

УДК 616.89:616-006-052

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОГО РЕАГУВАННЯ НА ЗАХВОРЮВАННЯ У ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

© І. Р. Мухаровська

У 62,8 % онкохворих виявлено неадаптивні типи реагування на захворювання, 16,6 % мали поєднані форми реагування, що включали особистісну та міжособистісну дезадаптацію, порушення інтрапсихічної адаптації превалювало над інтерпсихічною. Прогресування захворювання обумовлювало ускладнення проявів відповіді на хворобу шляхом злиття дезадаптивних типів і утворення змішаних форм, посилення тривожного, іпохондричного, меланхолічного, апатичного, параноїального, дисфоричного компонентів

Ключові слова: онкологічні пацієнти, реагування на захворювання, психоонкологія, психологічна допомога, протипухлинна терапія

Aim of research was to reveal the features of psychological response to the disease in cancer patients at the different stages of treating process and depending on sex.

Materials and methods. The research was carried out on the base of Kyiv city cancer center during 2014–2016. 80 cancer patients were examined at diagnostic stage, at the stage of final confirmation of diagnosis and the choice of the therapy methods – G(d), 187 persons, who underwent the anti-tumor treatment for the first time – G(n), and 155 cancer patients, who needed the repeated treatment as a result of the progressing or relapse of disease – G(b). The questionnaire “The types of attitude to disease” was used as a diagnostic instrument.

Results. In 62,8 % of cancer patients were revealed the non-adaptive types of response to the disease, 16,6 % had combined forms of response, including personal and interpersonal maladjustment, the disorder of intra-psychical adaptation prevailed over inter-psychical one. The progressing of cancer disease conditioned the complication of manifestations of response to the disease by the way of junction of non-adaptive types and creation of their mixed forms, intensification of anxious, hypochondriac, melancholic, apathetic, paranoiac, dysphoric components in the composition of psychic response. Among cancer patients the most often were anosognostic (13,0 %), anxious-sensitive (11,4 %), ergopathic-anxious (10,4 %), sensitive (7,8 %), anxious (7,6 %) and hypochondriac types (6,4 %). The differences in the structure and frequency of occurrences of the types of responses to the disease indicated the presence of gender features of psychical response.

Conclusion. The determination and correction of non-adaptive forms of the response to disease is an important part of medical-psychological help for the cancer patients

Keywords: cancer patients, response to disease, psychooncology, psychological help, anti-tumor therapy

1. Вступ

Онкологічні захворювання на сьогодні, не зважаючи на нові підходи у діагностиці і лікуванні онкологічної патології, залишаються складною медичною, психологічною та психосоціальною проблемою [1]. В Україні реєструється вищий рівень захворюваності щодо онкології у порівнянні з світовими стандартами – 384,9 проти 229,3 тис. [2].

Онкологічні захворювання відносяться до категорії хвороб з високим стресовим потенціалом, що обумовлено значними зрушеннями у фізичному здоров'ї, негативним прогнозом для життя, складним лікуванням [3, 4]. Загроза для життя, побічні ефекти протипухлинної терапії, постійна настороженість щодо повернення хвороби, викликають розвиток широкого спектру психодезадаптивних станів та клінічно окреслених психічних розладів [5]. Поширеність психічних розладів серед онкологічних хворих за дослідженнями різних авторів складає від 44 до 62 % [6]. Поряд з хворими психічному травмуванню підпадає і його близьке оточення, медичний персонал, який надає допомогу та здійснює догляд [7, 8].

2. Обґрунтування дослідження

Сучасна протипухлинна терапія дозволяє суттєво продовжити та підвищити якість життя пацієнтів. Проте не зважаючи на розвиток психологічного напрямку в онкології залишаються невирішеними багато проблем. Ставлення та поведінка онкологічних хворих під час лікувального процесу серед них відіграє важливу роль. Адже саме отримання протипухлинної терапії дозволяє зупинити хворобу та позитивно вплинути на якість життя хворого.

