

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ «ОДЕСЬКА ЮРИДИЧНА АКАДЕМІЯ»

Центр заочного і дистанційного навчання

Кафедра психології

**Кваліфікаційна робота –
магістерський дослідницький проект**

053 «Психологія»

на тему:

**«ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ ОНКОХВОРИМИ
ПАЦІЄНТАМИ ОНКОЛОГІЧНОГО ДІАГНОЗУ»**

Виконала: здобувачка 2 курсу, групи 3

рівень вищої освіти: другий (магістерський)

галузь знань: 05 «Соціальні та поведінкові
науки»

спеціальність: 053 «Психологія»

Вікторія ЯКОВЕНКО

Керівник: к.психол.н., доц. Самара О. Є.

Рецензент: к.психол.н., доц. Рєпнова Т. П.

Одеса – 2024

АНОТАЦІЯ

Яковенко В.Ю. Психологічні особливості переживання онкохворими пацієнтами онкологічного діагнозу. Кваліфікаційна робота – магістерський дослідницький проект на здобуття освітнього рівня «магістр», галузь знань: 05 «Соціальні та поведінкові науки», спеціальність 053 «Психологія». Національний університет «Одеська юридична академія». Одеса, 2024.

У роботі наведено результати емпіричного дослідження психологічних особливостей переживання онкохворими пацієнтами свого діагнозу. Показано, що у ситуації онкологічного захворювання людина стикається зі складними психологічними проблемами, які висувають підвищені вимоги до її адаптивного потенціалу.

Здійснено теоретико-методологічний аналіз останніх досліджень та публікацій з проблеми дослідження, який показав, що емоційний стан онкохворих пов'язаний з механізмами психологічного захисту, когнітивними, емоційними та поведінковими реакціями на кризову та стресову ситуацію.

Отримані під час емпіричного дослідження дані показали підвищені показники тривожності та депресії в онкохворих пацієнтів, зниження показників фізичного та особливо психологічного компоненту якості життя. Дослідження способів долаючої поведінки показало, що в більшості пацієнтів яскраво вираженими є неадаптивні деструктивні копінг-стратегії, які мають прямий кореляційний зв'язок з показниками тривожності, депресії, якості життя. Адаптивні конструктивні копінг-стратегії виражені значно менше і мають зворотній кореляційний зв'язок з зазначеними показниками.

За результатами дослідження сформульовано практичні рекомендації щодо змін стратегій поведінки з метою поліпшення загального психоемоційного стану хворих, їх якості життя.

Ключові слова: психоемоційний стан онкохворих, переживання онкологічного діагнозу, якість життя, тривожність, депресія, копінг-стратегії.

ANNOTATION

Yakovenko V. Psychological features of cancer patients' experience of an oncological diagnosis. Qualification work - master's research project for obtaining the master's degree, field of knowledge: 05 "Social and behavioral sciences", specialty 053 "Psychology". National University "Odesa Law Academy". Odesa, 2024.

The paper presents the results of an empirical study of the psychological features of cancer patients' experience of their diagnosis. It is shown that in the situation of an oncological disease, a person faces complex psychological problems that place increased demands on his adaptive potential.

A theoretical and methodological analysis of the latest research and publications on the research problem was carried out, which showed that the emotional state of cancer patients is related to psychological defense mechanisms, cognitive, emotional and behavioral reactions to crisis and stressful situations.

The data obtained during the empirical study showed increased rates of anxiety and depression in cancer patients, a decrease in the indicators of the physical and especially the psychological component of the quality of life. The study of methods of coping behavior showed that maladaptive destructive coping strategies, which have a direct correlation with indicators of anxiety, depression, and quality of life, are pronounced in most patients. Adaptive constructive coping strategies are expressed much less and have an inverse correlation with the indicated indicators.

Based on the results of the study, practical recommendations were formulated to change behavioral strategies in order to improve the general psycho-emotional state of patients, their quality of life.

Key words: psychoemotional state of cancer patients, experiences of cancer diagnosis, quality of life, anxiety, depression, coping strategies.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. МЕТОДИКО-ДОСЛІДНИЦЬКІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕЖИВАНЬ ОНКОХВОРИХ ПАЦІЄНТІВ.....	15
1.1. Організація та етапи емпіричного дослідження	15
1.2. Характеристика методів емпіричного дослідження	19
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕЖИВАННЯ ОНКОХВОРИМИ СВОГО ДІАГНОЗУ .	23
2.1. Результати дослідження психоемоційного стану онкохворих	23
2.2. Результати дослідження копінг-стратегій онкохворих	32
2.3. Практичні рекомендації щодо поліпшення психоемоційного стану онкохворих	40
ВИСНОВКИ	47
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	50
ДОДАТКИ	55

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Онкологічні захворювання становлять один з головних факторів смертності на глобальному рівні. За даними ВООЗ за наступні 20 років у людства може збільшитись кількість ракових захворювань на 60%, а вже 2024 року кількість захворювань може сягнути 30 мільйонів на рік.

У рейтингу країн Європи за швидкістю зростання кількості випадків раку Україна займає друге місце. За статистикою на початок 2021 року близько 1,2 млн осіб перебувало на обліку в медичних закладах країни як онкопацієнти. Щороку ця цифра зростає більш ніж на 100 тисяч осіб. Війна в Україні різко порушила глобальні плани щодо профілактики раку в країні та створила передумови для зростання захворюваності у найближчому майбутньому. Бойові дії суттєво вплинули на інфраструктуру охорони здоров'я України, завдали величезної шкоди критично важливим медичним об'єктам, пацієнтам і лікарям. Крім того, численні канцерогени та токсини здатні поширюватися на великі відстані від місць бойових дій, впливати на екологію та здоров'я людей, забруднюючи повітря, ґрунт і воду.

У контексті реабілітаційного лікування особливо важливі форми нервово-психічних порушень, які мають психогенне походження, оскільки саме вони стають ключовим чинником дезадаптації серед пацієнтів онкологічних відділень. Людина, в якій діагностовано онкологічне захворювання, стикається зі складними психологічними проблемами, які висувають підвищені вимоги до її адаптивного потенціалу. Переживання, пов'язані із встановленням діагнозу, травматичним лікуванням, необхідність звернення до спеціалізованих медичних установ, труднощі спілкування з оточуючими, втрата працездатності, можуть призводити до соціально-психологічної дезадаптації і, суттєво знижують якість життя, стають для багатьох пацієнтів перепорою на шляху до відновлення здоров'я.

Лікування онкохворих має бути реалізоване у комплексному міждисциплінарному підході за участі лікарів, клінічних психологів,

реабілітологів, соціальних працівників. Розуміння психологічного статусу хворого (наявність ознак дезадаптації, тип реагування на хворобу, особливості соціальної взаємодії, домінуючі психоемоційні стани) може відігравати ключову роль у визначенні фокусу психологічної допомоги, підтримки та реабілітації. Психологічний супровід пацієнтів на різних стадіях лікування забезпечує покращення емоційного стану, зниження інтенсивності больових відчуттів, актуалізацію цінностей життя та стосунків з близькими.

Для ефективної психологічної допомоги онкопацієнтам є вкрай необхідним розуміння особливостей їх психоемоційного стану, способів подолання стресу, пов'язаного з хворобою, визначення ефективних стратегій адаптації до неї.

Саме тому вкрай актуальним вбачається дослідження психологічних особливостей переживання онкохворими свого діагнозу з метою формування ефективних стратегій адаптивної на стресдолаючої поведінки.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Проблемі особливостей психоемоційного стану, різним аспектам психологічної адаптації способів подолання стресу онкохворих присвячено чимало праць дослідників в галузі психології. Так, в даному напрямку проводили дослідження Н. Родіна [28], Хак К., Спют Д. [38], Сергет І. [30, 29], Лукомська С. [19], Власова-Чмерук О., Долгова О. [5], Березянська В. [2, 3], Тавровецька Н., Чиж А. [31], Green В., Rowland J. [9, 36,], Зливков В. [4], Кирилова О., Кирилова Є., Вострокнутов І. [6], Боднар П. [4], Мухаровська І. [23], Мартинова Ю. [20] та ін.

Дослідження, проведені в межах нового напрямку сучасної психосоматики «психоонкології» (С. Грір, М. Давидов, Т. Левін, В. Кисан, Д. Спют, К. Хак, Дж. Холланд), показали, що якість життя онкологічних хворих має велику прогностичну значущість щодо виживання [38].

Як зазначають дослідники та практичні фахівці, в цілому онкологічні захворювання сприймаються людьми набагато важче, ніж будь-які інші. Часто це пов'язано з негативними установками, що рак є важким невиліковним

захворюванням, а онкологічний діагноз ототожнюється з неминучою смертю [23, 29, 38].

Однією з особливостей онкологічного захворювання є те, що вже на першому етапі, коли людина чує діагноз – онкологія, то сприймає ситуацію свого захворювання, як екстремальну, а не кризову. Характерним для екстремальної ситуації є відчуття надсильного стресу, потужний тиск зовнішніх обставин, такий, що перевищує внутрішні адаптаційні можливості людини, а для кризової ситуації характерним є наявність пролонгованого макростресу, пов'язаного з переломним етапом в розвитку особистості, під час якого втрачається суб'єктивний сенс життя. Таке сприйняття важкої хвороби створює можливість для зниження відповідальності людини за своє здоров'я, яке створює можливість для погіршення якості її життя. Отже, онкологічне захворювання, починаючи з факту встановлення діагнозу, є важкою психічною травмою [29, 38].

У сучасній медико-психологічній літературі виділяють ряд психологічних особливостей онкопацієнтів. Зокрема зазначається, що їх об'єднує пригнічення своїх емоцій, приховування своїх потреб, відчуття власної недосконалості. Характерною особливістю онкохворих є збіднення емоційної сфери, втрату важливих соціальних стосунків, їх холодність [2].

Як зазначає Д. Спют, при захворюванні на рак відбувається злиття тілесних змін з екзистенціальною загрозою, яка переживається психічно. Значно загострюються та набувають травмуючого вигляду такі сторони людського існування як непередбачуваність, підступність, безпомічність та безпорадність [38].

За даними дослідження І. Сергет, онкологічне захворювання призводить до трансформації життєвих цінностей особистості, що проявляється зміною спрямованості інтересів та сенсу життя на цінності, які сконцентровані навколо комфорту власного «Я». У стані хвороби людина починає займати індиферентну або байдужу позицію до соціальних аспектів життя, досягнень, перспектив соціальних відносин [30].

Найчастіше рак супроводжують такі загрозливі асоціації:

- зі станом беззахисності перед хворобою, з болісним розпадом та смертю;
- з підступністю та прихованим нападом з боку непомітного розвитку хвороби;
- з обтяжливим лікуванням, яке іноді призводить до серйозних змін тіла;
- з залежністю, безпомічністю, втратою гідності та інтимності, втратою контролю над власним тілом;
- з почуттями провини та сорому [38].

Як підкреслює Д. Спют, не менше 30% всіх пацієнтів з онкологічними захворюваннями страждають порушеннями, пов'язаними з тривогою та депресією, при цьому відсоток суїцидів в такій категорії хворих дещо перевищує середній показник серед всього населення [38]

За дослідженнями К. Хак, найбільш чистими реакціями на онкологічний діагноз та протікання хвороби, навіть за умови сприятливого прогнозу, є наступні:

- психічний шок та внутрішній хаос (колапс захисних механізмів);
- тривога, панічні атаки (особливо страх тривалого захворювання та смерті);
- страх втрати власної автономності;
- почуття провини (суб'єктивні теорії розвитку хвороби);
- відчуття безпомічності та безнадійності;
- горе;
- сором (втрата цілісності тіла, втрата ефективності);
- депресія;
- порушення сну.
- біль (причому психічний стан впливає на больовий поріг).

При цьому, як підкреслює дослідниця, рак чинить на людину набагато сильніший вплив, чим це здається лікарям, оскільки часто онкологічні хворі випадають з їх кола зору.

Іноді виявленню раку передують інтенсивне душевне страждання пацієнта, травматичний стрес. При цьому, за даними досліджень, сам стрес не є причиною онкологічного захворювання, але може пригнічувати імунну систему, що стає одним із чинників, який його провокує.

Сучасними дослідженнями не підтверджується існування так званого «ракового психотипу особистості», тобто набір певних особистісних якостей (наприклад, стримана агресія, пригнічені конфлікти, песимістичне мислення, емоційна або сексуальна фрустрація тощо) не може виступати характеризувати особистість як схильну до онкологічних захворювань. Натомість віра в це може викликати в пацієнта почуття провини за свою хворобу. Однак підтверджується зв'язок між особистісними особливостями та тим, як людина бореться з раком [38].

Водночас, коли людині ставлять діагноз онкологічного захворювання, це часто призводить до глибокої особистісної та екзистенційної кризи, в якій вона може відчувати себе ізольованою та відокремленою від повсякденного життя та своїх близьких. Ставлення онкохворих до свого захворювання змінюється в залежності від його стадії. Так, більшість хворих першої стадії має помірний рівень тривожності та депресії протягом лікування, в той час як на другій та третій стадії, а також при рецидиві більшість хворих має високий рівень тривожності та тяжкий рівень депресії. Зміни фіксуються також в механізмах психологічного захисту: якщо на першій та другій стадіях домінують заперечення, витіснення, компенсація, то на третій стадії домінують витіснення та заміщення [5].

Водночас сам факт встановлення онкологічного діагнозу є серйозною психотравмою, яка може суттєво впливати на ефективність лікування. Вона часто активує в підсвідомості людини глибинні суспільні, «архетипові» установки про неминучість смерті внаслідок онкологічної хвороби, що має

катастрофічний вплив на виживання. Підкреслюється, що підозра на рак та очікування результатів обстеження можуть викликати у пацієнта стан гострого дистресу [36, 42].

Дистрес онкологічного захворювання, навіть незважаючи на благополучно проведене медичне лікування та ремісію, без адекватної психотерапевтичної допомоги рідко обходиться наслідків у формі психологічних, соматичних або психопатологічних порушень, таких як іпохондрія, невроз, апатія, тривожність, втома, депресія та ПТСР. Але зазвичай ці негативні стани не отримують достатньої уваги медперсоналу, що знижує фізичні та психічні адаптаційні можливості пацієнтів, а також якість їхнього життя [43].

Е. Кюблер-Росс виділяє п'ять класичних стадій реагування на захворювання, яке загрожує життю: заперечення, гнів, торг, депресія, прийняття [4]. Онкологічні пацієнти проходять деякі стадії, послідовність та наявність яких залежить від внутрішніх та зовнішніх ресурсів, копінг-стратегій.

