблемою лише пацієнта, а набуває важливого значення для всієї родини. Захворювання спричиняє значні зміни у функціонуванні сім'ї, які виражаються у появі страхів, екзистенційних переживань, порушенні планів та звичного укладу життя, родинної комунікації, перерозподілі обов'язків та сімейних ролей, викликає посилення напруження та розгортання конфліктів у родині [8, 16, 18]. Кожна сім'я формує свої способи подолання ситуації, проте навіть у добре адаптованих та ресурсних сімейних системах виникає дестабілізація у відносинах між подружжям, батьками та дітьми [10, 11, 13]. У процесі адаптації родина вчиться взаємодії та комунікації з хворим, способам його емоційної підтримки, розуміння потреб, реагування на "складні" висловлювання, подолання сімейного напруження та конструктивного вирішення конфліктів. Кризовими періодами для родини стає рецидив, продовження хвороби, невдачі у лікуванні, зниження фізичного та психічного здоров'я пацієнта, перехід на паліативну допомогу [3, 4, 15].

Онкологічне захворювання у одного з членів сім'ї залишається складним викликом для родини, яка часто неготова до вирішення пов'язаних з хворобою проблем. У дослідженнях показано високу емоційну значимість для сім'ї пацієнта психотравмуючої ситуації наявності невиліковної хвороби у близької людини, що проявляється змінами у психоемоційному стані [5, 14, 19]. Родини хворих також проходять послідовність психологічних реакцій у відповідь на загрозливе для життя захворювання - шок, заперечення, агресію, пошук компромісу, депресію та прийняття. Поеднання стадії реагування та її змісту хворих та членів їх родини формує

характер сімейних взаємовідносин під час хвороби та її лікування.

Психологічні та психосоціальні потреби родини з онкологічним пацієнтом постійно зростають [6, 7, 8]. Психологічна допомога для сім'ї онкохворого на різних етапах розвитку патології включає різні за змістом та характером заходи - психоосвіту, індивідуальну та сімейну психотерапію [9, 12, 17].

Вивчення психологічного статусу та особливостей реагування родини на онкологічне захворювання, чинників, які впливають на адаптацію сімейної системи до захворювання, є важливими завданнями сучасної психоонкології.

Мета роботи - виявити особливості психологічного статусу родини з онкологічним пацієнтом на різних етапах перебігу захворювання.

Матеріали та методи

На основі інформованої згоди було обстежено 286 родин онкологічних пацієнтів, з них: 174 сімей, у яких на онкологічну патологію хворіла дружина (ГЖ) та 112 - чоловік (ГЧ). Родини досліджували на різних етапах лікувального процесу, а саме, при першому зіткненні з захворюванням - 78 жінок (ГЖ1) та 51 чоловік (ГЧ1), та при поверненні хвороби чи її рецидиві - 96 осіб жіночої (ГЖ2) та 63 - чоловічої статі (ГЧ2). Вік пацієнтів знаходився у діапазоні від 46 до 67 років.

Визначення особливостей психологічного статусу родини з пацієнтом на різних етапах перебігу онкологічної патології проводилося за шкалою сімейної адаптації і згуртованості FACES-3 (Н. І. Оліфірович, Т. А. Зінкевич-Куземкіна, Т. Ф. Велента, 2006).

Результати. Обговорення

Онкологічні пацієнти та їх родини при зіткненні з хворобою зіштовхуються з комплексом психологічних та психосоціальних проблем [1], що призводить до зниження якості життя, а також труднощів, пов'язаних з лікуванням. Присутня значна нестача інформації щодо перебігу хвороби, методів лікування, діагностики, факторів, що можуть вплинути на ефективність протипухлинної терапії, навиків взаємодії з медичними працівниками у даній ситуації. Труднощі у сім'ях викликали питання спілкування щодо хвороби, її прогнозу, спільного майбутнього, реагування на негативні переживання один одного.

У разі повернення хвороби і потреби у подальшому лікуванні у родині поновлювалося напруження, зростала сімейна тривога, інтенсифікувався страх за майбутнє, переживання щодо достатності ресурсів щодо подолання хвороби. Однак, на відміну від родин, які зіштовхнулися з онкологічним захворюванням вперше, були наявні способи протидії стресовій ситуації, розуміння необхідних дій, уявлення про хід діагностики та лікування.