За даними Національного канцер-реєстру за 2014 рік розподіл нових випадків захворювання на злоякісні новоутворення за стадіями показав, що 52,8 % з них були виявлені у 1–2-й стадії розвитку пухлини, 17,5 % – у 3-й стадії і 14,9 % – у 4-й стадії, 14,8 % включали випадки, які не підлягали стадіюванню чи були класифіковані з порушенням [2]. Спеціальне протипухлинне лікування отримали протягом року тільки 68,7 % первинних хворих. З онкологічних хворих, які не отримали протипухлинного лікування 66,5 % склали особи похилого та старечого та 23,3 % були хворі працездатного віку [9]. Причинами такого високого рівня пізньої

діагностики онкології 32,4 % – на 3–4-й стадії, відсутності проведення спеціального протипухлинного лікування у 31,3 % осіб, серед яких 23,3 % складають хворі працездатного віку, є різноманітні клінічні, психологічні та медико-соціальні чинники. Провідними психологічними факторами відмови від лікування серед онкологічних хворих є зниження суб'єктивної перспективи лікування, переживання відчуття приреченості, ірраціональні установки, страх перед побічною дією та ускладненнями протипухлинної терапії [10, 11].

Саме тому важливим завданням медико-психологічної служби є вивчення особливостей поведінки хворих протягом лікування, підвищення прихильності та адаптація до протипухлинної терапії, налагодження ефективної взаємодії пацієнта та лікаря.

3. Мета дослідження

Виявити особливості психологічного реагування на захворювання у онкохворих на різних етапах лікувального процесу та в залежності від статі.

4. Контингент та методи дослідження

Дослідження проводилося на базі Київського міського клінічного онкологічного центру протягом 2014–2016 рр. Було обстежено 80 онкологічних пацієнтів на діагностичному етапі (45 жінок та 35 чоловіків), остаточного підтвердження діагнозу та вибору методів терапії – Г(д), 187 осіб (101 жінка та 86 чоловіків), які проходили протипухлинне лікування вперше – Г(п), та 155 онкохворих (85 жінок та 70 чоловіків) – звернулися за лікуванням повторно в наслідок прогресування чи рецидиву захворювання – Г(в). За віком 13,7 % опитуваних знаходилися у віковому діапазоні 30–39 років, 30,3 % – 40–49 років, 48,6 % – 50–59 років та 7,3 % – 60–69 років. Протипухлинну терапію у вигляді лише хірургічного лікування отримували 26,9 % хворих, комплексне та комбіноване лікування проводилося 73,1 % пацієнтам. За нозологічною структурою 17,5 % становили хворі з раком молочної залози, 17,3 % – немеланомними злоякісними новоутвореннями шкіри, 12,6 % – раком легенів чи бронхів, 9,4 % – раком ободової кишки, 8,2 % – раком предміхурової залози, 7,6 % – раком шлунку, 7,0 % – раком прямої кишки, 6,1 % – раком тіла матки, 3,8 % – раком шийки матки, 2,9 % – меланомою, 2,6 % – раком сечового міхура, 2,6 % – раком яєчників, 2,3 % – раком підшлункової залози.

В якості діагностичного інструментарію було використано опитувальник «Типи відношення до захворювання» (ТОБОЛ). Статистична обробка проводилася з використанням MS Excel v.8.0.3. Для виявлення

достовірності різниці між середніми груповими значеннями застосовано параметричний t-критерій Стьюдента.

5. Результати дослідження

У табл. 1 приведені дані щодо розподілу різних типів реагування на захворювання у онкологічних хворих на діагностичному етапі, періоді первинного та повторного лікування.

