

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ВОЛИНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ЛЕСІ УКРАЇНКИ
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ
Кафедра загальної та клінічної психології

Випускна кваліфікаційна робота
на правах рукопису

Подолух Наталія Іванівна
ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ
ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ
ЛІКУВАННЯ

Спеціальність 053 Психологія
Освітньо-професійна програма Клінічна психологія
Робота на здобуття освітнього ступеня «магістр»

Науковий керівник:
ЖУРАВЛЬОВА ОЛЕНА
ВІКТОРІВНА
доктор психологічних наук,
доцент

РЕКОМЕНДОВАНО ДО ЗАХИСТУ

Протокол № _____
засідання кафедри загальної та
клінічної психології
від _____ 202__р.
Завідувач кафедри
Журавльова О.В. _____

ЛУЦЬК 2024

АНОТАЦІЯ

Подолух Н.І. Психологічні особливості онкологічних хворих на різних етапах лікування. Кваліфікаційна наукова робота на правах рукопису. Робота на здобуття наукового ступеня «Магістр» за спеціальністю 053 «Психологія», освітньо-професійної програми Клінічна психологія, – Волинський національний університет імені Лесі Українки, Луцьк, 2024.

Кваліфікаційна робота присвячена дослідженню психоемоційного стану онкологічних пацієнтів на різних етапах лікування. У роботі визначено ключові психологічні особливості онкохворих, такі як тривога, фрустрація, ригідність та агресивність, а також виявлено їх залежність від етапу лікування (початковий, післяопераційний, ремісія). Проведено аналіз адаптаційних стратегій та копінгмеханізмів пацієнтів, зокрема їхніх особливостей у вікових, гендерних та клінічних групах.

У роботі розроблено програму психологічної допомоги онкологічним пацієнтам, яка включає рекомендації для стабілізації емоційного стану, зниження рівня стресу та покращення соціальної підтримки. Окремий блок програми присвячено розробці практичних рекомендацій для близьких онкоодужуючих, які спрямовані на ефективну взаємодію з пацієнтами та профілактику емоційного вигорання.

Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. У першому розділі **«Теоретичні аспекти дослідження психоемоційного стану онкологічних пацієнтів»** висвітлено концептуальні підходи до вивчення емоційних станів, зокрема адаптаційних стратегій, та їх роль у реабілітації онкологічних хворих. У другому розділі **«Емпіричне дослідження психоемоційних станів онкохворих»** представлено результати діагностики за допомогою стандартизованих методик: «методика ірраціональних установок» А. Елліса, Тест «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенк), методика для діагностики стратегій подолання стресових ситуацій SACS (С. Хобфолл), опитувальник

«Рівень комплаєнтності» О. Асріян, С. Кадиров, О. Ковальчук та проведено аналіз змін відповідно до етапів лікування за допомогою методів математичної статистики. Третій розділ **«Розробка програми психологічної допомоги»** включає опис практичних рекомендацій для пацієнтів та їхніх близьких, а також моделі інтервенцій для покращення адаптації.

Наукова новизна роботи полягає у виявленні особливостей психоемоційних станів онкологічних пацієнтів у динаміці лікування, а також у розробці комплексної програми психологічної допомоги, яка враховує етапи лікування та особливості пацієнтів. Практичне значення роботи полягає у впровадженні результатів у клінічну практику для підвищення якості медикопсихологічної допомоги.

Ключові слова: онкологічні пацієнти, тривога, фрустрація, ригідність, копінг-стратегії, психологічна допомога.

ABSTRACT

Podoliukh N. Psychological Characteristics of Cancer Patients at Different Stages of Treatment. Qualifying scientific work on the rights of manuscripts. A thesis submitted for the degree of Master of Psychology, specialty 053 "Psychology." - Lesya Ukrainka Volyn National University, Lutsk, 2024.

This qualification work is dedicated to the study of the psycho-emotional state of cancer patients at various stages of treatment. The study identifies key psychological characteristics of cancer patients, such as anxiety, frustration, rigidity, and aggressiveness, and reveals their dependence on treatment stages (initial, postoperative, and remission). The analysis of patients' adaptation strategies and coping mechanisms is conducted, with a particular focus on differences among age, gender, and clinical subgroups.

The paper presents a psychological assistance program for cancer patients, which includes recommendations for stabilizing emotional states, reducing stress levels, and improving social support. A separate section of the program is devoted to developing practical recommendations for the patients' caregivers, aimed at fostering effective interaction with patients and preventing emotional burnout.

The work consists of an introduction, three chapters, conclusions, a list of references, and appendices. The first chapter, **"Theoretical Aspects of Studying the Psycho-Emotional State of Cancer Patients,"** highlights conceptual approaches to examining emotional states, particularly adaptation strategies, and their role in the rehabilitation of cancer patients. The second chapter, **"Empirical Research on the Psycho-Emotional State of Cancer Patients,"** presents the results of diagnostic studies using standardized methods, including "The Methodology of Irrational Beliefs" by A. Ellis, "Self-Assessment of Mental States" by H. Eysenck, the "Strategic Approach to Coping" (SACS) by S. Hobfoll, and the "Compliance Questionnaire" by O. Asryan, S. Kadyrov, and O. Kovalchuk. The analysis of changes corresponding to treatment stages was performed using mathematical statistical methods. The third chapter,

"Development of a Psychological Assistance Program," includes practical recommendations for patients and their caregivers, as well as intervention models to improve adaptation.

The scientific novelty of the study lies in identifying the features of cancer patients' psycho-emotional states in the dynamics of treatment and in developing a comprehensive psychological assistance program that accounts for treatment stages and patients' individual characteristics. The practical significance of the work is in implementing the results into clinical practice to enhance the quality of medical and psychological care.

Keywords: cancer patients, anxiety, frustration, rigidity, coping strategies, psychological assistance.

ВСТУП

Актуальність дослідження. Онкологічні захворювання займають одне з провідних місць серед причин смертності в усьому світі, що робить проблему лікування та психологічної підтримки пацієнтів із цією недугою надзвичайно актуальною.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, кількість онкологічних хворих постійно зростає, що підвищує актуальність вивчення їхніх психологічних реакцій на діагноз, лікування та реабілітацію. Психологічний стан хворого на рак проходить через значні зміни на кожному етапі лікування: від моменту встановлення діагнозу до завершення терапії, включаючи періоди хіміотерапії, хірургічного втручання, променевої терапії та подальшої реабілітації. Кожен з цих етапів має свої специфічні психологічні аспекти, які впливають як на якість життя пацієнта, так і на ефективність лікування.

За останні десятиліття значно покращились методи діагностики та лікування онкологічних захворювань, проте психологічний аспект цього процесу залишається недостатньо вивченим. Психологічний стан пацієнта безпосередньо впливає на ефективність лікування, його здатність адаптуватися до нових умов, а також на тривалість життя після завершення терапії.

Важливою особливістю онкологічних захворювань є те, що кожен етап лікування — від встановлення діагнозу до реабілітації — супроводжується різними психологічними викликами. Реакція на хворобу може варіювати від шоку та заперечення до депресії, тривоги або, навпаки, боротьби і надії. На кожному етапі лікування змінюються не тільки фізичний стан пацієнта, а й його емоційна реакція, що потребує комплексного підходу до психологічної підтримки. Саме тому вивчення психологічних особливостей онкологічних хворих на різних етапах терапії має не лише наукове, але й практичне значення. Актуальність даного дослідження зумовлена необхідністю розробки ефективних психологічних стратегій для підтримки пацієнтів з онкологічними захворюваннями. Зростаюча кількість онкологічних хворих вимагає

впровадження більш індивідуалізованих і системних підходів до психологічної допомоги, які б враховували етапи лікування та специфіку переживань пацієнтів. Зокрема, визначення ключових факторів, що впливають на психоемоційний стан хворих, дозволить розробити рекомендації для психологів і медичних працівників, спрямовані на покращення якості життя пацієнтів та оптимізацію процесу лікування.

Об’єктом дослідження є психологічні особливості онкологічних хворих на різних етапах лікування.

Предметом дослідження є психоемоційний стан онкологічних хворих, їхні психологічні реакції та адаптаційні механізми на різних етапах лікування (діагностика, хіміотерапія, хірургічне втручання, реабілітація), а також вплив психологічних факторів на ефективність лікування та якість життя пацієнтів.

Мета: на основі теоретико-методологічного дослідження визначити психологічні особливості онкологічних хворих на різних етапах лікування, а також виявити основні чинники, які впливають на їхній психоемоційний стан та реакцію на терапевтичні втручання; розробка психотерапевтичних стратегій та підходів, які сприяють покращенню якості життя пацієнтів з онкологічними захворюваннями.

Завдання дослідження:

- здійснити теоретико-методологічний аналіз наукової літератури щодо психологічних особливостей онкологічних хворих, визначити ключові поняття та концепції, пов’язані з психоемоційним станом пацієнтів на різних етапах лікування;
- здійснити емпіричне дослідження психоемоційного стану онкологічних пацієнтів за допомогою стандартизованих методик;
- розробити програму психологічної допомоги онкологічним пацієнтам, що включає: рекомендації для стабілізації емоційного стану пацієнтів; практичні рекомендації для близьких онкоодужуючих; техніки для зниження стресу, покращення адаптації та зміцнення соціальної підтримки.

Теоретико-методологічною основою нашого дослідження виступили психологічні дослідження у сфері психоонкології та психології здоров'я (А.

Goldscheider, Т. Титаренко, А. Weisman, Е. Kübler-Ross, J. Holland та інші).

Методи дослідження:

Для досягнення поставленої мети та завдань було використано такі методи: – теоретичні: аналіз, порівняння, узагальнення, систематизація, інтерпретація даних із наукової літератури з вивчення психологічних особливостей онкологічних хворих на різних етапах лікування;

– емпіричні: психодіагностичні методики: «методика ірраціональних установок» А. Елліса, Тест «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенк), методика для діагностики стратегій подолання стресових ситуацій SACS (С. Хобфолл), опитувальник «Рівень комплаєнтності» О. Асріян, С. Кадиров, О.

Ковальчук.

- методи математичної статистики: 1. Описова статистика; 2. Коефіцієнт кореляції Пірсона та t-критерій Стюдента для порівняння відмінностей між групами.

Вибірку для дослідження склали 50 осіб, що проходили лікування на базі Обласного медичного центру онкології Комунального підприємства «Волинська обласна клінічна лікарня».

Дозвіл Комітету з етики наукових досліджень для проведення дослідження протокол № 3 від 15.12.2023 року.

Практичне значення:

Результати дослідження мають важливе практичне значення для психологічної допомоги онкологічним хворим, а також для медичних працівників, які працюють з такими пацієнтами. Зокрема, отримані результати можуть бути використані у таких напрямках:

1. Розробка ефективних методів психологічної підтримки для онкологічних хворих на різних етапах лікування, зокрема, на етапі діагностики, під час хіміотерапії, після хірургічного втручання та під час реабілітації.

2. Покращення якості життя пацієнтів, знижуючи рівень стресу, тривожності та депресії, що допоможе хворим краще справлятися з емоційними та психологічними труднощами, пов'язаними з хворобою та лікуванням.

3. Оптимізування процесу лікування за рахунок включення психологічної підтримки в комплексну терапію, що може позитивно вплинути на прихильність пацієнтів до лікувальних процедур і їхню загальну адаптацію до змін у житті.

4. Створення рекомендацій для медичних працівників та психологів, які працюють з онкологічними хворими, що дозволить їм краще розуміти психоемоційний стан пацієнтів і застосовувати відповідні інтервенції.

5. Визначення ключових психологічних факторів, які можуть сприяти покращенню або погіршенню результатів лікування, і на їх основі розробка індивідуалізованих підходів до підтримки пацієнтів.

Результати даного дослідження можуть стати основою для подальших наукових розробок у галузі психології онкологічних хворих та впровадження нових підходів до їхнього лікування та реабілітації, що враховують не тільки фізичний, а й психоемоційний стан пацієнтів.

Структура роботи: магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Робота містить 1 рисунок та 15 таблиць. Список використаних джерел налічує 75 найменувань.

Повний обсяг роботи – 85 сторінок.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ ЛІКУВАННЯ

1.1. Особистість онкологічно хворої людини.

Онкологічне захворювання є значним стресовим фактором для особистості, що може кардинально змінити її психоемоційний стан та функціонування в соціальному середовищі. Вивчення психологічних реакцій онкологічних хворих дозволяє з'ясувати, як діагноз і процес лікування впливають на психічний стан, мотивацію, поведінку та взаємодію з іншими людьми.

1.1.1. Особливості психологічного реагування на захворювання в онкологічних хворих.

Онкологічні захворювання залишаються однією з найскладніших медичних і психологічних проблем сучасності. Незважаючи на значні досягнення в діагностиці та лікуванні онкологічних хвороб, ці патології продовжують бути важливим фактором стресу для пацієнтів, їхніх родин та медичних працівників.

За даними Національного канцер-реєстру України, у 2021 році показник онкозахворюваності становив 344,5 на 100 тисяч населення, із них чоловіків — 350,4 на 100 тисяч населення, жінок — 339,3 на 100 тисяч населення [19].

Станом на 2022-2023 роки, рівень захворюваності на рак в Україні продовжує залишатися високим, з певними відмінностями між окремими типами онкологічних захворювань [18].

У 2022 році внаслідок збройної агресії росії та активних бойових дій на території України в окремих регіонах було ускладнено функціонування онкологічних центрів і отримання їх підрозділами — регіональними канцерреєстрами відомостей про хворих із злоякісними новоутвореннями як вперше виявлених, так і тих, які вже перебували на обліку.

В Україні щорічно виявляється близько 160 тис. нових випадків раку, при цьому майже 90 тис. осіб помирають від цієї хвороби. Це складає значну частку

смертності, зокрема 35% померлих — люди працездатного віку. Структура онкологічної захворюваності в Україні виглядає наступним чином: перше місце займають злоякісні новоутворення шкіри, друге — рак молочної залози, а третє — рак легень. Серед жінок найбільш поширеним є рак молочної залози [19].

Зі збільшенням захворюваності на рак стали особливо актуальним є питання психоемоційного стану онкологічних хворих.

Психологічні реакції на онкологічне захворювання є складними та багатогранними, і вони можуть змінюватися на різних етапах розвитку хвороби. Психіка хворого на онкологічні захворювання в період розвитку та прогресування хвороби багато в чому аналогічна психіці хворого на будь-яке важке соматичне захворювання. Вплив соматичного стану на психіку є складним і багатогранним, оскільки він може бути як саногенним (корисним для психічного здоров'я), так і патогенним (шкідливим для психічної діяльності). Під патогенним впливом розуміється порушення психічної діяльності, яке виникає в умовах соматичної хвороби. У випадку з онкологічними захворюваннями, цей вплив може бути двояким: соматогенним і психогенним [1].

Соматогенний вплив на психіку пов'язаний з фізіологічними процесами, які виникають внаслідок інтоксикації організму, гіпоксії (нестачі кисню) або інших патологічних змін, що впливають на центральну нервову систему (ЦНС). Наприклад, при онкологічних захворюваннях, хіміотерапія або ракові пухлини можуть викликати зміни в хімії мозку, що призводить до депресії, тривоги або когнітивних порушень [35]. Соматогенний вплив може викликати у пацієнта порушення настрою, розлади сну, депресивні стани та інші симптоми, які значною мірою обумовлені фізичним станом [43].

Психогенний вплив пов'язаний з реакцією особистості на захворювання та його можливі наслідки. Страх перед смертю, тривога щодо майбутнього, відчуття безпорадності й невизначеності можуть значно посилити психологічний стрес. Психогенний компонент може виявлятися у вигляді тривоги, депресії, посттравматичних стресових розладів (ПТСР), що знижують якість життя пацієнта і можуть погіршити загальний стан хворого [41].

Особливості реагування на захворювання тісно пов'язане із внутрішньою картиною хвороби (ВКХ). Внутрішня картина хвороби (ВКХ) є важливим психологічним компонентом, що відображає індивідуальне сприйняття та розуміння людиною своєї хвороби. Це суб'єктивний образ, який формується на основі фізичних симптомів, медичних пояснень, а також особистого досвіду хвороби [9].

ВКХ має важливе значення у контексті онкологічних захворювань, оскільки вона визначає, як пацієнт сприймає і переживає свою хворобу, що, в свою чергу, впливає на психологічний стан і поведінку.

Дослідження внутрішньої картини хвороби почалося з робіт німецького лікаря А. Goldscheider (1926), який ввів поняття аутопластичної картини хвороби, що охоплює відчуття, переживання та уявлення пацієнта про свою хворобу. Було визначено два основні рівні цієї картини: сенситивний, який заснований на фізичних відчуттях, і інтелектуальний, який формується на основі роздумів хворого про свій стан [3]. У вітчизняній медицині поняття ВКХ стало більш широко вивчатися з 1950-х років, коли стали надавати більшу увагу переживанням і реакціям хворих, зокрема, психологічному сприйняттю своїх захворювань.

Т. Титаренко в своїй роботі "Психологія життєвої кризи" визначає внутрішню картину хвороби як «комплекс переживань хворого, пов'язаних із захворюванням: загальне самопочуття, відчуття, сприйняття, емоції, уявлення про хворобу» (Титаренко, 1998). Це визначення акцентує увагу на тому, як пацієнт сприймає своє захворювання через фізичні відчуття та емоційні реакції, а також як ці переживання можуть впливати на його загальний психоемоційний стан [21]. ВКХ є важливою частиною психосоціальної адаптації пацієнта, особливо у випадку тяжких або хронічних захворювань, таких як рак. Цей підхід сприяє розумінню того, що пацієнт не лише переживає хворобу на фізичному рівні, але й через свою внутрішню картину хвороби реагує на неї психологічно, що може значно вплинути на ефективність лікування і психологічну адаптацію.

