УДК [304.3-044.372:616-036.6-036.887]:615.851 **Жилевська О.П.**

СПЕЦИФІКА ЖИТТЄВОЇ КРИЗИ В ПЕРІОД ТЕРМІНАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

У статті розглянуто специфіку життєвої кризи, з якою стикаються пацієнти в період термінальних захворювань. Визначено основні психологічні етапи, через які проходять хворі, такі як заперечення, гнів, торг, депресія і прийняття. Особливу увагу приділено емоційному стану пацієнтів та їхніх родин, а також значенню психологічної підтримки у полегшенні стресу та страху перед смертю. Визначено ключові фактори, які впливають на формування життєвої кризи, а також запропоновані стратегії для поліпшення якості життя хворих у цей період.

Ключові слова:життєва криза, термінальні захворювання, психологічні етапи, емоційний стрес, паліативна допомога, психотерапія.

The article examines the specifics of the life crisis faced by patients during terminalil lnesses. The main psychological stages that patients go through, such as denial, anger, bargaining, depression, and acceptance, are identified. Particular attention is paid to the emotional state of patients and their families, as well as the importance of psychological support in alleviating stress and fear of death. The key factors influencing the formation of a life crisis are identified, and strategies for improving the quality of life for patients during this period are proposed.

Key words: life crisis, terminalil lness, psychological stages, emotional stress, palliative care, psychotherapy.

Постановка проблеми. Сьогодні онкологічні захворювання залишаються однією з найсерйозніших медичних і соціальних проблем у світі. Рак є не лише важким фізіологічним випробуванням для пацієнта, але й викликає значні емоційні та психологічні труднощі. Онкологічні хворі стикаються з життєвою кризою, яка пов'язана не лише з прогресуванням хвороби, але й з усвідомленням неминучості смерті. Особливо актуальним є питання надання психологічної підтримки пацієнтам на останніх стадіях життя.

За даними МОЗ, у 2022 році було зареєстровано близько 20 мільйонів нових випадків раку та 9,7 мільйонів летальних випадків, пов'язаних з онкологічними захворюваннями. Найпоширенішими видами раку стали рак легень, молочних залоз та колоректальний рак, які разом становлять значну частину усіх випадків онкології [1]. Така ситуація підкреслює необхідність розробки ефективних методів психологічної підтримки для онкохворих пацієнтів, особливо у термінальний період.

Психологічна криза, яка виникає у пацієнтів із термінальними захворюваннями, включає етапи заперечення, гніву, депресії та прийняття. Ці емоційні стани можуть значно погіршувати якість життя хворих, що вимагає надання професійної допомоги з боку медичних і психологічних фахівців.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. До питань психологічної підтримки онкохворих пацієнтів звертаються багато дослідників. Зокрема, Ковальчук Л.В. у своєму дослідженні розглядав стан і перспективи розвитку психоонкології в Україні. Автор акцентує увагу на тому, що вітчизняна психоонкологія є відносно новою дисципліною, яка активно розвивається у відповідь на зростаючу кількість онкологічних захворювань. У своєму дослідженні Ковальчук описує вплив психологічної допомоги на покращення якості життя онкохворих, підкреслюючи важливість надання комплексної психологічної підтримки як частини загального лікування [2, с. 90-93]. Войтович М.В. досліджував психологічні особливості процесу горювання у пацієнтів з термінальними захворюваннями. Автор описує ключові етапи емоційних реакцій на смерть, зокрема етапи заперечення, гніву, депресії та прийняття. Войтович підкреслює, що ефективна робота з пацієнтами на етапі горювання вимагає індивідуального підходу, який враховує емоційні, соціальні та культурні особливості пацієнта [3, с. 10-24]. Маркова М.В., Мухаровська І.Р. та Кривоніс Т.Г. у своїй публікації розглядають психоонкологію з точки зору теорії та клінічної практики. Вони акцентують увагу на тому, що основними завданнями психоонкології є зниження рівня тривожності та депресії у пацієнтів, покращення їхньої здатності адаптуватися до хвороби та зменшення емоційного навантаження. Дослідники також зазначають, що необхідність розвитку психоонкологічної допомоги зумовлена збільшенням кількості випадків онкологічних захворювань і важливістю комплексного підходу до лікування [4, с. 31-37].