Таблиця 1

Структура типів реагування на захворювання

Тип реагування	Всі		Г(д)		Г(п)		Г(в)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Адаптивні типи								
Гармонічний	15	3,6±1,9	0	0	7	3,7±1,9	8	5,2±2,2
Ергопатичний	17	4,0±2,0	4	5,0±2,2	10	5,3±2,2	3	1,9±1,4
Анозогнозичний	55	13,0±3,4	10	12,5±3,3	23	12,3±3,3	22	14,2±3,5
Загалом	87	20,6±4,0	14	17,5±3,8	40	21,4±4,1	33	21,3±4,1
Змішані типи, в складі яких був адаптивний тип								
Ергопатично-тривожний	44	10,4±3,1	11	13,8±3,4	18	9,6±2,9	15	9,7±3,0
Ергопатично-неврастенічний	7	1,7±1,3	2	2,5±1,6	4	2,1±1,4	1	0,6±0,8
Ергопатично-анозогнозичний	16	3,8±1,9	4	5,0±2,2	6	3,2±1,8	6	3,9±1,9
Ергопатично-егоцентричний	3	0,7±0,8	1	1,3±1,1	2	1,1±1,0	0	0
Загалом	70	16,6±3,7	18	22,5±4,2	30	16,0±3,7	22	14,2±3,5
Типи з інтрапсихічною дезадаптацією								
Тривожний	32	7,6±2,6	6	7,5±2,6	17	9,1±2,9	9	5,8±2,3
Іпохондричний	27	6,4±2,4	4	5,0±2,2	11	5,9±2,4	12	7,7±2,7
Неврастенічний	18	4,3±2,0	3	3,8±1,9	9	4,8±2,1	6	3,9±1,9
Меланхолічний	5	1,2±1,1	0	0	1	0,5±0,7	4	2,6±1,6
Апатичний	4	0,9±1,0	0	0	0	0	4	2,6±1,6
Загалом	86	20,4±4,0	13	16,3±3,7	38	20,3±4,0	35	22,6±4,2
Змішані типи з інтра-інтрапсихічною дезадаптацією								
Тривожно-іпохондричний	21	5,0±2,2	3	3,8±1,9	7	3,7±1,9	11	7,1±2,6
Тривожно-неврастенічний	16	3,8±1,9	4	5,0±2,2	8	4,3±2,0	4	2,6±1,6
Тривожно-меланхолічний	15	3,6±1,9	3	3,8±1,9	5	2,7±1,6	7	4,5±2,1
Загалом	52	12,3±3,3	10	12,5±3,3	20	10,7±3,1	22	14,2±3,5
Типи з інтерпсихічною дезадаптацією								
Сензитивний	33	7,8±2,7	10	12,5±3,3	16	8,6±2,8	7	4,5±2,1
Егоцентричний	11	2,6±1,6	1	1,3±1,1	6	3,2±1,8	4	2,6±1,6
Паранояльний	4	0,9±1,0	0	0	1	0,5±0,7	3	1,9±1,4
Дисфоричний	7	1,7±1,3	1	1,3±1,1	4	2,1±1,4	2	1,3±1,1
Загалом	55	13,0±3,4	12	15,0±3,6	27	14,4±3,5	16	10,3±3,0
Змішані типи з інтра-інтерпсихічною дезадаптацією								
Тривожно-сензитивний	48	11,4±3,2	10	12,5±3,3	22	11,8±3,2	16	10,3±3,0
Тривожно-паранояльний	5	1,2±1,1	0	0	2	1,1±1,0	3	1,9±1,4
Неврастенічно-дисфоричний	8	1,9±1,4	1	1,3±1,1	3	1,6±1,3	4	2,6±1,6
Неврастенічно-егоцентричний	9	2,1±1,4	1	1,3±1,1	5	2,7±1,6	3	1,9±1,4
Загалом	70	16,6±3,7	12	15,0±3,6	32	17,1±3,8	26	16,8±3,7

Примітка: n – кількість опитуваних (абсолютні величини)

Типи реагування на захворювання поділялися на 3 групи: адаптивні (гармонічний, ергопатичний, анозогнозичний), переважно з розвитком інтрапсихічної (тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолічний, апатичний) та інтерпсихічної дезадаптації (сензитивний, егоцентричний, параноїальний, дисфоричний). Окремо було виділено змішані типи, які включали поєднані варіанти реагування.