Виділяють три основні реакції хворого на захворювання, зокрема на онкологічні захворювання:

1. Стенічна реакція: Цей тип реакції характеризується активною боротьбою з хворобою. Пацієнт намагається зберегти контроль над своєю ситуацією, приймає своє захворювання, але активно шукає способи його подолання. Стенічна реакція часто супроводжується високою мотивацією до лікування і підтримання позитивного психологічного стану.

2. Астенічна реакція: Пацієнт із астенічною реакцією відчуває фізичне і емоційне виснаження. Цей тип реакції часто супроводжується депресією, відчуттям безсилля та розчаруванням. Хворий може демонструвати пасивність і уникати активних дій щодо боротьби з хворобою.

3. Раціональна реакція: У цьому випадку пацієнт намагається логічно осмислити свою хворобу та її наслідки. Він активно шукає інформацію, взаємодіє з медичним персоналом, і прагне до оптимальних рішень для свого лікування, інтерпретуючи ситуацію через раціональне сприйняття. Цей тип реакції дозволяє пацієнту зберігати контроль над своїм станом [21].

Типологія психологічного реагування на захворювання ґрунтується на оцінці трьох основних факторів, які визначають поведінкові і емоційні реакції хворих. Ця модель дозволяє класифікувати типи реагування на хворобу за такими критеріями: природа соматичного захворювання (тяжкість, прогресування та характер захворювання (наприклад, хронічність чи наявність ускладнень); тип особистості (основна увага приділяється акцентуаціям характеру, тобто властивим особливостям особистісної структури, які можуть впливати на сприйняття хвороби); ставлення до хвороби в референтній групі (як ставлення близького оточення (сім'я, друзі) та соціуму в цілому до захворювання може формувати або підтримувати певні реакції хворого) [25].

У типології психологічного реагування на хворобу було виділено три основні блоки, що враховують взаємодію фізичного стану, особистісних рис і соціальної адаптації хворого.

Перший блок включає типи ставлення до хвороби, що не порушують соціальну адаптацію:

1. Гармонійний тип характеризується адекватною оцінкою стану, активною участю в лікуванні і прагненням не обтяжувати інших. Хворий розуміє, що його хвороба може створювати проблеми для близьких, тому намагається компенсувати це мінімізацією турботи про себе.
2. Ергопатичний тип зосереджений на роботі й активному підтриманні соціальних зв'язків, незважаючи на хворобу.
3. Анозогнозичний тип відмовляється визнавати наявність хвороби, що може призводити до недооцінки її серйозності і небажання звертатися за допомогою [1].

Другий блок охоплює типи з інтрапсихічною спрямованістю, де виражена дезадаптація через емоційно-афективні порушення:

1. Тривожний тип супроводжується постійними побоюваннями щодо хвороби, пошуком нових методів лікування, страхом ускладнень.
2. Іпохондричний тип зосереджений на суб'єктивних неприємних відчуттях, часто перебільшуючи їх і створюючи уявні хвороби.
3. Неврастенічний тип характеризується дратівливістю, слабкістю і надмірною реакцією на фізичні й емоційні труднощі.
4. Меланхолічний тип проявляється в депресивних настроях, зневірі в успіху лікування та песимістичному прогнозі.
5. Апатичний тип відзначається байдужістю до свого стану і пасивністю у ставленні до лікування.

Третій блок з інтерпсихічною спрямованістю включає типи, що залежать від соціальних взаємодій і сприйняття хвороби через призму особистісних рис:

1. Сенситивний тип турбується про те, як хвороба сприймається іншими, побоюючись відчуження чи стигматизації.
2. Егоцентричний тип демонструє звернення уваги на свою хворобу як спосіб залучення максимального співчуття та турботи.

3. Паранояльний тип характеризується підозрілістю, часто відчуваючи, що інші люди мають шкідливі наміри щодо його стану.

4. Дисфоричний тип проявляється у негативізмі та агресії щодо навколишнього світу і медичних працівників [7].

Сучасні теоретичні моделі, які описують психологічну реакцію пацієнтів з онкологічними захворюваннями, намагаються пояснити поведінкові та емоційні відповіді на новину про діагноз та процес лікування, що є важливим для побудови психологічної підтримки та реабілітації. Кожна з них має власний підхід до класифікації стадій адаптації пацієнта, що може допомогти у виборі стратегії підтримки.

Модель А. Weisman (1977) пропонує розподіл психологічної реакції на онкологічне захворювання на 4 етапи:

1. «Екзистенційний переляк», який проявляється глибоким стресом;
2. «Пристосування й пом'якшення» - проявляється у прагненні нового та до стабілізації емоційного стану, відновлення балансу; в цей момент хворий звертається до медичної допомоги та шукає способи лікування;
3. «Повторення та рецидив» - супроводжується психосоціальною кризою.
4. «Погіршення і занепад»- більш складний перебіг хвороби, що може характеризуватися приготуванням до смерті, пацієнт стикається з неминучістю смерті [74].

Емоційна модель реагування включає три основні емоційні групи реакцій: побоювання, пов'язані зі значенням діагнозу, соціальна депривація, викликана зміною середовища на лікарняне, і переживання, пов'язані з розлукою з родиною. Цей підхід дозволяє фокусувати увагу на соціальнопсихологічних аспектах допомоги, зокрема на необхідності підтримки контактів пацієнта з близькими.

У іншій моделі виокремлюється три фази реакції на діагноз, що включають початковий шок і страх, адаптацію до боротьби зі стресом і, зрештою, звикання до нового життя з новими перспективами. Такий підхід підкреслює можливість конструктивної адаптації, що є основою для відновлення активності та покращення якості життя [3].

Найбільш відома модель Кюблер-Росс описує п'ять стадій, починаючи з заперечення і завершуючи фазою апатії, що виникає на термінальних стадіях захворювання. Вона залишається популярною завдяки можливості прогнозувати емоційні реакції пацієнтів на різних етапах захворювання та допомагає клініцистам планувати психологічну підтримку (Kubler-Ross, 1969). Стадії горя за Елізабетою Кюблер-Росс, викладені в її роботах, є важливим теоретичним внеском у розуміння психологічних реакцій людини на смерть і втрату. У книзі «Про смерть і помирання» (1969), Кюблер-Росс описала п'ять основних етапів, через які, за її спостереженнями, проходять люди, що стикаються з наближенням смерті або важкими втратами [15].

Стадії за Е. Kübler-Ross безпосередньо стосуються психологічних реакцій на важкі захворювання, зокрема онкологічні. Виділено п'ять стадій, через які проходять пацієнти, що стикаються з термінальним діагнозом або тяжкою хворобою. Ці стадії, які включають заперечення, гнів, перемовини, депресію і прийняття, відображають емоційні реакції, характерні для людей, що стикаються з невиліковними або серйозними захворюваннями.

1. Заперечення (Denial) - анозогнозична фаза

На першій стадії людина відмовляється вірити, що трапилася катастрофа. Це захисний механізм, за допомогою якого людина намагається уникнути гіркої реальності. Наприклад, людина може говорити: "Це неможливо, це не зі мною".

Заперечення дозволяє зменшити емоційний стрес, пов'язаний із втратою.

2. Гнів (Anger) - дисфорична фаза

У цій стадії людина відчуває сильний гнів і розчарування через свою ситуацію. Вона може злитися на лікарів, родину, себе або навіть на Бога. Це одна з найболючіших стадій, адже людині важко прийняти ситуацію, яка здається несправедливою.

3. Торг або переговори (Bargaining) - аутосугестивна фаза

На цьому етапі людина намагається укласти "угоду", щоб змінити ситуацію. Наприклад, хворий може думати або говорити: "Якщо я буду краще

поводитись, я буду жити довше". Це також спосіб відкласти реальність, сподіваючись на покращення.

4. Депресія (Depression) - депресивна фаза

Коли усвідомлення невідворотності ситуації стає надто великим, людина може впасти в депресію. Вона відчуває глибоке смуток і безнадійність через свою втрату або смерть, що наближається. На цьому етапі можуть виникати почуття жалю за упущеними можливостями. 5. Прийняття (Acceptance) - апатична фаза

Останній етап – це прийняття ситуації. Людина починає розуміти, що смерть або втрата неминучі, і готова рухатися вперед, навіть якщо це лише на духовному рівні. На цьому етапі може з'явитися спокій і внутрішній мир.

Е. Kübler-Ross наголошувала, що ці етапи не завжди проходять в суворій послідовності, і люди можуть перескакувати між ними або переживати їх в різному порядку в залежності від індивідуальних особливостей [57].

Пацієнти можуть переживати ці етапи в різному порядку і з різною інтенсивністю, і це залежить не лише від хвороби, а й від індивідуальних психологічних особливостей особистості, як зазначено в типології реагування на захворювання.

Деякі пацієнти можуть використовувати заперечення як механізм протягом більшої частини свого захворювання або заперечення може включати лише короткий епізод, за яким слідує тривала стадія гніву чи депресії. Торг або переговори зазвичай короточасні, періодичні і нерідко можна спостерігати прояв гніву протягом усього захворювання. Прийняття неминучості смерті зазвичай є відносно коротким явищем незадовго до смерті, пов'язаним з поступовим добровільним відпусканням пацієнта зі своїми друзями та родичами [58].

Ставлення до онкологічного діагнозу може змінюватися залежно від віку, соціального досвіду та гендерних ролей. Наприклад, у пацієнтів підліткового та юнацького віку часто спостерігається більший рівень тривоги та депресії через страх перед майбутнім і невизначеністю. Вони можуть відчувати більший психологічний стрес через переживання за втрату здоров'я в молодому віці та

можливу соціальну ізоляцію. Вони також часто стикаються з труднощами при сприйнятті онкологічного захворювання як життєвого виклику, через що потребують значної емоційної підтримки [3].

У літніх пацієнтів, навпаки, може бути більш примирене ставлення до хвороби, оскільки в них більший досвід стикування з важкими ситуаціями та природнішим процесом старіння. Водночас для них характерно переживання через обмеження якості життя, більшу кількість супутніх захворювань і більшу соціальну ізоляцію через фізичні труднощі [39].

Гендерні аспекти також важливі в контексті сприйняття хвороби. Жінки можуть більше акцентувати увагу на емоційному аспекті, відчуваючи більшу тривогу щодо свого зовнішнього вигляду після операцій [31] (наприклад, через мастектомію) та наявність ролі доглядальниці для родини [23]. Чоловіки ж, згідно з дослідженнями, часто намагаються приховати свій психологічний стан, прагнучи зберегти зовнішній вигляд сильної особистості, що може перешкоджати пошуку психологічної допомоги та підтримки [46].

Отже, психологічне реагування на онкологічне захворювання у хворих має свої особливості, що зумовлені важкістю та непередбачуваністю діагнозу. Зазвичай процес адаптації до онкологічного захворювання супроводжується різноманітними емоційними та поведінковими реакціями, такими як шок, заперечення, страх, гнів, депресія, тривога та прийняття. Як свідчать дослідження, онкологічні пацієнти часто переживають етапи, подібні до стадій горя за Е. Кюблер-Росс, що відображаються в індивідуальних варіаціях на кожному з цих етапів залежно від особистих та соціальних чинників. Онкологічне захворювання значно впливає на самооцінку та уявлення пацієнтів про власне майбутнє, що часто призводить до зміни поглядів на життя та систему цінностей. Люди з гармонійним типом реагування частіше прагнуть до активної участі у процесі лікування і, відповідно, мають вищі показники соціальної адаптації. Інші типи реагування, наприклад, іпохондричний або апатичний, можуть перешкоджати оптимальному лікуванню через підвищену тривожність або байдужість до хвороби, що призводить до психічної дезадаптації [32].

1.1.2. Психоемоційний стан онкологічних хворих на різних етапах лікування

Онкологічні захворювання є одним із найбільш серйозних факторів психоемоційного стресу, оскільки діагноз «рак» часто асоціюється зі смертю або втратою якості життя. Більшість пацієнтів та їхні родини сприймають це захворювання як важке та невиліковне, що призводить до виникнення страху, тривоги, безпорадності й відчаю. Такі емоційні реакції сприяють розвитку хронічного стресу, що може негативно впливати на перебіг лікування та викликати додаткові психосоматичні розлади [75].

Клінічні особливості психогенних реакцій у онкологічних хворих за спостереженнями В. Березянської можна розглядати в контексті етапів, через які проходять пацієнти під час лікування:

1. Діагностичний етап: є одним із найбільш травматичних для пацієнтів, оскільки починається з моменту направлення до онколога та підготовки до госпіталізації. Пацієнти можуть відчувати шок, страх, заперечення та невизначеність стосовно майбутнього лікування. Дослідження показують, що цей етап важливо супроводжувати психологічною підтримкою, щоб знизити рівень тривоги.
2. Прийом до клініки: пацієнти знайомляться з лікарняним персоналом та іншими хворими, що може викликати різноманітні реакції від сором'язливості до тривоги через обговорення свого діагнозу.
3. Передопераційний етап: включає час між інформуванням пацієнта про операцію та час самої операції. У цей період спостерігається зростання тривожності через очікування хірургічного втручання.
4. Післяопераційний етап: зазвичай характеризується поступовим зниженням тривожності, але може виникати нова хвиля страхів щодо відновлення функціональної здатності.
5. Виписка: один із найважливіших етапів, оскільки пацієнт повертається додому, де може зіткнутися з проблемами самостійного догляду та

психологічного тиску. Психологічна реабілітація після виписки є критично важливою для підтримання якості життя та емоційної стабільності пацієнта [2].

Діагностичний етап є одним із найбільш психотравмуючих для онкологічних хворих. Згідно із дослідженнями, приблизно 50% пацієнтів демонструють реакції важкого ступеня на психотравмуючі обставини, тоді як лише 8% пацієнтів мають легкі реакції. Виявлено, що тривожно-депресивний синдром є характерним для цього етапу, оскільки його спостерігали у 56% пацієнтів. Синдром супроводжується підвищеною тривожністю, яка іноді досягає рівня страху, а також відчуттям безнадійності та думками про швидку смерть.

Другим за частотою виникнення є дисфоричний синдром, який охоплює 13% випадків. У таких пацієнтів спостерігаються дратівливість, гнів і агресія, що зазвичай приховують тривогу і страх. Також на діагностичному етапі в 10% випадків фіксуються тривожно-іпохондричні та астено-іпохондричні симптоми. Пацієнти виявляють надмірну увагу до свого стану, фокусуючись на невизначених або дискомфортних відчуттях, що інтерпретуються ними як прогресуюче поширення раку в організмі.

Ці клінічні особливості підтверджуються також іншими дослідженнями, які вказують, що діагностика онкологічного захворювання часто викликає сильний психологічний дистрес і потребує спеціальної психологічної підтримки для зниження негативного впливу на емоційний стан пацієнтів [3]

Психологічні аспекти поведінки онкологічних пацієнтів, включно із запереченням хвороби, є складними й багатofакторними, що підтверджується роботами J. Holland, однієї з засновників психоонкології. Вона описувала кілька причин такої поведінки, зокрема страх отримати остаточне підтвердження діагнозу, боязнь операції, а також фаталістичний настрій: переконання, що ситуація безвихідна, незалежно від дій. Ці фактори часто супроводжуються шокowymi реакціями на новину про пухлину, що потребує подальшого лікування або хірургічного втручання [14].

J. Holland визначала реакції хворих на рак, включаючи механізми заперечення та страху, які впливають на прийняття діагнозу й лікування. Її праці вказують, що багато пацієнтів відкладають звернення до лікаря.

Основні фактори, які зазначала J. Holland:

1. Уникання діагнозу: Пацієнти часто заперечують симптоми через страх підтвердження серйозного діагнозу.
2. Страх лікування: Боязнь операцій або можливих ускладнень змушує відкладати обстеження.
3. Фаталізм: Переконавання, що діагноз невідворотно призведе до смерті, знижує мотивацію до лікування.

Ці механізми заперечення часто супроводжуються гострими психогенними реакціями, особливо під час встановлення діагнозу, що включає шок, тривогу або навіть депресію [50].

Онкологічні патології часто супроводжуються підвищеним ризиком розвитку психічних розладів різного характеру, таких як афективні, невротичні або органічні розлади. Ці порушення мають значний вплив на прогноз, працездатність та якість життя пацієнтів [14].

На етапі «вступу до клініки» та передопераційному періоді можуть проявлятися такі реакції пацієнтів, такі як тривожно-депресивний, дисфоричний синдром та тривожно-іпохондричні розлади.

Депресивні розлади є одним із найбільш поширених психічних станів серед онкохворих, особливо в післяопераційний період і на пізніх стадіях захворювання. Згідно з дослідженнями, депресія асоціюється зі зниженням виживання через посилення соматичних симптомів і зменшення прихильності до лікування. Тривожні розлади часто супроводжують депресію, підсилюючи негативні прогнози [63].

Афективні та невротичні порушення погіршують здатність пацієнта адаптуватися до діагнозу та лікування.

Дисфоричний синдром виражається через дратівливість, агресивні прояви або занепокоєння, що приховують глибокий страх і тривогу пацієнта.

Параноїдні прояви та ідеї переслідування - можуть виникати параноїдні симптоми, обумовлені загальним станом емоційної перевантаженості. Як результат хіміотерапії, променевої терапії або прогресування пухлини можуть виникати органічні психічні розлади [44].

Несвоєчасна діагностика психічних розладів у онкологічних пацієнтів може погіршувати процес лікування, знижувати ефективність терапії та якість життя. Зокрема, депресивні стани є важливими предикторами несприятливих клінічних і соціальних результатів. Фактори ризику включають інтоксикацію, поліорганну недостатність, болі, порушення фізіологічних функцій, метастази, попередні психічні порушення та вплив соціальних обставин. Хіміотерапія, особливо високодозова, також може спричинити когнітивні розлади, які інколи тривають до кількох років після лікування [14].

