

Херсонський державний університет
ЗВО або наукова установа, де виконана робота
Міністерство освіти і науки України
Орган, до сфери управління якого належить установа
Херсонський державний університет
Назва установи, де проводився захист дисертації
Міністерство освіти і науки України
Орган, до сфери управління якого належить установа

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

СЕРГЕТ ІРИНА ВІКТОРОВНА

УДК 159.923:17.022.1:616-006

ДИСЕРТАЦІЯ

**СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ТРАНСФОРМАЦІЇ
ЖИТТЄВИХ ЦІННОСТЕЙ ОСІБ З ОНКОЛОГІЧНИМИ
ЗАХВОРЮВАННЯМИ**

05 Соціальні та поведінкові науки

053 Психологія

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

 / І. В. Сергет

(підпис, ініціали та прізвище здобувача)

Науковий керівник:

Попович Ігор Степанович

член-кореспондент НАПН України,
доктор психологічних наук, професор

Івано-Франківськ 2025

АНОТАЦІЯ

Сергет І. В. Соціально-психологічні чинники трансформації життєвих цінностей осіб з онкологічними захворюваннями. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії зі спеціальності 053 Психологія (05 Соціальні та поведінкові науки). – Херсонський державний університет МОН України, Херсон, 2025.

Дисертацію присвячено дослідженню соціально-психологічних чинників трансформації життєвих цінностей осіб з онкологічними захворюваннями. У вступі обґрунтовано актуальність теми дисертаційної роботи і сформульовано мету і завдання дослідження. Визначено, що об'єктом дослідження є трансформація життєвих цінностей осіб з онкологічними захворюваннями як соціально-психологічний феномен. Предметом дослідження є соціально-психологічні чинники трансформації життєвих цінностей осіб з онкологічними захворюваннями.

Подано інформацію про наукову новизну і практичну цінність виконаних досліджень, зазначено особистий внесок здобувача, відомості про апробацію результатів дисертаційної роботи і публікації.

У дослідженні визначено основні наукові підходи до вивчення соціально-психологічних чинників трансформації життєвих цінностей осіб з онкологічними захворюваннями – прагматичний та феноменологічний, відповідно до яких трансформацію життєвих цінностей розглянуто, як чинник впливу на процес лікування через засвоєння продуктивних соціально-психологічних норм та цінностей, а також, констатовано можливість їх цілеспрямованого формування. Розглянуто типології трансформації життєвих цінностей у різних наукових парадигмах. Надано рекомендації психологічної допомоги, яка враховує особистісно-смисловий контекст, орієнтований на відновлення або переосмислення сенсу життя з наближенням до цілісного розуміння досвіду онкохворої людини, з урахуванням того, як змінюється її внутрішній світ під впливом

психологічної кризи, соціального тиску та потреби у новому способі осмислення життя.

Трансформацію життєвих цінностей осіб з онкологічними захворюваннями розглядаємо, як багатоаспектне та багаторівневе явище під впливом якого у хворих формується нова ідентичність у відповідності до цілей, цінностей, копінгів, що сприяє процесу лікування та одужання.

Визначено, що трансформація життєвих цінностей осіб з онкологічними захворюваннями складається із стану особливостей ціннісної сфери індивіда та взаємозв'язків між параметрами ціннісної сфери і психологічними властивостями пацієнтів.

Емпірично досліджено і обґрунтовано, що важке захворювання, наявність якого порушує біологічний та соціальний контекст, в якому розгортається життя людини, спричиняє трансформацію життєвих цінностей. Пацієнти онкологічного диспансеру зосереджені передусім на базових потребах (здоров'я, стосунки і підтримка близьких), матеріальній стабільності та збереженні життєвої активності. Інші цінності, пов'язані з позитивним психосоціальним функціонуванням особистості, втрачають значущість у порівнянні з потребами, які є критичними для подолання хвороби.

На основі емпіричного дослідження з'ясовано, що онкологічне захворювання спричиняє трансформацію життєвих цінностей хворих – вибудовує вектор спрямованості цілей та засобів, сконцентрований на власному життєзабезпеченні. Цінності власного «Я» утворюють головний сенс у системі психологічної самоорганізації особистості, яка перебуває у травматичному стані переживання смертельно небезпечного захворювання. З'ясовано, що серед онкологічних хворих виявлено два підходи до оцінки власної здатності впливати на життя. Більша частина пацієнтів втрачає здатність контролювати події власного життя та схиляються до зовнішнього локусу контролю, менша частка пацієнтів демонструють переконаність у здатності впливати на події, відчувають відповідальність за

свої дії та їх результати. Отримані переконливі свідчення впливу обмежень, спричинених хворобою, на смисложиттєві орієнтації пацієнтів. Явище втрати смисложиттєвих орієнтацій онкологічно хворими пацієнтами є поширеним та потребує відповідних психологічних втручань.

Виявлено ступінь впливу хвороби на повсякденне життя пацієнтів, як значний або дуже негативний. Переживання пацієнтами руйнівного впливу хвороби на повсякденне життя виступає значущим чинником трансформації життєвих цінностей. Цей вплив лише частково пов'язаний з вибором життєвих цілей, але помітно впливає на вибір інструментальних цінностей. Пацієнти, які відчують значний негативний вплив хвороби, порівняно більше цінують незалежність, але поряд із тим втрачають ресурси для підтримки власної автономності.

На основі емпіричного дослідження з'ясовано, що більшість виявлених зв'язків є нелінійними. Це свідчить про складні механізми трансформації життєвих цінностей осіб із онкологічним захворюваннями, на які впливають чинники різної природи: фізіологічні, соціальні, психологічні, духовні. Рекомендації для пацієнтів повинні враховувати ступінь негативного впливу хвороби на їх життя, оскільки різний ступінь адаптації потребує індивідуального підходу.

Виявлено, що чим більш виразними є складові смисложиттєвої орієнтованості особистості, тим більш виражене адаптивне ставлення до хвороби та менший ризик порушень адаптації.

З'ясовано, що пацієнти найчастіше обирають стратегії подолання, орієнтовані на планування вирішення проблеми та збереження психологічного балансу (самоконтроль). Вони спрямовують значні зусилля на те, щоб придушити негативні емоції та думки. У важкі хвилини намагаються нікому не показувати свого справжнього стану. Важливим ресурсом для них є соціальна підтримка, що може полягати у наданні інформації, практичних діях, співчутті та розумінні, а також у зверненні за

допомогою до фахівців.

З'ясовано можливість передбачити виникнення у онкологічних хворих екзистенційних криз на основі знання визначених змінних-предикторів, а отже можливість запропонувати дієві психологічні втручання.

Окреслено *наукову новизну*: теоретично та емпірично обґрунтовано продуктивність застосування діагностичних методів у сфері психологічної підтримки онкологічних пацієнтів, для аналізування соціально-психологічних чинників впливу на трансформацію життєвих цінностей для подальшого продуктивного впливу на психічне здоров'я та процес лікування; з'ясовано та описано особливості трансформації життєвих цінностей осіб із онкологічними захворюваннями; визначено особливості ціннісної сфери у осіб різного віку та статі; виявлено взаємозв'язки між параметрами ціннісної сфери та іншими психологічними властивостями пацієнтів: ставленням до хвороби, провідними стратегіями подолання труднощів, емоційним станом та особливостями мотивації.