На рис. 1 представлено структуру типів в залежності від етапу лікувального процесу: діагностичного, первинної та повторної протипухлинної терапії.

На рис. 2 зображено розподіл типів реагування на захворювання в залежності від статі.

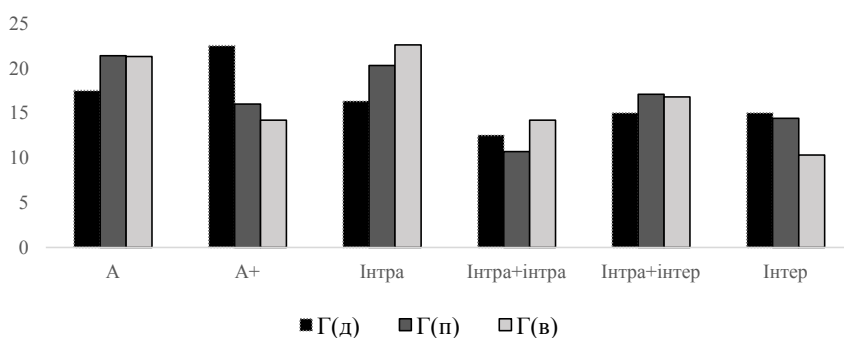


Рис. 1. Порівняння структури типів реагування на захворювання (у %) в залежності від етапу лікувального процесу: А – адаптивні типи, А+ – в складі був адаптивний тип, Інтра та Інтер – чисті типи з інтра- та інтерпсихічною дезадаптацією, Інтра-інтра – змішаний тип реагування, що включав 2 інтрапсихічні типи, інтра-інтер – змішаний тип реагування, який складався з інтрапсихічного та інтерпсихічного типів

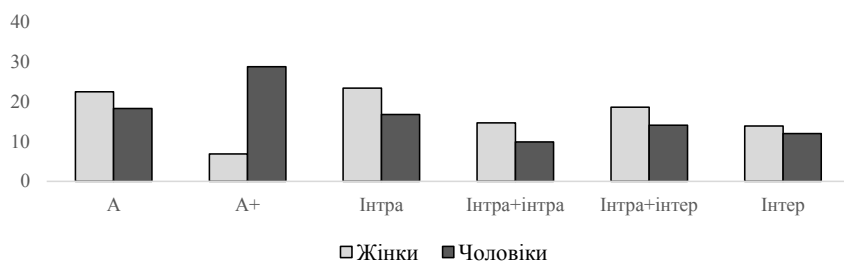


Рис. 2. Порівняння структури типів реагування на захворювання (у %) в залежності від етапу лікувального процесу: А – адаптивні типи, А+ – в складі був адаптивний тип, Інтра та Інтер – чисті типи з інтра- та інтерпсихічною дезадаптацією, Інтра-інтра – змішаний тип реагування, що включав 2 інтрапсихічні типи, інтра-інтер – змішаний тип реагування, який складався з інтрапсихічного та інтерпсихічного типів

Змістовний аналіз розподілу типів реагування у групах онкологічних хворих в залежності етапу лікувального процесу та статевої приналежності виявив ряд особливостей.

6. Обговорення результатів дослідження

Типи реагування на захворювання, які показували високий рівень адаптованості, становили 20,6±4,0 %, змішані у складі з адаптивним – 16,6±3,7 %, чисті та змішані з інтрапсихічною дезадаптацією – 20,4±4,0 % та 12,3±3,3 %, з інтер-

психічною – 13,0±3,4 % та змішані з інтер-інтрапсихічною дезадаптацією – 16,6±3,7 % (табл. 1). Тобто, типи з виразним порушенням особистісної та психосоціальної адаптації становили 62,8 %, інтрапсихічна дезадаптація превалювала над інтерпсихічною.