Суїцид є важливим аспектом, пов'язаним із психічним здоров'ям онкологічних пацієнтів, оскільки рівень суїцидів серед них значно вищий. Дослідження показують, що ризик суїциду серед онкохворих у 2–4 рази перевищує середній рівень у суспільстві. Суїцидальні думки часто виникають на етапі діагностики, особливо після підтвердження онкологічного захворювання, і можуть посилюватися в кризові періоди перебігу хвороби — при прогресуванні, рецидивах або появі сильного больового синдрому. Найвищий ризик суїцидальних дій спостерігається протягом перших шести місяців після встановлення діагнозу. Зазначені аспекти особливо актуальні для пацієнтів із хронічним больовим синдромом, поганим прогнозом і соціальною ізоляцією [45].

Мотиви суїцидальної поведінки серед онкологічних пацієнтів є складним поєднанням фізичних, психологічних і соціальних факторів. Основними мотивами є прагнення припинити соматичні страждання, включаючи хронічний больовий синдром, втрату контролю над фізіологічними функціями, а також відчуття власної обтяжливості для родини. Суїцидальна поведінка у таких пацієнтів може проявлятися у формі відмови від лікування, що трактується як пасивна аутоагресія. Часто спостерігається використання доступних лікарських

засобів для самогубства. Такі дії відображають як психологічний стан пацієнтів, так і їхню реакцію на фізичний дискомфорт і прогресування хвороби [34].

На четвертому етапі — «післяопераційному» — спостерігається значне зниження інтенсивності негативних переживань у онкохворих. Багато пацієнтів сприймають операцію як переломний момент, що дає тимчасове психологічне полегшення. Це викликано надією на сприятливий перебіг післяопераційного періоду. Найчастіше в цей період діагностується астено-іпохондричний синдром. Він супроводжується одночасним зниженням психічної напруги, накопиченої внаслідок тривалого стресу, та посиленням тривожних думок про можливі ускладнення. На другому місці за частотою знаходиться апатичний синдром, що характеризується млявістю та байдужістю до навколишнього світу [3].

Етап «виписки» в контексті психоонкології є важливим для психологічного стану пацієнтів, хоча він не супроводжується вираженими психопатологічними феноменами. Пацієнти відчують полегшення, повертаючись додому після тривалого перебування у клініці та складного лікування. Це відчуття полегшення часто пов'язане зі зменшенням стресу, спричиненого госпіталізацією та медичними процедурами. Однак ключовою проблемою, яка виникає на цьому етапі, є зміна соціальної ролі. У клініці пацієнти займали позицію хворих, і основна відповідальність за їхнє здоров'я лежала на лікарях. Після виписки вони знову стають відповідальними за своє життя і здоров'я. Це може викликати певний рівень тривоги, оскільки пацієнти повинні адаптуватися до нового ритму життя та виконувати рекомендації лікарів у домашніх умовах. Згідно з дослідженнями, ця зміна соціальної ролі і відповідальності є важливим аспектом психосоціальної реабілітації онкохворих і потребує підтримки, зокрема через програму супроводу, що включає консультації лікарів, психологів і соціальних працівників.

Катамнестичний період, який є етапом після основного лікування раку, характеризується рядом психологічних і соціальних змін. На цьому етапі пацієнти часто переживають прагнення до самоізоляції та негативне ставлення до попередніх фізичних активностей. Це відбивається на їх взаємодії з родиною,

внаслідок відчуття нерозуміння стану, навіть якщо фізичний стан хворого стабільний. Така поведінка не залежить від рівня соматичного здоров'я та може зберігатись після успішного лікування. Цей етап можна розглядати як психосоціальний перехід від статусу «хворої людини» до статусу «людини з досвідом онкологічного захворювання». Однак цей перехід часто супроводжується відчуттям безпорадності та незрозумілістю майбутнього, не радістю від ремісії. Як зазначає A.L. Stanton та ін. патерналістський підхід в медицині, коли пацієнт повністю довіряє лікарям, може призвести до панічного страху та невпевненості після завершення лікування, коли пацієнт стикається з необхідністю самотійно адаптувати своє життя [65].

Психологічний стан пацієнта має значний вплив на його імунну систему, що особливо важливо у контексті онкологічних захворювань. Дослідження показали, що стрес, депресія і тривога можуть пригнічувати імунні відповіді, що знижує ефективність лікування раку [56]. Ці негативні психологічні стани можуть послабити здатність організму боротися з раковими клітинами, що ускладнює загальне відновлення пацієнта та сприяє розвитку захворювання. Наприклад, тривалий стрес може викликати гормональні зміни, які впливають на імунну функцію, а депресія пов'язана з ослабленням імунної системи через зниження рівня кортизолу та інших факторів, що регулюють імунну відповідь [60].

З іншого боку, позитивний емоційний стан і психологічне благополуччя можуть сприяти покращенню імунних функцій, підтримуючи організм у боротьбі з хворобою. Пацієнти, які мають підтримку, відчують менше стресу і депресії, можуть відновлюватися швидше після лікування і мати кращі результати.

1.1.3. Психосоціальні ресурси онкологічних хворих

Психосоціальні ресурси онкологічних хворих займають важливе місце у комплексному підході до лікування та підтримки пацієнтів. Вони охоплюють

широкий спектр факторів, які здатні покращити психологічний стан пацієнтів, зміцнити їх соціальні зв'язки та підтримати в адаптації до нових умов життя, викликаних захворюванням. Врахування психосоціальних аспектів у лікуванні онкологічних хворих є не тільки важливим для підтримки емоційного благополуччя, а й може мати значний вплив на ефективність терапії та загальний стан здоров'я пацієнтів. Різноманітні форми підтримки, зокрема родинна, соціальна, психологічна, а також активне включення пацієнтів у процес лікування, здатні позитивно впливати на рівень стресу, тривоги та депресії, знижувати ризики розвитку психічних розладів і, зрештою, покращувати прогноз лікування. Вивчення цих ресурсів є важливою частиною психоонкології, яка сприяє кращому розумінню взаємозв'язку між психологічним здоров'ям і фізичним станом хворих.

Підтримка родини є одним із основних психосоціальних ресурсів для пацієнтів з онкологічними захворюваннями, оскільки вона допомагає знизити рівень стресу, тривоги та депресії [17]. Психологічний комфорт, який створюють близькі люди, має великий вплив на адаптацію пацієнтів до лікування та покращення їхнього загального стану. Взаєморозуміння з боку родини знижує почуття ізоляції, яке часто переживають онкохворі, і допомагає їм краще справлятися з фізичними та емоційними труднощами, пов'язаними з хворобою. Підтримка родини покращує поведінкові показники пацієнтів, зокрема дотримання лікувальних процедур та вищу прихильність до терапії. Це, своєю чергою, підвищує ефективність лікування і позитивно впливає на здоров'я хворих. Емоційна підтримка родини допомагає значно знизити рівень депресії у пацієнтів із онкологічними захворюваннями, навіть у періоди хіміотерапії або після операцій [30].

Ідея того, що соціальна підтримка може мати буферний ефект для онкохворих, ґрунтується на дослідженнях S. Cohen та T. Wills (1985), які вважали, що міжособистісні ресурси, коли вони відповідають на потреби пацієнта, можуть зменшити психологічний вплив хвороби [36]. P. Thoits (1986) розширив це, концептуалізуючи соціальну підтримку як допомогу в подоланні стресу—

активну участь важливих осіб у процесі керування стресом. За його словами, соціальна підтримка може допомогти людям справлятися зі стресом, змінюючи ситуацію, значення ситуації або емоційну реакцію на неї, що в результаті дозволяє краще управляти тривогою або депресією, пов'язаною зі стресом [70].

Інші дослідження підтверджують важливість як емоційної, так і інструментальної підтримки для подолання стресових ситуацій, пов'язаних із онкологією, і покращення психологічного благополуччя. Емоційна підтримка включає в себе підтримку з боку близьких людей, таких як родина та друзі, які надають моральну та емоційну допомогу. Це може бути розуміння, виявлення співчуття або просте слухання, що допомагає пацієнту відчувати, що він не самотній у своїх переживаннях. Інструментальна підтримка - це допомога в повсякденному житті, яка включає практичні аспекти — транспортування до лікарні, допомога в господарстві, організація побутових питань. Це дає пацієнтові можливість зосередитись на лікуванні, зменшуючи стрес, пов'язаний із побутовими труднощами.

Цей буферний ефект допомагає змінювати сприйняття проблем і адаптуватися до хвороби більш ефективно [64].

Родина не лише забезпечує фізичний догляд, а й виконує роль основного джерела емоційного заспокоєння, що значно покращує якість життя хворих. Однак, надання підтримки може призвести до стресу в членів родини, особливо через високі вимоги до часу та емоційних зусиль, що потребує правильного розподілу ресурсів і уваги. Рідні пацієнтів з онкологічними захворюваннями стикаються з багатьма труднощами, включаючи емоційне та фізичне вигорання, фінансові проблеми та тиск через зміну їх ролі в родині. Також рідні та близькі потребують допомоги в отриманні інформації від медиків. Вони можуть мати труднощі у розумінні медичних аспектів догляду, таких як методи лікування, управління побічними ефектами або забезпечення комфортних умов для хворого. Освітні ресурси та консультації з медичними працівниками дозволяють їм відчувати себе більш впевненими та підготовленими до допомоги своїм близьким, що сприяє покращенню якості догляду за пацієнтом [42].

Соціальна підтримка має суттєвий психологічний ефект для пацієнтів з онкологічними захворюваннями, як і для тих, хто страждає від інших хвороб. Дослідження показали, що позитивні стосунки та емоційна підтримка від членів родини сприяють кращій фізичній та психологічній адаптації до хвороби. Пацієнти з кращим прогнозом також краще адаптуються, коли отримують високий рівень соціальної підтримки [10]. Довгострокові дослідження показують, що соціальна підтримка на момент діагностики пов'язана з меншою емоційною напругою та довшим життям [68].

У своєму дослідженні пацієнтів з раком, С. Dunkel-Schetter (1984) виявила, що емоційна підтримка була найбільш корисною для 81% опитуваних, незалежно від того, чи надавала її родина, друзі чи медичний персонал. Інформаційна підтримка була корисною для 41% учасників, особливо коли її надавали медичні працівники. Однак матеріальна допомога і оцінкова підтримка були менш корисними. Це показує, що важливими є не лише кількість підтримки, але й її тип та джерело [38].

Підтримка, яку отримують онкологічні пацієнти, має важливе значення для їх психологічного та фізичного самопочуття. Різні види підтримки, такі як емоційна, інформаційна та матеріальна допомога, відіграють важливу роль у процесі адаптації до захворювання. Емоційна підтримка, надана родиною, друзями або медичними працівниками, є найціннішою для пацієнтів. Водночас важливо, щоб медичний персонал надавав підтримку з урахуванням індивідуальних потреб, адже її відсутність може погіршити самопочуття хворих.

1.2. Особливості організації медико-психологічної допомоги у онкологічній практиці на різних етапах лікування

Підтримка на етапах діагностики, лікування та реабілітації повинна бути інтегрованою та міждисциплінарною. Вона включає психотерапевтичну допомогу для адаптації до захворювання, зниження стресу та тривоги, а також навчання пацієнтів і родин, як справлятися з наслідками хвороби. Кожен етап

лікування потребує індивідуального підходу, що дозволяє покращити якість життя пацієнтів і підвищити ефективність терапії.

Психологічна допомога в онкології має важливі принципи: індивідуалізація підходу до кожного пацієнта, підтримка автономії, конфіденційність, емпатія, терапевтичний альянс і інтеграція психологічної допомоги в медичний контекст лікування. Психолог має враховувати унікальні особливості пацієнта, стимулювати активну участь у прийнятті рішень, створювати довірчі відносини та працювати в тандемі з медичним персоналом, забезпечуючи комплексний підхід до лікування та психологічної підтримки [33].

В залежності від індивідуальних потреб, психологи розробляють специфічні стратегії для кожного пацієнта, щоб допомогти впоратися з тривогою, страхом, депресією чи відчуттям втрати контролю. Психологічні підходи можуть включати техніки релаксації, когнітивно-поведінкові стратегії або емоційну підтримку, щоб пацієнт міг краще справлятися з ситуацією [72].

Індивідуальний підхід в онкологічній психології також включає врахування особистісних ресурсів пацієнта, таких як його здатність до саморегуляції та стресового копіngu. Деякі пацієнти використовують психологічні стратегії, зокрема позитивне мислення або релігійні переконання, для ефективного справляння з труднощами. Психологи допомагають пацієнтам визначити та розвивати ці механізми копіngu, що дозволяє підтримувати психічну стійкість та позитивний емоційний стан під час лікування [69].

Важливо враховувати соціокультурний контекст пацієнта, оскільки культурні цінності можуть впливати на те, як пацієнт сприймає діагноз та лікування. Психологи повинні адаптувати свої методи до індивідуальних потреб та уподобань пацієнтів. Також необхідно враховувати фізичний стан та специфіку хвороби, оскільки лікування може впливати на психоемоційний стан пацієнта.

Психологи тісно співпрацюють з медичним персоналом для мінімізації негативних психологічних наслідків та оптимізації лікувального процесу [55].

Моделі психологічної підтримки та реабілітації онкологічних хворих є основою для створення комплексного підходу до лікування та підтримки пацієнтів, що перебувають у стані хронічного стресу, пов'язаного із хворобою. Вони забезпечують систематичну психосоціальну допомогу, орієнтовану на виявлення психологічних потреб, покращення психоемоційного стану, адаптацію до лікувального процесу та покращення загальної якості життя пацієнтів [28].

Інтегративна модель базується на включенні психологічної допомоги до загального медичного контексту лікування онкологічних захворювань. У цій моделі психологи, медичний персонал, соціальні працівники та фізіотерапевти працюють спільно, забезпечуючи пацієнтам багатовимірну підтримку.

Основними принципами є:

- Індивідуальний підхід до кожного пацієнта з урахуванням його медичних, психологічних та соціальних потреб.
- Використання різних технік (когнітивно-поведінкової терапії, технік релаксації) для корекції емоційних станів.
- Постійна комунікація між фахівцями для координації дій.

Інтегративна модель сприяє цілісному підходу до лікування, де психологічна допомога є невід'ємною частиною терапії, що дозволяє пацієнтам легше адаптуватися до стресових факторів, покращити комплаєнтність і знизити ризик психоемоційного виснаження [21].

Модель інтервенційного планування та співпраці базується на структурованому підході до розробки та впровадження індивідуальних планів психологічної підтримки. Етапи цієї моделі:

1. Оцінка потреб та ресурсів: аналіз емоційного стану пацієнта, його ресурсів для подолання стресу, наявності соціальної підтримки.
2. Визначення цілей: постановка конкретних цілей для покращення психологічного стану пацієнта.

3. Розробка плану: формування персоналізованої стратегії психологічної підтримки з урахуванням медичного стану пацієнта.

4. Моніторинг: регулярне оцінювання ефективності плану та внесення необхідних коректив [39].

Модель групової психологічної підтримки – організація групових сесій для пацієнтів, які стикаються зі схожими проблемами. Під час таких сесій пацієнти мають можливість ділитися досвідом, отримувати емоційну підтримку та взаємодіяти у середовищі взаєморозуміння. Це сприяє зниженню відчуття ізольованості у пацієнтів, підвищує рівень соціальної інтеграції та допомагає в подоланні емоційного стресу [43].

Застосування різних моделей психологічної підтримки дозволяє врахувати специфічні потреби пацієнтів на всіх етапах лікування, включаючи початковий період, післяопераційний етап і ремісію. Інтеграція цих підходів допомагає не лише зменшити рівень стресу, але й підвищити комплаєнтність, підтримати мотивацію до лікування та покращити загальну якість життя.

У роботі з онкологічними хворими психологічна допомога охоплює комплекс терапевтичних підходів, спрямованих на покращення їхнього емоційного, когнітивного та поведінкового стану. Зокрема, арт-терапія допомагає виразити емоції через творчість, що сприяє зниженню рівня стресу. Гештальт-терапія фокусується на усвідомленні «тут і зараз», допомагаючи пацієнтам прийняти свої почуття та стан.

Когнітивно-поведінкова терапія ефективно працює з деструктивними думками та формує адаптивні моделі поведінки. Екзистенційна терапія зосереджена на питаннях сенсу життя, що важливо для пацієнтів із серйозними діагнозами, такими як рак.

Техніки релаксації, як-от дихальні вправи та медитація, сприяють зменшенню тривоги, тоді як креативна візуалізація стимулює позитивний настрій,

знижуючи стресові реакції. Психоаналіз може використовуватися для глибшого розуміння емоційних конфліктів, які впливають на адаптацію до хвороби [39].

Психофармакотерапія стає необхідною у випадках вираженої тривоги або депресії. Її завдання — полегшити симптоматику, зберігаючи когнітивну та емоційну стабільність, що особливо важливо для комплаєнтності до лікування [38].

Техніки психологічного консультування та психотерапії в онкології охоплюють різноманітні методи, які сприяють адаптації пацієнтів до хвороби. Однією з найпоширеніших є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), яка допомагає пацієнтам змінювати негативні думки та поведінку [40]. Інтерперсональна терапія працює з міжособистісними проблемами, а майндфулнес дозволяє зменшити стрес, зосередивши увагу на теперішньому моменті та прийнятті власних думок та почуттів [54]. Використання арт-терапії, групових сесій та цифрових технологій для підтримки також набуває популярності в онкологічному контексті, дозволяючи пацієнтам отримувати допомогу в зручному форматі, навіть дистанційно [8].