Незалежно від етапу перебігу хвороби відбувалися значні зміни у сімейному функціонуванні, які полягали у тому, що хворий член родини, виключався з частини сімейних обов'язків та ролей, перерозподілялися сімейні ресурси, виникала потреба у формуванні навиків підтримки пацієнта під час лікування та періоді між курсами протипухлинної терапії, після завершення лікувальних заходів, способів конструктивного реагування на негативні емоції близької людини, вміння справлятися з власними переживаннями, діяти і приймати рішення у психологічно напруженій ситуації. Переживання членів родини часто включали почуття провини, відчуття безсилля перед загрозою та неможливістю допомогти, сумніви у правильності прийнятих рішень, пов'язаних з лікуванням. На етапах лікувального процесу пацієнти потребували не лише психоемоційної підтримки, але і фізичної підтримки (у післяопераційному періоді, протягом хіміотерапії). В таких умовах родина змінювала звичні для себе способи функціонування.

Аналіз сімейної взаємодії на фоні онкологічного захворювання виявив наступний розподіл моделей поведінки (табл. 1):

У родин з онкологічним пацієнтом переважало застосування моделі гіперопіки: 51,3% - у ГЖ1, 54,2% - у ГЖ2 та 56,9% - у ГЧ1, 58,7% - у ГЧ2. Модель дистанціювання спостерігалася у 26,9% та 28,1% у жінок з ГЖ1 та ГЖ2, та 27,5% і 28,6% чоловіків у ГЧ1 та ГЧ2, тоді як збалансованого контакту визначалася лише відповідно у 21,8% та 17,7%, та 15,7% і 12,7% родин. Таким чином, виникнення захворювання у одного з членів родини, спричиняло переорієнтацію сімейних ресурсів зі схильності до посиленої, навіть надмірної турботи, або рідше уособлення та віддалення від стресогенної ситуації.

Для моделі гіперопіки були притаманними: надмірна

Таблиця 1. Модель поведінки у родин з онкологічним пацієнтом, %.

Модель поведінки	ГЖ, n=174		ГЧ, n=112	
	ГЖ1, n=78	ГЖ2, n=96	ГЧ1, n=51	ГЧ2, n=63
Гіперопіки	51,3	54,2	56,9	58,7
Дистанціювання	26,9	28,1	27,5	28,6
Збалансованого контакту	21,8	17,7	15,7	12,7

Примітка: ГЖ1 - група жінок при першому зіткненні з захворюванням; ГЖ2 - група жінок при рецидиві хвороби; ГЧ1 - група чоловіків при першому зіткненні з захворюванням; ГЧ2 - група чоловіків при рецидиві хвороби.

турбота за члена родини, яка зменшувала його автономію, активність, відповідальність за ситуацію; обмеження хворого від негативної інформації, мотивом якого було "запобігання" психічних зрушень, в тому числі суїцидальних намірів, втрати надії на вилікування; "заборона" на негативні емоції - "потрібно думати лише про позитивне"; завищені очікування щодо лікування; обмежувальна поведінка.

Не зважаючи на підтримку пацієнта зі сторони родини, відкидання негативних фактів, пов'язаних з онкологічним захворюванням, унеможлиблювало обговорення наявних проблем та потреб, та відповідно ускладнювало можливість їх вирішення.

Модель дистанціювання супроводжувалася: униканням спілкування з хворим, особливо не тему хвороби та її прогнозу; формальними проявами підтримки; відстороненням на емоційному рівні; знеціненням власних переживань та емоцій пацієнта; високим рівнем сімейної напруженості; відчуттям провини як наслідку усвідомлення свого відсторонення від хворого.

Модель балансу характеризувалася: відповідністю турботи за пацієнта реальним потребам ситуації та самого хворого; прийняттям власних переживань та емоцій пацієнта, вмінням їх обговорювати; формуванням партнерськими стосунками.