Подано *практичне значення* результатів дослідження, яке полягає у тому, що його основні положення і висновки можуть стати основою для розробки конкретних рекомендацій, які будуть застосовані у практичній психології для психологічної допомоги онкологічним хворим; для розробки програм психологічної допомоги спрямованої на підтримку здатності пацієнтами зберігати віру в себе, ставити цілі й знаходити сенс життя, формувати активні стратегії подолання хвороби; для розробки індивідуалізованих психологічних утручань для посилення конструктивних стратегій подолання, зокрема позитивної переоцінки труднощів, планування та віри у власні можливості як ключових стратегій подолання хвороби, а також у діагностичних, корекційних, розвивальних цілях.

Отримали подальший розвиток уявлення про трансформацію життєвих цінностей осіб із онкологічними захворюваннями.

Теоретичне значення результатів дослідження полягає у застосуванні системного підходу до вивчення трансформації життєвих цінностей та її впливу на процес лікування і одужання осіб з онкологічними захворюваннями.

Перспективи подальших досліджень вбачаємо у розробці прикладних програм для роботи практичних психологів з онкологічними хворими у процесі лікування та на стадії ремісії.

Ключові слова: хвороба, жалоба, старість, страх, адаптація, тривожність, онкологія, психічне здоров'я, депресія, стрес, копінг-стратегії, суб'єктивне благополуччя, смисложиттєві орієнтації, цілі.

SUMMARY

Iryna Serhet. Social and psychological factors of the life values transformation in individuals with oncological diseases.

- Qualification scientific work as a manuscript.

Dissertation for obtaining a degree of Doctor of Philosophy in the specialty 053 Psychology (05 Social and Behavioral Sciences). – Kherson State University of the Ministry of Education and Science of Ukraine, Kherson, 2025.

The dissertation is devoted to the study of social and psychological factors of the life values transformation in individuals with oncological diseases.

The introduction substantiates the relevance of the dissertation topic and formulates the aim and objectives of the research. It's defined that the object of the research is the life values transformation in individuals with oncological diseases as social and psychological phenomenon.

The subject of the research is the social and psychological factors of the transformation of life values in individuals with oncological diseases.

The information about scientific novelty and the practical value of the performed research was submitted. Personal contribution of the applicant and the information on the approbation of the dissertation results and publications have been noted.

The research identifies the main scientific approaches to study of the social and psychological factors of the transformation of life values in individuals with oncological diseases—pragmatic and phenomenological. According to these approaches, the transformation of life values is considered as a factor influencing the treatment process through the assimilation of productive social and psychological norms and values. Additionally, the possibility of their purposeful formation is acknowledged. The typologies of the transformation of life values in different scientific paradigms have been considered.

Recommendations for psychological help have been provided, taking into account the personal and meaningful context aimed at restoring or reinterpreting the meaning of life, approaching a holistic understanding of the experience of a person with cancer. It considers how their inner world changes under the influence of psychological crisis, social pressure, and the need for a new way of comprehending life.

The life values transformation in individuals with oncologic diseases we consider as the multi-aspect and multi-level phenomenon under which influence the new identity of patients is being formed according to the purposes, values, coping, which facilitates the process of treatment and recovery.

It is defined that life values transformation in individuals with oncologic disease consists of condition of characteristics of the value sphere of an individual and the interrelations between the parameters of the value sphere and the psychological properties of patients.

It has been empirically studied and substantiated that a severe illness, the presence of which disrupts the biological and social context in which a person's life unfolds, causes a transformation of life values.

The patients of the oncological center are focused primarily on basic needs (health, relationships and support from loved ones), financial stability and keeping the life activity. The other values, connected with the positive psychosocials functioning of the personality, lose the significance comparing to the needs which are crucial for overcoming the disease.

Based on an empirical study, it has been established that oncological disease causes a transformation of patients' life values—it shapes the vector of goal orientation and means, concentrated on their own survival. The values of the individual 'self' form the core meaning within the system of psychological self-organization of a person who is in a traumatic state of experiencing a life-threatening illness.

It has been established that among oncology patients, two approaches to assessing their ability to influence their life have been identified. The majority of the patients lose the ability to control events in their own lives and tend to adopt an external locus of control, while a smaller portion of patients demonstrate confidence in their ability to influence events, feeling responsible for their actions and their outcomes.

Convincing evidence has been obtained regarding the impact of disease-related limitations on patients' life purpose orientations. The phenomenon of losing life-purpose orientations among oncology patients is widespread and requires appropriate psychological interventions.

The degree of the disease's impact on patients' daily lives has been identified as significant or very negative. Patients' experience of the destructive effects of the disease on their daily life serves as a crucial factor in the transformation of their life values. This impact is only partially related to the choice of life goals but noticeably influences the selection of instrumental values. The patients who feel the significant negative influence of the disease comparably appreciate independence but along with that they lose the resources for support of their own autonomy.

Based on empirical research, it has been determined that most of the identified connections are nonlinear. This is the evidence of the complex mechanisms of the transformation of life values in individuals with oncologic disease which are influenced by the factors of different nature such as physiological, social, psychological, spiritual. The recommendations for the

patients should consider the degree of the negative impact of the disease on their life, because the degree of adaptation requires individual approach.

It has been found out the more distinct purpose of life orientations of the personality are, the more pronounced adaptive attitude to the disease is and the less risk of adaptation disorders.

It's has been found that the patients are choosing the coping strategies more frequently which are oriented on the planning of problem solving and keeping the psychological balance (self-control). They direct their efforts to suppress the negative thoughts. In difficult moments patients try not to show anybody their real condition. The important resource for them is social support that may involve providing information, practical actions, compassion and understanding, and also appeal to the help of professionals.

It has been determined that it is possible to predict the occurrence of existential crises in cancer patients based on knowledge of specific predictor variables, and therefore, to propose effective psychological interventions.

The *scientific novelty* has been outlined: the productivity of applying diagnostic methods in the field of psychological support for oncology patients has been theoretically and empirically substantiated. These methods are used to analyze the social and psychological factors influencing the transformation of life values, aiming for a more productive impact on mental health and the treatment process. The study has identified and described the peculiarities of life value transformation in individuals with oncological diseases. Furthermore, the characteristics of the value sphere among individuals of different ages and gender have been determined. Connections between value parameters and other psychological attributes of patients—such as attitudes toward illness, leading coping strategies, emotional state, and motivational features—have also been revealed.

The *practical significance* of the research results has been presented, highlighting that its main provisions and conclusions can serve as a foundation for developing specific recommendations to be applied in practical psychology

for providing psychological support to oncology patients. This includes designing psychological assistance programs aimed at helping patients maintain self-belief, set goals, find meaning in life, and develop active strategies for overcoming illness. Additionally, the findings contribute to the creation of individualized psychological interventions to strengthen constructive coping strategies, particularly positive reevaluation of difficulties, planning, and fostering belief in one's abilities as key strategies for managing illness. These insights can also be utilized for diagnostic, corrective, and developmental purposes.