Розвиток технологій віртуальної реальності (VR) в психотерапії онкологічних пацієнтів відкриває нові можливості для боротьби зі стресом, тривогою та фобіями. VR дозволяє створювати іммерсивні середовища для експозиційної терапії, зокрема допомагаючи пацієнтам подолати панічний страх перед лікувальними процедурами. Такий підхід має потенціал знижувати стрес та покращувати адаптацію до лікування, пропонуючи пацієнтам безпечний та контрольований досвід взаємодії з їхніми страхами та переживаннями [13].

Комунікація між лікарем і пацієнтом у онкології має вирішальне значення для створення довірливих і підтримуючих відносин. Емпатія лікаря, яка проявляється у здатності розуміти та співпереживати емоціям пацієнта, значно

знижує рівень стресу та тривоги. Це створює атмосферу, де пацієнт відчуває підтримку та довіру, що допомагає йому легше переживати важкий процес лікування. Високий рівень емпатії також підвищує загальну задоволеність пацієнта лікуванням і сприяє кращим результатам [56].

Групова підтримка в онкології має велике значення для пацієнтів, оскільки дозволяє створити атмосферу розуміння та співпереживання. Це знижує почуття ізоляції та самотності, сприяючи обміну досвідом та інформацією. Пацієнти можуть ділитися емоціями та отримувати підтримку від інших, що допомагає зменшити стрес, підвищити впевненість у собі та покращити самопочуття. Така підтримка сприяє розвитку самоповаги та адаптації до хвороби [5].

Групова підтримка може розвивати не лише емоційну, але й соціальну підтримку, створюючи міцні міжособистісні зв'язки між пацієнтами. Учасники можуть встановлювати дружні стосунки, які тривають поза межами групових зустрічей. Це сприяє підтримці навіть після завершення формальних зустрічей, зміцнюючи соціальні зв'язки та взаємодопомогу в процесі лікування [28].

Впровадження психоосвітніх програм є важливим аспектом підтримки пацієнтів і їхніх сімей. Вони спрямовані на покращення розуміння захворювання та його лікування, зниження стресу і тривоги, а також покращення емоційного стану. Програми включають тренінги з управління емоціями, релаксаційні техніки, медитацію, а також навчають пацієнтів ефективно спілкуватися з медичним персоналом, що покращує взаєморозуміння і допомагає приймати обґрунтовані рішення щодо лікування [6].

Дослідження демонструють, що психотерапія значно покращує якість життя пацієнтів, знижуючи емоційний дистрес та сприяючи розвитку позитивного настрою. При цьому психоосвітні програми включають не лише роботу з пацієнтами, а й підтримку їхніх сімей, що допомагає знизити напруження у міжособистісних відносинах та формує середовище емоційної

стабільності. Впровадження психотерапевтичних методів у клінічну практику підкреслює значення інтегративного підходу, спрямованого на урахування психологічних, фізичних та соціальних потреб пацієнта на всіх етапах лікування.

Психологічна допомога в онкології є невід'ємною частиною комплексного підходу до лікування онкологічних захворювань. Вона базується на етичних принципах психотерапії та враховує специфіку роботи з онкопацієнтами. Основними завданнями є зменшення емоційного напруження, підтримка психологічної стійкості, допомога у прийнятті діагнозу та лікування, а також сприяння покращенню якості життя пацієнтів на всіх етапах лікувального процесу.

Медико-психологічна допомога в онкології має ключову роль на всіх етапах лікування. Вона повинна бути індивідуалізованою, враховуючи психологічні реакції пацієнтів, їхні особистісні ресурси, фізичний стан і соціокультурний фон. Психологічні стратегії включають когнітивноповедінкову терапію, інтерперсональну терапію, майндфулнес та групову підтримку. Важливими аспектами є також психологічна освіта для пацієнтів та їхніх сімей, що сприяє розвитку адаптаційних навичок, покращенню емоційного стану і підвищенню ефективності лікування.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ ЛІКУВАННЯ

2.1. Організація та методологічна основа емпіричного дослідження

Емпіричне дослідження психологічних особливостей онкологічних хворих на різних етапах лікування тривало протягом березня-вересня 2024 року на базі Обласного медичного центру онкології Комунального підприємства «Волинська обласна клінічна лікарня».

Основними завданнями дослідження були:

1. Створення методологічного комплексу дослідження психологічних особливостей онкологічних хворих на різних етапах лікування; підбір валідного психодіагностичного інструментарію.
2. Проведення емпіричного дослідження психологічних особливостей онкологічних хворих на різних етапах лікування.

Згідно з метою та завданнями дослідження нами був підібраний комплекс психодіагностичних методик для дослідження психологічних особливостей онкологічних хворих на різних етапах лікування. Рекрутація досліджуваних здійснювалася шляхом звернення до адміністрації Комунального підприємства «Волинська обласна клінічна лікарня». У разі необхідності психологічної допомоги, учасникам було запропоновано її на місці, безпосередньо у лікарняному закладі. Учасники були проінформовані про дослідження за допомогою повідомлення на початку опитувальника і підтвердили свою добровільну згоду шляхом підписання інформаційної згоди на окремому бланку. Учасників було проінформовано про можливі ризики дослідження. Деякі питання інтерв'ю та діагностичних шкал могли торкатися особистих та/або емоційно тяжких тем, що могло призвести до виникнення дистресу та негативних емоційних станів, проте такі ефекти зазвичай є минущими. Дане дослідження не передбачало надзвичайних ситуацій, однак у випадку виникнення таких пацієнтові була б надана необхідна допомога. Також їх було повідомлено про

дотримання принципів конфіденційності і про можливість припинити дослідження в будь-який момент, без негативних наслідків для учасників. Для підняття рівня мотивації для участі у дослідженні онкохворих була проведена роз'яснювальна робота про важливість проведення даного дослідження та вагомий внесок учасників, а також ознайомлення з результатами дослідження у разі потреби.

Отримані результати було оброблено, проаналізовано та інтерпретовано. У дослідженні взяли участь 50 осіб. Психологічне дослідження проводилося в умовах стаціонару. Учасники проходили опитування у вільний час без порушення лікарняного режиму.

При зборі демографічних даних у респондентів, було опитано такі критерії: вік, сімейний стан та етап лікування (початковий етап, післяопераційний та етап ремісії).

Для дослідження психологічних особливостей онкологічних хворих на різних етапах лікування було проведено наступні методики: «методика ірраціональних установок» А. Елліса, Тест «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенк), методика для діагностики стратегій подолання стресових ситуацій SACS (С. Хобфолл), опитувальник «Рівень комплаєнтності» О. Асріян, С.Кадиров, О. Ковальчук.

«Методика ірраціональних установок» А. Елліса. Методика ірраціональних установок Альберта Елліса є основою раціонально-емоційної поведінкової терапії (РЕПТ). Вона спрямована на виявлення та корекцію дисфункціональних переконань, які викликають емоційний дистрес. Основна ідея полягає в тому, що не сама ситуація викликає негативні емоції, а наші ірраціональні думки про неї. А. Елліс ідентифікував типові ірраціональні установки, такі як потреба в абсолютному схваленні, катастрофізація чи невиправданий перфекціонізм.

Методика включає:

Аналіз думок і переконань: Виокремлення установок, що призводять до емоційних труднощів.

Дебатування установок: Використання логіки, емпіричних даних і прагматичного підходу для їх спростування.

Формування раціональних альтернатив: Створення здоровіших, реалістичних і адаптивних переконань.

Методика А. Елліса складається з 50 запитань, 6 шкал, з них 4 шкали – основні і відповідають 3 групам ірраціональних установок мислення: «катастрофізація», «повинність щодо себе», «повинність щодо інших», а також він ввів ще одну для діагностики – «оціночна установка».

Вона спрямована на виявлення когнітивних спотворень, які можуть впливати на емоційний стан пацієнтів і їхню здатність справлятися зі стресом. У онкопацієнтів можуть виникати деструктивні думки (наприклад, страх перед майбутнім, почуття безнадії), які можна оцінити через ірраціональні установки. Ірраціональні переконання є основою негативних емоцій, таких як тривожність чи депресія, які характерні для онкологічних хворих. Методика допомагає визначити конкретні установки для подальшої роботи в рамках когнітивноповедінкової терапії, яка є ефективною у психологічній допомозі онкопацієнтам [29].

Тест «Самооцінка психічних станів» Ганса Айзенка призначений для вивчення емоційних і психічних станів особистості. Він допомагає оцінити рівень тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності. Методика базується на серії запитань, на які потрібно дати відповіді «так» чи «ні», що дозволяє швидко оцінити психологічний стан.

Ключові аспекти:

1. Виявлення домінуючих психічних станів.
2. Використовується в психологічному консультуванні, профілактиці стресу та особистісній діагностиці.
3. Дає змогу розробити стратегії корекції негативних емоцій.

Цей тест є зручним інструментом для визначення загального психоемоційного фону людини та подальшого формування корекційної програми. Він дає змогу оцінити емоційний фон, особливості адаптації або рівня стресу у

пацієнтів. Тест дозволяє оцінити базові емоційні стани, які часто змінюються в умовах онкологічного захворювання (тривожність, агресивність, фрустрація). Дана методика швидка у виконанні, проста в обробці, що зручно для роботи з онкопацієнтами, враховуючи їхній фізичний стан [26].

В нашому дослідженні нами також було використано методику SACS (Strategic Approach to Coping Scale), яка розроблена С. Хобфоллом,. Вона використовується для діагностики стратегій подолання стресу та визначає, як індивід реагує на стресові ситуації, зосереджуючись на стратегіях подолання та їх ефективності. Дана методика базується на багатоосьовій моделі поведінки подолання стресу, що виділяє такі осі: просоціальна - асоціальна, активна - пасивна, та додаткову вісь пряма - непряма. Вона містить 54 запитання, поділені на 9 шкал, які оцінюють стратегії поведінки в стресогенних ситуаціях. Респонденти оцінюють твердження за шкалою від 1 (не відповідає) до 5 (повністю відповідає). Результати відображають домінуючі стратегії подолання стресу, що допомагає визначити їх адаптивність та ефективність для психологічної підтримки [20].

Опитувальник «Рівень комплаєнтності» О. Асріян, С. Кадірова та О. Ковальчука спрямований на вивчення прихильності пацієнтів до лікування. Комплаєнтність є важливою складовою терапевтичного процесу, яка впливає на ефективність лікування, особливо в умовах хронічних захворювань. Інструмент дозволяє оцінити, наскільки пацієнт слідує призначеним рекомендаціям, розпорядженням лікаря та дотримується режиму терапії.

Цей інструмент широко використовується в дослідженнях для визначення ступеня відповідності дій пацієнта призначеному плану лікування, включаючи прийом медикаментів, дотримання дієт, графіку відвідування лікаря тощо. Складається з набору питань, які стосуються різних аспектів лікувального процесу. Кожне питання оцінюється за шкалою, що дозволяє отримати кількісні результати. Аналіз результатів дозволяє визначити рівень комплаєнтності: високий, середній або низький. Значення комплаєнтності:

- Дотримання призначень безпосередньо впливає на успішність лікування, особливо при хронічних та онкологічних захворюваннях.

- Низький рівень комплаєнтності може призводити до неефективності терапії, збільшення ризику ускладнень та погіршення якості життя пацієнта.

Фактори, що впливають на комплаєнтність:

1. Рівень інформованості пацієнта про хворобу та її лікування.
2. Складність терапевтичного процесу (кількість медикаментів, тривалість лікування).
3. Соціально-економічні аспекти (наприклад, фінансові труднощі).
4. Психологічний стан пацієнта (тривога, депресія, мотивація) [27].

2.2. Аналіз та інтерпретація проведеного дослідження

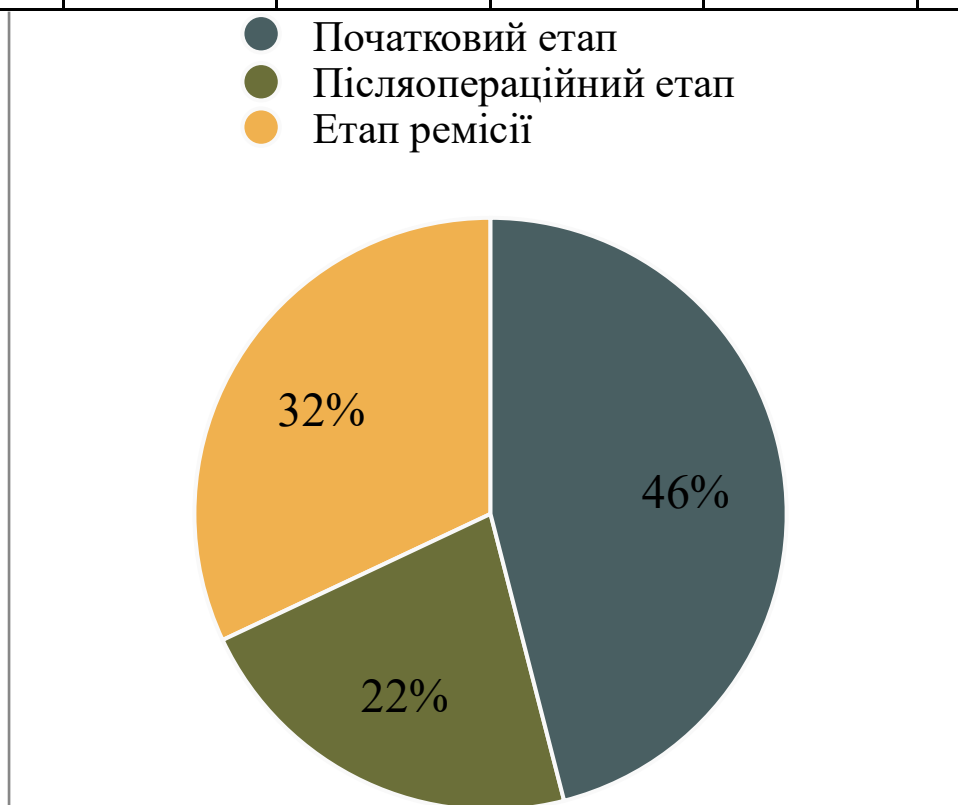
Емпіричну вибірку утворили 50 осіб – чоловічої (13 осіб) та жіночої (37 осіб) статі. Вік хворих коливався від 28 до 81 року. Нами був обраний саме такий віковий період в зв'язку з тим, що більша частина хворих, яка лежить в стаціонарі, має вік від 30 до 80 років. Вивчення досить широкого вікового діапазону надало нам можливість визначити психологічні особливості онкологічних хворих на різних етапах лікування різних вікових груп, серед яких: 28–45 років (16%), 46–55 років (28%), 56 і більше (56%); а значить розробити певні психологічні рекомендації для кожної з них. Середній вік вибірки з 50 досліджуваних становить 55,28 років ($SD=10,56$).

Досліджуваних було розподілено на 3 групи відповідно до етапу лікування: 23 досліджуваних (46%) знаходились на початковому етапі лікування (8 чоловіків та 15 жінок), 11 досліджуваних (22%) - на післяопераційному етапі (3 чоловіків та 8 жінок) та 16 досліджуваних (32%) на етапі ремісії (2 чоловіків та 14 жінок). Дані наведені у табл. 2.1. та мал. 2.1.

Таблиця 2.1.

Характеристика досліджуваних за віком та етапом лікування

Початковий етап		Післяопераційний етап		Етап ремісії	
Жінки	Чоловіки	Жінки	Чоловіки	Жінки	Чоловіки
15	8	8	3	14	2
30%	16%	16%	6%	28%	4%



Малюнок 2.1. Кількісний розподіл досліджуваних відповідно до етапу лікування

Критерії включення у дослідження були наступними: наявність підтвердженого діагнозу онкологічного захворювання, вік від 18 років та вище, та надання згоди на участь у дослідженні.

Результати за тестом «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка відображено у табл. 2.2.

Таблиця 2.2.

Отримані результати за тестом «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка

		Шкала тривожності	Шкала фрустрації	Шкала агресивності	Шкала ригідності
Початковий етап	Середнє значення (mean)	9,26	9,13	8,17	8,74
	SD	3,99	3,96	2,61	2,54
	Медіана	10	10	8	9
Післяопераційний етап	Середнє значення (mean)	11,27	11,82	7,64	9,18
	SD	2,61	4,33	1,86	2,14
	Медіана	12	12	8	8
Етап ремісії	Середнє значення (mean)	11,75	9,25	6,25	9,25
	SD	3,09	2,14	1,77	2,79
	Медіана	12	9	6	9

Отже, як бачимо із табл.2.2.,у досліджуваних на всіх етапах лікування виявлено помірний рівень тривожності, фрустрації та ригідності. Досліджувані на початковому етапі лікування мають більш високий рівень тривожності. Це очікувано, оскільки вони перебувають у стресовій ситуації, що потребує інтенсивного лікування. Група на етапі ремісії виявляє стабільність і відновлення рівня тривожності, з деяким покращенням у порівнянні з початковим етапом. Початковий етап лікування характеризується помірним рівнем фрустрації. Післяопераційний етап вказує на вищий рівень фрустрації серед пацієнтів в порівнянні з початковим етапом. Пацієнти менш різняться за рівнем фрустрації після операції, що може свідчити про більшу однорідність емоційного стану після операції. Етап ремісії свідчить про стабільний стан пацієнтів з меншим

рівнем фрустрації, що свідчить про позитивні зміни в емоційному стані пацієнтів після лікування, хоча деякі все ще можуть відчувати помірний рівень стресу.

Рівень агресивності зменшується на кожному етапі лікування, зокрема після операції та під час ремісії, що є позитивним показником стабілізації пацієнтів.

Помірний рівень ригідності виявлено на початковому етапі лікування, тоді як на післяопераційному етапі він знижується, що може свідчити про адаптацію пацієнтів до змін після операції.

На етапі ремісії рівень ригідності трохи зростає порівняно з післяопераційним етапом, але залишається на помірному рівні.