Адаптивні типи визначалися у 17,5±3,8 % хворих на діагностичному етапі, 21,4±4,1 % – у періоді первинного та 21,3±4,1 % – повторного лікування, змішано-адаптивні відповідно виявлені у 22,5±4,2 %, 16,0±3,7 % та 14,2±3,5 % опитуваних (рис. 1). Так як змішано-адаптивні типи формувалися в основному за рахунок ергопатичного компоненту, погіршення фізичного стану у зв'язку з хворобою зменшувало

професійні можливості, що і могло впливати на зниження даного показника у Г(в). Моно типи та змішані типи з провідною особистісною дезадаптацією визначалися у 16,3±3,7 % та 12,5±3,3 % у Г(д), 20,3±4,0 % та 10,7±3,1 % у Г(п) і 22,6±4,2 % та 14,2±3,5 % пацієнтів з Г(в), що вказувало на тенденцію до зростання інтрапсихічного напруження у процесі прогресування захворювання. Інтерпсихічна дезадаптація виявлена у 15,0±3,6 % онкохворих на діагностичному етапі, 14,4±3,5 % – при первинному та 10,3±3,0 % – повторному лікуванні. Показники поєднаної інтра-інтерпсихічної дезадаптації становили у Г(д) – 15,0±3,6 %, Г(п) – 17,1±3,8 % та Г(в) – 16,8±3,7 %.

У жінок з онкопатологією переважав адаптивний блок (22,5±4,2 % проти 18,3±3,9 %), чиста (23,4±4,2 % проти 16,8±3,7 %) та змішана інтрапсихічна (14,7±3,5 % проти 9,9±3,0 %), поєднана інтра-інтерпсихічна дезадаптація (18,6±3,9 % проти 14,1±3,5 %), у чоловіків була більша доля осіб зі змішано-адаптивним типом (28,8±4,5 % проти 6,9±2,5 %), щодо порушення інтрапсихічної адаптації показники становили 13,9±3,5 % у осіб жіночої та 12,0±3,3 % – чоловічої статі (рис. 2).

Серед онкологічних пацієнтів найчастіше зустрічалися анозогнозичний (13,0±3,4 %), тривожно-сензитивний (11,4±3,2 %), ергопатично-тривожний (10,4±3,1 %), сензитивний (7,8±2,7 %), тривожний (7,6±2,6 %) та іпохондричний типи (6,4±2,4 %). Виявлені тривожно-іпохондричний (5,0±2,2 %), неврастенічний (4,3±2,0 %), ергопатичний (4,0±2,0 %), ергопатично-анозогнозичний (3,8±1,9 %), тривожно-неврастенічний (3,8±1,9 %), гармонічний (3,6±1,9 %), тривожно-меланхолічний (3,6±1,9 %), егоцентричний (2,6±1,6 %), неврастенічно-егоцентричний (2,1±1,4 %),

однак вони були представлені менше. Найменша кількість осіб проявляла неврастенічно-дисфоричний (1,9±1,4 %), ергопатично-неврастенічний (1,7±1,3 %), дисфоричний (1,7±1,3 %), меланхолічний (1,2±1,1 %), тривожно-паранояльний (1,2±1,1 %), апатичний (0,9±1,0 %), паранояльний (0,9±1,0 %), ергопатично-егоцентричний типи (0,7±0,8 %).