The understanding of the transformation of life values in individuals with oncological diseases has been *further developed*.

The theoretical significance of the research results lies in the application of a systematic approach to studying the transformation of life values and its impact on the treatment and recovery process of individuals with oncological diseases.

The prospects for further research involve the development of applied programs for practical psychologists working with oncology patients during treatment and at the remission stage.

Key words: disease, mourning, old age, fear, adaptation, anxiousness, oncology, mental health, depression, stress, coping strategies, subjective well-being, meaning of life orientations, goals.

Список публікацій здобувачки

*Наукові праці, в яких опубліковані основні
наукові результати дисертації:*

1. Сергет І. В. Психологічні аспекти соціальної адаптації жінок з онкологічними хворобами. *Інсайт: психологічні виміри суспільства*, 2019. Вип. 2. С. 99–103. URI: <http://ekhsuir.kspu.edu/123456789/12140>
2. Сергет І. В. Ставлення до хвороби та його зв'язок із ціннісними орієнтаціями онкологічних пацієнтів. *Психологічні студії*. 2025. Вип. 4. С. 89 – 96. DOI: <https://doi.org/10.32782/psych.studies/2024.4.12>

3. Сергет І. В. Трансформація життєвих цінностей осіб, хворих на онкологію. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки.* 2022. Вип. 2. С. 35–41.
URI: <http://ekhsuir.kspu.edu/123456789/17275>
4. Сергет І. В. Вплив онкологічної хвороби на трансформацію життєвих цінностей у контексті психологічного часу. *Психологічні ресурси в умовах життєвої та суспільної кризи : соціальний та особистісний виміри:* Колект. моногр. / наук. ред. О. Є. Блинова, відпов. ред. В. Ф. Казібекова. Херсон: вид-во ФОП Вишемирський В. С., 2021. С. 149–169.
URI: <http://ekhsuir.kspu.edu/123456789/14000>
5. Blynova O., Popovych I., Tkach T., Serhet I., Semenova N., Semenov O. Value attitudes of student youth to physical culture and sports as factors in their aspiration for success. *Journal of Critical Reviews*, 2020. Vol. 7(19), P. 6775 – 6783. DOI: <https://doi.org/10.31838/jcr.07.19.778> (*Особистий внесок здобувачки. Розроблені наукові положення та отримані емпіричні дані з'ясування ціннісного ставлення респондентів як чинника досягнення успіху є самостійним внеском авторки в досліджувану проблему трансформації життєвих цінностей*).

Наукові праці,

які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

6. Сергет І. В. Етапи комплексного підходу до психологічної реабілітації онкологічних пацієнтів. Соціокультурні та психологічні виміри становлення особистості: зб. наук. праць за матер. III Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Херсон, 30 вересня – 01 жовтня 2021 р.) [Електронний ресурс] / ред. колегія: І. Р. Крупник, О. Є. Блинова, Н. І. Тавровецька (відп. за випуск) та ін. Херсон: ФОП Вишемирський В. С., 2021. С. 271–272.
URI: <http://ekhsuir.kspu.edu/123456789/15330>
7. Сергет І. В. Переживання особистістю онкологічного захворювання як кризової ситуації: «Одинадцяті Сіверянські соціально-психологічні читання»: матер. Міжнародної наукової онлайн конференції (Чернігів, 27

- листопада 2020 року) / За наук. ред. О. Ю. Дроздова, І. І. Шлімакової. Чернігів: НУЧК імені Т. Г. Шевченка, 2021. С. 229–231. URI: <http://ekhsuir.kspu.edu/123456789/13604>
8. Сергет І. В. Психологічні аспекти когнітивного компоненту аналізу у осіб хворих на онкологію. *Соціально-психологічні технології розвитку особистості. Матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції молодих вчених, аспірантів та студентів: зб. наук. праць (14 травня 2020 року) матеріали і тези доповідей* / ред. колегія: А.М. Яцюк, Н.О. Олейник, В.В. Мойсеєнко та ін. Херсон: ФОП Вишемирський В.С., 2020. С. 330–332. URI: <http://ekhsuir.kspu.edu/123456789/12144>
9. Сергет І. В. Психологічні аспекти соціальної адаптації жінок з онкологічними захворюваннями. *«Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я»: Матеріали IV Всеукраїнської науково-практичної конференції* (м. Вінниця, 22 листопада 2019 року) / за заг. ред. проф. О. В. Бацилевої. Вінниця, 2019. С. 196–199. URI: <http://ekhsuir.kspu.edu/123456789/12141>
10. Сергет І. В. Психологічні особливості долаючої поведінки у осіб з онкологічними захворюваннями: *«Психологія особистості фахівця в умовах воєнного часу та поствоєнної реабілітації»*: зб. матеріалів IX Всеукраїнської науково-практичної конференції (з міжнародною участю) (м. Львів, 25 жовтня 2024 року) / уклад. В.С. Бліхар, Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2024. С. 339–343. URI: <https://ekhsuir.kspu.edu/handle/123456789/19993>
11. Сергет І.В. «Внутрішня картина» хвороби та її вплив на психологічну адаптацію до стресу під час онкологічного захворювання. *Людина віртуальна: нові горизонти: зб. наук. праць за матер. VII міжнар. наук.-практ. конф., 30 – 31 березня 2020 р.: матеріали і тези доповідей* / за заг. ред. д. філос. н. М. А. Журби. Монреаль: СРМ «ASF», 2020. С. 75–78. URI: <http://ekhsuir.kspu.edu/123456789/12143>

12. Сергет І.В. Параметри якості життя онкологічних хворих. Соціально-психологічні технології розвитку особистості: зб. наук. праць за матеріалами VI Міжнародної наук.-практ. конф. молодих вчених, аспірантів та студентів (м. Херсон, 22 квітня 2021 р.) / ред. колегія: С. І. Бабатіна, В. В. Мойсеєнко, І. І. Чиньона та ін. Херсон: ФОП Вишемирський В. С., 2021. С. 370–373. URI: <http://ekhsuir.kspu.edu/123456789/13808>
13. Сергет І.В. Формування смислової сфери особистості в контексті онкологічного захворювання: *«Соціокультурні та психологічні виміри становлення особистості»*: зб. наук. праць II Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Херсон, 26–27 вересня 2019 р.) / ред. кол.: О. Є. Блинова, Н. І. Тавровецька (відп. за вип.). Херсон: ФОП Вишемирський В. С., 2019. С. 289–291. URI: <http://ekhsuir.kspu.edu/handle/123456789/9303>
14. Сергет І.В. Методологічне обґрунтування діагностичної програми для вивчення трансформації ціннісної сфери онкологічних пацієнтів: *«Резильєнтність в умовах війни: теорія, практика та ресурси»*: зб. матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції здобувачів освіти і молодих учених (м. Тернопіль, 23 квітня 2025 р.) / за ред. Г.К.Радчук. Тернопіль: ТНПУ ім. В. Гнатюка, 2025. С.369–374. URL: http://dspace.tnpu.edu.ua/bitstream/123456789/36272/1/Konf_Rezulentnist.pdf.