Іноді наслідки стресу, який переживають онкохворі на різних етапах захворювання, посилюються під впливом минулих травмуючих ситуацій. Має місце так звана «аккумуляція травми», коли раніше перенесені психотравми знижують стійкість до стресів, внаслідок чого організм онкохворого на ранніх стадіях захворювання сильніше реагує на нову травму. Крім того, на тлі пухлинного процесу надмірні стресорні впливи призводять до нездатності захисних механізмів головного мозку обмежувати інтенсивність стресорної реакції. Внаслідок цього стрес набуває аномального характеру, викликаючи ще більші чинники для коморбідних станів та захворювань. [37]

Показано також, що під впливом гормону стресу-кортизолу підвищується концентрація цитокінів IL-1 α та IL-1 β , через що в пухлини збільшується запалення та стимулюється її розвиток. Таким чином, більшість дослідників вказують на те, що дистрес значно ускладнює протікання онкологічного захворювання [9, 37, 44].

Поняття переживання стресової ситуації часто пов'язують з копінг-стратегіями, які у найбільш широкому розумінні визначаються як дії, які застосовуються людиною для боротьби зі стресом та важкими життєвими ситуаціями. Копінг-стратегії поділяються на когнітивні, емоційні та поведінкові, тобто включають в себе думки, почуття та дії [27].

Важливу роль у вивченні внутрішньої картини хвороби відіграє виявлення домінуючих механізмів психологічного захисту, стратегій подолання та пристосування (копінг-механізмів) з боку пацієнта. У найбільш широкому розумінні копінг-механізми реалізуються через стратегії вирішення проблеми, пошуку соціальної підтримки, уникнення [Error! Reference source not found.].

Різними аспектами вивчення копінг-стратегій в онкохворих займалися Н. Родіна [28], Ю. Мартинова [20], S. Lutgendorfet al., M. Antoni, M. Kumar [41] та ін.

Як зазначає Н. Родіна, яка досліджувала особливості копінг-поведінки жінок з раком молочної залози, у структурі копінг-поведінки пацієнтів виділяються дві групи копінг-стратегій: «копінг, що уникає» і «копінг, що потребує зусиль». Найбільш виразною стратегією подолання, характерною для онкохворих жінок виступав пошук соціальної підтримки. Авторка підкреслює, що вказана тенденція може розглядатися як маркер успішності потенційних психокорекційних заходів, спрямованих на підвищення рівня психологічної адаптованості пацієнтів [28].

Ю. Мартинова визначає маркери психічної дезадаптації, які міцно пов'язані з особливостями стилю захисної і стрес-долаючої поведінки. В якості таких маркерів дослідниця виділяє загальний рівень напруження механізмів психологічного захисту, превалювання в структурі дезадаптивних механізмів психологічного захисту і неконструктивних копінг-стратегій [20].

Дослідники S. Lutgendorfet al., M. Antoni, M. Kumar пов'язують зниження адаптивності онкологічних хворих із захисними стратегіями, спрямованими на уникнення стресу (відмова, уникнення, самозвинувачення). Тривога, пов'язана

із актуальним станом та занепокоєність майбутнім лікуванням є причиною сповільненої адаптації пацієнта [41].

Отже, в екстремальних та кризових ситуаціях стратегії подолання, які людина засвоює у житті, можуть бути важливим інструментом для відновлення психічної рівноваги. Стратегії подолання (копінг, копінг стратегія) зазвичай розглядаються як дії, до яких люди вдаються, коли стикаються з стресовими ситуаціями та кризами. Саме особливості застосування різних стратегій при переживанні онкохворими пацієнтами свого діагнозу і зумовили наше дослідження.

Об'єктом дослідження є психоемоційний стан онкохворих.

Предметом дослідження є психологічні особливості переживання онкохворими свого діагнозу.

Метою дослідження є визначення особливостей переживання онкохворими свого діагнозу, формулювання практичних рекомендацій щодо вироблення адаптивних стратегій поведінки.

Відповідно до мети було сформульовано наступні **завдання** дослідження:

1. Здійснити теоретико-методологічний аналіз сучасних наукових досліджень і публікацій щодо психоемоційного стану онкохворих пацієнтів.
2. Розробити програму емпіричного дослідження особливостей переживання онкохворих свого діагнозу.
3. Емпірично дослідити психологічні особливості переживання онкохворими свого діагнозу.
4. Розробити практичні рекомендації щодо поліпшення психоемоційного стану онкохворих.

Методи дослідження. У дослідженні був використаний комплекс методів, який включає теоретичні методи (аналіз, узагальнення та систематизацію літературних та інформаційних джерел з теми дослідження, індуктивні та дедуктивні умовиводи); емпіричні методи (анкетування,

тестування); методи кількісного та якісного аналізу та інтерпретації емпіричних даних; методи математико-статистичної обробки емпіричних даних (описова статистика, кореляційний аналіз, статистичний аналіз розбіжностей), які здійснювались за допомогою комп'ютерного програмного пакету IBM SPSS Statistic.

В якості основних емпіричних методів використовувались наступні тестові психодіагностичні методики: госпітальна шкала тривоги і депресії HADS – для діагностики наявності та рівня вираженості в пацієнтів станів тривоги та депресії; опитувальник неспецифічної якості життя MOS SF-36 – для діагностики змін у якості життя під час онкологічного захворювання; опитувальник «Способи долаючої поведінки» (WCQ) Р. Лазаруса в адаптації Т. Крюкової – для діагностики виразності копінг-стратегій в онкохворих пацієнтів.

Елементи наукової новизни. У роботі встановлений взаємозв'язок між копінг-стратегіями онкохворих показниками тривожності, депресії та якості життя, визначено домінуючі копінг-стратегії онкохворих та їх вікові динаміку; розширено уявлення про особливості психоемоційного стану онкохворих пацієнтів; дістало подальшого розгляду питання психологічного супроводження онкохворих.

Практичне значення одержаних результатів. Отримані результати та розроблені рекомендації можуть бути використані при психологічному супроводженні пацієнтів з онкологічними захворюваннями для підвищення ефективності надання їм психологічної допомоги та стабілізації психоемоційного стану.

Публікації автора за темою дослідження.

Тези: «Психологічні особливості переживання онкохворими пацієнтами онкологічного діагнозу», що були обговорені на VI Міжнародна студентська наукова конференція «СУЧАСНІ АСПЕКТИ ТА ПЕРСПЕКТИВНІ НАПРЯМКИ РОЗВИТКУ НАУКИ».

Структура та обсяг роботи. Робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел, який містить 43 найменування, 4 додатків. Роботу проілюстровано 6 таблицями. Основний зміст роботи викладено на 44 сторінках. Повний зміст роботи складає 63 сторінки.

РОЗДІЛ 1. МЕТОДИКО-ДОСЛІДНИЦЬКІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕЖИВАНЬ ОНКОХВОРИХ ПАЦІЄНТІВ

1.1. Організація та етапи емпіричного дослідження

Для реалізації поставлених у дослідженні завдань була розроблена програма емпіричного дослідження, яка включала ряд взаємопов'язаних етапів.

На першому, підготовчому, етапі дослідження була визначена тема, проведено науковий пошук та теоретичне осмислення проблеми, визначено мету, завдання об'єкт і предмет дослідження. Для реалізації мети було поставлено ряд завдань, які лягли в основу планування етапів дослідження. На основі аналізу, узагальнення та систематизації наукових літературних джерел були визначені теоретико-методологічні засади дослідження. Під час наукового пошуку найбільшій увазі було приділено найновішим дослідженням, присвяченим проблемі психоемоційного стану онкохворих пацієнтів, особливостям способів та стратегій переживання свого діагнозу, особливостям внутрішньої картини хвороби. У процесі аналізу наукових літературних та інформаційних джерел було встановлено, що тривале перебування у стані хронічного стресу, поширення тривожності та депресії впливає на опір хворобі, суттєво загострює проблему емоційного переживання людиною свого стану.

Результатом наукової рефлексії окресленої проблеми стало припущення про те, що емоційний стан онкохворих пов'язаний з механізмами психологічного захисту, когнітивними, емоційними та поведінковими реакціями на кризову та стресову ситуацію. На відміну від механізмів психологічного захисту, стратегії поведінки в стресових ситуаціях підлягають корекції, отже постає необхідність виявлення ефективних способів долаючої поведінки пацієнтів з онкологічними захворюваннями.

Теоретико-методологічною основою дослідження стали:

- загальні методологічні засади наукового пошуку (принципи детермінізму, об'єктивності, системності, розвитку);

- концепція внутрішньої картини хвороби (А. Лурія, Л. Гольдшейдер, С. Боткін, В. Мясіщев, Л. Вассерман);
- концепція стресу (Г. Сельє, Р. Лазарус, А. Вальдман, Г. Вольф, Ч. Спілберг та ін.);
- психосоматичний підхід до здоров'я (З. Фройд, Ф. Александер, О. Лоуен, В. Райх, М. Фельденкрайз, Г. Сельє, М. Сандомирський, С. Кулаков, Н. Пезешкіан, В. Бехтерев, І. Малкіна-Пих, Е. Берн, В. Ротенберг та ін.);
- теорії, які описують проблеми психології здоров'я (О. Кузнєцов, Н. Лакосіна, В. Лебедєв, Г. Нікіфоров, Г. Ушаков, А. Маслоу, Г. Олпорт, А. Елліс, М. Мюррей, Д. Шапіро та ін.).

На основі аналізу теоретичної основи проблеми, було сформовано низку показників, для вивчення психологічних особливостей переживання онкохворими свого діагнозу. До таких показників було включено: рівень тривоги та депресії, фізичний та психологічний компонент якості життя, домінуючі копінг-стратегії.

Вибір показників дослідження був обумовлений основними концепціями та теоретичними підходами до проблеми психоемоційного стану онкохворих, даними інших досліджень особливостей психологічного переживання протікання онкологічного захворювання, впливу стресу, зокрема посттравматичного, на психологічний стан онкохворої людини.

На цьому ж етапі були обрані методи дослідження, сформовано комплекс психодіагностичних методик для його реалізації.

Другий, дослідницький, етап передбачав проведення емпіричне дослідження психологічних особливостей переживань онкохворих пацієнтів. Під час даного етапу використовувались такі емпіричні методи як анкетування та тестування.

Конкретними завданнями даного етапу дослідження стали:

- вивчення первинних анкетних даних пацієнтів (вік, локалізація та стадія онкологічного захворювання, термін хвороби);

- вивчення суб'єктивної оцінки пацієнтами власних переживань;
- вивчення рівня тривоги та депресії;
- вивчення рівня якості життя пацієнтів;
- вивчення домінуючих копінг-стратегій, які використовуються пацієнтами для переживання онкологічного захворювання;
- встановлення відмінностей в структурі та характером переживань між різними підгрупами вибірки;
- встановлення взаємозв'язку між показниками тривожності, депресії, якості життя та домінуючими копінг-стратегіями.

При розв'язанні поставлених завдань ми виходили з наступних теоретичних засад: з розуміння сутності особистісної та ситуативної тривожності особистості; з розуміння особливостей психоемоційного стану пацієнта на різних стадіях онкологічного захворювання; розуміння сутності та особливостей прояву депресивних станів; розуміння сутності та показників якості життя; розуміння сутності копінг-стратегій та механізмів психологічного захисту.

Емпіричне дослідження проводилось шляхом анкетування та психодіагностичного тестування пацієнтів в умовах денного стаціонару. Систематизація та первинна кількісна обробка результатів анкет та психодіагностичних методик здійснювалась за допомогою сервісу програми Microsoft Excel. Статистична обробка результатів дослідження здійснювалась за допомогою комп'ютерного програмного пакету IBM SPSS Statistic.

Проведення емпіричного дослідження здійснювалось у строгій відповідності до принципів психодіагностичного обстеження (етичності, конфіденційності, об'єктивності, забезпечення прав особистості, особистої відповідальності), а також принципів забезпечення достовірності та якості результатів дослідження (репрезентативність вибірки, контроль зовнішніх впливів, множинність методів, підтвердження отриманих результатів іншими дослідженнями). В основу дослідження також були покладені базові

загальнопсихологічні принципи: детермінізму, відображення, єдності психіки та діяльності, розвитку, системності.

Дослідницький етап дослідження проводився протягом серпня – жовтня 2023 року. Вибірку дослідження склали 42 особи у віці від 25 до 74 років (25 жінок та 17 чоловіків), які проходили лікування в умовах денного стаціонару в онкологічному відділенні багатoproфільної клініки «Медичний дім Odrex» (м. Одеса). Представники вибірки є мешканцями різних міст південного регіону України, різні за віком, освітою, родом занять. Всі представники вибірки мають онкологічне захворювання I – IV стадії різної локалізації. Вибірка відповідає вимогам до однорідності та репрезентативності.

Представники вибірки добровільно погодились прийняти участь у дослідженні, були проінформовані про його цілі та умови проведення. Досліджуванним було гарантовано нерозголошення особистих даних та збереження анонімності.

Під час відвідування медичного закладу з лікувальною метою, пацієнти отримували роздруковані бланки анкет та психодіагностичних методик, які мали заповнити у зручний час. Дані з заповнених бланків переносились в електронну таблицю для подальшої обробки та формування масиву емпіричних даних.

На третьому, інтерпретаційному, етапі дослідження було проведено обробку, кількісний та якісний аналіз емпіричних даних, їх статистичну обробку. Для кількісної обробки емпіричних даних використовувались методи описової статистики, кореляційного аналізу (рангова кореляція Спірмена), аналізу розбіжностей (t-критерії Стюдента). Статистична обробка емпіричних даних здійснювалась у програмі IBM SPSS Statistic. Інтерпретація результатів дослідження передбачала їх співвіднесення з побудованими власними гіпотезами, наявними теоретичними концепціями та результатами інших досліджень даної проблематики.

На четвертому, практичному, етапі дослідження на основі отриманих на попередньому етапі результатів, був розроблений комплекс практичних

рекомендації щодо поліпшення психоемоційного стану онкохворих, корекції їх способів переживання стресової ситуації, збереження і поліпшення якості життя в процесі лікування захворювання.

1.2. Характеристика методів емпіричного дослідження

Для реалізації другого етапу дослідження був сформований комплекс емпіричних методів. Він включав в себе анкетування та тестування за допомогою стандартизованих психодіагностичних методик.

Анкетування здійснювалось з метою збору первинних анкетних даних пацієнтів за допомогою спеціально розробленої нами анкети. Анкета складалась з двох частин. Перша частина анкети використовувалась для вивчення таких показників як: вік, стать, освіта, сімейний стан, місто проживання, стадія онкозахворювання та його локалізація, стадія, на якій було виділено хворобу. Дана частина анкети дозволила виділити додаткові чинники, які можуть впливати на психоемоційний стан онкохворих або особливості їхньої внутрішньої картини хвороби.