Нами було проведено порівняння чотирьох шкал емоційних станів (тривожність, фрустрація, агресивність, ригідність) між трьома групами: початковий етап лікування, післяопераційний етап та етап ремісії. Для визначення наявності статистично значущих відмінностей між групами був використаний t-критерій Стюдента для незалежних вибірок. Отримані результати представлені в табл.2.3.

Таблиця 2.3

Результати t-критерію за тестом «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка

Порівняння груп	Тривожність	Фрустрація	Агресивність	Ригідність
1-2 (Початковий етап - Післяопераційний етап)	0,09	0,10	0,50	0,60
1-3 (Початковий етап - Етап ремісії)	0,03*	0,90	0,01*	0,56
2-3 (Післяопераційний етап - Етап ремісії)	0,67	0,09	0,07	0,94

* $p \leq 0,05$

Результати t-критерію для порівняння між початковим етапом і післяопераційним етапом показали, що відмінності за жодною з чотирьох шкал не є статистично значущими (всі р-значення перевищують 0,05). Це може

свідчити про те, що, незважаючи на можливі зміни в емоційному стані пацієнтів, рівні тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності не змінюються суттєво між початковим та післяопераційним етапами лікування. Порівняння початкового етапу та етапу ремісії виявило статистично значущі відмінності за шкалами тривожності ($p = 0,03$) та агресивності ($p = 0,01$). Це свідчить про покращення емоційного стану пацієнтів на етапі ремісії: Тривожність ($p = 0,03$): Пацієнти на етапі ремісії мають статистично значно знижений рівень тривожності порівняно з початковим етапом лікування, що може вказувати на стабілізацію емоційного стану після лікування. Агресивність ($p = 0,01$): Також спостерігається значне зниження рівня агресивності на етапі ремісії, що є ознакою зменшення стресових і емоційних реакцій пацієнтів після лікування. Проте фрустрація та ригідність не показали статистично значущих відмінностей, що свідчить про відсутність змін за цими шкалами між початковим етапом і етапом ремісії.

Порівняння післяопераційного етапу та етапу ремісії: При порівнянні післяопераційного етапу та етапу ремісії не було виявлено статистично значущих відмінностей за жодною з чотирьох шкал, що може свідчити про стабільність пацієнтів після операції.

Було проведено аналіз кореляцій між чотирма емоційними шкалами (тривожність, фрустрація, агресивність, ригідність) і кількома соціодемографічними характеристиками: віком, статтю та етапом лікування пацієнтів. Для визначення напрямку і сили взаємозв'язків між змінними було використано коефіцієнт кореляції Пірсона. Отримані результати представлено в таблиці 2.4.

Кореляційні зв'язки між емоційними шкалами та соціо-демографічними характеристиками пацієнтів

Кореляція з змінною	Тривожність	Фрустрація	Агресивність	Ригідність
З віком	-0,47	-0,03	0,01	-0,02
Зі статтю	-0,19	-0,26	0,14	0,29
З етапом лікування	0,05	-0,11	-0,27	-0,09

Було виявлено помірно негативний зв'язок між віком і рівнем тривожності, що означає, що з віком рівень тривожності у пацієнтів має тенденцію знижуватися. Інші емоційні стани (фрустрація, агресивність, ригідність) не виявляють значущих кореляцій з віком.

Було виявлено слабкі кореляційні зв'язки із показником статі. Слабка негативна кореляція тривожності та фрустрації, що може свідчити про те, що жінки можуть мати вищий рівень порівняно з чоловіками, хоча ця різниця є мінімальною, а також слабка позитивна кореляція між статтю і рівнем агресивності та ригідності.

Етап лікування має слабкий вплив на рівні тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності. Пацієнти на пізніших етапах лікування демонструють незначне зниження рівня агресивності та фрустрації (слабка негативна кореляція).

На основі емпіричного дослідження за методикою діагностики стратегій подолання стресових ситуацій SACS (С. Хобфолл) нами було виявлені такі моделі поведінки, які представлені в таблицях 2.5., 2.6, 2.7. (Додаток А)

Як бачимо із отриманих даних, у групі досліджуваних на початковому етапі лікування найбільш домінує пасивна стратегія (обережні дії та уникання), на середньому рівні пряма (імпульсивні дії) та непряма (маніпулятивні дії), а також просоціальна (пошук підтримки та встановлення контакту). На післяопераційному етапі домінуючою також є пасивна стратегія, а також пошук

соціальної підтримки. На етапі ремісії більше домінують асертивні дії та пошук підтримки.

На початковому етапі лікування високий рівень активних стратегій виявлено у 25% пацієнтів, що свідчить про помірне прагнення до активного вирішення проблем. Середній рівень, який спостерігався у 60,71%, є домінуючим, що вказує на значний, але не максимальний рівень залучення в активні дії. Обережні дії (пасивні стратегії): На середньому рівні ці стратегії проявлялися у 67,86% пацієнтів, що підкреслює їхню обережність і обмежене залучення в ризиковані активності. Пошук соціальної підтримки (просоціальні стратегії): Високий рівень у 35,71% свідчить про значення соціальної взаємодії як механізму подолання стресу.

На післяопераційному етапі спостерігається зменшення високого рівня асертивних дій до 36,36%, що відображає зниження активності пацієнтів у вирішенні проблем після оперативного втручання. Високий рівень пошуку соціальної підтримки у 72,72% вказує на те, що після операції соціальна підтримка стає основним інструментом адаптації. Низький рівень асоціальних дій у 54,54% свідчить про тенденцію до зменшення неконструктивної поведінки.

На етапі ремісії виявлено переважання середнього рівня асертивних дій (87,5%), що свідчить про стабілізацію активних стратегій. Проте високий рівень пасивних стратегій у 37,5% підкреслює збереження пасивних моделей для уникнення ризиків. 56,25% пацієнтів демонструють низький рівень неконструктивних стратегій, що підтверджує їхню поступову адаптацію до життя без залучення деструктивних моделей поведінки.

Результати показують, що впродовж лікування змінюються стратегії подолання стресу. Початковий етап характеризується більшою активністю та пошуком підтримки. У післяопераційний період важливість соціальної підтримки зростає, тоді як у ремісії спостерігається стабілізація просоціальних стратегій і зменшення асоціальних дій. Це підтверджує, що процес лікування супроводжується адаптаційними змінами в копінг-поведінці.

У дослідженні було оцінено кореляційні зв'язки між дев'ятьма шкалами методики SACS (асертивні дії, пошук соціального контакту, пошук підтримки, обережні дії, імпульсивні дії, уникнення, непрямі дії, асоціальні дії, агресивні дії) та трьома соціо-демографічними змінними (вік, стать, етап лікування).

Результати кореляцій представлені у таблиці 2.8.

Таблиця 2.8.

Результати кореляційного аналізу за шкалами методики SACS

Шкала	З віком	Зі статтю	З етапом лікування
1. Асертивні дії	0,13	-0,06	0,17
2. Пошук соц. контакту	0,04	0,16	0,15
3. Пошук підтримки	0,06	0,04	0,02
4. Обережні дії	0,18	0,16	-0,33
5. Імпульсивні дії	-0,27	-0,19	-0,03
6. Уникнення	-0,20	-0,19	0,18
7. Непрямі дії	-0,09	0,06	-0,12
8. Асоціальні дії	0,24	-0,10	-0,02
9. Агресивні дії	0,00	-0,02	0,09

Шкали «Обережні дії» ($r = 0,18$), «Асертивні дії» ($r = 0,24$) та «Асоціальні дії» ($r = 0,13$) мають слабкий позитивний зв'язок із віком, що може свідчити про те, що старші пацієнти частіше вдаються до обережних і стратегічних дій у стресових ситуаціях. Шкали «Імпульсивні дії» ($r = -0,27$) Уникнення ($r = -0,20$) та непрямі дії ($r = -0,09$) мають помірно негативну кореляцію, що вказує на зниження імпульсивних реакцій у старших пацієнтів.

Шкали «Пошук соціального контакту» ($r = 0,16$) та «Обережні дії» ($r = 0,16$) мають слабкі позитивні кореляції зі статтю, що може вказувати на те, що жінки частіше застосовують ці стратегії, порівняно з чоловіками. Шкали «Імпульсивні дії» ($r = -0,19$), «Уникнення» ($r = -0,19$) та «Асоціальні дії» ($r = -$

0,10) мають слабкі негативні кореляції, що може вказувати на те, що чоловіки частіше обирають ці стратегії, ніж жінки.

Шкали «Уникнення», «Асертивні дії» та «Обережні дії» мають слабкий позитивний зв'язок з етапом лікування, що може свідчити про збільшення використання цієї стратегії на пізніших етапах. Шкала «Обережні дії» ($r = -0,33$) має помірно негативну кореляцію, що свідчить про те, що ця стратегія рідше використовується на пізніх етапах лікування.

Отже, можемо зробити висновок, що вік впливає на вибір стратегій подолання стресу. Старші пацієнти частіше обирають обережні, асоціальні та асертивні дії, уникаючи імпульсивних та непрямих реакцій. Стать має слабкий вплив на стратегії подолання стресу. Жінки частіше використовують соціально орієнтовані стратегії (пошук підтримки, обережні дії), тоді як чоловіки більш схильні до імпульсивних, унікальних та асоціальних стратегій. Етап лікування частково впливає на використання стратегій. На пізніх етапах лікування зростає використання асертивних дій та уникнення, тоді як обережні дії знижуються. За t -критерієм Стьюдента (таблиця 2.9.) при аналізі результатів трьох груп відповідно до етапу лікування було виявлено, що на післяопераційному етапі пацієнти частіше вдаються до уникнення ($p=0,02$) та непрямих дій ($p=0,05$), тоді як інші стратегії залишаються стабільними. На етапі ремісії пацієнти рідше застосовують обережні дії ($p=0,01$), але інші стратегії залишаються на тому ж рівні.

Порівняння початкового та післяопераційного етапів свідчить про зростання частоти використання стратегій уникнення та непрямих дій, ймовірно, через підвищений фізичний і емоційний стрес після операції. Порівняння початкового етапу та етапу ремісії демонструє стабільність у виборі стратегій подолання стресу, що може свідчити про адаптацію пацієнтів до їхнього стану. Порівняння післяопераційного етапу та ремісії вказує на зменшення використання обережних дій, що може бути наслідком стабілізації емоційного стану пацієнтів.

Таблиця 2.9.

Результати t-критерію за шкалами методики SACS

Порівняння груп	Асертивні дії	Пошук соц. контакту	Пошук підтримки	Обережні дії	Імпульсивні дії	Уникнення	Непрямі дії	Асоціальні дії	Агресивні дії
1-2 (початковий - післяопераційний етап)	0,50	0,45	0,30	0,25	0,93	0,02	0,05	0,88	0,71
1-3 (початковий - ремісія)	0,43	0,17	0,94	0,15	0,60	0,18	0,10	0,29	0,60
2-3 (післяопераційний - ремісія)	0,88	0,64	0,30	0,01	0,58	0,58	0,39	0,50	0,77

Ми використали методику А.Елліса для діагностики наявності та прояву ірраціональних установок у онкологічних хворих. Отримані результати представлені в таблиці 2.10. (Додаток Б). Для кожної шкали було виокремлено три категорії на основі сум балів:

< 30: пацієнти, які демонструють виражене ірраціональне переконання (по кожній шкалі).

30-45: пацієнти, у яких ірраціональне переконання присутнє.

> 45: пацієнти, у яких відсутнє ірраціональне переконання.

За отриманими результатами виявлено, що всі ірраціональні переконання присутні на всіх етапах лікування, але їх рівень варіюється. Толерантність до фрустрації, повинність стосовно інших на початковому та післяопераційному етапах показують наявність ірраціональних установок, але не є вираженими, проте на етапі ремісії сильніша толерантність до фрустрації.

Із результатів таблиці видно, що катастрофізація (шкала, яка оцінює схильність до перебільшення негативних подій) змінюється на різних етапах

лікування. Нижчий рівень катастрофізації спостерігається на етапі ремісії. Це свідчить про покращення психологічного стану пацієнтів та зниження їх схильності до перебільшення негативних подій, проте вона на всіх етапах лікування залишається помірно вираженою ($\text{Mean} < 30$), але з часом пацієнти вчаться більш збалансовано ставитися до стресових ситуацій.

На початковому етапі пацієнти мають помірний рівень самооцінки. Це може свідчити про початкову адаптацію до хвороби та намагання контролювати свою ситуацію. На другому етапі спостерігається зниження самооцінки, що є характерним для пацієнтів, які пережили хірургічне втручання. Цей етап може супроводжуватися почуттям вразливості, зниженням фізичних можливостей і переживаннями, що впливає на сприйняття власної цінності. На етапі ремісії рівень самооцінки знову знижується, що може бути пов'язано з тривалими переживаннями стресу, фізичними наслідками лікування або невпевненістю в процесі відновлення. Це може також вказувати на довготривалі емоційні наслідки лікування, що ще не були повністю подолані.

У рамках дослідження було проведено аналіз кореляційних зв'язків між рівнями ірраціональних установок та такими соціо-демографічними змінними, як вік, стать та етап лікування. Оцінка кореляції проводилася для п'яти шкал ірраціональних установок: катастрофізація, повинність стосовно себе, толерантність до фрустрації, повинність стосовно інших та самооцінка.

Результати кореляційних розрахунків наведені в таблиці 2.11.

Таблиця 2.11.

Результати кореляції між ірраціональними установками та соціодемографічними змінними

Шкала	З віком	Зі статтю	З етапом лікування
1. Катастрофізація	0,25	0,30	-0,39
2. Повинність стосовно себе	0,24	0,02	-0,29
3. Толерантність до фрустрації	0,11	-0,08	-0,34

4. Повинність стосовно інших	-0,19	-0,37	0,10
5. Самооцінка	0,03	0,31	-0,42

Із отриманих даних видно, що вік має слабкий вплив на рівень ірраціональних установок. Зокрема, старші пацієнти схильні до вищого рівня катастрофізації ($r = 0,25$) і самокритики (повинність стосовно себе ($r = 0,24$), але не спостерігається значущого впливу на самооцінку та толерантність до фрустрації.

Стать має помірний вплив на рівень катастрофізації ($r = 0,30$) та повинності стосовно інших. Жінки мають тенденцію до більшого рівня катастрофізації та повинності стосовно інших ($r = -0,37$), в той час як чоловіки мають вищу самооцінку.

Етап лікування має значний вплив на рівень катастрофізації ($r = -0,39$), повинності стосовно себе ($r = -0,29$) та самооцінки ($r = -0,42$), зокрема на етапі ремісії пацієнти демонструють зниження рівня катастрофізації та повинності стосовно себе, а також покращення самооцінки, що свідчить про покращення психоемоційного стану пацієнтів на пізніших етапах лікування. Водночас рівень повинності стосовно інших майже не змінюється, що може свідчити про сталість соціальних очікувань у пацієнтів.

Для визначення відмінностей результатів на різних етапах лікування було використано t-критерій Стюдента (таблиця 2.12.)

Таблиця 2.12.

Результати t-критерію за «Методикою ірраціональних установок» А. Елліса

Порівняння	Катастрофізація	Повинність стосовно себе	Толерантність до фрустрації	Повинність стосовно інших	Самооцінка
1-2 (початковий - післяопераційний етап)	0,11	0,61	0,23	0,06	0,16

1-3 (початковий - ремісія)	0,10	0,00	0,00	0,84	0,00
2-3 (післяопераці йний - ремісія)	0,65	0,01	0,05	0,05	0,45

Результати порівняння між початковим етапом та післяопераційним етапом показали відсутність статистично значущих змін за усіма шкалами ($p > 0,05$). Порівняння початкового етапу з етапом ремісії показало статистично значущі зміни за трьома шкалами: повинність стосовно себе ($p = 0,00$), толерантність до фрустрації ($p = 0,00$) та самооцінка ($p = 0,00$). Значення $p < 0,05$ свідчать про суттєве покращення цих показників на етапі ремісії. Порівняння між післяопераційним етапом та етапом ремісії виявило статистично значущі зміни за шкалами повинність стосовно себе ($p = 0,01$), толерантність до фрустрації ($p = 0,05$) та повинність стосовно інших ($p = 0,05$). Ці показники знизилися на етапі ремісії, що свідчить про зниження рівня ірраціональних переконань у пацієнтів. Зниження рівня ірраціональних переконань на етапі ремісії, зокрема за шкалами повинність стосовно себе, толерантність до фрустрації та повинність стосовно інших, підтверджує позитивну динаміку в процесі лікування та адаптації пацієнтів до нового етапу післяопераційного відновлення.

Було проведено оцінку рівня комплаєнтності пацієнтів за допомогою опитувальника «Рівень комплаєнтності» (О. Асріян, С. Кадирова та О. Ковальчука) за трьома шкалами: соціальна комплаєнтність, емоційна комплаєнтність та поведінкова комплаєнтність. Отримані результати представлені в таблиці 2.13. (Додаток В).

Сумарний показник було підраховано за кожним із параметрів: від 0 до 15 вважали невираженим показником комплаєнтної поведінки; від 16 до 29 балів – середньо-виражений показник комплаєнтної поведінки; від 30 до 40 балів – значно виражений показник комплаєнтності. Загальна комплаєнтність (ЗК) була представлена сумою всіх показників комплаєнтної поведінки і виражалась таким

чином: 0–40 – низький рівень загальної комплаєнтності; 41–80 – середній рівень загальної комплаєнтності; 81–110 – високий рівень комплаєнтності.

Початковий етап характеризується високим рівнем комплаєнтності, особливо за шкалами соціальної та емоційної комплаєнтності.

Післяопераційний етап показує стабільно високі результати за всіма шкалами, що свідчить про високу мотивацію пацієнтів дотримуватись медичних рекомендацій після операції.