ЗМІСТ

ВСТУП	16
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ТРАНСФОРМАЦІЇ ЖИТТЄВИХ ЦІННОСТЕЙ ОСІБ З ОНКОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ	27
1.1. Науково-теоретичне обґрунтування вивчення соціально- психологічних чинників трансформації життєвих цінностей онкохворих	27
1.2. Соціально-психологічні засади трансформації життєвих цінностей при онкологічному захворюванні	41
1.3. Специфіка усвідомлення та визначення життєвих цінностей у пацієнтів з онкологічними захворюваннями	63
Висновки до першого розділу	69
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО- ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ТРАНСФОРМАЦІЇ ЖИТТЄВИХ ЦІННОСТЕЙ ОНКОХВОРИХ	71
2.1 Загальна характеристика процедури проведення дослідження та дослідницької вибірки	71
2.2. Обґрунтування психодіагностичних методик та критеріїв, використаних в емпіричному дослідженні	80
2.2.1. Трансформація життєвих цінностей та сенсів у пацієнтів з онкологічним діагнозом	80
2.2.2. Діагностики ставлення до хвороби у пацієнтів з онкологічним діагнозом	86
2.2.3. Способи опанування труднощів у пацієнтів з онкологічними захворюваннями	90
2.2.4. Оцінка емоційного стану пацієнтів під час перебування у стаціонарі	94

2.2.5. Аналіз мотивації досягнення та мотивації запобігання невдач у хворих на онкологію	96
Висновки до другого розділу	97
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ТРАНСФОРМАЦІЇ ЖИТТЄВИХ ЦІННОСТЕЙ ОСІБ З ОНКОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ	99
3.1. Особливості життєвих цінностей пацієнтів з онкологічними захворюваннями	99
3.1.1. Пріоритетні термінальні та інструментальні цінності пацієнтів онкологічного диспансеру	99
3.1.2. Смислжиттєві орієнтації пацієнтів, їх зв'язок з термінальними й інструментальними цінностями	112
3.2. Чинники формування життєвих цінностей у осіб з онкологією: порівняльний аналіз	120
3.3. Ставлення до хвороби як чинник трансформації життєвих цінностей пацієнтів	138
3.4. Аналіз копінг-поведінки пацієнтів та її кореляцій із життєвими цінностями	154
3.5. Емоційно-мотиваційні особливості пацієнтів: маніфестна тривога та мотивація	168
3.6. Психологічні предиктори, що визначають сенсожиттєву орієнтованість пацієнтів: багатофакторний регресійний аналіз	170
3.7. Практичні рекомендації психологічної підтримки трансформації життєвих цінностей онкохворих	176
Висновки до третього розділу	180
ВИСНОВКИ	187
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	191
ДОДАТКИ	229

ВСТУП

Актуальність дослідження. Однією з важливих соціально-психологічних проблем сьогодення є проблема реакції людей на онкологічні хвороби. Соціально-психологічна трансформація життєвих цінностей, яка супроводжує онкологічне захворювання, має потужний вплив на психічне здоров'я хворої людини, а отже, може впливати і на результат лікування.

В останні роки були розроблені більш ефективні інноваційні методи лікування, але сучасні методи лікування не дають гарантії повного одужання. Вони у більшості випадків супроводжуються побічними ефектами: депресією, підвищеним рівнем тривожності, жалобами про страх за майбутнє, неможливості адаптації до нових вимог життя, у зв'язку з інвалідністю, викликаною важким захворюванням. Це може призводити до функціональних порушень, які посилюють страх перед хворобою і надають змогу прояву рецидиву. На думку дослідників В. Березянської, Г. Васильєвої, І. Мухаровської, В. Кияшко, Л. Ковальчук, О. Піонтковської та ін., є достатньо глибока відстань між сучасними, постійно ускладнюючими методами спеціального лікування, які спираються на наукову основу, та рівнем знань практичних лікарів про особливості психічного стану онкологічних хворих. Така відстань робить необхідним вивчення і розробку принципів психологічної реабілітації пацієнтів хворих на «рак», тому що життєві цінності, які трансформуються під час хвороби, мають потужний вплив на характер, процес, ефективність лікування, на саморегуляцію особистості, психічне здоров'я, можливості соціально-трудова реабілітації, адаптацію, а у підсумку, на тривалість життя хворої на рак людини.

Інформація про онкологічне захворювання є руйнівною для особистості і пов'язана з можливим виникненням психічної травми, ознаками якої є – тривожність, емоційний дискомфорт, жалоба на порушене суб'єктивне благополуччя, стурбованість та хвилювання, що

зумовлює кризовий чи екстремальний стан людини. Ситуацію прийняття людиною діагнозу про наявність у неї онкологічного захворювання характеризують ознаки, які суттєво відрізняються від сприйняття інших складних життєвих ситуацій. Науковці: І. Ісаєва, О. Мельниченко, І. Мухаровська, Н. Підбуцька; J. Astin, L. Barbera та ін. у своїх дослідженнях впливу на психічне здоров'я, мотивацію, загальну емоційність, почуття ідентичності особистості онкологічних хворих доводять, що переживання, на які страждає хвора на рак людина, на будь-якому етапі захворювання, а також і під час ремісії, впливають на розвиток її особистості, її трансформацію у парадигмі онкологічного захворювання та визначають якість її життя. Проблематиці прояву у онкологічних пацієнтів симптомів посттравматичного стресового розладу на тлі пролонгованого психологічного дистресу, присвячені психологічні дослідження Л. Мазур, О. Василенко, J. Hersh, B. Mullan, D. Posluszny, A. Baum. Ще на початку хвороби, з отриманням діагнозу рак, відбуваються зміни об'єктивної позиції особистості в системі сімейних, трудових, суспільних зв'язків через зміну мотивів ведучої діяльності, самосвідомості. Людина знаходиться в незвичній для себе ситуації, яка сприяє новому формуванню уявлення про своє сьогодення та про своє майбутнє, про свої очікування від життя, про свої цілі і можливості їх досягнення на тлі невиліковної хвороби. Такий стан спонукає хворого до свідомого або підсвідомого перегляду життєвих цінностей з концентрацією уваги особистості на стані свого здоров'я і може позитивно або негативно впливати на соціально-психологічну адаптацію, психічне здоров'я, почуття власної ідентичності, суб'єктивне благополуччя.