Друга частина анкети містила запитання щодо психоемоційного стану та характеру переживань онкохворих. Загальний вигляд анкети представлено у Додатку А.

При виборі психодіагностичних методик ми враховували показники їх надійності, валідності, відповідності віковій категорії випробовуваних. Перед початком тестування були надані чіткі та зрозумілі інструкції. Інструкція також була у кожному бланку відповідей.

Для дослідження рівня тривожності та депресії використовувалась госпітальна шкала тривоги і депресії HADS [26, с. 55 – 60.]. Дана методика часто використовується для виявлення та оцінки тяжкості симптомів тривоги і депресії в умовах клінік загальносоматичного профілю. Ця шкала вирізняється легкістю у використанні та обробці: її заповнення не займає багато часу та не створює складнощів для пацієнта, і це перевага цієї шкали. Методика складається з двох підшкал – тривоги (Т) та депресії (D) та містить 14

тверджень (по 7 для кожної підшкали), кожне з яких містить 4 варіанти відповіді. Пацієнт повинен обрати якою мірою феномен, описаний у твердженні проявляється в нього. При інтерпретації даних враховується сумарний показник по кожній підшкалі (A і D), при цьому виділяються 3 групи значень: 0-7 балів – норма; 8-10 балів – субклінічно виражена тривога/депресія (невиражена, легка); 11 балів і вище – клінічно виражена тривога/депресія (11-15 балів – помірний ступінь, 16-21 – важкий ступінь). Опис методики, стимульний матеріал, порядок обробки та інтерпретації результатів наведено в джерелі. Бланк відповідей, який пропонувався пацієнтам, представлений в Додатку Б.

Для оцінки якості життя пацієнтів з онкологічними захворюваннями використовувався опитувальник неспецифічної якості життя MOS SF-36 [26, с. 98 – 103.]. Дана методика застосовується незалежно від статевих та вікових особливостей, а також від наявності захворювання. Опитувальник рекомендований для використання міжнародними домовленостями та стандартами і зараз широко використовується в США, країнах Європи і в Україні при проведенні досліджень якості життя.

Опитувальник складається з 11 пунктів, які включають 36 запитань. Опитувальник містить дві інтегральні шкали «фізичний компонент здоров'я» та «психологічний компонент здоров'я» та 8 субшкал. Фізичний компонент здоров'я визначається як сукупність таких шкал як: фізичне функціонування, рольове фізичне функціонування, інтенсивність болю, загальний стан здоров'я. Психологічний компонент здоров'я включає шкали: життєва активність, соціальне функціонування, рольове емоційне функціонування, психічне здоров'я. Максимальна кількість балів за кожним з 36 запитань тесту становить 100. При обробці результатів необхідно рівномірно розподілити 100 балів на кількість варіантів відповідей за кожним запитанням, де 100 балів відповідає найбільш позитивному варіанту, 0 балів – найбільш негативному. Відповідно до ключа тесту розраховується середнє арифметичне значення за кожною з 8 субшкал окремо та середнє арифметичне за двома інтегральними шкалами.

Середнє арифметичне за всіма субшкалами тесту разом визначає загальний показник якості життя. Отримані результати за інтегральними шкалами та в цілому за тестом інтерпретується наступним чином: 0-20 – низький показник якості життя; 21-40 – знижений показник якості життя; 41-60 – середній показник якості життя; 61-80 – підвищений показник якості життя; 81-100 – високий показник якості життя

Результати визначаються в балах (від 0 до 100, де 100 відповідає «повному здоров'ю»), що дозволяє провести їх цифрову та статистичну обробку. (див. Додаток Б). Опис методики, стимульний матеріал, порядок обробки та інтерпретації результатів наведено в джерелі. Бланк відповідей, який пропонувався пацієнтам, та ключ до тесту представлено в Додатку В.

Копінг-стратегії, які домінують в онкохворих, досліджувались за допомогою опитувальника «Способи долаючої поведінки» (WCQ) Р. Лазаруса в адаптації Т. Крюкової [**Error! Reference source not found.**]. Дана методика вважається першою стандартною методикою у сфері вимірювання копінгу та діагностує дві базові стратегії подолання – проблемно-фокусований та емоційно-фокусований копінг у специфічних ситуаціях стресу, наприклад, хвороба, біль, втрата роботи тощо. Опитувальник складається з 50 запитань та 8 шкала, які відповідають основним копінг-стратегіям: конфронтаційний копінг, пошук соціальної підтримки, планування вирішення проблеми, самоконтроль, дистанціювання, позитивна переоцінка, прийняття відповідальності, втеча-уникнення. На кожне з запитань анкети досліджувані повинні надати варіант відповіді з понад наведених «ніколи» (0 балів), «іноді» (1 бал), «рідко» (2 бали), «часто» (3 бали). У відповідності до ключа тесту за кожною шкалою підраховується кількість балів, яка ділиться на максимальний бал за шкалою та помножається на 100. Інтерпретація відбувається шляхом розподілення балів за кожною шкалою за наступними рівнями: низька вираженість копінг-стратегії (0-39 балів), помірна вираженість копінг-стратегії (40-60 балів), висока вираженість копінг-стратегії (61-100 балів). Опис методики, стимульний матеріал, порядок обробки та інтерпретації результатів наведено в джерелі.

Бланк відповідей, який пропонувався пацієнтам, та ключ до тесту представлено в Додатку Д.

РОЗДІЛ 2.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕЖИВАННЯ ОНКОХВОРИМИ СВОГО ДІАГНОЗУ

2.1. Результати дослідження психоемоційного стану онкохворих

За допомогою методу анкетування було зібрано первинні, найбільш загальні дані представників вибірки щодо їх віку, статі, стадії та локалізації захворювання, важкості його протікання, суб'єктивної оцінки психоемоційного стану, наявних ресурсів щодо боротьби з хворобою.

Результати анкетування показали, що більшість респондентів оцінюють свій психоемоційний стан як задовільний. Багато пацієнтів вказують на тривогу (62%), депресію (43%), втрату сенсу життя (38%), небажання жити далі (7%), апатію до всього (36%). Натомість певна кількість пацієнтів описує свій стан як добрий (24%), відчують творче піднесення та сили боротися (14%).

Серед ресурсів, на які спираються у своєму стані, респонденти найчастіше заявляють про сім'ю та рідних (71%), друзів (21%), роботу або бізнес (36%), хобі (захоплення) (24%), творчість або книги (26%). 12% респондентів зізналися, що зловживають алкоголем, палінням, зануренням до комп'ютерних ігор. Про відсутність ресурсів для підтримки заявили 10% респондентів.

Проаналізувавши відповіді онкохворих пацієнтів, ми виявили закономірність: пацієнти, в яких є певний ресурс та підтримка (близькі, друзі, робота, захоплення) набагато рідше вказують на несприятливі емоційні стани та втрату сенсу життя).

Серед найбільш виражених проблем, з якими стикаються онкохворі, найчастіше визначаються наступні: матеріальні (76%), самотність (40%), відсутність соціальної підтримки (38%), втрата працездатності (40%), фізичні страждання (33%).

Онкологічні захворювання відносяться до захворювань з високим рівнем психічного травмування пацієнтів, про що свідчать показники поширеності психічних розладів. Вже на діагностичному етапі хворі переживають виражений психоемоційний стрес. Невизначеність прогнозу та методів лікування супроводжувалася практично завжди супроводжуються тривожністю, страхом, зниженням настрою, емоційною лабільністю, дратівливістю, психічним виснаженням. На етапі лікування рівень тривожності може змінюватись як в більшу, так і в меншу сторону. Це вочевидь залежить від багатьох факторів: ефективності та травматичності лікування, стадії захворювання, прогнозу, особистісних характеристик (зокрема особистісної тривожності як стійкої властивості), домінуючих моделей стрес-долаючої поведінки тощо.

Ми проводили своє дослідження саме на лікувальному етапі, тож з цієї точки зору було доцільно відслідкувати наявний рівень тривожності та депресії.

Як відомо тривога та депресія по різному проявляється в представників різного віку та статі. Саме тому ми вирішили доцільним розділити вибірку за віковою та гендерною ознакою. За віковим критерієм загальна вибірка була поділена нами відповідно до класифікації віку ВООЗ на три групи: 20 – 44 років (молодий вік), 45 – 59 років (середній вік), 60 – 74 (похилий вік). Розподіл пацієнтів за даними категоріями наведено в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Розподіл вибірки за віковою та гендерною ознаками

	20-44 років	45-59 років	60-74 років	Σ
Жінки	4 (16%)	9 (36%)	12 (48%)	25
Чоловіки	3 (17,6%)	4 (23,5%)	10 (58,8%)	17
Σ	7	13	22	42

Середній вік представників вибірки склав $57,6 \pm 12,3$. Середній вік жінок у вибірці $55,7 \pm 12,2$, чоловіків – $60,5 \pm 12,4$.

Аналіз отриманих даних показав, що тривога та депресія дещо по різному проявляються в пацієнтів з різних вікових груп (див. табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Результати дослідження показників тривоги та депресії онкохворих ($M \pm \sigma$)

Показник	20-44 років		45-59 років		60-74 років		Заг. рівень
	Жін.	Чол.	Жін.	Чол.	Жін.	Чол.	
Тривога	13,8 $\pm$ 3,2	12,3 $\pm$ 4,1	13,3 $\pm$ 4,7	11,7 $\pm$ 5,8	12,1 $\pm$ 3,2	8,4 $\pm$ 3,1	11,9 $\pm$ 4,9
Депресія	14,5 $\pm$ 1,8	14,7 $\pm$ 2,6	13,7 $\pm$ 2,7	15,9 $\pm$ 3,1	11,1 $\pm$ 2,2	7,3 $\pm$ 1,6	12,9 $\pm$ 3,9

Більшість пацієнтів вибірки мають клінічний рівень вираженості тривоги та депресії помірного рівня (11,9 $\pm$ 4,9 та 12,9 $\pm$ 3,9 відповідно). Причому середній рівень депресії є дещо вищим за рівень тривожності.

Найвищі середні показники тривоги спостерігаються в пацієнтів молодшої та середньої вікових груп, причому жінки виявляються тривожнішими за чоловіків у всіх виділених вікових групах. Переважна більшість представників всіх вікових груп мають клінічно виражену тривогу помірного ступеня. Виключення становлять лише чоловіки найстаршої вікової групи – в ній більшість мають субклінічно виражену тривогу. Якщо для молодого та зрілого віку тривожні переживання часто пов'язані з ймовірністю втрати працездатності, то для похилого вік тривожні думки часто пов'язані зі страхом смерті. В похилому віці часто зустрічається недооцінка важкості хвороби через зниження критики, інтелектуальної неспроможності, що з'являється унаслідок дисциркуляторних змін кровообігу головного мозку, обумовлених віком, та коморбідними захворюваннями.

В онкохворих пацієнтів тривога часто супроводжується відчуттям внутрішнього напруження, страху, очікуванням поганого та незворотного, тривожними думками, нездатністю розслабитися, рідше – непосидючістю, нападами паніки. Депресивний стан характеризується переважно ангедонією та втратою почуття гумору (вміння позитивно розглянути ситуацію), зниженням життєвого тону та бадьорості, іноді можуть проявлятися симптоми втрати

задоволення від власної діяльності, неможливість відволікатися, порушення догляду за зовнішністю та загальмованість.

Страхи хворих зазвичай пов'язуються з фактом остаточного та безповоротного підтвердження онкологічного діагнозу, очікуванням болю та страждання, травматичним лікуванням, у жінок втратою жіночності, наслідками лікування (спотворенні зовнішності), соціальною стигматизацією, втратою працездатності та здатності до самообслуговування при прогресуванні хвороби, смертю.

Депресивні стани більш властиві для пацієнтів молодого віку ($14,5 \pm 1,8$ для жінок та $14,7 \pm 2,6$ для чоловіків). В середньому віці рівень депресії в чоловіків значно перевищує цей показник в жінок ($15,9 \pm 3,1$ проти $13,7 \pm 2,7$), що вказує на те, що чоловіки більше схильні до депресії, вони важче переносять хворобу та втрату працездатності. Найменш вираженою депресія є в похилому віці ($11,1 \pm 2,2$ в жінок та $7,3 \pm 1,6$ в чоловіків).

В основі депресивних проявів лежить втрата життєвої перспективи, крах планів, різка зміна звичного стилю життя. Усвідомлення безпосередньої загрози для існування запускає психологічні переживання, спрямовані на тотальний перегляд особистісних цінностей та пріоритетів, актуалізує наявні внутрішні протиріччя, виснажує психічні ресурси.

Невизначеність ситуації була сильним психотравмуючим фактором, оскільки пацієнти не знали, яким чином себе поводити, на що налаштовуватися. Хворі виказували думку, що навіть негативні новини будуть кращими, ніж невідомість, тому що в такому випадку можна вибудовувати план дій та впливати на ситуацію. Занурення в лікарняне середовище, що було незвичним для пацієнтів, контакт із онкологічними хворими, які перебували у стані психічного стресу, часто супроводжувалися психотравмуючим впливом.

Життя з онкологічним захворюванням стає більш ускладненим як фізично, так і психологічно. Хворим стає важче обслуговувати себе, виконувати щоденні звичайні дії, підтримувати існуючі та встановлювати нові соціальні стосунки, підтримувати емоційну стійкість, активність, виконувати

соціальні ролі. В таких ситуаціях йде часто йде мова про зниження якості життя. Під якістю життя розуміється інтегральний показник, який включає в себе задоволеність фізичним, психологічним та соціальним станом. Поняття якості життя тісно пов'язано з поняттям здоров'я, яке також може розглядатись на трьох рівнях функціонування людини.

У своєму дослідженні ми оцінювали якість життя представників вибірки за декількома критеріями фізичного та психологічного компоненту здоров'я. Як показують отримані дані (див. табл. 2.3), за фізичним компонентом здоров'я найнижчі середні показники якості життя фіксуються за шкалою «загальний стан здоров'я» ($45,9 \pm 4,6$). Цей показник оцінює стан здоров'я пацієнта в поточний момент, суб'єктивне розуміння перспектив лікування та наявність опору захворюванню.