Етап ремісії демонструє збереження високої комплаєнтності, але з більшою варіативністю в поведінковій комплаєнтності, що вказує на потенційні труднощі з дотриманням деяких рекомендацій у пацієнтів в умовах довготривалого відновлення.

За отриманими результатами кореляційного аналізу (табл. 2.14.) було виявлено, що вікові зміни мають слабкий негативний вплив на соціальну та загальну комплаєнтність, але кореляція є незначною. Вік майже не впливає на емоційну та поведінкову готовність до лікування. Відсутні статистично значущі показники кореляції із статтю. Етап лікування має слабкий негативний вплив на емоційну та загальну комплаєнтність, що може свідчити про певні труднощі пацієнтів у підтриманні високого рівня комплаєнтності на пізніших етапах.

Таблиця

2.14. Результати кореляційного аналізу за методикою «Рівень комплаєнтності»

Шкала	З віком	Зі статтю	З етапом лікування
Соціальна комплаєнтність	-0,28	-0,06	-0,02
Емоційна комплаєнтність	-0,02	0,01	-0,23
Поведінкова комплаєнтність	-0,01	0,04	-0,06
Загальна комплаєнтність	-0,10	0,00	-0,13

Згідно з отриманими результатами математичного аналізу за допомогою критерію (табл. 2.15.), можна зробити наступні висновки про статистичні відмінності між групами за трьома шкалами комплаєнтності (соціальна,

емоційна, поведінкова) та загальним рівнем комплаєнтності на різних етапах лікування:

Статистично значущі показники за шкалою поведінкової комплаєнтності ($p = 0,00$) та загальною комплаєнтністю ($p = 0,01$) спостерігаються між початковим і післяопераційним етапом, що свідчить про більш активну взаємодію пацієнтів з лікарем і дотримання медичних рекомендацій після операції.

Емоційна ($p = 0,01$) та поведінкова ($p = 0,00$) комплаєнтність показують значущі зміни між післяопераційним етапом і етапом ремісії, що вказує на подальше покращення здатності пацієнтів адаптуватися до лікувальних процесів у довгостроковій перспективі. Загальна комплаєнтність ($p = 0,00$): також має статистично значущі зміни між післяопераційним етапом та етапом ремісії ($p < 0,05$), що вказує на значне покращення загального рівня комплаєнтності на етапі ремісії.

Таблиця 2.15.

Результати t-критерію за методикою «Рівень комплаєнтності»

Порівняння	Соціальна комплаєнтність	Емоційна комплаєнтність	Поведінкова комплаєнтність	Загальна комплаєнтність
1-2 (Початковий етап – Післяопераційний етап)	0,11	0,15	0,00	0,01
1-3 (Початковий етап – Етап ремісії)	0,87	0,27	0,87	0,64
2-3 (Післяопераційний етап – Етап ремісії)	0,13	0,01	0,00	0,00

Отже, на основі отриманих емпіричних даних можна зробити такі висновки.

1. Психоемоційний стан пацієнтів за шкалами тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності:

Пацієнти на початковому етапі лікування демонструють високий рівень тривожності, що є очікуваним, оскільки цей етап часто пов'язаний з інтенсивним лікуванням і стресом через діагноз. Також на цьому етапі спостерігається високий рівень агресивності та фрустрації. На післяопераційному етапі рівень тривожності стабілізується, але фрустрація зростає, що може бути пов'язано з фізичним і емоційним стресом після операції. Водночас рівень агресивності зменшується, що є позитивним показником адаптації пацієнтів після операційного втручання. На етапі ремісії спостерігається стабільність або зниження рівня тривожності та агресивності, що свідчить про покращення емоційного стану пацієнтів. Фрустрація та ригідність на цьому етапі зменшуються, що може бути результатом адаптації до нового етапу життя після лікування.

2. Зміни в стратегіях подолання стресових ситуацій:

На початковому етапі лікування домінують пасивні стратегії (обережні дії та уникнення), а також пошук соціальної підтримки. Це свідчить про прагнення пацієнтів уникати стресових ситуацій і шукати допомогу в оточенні. Після операції зростає використання соціальної підтримки, що вказує на важливість соціальних зв'язків і підтримки для адаптації пацієнтів до післяопераційного стану. На етапі ремісії відзначається зростання використання асертивних стратегій (активні дії), що свідчить про покращення впевненості в собі і здатності пацієнтів брати контроль над своїм життям після лікування.

3. Кореляційні зв'язки між емоційними станами, віком, статтю та етапом лікування:

Вікові зміни мають слабкий негативний вплив на рівень тривожності, що вказує на зниження рівня тривожності в старших пацієнтів. Інші емоційні стани, такі як фрустрація, агресивність і ригідність, не мають значущого зв'язку з віком. Стать показала помірний вплив на рівень катастрофізації та повинності стосовно інших, зокрема жінки мають вищий рівень катастрофізації та повинності стосовно інших, в той час як чоловіки більш схильні до агресивних та асоціальних стратегій подолання стресу. Етап лікування виявив негативний

вплив на рівень катастрофізації, повинності стосовно себе та самооцінки, зокрема на етапі ремісії пацієнти демонструють покращення цих показників, що свідчить про психологічне відновлення після лікування.

4. Загальний рівень комплаєнтності:

Загальна комплаєнтність пацієнтів була висока на початковому етапі і залишалася стабільною на післяопераційному етапі. Це свідчить про високий рівень готовності пацієнтів дотримуватись медичних рекомендацій. На етапі ремісії відзначається збереження високого рівня комплаєнтності, але з більшою варіативністю у поведінковій комплаєнтності, що вказує на можливі труднощі з виконанням деяких рекомендацій у пацієнтів на цьому етапі лікування.

Отже, можемо зробити висновок, що підтримка психологічного здоров'я на післяопераційному етапі та етапі ремісії є важливою для збереження високого рівня емоційної комплаєнтності та адаптаційних стратегій. Урахування індивідуальних особливостей пацієнтів (вік, стать, етап лікування) дозволяє розробити персоналізовані стратегії підтримки, що можуть включати більш активне застосування соціальної підтримки на етапах після операції та ремісії. Мотивація пацієнтів на етапі ремісії повинна зосереджуватись на підтримці високої поведінкової комплаєнтності та зменшенні пасивних стратегій подолання стресу, щоб забезпечити подальший процес відновлення.

РОЗДІЛ 3. РОЗРОБКА КОМПЛЕКСУ ЗАХОДІВ ПРОГРАМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ОНКОЛОГІЧНИМ ХВОРИМ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ ЛІКУВАННЯ

Побудова ефективної програми психологічної допомоги онкологічним хворим є надзвичайно важливим завданням, оскільки ця категорія пацієнтів часто стикається з інтенсивним хронічним стресом, що значно впливає як на їхній емоційний стан, так і на якість життя. Хронічний стрес у онкологічних хворих має комплексний вплив, охоплюючи психологічні, фізіологічні та соціальні аспекти їхнього стану. Для створення програми, що відповідає специфічним потребам таких пацієнтів, необхідно врахувати багатовимірний характер їхніх труднощів та особливості перебігу захворювання.

Розробка комплексу заходів медико-психологічної допомоги має ґрунтуватися на принципах системності, етапності, індивідуалізації, інтегративності, активізації внутрішніх ресурсів, соціальної підтримки, превентивності, наукової обґрунтованості та гуманізму [21]. Ці принципи забезпечують багатосторонній підхід до підтримки пацієнтів, спрямований на стабілізацію їхнього психоемоційного стану, покращення адаптивних стратегій подолання стресу та підвищення рівня комплаєнтності. Принципи побудови комплексу заходів базуються на міждисциплінарному підході, що поєднує медичні, психологічні та соціальні аспекти [32].

Побудова програми передбачає не лише роботу з емоційним станом пацієнтів, але й інтеграцію індивідуальної, групової та сімейної психологічної підтримки, врахування вікових і статевих особливостей, а також специфіки кожного етапу лікування (початкового, післяопераційного та ремісії). Орієнтація на ці аспекти дозволяє забезпечити максимально персоналізований підхід до психологічної допомоги, спрямований на зниження тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності, корекцію ірраціональних установок, формування ефективних копінг-стратегій і підтримку мотивації до лікування. У цьому розділі буде представлено обґрунтування та детальний опис комплексу заходів програми

психологічної допомоги онкологічним хворим на різних етапах лікування, спрямованого на підвищення їхньої психологічної стійкості, емоційної стабільності та адаптації до стресових факторів.

Розробка програми психокорекції для пацієнтів із онкологічними захворюваннями базується на дотриманні низки принципів, які забезпечують ефективність психологічної допомоги, її адаптацію до індивідуальних потреб пацієнтів і відповідність клінічним умовам. Основними принципами є такі:

1. Комплексність (врахування всіх аспектів стану пацієнтів — фізичних, емоційних, когнітивних та соціальних). Програма спрямована на одночасну роботу з різними компонентами стресу та адаптації. Реалізація відбувається через залучення різних методик психокорекції, таких як когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), техніки релаксації, емоційна підтримка, а також співпраця з медичним персоналом для узгодження заходів лікування.

2. Пацієнтоорієнтованість (орієнтація на унікальні потреби, переживання та ресурсний потенціал кожного пацієнта). Реалізується через підбір індивідуальних підходів до роботи з пацієнтами з урахуванням їх віку, соціального статусу, рівня тривожності чи агресивності та використання технік емоційного залучення для створення безпечного терапевтичного середовища.
3. Відповідність клінічним задачам. Програма психокорекції може інтегруватися в загальну клінічну картину лікування онкологічного захворювання, враховуючи специфічні задачі кожного етапу (діагностика, лікування, ремісія). На початковому етапі лікування програма спрямована на роботу з тривожністю, страхом і невизначеністю. На післяопераційному етапі акцент зміщується на адаптацію до змін у фізичному та емоційному стані. На етапі ремісії психокорекція допомагає знизити ризик рецидиву стресу та підвищити психологічну стійкість.

4. Переформування дезадаптивних копінг-моделей: виявлення та корекція неефективних моделей поведінки та мислення, які перешкоджають адаптації до стресу і хвороби. Спрямованість на формування більш адаптивних способів подолання труднощів; роботу з ірраціональними переконаннями,

такими як катастрофізація, почуття провини або песимізм (за методикою А. Елліса).

Заміна пасивних стратегій подолання стресу (уникнення, ізоляція) на активні (асертивність, пошук підтримки).

5. Уніфікованість психокорекційних заходів: забезпечення єдності підходів до роботи з пацієнтами, створення універсальних методичних рекомендацій для фахівців. Розробка стандартизованих протоколів психокорекційних заходів, які можна застосовувати в різних медичних установах. Використання загальноприйнятих методик, таких як техніки релаксації, психоедукація та групова терапія.

Застосування цих принципів дозволяє створити програму, яка не лише допомагає пацієнтам адаптуватися до свого стану, а й сприяє їхній активній участі у лікувальному процесі.

У рамках надання психологічної допомоги онкологічним пацієнтам було розроблено «Пам'ятку онкоодужуючого» (Додаток Г). Цей інструмент є наочнопрактичним посібником, який спрямований на підвищення поінформованості пацієнтів, формування навичок самодопомоги та підтримку їхнього психоемоційного стану.

Структура «Пам'ятки онкоодужуючого»

1. Психосвітня частина

Містить інформацію, необхідну для розуміння пацієнтами природи стресу, психоемоційних реакцій на захворювання та способів їх подолання:

- Розуміння впливу стресу: Роз'яснення, як хронічний стрес може впливати на емоційний стан та перебіг захворювання.
- Етапи адаптації до хвороби: Інформація про типові психологічні реакції, які пацієнти можуть відчувати (заперечення, гнів, прийняття), та поради щодо їх подолання.
- Підтримка мотивації: Наголошення на важливості виконання медичних рекомендацій, регулярності лікування та співпраці з медичним

персоналом. - Роль соціальної підтримки: Як спілкування з рідними та близькими може допомогти у боротьбі зі стресом.

2. Практична частина

Містить опис технік та вправ, які пацієнти можуть самостійно застосовувати для покращення свого психоемоційного стану:

1) Техніки релаксації:

- Прогресивна м'язова релаксація: Покрокове розслаблення м'язів для зниження напруги.

Техніка прогресивної м'язової релаксації за Джейкобсоном потребує певного часу для того, щоб навчитись правильно її виконувати. Суть вправи полягає у тому, щоб після значного м'язового напруження, на якому людина фіксує свою увагу та контролює його, вона повинна швидко розслабитись, зосереджуючи увагу на різниці «напруження-розслаблення» кожної із ділянок тіла.

- Дихальні вправи.

Техніка «глибокого дихання» (вправа 4-7-8), що допомагає стабілізувати емоційний стан. Циклічне дихання, дихання животом та дихання із подушкою.

2) Когнітивні техніки:

- Робота з ірраціональними переконаннями, такими як катастрофізація або «повинності». Запропоновано техніку «Віддалення від нефункціональних думок». Мета техніки - відстежити і усвідомити власні думки. Суть вправи полягає в тому, що людина повинна виробити об'єктивне ставлення до власних думок. Для того, щоб стати неупередженим «спостерігачем», їй необхідно віддалитися від виникаючих ідей.

- Метод «рефреймінгу» для зміни негативного сприйняття ситуацій на позитивне або нейтральне. Запропоновано щоденник емоцій для аналізу думок та спроби переформулювати негативні переконання.

3) Самоконтроль емоцій:

- Щоденник емоцій для відстеження тривожних думок і їхнього впливу на настрій.

- Практика «заземлення» для подолання тривожних епізодів.

4) Техніки самомотивації:

- Використання афірмацій або позитивних тверджень для зміцнення віри у власні сили.

- Техніка NLP «Подивитися на себе очима того, хто тебе любить» з метою усвідомлення своїх позитивних рис, формування ставлення любові та поваги до себе.

- Планування невеликих досяжних цілей на кожен день для збереження почуття контролю над життям.

Метою «Пам'ятки онкоодужуючого» є надати пацієнтам інструменти для самостійного зниження рівня стресу; підвищити їхню обізнаність про емоційні процеси, пов'язані з лікуванням; сформувати в пацієнтів навички саморегуляції для кращого подолання труднощів у процесі лікування; зміцнити довіру до медичного персоналу та мотивацію до виконання рекомендацій.

У процесі реабілітації онкохворих родичі пацієнта відіграють важливу роль і часто відповідають за емоційну та фізичну підтримку. Однак вплив хвороби на психічний та емоційний стан сім'ї часто призводить до вторинного стресу, тривоги та виснаження [36]. З огляду на це, ми розробили програму практичних рекомендацій для родичів онкохворих.

Мета програми - надати структуровані рекомендації для родичів онкохворих щодо ефективної комунікації, підтримки пацієнта та методів самопомогі для запобігання емоційному виснаженню та сприяння гармонії у сімейній взаємодії під час лікування та реабілітації.

Наукові дослідження підтверджують, що якість соціальної підтримки є важливим фактором успішного лікування та психологічної адаптації онкохворих [6, 13, 36, 38]. Родичі часто надають емоційну підтримку пацієнтам, але їхні ресурси обмежені. Догляд за хворим у постійному стані тривоги може призвести до психічного вигорання та погіршення фізичного здоров'я близької людини [38]. Брак знань про відповідні стратегії подолання стресу лише посилює ці негативні наслідки.

Відсутність широко розповсюджених спеціалізованих програм підтримки для близьких пацієнтів підкреслює важливість розробки чітких рекомендацій для цієї категорії.

Програма складається з трьох основних блоків:

1. Особливості побудови спілкування з онкохворими:

Ця частина включає в себе рекомендації щодо побудови ефективної комунікації, приклади фраз, які сприяють підтримці, та фраз, яких слід уникати.

2. Особливості підтримки пацієнтів у повсякденному житті: практичні поради, які допоможуть у повсякденному житті.

3. Самодопомога близьким: техніки розпізнавання та управління власними емоціями, рекомендації щодо встановлення меж та розподілу відповідальності, інструменти для підтримки психологічної стабільності та профілактики емоційного вигорання.

Розроблено пам'ятку, що містить структуровані рекомендації для родичів людей з онкологічними захворюваннями. Вона може бути легко адаптована до індивідуальних потреб сім'ї.

Програма може бути доповнена груповими або індивідуальними заняттями для родичів пацієнта, де вони можуть отримати більш детальну інформацію та навчитися застосовувати запропоновані техніки. Тому перспективами досліджень вважаємо, розробку більш поглиблених тренінгових та психосвітніх занять для близьких пацієнтів із онкологічними захворюваннями.

Розроблена програма практичних рекомендацій є важливим інструментом у комплексному підході до реабілітації онкологічних хворих. Програма не тільки покращує емоційний стан пацієнта, але й допомагає близьким підтримувати власні психоемоційні ресурси та відігравати ефективну роль підтримки.

ВИСНОВКИ

У роботі здійснено теоретичне дослідження та емпіричне вивчення психоемоційного стану онкологічних пацієнтів на різних етапах лікування.

Результати дослідження дозволили дійти таких висновків:

1. Теоретичний аналіз показав, що онкологічні захворювання суттєво впливають на емоційний стан пацієнтів, викликаючи тривожність, фрустрацію, ригідність і агресивність. Ці стани пов'язані з етапами лікування: діагностичний етап характеризується високим рівнем тривожності та страху, післяопераційний етап — депресією та астеною, етап ремісії — стабілізацією емоційного стану. Адаптація до хвороби значною мірою залежить від соціальної підтримки та ефективності копінг-стратегій пацієнтів. Було визначено ключові теоретичні підходи до вивчення емоційних станів і ролі адаптаційних механізмів у реабілітації онкологічних пацієнтів.