Важливим напрямком в дослідженні особистості під час онкологічної хвороби, на думку українських та зарубіжних науковців: Н. Отрощенко, Н. Поляченко, Н. Родіна, D. Barry, J. Holland, M. Hoffman, T. Raque-Bogdan та ін. є вивчення мотиваційно-поведінкових особливостей особистості, які мають безпосередній вплив на прагнення до одужання чи пасивне

ставлення до хвороби. З позиції сучасної психології, людина є динамічною функціональною системою, і трансформація життєвих цінностей під час боротьби зі смертельною хворобою пов'язана у неї з психічною адаптацією, яка включає біологічний, психологічний та соціальний рівні і спрямована на підтримку стійкої взаємодії її, як індивіда, з довкіллям, а також на результат цього процесу. Розуміння ролі та впливу хвороби на соціальне функціонування, емоційний стан, поведінку людини в умовах хвороби – це сформоване (О. Лурія) поняття ставлення до хвороби, яке для хворої людини набуває важливого адаптивного значення. Психологічний зміст «внутрішньої картини хвороби» є знання про хворобу. З боку хворого, загроза рецидиву чи прогресування хвороби характеризується впливом на психічне здоров'я, на формування копінг-стратегій під впливом стресу, підвищенням інтенсивності хвилювання, емоційним дискомфортом, катастрофічними інтерпретаціям майбутнього, у зв'язку з його невизначеністю, а це впливає на якість життя онкологічних хворих і робить актуальним дослідження соціально-психологічних чинників трансформації життєвих цінностей пацієнтів хворих на рак.

У вітчизняній психології практично відсутні дослідження, пов'язані з вивченням чинників впливу на зміну життєвих цінностей під час онкологічного захворювання. Всебічне дослідження особливостей ставлення до хвороби пацієнтів із злоякісними новоутвореннями на різних етапах захворювання є важливим для створення концепції науково обґрунтованої професійної психологічної допомоги хворим на онкологію. Необхідність вивчення механізмів, які сунуть вплив на конструктивну чи деструктивну трансформацію життєвих цінностей та допомагають чи заважають людині, хворій на рак боротися з хворобою, зберігають свою актуальність у сьогоденні.

Отже, актуальність вирішення означеної проблеми, її недостатнє теоретичне та емпіричне вивчення, а також соціальна значущість зумовили вибір теми дисертаційної роботи: **«Соціально-психологічні чинники**

трансформації життєвих цінностей осіб з онкологічними захворюваннями».

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційне дослідження виконано в межах науково-дослідної теми кафедри психології Херсонського державного університету «Соціально-психологічні виміри становлення та розвитку особистості» (№ державної реєстрації 0119U101096).

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично визначити соціально-психологічні чинники трансформації життєвих цінностей осіб з онкологічними захворюваннями.

Для досягнення мети дослідження було поставлено такі **завдання**:

1. Здійснити теоретико-методологічне аналізування підходів до вивчення проблеми трансформації життєвих цінностей осіб з онкологічними захворюваннями та визначити стан її розробки.
2. Проаналізувати та систематизувати соціально-психологічні особливості ціннісної сфери залежно від руйнівного впливу захворювання на повсякденне життя.
3. Виявити взаємозв'язки між параметрами ціннісної сфери та психологічними властивостями пацієнтів: ставленням до хвороби, провідними стратегіями подолання труднощів, емоційним станом та особливостями мотивації.
4. На основі емпіричного дослідження обґрунтувати соціально-психологічні чинники трансформації життєвих цінностей осіб з онкологічними захворюваннями.
5. На основі теоретико-методологічне аналізування підходів до вивчення проблеми та емпіричного дослідження трансформації життєвих цінностей осіб з онкологічними захворюваннями розробити практичні рекомендації.

Об'єкт дослідження: трансформація життєвих цінностей осіб з онкологічними захворюваннями.

Предмет дослідження – соціально-психологічні чинники трансформації життєвих цінностей осіб з онкологічними захворюваннями.

Теоретико-методологічну основу дослідження склали: психологічні дослідження онкологічних хворих на онкологію на різних етапах захворювання та при різних типах локалізації хвороби, у контексті соціальних та психологічних чинників супутніх течій захворювання різної локалізації хвороби (Н. Волинець, Л. Дідковська, І. Мухаровська, О. Піонтковська та ін.); особливості соціальних і психологічних чинників адаптації у пацієнтів хворих на онкологію (І. Галицька, О. Будкіна, М. Маркова, С. Смайлова, І. Єпішкіна, Т. Кривоніс, К. Лисник та ін.); психологічні особливості посттравматичного стресового розладу у осіб з діагнозом онкологічного захворювання (В. Зливков, С. Лукомська, О. Котух, С. Копилов, Л. Мазур та ін.); дослідження концепції когнітивної оцінки у хворих на «рак», особливості формування адаптивних та дезадаптивних копінг-стратегій (О. Ткачишина, Л. Ковальчук, Н. Родіна та ін.); суб'єктивне відображення онкологічної хвороби в психіці людини («внутрішня картина хвороби») (К. Лисник, О. Лісова, С. Місяк, І. Єпішкіна та ін.); специфіка визначення життєвих цінностей у пацієнтів хворих на онкологію (О. Будкіна, Н. Волинець, І. Панок, О. Рибак, А. Фурман, Л. Коберник та ін.); дослідження впливу психологічного стану онкологічних хворих на якість життя та мотивацію до одужання (І. Ісаєва, К. Левченко, О. Мельниченко, Г. Мозгова, Н. Підбуцька, Т. Петренко та ін.).

Для розв'язання поставлених завдань застосовано комплекс **методів дослідження**:

– *теоретичні*: аналізування та узагальнення наукових даних з проблеми трансформації життєвих цінностей осіб з онкологічними захворюваннями, системно-структурне аналізування, порівняння;

– *емпіричні*: клінічна бесіда, що складається з трьох блоків (клінічний, соціальний та психологічний) з заповненням анкети для з'ясування впливу суб'єктивної індивідуальної оцінки важкості впливу

онкологічної хвороби на психічний стан пацієнта; тест «Ціннісних орієнтацій» М. Рокича та опитувальник «Смисложиттєві орієнтації» для діагностики ціннісної сфери; клінічний опитувальник ТОБОЛ (типи ставлення до хвороби) для виявлення психологічних чинників, що можуть впливати на перебудову системи ціннісних орієнтацій; опитувальник способів опанування WCQ Р. Лазаруса та С. Фолкман для виявлення провідних стратегій подолання стресу та життєвих труднощів; скринінгова методика діагностики копінг-механізмів Е. Хейма) для виявлення копінгів; «Шкала маніфестної тривоги ТМАС» Дж. Тейлор для діагностики рівня особистісної тривожності; тест Т. Елерса «Мотивації досягнення успіху та уникнення невдач» для виявлення направленості мотивації. Використані інструменти розкривають когнітивні, емоційні, ціннісно-сміслові та поведінкові особливості пацієнтів.

– *статистичні*: методи математичної статистики з їх подальшою якісною інтерпретацією та змістовим узагальненням (в процесі роботи). Математико-статистичне аналізування емпіричних даних включало такі напрямки: дескриптивний аналіз (розрахунок описових статистик та квартильних значень); аналіз характеристик розподілу (критерій ексцесу та асиметрії, побудова гістограм, критерій Шапіро-Вілка); частотний аналіз поширеності певних психологічних явищ та характеристик у вибірці; порівняльний аналіз підвибірок за допомогою непараметричних методів (U-критерій Манна-Вітні, H-критерій Краскела-Волліса); аналіз лінійних зв'язків між змінними (коефіцієнт рангової кореляції Спірмена); множинний регресійний аналіз (метод примусового включення та покрокового відбору).