При рецидиві онкогематологічного захворювання повторна травматизація [2] спричиняла трансформацію моделі поведінки родини шляхом поляризації на гіперопіку чи дистанціювання при відсутності формування конструктивних способів вирішення проблем.

У родин з онкологічним пацієнтом за рівнем згуртованості адаптивні типи (розділений та зв'язаний) становили: 52,6% - у ГЖ1 та 56,9% - у ГЧ1, і 47,9% - у ГЖ2 та 52,4% - у ГЧ2, а дезадаптивні (розрізнений та зчеплений) відповідно - 47,4% та 43,1% і 52,1% та 47,6% (табл. 2). Щодо рівня адаптації адаптивні типи (структурований та гнучкий) визначалися: у 51,3% - у ГЖ1 та 56,9% - у ГЧ1 і 47,9% - у ГЖ2 та 52,4% - у ГЧ2 та дезадаптивні відповідно: 48,7% і 43,1% та 52,1% і 47,6%.

Тобто, виявлялася схильність до порушення сімейної системи у більшому ступені в родин з, в яких пацієнткою була дружина, а також, у сім'ях при поверненні онкологічного захворювання.

Таблиця 2. Функціонування сімейної системи за параметрами згуртованості та адаптації, %.

Параметри шкали		ГЖ, n=174		ГЧ, n=112	
		ГЖ1, n=78	ГЖ2, n=96	ГЧ1, n=51	ГЧ2, n=63
"Згуртованість"					
Рівні згуртованості	Розрізнений	20,5	26,0	25,5	27,0
	Розділений	29,5	29,2	33,3	33,3
	Зв'язаний	23,1	18,8	23,5	19,0
	Зчеплений	26,9	26,0	17,6	20,6
"Адаптація"					
Рівні адаптації	Ригідний	35,9	36,5	35,3	36,5
	Структурований	34,6	36,5	39,2	38,1
	Гнучкий	16,7	11,5	17,6	14,3
	Хаотичний	12,8	15,6	9,8	11,1

При низькому рівні згуртованості члени родини дистанціювалися один від одного на фоні стресової ситуації, виявлялися суттєві розбіжності в інтересах, при надвисокому - навпаки, формували надмірні, схожі на співзалежні взаємозв'язки, "сімейні" межі були розмитими, наявна висока залежність від прийнятих сім'єю рішень, відмежування від оточення. Ригідні сімейні системи з жорстким лідером, чіткими ролями та правилами, складно пристосовувалися до нових умов функціонування, в особливості, якщо головуючим у родині був

захворівший. Також суттєві проблеми виникали у сім'ях з хаотичним типом, в яких члени родини не мали єдиної стратегії протидії хворобі. Структурований та гнучкий типи адаптації дозволяли пристосовуватися до нових умов життя родини, динамічним розподілом обов'язків, здатністю до перебудови відповідно до потреб як хворого так і інших членів родини.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. У родинях з онкологічним пацієнтом спостерігається зміна сімейного функціонування у зв'язку з хворобою, що виражалось у формуванні певної моделі поведінки, найчастіше за типом гіперопіки.

2. У сім'ях пацієнтів з продовженням хвороби спостерігалася зміна моделі поведінки або зі зростанням гіперопіки або дистанціювання, що відображалось у рівнях згуртованості - збільшенні частки сімей із розрізненим та зчепленим типами та адаптації - посиленні проявів, притаманних ригідним і хаотичним системам.

3. Родини, в яких пацієнткою були дружина, характеризувалися більш вираженими порушеннями сімейного функціонування як за рівнем згуртованості, так і адаптації.

Порушення сімейного статусу під впливом онкологічного захворювання у одного з членів родини обумовлюють необхідність розробки заходів медико-психологічної допомоги, орієнтованої на сімейну систему, а не окремого пацієнта.