Таблиця 2.3

Результати дослідження якості життя онкохворих ($M \pm \sigma$)

Шкала	Загальний показник	20-44 років	45-59 років	60-74 років
Фізичний компонент здоров'я	$59,7 \pm 4,5$	$69,5 \pm 4,1$	$64,6 \pm 5,2$	$45,1 \pm 4,6$
Фізичне функціонування (RF)	$56,4 \pm 3,8$	$69,5 \pm 3,9$	$61,2 \pm 3,3$	$38,7 \pm 4,5$
Рольове фізичне функціонування (RP)	$54,7 \pm 4,5$	$67,3 \pm 4,6$	$60,1 \pm 4,8$	$36,7 \pm 3,7$
Інтенсивність болю (BP)	$81,8 \pm 4,1$	$88,3 \pm 3,52$	$87,4 \pm 3,9$	$69,8 \pm 4,7$
Загальний стан здоров'я (GH)	$45,9 \pm 4,6$	$52,8 \pm 4,8$	$49,7 \pm 5,7$	$35,1 \pm 3,4$
Психологічний компонент здоров'я	$44,9 \pm 4,4$	$32,8 \pm 3,9$	$59,3 \pm 5,4$	$42,5 \pm 3,6$
Життєва активність (VT)	$56,1 \pm 4,4$	$63,8 \pm 4,2$	$61,2 \pm 5,1$	$43,4 \pm 3,4$
Соціальне функціонування (SF)	$58,0 \pm 7,2$	$72,3 \pm 3,1$	$69,5 \pm 4,8$	$32,3 \pm 3,6$
Рольове емоційне функціонування (RE)	$58,2 \pm 6,9$	$69,4 \pm 3,5$	$64,2 \pm 4,7$	$35,7 \pm 3,9$
Психічне здоров'я (MH)	$48,9 \pm 4,8$	$45,7 \pm 4,3$	$42,3 \pm 5,9$	$58,6 \pm 3,3$

Серед виділених вікових груп найнижча якість життя за даною шкалою виявлена у хворих похилого віку ($35,1 \pm 3,4$). Переважна більшість пацієнтів цієї вікової категорії мають занижений рівень якості життя, що підтверджується невеликими значенням стандартного відхилення. Пацієнти похилого віку зазвичай негативно оцінюють свій стан здоров'я, часто схильні навіть до перебільшення важкості свого стану з метою привертання уваги з боку оточуючих (близьких, лікарів), подолання таким чином самотності та пошуку соціальної підтримки.

Дещо вищі показники якості життя виявлено за шкалою рольове фізичне функціонування ($54,7 \pm 4,5$), за якою більшість представників вибірки мають середній рівень якості життя. Дана шкала розкриває роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності, а саме характеризує ступінь обмеження в роботі та виконанні повсякденних обов'язків тими факторами, що пов'язані зі здоров'ям. Таким людям доводиться скорочувати час, виділений на роботу та інші справи, обмежувати певні види діяльності, докладати більше зусиль та витратити більше життєвої енергії. Такий стан може спостерігатися як під впливом симптомів самого захворювання, так і під внаслідок лікувальних процедур. Крім того, рольове фізичне функціонування може погіршуватись внаслідок підвищеної тривожності, страхом перед хворобою та її наслідками, інших стресорів, пов'язаних з хворобою та процесом лікування.

Серед виділених вікових категорій знов найнижчі показники фіксуються у хворих похилого віку ($36,7 \pm 3,7$). Хворі середньої та молодшої групи мають значно вищі показники ($60,1 \pm 4,8$ та $67,3 \pm 4,6$ відповідно), що відповідає підвищеному показнику якості життя. Це вочевидь пов'язано з більшою витривалістю організму з одного боку та з тим, що люди працездатного віку зазвичай залучені до активної професійної діяльності, активних соціальних контактів та сімейних стосунків.

Якість життя за шкалою «фізичне функціонування» знаходиться на середньому рівні ($56,4 \pm 3,8$). Даний показник оцінює повсякденну фізичну активність та включає в себе самообслуговування, ходіння, підйом по сходах,

піднімання важких речей, а також виконання значних фізичних навантажень. Цілком очікувано, що найвищі значення показника фіксуються у хворих молодого віку ($69,5 \pm 3,9$), дещо нижчі – у хворих середнього віку ($61,2 \pm 3,3$) та найнижчі – у хворих похилого віку ($38,7 \pm 4,5$). Низькі показники за цією шкалою свідчать про те, що активність пацієнта значно обмежена станом здоров'я. Це пояснюється фізіологічними процесами старіння в організмі, наявністю супутніх хронічних захворювань та їх ускладнень, зниженням загальної опірності організму. Крім того, в похилому віці найчастіше хворі мають онкозахворювання III або IV стадії, що також негативно відбивається на їх фізичному стані, вони також набагато важче переносять лікування.

В сукупності перелічені вище показники складають інтегральний показник якості життя, який обумовлюється фізичним станом людини «фізичний компонент здоров'я». Середнє значення даного показника за вибіркою складає $59,7 \pm 4,5$, що відповідає середньому рівню якості життя. Найвищим цей показник є в молодому віці ($69,5 \pm 4,1$, підвищена якість життя), найнижчим – у похилому віці ($45,1 \pm 4,6$, середня якість життя).

Щодо психологічного компоненту якості життя, то найнижчі середні результати фіксуються за шкалою «психічне здоров'я» ($48,9 \pm 4,8$), яка характеризує настрій, наявність тривоги та депресії, вказує на загальний показник позитивних емоцій. Це також співвідноситься з результатами вивчення тривожності та депресії представників вибірки. Постійна тривога, зневіра та занепокоєння значно знижує якість життя. Такі люди часто сильно нервують, відчувають себе засмученими, переживають занепад духу. Серед виділених вікових груп даний показник є найнижчим в пацієнтів середнього віку ($42,3 \pm 5,9$) та найвищим в пацієнтів похилого віку ($58,6 \pm 3,3$). В середньому віці низькі показники вочевидь можуть обумовлюватися кризою середнього віку, переживаннями щодо сенсу життя, страхом втратити працездатність.

За шкалою «життєва активність», яка показує рівень сил та енергії людини, найнижчі значення якості життя виявлено у пацієнтів похилого віку ($43,4 \pm 3,4$), що вказує на загальну втому та зниження рівня життєвої активності

(в тому числі соціальної), а також відсутність бадьорості. У пацієнтів молодого та середнього віку якість життя за даним показником знаходиться на підвищеному рівні ($63,8 \pm 4,2$ та $61,2 \pm 5,1$ відповідно), втім у представників середньої вікової категорії більше діапазон можливих значень. Середні значення шкали за всією вибіркою відповідають середній якості життя ($56,1 \pm 4,4$).

За шкалою «соціальне функціонування», яка розкриває задоволеність рівнем соціальної активності (спілкування із сім'єю, колегами, друзями) і відображає ступінь, при якому емоційний або фізичний стан цю активність обмежує, спостерігається неоднозначний розподіл між віковими категоріями. Так підвищені показники якості життя за даною шкалою виявлено у більшості пацієнтів молодого ($72,3 \pm 3,1$) та середнього віку ($69,5 \pm 4,8$). Це свідчить про те, що люди дієздатного віку виробили способи задоволення потреби в спілкуванні та знаходять можливість взаємодіяти з соціумом, навіть в стані хвороби або під час лікування. Тож, найбільше страждають від соціальної ізоляції внаслідок свого захворювання здебільшого люди похилого віку, якість життя яких за цим показником в більшості випадків є заниженою ($32,3 \pm 3,6$).

Схожі результати отримані за шкалою «рольове емоційне функціонування», яка показує вплив емоційного стану на виконання роботи або іншої діяльності, збільшення часу та зменшення якості виконання. В цілому за вибіркою отримано середні показники якості життя за шкалою ($58,2 \pm 6,9$). Підвищені показники якості життя знову спостерігаються у пацієнтів молодого та середнього віку ($69,4 \pm 3,5$ та $64,2 \pm 4,7$ відповідно), натомість у пацієнтів похилого віку цей показник знаходиться на зниженому рівні ($35,7 \pm 3,9$). Це можна пояснити тим, що емоційний стан, який домінує в людини під впливом захворювання більше впливає на якість життя пацієнтів похилого віку, в молодому та середньому віці пацієнти ще можуть компенсувати негативні емоції та підтримувати більш позитивний емоційний стан.

При оцінці узагальнених показників рівня життя за обома інтегральними компонентами встановлено, що середня якість життя, обумовлена психологічними чинниками значно нижче за фізичну ($44,9 \pm 4,4$ та $59,7 \pm 4,5$

відповідно). Це свідчить про те, що при онкологічному захворюванні саме психологічні чинники найбільше знижують якість життя та суб'єктивне переживання хвороби. Водночас низький рівень психічного здоров'я суттєво знижує задоволення життям, адаптаційні резерви організму, здатність як протидіяти захворюванню, так і протистояти життєвим труднощам, стресовим ситуаціям. Внаслідок зниження психічного здоров'я можуть почати розвиватися інші розлади та захворювання.

Отримані нами результати щодо якості життя онкохворих співвідносяться з результатами інших досліджень, в яких підтверджується факт суттєвого зниження якості життя онкологічних хворих на різних етапах лікування та розподіл цього показника за основними сферами життя [23, 4].

Для встановлення взаємозв'язків між віком пацієнтів, їх тривожністю, рівнем депресії, а також показниками якості життя, ми застосовували кореляційний аналіз за методом лінійної кореляції Пірсона. Всі умови для застосування даного статистичного методу були виконані, а саме: об'єм вибірки та її однорідність, нормальність розподілу емпіричних даних, досліджувані показники виражені у метричних шкалах.

Результати кореляційного аналізу показали наявність значущих показників між дослідженими показниками (див. табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Кореляційні зв'язки показників віку випробовуваних, тривожності депресії та якості життя

	А	Д	ФКЗ	ПКЗ
Вік	-0,36*	-0,42**	-0,67**	0,09
А			-0,37*	-0,61**
Д			-0,51**	-0,73**

Умовні позначення: А – тривожність; Д – депресія; ФКЗ – фізичний компонент здоров'я (якість життя); ПКЗ – психологічний компонент здоров'я (якість життя);

Примітка: коефіцієнт лінійної кореляції Пірсона. * - значущий взаємозв'язок на рівні $p \leq 0,05$; ** - значущий взаємозв'язок на рівні $p \leq 0,01$.

Так, встановлено значущий зворотній кореляційний зв'язок віку пацієнтів з показниками тривожності ($r = -0,36$; $p \leq 0,05$), депресії ($r = -0,42$; $p \leq 0,01$), якістю життя за фізичним компонентом здоров'я ($r = -0,67$; $p \leq 0,01$). Це означає, що чим

менший є вік пацієнтів, тим вище їх тривожність, та, особливо, депресія. Тобто більш молоді люди більше схильні до цих емоційних станів, ніж хворі похилого віку. Сильна кореляція віку з якістю життя за фізичним компонентом здоров'я є природною в сили зниження здоров'я літніх людей. Натомість не виявлено значущого взаємозв'язку віку з психологічним компонентом здоров'я. Це означає, що зниження цього показника може спостерігатися в будь-якому віці, що підтверджується розподілом середнього результату за віковими групами (див. табл. 2.3).

Виявлено також значущі кореляційні зв'язки між тривожністю та фізичним ($r=-0,37$; $p\leq 0,05$) та психологічним ($r=-0,61$; $p\leq 0,01$) компонентами якості життя. Це означає, що здебільшого зниження фізичного компоненту здоров'я може обумовлювати підвищення тривожності, але може спостерігатися і зворотній причинно-наслідковий зв'язок – при високій тривожності проявлятися фізичні скарги (психосоматичні розлади). Взаємозв'язок між тривожністю та психологічним компонентом якості життя є більш стійким, отже тривожність, яка вникає в тому числі в результаті онкозахворювання, суттєво знижує якість життя пацієнтів.

Взаємозв'язок депресії з показниками якості життя пацієнтів є більш стійким. Так, при більш високому рівні депресії спостерігається більш низький рівень якості життя як за фізичним ($r=-0,51$; $p\leq 0,01$), так і за психологічним компонентом ($r=-0,73$; $p\leq 0,01$). Причинно-наслідковий зв'язок теж може бути двостороннім: зниження якості життя провокує депресивні стани, або ж депресивні стани знижують якість життя, провокують психосоматичні розлади. Слід зазначити, що тісний взаємозв'язок між депресивними станами особистості та соматичними розладами і скаргами підтверджується багатьма дослідженнями [Error! Reference source not found.].

2.2. Результати дослідження копінг-стратегій онкохворих

Наступним етапом нашого дослідження стало вивчення домінуючих копінг-стратегій в онкохворих. У результаті обробки отриманих емпіричних даних було виділено середні показники представленості копінг-стратегій, обчислено стандартне відхилення для визначення рівня розсіювання показників навколо середніх значень (див. табл. 2.5).

Таблиця 2.5

Дані щодо рівня вираженості копінг-стратегій в онкохворих ($M \pm \sigma$)

Копінг-стратегія	Загальний показник	20-44 років	45-59 років	60-74 років
Конфронтація	50,7 $\pm$ 4,5	45,7 $\pm$ 4,2	50,8 $\pm$ 4,1	55,7 $\pm$ 3,9
Дистанціювання	60,2 $\pm$ 4,9	64,3 $\pm$ 3,9	62,1 $\pm$ 3,5	54,2 $\pm$ 2,7
Самоконтроль	47,4 $\pm$ 4,3	47,2 $\pm$ 3,3	49,8 $\pm$ 4,2	45,4 $\pm$ 3,8
Пошук соціальної підтримки	65,3 $\pm$ 3,7	57,8 $\pm$ 3,1	68,7 $\pm$ 3,3	69,3 $\pm$ 3,2
Прийняття відповідальності	42,0 $\pm$ 4,1	40,1 $\pm$ 3,6	47,4 $\pm$ 3,8	38,4 $\pm$ 3,1
Втеча-уникнення	60,3 $\pm$ 4,2	62,7 $\pm$ 3,5	65,1 $\pm$ 4,1	53,2 $\pm$ 4,0
Планування рішень	40,0 $\pm$ 3,9	42,1 $\pm$ 3,4	45,3 $\pm$ 3,8	32,6 $\pm$ 2,7
Позитивна переоцінка	41,1 $\pm$ 5,4	35,5 $\pm$ 3,1	47,9 $\pm$ 4,9	41,8 $\pm$ 3,3

Аналіз отриманих даних показав, що найбільш виразною копінг-стратегією в представників вибірки є «пошук соціальної підтримки» (65,3 $\pm$ 3,7). Ця стратегія включає спроби вирішити проблему шляхом звернення до зовнішніх (соціальних) джерел, таких як пошук інформаційної, емоційної та практичної (включаючи фінансову) підтримки. Пацієнти часто покладаються на взаємодію з іншими, розраховуючи на їхню увагу, поради та співчуття. Пошук інформаційної підтримки передбачає звернення за рекомендаціями до експертів, та знайомих, які необхідними знаннями або ж досвідом переживання схожого захворювання в себе або в родичів/знайомих. Потреба в емоційній підтримці проявляється прагненням бути вислуханим, отримати емпатичну відповідь, співчуття, поділитись з кимось своїми переживаннями. Дієва підтримка проявляється передусім потребою в допомозі конкретними діями або матеріальними стосунками. Дана стратегія найбільше виражена в пацієнтів 60-74 років (69,3 $\pm$ 3,2) та найменше – в пацієнтів 20-44 років (57,8 $\pm$ 3,1), що може

пояснюватись тим, що в молодому віці хворі більше розраховують на власні сили та ресурси, в той час як з віком орієнтація на підтримку оточуючих зростає, набуваючи свого максимуму у похилому віці. Дана стратегія є конструктивною за своєю суттю та підштовхує хворих до пошуку нових ресурсів, поради, співчуття, достовірної інформації. Хворі з вираженою стратегією пошуку соціальної підтримки і в інших ситуаціях часто схильні шукати підтримки з боку оточуючих (подружжя, рідних, друзів, психологів тощо). Така поведінка є прийнятним та достатньо ефективним способом долаючої поведінки.