Організація і база дослідження: дослідження проводилось у три етапи впродовж 2019 – 2025 рр.

На *першому підготовчому етапі* визначено актуальність дослідження, проведено теоретико-методологічне аналізування наукових джерел з проблеми дослідження; побудовано загальну стратегію

дослідження; розроблено та обґрунтовано вихідні положення дослідження; сформульовано гіпотези; розроблено науковий апарат дослідження; визначено цілі, завдання, процедуру та методи емпіричного дослідження.

На *другому етапі* визначено основні емпіричні показники уявлень впливу хвороби (постановки діагнозу) на особистість хворого та особливості адаптації онкологічних пацієнтів; їх соціально-психологічні чинники та на основі результатів пілотажних досліджень здійснено вибір психодіагностичних методик для їх вимірювання; реалізовано емпіричне дослідження, яке було проведено у 2019 – 2022 рр.

На *третьому етапі* дослідження реалізовано математико-статистичну обробку отриманих емпіричних результатів, їх аналізування та психологічну інтерпретацію.

Вибіркову сукупність склали 105 осіб, з яких 73 жінки та 32 чоловіка з онкологічними захворюваннями різного типу та рівня локалізації хвороби, з різною тривалістю захворювання та на різних етапах хвороби, ($n = 105$). Засобом лікування досліджуваних було обрано променеву терапію або хіміотерапію. Вік респондентів 25 – 60 років. Усі проходили стаціонарне й амбулаторне лікування у Херсонському регіональному онкологічному центрі (КНП «Херсонський регіональний центр Херсонської обласної ради»), м.Херсон. При організації опитування були враховані загальні принципи психологічної діагностики (етичність, комплексний підхід, використання надійних та валідних інструментів) та особливості роботи із соматично хворими пацієнтами (індивідуалізований підхід, адаптація процедури опитування до умов медичного закладу, психоедукація, емоційна підтримка, гнучкість, безпечність, ресурсність).

Надійність і вірогідність результатів дослідження забезпечено методологічною обґрунтованістю вихідних теоретичних позицій, застосуванням взаємодоповнювальних методів, що відповідають меті та завданням дослідження, репрезентативністю вибірки, поєднанням

кількісних та якісних методів аналізування отриманих емпіричних даних, застосуванням методів математичної статистики.

Наукова новизна:

Вперше: теоретично та емпірично обґрунтовано особливості трансформації життєвих цінностей осіб з онкологічними захворюваннями для аналізування психологічних змін в особистості онкологічних хворих; визначено особливості ціннісної сфери хворого залежно від руйнівного впливу захворювання на повсякденне життя, а також від статі та віку пацієнтів; виявлено взаємозв'язки між параметрами ціннісної сфери та психологічними властивостями пацієнтів: ставленням до хвороби; провідними стратегіями подолання труднощів (способів опанування та копінг-стратегій); суб'єктивною індивідуальною оцінкою важкості впливу онкологічної хвороби на психічний стан; психологічними чинниками, які можуть впливати на перебудову системи ціннісних орієнтацій; емоційним станом; особливостями мотивації; рівнем особистісної тривожності; розроблено практичні рекомендації, які можуть бути застосовані для психологічної допомоги онкологічним хворим.

Отримали подальший розвиток уявлення про соціально-психологічні чинники трансформації життєвих цінностей осіб з онкологічними захворюваннями.

Уточнено визначення трансформації життєвих цінностей як багатоаспектного та багаторівневого явища, під впливом якого формується ідентичність онкологічного хворого у відповідності до цілей, місії відновлення психічного здоров'я, що сприяє якісному процесу лікування онкологічних хворих.

Теоретичне значення результатів дослідження полягає у застосуванні методології системного підходу до вивчення трансформації життєвих цінностей онкологічних хворих; визначенні розвитку уявлень співвідношення особистого сенсу хвороби та життєвих цінностей у хворих на онкологію.

Практичне значення результатів дослідження полягає у тому, що його основні положення і висновки можуть стати основою для розробки конкретних рекомендацій, які будуть застосовані у практичній психології для спрямованої корекційної роботи психолога з онкологічними хворими; для створення програми для подальшого продуктивного впливу на психічне здоров'я та процес лікування онкологічних хворих, а також для складання програм психологічної допомоги спрямованих на посилення конструктивних стратегій подолання, здатності пацієнтами зберігати віру в себе, ставити цілі й знаходити сенс життя.

Результати дослідження впроваджено у психологічній роботі Комунального некомерційного підприємства «Херсонський регіональний онкологічний центр» Херсонської обласної ради (КНП «Херсонський регіональний центр» ХОР), м. Херсон (довідка 01–4/69 від 03.03.2025 р.); в освітній процес Херсонського державного університету, м. Івано–Франківськ, Україна (довідка № 03–32/636 від 12.05.2025 р.); використовувалися у лікувальному процесі на базі стаціонарних і амбулаторних відділень Комунального підприємства «Криворізький онкологічний диспансер» Дніпропетровської обласної ради (КП «Криворізький ОД» ДОР), м. Кривий Ріг; використовувалися у лікувальному процесі на базі стаціонарних і амбулаторних відділень Комунального некомерційного підприємства «Обласний клінічний онкологічний центр Кіровоградської обласної ради» м. Кропивницький (довідка 01–07/1028 від 21.05.2025 р.); в освітній процес Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, м. Київ, Україна (довідка № 331/15.04 від 09.05.2025 р.).

Особистий внесок здобувача. Розроблені наукові положення та отримані емпіричні дані є самостійним внеском автора в розробку проблеми соціально-психологічних чинників трансформації життєвих цінностей осіб з онкологічними захворюваннями.

Апробація дослідження. Теоретичні і емпіричні результати дисертації апробовано на 9 наукових форумах, зокрема міжнародних: Міжнародна науково-практичної конференції «Соціокультурні та психологічні виміри становлення особистості» (26 – 27 вересня 2019 р., м. Херсон); IV Всеукраїнська науково-практична конференція «Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я» (м. Вінниця, 22 листопада 2019 року); VII Міжнародної науково-практичної конференції «Людина віртуальна: нові горизонти» (Монреаль: СРМ «ASF». 2021., 30 – 31 березня 2020 року); Міжнародна наукова онлайн-конференція «Одинадцяті Сіверянські соціально-психологічні читання» (Чернігів, 27 листопада 2020 року); V Міжнародна науково-практична конференція молодих вчених, аспірантів та студентів «Соціально-психологічні технології розвитку особистості» (Херсон, 14 травня 2020 року); VI Міжнародної науково-практичної конференції молодих вчених, аспірантів та студентів (м. Херсон, 22 квітня 2021 р.); III Міжнародна науково-практична конференція «Соціокультурні та психологічні виміри становлення особистості» (Херсон, 30.09. – 01.10.2021 р.); IX Всеукраїнської науково-практичної конференції (з міжнародною участю) «Психологія особистості фахівця в умовах воєнного часу та поствоєнної реабілітації» (м. Львів, 25 жовтня 2024 року); Всеукраїнська науково-практична конференція здобувачів освіти і молодих учених «Резильєнтність в умовах війни: теорія, практика та ресурси» (м. Тернопіль, 23 квітня 2025 р.).