У жінок частіше виявлялися анозогнозичний (16,9±3,7 % проти 8,4±2,8 %), тривожно-сензитивний (15,6±3,6 % проти 6,3±2,4 %), тривожний (11,3±3,2 % проти 3,1±1,7 %), сензитивний (11,3±3,2 % проти 3,7±1,9 %), неврастенічний (6,1±2,4 % проти 2,1±1,4 %), тривожно-неврастенічний (5,6±2,3 % проти 1,6±1,2 %), тривожно-меланхолічний (4,8±2,1 % проти 2,1±1,4 %), ергопатично-неврастенічний типи (2,6±1,6 % проти 0,5±1,7 %), чоловіків – ергопатично-тривожний (19,4±4,0 % проти 3,5±1,8 %), іпохондричний (9,9±3,0 % проти 3,5±1,8 %), ергопатично-анозогнозичний (7,3±2,6 % проти 0,9±0,9 %), ергопатичний (6,8±2,5 % проти 1,7±1,3 %), неврастенічно-егоцентричний (4,2±2,0 % проти 0,9±0,9 %), тривожно-іпохондричний (6,3±2,4 % та 4,3±2,0 %), егоцентричний (3,7±1,9 % проти 1,7±1,3 %), дисфоричний (3,1±1,7 % проти 0,4±0,7 %), тривожно-паранояльний типи (2,1±1,4 % проти 0,4±0,7 %). Найменша різниця у осіб різної статі визначалася щодо гармонійного (3,9±1,9 % у жінок та 3,1±1,7 % у чоловіків), неврастенічно-дисфоричного (1,7±1,3 % та 1,6±1,2 %), меланхолічного (1,7±1,3 % та 0,5±0,7 %), апатичного (0,9±0,9 % та 1,0±1,0 %), паранояльного (0,4±0,7 % та 1,6±1,2 %), ергопатично-егоцентричного типів (0 % та 1,6±1,2 %).

При прогресуванні захворювання та повторних курсах протипухлинного лікування спостерігалася тенденція до ускладнення проявів відповіді на хворобу шляхом злиття неадаптивних типів і утворення їх змішаних форм – 27,5±4,5 % у Г(д), 27,8±4,5 % у Г(п) проти 31,0±4,6 % у Г(в), посилення іпохондричного, меланхолічного, апатичного, паранояльного, дисфоричного компонентів у складі психічного відреагування.

7. Висновки

1. У 62,8 % онкологічних пацієнтів виявлено дезадаптивні типи реагування на захворювання, 16,6 % мали поєднані форми реагування, що включали особистісну та міжособистісну дезадаптацію, порушення інтрапсихічної адаптації превалювало над інтерпсихічною.

2. Прогресування онкологічного захворювання обумовлювало ускладнення проявів відповіді на хворобу шляхом злиття дезадаптивних типів і утворення їх змішаних форм, посилення тривожного, іпохондричного, меланхолічного, апатичного, паранояльного, дисфоричного компонентів у складі психічного відреагування.

3. Серед онкологічних пацієнтів найчастіше зустрічалися анозогнозичний (13,0±3,4 %), тривожно-сензитивний (11,4±3,2 %), ергопатично-тривожний (10,4±3,1 %), сензитивний (7,8±2,7 %), тривожний (7,6±2,6 %) та іпохондричний типи (6,4±2,4 %).

4. Відмінності у структурі та частоті зустрітливості типів реагування на захворювання вказували на наявність гендерних особливостей психічної відповіді.

5. Визначення та корекція дезадаптивних форм реагування на захворювання важлива частина медико-психологічної допомоги онкохворим.

Література

1. Маркова, М. В. Стан та перспективи розвитку сучасної психоонкології [Текст] / М. В. Маркова, О. В. Піонтковська, І. Р. Кужель // Український вісник психоневрології. – 2012. – Т. 20, № 4. – С. 86–91.