Ще однією вираженою копінг-стратегією є «дистанціювання» ($60,2 \pm 4,9$). У пацієнтів з високим рівнем вираження даної стратегії часто спостерігається зниження суб'єктивної значущості стресової або кризової ситуації, зменшення емоційної залученості до неї. Натомість можуть застосовуватися такі прийоми реагування на ситуацію як відсторонення, переключення уваги, раціоналізація, знецінення, гумор тощо. Ця копінг-стратегія може проявлятися фантазуванням, небажанням бачити неприйнятних аспектів реальності, пов'язаної з хворобою. Вираження цієї стратегії є найбільшим в молодому віці ($64,3 \pm 3,9$), та знижується у середньому ($62,1 \pm 3,5$) й похилому ($69,3 \pm 3,2$) віці. Стратегія дистанціювання є деструктивною за своєю сутністю та значно знижує адекватність сприйняття серйозності онкозахворювання, гальмує процес лікування.

Ще однією деструктивною копінг-стратегією достатньо вираженою у представників вибірки є «втеча-уникнення» ($60,3 \pm 4,2$). Хворі з яскравим вираженням даної стратегії долають негативні переживання, які пов'язані з складними кризовими ситуаціями (зокрема з ситуацією онкозахворювання), за рахунок реагування по типу ескапізму (відходу від проблем). Вони часто заперечують або ігнорують проблему, намагаються відволіктися, витіснити небажані думки, ухиляються від відповідальності та активних дій з її вирішення. В таких пацієнтів часто можна спостерігати пасивність, нетерпіння, спалахи роздратування або навіть агресії, придушення болісної емоційної

напруги переїданням, вживання алкоголю або надмірним палінням, залученням до комп'ютерних ігор або відходом у віртуальність (характерно для молодих людей). Використання копінг-стратегії «втеча-уникання» зазвичай обумовлене недостатнім рівнем особистісних копінг-ресурсів і навичок активного розв'язання життєвих проблем. Слід звернути увагу, що дана стратегія найбільше виражена в представників середньої вікової групи ($65,1 \pm 4,1$). У пацієнтів молодого віку вона проявляються рідше ($62,7 \pm 3,5$), а у пацієнтів похилого віку – найменше ($53,2 \pm 4,0$). Це можна пояснити тим, що люди похилого віку краще усвідомлюють кризову ситуацію та її наслідки, спираючись передусім на власний досвід, в той час як у пацієнтів середнього віку більше можливостей знизити значущість проблеми, відволіктися від неї, переключитися на інші сторони життя або задіяти компенсаторні механізми. Дана стратегія поведінки часто спостерігається в онкопацієнтів на етапі постановки діагнозу, який відповідає стадії заперечення переживання кризової ситуації.

Вираження стратегії «конфронтація» у представників вибірки заходиться на помірному рівні ($50,7 \pm 4,5$). Дана стратегія передбачає спроби вирішення проблеми за рахунок не завжди цілеспрямованої поведінкової активності. У пацієнтів з яскраво вираженою стратегією конфронтації можуть спостерігатися імпульсивність у поведінці (іноді з елементами ворожості, конфліктності, агресивності), проблеми планування дій з подолання проблеми або прогнозування їх результату, корекції неефективної стратегії поведінки, невинуватна завзятість тощо. Копінг-дії при цьому втрачають свою цілеспрямованість і стають переважно результатом розрядки емоційної напруги. Зазвичай дана стратегія є неадаптивною, але при помірному використанні вона підтримує здатність індивіду протистояти викликам, енергійність і підприємливість під час вирішення проблемних ситуацій, справлятися з тривогою. «Конфронтація» найбільше виражена в пацієнтів похилого віку ($55,7 \pm 3,9$), що може пояснюватися властивою віку емоційною нестабільністю, схильністю до звинувачення інших, відсутністю надії на

позитивний прогноз лікування та на одужання, переживання безвихідності ситуації. Люди більш молодого віку часто знаходять інші ресурси для боротьби з хворобою, більш конструктивно складають план дій.

Дещо нижчими є середні показники вираження у представників вибірки копінг-стратегії «самоконтроль» ($47,4 \pm 4,3$). Стратегія полягає у мінімізації впливу негативних переживань, пов'язаних з проблемою, на оцінку ситуації та вибір стратегії поведінки. У таких пацієнтів може спостерігатися прагнення приховувати від навколишніх свої переживання у зв'язку з проблемною ситуацією, зокрема своїм діагнозом. Вони можуть пригнічувати та стримувати емоції, мінімізувати їх впливу на сприймання ситуації та вибір стратегії поведінки. Отже, надмірний самоконтроль іноді може призвести до невротичних розладів. Дана стратегія приблизно однаково виражена у представників всіх вікових груп вибірки, але найбільше в середньому віці ($49,8 \pm 4,2$).

Ще нижчими є середні показники вираженості в онкохворих копінг-стратегії «прийняття відповідальності» ($42,0 \pm 4,1$). Стратегія передбачає визнання людиною своєї ролі у виникненні проблеми та відповідальності за її рішення, часто з виразною самокритикою та самозвинуваченням. Стратегія вважається конструктивною. Однак, її висока вираженість в поведінці може призводити до невинуватної самокритики, самозвинувачення і незадоволеності собою. Найбільше ця стратегія є вираженою в зрілому віці ($47,4 \pm 3,8$), найменше – в похилому ($38,4 \pm 3,1$). Це вказує на те, що хворі середнього віку частіше краще усвідомлюють свою роль як у виникненні хвороби (спосіб життя, шкідливі звички, надмірна концентрація на роботі, несерйозне ставлення до здоров'я), так і процесі боротьби з нею (активне залучення до лікувального процесу, виконання рекомендацій лікарів, зміна способу життя тощо). Натомість хворі похилого віку схильні перекладати відповідальність за виникнення хвороби на зовнішні фактори (близьких, важку працю, умови життя, екологічну обстановку, недбалість лікарів тощо). Також вони неохоче виконують рекомендації лікарів, часто недотримуються парад

близьких, намагаються їх звинувачувати у поганому ставленні та неувважності до їх стану. Відносно низькі показники вираженості даної стратегії у молодих пацієнтів ($40,1 \pm 3,6$) можна пояснити недостатнім життєвим досвідом, часто невідповідальним ставленням до власного здоров'я, неусвідомленням впливу способу життя на організм, впевненям у тому, що в молодому віці онкологічні захворювання зазвичай розвиваються під впливом спадковості та практично не залежать від самої людини. Молоді люди також часто невідповідально ставляться до процесу лікування, сподіваючись на резерви молодого організму.

Найменш вираженими у представників нашої вибірки виявились копінг стратегії «планування рішень» ($40,0 \pm 3,9$) та «позитивна переоцінка» ($41,1 \pm 5,4$). Пацієнти, які схильні застосовувати копінг-стратегію «планування рішень» зазвичай вирішують проблемні ситуації за рахунок цілеспрямованого аналізу та можливих варіантів поведінки. Вони ретельно продумують стратегію вирішення проблеми, планують власні дії з урахуванням об'єктивних умов, власного досвіду та наявних ресурсів. Дана стратегія розглядається як адаптивна, яка сприяє конструктивному вирішенню труднощів. При застосуванні цієї стратегії відповідно до свого захворювання, пацієнти без зайвої емоційності підходять до планування стратегії боротьби з нею, послідовно слідує вказівкам щодо лікувального процесу, розподіляють домашні та професійні обов'язки, визначають як зменшити негативні впливи та підтримати прийнятну якість життя. Стратегія «планування рішень» найбільша виражена серед пацієнтів середнього віку ($45,3 \pm 3,8$), що пояснюється з одного боку власним досвідом переживання кризових ситуацій, усвідомленням неефективності бурхливих емоційних реакцій, з іншого боку – відповідальністю за близьких, професійну діяльність, розуміння важливості планомірного лікування задля збереження працездатності. В молодому віці вираженість даної стратегії є дещо меншою ($42,1 \pm 3,4$), що може пояснюватись недостатністю власного досвіду, зниженням відчуттям відповідальності або ж не усвідомленням серйозності ситуації. Значно менше дана стратегія виражена в пацієнтів похилого віку ($32,6 \pm 2,7$), що може пояснюватись більш вираженою

тривожністю та емоційністю людей похилого віку, впевненість у недоцільності побудови довготривалих планів, прийняттям ситуації такою, яка вона є, сумнівами в ефективності лікування. Іноді людям похилого віку також властиво ставити себе в позицію жертви, очікуючи уваги від оточуючих та співчуття. Ще одним поясненням може бути той факт, що здебільшого пацієнти похилого віку мають онкозахворювання метастатичних стадій, при яких лікування стає складнішим.

Копінг-стратегія «позитивна переоцінка» передбачає спроби подолання негативних переживань за рахунок її позитивного переосмислення, розгляд її як стимулу для особистісного зростання. Пацієнтами з вираженою стратегією переоцінки характерна орієнтованість на надособистісне, філософське осмислення ситуації захворювання. Такі хворі намагаються сприймати своє захворювання не як покарання, а як певне випробовування, яке дозволяє їм «стати сильніше». В них часто відбувається так звана переоцінка цінностей. Вони починають більше цінувати життя, його окремі моменти, стосунки з друзями та близькими, навчаються радіти простим речам. Найбільше ця стратегія виражена в пацієнтів середнього віку ($47,9 \pm 4,9$), найменше – у пацієнтів молодого віку ($35,5 \pm 3,1$). Це можна пояснити життєвим досвідом людей середнього віку, їх вмінням знайти ресурс в складних та кризових ситуаціях. З іншого боку, велике значення стандартного відхилення вказує на значний розбіг вираженості цієї стратегії в даній віковій категорії.

Таким чином, аналіз отриманих даних показав, що в більшості онкохворих домінують неадаптивні та деструктивні копінг-стратегії. Це вказує на те, що в більшості пацієнти схильні до відходу від проблем та воліють покластися на найближче соціальне оточення, в той час як приймають відповідальність, планують вирішення, позитивно переоцінюють ситуацію значно рідше. Отримані нами дані цілком узгоджуються з результатами інших досліджень копінг-стратегій онкохворих [1, 27, **Error! Reference source not found.**, 20].

Для виявлення найбільш конструктивних способів переживання онкохворими пацієнтами свого діагнозу ми проаналізували наявні взаємозв'язки між дослідженими копінг-стратегіями та показниками тривожності, депресії, фізичного та психологічного компоненту якості життя представників вибірки. Для цього був застосований кореляційний аналіз за методом лінійної кореляції Пірсона. Всі умови для застосування даного статистичного методу були виконані, а саме: об'єм вибірки та її однорідність, нормальність розподілу емпіричних даних, досліджувані показники виражені у метричних шкалах.

За результатами кореляційного аналізу були виявлені значущі взаємозв'язки копінг-стратегій з показниками тривожності, депресії, якості життя, дослідженими на попередньому етапі. Додатково ми дослідили взаємозв'язок вираженості копінг-стратегій з віком пацієнтів (див. табл. 2.6).

Таблиця 2.6

Кореляційні зв'язки показників віку випробовуваних, тривожності депресії з копінг-стратегіями 0,310 0,407

	<i>К</i>	<i>Д</i>	<i>СК</i>	<i>ПСП</i>	<i>ПВ</i>	<i>ВУ</i>	<i>ПР</i>	<i>ПП</i>
Вік	0,35*	-0,38*	-0,09	0,37*	-0,08	-0,12	0,13	0,19
А	0,37*	0,17	0,38*	0,53**	-0,27	0,19	-0,47**	-0,51**
Д	-0,22	0,36*	0,18	-0,35*	-0,21	0,43**	-0,62**	-0,6**
ФКЗ	-0,42**	0,25	-0,17	0,29	-0,18	0,3	0,35*	0,38*
ПКЗ	-0,19	0,18	-0,25	0,51**	-0,33*	0,44**	0,32*	0,65**

Умовні позначення: А – тривожність; Д – депресія; ФКЗ – фізичний компонент здоров'я (якість життя); ПКЗ – психологічний компонент здоров'я (якість життя);

копінг-стратегії: К - конфронтація; Д – дистанціювання; СК – самоконтроль; ПСП – пошук соціальної підтримки; ПВ – прийняття відповідальності; ВУ – втеча-уникнення; ПР – планування рішень; ПП – позитивна переоцінка.

Примітка: коефіцієнт лінійної кореляції Пірсона. * - значущий взаємозв'язок на рівні $p \leq 0,05$; ** - значущий взаємозв'язок на рівні $p \leq 0,01$.

Так, було встановлено, що найбільш тривожними є пацієнти з яскраво вираженими копінг-стратегіями: «самоконтроль» ($r=0,38$; $p \leq 0,05$), «пошук соціальної підтримки», ($r=0,53$; $p \leq 0,01$) «конфронтація» ($r=0,37$; $p \leq 0,05$). Найменше тривожність проявляється при вираженні копінг-стратегій «планування рішень» ($r=-0,47$; $p \leq 0,01$), «позитивна переоцінка» ($r=-0,51$; $p \leq 0,01$). Депресивні стани прямопропорційно пов'язані з копінг-стратегіями

«дистанціювання» ($r=0,36$; $p\leq 0,05$), «втеча-уникнення» ($r=0,43$; $p\leq 0,01$), натомість значущий зворотній зв'язок виявлено зі стратегіями «пошук соціальної підтримки» ($r=-0,35$; $p\leq 0,05$), «планування рішень» ($r=-0,62$; $p\leq 0,01$), «позитивна переоцінка» ($r=-0,6$; $p\leq 0,01$).