Публікації. Основні положення та висновки дисертаційної роботи представлено у 14 публікаціях авторки, з яких 1 розділ у колективній монографії, 1 стаття у виданні, яке належить до наукометричної бази Scopus, 3 статті у фахових виданнях України з психології, 9 публікацій – у збірниках матеріалів науково-практичних конференцій та інших виданнях.

Структура та обсяг дисертації. Дисертація складається із вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел із 297 найменувань (із них 130 іноземними мовами),

7 додатки на 34 сторінках. Загальний обсяг роботи викладено на 263 сторінках, із них 164 сторінок основного тексту. Робота містить 44 таблиць та 15 рисунків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ТРАНСФОРМАЦІЇ ЖИТТЄВИХ ЦІННОСТЕЙ ОСІБ З ОНКОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

У першому розділі подано узагальнені результати теоретичного аналізу розвитку особистості на тлі онкологічного захворювання. Викладено погляди зарубіжних і вітчизняних вчених впливу наявності діагностування смертельної хвороби на життєві прагнення, рефлексивні процеси, життєві цінності, загальну емоційність, розлади адаптації, мотивацію людини. Розглянуто теоретичні конструкти особистісних особливостей сприйняття хвороби під час отримання діагнозу у період процесу лікування та на етапі реабілітації. Описано особливості порушення саморегуляції особистості; страхи; здатність пацієнтів пережити жалобу як природну реакцію на зміни, що несе за собою онкологічний діагноз; посттравматичні стресові розлади; прояви депресії; засоби адаптації; копінг-стратегії застосовувані хворими на онкологію. Теоретично розглянуті соціально-психологічні чинники трансформації життєвих цінностей під час онкологічного захворювання.

1.1. Науково-теоретичне обґрунтування вивчення соціально-психологічних чинників трансформації життєвих цінностей онкохворих

Діагностування онкологічного захворювання є психологічно важкою звісткою практично для будь-якої людини. Ще з XIX століття, така хвороба, як рак, сприймалась населенням, як смертний вирок. На той час лікарі достовірно не знали причин та засобів лікування цієї хвороби. Лише на початку XX століття стало можливим та необхідним створювати освітні програми діагностування та лікування онкології, оскільки з'явилася можливість оперативного втручання з виділенням пухлини до початку

метастазування та з'явилися показники одужання онкологічних пацієнтів у випадках раннього діагностування. З розвитком знань про злоякісну патологію постає питання про необхідність інформованості онкологічних пацієнтів про методи та можливі варіанти лікування їх важкої хвороби. Наприкінці 40-х років XX століття з'являється перша публікація дослідження професором Колумбійського університету США D. Karnovsky, (1947) статті «Клінічна оцінка хіміотерапії при раку», у якій він дає оцінку впливу хіміотерапії на фізичні аспекти якості життя неоперабельних онкологічних хворих. Фокус уваги дослідника концентрується на якості життя онкологічних пацієнтів, складовими якої є, як фізичні так і психологічні аспекти особистості. Питання психологічного впливу на процес лікування раку майже до середини 70-х років XX століття розглядається у парадигмі гуманного ставлення до людини, яке підпорядковується переконанню, що повідомляти хворому, у якого діагностували рак, про його діагноз є жорстоким та неприпустимим, бо це може вплинути на втрату надії на одужання. Отже, лікарі займають позицію зберігання таємниці про діагностування у хворої людини онкології. (Novack, Plumer, Smith, 1979). Відповідно тому, що не було єдиної думки вчених на питання про необхідність нести чи ні відповідальність онкологічному хворому за процес його лікування та одужання, питання про вплив психологічних наслідків онкологічного захворювання на подальше життя людини, починає займати один з важливіших векторів уваги у дослідженнях вчених усього світу.

Великий вклад в розвиток залучення уваги до психологічних проблем у хворих на онкологію пацієнтів робить американський психолог Е. Кублер-Росс (2016). У своїй книзі «Про смерть і вмирання», яка стала бестселером у США, вона звертає увагу на необхідність психологічної допомоги хворим, які знаходяться у термінальній стадії хвороби. Автор вважає за необхідне звертати увагу лікарів та медичних сестер на емоційний стан пацієнтів хворих на онкологію та необхідність надання

хворому прогнозу результату його лікування. На її думку, наявність об'єктивної інформації про своє захворювання допомагає людині у формуванні її адекватного відношення до хвороби і навпаки, відсутність інформації, або її обмеженість, а також уникнення питань стосовно лікування та стану хворого, підсилюють тривогу та страхи пацієнта.

Численні сучасні дослідження вчених К. Anderson (2021), W. David (2011), G. Martinez (2023), С. Holland (2010), Г. Костюка (2014), Л. ковальчук (2020) та ін., спрямовані на перенос акценту уваги, з погляду на онкологічне захворювання, як виключно медичне, на соціальне та психологічне. Роботи вчених Т. Nguyen (2024), О'Connor (2025), І. Бережної (2015), В. Зливкова (2022), С. Лукомської (2019) та ін. надають уяву про психологічний стан та особистісні особливості хворих на онкологію на різних етапах захворювання та при різних типах локалізації хвороби, у контексті соціальних та психологічних чинників супутніх течії захворювання. Результати сучасних досліджень впливу онкологічної хвороби на розвиток особистості хворого у парадигмі онкологічного захворювання дозволяють прослідковувати взаємозв'язок емоцій, центральної нервової системи й імунної системи. Спостерігаються зміни в характеристиках ціннісно-смислової сфери (життєві цінності, смисложиттєві орієнтації, базові потреби, параметри осмислення життя) (Ткаченко, 2022; Шевченко, 2021 та ін.). Важливими аспектами життя, які можуть зазнавати змін є життєві прагнення, рефлексивні процеси, загальна емоційність (Rogers, 2021; Martinez, 2023).

Деякі дослідники J. Astin (2013), J. Shapiro (2013), К. Anderson (2021) намагаються дослідити зв'язок появи онкологічної хвороби з особистими особливостями хворих. На думку Н. Отрощенко (2019), А. Шорнікова (2023) хвороба, що має вітальну загрозу, порушує цілісне сприйняття життя, впливає на розвиток особистості, змінює життєві перспективи, а особисті особливості сприйняття хвороби мають вплив на процес лікування та реабілітацію хворого. Саморегуляція особистості підпадає під

вплив травмуючої життєвої події і труднощів у подоланні конфлікту з боку психічного сприйняття людиною смертельного діагнозу, а також фізіологічних змін у роботі імунної системи (Segerstrom, 2004; Jadoon, 2010). Ряд іноземних авторів А. Mainio (2005), Н. Li (2010) виходять з того, що всі канцерогени синергічно взаємопов'язані з психологічними чинниками. У хворих на рак виявлено часте порушення здібності до виразу емоцій, що поєднується з підвищеною продукцією стероїдів і зниженням імунного захисту.