Список посилань

1. Жулкевич, І. В., Сміян, С. І., Гаврилюк, М. Є., Кміта, Г. Г., Крамар, Л. Т., & Корчинська, Р. Й. (2000). Методологічні підходи до вивчення якості життя в гематологічних дослідженнях. *Вісник наукових досліджень*, 3, 16-23. Взято з http://nbuv.gov.ua/UJRN/vndt_2000_3_5.
2. Жулкевич, І. В., Вибирана, Р. Й., & Баранніков, К. В. (2013). Вікова динаміка змін стану мінеральної щільності кісткової тканини у хворих на хронічну лімфоїдну лейкемію. *Вісник наукових досліджень*, 1, 47-49. ISSN 1681-276X.
3. Маркова, М. В., О. В. Піонтковська, & Мухаровська, І. Р. (Укладачі). (2013). *Алгоритм повідомлення діагнозу та "несприятливих" новин у клініці дитячої онкології: методичні рекомендації*. Харків: [б.в.].
4. Мухаровська, І. Р. (2016). Особливості психологічного стану членів сім'ї онкологічного хворого на різних етапах лікувального процесу. *Scientific Journal "ScienceRise: Medical Science"*, 12(8), 21-26. DOI: 10.15587/2519-4798.2016.86538.
5. Drabe, N., Klaghofer, R., Weidt, S., Zwahlen, D., B?chi, 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. doi: 10.1002/pon.3662.
6. Faller, H., Weis, J., Koch, U., Braehler, E., Harter, M., Keller, M., ... Mehnert, A. (2016). Perceived need for psychosocial support depending on emotional distress and mental comorbidity in men and women with cancer. *J. Psychosom. Res.*, 81, 24-30. doi: 10.1016/j.jpsychores.2015.12.004.
7. Fujinami, R., Sun, V., Zachariah, F., Uman, G., Grant, M., & Ferrell B. (2015). Family caregivers distress levels related to quality of life, burden, and preparedness. *Psychooncology*, 24 (1), 54-62. doi: 10.1002/pon.3562.
8. Holland, J. C., Breitbart, W. S., Jacobsen, P. B., Loscalzo, M. J., McCorkle, R., & Butow, P. N. (Ed.) (2015). *Psycho-Oncology*. Oxford University press. ISBN-13: 978-0195367430, ISBN-10: 019536743X.
9. Holm, M., Arestedt, K., Carlander, I., Furst, C. J., Wengstrom, Y., Ohlen, J., & Alvariza, A. (2016). Short-term and long-term effects of a psycho-educational group intervention for family caregivers in palliative home care - results from a randomized control trial. *Psychooncology*, 25 (7), 795-802. doi: 10.1002/pon.4004.
10. 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 hardness. *Psychooncology*, 25 (1), 84-90. doi: 10.1002/pon.3878.
11. Jia, M., Li, J., Chen, C., & Cao F. (2015). Post-traumatic stress disorder symptoms in family caregivers of adult patients with acute leukemia from a dyadic perspective. *Psychooncology*, 24 (12), 1754-1760. doi: 10.1002/pon.3851.
12. Kissane, D. (2006). Family focused grief therapy: A randomized, controlled trial in palliative care and bereavement. *Am. J. Psychiatry*, 163, 1208-1218. DOI:10.1176/appi.ajp.163.7.1208.
13. Lai, C., Borrelli, B., Ciurliuni, P., & Aceto, P. (2017). Sharing information about cancer with one's family is associated with improved quality of life. *Psychooncology*, 26 (10), 1569-1575. doi: 10.1002/pon.4334.
14. Lee, K. C., Yiin, J. J., Lin, P. C., & Lu, S. H. (2015). Sleep disturbances and related factors among family caregivers of patients with advanced cancer. *Psychooncology*, 24 (12), 1632-1638. doi: 10.1002/pon.3816.
15. 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. doi: 10.1002/pon.4056.
16. Lukhmana, S., Bhasin, S. K., Chhabra, P., & Bhatia, M. S. (2015). Family caregivers' burden: A hospital based study in 2010 among cancer patients from Delhi. *Indian Journal of Cancer*, 52 (1), 146-151. doi: 10.4103/0019-509X.175584.
 17. Mukharovska, I. R. (2017). Psychological help for family members of cancer patients at different stages of the treatment. *Journal of Education, Health and Sport.*, 7 (1), 583-590. eISSN 2391-8306. DOI: <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.1036778>.
 18. Nielsen, M. K., Neergaard, M. A., Jensen, A. B., Bro, F., & Guldin, M. B. (2016). Psychological distress, health, and socio-economic factors in caregivers of terminally ill patients: a nationwide population-based cohort study. *Support Care Cancer.*, 24 (7), 3057-3067. doi: 10.1007/s00520-016-3120-7.
 19. 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. doi: 10.1093/annonc/mdw205.
- ### References
1. Zhulkevych, I. V., Smilian, S. I., Havryliuk, M. Ye., Kmita, H. H., Kramar, L. T., & Korchynska, R. Y. (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 Research*, 3, 16-23. Vziato z http://nbuv.gov.ua/UJRN/vndt_2000_3_5.