2. Федоренко, З. П. Рак в Україні 2013–2014 [Текст] / З. П. Федоренко, Л. О. Гулак, Ю. Й. Михайлович, Е. Л. Горох, А. Ю. Ружов, О. В. Сумкина, Л. Б. Куценко; ред. О. О. Колеснік. – К.: Національний інститут раку, 2015. – Режим доступу: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_16/index.htm

3. Савин, А. И. Особенности психогенно обусловленных психических расстройств и психологические характеристики онкологических больных при разных опухолевых локализациях (подход к проблеме) [Текст] / А. И. Савин, Б. Ю. Володин // Наука молодых – EruditioJuvenium. – 2015. – № 3. – С. 82–86.

4. Bambauer, K. Z. Mutuality and specificity of mental disorders in advanced cancer patients and caregivers [Text] / K. Z. Bambauer, B. Zhang, P. K. Maciejewski, N. Sahay, W. F. Pirl, S. D. Block, H. G. Prigerson // Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. – 2006. – Vol. 41, Issue 10. – P. 819–824. doi: 10.1007/s00127-006-0103-x

5. Grassi, L. Psychological factors affecting oncology conditions [Text] / L. Grassi, B. Biancosino, L. Marmai, E. Rossi, S. Sabato // Advances in Psychosomatic Medicine. – 2007. – Vol. 27. – P. 57–71. doi: 10.1159/000106797

6. Holland, J. C. Psycho-Oncology [Text] / J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen, M. S. Lederberg, M. J. Loscalzo, R. McCorkle. – Oxford University press, 2010. – 720 p. doi: 10.1093/med/9780195367430.001.0001

7. Nipp, R. D. Factors associated with depression and anxiety symptoms in family caregivers of patients with incurable cancer [Text] / R. D. Nipp, A. El-Jawahri, J. N. Fishbein, E. R. Gallagher, J. M. Stagl, E. R. Park et. al. // Annual of Oncology. – 2016. – Vol. 27, Issue 8. – P. 1607–1612. doi: 10.1093/annonc/mdw205

8. Gillman, L. Strategies to promote coping and resilience in oncology and palliative care nurses caring for adult patients with malignancy: a comprehensive systematic review [Text] / L. Gillman, J. Adams, R. Kovac, A. Kilcullen, A. House, C. Doyle // JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports. – 2015. – Vol. 13, Issue 5. – P. 131–204. doi: 10.11124/01938924-201513050-00012

9. Федоренко, З. П. Рак в Україні 2007–2008 [Текст] / З. П. Федоренко, Л. О. Гулак, Е. Л. Горох, А. Ю. Ружов, О. В. Сумкина, Л. Б. Куценко; ред. О. О. Колеснік. – К.: Національний інститут раку, 2009. – С. 4–5.

10. Walter, F. The Andersen Model of Total Patient Delay: a systematic review of its application in cancer diagnosis [Text] / F. Walter, A. Webster, S. Scott, J. Emery // Journal of Health Services Research & Policy. – 2012. – Vol. 17, Issue 2. – P. 110–118. doi: 10.1258/jhsrp.2011.010113

11. Петелин, Д. С. Феномен откладывания в онкологии [Текст] / Д. С. Петелин, А. В. Лукин // Психические расстройства в общей медицине. – 2015. – Т. 2, № 3. – С. 40–53.

References

1. Markova, M. V., Piontkovska, O. V., Kuzhel, I. R. (2012). State of art and development of modern psychooncology. Ukrainian Bulletin of psychoneurology, 20 (4), 86–91.

2. Fedorenko, Z. P., Gulak, L. O., Mihaylovich, Y. J., Goroh, E. L., Ruzhov, A. Y., Sumkina, O. V., Kucenko, L. B.; Kolesnik, O. O. (Ed.) (2015). Cancer in Ukraine in 2013–2014 years. Kiev: National Cancer Institute. Available at: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_17/index.htm.

3. Savin, A. I., Volodin, B. Y. (2015). Features of psychogenic caused mental disorders and psychological characteristics of cancer patients with different tumor localizations (approach to the problem). Eruditio Juvenium, 3, 82–86.