Якість життя за фізичним компонентом здоров'я має прямі значущі кореляційні зв'язки з копінг-стратегіями «планування рішень» ($r=0,35$; $p\leq 0,05$) та «позитивна переоцінка» ($r=0,38$; $p\leq 0,05$), зворотні – з стратегією «конфронтація» ($r=-0,42$; $p\leq 0,01$).

Якість життя за психологічним компонентом здоров'я має прямі значущі кореляційні зв'язки з копінг-стратегіями «пошук соціальної підтримки» ($r=0,51$; $p\leq 0,01$), «планування рішень» ($r=0,32$; $p\leq 0,05$) «позитивна переоцінка» ($r=0,35$; $p\leq 0,05$), зворотні – зі стратегіями «втеча-уникнення» ($r=-0,44$; $p\leq 0,01$) та «прийняття відповідальності» ($r=-0,33$; $p\leq 0,05$).

Додатково досліджено кореляційні зв'язки віку з копінг-стратегіями. Так, встановлено, що вираженість копінг-стратегій «конфронтація» ($r=0,35$; $p\leq 0,05$) та «пошук соціальної підтримки» ($r=0,37$; $p\leq 0,05$) зростає з віком, а вираженість копінг-стратегії «дистанціювання» - навпаки спадає ($r=-0,38$; $p\leq 0,05$).

Таким чином, найбільш адаптивними та конструктивними способами долаючої поведінки при онкологічних захворюваннях є «пошук соціальної підтримки», «позитивна переоцінка», «планування рішень». Неадаптивними та деструктивними виявились стратегії «дистанціювання», «втеча-уникнення», «конфронтація». Отже в результаті спрямованої корекційної роботи можна розвивати в пацієнтів більш адекватні поведінкові стратегії, які можуть суттєво полегшити психологічний та частково фізичний стан онкохворих, підвищити ефективність процесу лікування.

2.3. Практичні рекомендації щодо поліпшення психоемоційного стану онкохворих

Результати проведеного дослідження підтвердили наше припущення про знижений психоемоційний стан онкохворих пацієнтів, наявність в більшості з них станів тривожності та депресії, зниження якості життя як з боку фізичного так і з боку психічного та соціального функціонування. Часто психоемоційна нестабільність супроводжується неадаптивними та деструктивними копінг-стратегіями поведінки. З огляду на це ми вважаємо доцільним надати практичні рекомендації по-перше щодо поліпшення психоемоційного стану пацієнтів, зниження тривожних та депресивних проявів, поліпшення якості життя, по-друге – щодо корекції їх копінг-стратегій, що опосередковано буде позитивно впливати на зазначенні показники.

При розробці практичних рекомендацій ми враховували результати проведеного дослідження, результати існуючих наукових досліджень, досвід роботи та рекомендації психологів-практиків, які займаються психологічним супроводженням онкологічних хворих. Комплекс практичних рекомендацій ми формували шляхом узагальнення інформаційних та наукових джерел з психологічної практики щодо даної проблеми та доповнювали власними уточненнями та корегуванням [7, 4, **Error! Reference source not found.**, 22, 38, **Error! Reference source not found.**].

Як було встановлено в процесі дослідження (див. п. 2.2), однією з найбільш ефективних копінг-стратегій є «позитивна переоцінка», яка полягає в позитивному переосмисленні ситуації хвороби, розгляд її в якості певного ресурсу або стимулу для подальших дій, переоцінці цінностей життя. Позитивна переоцінка так чи інакше супроводжується усвідомлюваністю. У сучасній психологічній літературі усвідомлюваність визначається як «мистецтво просто бути тут, іншими словами, це усвідомлена, ненавмисна, відкрита та приймаюча установка до того, що відбувається в поточний момент» [38, с. 168]. Практика усвідомлюваності часто застосовується психоонкологами.

Усвідомлюваність може бути сфокусованою на певній події або об'єкті, бути більш широкою, спрямованою на ситуацію в сукупності, спрямованою всередину особистості, на власне тіло, емоції, почуття, відчуття, на

міжособистісні стосунки. Усвідомлюваність може бути спостерігаючою, супроводжуючою або залученою.

Метою вправи є збереження концентрації уваги (усвідомлюваності), пропри думки та почуття, що цьому заважають. Часто вправа на розвиток усвідомлюваності проводиться у вигляді медитації-майнфулнес. При цьому дана техніка повинна бути чітко визначеною або неформальною, мати змогу застосовуватись в повсякденному житті. Вони можуть бути спрямовані на повсякденні об'єкти або діяльність, наприклад, на рух, дихання, вживання їжі, на хатню роботу або роботу в саду тощо. Основна увага в даній техніці приділяється припиненню нав'язливих міркувань, деконструкції, стану у поточний момент, можливостям до змін, прийняттю себе.

Дана техніка є ефективною для зниження тривожності, терапії депресивних станів, підвищення загальної якості життя, рівня психічного здоров'я.

Важливою складовою для реалізації стратегії «планування рішень» є повноцінне та професійне консультування пацієнта як з боку онколога з приводу його захворювання, так і з боку психологу з приводу його психологічного стану. Актуальна та повноцінна інформація є невід'ємною складовою когнітивного компоненту внутрішньої картини здоров'я пацієнта та використовується ним при плануванні свого життя під час лікувального процесу. Крім того повноцінна інформаційна картина захворювання та лікування значно знижує тривожність з приводу ймовірних варіантів розвитку хвороби, лікувальних процедур тощо.

Умовою реалізації стратегії «пошук соціальної підтримки» є власне підтримка з боку оточуючих. Підтримка потрібна пацієнтам для того, щоб вони могли прояснити, обдумати, прийняти та підтвердити власні думки, почуття, бажання, рішення. При підтримці пацієнтів важливим є не тільки вислухати, але й зрозуміти та відгукнутися.

Крім того, терапевтичним техніками можуть бути: індивідуальні бесіди, групова терапія, арт-терапія, музико-терапія, бібліотерапія, когнітивно-

поведінкові інтервенції. Ефективним є також зниження рівня стресу шляхом аутогенного тренування, психом'язової релаксації, візуалізації, аудіосупроводження під час лікувальних процедур.

Розуміючи особливості психоемоційного стану онкологічних хворих та враховуючи конструктивні копінг-стратегії, було сформована перелік практичних рекомендацій для поліпшення їхнього стану. Дані рекомендації розраховані на фахівців, які супроводжують хворого, а також рідних та близьких, які знаходяться поруч.

1. Інформування та сприйняття інформації:

- Забезпечення онкопацієнтів достовірною та зрозумілою інформацією щодо їхнього стану та можливих шляхів лікування.
- Створення можливості для пацієнтів обговорити свої сумніви та питання з медичним персоналом.

2. Психологічна підтримка:

- Забезпечення доступу до психологічної підтримки, такої як індивідуальні консультації або групові сесії.
- Впровадження технік релаксації, таких як дихальні вправи та медитація, для зменшення тривожності.

3. Фізична активність:

- Заохочення до регулярної фізичної активності, яка може поліпшити настрій та знизити рівень стресу.
- Розгляд можливості проведення занять з фізіотерапії або йоги під наглядом фахівця.

4. Соціальна підтримка:

- Сприяння збереженню та підтримці соціальних зв'язків.
- Участь у групах підтримки для обміну досвідом.
- Залучення рідних та близьких до процесу лікування, забезпечуючи їм ресурси для підтримки.

5. Планування та цілеспрямованість:

- Допомога пацієнтам у побудові реалістичних цілей та планів, спрямованих на покращення їхнього стану.
- Вивчення та вдосконалення навичок вирішення проблем, сприяючи розвитку ефективних стратегій копінгу.

6. Позитивна переоцінка та ратифікація:

- Заохочення пацієнтів до звертання уваги на позитивні аспекти життя та досягнення, навіть невеликі.
- Розгляд можливостей для відзначення досягнень і святкування важливих подій.

7. Інтеграція альтернативних методів:

- Надання можливості користуватися альтернативними методами підтримки, такими як арт-терапія, музикотерапія чи творчі практики.

8. Індивідуалізація підходу:

- Врахування індивідуальних особливостей та побажань пацієнта при розробці плану підтримки.

9. Моніторинг та корекція:

- Встановлення системи моніторингу психоемоційного стану та регулярно адаптація підхід відповідно до змін у потребах пацієнта.

10. Залучення до самопідтримки:

- Навчання пацієнтів методам самопідтримки, наприклад, таким як домашні вправи, хобі, що сприяють психічному здоров'ю.

Загальний підхід до психологічної підтримки онкохворих пацієнтів повинен бути гуманним та індивідуалізованим, сприяти їх психічному благополуччю та покращенню якості життя.

Також ми спробували сформулювати низку практичних рекомендацій для самих онкохворих, які бажають зберегти своє психоемоційне благополуччя та застосовувати конструктивні копінг-стратегії.

1. Активний пошук соціальної підтримки:

- Розмовляйте з близькими: діліться своїми почуттями, переживаннями та досвідом з родиною та друзями, щоб створити власну соціальну мережу підтримки.
- Приєднуйтеся до груп підтримки: вступайте до психотерапевтичних груп або онкологічних груп підтримки для обміну досвідом та отримання підтримки від однодумців.

2. Позитивна переоцінка:

- Визначайте позитивні аспекти: спрямовуйте увагу на позитивні моменти та досягнення в своєму житті, навіть якщо вони невеликі.
- Створюйте щоденник подяки: записуйте щоденно позитивні враження та події, щоб усвідомлювати їхню важливість.
- Пам'ятайте, що Ви завжди в себе є. Навчіться розглядати себе як ресурс.
- Поміркуєте над фразою «В людині завжди закладена здатність до самозцілення», навчіться покращувати якість свого життя самостійно.

3. Планування рішень:

- Встановлюйте реалістичні цілі: формуйте конкретні та досяжні цілі, які сприяють вашому фізичному та психічному благополуччю.
- Розробляйте плани дій: плануйте свої дії, щоб зменшити невизначеність та забезпечити чіткість у ваших намірах.
- Покроково сплануйте свою боротьбу з хворобою, розпишіть план дій якомога детальніше та невідступно слідуйте за ним.
- Уникання деструктивних способів поведінки.
- Свідомо відмовляйтеся від ігнорування проблеми: визначайте ситуації, де ви хочете уникнути реальності, та намагайтеся звертатися до них більш об'єктивно.

- Приймайте конструктивну критику: Якщо вам важко долати конфлікти, намагайтеся слухати конструктивні поради та працюйте над власними реакціями.

4. Розвиток ефективних стратегій поведінки:

- Тренуйтеся здійснювати медитацію та релаксацію: вивчайте техніки зняття стресу, що допоможуть вам краще впоратися з емоційним тиском.
- Підтримуйте творчість: займайтеся хобі, яке надає вам радість та задоволення.
- Спілкуйтесь з рідними та друзями.

5. Взаємодія з медичним персоналом:

- Активно залучайтеся до процесу лікування: розумійте своє тіло та залучайтеся до прийняття рішень разом із медичним персоналом.
- Спілкуйтесь про свої потреби та очікування: відкрито обговорюйте свої сподівання та будьте чіткими щодо того, як ви хочете взаємодіяти з медичною командою.

6. Збереження сенсу життя:

- Визначайте цінності: розглядайте свої цінності та пріоритети, що допоможе зберегти сенс життя навіть у важкі часи.
- Віднайдіть свій власний та неповторний сенс життя, знайдіть для себе те, заради чого варто жити.

Ці рекомендації спрямовані на розвиток позитивних стратегій копіngu та підтримку психоемоційного благополуччя онкохворих, одночасно відзначаючи небажаність неадаптивних копінг-стратегій.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження психологічних особливостей переживання онкохворими пацієнтами онкологічного діагнозу дозволило зробити наступні висновки.

1. Теоретико-методологічний аналіз досліджень впливу сучасних наукових досліджень і публікацій щодо психоемоційного стану онкохворих пацієнтів показав, що онкологічні захворювання сприймаються людиною набагато важче, ніж будь-які інші. Це пов'язано з негативними установками, що онкологія є важким невиліковним захворюванням, а онкологічний діагноз ототожнюється з неминучою смертю. Однією з особливостей онкологічного захворювання є те, що вже етап постановки діагнозу є для пацієнта не кризовою, а екстремальною ситуацією, для якої є характерними відчуття надсильного стресу, потужний тиск зовнішніх обставин, який значно перевищує внутрішні адаптаційні можливості людини, втрата суб'єктивного сенсу життя. Онкологічне захворювання, починаючи з факту встановлення діагнозу, є важкою психічною травмою, внаслідок якої суттєво погіршується психоемоційний стан людини, зростає тривожність, можуть розвинутися депресивні стани, знижується якість життя. Тривале перебування у стані хронічного стресу, поширення тривожності та депресії впливає на опір хворобі, суттєво загострює проблему емоційного переживання людиною свого стану та виснажує ресурси.

У психологічних дослідженнях зазначається, що емоційний стан онкохворих пов'язаний з механізмами психологічного захисту, когнітивними, емоційними та поведінковими реакціями на кризову та стресову ситуацію. Отже постає необхідність виявлення ефективних способів долаючої поведінки пацієнтів з онкологічними захворюваннями.

2. Відповідно до поставленої мети було розроблено програму емпіричного дослідження психологічних особливостей переживання онкохворими свого діагнозу. Для реалізації дослідження сформовано

репрезентативну вибірку з онкохворих пацієнтів. Емпіричне дослідження здійснювалось за такими показниками: рівень тривожності та депресій, фізичний та психологічний компоненти якості життя, рівень вираження основних копінг-стратегій. Програма дослідження включала емпіричні методи анкетування, тестування, математико-статистичної обробки емпіричних даних. Зазначені показники досліджувались за допомогою стандартизованих психодіагностичних методик. Дослідження включало низку етапів: підготовчий, дослідницький, інтерпретаційний, практичний.

3. Емпірично досліджено психологічні особливості переживання онкохворими свого діагнозу.

Результати дослідження показали підвищені показники тривожності та депресії в онкохворих пацієнтів. Найбільші показники тривоги та депресії зафіксовано в пацієнтів молодого (20-44 роки) та середнього (45-59 років) віку, Найменші – у пацієнтів похилого віку (60+ років). Динаміка даних показників з віком підтверджується кореляційним аналізом. Переважна більшість представників всіх вікових груп мають клінічно виражені тривогу та депресію помірного ступеня. Тривога хворих зазвичай пов'язана з фактом остаточного та безповоротного підтвердження онкологічного діагнозу, очікуванням болю та страждання, травматичним лікуванням, у жінок втратою жіночності, наслідками лікування (спотворенні зовнішності), соціальною стигматизацією, втратою працездатності та здатності до самообслуговування при прогресуванні хвороби, смертю. В основі депресивних проявів лежить втрата життєвої перспективи, крах планів, різка зміна звичного стилю життя. Виявлено значущі кореляційні зв'язки тривожності та депресії з фізичним та психологічним компонентами якості життя.