2. Емпіричне дослідження виявило значущі відмінності у психоемоційному стані пацієнтів залежно від етапу лікування. На початковому етапі спостерігається високий рівень тривожності ($M = 9,26$, $SD = 3,99$), тоді як на етапі ремісії він знижується ($M = 11,75$, $SD = 3,09$). Рівень фрустрації досягає піку на післяопераційному етапі, але знижується на етапі ремісії. Встановлено, що жінки мають тенденцію до більшого емоційного навантаження порівняно з чоловіками, а старші пацієнти частіше використовують обережні та асертивні стратегії для подолання стресу. Етап лікування є визначальним фактором для формування адаптаційних копінг-стратегій: на початковому етапі переважають пасивні стратегії, тоді як на етапі ремісії зростає використання активних і просоціальних стратегій.

3. Розробка програми психологічної допомоги передбачає комплексний підхід, що включає індивідуальні та групові рекомендації для пацієнтів і їхніх близьких. Програма складається з психоосвітніх компонентів, технік когнітивно-поведінкової терапії та практичних інструментів для стабілізації емоційного стану. Важливим доповненням стала розробка рекомендацій для близьких пацієнтів, спрямованих на ефективне спілкування, уникнення емоційного

вигорання та покращення взаємодії з онкоодужуючими. Впровадження програми може значно покращити адаптацію пацієнтів, знизити рівень стресу та посилити ефективність лікування.

Перспективами подальших досліджень вважаємо розробку детальних програм реабілітації для різних вікових та гендерних груп онкопацієнтів, вивчення довгострокових ефектів психологічної допомоги на якість життя пацієнтів, а також впровадження розроблених рекомендацій у широку клінічну практику.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Афузова, Г. В. Вплив психосоматичних порушень на психічну діяльність особистості. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. Спеціальна психологія*, 2013. с. 315-317.
2. Березянська В. Психологічні особливості онкохворих. *Молодий вчений*. 2018. Вип. 10 (62). с. 20–24:
3. Бернацька, І. Я. (2020). Психологічні чинники конструктивної зміни ставлення онкохворого до власної хвороби. URL: <http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/40310/1/бернацька.pdf>
4. Євдокимова, Н. О., Раткогло, О. М. Психологічний статус онкохворої людини. *Актуальні пролеми психології: зб. наук. пр. Інституту психології імені ГС Костюка*. Психологія навчання. Генетична психологія. Медична психологія, 2020. с. 74-83.
5. Заболотних Н.І., Петленко В.П., Шматко В.І. Сучасні аспекти психологічної реабілітації онкологічних хворих. // *Український медичний часопис*, 2015. №1 (107). с. 46-49
6. Зливков В. Психологічна підтримка онкопацієнтів під час війни: методичні рекомендації. Інститут психології імені Г.С.Костюка НАПН України. Лабораторія методології і теорії психології, 2022. URL: https://www.researchgate.net/publication/361332514_Psihologicna_pidtrimka_onkopacientiv_pid_cas_vijni_metodicni_rekomendacii_Institut_psihologii_imeni_GSKostuka_NAPN_Ukraini_Laboratoria_metodologii_i_teorii_psihologii.
7. Єсипенко, Н. Типи реагування на хворобу та психічні порушення у пацієнтів з онкопатологією. *Вісник студентського наукового товариства: Збірник наукових праць*. Вип. 6. Ч. I, 2010. с. 9-10.

8. Ковальчук Л.В., Маркова Н.В., Чепурко О.Б. Стратегії копінгу в пацієнтів з онкологічними захворюваннями. *Український журнал психоневрології*, 2017. Том 25, № 3. С. 57-62
9. Коцан І. Я., Ложкін Г. В., Мушкевич М. І. Психологія здоров'я людини / За ред. І. Я. Коцана.— Луцьк: РВВ «Вежа» Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2011. 430 с.
10. Кривоніс, Т. Г. Гендерні аспекти сприйняття психосоціальної підтримки у пацієнтів на різних етапах перебігу онкологічного захворювання. *Експериментальна і клінічна медицина*, 2019. №84(3), с. 41-45.
11. Лисник, К. А. Теоретичні та емпіричні моделі подолання високого рівня страху рецидиву в онкоодужуючих. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*, (2), 2021. с. 144-152.
12. Лукомська, С. О. Психосоціальні ресурси онкологічних хворих. *Актуальні проблеми психології*, 2019. №2(14), с. 220-230.
13. Мазур Л.М., Василенко О.Д. Особливості медико-психологічної допомоги онкологічним хворим. *Український медичний часопис*, 2018. № 2(124). с. 56-59.
14. Маркова М. В., Мухаровська І. Р., Кривоніс Т. Г. Психоонкологія в аспекті сучасної теорії та клінічної практики. *Медична психологія*, 2019. №4. с. 31-37.
15. Маркова, М. В., Піонтковська, О. В., Кужель, І. Р. Стан та перспективи розвитку сучасної психоонкології. *Український вісник психоневрології*, 2012. вип. 4, с. 86-91
16. Мухаровська, І. Р. Особливості психологічного реагування на захворювання у онкологічних хворих. *ScienceRise. Medical science*, 2016. №11, с. 16-20.
17. Мухаровська І. Р. Якість життя онкологічних хворих на етапах лікувального процесу. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*, 2017. №4 (1(7)), с. 91-95.

18. Національний інститут раку. URL: <https://unci.org.ua/>
19. Національний канцер-реєстр України (НКРУ). URL: <http://ncru.inf.ua/>
20. Решетнікова, О.Ю. Стратегії подолання психологічного стресу студентами закладу вищої освіти: робота на здобуття кваліфікаційного ступеня бакалавра; спец.: 053 - психологія / О.Ю. Решетнікова; наук. керівник С.О. Ніколаєнко. - Суми: СумДУ, 2020. 93 с.
21. Становський, Б. О. Особливості стрес-долаючої поведінки пацієнток з вперше діагностованою онкопатологією в умовах хронічного соціального стресу. дис... доктора філософії : 225, 22. Київ, 2024. 186 с.
22. Титаренко Т. М. Психологія життєвої кризи. К. : Агропром-видав України, 1998. 348 с.
23. Фурса І. З. Фізична реабілітація жінок середнього віку після мастектомії у тренуючому періоді. 2020. URL: https://ela.kpi.ua/bitstream/123456789/38812/1/Fursa_magistr.doc
24. Хомич, Г. О. Психологічна допомога онкохворим у процесі консультування. *Збірник наукових праць "Проблеми сучасної психології"*, 2011. №13. с. 596-605.
25. Хоміцький М. Є. Структура та типи реагування на хворобу у зв'язку з показником адаптивності/дезадаптивності у пацієнтів з шизоафективним розладом в стані ремісії в контексті постманіфестних патоперсонологічних трансформацій. *Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина*. 2019. № 2. С. 7-14. <http://dx.doi.org/10.37321/UJMH.2019.02-01>
26. Хрущ. В. М Негативні емоційні стани, як детермінанта стресостійкості особистості. Кваліф.робота: 053 «Психологія». Донецький національний університет імені Василя Стуса, Вінниця, 2022.
27. Цюра, О. М., Шевченко, Н. С., Хаджинова, Ю. В., Глорі, Е. О., Іфеолува, І. Н., Лугова, К., Левчук, Л. П. Рівень комплаєнтності у дітей з хронічною

патологією. *Вестник Харьковського національного університету імені ВН Каразіна. Серія «Медицина»*, 2020. №40, с. 90-98.

28. Шевцова А.І., Морозова О.Г., Федоренко З.П. Медико-соціальні аспекти онкологічної допомоги в Україні. *Онкологія*, 2016. Вип. 18, No. 2. С. 144-148.
29. Шульдик, Г. О., Шульдик, А. В. Діагностика ірраціональних установок особистості. 2016.
URL:<https://dspace.udpu.edu.ua/bitstream/6789/5875/1/ShuldikGO.pdf>
30. Blanchard, C. G., Albrecht, T. L., Ruckdeschel, J. C., Grant, C. H., & Hemmick, R. M. The Role of Social Support in Adaptation to Cancer and to Survival. *Journal of Psychosocial Oncology*, 1995. 13(1–2), p. 75–95. https://doi.org/10.1300/J077V13N01_05
31. Booth, K., Beaver, K., Kitchener, H., O’neill, J., Farrell, C. Women’s experiences of information, psychological distress and worry after treatment for gynaecological cancer. *Patient Education and Counseling*, 2004. 56(2). p. 225-232.
32. Carlson, L. E., Tamagawa, R., Stephen, J., Drysdale, E., Zhong, L., & Specia, M. Randomized-controlled trial of mindfulness-based cancer recovery versus supportive expressive group therapy among distressed breast cancer survivors (MINDSET): long-term follow-up results. *Psycho-oncology*, 2016. 25(7), p. 750–759. <https://doi.org/10.1002/pon.4150>
33. Carlson L.E., Waller A., Mitchell A.J. Screening for distress and unmet needs in patients with cancer: Review and recommendations. *Journal of Clinical Oncology*, 2012. Vol. 30, No. 11. P. 1160-1177.
34. Cheatle M. D., Wasser T., Foster C. [et al.]. Prevalence of suicidal ideation in patients with chronic- non-cancer pain referred to a behaviorally based pain program. *Pain Physician*, 2014. Vol. 17 (3). P. 1359–1367.

35. Classen, C., Butler, L. D., Koopman, C., Miller, E., DiMiceli, S., Giese-Davis, J., ... & Spiegel, D. Supportive-expressive group therapy and distress in patients with metastatic breast cancer: a randomized clinical intervention trial. *Archives of general psychiatry*, 2001. 58(5), p. 494-501.
36. Cohen, S. Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health psychology*, 1988. V7(3), 269.
37. Dinapoli, L., Colloca, G., Di Capua, B., & Valentini, V. Psychological aspects to consider in breast cancer diagnosis and treatment. *Current oncology reports*, 2021. V. 23, p. 1-7.
38. Dunkel-Schetter, C. Social support and cancer: Findings based on patient interviews and their implications. *Journal of Social Issues*, 1984. 40, p. 77-98.
39. Faller H., Schuler M., Richard M., Heckl U., Weis J., Kuffner R. Effects of psychooncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Oncology*, 2013. Vol. 31, No. 6. P. 782-793
40. Fasano, J., Shao, T., Huang, H. H., Kessler, A. J., Kolodka, O. P., & Shapiro, C. L. Optimism and coping: do they influence health outcomes in women with breast cancer? A systemic review and meta-analysis. *Breast Cancer Research and Treatment*, 2020. V183, p. 495-501
41. Fawzy, F. I., & Fawzy, N. W. A structured psychoeducational intervention for cancer patients. *General Hospital Psychiatry*, 1994. V16(3), p. 149–192.
42. Given, B.A., Given, C.W. and Kozachik, S. Family Support in Advanced Cancer. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 2001. V51. p. 213-231. <https://doi.org/10.3322/canjclin.51.4.213>.
43. Goodwin, P. J., Leszcz, M., Ennis, M., Koopmans, J., Vincent, L., Guthrie, H., ... & Hunter, J. The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 2001. V345(24), p. 1719-1726.

44. Grassi, L. Psychiatric and psychosocial implications in cancer care: the agenda of psycho-oncology. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 2020. V. 29, p. 89.
45. GAhn M. H., Park S., Lee H. B. [et al.] Suicide in cancer patients within the first year of diagnosis. *Psychooncology*, 2015. Vol. 24 (5). P. 601–607.
46. Grassi L., Johansen C., Annunziata M.A., Capovilla E., Costantini A., Gritti P. et al. Screening for distress in cancer patients: A multicenter, nationwide study in Italy. *Cancer*, 2013. Vol. 119, No. 9. P. 1714-1721
47. Gregurek, R., Braš, M., Đorđević, V., Ratković, A. S., & Brajković, L. Psychological problems of patients with cancer. *Psychiatria Danubina*, 2010. 22(2), p. 227-230.
48. Grossert, A., Meinlschmidt, G., & Schaefer, R. A case series report of cancer patients undergoing group body psychotherapy. *F1000Research*, 6, 2018. p. 1646.
49. Holland, J. C., Breitbart, W. S., Jacobsen, P. B., Loscalzo, M. J., McCorkle, R., Butow, P. N. *Psycho-Oncology*. Oxford: Oxford University press, 2015. 772 p.
50. Holland, J. C., & Lewis, S. *The human side of cancer: Living with hope, coping with uncertainty*. 2000. Vol. 12. New York: HarperCollins.
51. Holtmaat, K., van der Spek, N., Witte, B. I., Breitbart, W., Cuijpers, R., Verdonckde Leeuw, I. M. Moderators of the effects of meaning-centered group psychotherapy in cancer survivors on personal meaning, psychological wellbeing, and distress. *Support Care Cancer*, 2017. 25(11), p. 3385-3393. DOI: 10.1007/s00520-017-3757-x.
52. Jacob, L., Kostev, K., Kalder, M. Treatment of depression in cancer and noncancer patients in German neuropsychiatric practices. *Psycho-Oncology*, 2016. 25(11), p. 1324-1328. DOI: 10.1002/pon.4066.
53. Jacobsen, P. B. New Challenges in Psycho-Oncology Research II: A health care delivery, dissemination, and implementation research model to promote

- psychosocial care in routine cancer care. *Psycho-Oncology*, 2017. 26(4), p. 419-123. DOI: 10.1002/pon.4428.
54. Jacobsen P.B., Jim H.S. Psychosocial interventions for anxiety and depression in adult cancer patients: Achievements and challenges. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2008. Vol. 58, No. 4. P. 214-230
 55. Jiralerspong, S., & Goodwin, P. J. Obesity and breast cancer prognosis: Evidence, challenges, and opportunities. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 2016. 34(35), p. 4203–4216. <https://doi.org/10.1200/JCO.2016.68.4480>
 56. Kulpa, M., Ziętałewicz, U., Kosowicz, M., Stypuła-Ciuba, B., & Ziółkowska, P. Anxiety and depression and cognitive coping strategies and health locus of control in patients with ovary and uterus cancer during anticancer therapy. *Contemporary oncology* (Poznan, Poland), 2016. 20(2), p. 171–175. <https://doi.org/10.5114/wo.2016.60074>
 57. Kübler-Ross, E. On Death and Dying (1st ed.). Routledge. 1969. 272p. <https://doi.org/10.4324/9780203010495>
 58. Levine, A. S. The Psychology of Cancer Patients and Cancer Doctors: Shock of Recognition. *In Cancer Control*, 1979. pp. 229-235.
 59. Li, M., Kennedy, E. B., Byrne, N., Gerin-Lajoie, C., Katz, M. R., Keshavarz, H., Sellick, S., Green, E. Systematic review and meta-analysis of collaborative care interventions for depression inpatients with cancer. *Psycho-Oncology*, 2017. 26(5), 573-587. DOI: 10.1002/pon.4286.
 60. Luker, G. D., & Boettcher, A. N. Impact of COVID-19 on clinical care and research in cancer imaging: where we are now. *Radiology: Imaging Cancer*, 2021. 3(1).
 61. Lukoševičiūtė, J., & Šmigelskas, K. Causal item of Brief Illness Perception Questionnaire (BIPQ) scale: the main categories. *Health Psychology Research*, 2020. 8(1).

62. Ma, H., Hu, K., Wu, W., Wu, Q., Ye, Q., Jiang, X., ... & Yang, Q. Illness perception profile among cancer patients and its influencing factors: A crosssectional study. *European Journal of Oncology Nursing*, 2024. 69, 102526.
63. Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., & Meader, N. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *The lancet oncology*, 2011. 12(2), 160-174.
64. Nelles, W.B., McCaffrey, R. J., Blanchard, C G., & Ruckdeschel, I. C. Social supports and breast cancer: A review. *Journal of Psychosocial Oncology*. 1991. 9(2), 2 p. 1-34
65. Stanton A. L. Life after diagnosis and treatment of cancer in adulthood: Contributions from psychosocial oncology research. *American Psychologist*. 2015. Vol. 70(2). P. 159-174.
66. Schulman-Green, D., Jeon, S. Managing cancer care: a psycho-educational intervention to improve knowledge of care options and breast cancer selfmanagement. *Psycho-Oncology*, 2017. 26(2), p. 173-181. DOI: 10.1002/pon.4013, PMID: 26537980.
67. Sutkevičiūtė, M., Stančiukaitė, M., & Bulotienė, G. Individual Meaning-Centered Psychotherapy for palliative cancer patients in Lithuania. A case report. *Acta Medica Lituanica*, 2017. 24(1), p. 67.
68. Taylor, S. E., Falke, R. L., Shoptaw, S. J., & Lichtman, R. R. Social support, support groups, and the cancer patient. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1986. 54(5), p. 608
69. Téllez, A., Rodríguez-Padilla, C., Martínez-Rodríguez, J. L., Juárez-García, D.M., Sanchez-Armass, O., Sánchez, T., Segura, G., & Jaime-Bernal, L. Psychological Effects of Group Hypnotherapy on Breast Cancer Patients During Chemotherapy.

- The American journal of clinical hypnosis*, 2017. 60(1), p. 68–84.
<https://doi.org/10.1080/00029157.2016.1210497>.
70. Thoits, P. A. Social support as coping assistance. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1986. 54(4), p. 416.
 71. Van der Spek, N., Van Uden-Kraan, C. F., Vos, J., Breitbart, W, Tollenaar, R.A., Van Asperen, C. J., et al. Meaning-centered group psychotherapy in cancer survivors: a feasibility study. *Psycho-Oncology*, 2014. 23(7), p. 827-831. DOI: 10.1002/pon.3497. PMID: 24991747.
 72. Watson M., Kissane D.W. Handbook of psychotherapy in cancer care. WileyBlackwell, 2011. 256 p.
 73. Watson, M., White, C., Lynch, A., Mohammed, K. Telephone-delivered individual cognitive behavioural therapy for cancer patients: an equivalence randomized trial. *Psycho-Oncology*, 2017. 26(3), p. 301-308. DOI: 10.1002/ pon.4338. PMID: 27943570.
 74. Weisman, A. D., & Sobel, H. J. Coping with cancer through self-instruction: A hypothesis. *Journal of Human Stress*, 1979. 5(1), p. 3-8.
 75. Zabora, J., BrintzenhofeSzoc, K., Curbow, B., Hooker, C., & Piantadosi, S. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-oncology: journal of the psychological, social and behavioral dimensions of Cancer*, 2021. 10(1), p. 19-28.