Постановка завдання. Метою даного дослідження є вивчення специфіки життєвої кризи, яка виникає у пацієнтів з термінальними захворюваннями, та визначення ефективних методів психологічної підтримки для покращення їхньої якості життя

Виклад основного матеріалу. Історичний розвиток танатології охоплює кілька етапів. Спочатку смерть розглядалася виключно як медичний факт, проте з розвитком медичної та психологічної науки стало зрозуміло, що вивчення психологічних реакцій людини на власну смертність має важливе значення для полегшення страждань пацієнтів і їхніх родин. Із розвитком танатології у 20 столітті, багато дослідників почали підкреслювати важливість надання психологічної підтримки пацієнтам, що перебувають на останніх стадіях життя. Наприклад, за дослідженнями Ковальчука Л.В., психоонкологія в Україні почала активно розвиватися на початку 21 століття і стала ключовим напрямом у покращенні якості життя онкохворих пацієнтів [2, с. 91].

Паліативна допомога також включає психологічну підготовку пацієнтів до смерті. Дослідники підкреслюють важливість психологічної підтримки в процесі прийняття факту неминучої смерті, допомоги у вираженні емоцій і страхів, а також роботи з родичами, які потребують підтримки в період горювання. Відповідно до досліджень Войтовича, горювання є складним психологічним процесом, який також вимагає уваги спеціалістів [3, с. 15].

Термінально хворі пацієнти проходять через ряд психологічних процесів, пов'язаних із прийняттям неминучої смерті та адаптацією до свого стану[4, с. 15].

Психологічний профіль онкохворих характеризується високим рівнем тривожності, схильністю до депресії, труднощами із самооцінкою та потребою у соціальній підтримці. Комплексна психологічна допомога дозволяє зменшити негативний вплив цих факторів та покращити якість життя пацієнтів на всіх етапах захворювання, зокрема у період паліативної допомоги.

Дослідження проводилося на базі Херсонського обласного клінічного онкологічного диспансеру в умовах стаціонарного лікування. В дослідженні взяли участь 35 пацієнтів з діагнозом злоякісного новоутворення, віком від 35 до 70 років. Пацієнти були відібрані з урахуванням різної локалізації пухлин та стадії онкологічного процесу, що дозволяє отримати репрезентативні дані для оцінки загальних психологічних реакцій на захворювання. Вибірка була збалансована за статтю (чоловіки та жінки), що дає можливість аналізувати гендерні особливості ставлення до хвороби.

В ході дослідження було використано п’ять основних психодіагностичних методик, результати яких наведено у таблиці 1.

Таблиця 1. – Результати психокорекційного втручання за різними методиками

Методика	**Показник**	**До корекції (середнє значення)**	**Після корекції (середнє значення)**	**Зміна (Δ)**	**P**
EORTC QLQ-C30	Фізичне функціонування	63,5 ± 2,012	72,6 ± 2,410	+9,1	<0,01
	Емоційне функціонування	55,2 ± 2,705	71,5 ± 3,123	+16,3	<0,001
	Втома	68,4 ± 2,674	58,9 ± 3,115	-9,5	<0,01
PerceivedStressScale (PSS)	Середній рівень стресу	24,5 ± 3,102	16,3 ± 2,873	-8,2	<0,001
	Високий рівень стресу (%)	32%	18%	-14%	<0,01
Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS)	Середній рівень тривоги	12,5 ± 2,014	8,3 ± 1,702	-4,2	<0,001
	Середній рівень депресії	11,8 ± 2,217	7,5 ± 1,993	-4,3	<0,001
Шкала депресії Бека (BDI-II)	Середній рівень депресії	22,7 ± 3,014	14,2 ± 2,562	-8,5	<0,001
	Відсутність депресії (%)	8%	20%	+12%	<0,01
Шкала Маслач (MBI)	Емоційне виснаження	27,5 ± 3,201	18,9 ± 2,654	-8,6	<0,001
	Деперсоналізація	13,8 ± 2,491	9,2 ± 2,118	-4,6	<0,01
	Відчуття особистих	31,7 ± 3,105	36,8 ±	+5,1	<0,01

	досягнень		2,957		

Методика PerceivedStressScale (PSS) показала значне зниження рівня стресу (-8,2 пункти, p<0,001), що підтверджує ефективність втручання у зменшенні психоемоційного навантаження. За шкалою HADS, рівень тривоги та депресії також значно знизився (-4,2 і -4,3 пункти відповідно, p<0,001).

Шкала депресії Бека (BDI-II) показала суттєве зменшення рівня депресії з 22,7 до 14,2 пункти (-8,5, p<0,001). За шкалою Маслач, емоційне виснаження знизилося на 8,6 пункти (p<0,001), деперсоналізація — на 4,6 пункти (p<0,01), що вказує на значне покращення емоційного стану пацієнтів.