 2. Zhulkevych, I. V., Vybyrana, R. Y., & Barannikov, K. V. (2013). Vikova dynamika zmin stanu mineralnoi shchilnosti kistkovoї tkanyny u khvorykh na khronichnu limfoidnu leukemiiu [Age-related dynamics of changes in bone mineral density in patients with chronic lymphoid leukemia]. *Visnyk naukovykh doslidzhen - Bulletin of scientific research*, 1, 47-49. ISSN 1681-276X.
 3. Markova, M. V., O. V. Piontkovska, & Mukharovska, I. R. (Ukladachi). (2013). *Alhorytm povidomlennia diahnozu ta "nespriiatlyvykh" novyn u klinitsi dytiachoi onkologii: metodychni rekomendatsii [An algorithm for reporting diagnosis and "adverse" news in a pediatric oncology clinic: guidelines]*. Kharkiv: [b.v.].
 4. Mukharovska, I. R. (2016). Osoblyvosti psykhologichnoho stanu chleniv simi onkologichnoho khvorocho na riznykh etapakh likuvalnoho protsesu [Features of the psychological state of family members of the cancer patient at different stages of the treatment process]. *Scientific Journal "ScienceRise: Medical Science"*, 12(8), 21-26. DOI: 10.15587/2519-4798.2016.86538.
 5. Drabe, N., Klaghofer, R., Weidt, S., Zwahlen, D., B?chi, 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. doi: 10.1002/pon.3662.
 6. Faller, H., Weis, J., Koch, U., Brahler, E., Harter, M., Keller, M., ... Mehnert, A. (2016). Perceived need for psychosocial support depending on emotional distress and mental comorbidity in men and women with cancer. *J. Psychosom. Res.*, 81, 24-30. doi: 10.1016/j.jpsychores.2015.12.004.
 7. Fujinami, R., Sun, V., Zachariah, F., Uman, G., Grant, M., & Ferrell B. (2015). Family caregivers distress levels related to quality of life, burden, and preparedness. *Psychooncology*, 24 (1), 54-62. doi: 10.1002/pon.3562.
 8. Holland, J. C., Breitbart, W. S., Jacobsen, P. B., Loscalzo, M. J., McCorkle, R., & Butow, P. N. (Ed.) (2015). *Psycho-Oncology*. Oxford University press. ISBN-13: 978-0195367430, ISBN-10: 019536743X.
 9. Holm, M., Arestedt, K., Carlander, I., Furst, C. J., Wengstrom, Y., Ohlen, J., & Alvariza, A. (2016). Short-term and long-term effects of a psycho-educational group intervention for family caregivers in palliative home care - results from a randomized control trial. *Psychooncology*, 25 (7), 795-802. doi: 10.1002/pon.4004.
 10. 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 hardness. *Psychooncology*, 25 (1), 84-90. doi: 10.1002/pon.3878.
 11. Jia, M., Li, J., Chen, C., & Cao F. (2015). Post-traumatic stress disorder symptoms in family caregivers of adult patients with acute leukemia from a dyadic perspective. *Psychooncology*, 24 (12), 1754-1760. doi: 10.1002/pon.3851.
 12. Kissane, D. (2006). Family focused grief therapy: A randomized, controlled trial in palliative care and bereavement. *Am. J. Psychiatry*, 163, 1208-1218. DOI:10.1176/appi.ajp.163.7.1208.
 13. Lai, C., Borrelli, B., Ciurliuni, P., & Aceto, P. (2017). Sharing information about cancer with one's family is associated with improved quality of life. *Psychooncology*, 26 (10), 1569-1575. doi: 10.1002/pon.4334.
 14. Lee, K. C., Yiin, J. J., Lin, P. C., & Lu, S. H. (2015). Sleep disturbances and related factors among family caregivers of patients with advanced cancer. *Psychooncology*, 24 (12), 1632-1638. doi: 10.1002/pon.3816.
 15. 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. doi: 10.1002/pon.4056.
 16. Lukhmana, S., Bhasin, S. K., Chhabra, P., & Bhatia, M. S. (2015). Family caregivers' burden: A hospital based study in 2010 among cancer patients from Delhi. *Indian Journal of Cancer*, 52 (1), 146-151. doi: 10.4103/0019-509X.175584.
 17. Mukharovska, I. R. (2017). Psychological help for family members of cancer patients at different stages of the treatment. *Journal of Education, Health and Sport.*, 7 (1), 583-590. eISSN 2391-8306. DOI: <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.1036778>.
 18. Nielsen, M. K., Neergaard, M. A., Jensen, A. B., Bro, F., & Guldin, M. B. (2016). Psychological distress, health, and socio-economic factors in caregivers of terminally ill patients: a nationwide population-based cohort study. *Support Care Cancer.*, 24 (7), 3057-3067. doi: 10.1007/s00520-016-3120-7.
 19. 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. doi: 10.1093/annonc/mdw205.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА СЕМЕЙ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ПАЦИЕНТОМ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Кривонос Т.