ДОДАТКИ

Додаток А

Таблиця 2.5.

Результати дослідження копінг-стратегій «SACS» для групи на початковому етапі лікування

Стратегії подолання	Моделі поведінки	Рівні		
		Високий рівень	Середній рівень	Низький рівень
Активна	Асертивні дії	7 (25%)	17 (60,71%)	4 (14,29%)
Пасивна	Обережні дії	19 (67,86%)	7 (25%)	2 (71,43%)
	Уникнення	6 (21,43%)	22 (78,57%)	0
Просоціальна	Пошук соціальної підтримки	10 (35,71%)	17 (60,71%)	1 (3,57%)
	Встановлення соціального контакту	5 (17,86%)	20 (71,43%)	3 (10,71%)
Пряма	Імпульсивні дії	9 (32,14%)	12 (42,86%)	7 (25%)
Непряма	Маніпулятивні дії (непрямі дії)	10 (35,71%)	15 (53,57%)	3 (10,71%)
Асоціальна	Асоціальні дії	8 (28,57%)	6 (21,43%)	14 (50%)
	Агресивні дії	7 (25%)	20 (71,43%)	1 (3,57%)

Таблиця 2.6.

Результати дослідження копінг-стратегій «SACS» для групи на післяопераційному етапі лікування

Стратегії подолання	Моделі поведінки	Рівні		
		Високий рівень	Середній рівень	Низький рівень
Активна	Асертивні дії	4 (36,36%)	5 (45,45%)	2 (18,18%)
Пасивна	Обережні дії	8 (72,72%)	3 (27,27%)	0
	Уникнення	7 (63,63%)	4 (36,36%)	0

Просоціальна	Пошук соціальної підтримки	8 (72,72%)	3 (27,27%)	0
	Встановлення соціального контакту	3 (27,27%)	7 (63,63%)	1 (9,09%)
Пряма	Імпульсивні дії	3 (27,27%)	4 (36,36%)	4 (36,36%)
Непряма	Маніпулятивні дії (непрямі дії)	3 (27,27%)	4 (36,36%)	4 (36,36%)
Асоціальна	Асоціальні дії	2 (18,18%)	3 (27,27%)	6 (54,54%)
	Агресивні дії	4 (36,36%)	7 (63,63%)	0

Таблиця 2.7.

Результати дослідження копінг-стратегій «SACS» для групи на етапі ремісії

Стратегії подолання	Моделі поведінки	Рівні		
		Високий рівень	Середній рівень	Низький рівень
Активна	Асертивні дії	3 (18,75%)	14 (87,5%)	1 (6,25%)
Пасивна	Обережні дії	6 (37,5%)	10 (62,5%)	0
	Уникнення	7 (43,75%)	9 (56,25%)	0
Просоціальна	Пошук соціальної підтримки	6 (37,5%)	10 (62,5%)	0
	Встановлення соціального контакту	7 (43,75%)	7 (43,75%)	2 (12,5%)
Пряма	Імпульсивні дії	7 (43,75%)	3 (18,75%)	6 (37,5%)
Непряма	Маніпулятивні дії (непрямі дії)	4 (25%)	8 (50%)	4 (25%)
Асоціальна	Асоціальні дії	0	7 (43,75%)	9 (56,25%)
	Агресивні дії	6 (37,5%)	6 (37,5%)	4 (25%)

Таблиця 2.10.

Отримані результати за «Методикою ірраціональних установок» А.

Елліса

Етап/ Шкала		Катастрофі зація	Повинність стосовно себе	Толерантні сть до фрустрації	Повинність стосовно інших	Самооцінк а
Початкови й	Середнє значення (Mean)	28,39	28,61	33,30	32,83	32,65
	SD	2,55	5,21	6,13	6,24	4,72
	Кількість досліджува них (виражене переконанн я)	10 (43%)	9 (39%)	9 (39%)	9 (39%)	10 (43%)
	Кількість досліджува них (присутнє переконанн я)	13 (57%)	14 (61%)	14 (61%)	14 (61%)	13 (57%)
Післяопера ційний	Середнє значення (Mean)	26,27	29,55	31,09	28,82	29,55
	SD	3,72	4,78	4,28	5,00	6,22
	Кількість досліджува них (виражене переконанн я)	4 (36%)	3 (27%)	3 (27%)	3 (27%)	4 (36%)
	Кількість досліджува них (присутнє переконанн я)	7 (64%)	8 (73%)	8 (73%)	8 (73%)	7 (64%)
	Середнє значення (Mean)	25,38	25,00	27,31	32,50	27,88
	SD	6,52	1,75	5,29	3,78	4,29

Ремісія	Кількість досліджуваних (виражене переконання)	4 (25%)	2 (13%)	3 (19%)	3 (19%)	4 (25%)
	Кількість досліджуваних (присутнє переконання)	12 (75%)	14 (87%)	13 (81%)	13 (81%)	12 (75%)

Розподіл результатів за методикою «Рівень комплаєнтності» (О. Асріян, С.

Кадилова та О. Ковальчука)

		Соціальна комплаєнтніст ь	Емоційна комплаєнтніст ь	Поведінкова комплаєнтніст ь	Загальна комплаєнтніст ь
Початковий етап	Низький рівень	0 (0%)	0 (0%)	1 (4%)	3 (13%)
	Середній рівень	8 (35%)	7 (30%)	7 (30%)	8 (35%)
	Високий рівень	15 (65%)	16 (70%)	15 (66%)	12 (52%)
Післяоперацій ний етап	Низький рівень	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	Середній рівень	3 (27%)	2 (18%)	3 (27%)	3 (27%)
	Високий рівень	8 (73%)	9 (82%)	8 (73%)	8 (73%)
Етап ремісії	Низький рівень	1 (6%)	0 (0%)	1 (6%)	0 (0%)
	Середній рівень	5 (31%)	4 (25%)	6 (37%)	6 (38%)
	Високий рівень	10 (63%)	12 (75%)	9 (56%)	10 (63%)

ПАМ'ЯТКА ОНКОДУЖУЮЧОГО

Ця пам'ятка створена для підтримки онкологічних пацієнтів у період лікування та відновлення. Ви можете зараз відчувати тривогу, страх або невизначеність щодо майбутнього. Ви перебуваєте в складних обставинах, і це природно відчувати емоційне навантаження та виснаження. Пам'ятайте, що ваші почуття є нормальними реакціями на ситуацію, і з ними можна впоратися за допомогою підтримки та практичних інструментів.

Ця пам'ятка допоможе вам розуміти свій психоемоційний стан, опанувати навички саморегуляції та зберегти позитивний настрій. Ви не самі — разом із вами ваша сила, близькі люди та команда медичних фахівців.

Для початку хочемо трохи розповісти вам про природу стресу та його вплив на ваш стан. Стрес є природною реакцією на важкі життєві ситуації. Він може призводити до тривожності, фрустрації та емоційного виснаження. Особливо важливо розуміти, що стрес викликає певні фізіологічні зміни (швидке серцебиття, підвищення рівня кортизолу), що може впливати на перебіг захворювання. Стрес є природною реакцією на важкі життєві ситуації. Він може призводити до тривожності, фрустрації та емоційного виснаження. Особливо важливо розуміти, що стрес викликає певні фізіологічні зміни (швидке серцебиття, підвищення рівня кортизолу), що може впливати на перебіг захворювання.

Основні етапи адаптації

1. Першою реакцією на діагноз може бути **заперечення**. Важливо дозволити собі відчувати емоції і не засуджувати себе за свій стан.
2. Далі можуть виникати **гнів та фрустрація**. Це нормальна емоційна реакція на труднощі. Це етап пошуку винуватців або причин ситуації.
3. На етапі **перемовин** ви можете шукати способи змінити ситуацію, укладаючи внутрішні «угоди» із собою чи іншими (наприклад, «якщо я дотримуватимусь рекомендацій, все покращиться»).

4. **Етап депресії**, на якому можете відчувати безнадію, смуток чи втрату мотивації. Важливо пам'ятати, що ці почуття є тимчасовими і з ними можна впоратися за допомогою підтримки.

5. **Прийняття**: Етап, коли пацієнт починає сприймати ситуацію і готовий до активної участі у процесі лікування.

А зараз попіклуємось про ваше тіло та зосередимось на тілесних відчуттях. Зручно сядьте або ляжте. Зробіть глибокий вдих та повільний довгий видих. Повторіть кілька раз. Починайте напружувати м'язи по черзі: від ніг до голови не менше 5 секунд, продовжуючи глибоко дихати. Далі розслабте цю групу м'язів із видихом та проговоріть про себе «Розслабся». Ось інструкція для напруження груп м'язів:

1. М'язи передпліч (потрібно стиснути кулаки та зігнути кисті).
2. М'язи плечей (стиснути корпус ліктями з обох сторін)
3. М'язи гомілок (на витягнутих нозі потягнути гомілки до себе).
4. М'язи стегон (напружити ноги)
5. М'язи живота (сильно напружити м'язи пресу).
6. М'язи грудної клітини (на вдиху затримати дихання на 10 секунд)
7. М'язи плечового поясу (підняти плечі, притиснувши їх до шиї).
8. М'язи шиї (нахилити голову назад).
9. Губи (сильно стиснути губи, не рухаючи щелепою).
10. М'язи очей (почати сильно жмуритись).
11. Брови (сильно зморщити брови)
12. Лоб (підняти брови максимально наверх).

Після кожної групи м'язів робіть паузу до 20 секунд. Зосередьтеся на відчуттях розслаблення.

Дихання — це перше, про що варто згадати під час тривожного стану або того моменту, коли вас застали зненацька погані новини. Ми можемо запропонувати вам кілька дихальних практик, і ви зможете обрати ту, яка підходить саме вам.

◆ **Техніка «глибокого дихання»:** Видихніть повністю. Глибоко та розмірено вдихайте через рот протягом 4 секунд. Рахуйте подумки або використовуйте таймер на телефоні. Затримайте подих на 7 секунд. Повільно і спокійно видихайте протягом 8 секунд. Повторіть цикл декілька разів, доки не почнете заспокоюватися. Якщо у вас немає досвіду подібних вправ і ви рідко займаєтеся фізичною активністю, то можливо, на початку голова може трохи паморочитися через гіпервентиляцію легенів. Не хвилюйтеся, це нормально.

◆ **Дихання животом:** вдихайте через ніс протягом чотирьох секунд, поки ваш живіт піднімається, потім видихніть через ніс протягом шести секунд, поки ваш живіт опускається. Повторюйте протягом трьох хвилин.

◆ **Циклічне дихання:** вдихніть через ніс, доки ваші легені майже не заповняться повітрям. Зробіть паузу, потім знову вдихніть. Зробіть паузу, потім повільно видихніть через ніс. Повторюйте протягом п'яти хвилин.

◆ **Дихання від болю:** Якщо вас турбує біль і він посилюється, обережно стисніть подушку і глибоко дихайте. Таким чином можна задіяти діафрагму та сповільнити частоту дихання до 10 вдихів на хвилину – темп, який заспокоює нервову систему. Повторіть 5-10 разів, поки не відчуєте заспокоєння.

Іноді важкі **думки** ніби чіпляють нас ніби на гачок. Ми дратуємося чи замикаємося в собі, чи просто не можемо встати з ліжка й почати день. Це вибиває з колії на деякий час.

Занурюючись у тривогу, ми відриваємося від того, що відбувається в конкретний момент. Наприклад, спілкуємося з друзями, і тут зненацька з'являються тривожні думки. І ми вже не беремо участі в розмові.

Ось проста, але дієва вправа, яка допоможе відволіктися від тривожних думок.

Перший крок: усвідомити, що вас «підчепили» – відчути важкість у грудях, комок у горлі, тиск у голові.

Другий крок: помітити й описати «гачок», чітко назвати його, проговорити – ось спогад, думка, страх, гнів тощо.

Третій крок: перенаправити свою увагу на те, що ви робите. Наприклад, готуєте їжу, прибираєте, їсте, граєте або спілкуєтесь із друзями – потрібно повністю включитися в цю діяльність, приділити всю увагу тим, хто зараз із вами, і тому, що ви зараз робите.

Також записуйте тривожні думки у щоденник. Ставте питання: «Чи дійсно це так?», «Чи можу я побачити цю ситуацію по-іншому?». Замінюйте негативні думки більш реалістичними або позитивними.

Ваше мислення важливий аспект на шляху до одужання! Спробуйте техніку позитивного мислення та афірмації:

○ Використовуйте позитивні твердження, наприклад: «Я сильна людина», «Я здатний подолати труднощі».

○ Промовляйте їх щодня перед дзеркалом.

Як підтримувати себе щодня?

- Планування цілей:

Щодня ставте перед собою маленькі досяжні цілі, наприклад, прогулянка на свіжому повітрі або читання цікавої книги. Відзначаєте свої успіхи.

- Візуалізація: Уявіть себе здоровим і щасливим. Зосередьтеся на позитивних образах, які мотивують вас до лікування.

Сядьте зручно та уявіть собі людину, яка вас любить. Спробуйте стати цією людиною і побачити себе очима того, хто вас любить. Побудьте трохи в цьому стані. Ви починаєте розуміти, що заслуговуєте любов, а тепер повільно повертайтеся до самого себе і не забувайте, якою цінністю ви є.

Як користуватися пам'яткою

- Читайте її в моменти, коли відчуваєте стрес або тривогу.
- Застосовуйте техніки релаксації та когнітивні стратегії для стабілізації емоційного стану.
- Обговорюйте свої думки й почуття з близькими або психологом.
- Пам'ятайте, що ваші емоції — це нормально. Дозвольте собі їх проживати.

- Звертайтеся по допомогу, якщо відчуваєте, що не справляєтеся самотійно.
- Робіть кроки до відновлення в своєму темпі.

Практичні рекомендації для близьких онкоодужуючих

Підтримка онкоодужуючих є важливою складовою їхнього лікування та відновлення. Однак ця роль може бути емоційно складною для близьких. У цьому посібнику ми підготували практичні поради, які допоможуть вам ефективно підтримати людину, яка переживає онкологічне лікування, і при цьому подбати про свій психоемоційний стан.

1. Як правильно спілкуватися

Що можна говорити:

- Підтримка без зайвого драматизму: «Я поруч із тобою», «Ти можеш на мене розраховувати».
- Підбадьорення: «Ти добре справляєшся», «Я вірю в тебе».
- Прояв турботи: «Як я можу тобі допомогти зараз?», «Чи є щось, чого ти потребуєш?».
- Відвертість: якщо ви не знаєте, що сказати, чесно визнайте це: «Я не знаю, як правильно реагувати, але я хочу бути поруч і підтримати тебе».

Чого уникати:

- Не ігноруйте почуття людини. Якщо вона хоче говорити про свій стан, дайте їй цю можливість.
- Надмірний оптимізм: фрази на кшталт «Все буде добре» або «Не переймайся» можуть викликати роздратування. Людина може відчувати, що ви знецінюєте її досвід.
- Неконструктивні поради: уникайте пропозицій «чудодійних» ліків чи методик, які не мають наукового підґрунтя.
- Порівняння: «Я знаю когось, хто теж це пережив і відчувається чудово».

Такі слова можуть викликати дискомфорт.

2. Як піклуватися про онкоодужуючого

1. Слухайте без оцінок: дайте людині можливість висловлювати свої почуття та думки. Не перебивайте і не намагайтеся миттєво давати поради.

2. Допомагайте в побуті: навіть дрібна допомога, така як приготування їжі, прибирання чи організація візиту до лікаря, може бути великою підтримкою.
3. Підтримуйте нормальність: намагайтеся зберігати звичний спосіб життя там, де це можливо. Занадто велика увага до хвороби може змусити людину почуватися ізольованою.
4. Будьте чутливими до змін: якщо близька людина хоче побути наодинці або, навпаки, прагне більше спілкування, враховуйте її потреби.
5. Пропонуйте допомогу конкретно: замість запитання «Чим тобі допомогти?» скажіть: «Я можу сходити за продуктами чи допомогти з документами?».

3. Як піклуватися про себе

1. Визнайте свої емоції: ви можете відчувати страх, тривогу чи втому. Це нормально. Не ігноруйте свої почуття.
2. Встановлюйте межі: не беріть на себе більше, ніж ви можете виконати.
Давайте собі право відпочити.
3. Залучайте інших: попросіть допомоги у друзів, родичів або фахівців. Ви не повинні нести цей тягар самотійно.
4. Знайдіть час для себе: виділяйте час на улюблені заняття, спілкування з друзями чи фізичну активність. Це допоможе вам відновити сили.
5. Звертайтеся до фахівців: якщо ви відчуваєте емоційне виснаження, поговоріть із психологом чи психотерапевтом.

4. Практичні поради для щоденної взаємодії

- Підтримуйте позитивний настрій, але без примусу: якщо людина сумує, дайте їй простір для цього.
- Будьте терплячими: процес лікування та відновлення може бути довгим і виснажливим.
- Не забувайте про невербальну підтримку: обійми, тримання за руку чи просто спокійна присутність можуть мати сильний ефект.

Пам'ятайте, що ваша підтримка є надзвичайно цінною. Водночас не забувайте піклуватися про себе, адже лише так ви зможете ефективно допомагати та залишатися поруч на цьому складному, але важливому шляху.