За даними методики EORTC QLQ-C30, спостерігалося покращення як фізичних, так і емоційних функцій. Зокрема, рівень емоційного функціонування зріс на 16,3 пункти (p<0,001), що свідчить про суттєве зниження емоційної напруги, тривожності та депресії у пацієнтів після психокорекційного втручання. Також зменшилася втома (-9,5 пункти, p<0,01), що позитивно вплинуло на фізичний стан пацієнтів.

За шкалою Perceived Stress Scale (PSS), середній рівень стресу значно знизився з 24,5 до 16,3 пункти (-8,2, p<0,001), що свідчить про успішне зменшення сприйнятого стресу після психокорекційної програми. Відсоток пацієнтів із високим рівнем стресу знизився з 32% до 18%, що вказує на покращення адаптаційних можливостей пацієнтів.

Методика Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS) показала значне зниження як тривожних, так і депресивних симптомів. Середній рівень тривоги знизився на 4,2 пункти (p<0,001), а середній рівень депресії – на 4,3 пункти (p<0,001). Це підтверджує, що втручання ефективно зменшило негативні емоційні прояви.

За результатами Шкали депресії Бека (BDI-II), середній рівень депресії знизився з 22,7 до 14,2 пункти (-8,5, p<0,001). Це свідчить про покращення емоційного стану пацієнтів, зокрема зниження відчуття безнадійності та песимізму.

Шкала Маслач (MBI) також показала суттєве зниження емоційного виснаження (-8,6 пункти, p<0,001) та деперсоналізації (-4,6 пункти, p<0,01). Це вказує на покращення емоційного благополуччя та відновлення особистих емоційних ресурсів.

Кореляційна матриця, отримана для різних показників психологічних методик, показує важливі взаємозв'язки між основними змінними, що оцінювались під час дослідження. Зокрема, виявлено, що рівень тривоги (HADS-A) має помірний позитивний зв'язок з емоційним виснаженням (MBI) (r = 0.3127), що вказує на взаємозалежність цих факторів: вищий рівень тривоги пов'язаний із підвищеним емоційним виснаженням. Також середній рівень стресу (PSS) демонструє позитивну кореляцію з показниками особистих досягнень (MBI) (r = 0.4482), що може свідчити про те, що пацієнти зі значними особистими досягненнями краще справляються зі стресом. Водночас слабка негативна кореляція між тривогою і фізичним функціонуванням (EORTC) (r = -0.0804) вказує на те, що підвищена

тривожність лише незначно впливає на фізичну активність. Також показники емоційного функціонування (EORTC) мають зворотний зв'язок із рівнем депресії (HADS-D) (r = -0.2565), що вказує на важливість емоційної підтримки для зниження депресивних проявів.

Висновок. Отже, специфіка життєвої кризи в період термінальних захворювань полягає в глибоких психологічних і емоційних процесах, через які проходять пацієнти під впливом усвідомлення неминучої смерті. Основні етапи цієї кризи включають заперечення, гнів, торг, депресію та прийняття, кожен з яких потребує особливого підходу для забезпечення адекватної психологічної підтримки. Емоційне виснаження, тривога, депресія та зниження фізичного функціонування є типовими психологічними проблемами пацієнтів, що вказує на необхідність комплексної психотерапевтичної допомоги.

Кореляційний аналіз показав взаємозв'язок між рівнем тривоги, стресу та емоційного виснаження, що підкреслює важливість своєчасного втручання з метою зменшення негативного емоційного навантаження на пацієнтів. Розуміння цих психологічних процесів і впровадження індивідуалізованих підходів до підтримки пацієнтів та їхніх родин сприятиме покращенню якості життя в цей складний період.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL: https://phc.org.ua/news/vooz-prognozue-zrostannya-zakhvoryuvanosti-na-rak-yak-zniziti-rizik-rozvitku-onkonedugi
2. Ковальчук Л.В. Психоонкологія в Україні: стан і перспективи розвитку. Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: Медицина. 2020. Вип. 2(70). С. 90-93.
3. Войтович М.В. Психологічні особливості горювання. Актуальні проблеми психології. Том 5,2019. Випуск 19. С.10-24.
4. Маркова М.В., Мухаровська І.Р., Кривоніс Т.Г. Психоонкологія в аспекті теорії та клінічної практики. Медична психологія. 2019. Том 14, № 4. С. 31-37
5. Samami E., Elyasi F. Effect of non-pharmacological interventions on stress of women with breast cancer undergoing chemotherapy: A systematic review. J Mazandaran Univ Med Sci. 2019. P. 167–80.

Науковий керівник кандидатка психологічних наук, доцентка Шелестова О.В.