Дослідження якості життя онкохворих пацієнтів показало суттєве зниження фізичного та особливо психологічного компоненту здоров'я. Середній показник якості життя, обумовленої психологічними чинниками значно нижче за фізичну, свідчить про те, що при онкологічному захворюванні саме психологічні чинники найбільше знижують якість життя та суб'єктивне

переживання хвороби. Водночас низький рівень психічного здоров'я суттєво знижує задоволення життям, адаптаційні резерви організму, здатність як протидіяти захворюванню, так і протистояти життєвим труднощам, стресовим ситуаціям.

Дослідження способів долаючої поведінки показало, що в більшості пацієнтів яскраво вираженими є неадаптивні деструктивні копінг-стратегії «конфронтація», «втеча-уникнення», «дистанціювання». Також сильно вираженою є умовно адаптивна копінг-стратегія «пошук соціальної підтримки». Найменше проявляються адаптивні копінг-стратегії «планування рішень», «прийняття відповідальності», «позитивна переоцінка».

Результати кореляційного аналізу показали найвищі прямі значущі взаємозв'язки тривожності, депресії та якості життя з копінг-стратегіями «конфронтація», «самоконтроль», «пошук соціальної підтримки». Зворотні значущі кореляційні зв'язки виявлені з копінг-стратегіями «планування рішень», «позитивна переоцінка». Також встановлено, що вираженість копінг-стратегій «конфронтація» та «пошук соціальної підтримки» зростає з віком, а вираженість копінг-стратегії «дистанціювання» - навпаки спадає.

4. На основі отриманих результатів, а також аналізу та узагальнення практичного досвіду фахівців розроблено практичні рекомендації щодо поліпшення психоемоційного стану онкохворих. Практичні рекомендації надані як для фахівців та близьких онкохворих, так і для самих пацієнтів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Березко І.В. Specificity of the processes of self-understanding and coping strategy in cancer patients In: Сучасна психологія: теорія і практика. Матеріали III Міжнародної науково-практичної конференції (м. Чернігів, 5-6 травня 2017 року). Херсон: Видавничий дім «Гельветика», 2017. С. 38 – 42.
2. Березянська В.В. Психологічний портрет онкохворих. Транзакційний підхід. *Молодий вчений*. 2018. №10 (62). С. 20 – 24.
3. Березянська В.В. Стратегії особистісної адаптації онкологічних хворих. Транзакційний підхід. *Актуальні проблеми психології: збірник наукових праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка НАПН України*. 2017. Вип. 43. Т. 7. С. 10 – 20.
4. Боднар П.Я. Оцінка якості життя онкогінекологічних хворих після проведеної гістероварієктомії, асоційованої з тромботичними ускладненнями. *Український журнал медицини, біології та спорту*. 2021. Т. 6. № 3 (31). С. 156 – 159.
5. Власова-Чмерук О.М., Долгова О.М. Психологічний статус хворих на різних стадіях онкозахворювання. *Індивідуальність у психологічних вимірах спільнот та професій в умовах мережевого суспільства: Монографія колективна / За ред. Л.В. Помиткіної, О.П. Хохліної*. Київ: ТОВ «АльфаПМК», 2019. С. 251 – 256.
6. Войцеховська О., Закалик Г. Сучасні напрямки психологічних досліджень копінг-стратегій особистості. *Педагогіка і психологія професійної освіти*. 2016. Вип. 2. С. 95–102.
7. Гасанова Л. Психологія в онкології: Як лікарю побудувати діалог з важкохворим. URL: <https://healthcenter.od.ua/2020/10/13/psychologiya-v-onkologiyi-yak-likaryu-pobuduvaty-dialog-z-vazhkohvorym/> (дата звернення: 15.11.2023)

8. Герасименко Л.О. Психосоціальна дезадаптація (сучасні концептуальні моделі). *Український вісник психоневрології*. 2018. №. 26, вип. 1. С. 62 – 65.
9. Дідковська Л.І. Психосоматика : основи психодіагностики та психотерапії : навч. посіб. для вищ. навч. закл. Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2010. 264 с.
10. Загальна теорія здоров'я та здоров'язбереження : колективна монографія / за заг. ред. проф. Ю. Д. Бойчука. Харків: Вид. Рожко С. Г., 2017. 488 с.
11. Злишков В. та ін. Психологічна підтримка онкопацієнтів під час війни: методичні рекомендації. URL: https://www.academia.edu/74595462/Onco_War
12. Злишков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ: Педагогічна думка, 2016. 219 с.
13. Ісаков Р.І. Психосоматична патологія: монографія. Київ: ВСВ «Медицина», 2023. 167 с.
14. Кирилова О.О., Кирилова Є.І., Вострокнутов І.Л. Особливості соматопсихічних проявів в онкології на різних етапах протипухлинного лікування (оглядова стаття). *Актуальні питання сучасної медицини*. Вип. 6. 2020. С. 84 – 90.
15. Ковальов О.О., Ковальов К.О. Як наслідки війни можуть впливати на захворюваність на рак в Україні та країнах Євросоюзу. URL: <https://health-ua.com/article/71485-yak-nasltdki-vjni-mozhut-vplivati-nazahvoryuvanst-narak-vukran-takranah-vros> (Дата доступу 17.06.2023)
16. Кошова С.П., Гбур З.В. Особливості впливу негативних емоцій на розвиток психосоматичних захворювань людини. Наукові інновації та передові технології. 2021. № 1. С. 130 – 140.
17. Крюкова Т.Л. Методы изучения совладающего поведения: три копинг - шкалы. изд. 2-е, исправленное, дополненное. Кострома: Авантитул, 2010. 64 с.
18. Лемак М.В., Петрище Ю.В. Психологу для роботи: діагностичні методики. Методичне видання. Ужгород: Видавництво А. Гарку і К, 2012. 616 с.

19. Лукомська С.О. Соціальна підтримка як чинник профілактики ПТСР у онкологічних хворих під час російсько-української війни. Методи та засоби психологічної допомоги постраждалим у подоланні ПТСР: тези доповідей науково-практичної конференції, 30 вересня 2023 р. Київ-Біла Церква: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2023. С. 129 – 133.
20. Мартинова Ю.Ю. Особливості психологічних компенсаторно-адаптаційних механізмів у жінок, які перенесли мастектомію. *Український вісник психоневрології*. Т. 21. Вип. 2 (75). 2013. С. 81 – 87.
21. Мороз Р.А. Психологія травмуючих ситуацій. Навчально-методичний посібник. Миколаїв: Іліон, 2018. 298 с.
22. Мухаровська І.Р. Медико-психологічна допомога в онкологічній практиці. *НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2018. № 7 (99). С. 47 – 50.
23. Мухаровська І.Р. Якість життя онкологічних хворих на етапах лікувального процесу. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2017. № 1 (7). Т.4. С. 91 – 95.
24. Наугольник Л. Б. Психологія стресу: підручник. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.
25. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. / За заг. ред. Л. Царенко. Том 2. Київ, 2018. 240 с.
26. Практична психосоматика: діагностичні шкали. Навчальний посібник / За заг. ред. О.О. Чабана, О.О. Хаустової. 2-ге видання, виправлене і доповнене. Київ: Видавничий дім Медкнига, 2019. 112 с.
27. Родина Н.В. К проблеме соотношения понятий «копинг-стратегии» и «защитные механизмы». Психодинамический подход. *Тенденції розвитку психології в Україні: історія та сучасність : матеріали всеукраїнської науковопрактичної конференції*. Київ: Либідь, 2006. С. 98 – 104.
28. Родіна Н. В. Копінг-поведінка пацієнтів з раком молочної залози. Структура та детермінанти. *Наука і освіта*. 2012. № 3. С. 86 – 91.

29. Сергет І.В. Переживання особистістю онкологічного захворювання як кризової ситуації. *Одинадцяті Сіверянські соціально-психологічні читання: Матеріали Міжнародної наукової онлайн конференції (27 листопада 2020 року, м. Чернігів) / За наук. ред. О.Ю. Дроздова, І.І. Шлімакової. Чернігів: НУЧК імені Т. Г. Шевченка, 2021. С. 229 – 231.*
30. Сергет І.В. Трансформація життєвих цінностей осіб, хворих на онкологію. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки. №2. 2022. С. 35 – 40.*
31. Тавровецька Н.І., Чиж А.С. Методологічні особливості дослідження онкохворих. *Інноваційні технології розвитку психологічних ресурсів особистості: колективна монографія / відпов. ред. Н.І. Тавровецька. Херсон: Вид-во ФОП Вишемирський В.С., 2019. С. 40 – 58.*
32. УВКБ ООН. Ситуація з біженцями в Україні. <https://data.unhcr.org/en/situations/ukraine> 5.
33. Хак К., Спют Д. Психоонкологія, базуюча на психоаналізі. Київ: Издательство Ростислава Бурлаки, 2022. 400 с.
34. С. Мурі., С Грір., переклад під редакцією І.Е. Слабінської. Когнітивно поведінкова терапія для онкологічних пацієнтів. Оксфордське керівництво. Київ: Комп'ютерне видавництво «Діалектика», 2021. 396с.
35. Green, B. L., Krupnick, J. L., Rowland, etc. Trauma history as a predictor of psychologic symptoms in women with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*. Vol. 18. 2000. P. 1084–1093.
36. Green, B. L., Rowland, J. H., & Krupnick, J. L. et al. (1998). Prevalence of posttraumatic stress disorder in women with breast cancer. *Psychosomatics*, 9, 102–111.
37. Hassan, S., Karpova, Y., Baiz, D., etc. Behavioral stress accelerates prostate cancer development in mice. *The Journal of clinical investigation*, Vol. 123(2). 2013. P. 874–886.
38. Holland J. C., Breitbart W. S., Jacobsen P. B. and al. *Psycho-Oncology*. Oxford: Oxford University press, 2015. 772 p.

39. Lawler M., Davies L., Oberst S. et al. European Groundshot-addressing Europe cancer research challenges: Lancet Oncology Commission. The Lancet. 2022 Nov 15. Published online.
40. Levin T, Kissane WD. Психоонкология: состояние на 2006 г. (расширенный реферат). *Consilium medicum*. 2007. Vol. 3. P. 10 – 14.
41. Lutgendorf S.K., Antoni M.H., Kumar M., Schneiderman N. Changes in cognitive coping strategies predict EBV-antibody titre change following a stressor disclosure induction. *Journal of Psychosomatic Research*. 38(1). 1994. P. 63 – 78.
42. Montgomery, M., & McCrone, S. H. (2010). Psychological distress associated with the diagnostic phase for suspected breast cancer: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 66(11), 2372–2390.
43. Schmidt M.E., Chang-Claude J., Vrieling A., Heinz J., Flesch-Janys D., & Steindorf K. (2012). Fatigue and quality of life in breast cancer survivors: temporal courses and long-term pattern. *Journal of Cancer Survivorship*. 2012. 6(1). P. 11–19.
44. Spiegel, D. Mind matters: Coping and cancer progression. *Journal of psychosomatic research*. Vol. 50(5). 2001. P. 287 – 290.
45. Jon Kabat-Zinn., *Wherever You Go, There You Are: Mindfulness Meditation in Everyday Life.*, Hachette Go., 2023. 320 p.

ДОДАТКИ

Додаток А

Анкета для первинної діагностики онкохворих пацієнтів

Ваше ім'я _____

Ваш вік _____

Ваш сімейний стан _____

Стадія онкозахворювання _____

Локалізація онкозахворювання _____

Опишіть свій емоційний стан останнім часом декількома словами:

Оберіть ресурси, які допомагають Вам переживати хворобу (необхідне підкреслити):

Родина та близькі; Друзі; Хоббі (захоплення); Робота (бізнес);

Книги; Творчість; Віра; Інше _____

Таких ресурсів в мене немає.

Оберіть, з якими проблемами Ви стикаєтесь останнім часом у зв'язку з своїм захворюванням (необхідне підкреслити):

Матеріальні; Відсутність соціальної підтримки; Фізичні страждання;

Втрата працездатності; Самотність; Інше _____

Нічого з вище переліченого.

Бланк методики «Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS)»

Інструкція. Вчені впевнені в тому, що емоції відіграють важливу роль у виникненні багатьох захворювань. Якщо Ваш лікар більше дізнається про Ваші переживання, він зможе краще допомогти Вам. Цей опитувальник розроблений для того, щоб допомогти Вашому лікарю зрозуміти, як Ви себе почуваєте. Не звертайте уваги на цифри і букви, розташовані в лівій частині опитувальника. Прочитайте уважно кожне твердження і в порожній графі зліва відзначте хрестиком відповідь, яка найбільшою мірою відповідає тому, як Ви себе почували минулого тижня. Не роздумуйте занадто довго над кожним твердженням. Ваша перша реакція завжди буде найбільш вірною».