Аннотация. Онкологическое заболевание поражает не только пациента, но и влияет на функционирование всей семьи. Цель работы - выявить особенности психологического статуса семьи с онкологическим пациентом на разных этапах течения заболевания. На основе информированного согласия были обследованы 286 семей онкологических пациентов, из них: 174 семей, в которых онкологической патологией болела жена и 112 - муж. Семьи исследовали на различных этапах

лечебного процесса, а именно, при первом столкновении с заболеванием - 78 женщин и 51 мужчина, и при возвращении болезни или ее рецидиве - 96 лиц женского и 63 - мужского пола. Использована шкала семейной адаптации и сплоченности FACES-3. Установлено, что в семьях с онкологическим пациентом наблюдалось изменение семейного функционирования в связи с болезнью, что выражалась в формировании определенной модели поведения, чаще всего по типу гиперопеки. В семьях пациентов с продолжением болезни наблюдалось изменение модели поведения или с ростом гиперопеки или дистанцирование, что отражалось в функционировании как по уровню сплоченности, так и адаптации. Таким образом, изменения в семейном функционировании в семьях с пациентом, который болеет онкологическим заболеванием, обуславливают необходимость разработки мероприятий медико-психологической помощи, ориентированной на всю семью.

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

PECULIARITIES OF PSYCHOLOGICAL STATUS FAMILIES WITH ONCOLOGICAL PATIENT AT DIFFERENT STAGES OF DISEASE DEVELOPMENT

Krivosnis T.

Annotation. Cancer affects not only the patient but also affects the functioning of the whole family. The purpose of the work is to identify the peculiarities of the psychological status of the family with the cancer patient at different stages of the disease. On the base of informed consent, 286 families of cancer patients examined: 174 families with patient-wife and 112 families with patient-husband. Families examined at different stages of the treatment process, namely, at the first episode of the disease - 78 women and 51 men, and after return of the disease or its relapse - 96 women and 63 men. The FACES-3 family adaptation and cohesion scale was used. It is established that in families with cancer patients found changes in family functioning caused by the disease, which expressed in the formation of a specific behaviour patterns, most often by type of excessive care. In patients with continued illness observed changes in behaviour model in form of excessive care or distancing which reflected in levels of cohesion and adaptation. Thus, changes in family functioning in families with a patient suffering from cancer necessitate the development of family-oriented medical-psychological help.

Keywords: patient's family, cancer patients, psycho-oncology, medical- psychological help.