4. Bambauer, K. Z., Zhang, B., Maciejewski, P. K., Sahay, N., Pirl, W. F., Block, S. D., Prigerson, H. G. (2006). Mutuality and specificity of mental disorders in advanced cancer patients and caregivers. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 41 (10), 819–824. doi: 10.1007/s00127-006-0103-x

5. Grassi, L., Biancosino, B., Marmai, L., Rossi, E., Sabato, S. (2007). Psychological Factors Affecting Oncology Conditions. Advances in Psychosomatic Medicine, 27, 57–71. doi: 10.1159/000106797

6. Holland, J. C., Breitbart, W. S., Jacobsen, P. B., Jacobsen, P. B., Lederberg, M. S., Loscalzo, M. J., McCorkle, R. (2010). Psycho-Oncology. Oxford University press, 720. doi: 10.1093/med/9780195367430.001.0001

7. Nipp, R. D., El-Jawahri, A., Fishbein, J. N., Gallagher, E. R., Stagl, J. M., Park, E. R. et. al. (2016). Factors associated with depression and anxiety symptoms in family caregivers of patients with incurable cancer. Annals of Oncology, 27 (8), 1607–1612. doi: 10.1093/annonc/mdw205

8. Gillman, L., Adams, J., Kovac, R., Kilcullen, A., House, A., Doyle, C. (2015). Strategies to promote coping and resilience in oncology and palliative care nurses caring for adult patients with malignancy: a comprehensive systematic review. JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports, 13 (5), 131–204. doi: 10.11124/01938924-201513050-00012

9. Fedorenko, Z. P., Gulak, L. O., Goroh, E. L., Sumkina, O. V., Ruzhov, A. Y., Kucenko, L. B.; Kolesnik, O. O. (Ed.) (2009). Cancer in Ukraine in 2007–2008 years. Kiev: National Cancer Institute, 4–5.

10. Walter, F., Webster, A., Scott, S., Emery, J. (2012). The Andersen Model of Total Patient Delay: a systematic review of its application in cancer diagnosis. Journal of Health Services Research & Policy, 17 (2), 110–118. doi: 10.1258/jhsrp.2011.010113

11. Petelin, D. S., Lukin, A. V. (2015). Phenomenon of treatment delay in oncology. Mental disorders in general medicine, 2 (3), 40–53.

*Рекомендовано до публікації д-р мед. наук, професор Маркова М. В.
Дата надходження рукопису 22.10.2016*

Мухаровська Інна Романівна, кандидат медичних наук, Київський міський клінічний онкологічний центр, вул. Верховинна, 69, м. Київ, Україна, 03115
E-mail: mukharovska.i@gmail.com

УДК 613.72-072.7:796.332

ИНТЕГРАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ФУТБОЛИСТОВ В РАЗНЫЕ ПЕРИОДЫ ПОДГОТОВКИ

© П. П. Павличенко

Целью работы являлось улучшение врачебного контроля за профессиональными футболистами путем разработки и внедрения методики интегральной оценки функционального состояния футболистов при помощи аппарата Фазаграф®. Проведен анализ функционального состояния футболистов на протяжении футбольного сезона. Выявлено, что в базовом периоде подготовки происходит повышение адаптационного потенциала, в соревновательном периоде подготовки часто наблюдались нарушения функционального состояния

Ключевые слова: функциональное состояние, вариационная пульсометрия, фазаграф, футбол, интегральная оценка, врачебный контроль

The search for simple and minimally invasive methods of diagnostics of the functional status of professional soccer players was always the object of the interest of sport medicine and physiology.

Aim of research was the increase of medical control of the professional soccer players by elaboration and introduction of methodology of integral assessment of the soccer players' functional status using the program-hardware complex Fazagraf®.

Methods of research. The research included 34 professional players in the age 18–34 years. The research was carried out during the football season in different training periods and included instrumental methodology of assessment of the functional status using apparatus fazagraf and also the methodology of assessment of the functional status, offered by us.