D	A	Симптом
	A	1. Я ВІДЧУВАЮ НАПРУЖЕНІСТЬ
	3	Увесь час
	2	Часто
	1	Час від часу, іноді
	0	Зовсім не відчуваю
D		2. ТЕ, ЩО ПРИНОСИЛО МЕНІ ВЕЛИКЕ ЗАДОВОЛЕННЯ, І ЗАРАЗ ВИКЛИКАЄ В МЕНЕ ТАКІ Ж ПОЧУТТЯ
	0	Безумовно це так
	1	Напевно, це так
	2	Це так лише в дуже малому ступені
	3	Це зовсім не так
	A	3. Я ВІДЧУВАЮ СТРАХ, ЗДАЄТЬСЯ, НАЧЕБТО ЩОСЬ ЖАХЛИВЕ МОЖЕ ОТ-ОТ СТАТИСЯ
	3	Безумовно це так, і страх дуже сильний
	2	Це так, але страх не дуже сильний
	1	Іноді страх буває, але це мене майже не турбує
	0	Зовсім не відчуваю страху
D		4. Я ЗДАТЕН РОЗСМІЯТИСЯ І ПОБАЧИТИ В ТІЙ ЧИ ІНШІЙ ПОДІЇ СМІШНЕ
	0	Безумовно це так
	1	Напевно, це так
	2	Це так лише в дуже малому ступені
	3	Зовсім не здатен
	A	5. НЕСПОКІЙНІ ДУМКИ КРУТЯТЬСЯ В МЕНЕ В ГОЛОВІ
	3	Постійно
	2	Велику частину часу
	1	Час від часу
	0	Зрідка
D		6. Я ВІДЧУВАЮ БАДЬОРІСТЬ
	3	Зовсім не відчуваю
	2	Дуже рідко
	1	Іноді
	0	Практично увесь час
	A	7. Я ЛЕГКО МОЖУ СІСТИ І РОЗСЛАБИТИСЯ
	0	Безумовно це так
	1	Напевно, це так
	2	Лише зрідка це так
	3	Зовсім не можу

D		8. МЕНІ ЗДАЄТЬСЯ, ЩО Я СТАВ ВСЕ РОБИТИ ДУЖЕ ПОВІЛЬНО
3		Практично увесь час
2		Часто
1		Іноді
0		Зовсім ні
A		9. Я ВІДЧУВАЮ ВНУТРІШНЄ НАПРУЖЕННЯ ЧИ ТРЕМТІННЯ
0		Зовсім не відчуваю
1		Іноді
2		Часто
3		Дуже часто
D		10. Я НЕ СТЕЖУ ЗА СВОЄЮ ЗОВНІШНІСТЮ
3		Безумовно це так
2		Я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно
1		Може бути, я став менше приділяти цьому увагу
0		Я стежу за собою так само, як і раніше
A		11. Я ВІДЧУВАЮ НЕПОСИДЮЧІСТЬ, НАЧЕ МЕНІ ПОСТІЙНО ПОТРІБНО РУХАТИСЯ
3		Безумовно це так
2		Напевно, це так
1		Це так лише деякою мірою
0		Зовсім не відчуваю
D		12. Я ВВАЖАЮ, ЩО МОЇ СПРАВИ (ЗАНЯТТЯ, ЗАХОПЛЕННЯ) МОЖУТЬ ПРИНЕСТИ МЕНІ ПОЧУТТЯ ЗАДОВОЛЕННЯ
0		Точно так само, як і зазвичай
1		Так, але не в тій мірі, як раніше
2		Значно менше, ніж зазвичай
3		Зовсім не вважаю
A		13. У МЕНЕ БУВАЄ РАПТОВЕ ПОЧУТТЯ ПАНІКИ
3		Дуже часто
2		Досить часто
1		Не так вже часто
0		Зовсім не буває
D		14. Я МОЖУ ОДЕРЖАТИ ЗАДОВОЛЕННЯ ВІД ГАРНОЇ КНИГИ, РАДІО-ЧИ ТЕЛЕПЕРЕДАЧІ
0		Часто
1		Іноді
2		Рідко
3		Дуже рідко
		Загальна сума балів

Опитувальник неспецифічної якості життя (MOS SF-36)

Бланк методики SF-36

Інструкція. Якість життя — це інтегральний показник, який відображає наскільки людина задоволена своїм фізичним, психічним та соціальним станом. Дослідження якості життя допомагає отримати інформацію, необхідну для ширшого розуміння впливу клінічних проявів захворювання на загальний соматичний та психологічний стан хворих, а також дає можливість оцінити ефективність застосованої терапії в динаміці. Уважно прочитайте твердження щодо Вашого стану останнім часом. Обведіть кружечком номер варіанту відповіді або поставьте хрестик у відповідній клітинці таблиці.

1. У цілому Ви б оцінили свій стан здоров'я як:
 1. Відмінний
 2. Дуже добрий
 3. Добрий
 4. Посередній
 5. Поганий
2. Як би Ви у цілому оцінили своє здоров'я зараз порівняно з тим, що було рік тому:
 1. Значно краще, ніж рік тому
 2. Дещо краще, ніж рік тому
 3. Приблизно таке саме, як рік тому
 4. Дещо гірше, ніж рік тому
 5. Набагато гірше, ніж рік тому

3. Наступні питання стосуються дій, які Вам інколи доводиться виконувати протягом звичайного дня. Чи обмежує Вас стан здоров'я наразі у виконанні перерахованих нижче дій? Якщо так, то якою мірою?

Дії	Так, значно обмежує	Так, трохи обмежує	Ні, зовсім не обмежує
3.1. Тяжкі фізичні навантаження (біг, підняття тяжких речей, заняття силовими видами спорту)			
3.2. Помірні фізичні навантаження (переміщення столу, робота з пирососом, гра в бадмінтон, збір грибів)			
3.3. Підняти та нести сумку з продуктами			
3.4. Піднятися пішки по сходах на декілька поверхів			
3.5. Піднятися пішки по сходах на 1 поверх			
3.6. Пригнутись, нахилитись або встати на коліна			
3.7. Пройти відстань більше одного кілометра			
3.8. Пройти декілька сотень метрів			
3.9. Пройти сто метрів			
3.10. Самостійно помитися, вдягнутися			

4. Як часто за останні 4 тижні Ви відчували перераховані нижче труднощі в роботі або іншій звичній активності через причини, пов'язані з фізичним станом?

Труднощі	Весь час	Більшу частину часу	Інколи	Рідко	Жодного разу
4.1. Довелося скоротити кількість часу, що витрачається на роботу та інші справи					
4.2. Виконали менше, ніж хотіли					
4.3. Ви були обмежені у виконанні якого-небудь певного виду роботи або іншої діяльності					
4.4. Були труднощі при виконанні роботи або інших справ (наприклад, потребували більше зусиль)					

5. Як часто за останні 4 тижні Ви відчували перераховані нижче труднощі в роботі чи іншому звичному виді активності через емоційний стан (наприклад, депресії або занепокоєння)?

	Весь час	Більшу частину часу	Інколи	Рідко	Жодного разу
5.1. Довелося скоротити кількість часу, що витрачається на роботу або інші справи					
5.2. Виконали менше, ніж хотіли					
5.3. Виконували свою роботу або інші справи менш акуратно, ніж звичайно					

6. Наскільки Ваш фізичний та емоційний стан протягом останніх 4-х тижнів заважав Вашому звичайному спілкуванню з сім'єю, друзями, сусідами або в колективі?

1. Зовсім не заважав.
2. Трохи.
3. Помірно.
4. Сильно.
5. Дуже сильно.

7. Наскільки сильний фізичний біль Ви відчували протягом останніх 4-х тижнів?

1. Зовсім не відчував.
2. Тільки дуже слабкий.
3. Слабкий.
4. Помірний.
5. Сильний.
6. Дуже сильний.

8. Якою мірою біль протягом останніх 4-х тижнів заважав Вам займатись Вашою звичною роботою?

1. Зовсім не заважав.
2. Трохи.
3. Помірно.
4. Сильно.
5. Дуже сильно.

9. Наступні питання стосуються того, як Ви себе почували та яким був Ваш настрій протягом останніх 4 тижнів. Будь-ласка, на кожне питання дайте одну відповідь, яка найбільш відповідає Вашим відчуттям. Як часто протягом останніх 4-х тижнів:

	Весь час	Більшу частину часу	Інколи	Рідко	Жодного разу
9.1. Ви відчували себе бадьорим					
9.2. Сильно нервували					
9.3. Відчували себе таким(-ою) засмученим(-ою), що ніщо не могло Вас збадьорити					
9.4. Відчували себе спокійним(-ою) та упокореним(-ою)					
9.5. Відчували себе повним(-ою) сил та енергії					
9.6. Відчували занепад духу або депресію					
9.7. Відчували себе змученим(-ою)					
9.8. Відчували себе щасливим(-ою)					
9.9. Відчували себе втомленим(-ою)					

10. Як часто за останні 4 тижні Ваш фізичний або емоційний стан заважав Вам активно спілкуватись з людьми (навідувати друзів, родичів тощо)?

1. Весь час.
2. Більшу частину часу.
3. Інколи.
4. Рідко.
5. Жодного разу.

11. Наскільки вірно або невірно відносно Вас кожне з перерахованих нижче тверджень?

	Безперечно вірно	В основному вірно	Не знаю	В основному невірно	Безперечно невірно
11.1. Мені здається, що я більш схильний до хвороб ніж інші					
11.2. Моє здоров'я не гірше ніж у моїх знайомих					
11.3. Я очікую, що моє здоров'я погіршиться					
11.4. У мене відмінне здоров'я					

Ключ до опитувальника

№ запитання	Шкала	Загальний показник
3.1 – 3.10	Фізичне функціонування (RF)	Фізичний компонент здоров'я
4.1 – 4.4	Рольове функціонування, обумовлене фізичним станом (RP)	
7, 8	Інтенсивність болю (BP)	
1, 11.1 – 11.4	Загальний стан здоров'я (GH)	
9.1, 9.5,	Життєва активність (VT)	Психологічний компонент

9.7, 9.9		здоров'я
6, 10	Соціальне функціонування (SF)	
5.1 – 5.3	Рольове функціонування, обумовлене емоційним станом (RE)	
9.2, 9.3, 9.4, 9.6, 9.8	Психічне здоров'я (MH)	

Додаток Д

Опитувальник «Способи долаючої поведінки» (WCQ) Р. Лазаруса в адаптації Т. Крюкової

Інструкція. Згадайте, будь ласка, важку (стресову) ситуацію, яка сталася з Вами протягом минулого тижня. Під «стресовою» ми маємо на увазі таку ситуацію, яка викликала у Вас занепокоєння, тому що засмутила Вас, або Вам довелося докласти значних зусиль, щоб з нею впоратися. Вона може стосуватися вашої родини, роботи, друзів, всього, що ви вважаєте важливим. Згадайте ситуацію в деталях: де вона сталася, хто брав участь у ній, як Ви поводитися, і чому вона була така важлива для Вас. Можливо, Ви все ще включені в переживання цієї ситуації, найважчої за минулий тиждень. Думаючи про цю ситуацію, опишіть, як Ви з нею впоралися (справляєтеся), використовуючи наведені нижче твердження.

Будь ласка, постарайтеся звернути увагу на кожне твердження.

	Опинившись у важкій ситуація, я...	ніколи	рідко	іноді	часто
1.	...зосереджувався на тому, що мені треба було робити далі – на наступному кроці				
2.	...починав щось робити, знаючи, що це все одно не працюватиме, головне – робити хоч що-небудь.				
3.	...намагався схилити вищих до того, щоб вони змінили свою думку				
4.	...говорив з іншими, щоб більше дізнатися про ситуацію				
5.	...критикував і докоряв собі				
6.	...намагався не спалювати за собою мости, залишаючи все, як воно є				
7.	...сподівався на диво				
8.	...змирявся з долею: буває, що мені не щастить				
9.	...поводився, ніби нічого не сталося				
10.	...намагався не показувати своїх почуттів				
11.	...намагався побачити в ситуації щось позитивне				
12.	... спав більше звичайного				
13.	...зривав злість на тих, хто накликав на мене проблеми				
14.	...приймав співчуття та розуміння від когось				
15.	... був натхненний, щоб творчо поставитися до проблеми				
16.	...намагався забути все це				
17.	...звертався за допомогою до фахівців				
18.	...мінявся на краще, ріс як особистість				
19.	...вибачався чи намагався все заглибити				
20.	...становив план дій і слідував йому				
21.	...намагався дати якийсь вихід своїм почуттям				

22.	...розумів, що сам викликав цю проблему				
23.	...набирався досвіду у цій ситуації				
24.	...розмовляв з ким-небудь, хто міг конкретно допомогти в цій ситуації				
25.	...намагався покращити самопочуття їжею, випивкою, курінням чи ліками				
26.	...ризиковав бездумно для вирішення проблеми				
27.	...намагався діяти не поспішаючи, не довіряючись першому пориву				
28.	...знаходив нову віру у щось				
29.	...Знову відкривав для себе щось важливе в житті				
30.	...щось міняв так, що все налагоджувалося				
31.	...загалом уникав спілкування з людьми				
32.	...не допускав це до себе, намагаючись про це особливо не замислюватись				
33.	...питає поради у родича чи друга, якого поважав				
34.	...старався, щоб інші не впізнали, як погано справи мої справи				
35.	...відмовлявся сприймати це надто серйозно				
36.	...говорив про те, що я відчуваю				
37.	...стояв на своєму і боровся за те, чого хотів				
38.	...зганяв це на інших людях				
39.	...користувався минулим досвідом – мені доводилося вже потрапляти у такі ситуації				
40.	...знав, що треба робити і подвоїв свої зусилля, щоб усе налагодити				
41.	...відмовлявся вірити, що це справді сталося				
42.	...давав обіцянку, що наступного разу все буде по-іншому				
43.	...знаходив пару інших способів вирішення проблеми				
44.	...намагався, щоб мої почуття не заважали мені в інших справах				
45.	...щось змінював у собі				
46.	...хотів, щоб усе це швидше якось вирішилося чи закінчилося				
47.	...уявляв собі, фантазував, як усе це могло б обернутися				
48.	...молився				
49.	...прокручував у думці, що мені сказати чи зробити				
50.	...думав про те, як би в даній ситуації діяла людина, якою я захоплююся, і намагався наслідувати її				

КЛЮЧ обробки даних (опис копінг-шкал)

1. Конфронтаційний копінг: визначає агресивні зусилля щодо зміни ситуації. Передбачає певний ступінь ворожості та готовності до ризику.
Пункти: 2 3 13 21 26 37 (max 18 балів)
2. Дистанціювання: визначає когнітивні зусилля відокремитися від ситуації та зменшити її значимість.
Пункти: 8 9 11 16 32 35 (max 18 балів)
3. Самоконтроль: визначає зусилля щодо регулювання своїх почуттів та дій.
Пункти: 6 10 27 34 44 49 50 (max 21 бал)
4. Пошук соціальної підтримки: визначає зусилля у пошуку інформаційної, дієвої та емоційної підтримки від інших людей.
Пункти: 4 14 17 24 33 36 (max 18 балів)
5. Прийняття відповідальності: визнання своєї ролі у проблемі із супутньою темою її рішення.
Пункти: 5 19 22 42 (max 12 балів)
6. Втеча - уникнення: описує уявне прагнення, відхід у фантазії та поведінкові зусилля, спрямовані на втечу або уникнення проблеми (а не дистанціювання від неї).
Пункти: 7 12 25 31 38
7. Планування вирішення проблеми: описує навмисні проблемно-фокусовані зусилля щодо зміни ситуації, що включають аналітичний підхід до вирішення проблеми.
Пункти: 1 20 30 39 40 43 (max 18 балів)
8. Позитивна переоцінка: визначає зусилля щодо створення позитивного сенсу ситуації фокусуванням на зростанні власної особистості, включаючи релігійний досвід.
Пункти: 15 18 23 28 29 45 48 (max 21 бал)