Особливим чинником для онкологічної хвороби, який впливає на психологічний стан людини, є дослідження больового синдрому, що спостерігається у більшості хворих (Литвиненко, 2018; Лукомська, 2019; Матринецький, 2018 та ін.). Науковці Л. Мазур (2018), І. Мухаровська (2017), Н. Підбуцька (2018) та ін. доводять потужний вплив на загальний стан психічного здоров'я, на особливості психологічних переживань онкологічних пацієнтів інформації про необхідність проведення оперативного втручання. Важливе значення для лікування онкології займає вивчення психогенних реакцій хворих, які є відповіддю психіки людини на стресову ситуацію. Психогенні реакції формуються в залежності від відношення хворого та його найближчого оточення до хвороби. На прояв цих реакцій впливає вік, стать, особистісна тривожність, жалоба на виникнення небезпечного захворювання, загальна емоційність, саморегуляція особистості, психічне здоров'я, відчуття власної ідентичності, а також психологічна допомога, яку отримує пацієнт (Мельник, 2023; Ющенко, Резнік 2021 та ін.).

При аналізуванні сучасних наукових праць з проблеми впливу на психічне здоров'я діагностування у людини онкологічної хвороби, виникає можливість дослідити той потужний вплив на засоби адаптації, на трансформацію цінностей і пріоритетів життя, яке створює наявність онкологічного захворювання. Вітчизняні вчені: О. Будкіна (2017), Н. Волинець (2017), Н. Максименко (2025), О. Піонтковська (2015)

звертають увагу, що за відсутності, обмеженості або уникнення інформації з питань стосовно стану хворого, у пацієнтів підсилюється особистісна тривожність, створюється внутрішній емоційний дискомфорт, виникає реактивна депресія, порушується відчуття суб'єктивного благополуччя, почуття власної ідентичності. Розвиток особистості знаходиться під впливом страху за життя на тлі смертельної хвороби. Захворювання деформує життєві і сенсові перспективи, «звужує свободу існування людини не тільки в сьогоденні, але і в перспективі майбутнього» (Кужель, 2011; Лисник, 2021).

За даними Т. Кривоніс (2019); М. Маркової (2019); І. Мухаровської (2019) найбільша кількість онкологічних пацієнтів керівну роль у лікуванні свого захворювання надають лікарю. Таким чином, надавання реальної інформації лікарем про діагноз та обговорювання з хворим планів щодо його лікування, створює у хворого відчуття, що він сам бере участь у лікуванні і у деякій мірі контролює ситуацію, а це сприяє усвідомленню хворим мотивів на одужання та формуванню відповідальності за результат лікування.

Сучасні дослідження переконують, що життя в ситуації хронічного соматичного захворювання залежить не стільки від його об'єктивної важкості, скільки від того, як людина уявляє свою хворобу і як до неї ставиться (Chen, 2022; Nguyen, 2024; Akerstedt, 2013). На думку А. Mehnert, (2021), О. Котух (2022) ситуація онкологічного захворювання має ознаки прояву емоційного дискомфорту притаманного кризовим та екстремальним ситуаціям, що одночасно створює надпотужні граничні переживання та впливає на психологічні ресурси і можливості адаптації. Н. О. Євдокимова (2016) у роботі «Особистість у кризових ситуаціях» підкреслює, що для екстремальної ситуації є відчуття надпотужного стресу, тиск зовнішніх обставин, такий, що перевищує внутрішні адаптаційні можливості людини, а для кризової ситуації характерним є наявність пролонгованого макростресу, пов'язаного з переломним етапом розвитку особистості, під

час якого втрачається суб'єктивний сенс життя, відновити який можливо лише завдяки докорінній реконструкції особистості. Згідно думки багатьох вчених, кризова та екстремальна ситуація визначається виключно внутрішнім психічним станом і може бути не помітною для оточуючих (Kissane, 2010; Bultz, 2010; Butow, 2010; Зливков, 2022). Загальним для екстремальних та кризових ситуацій є небезпека, яка впливає на саморегуляцію особистості і пов'язана з виникненням «психічної травми», на тлі якої виникає прояв порушення аутопластичної адаптації, внаслідок дисбалансу зовнішнього впливу і психічних можливостей людини (Ahlberg, 2004; Deimling, 2006). Однією з особливостей онкологічного захворювання є те, що вже на першому етапі, коли людина чує діагноз – онкологія, то сприймає ситуацію свого захворювання, як екстремальну, а не кризову. Таке сприйняття важкої хвороби створює можливість для зниження відповідальності людини за своє здоров'я і надає можливість для погіршення якості її життя (Richard, 2013; Heckl, 2013; Weis, 2013). Онкологічне захворювання, на думку багатьох вітчизняних та іноземних вчених Н. Будкіної (2017), Ю. Васильєвої (2019), І. Сергет (2021), J. Holland (2000), А. Mehnert, (2021), з моменту встановлення факту постановки діагнозу «рак», є для людини важкою психічною травмою. Потужний стрес, на тлі тривоги про своє сьогодення та своє майбутнє, стає супутником людини з першої зустрічі з онкологічною хворобою і супроводжує її надалі під час можливого оперативного втручання і важкого довготривалого лікування. У житті хворого виникає кризова ситуація, яка спонукає до зміни життєвої позиції особистості через втрату суб'єктивного сенсу життя, який пов'язаний з неможливістю досягнення попередньо запланованих цілей і, таким чином, не дає можливості реалізувати задумані життєві плани, тому що життя, у зв'язку з важкою хворобою, потребує перегляду значущості цінностей хворого (Boakye, 2022; Bowers, 2003). На думку Е. Gonzalez, (2025) ці зміни трансформують усю мотиваційну сферу людини. Дослідження динаміки особливостей мотиваційної сфери у

онкологічних хворих дозволяє проаналізувати розвиток особистості, зміну ієрархії мотивів, формування копінг-стратегій, цінностей під час важкої хвороби (Grassi, 2012; Watson, 2012). Кризовий характер зумовлює особливості психоемоційного стану хворих і складається з почуття самотності, страху, відчуженості, виникнення депресії (Kangas, 2022). На думку Ірвіна Ялома, розвиток особистої кризи онкологічного хворого під час проживання процесу хвороби, пов'язаний з формування змісту хвороби. «Психологічна криза, що раптово виникає, є втратою суб'єктивного сенсу життя, найважливіших орієнтирів і цінностей, відновлення яких неможливо без докорінної реконструкції особистості» (Ялом, 2020). Виходом з психологічної кризи, як зазначає А. Фурман (2016) є переоцінка життєвих цінностей, життєвого сенсу.

Серед досліджень психологічного стану людини в кризових умовах при онкологічних захворюваннях особливе місце посідає вивчення соціальних та психологічних чинників адаптації до хвороби та подальшого життя з діагнозом рак. При аналізуванні наукових праць з проблеми можна відзначити роботи S. Taylor (1983) з дослідження засобів адаптування до діагнозу онкологічного захворювання через процеси когнітивної адаптації (копінг-стратегії), такі як пошук сенсу у досвіді, спроби відновити контроль над життям та підвищення самооцінки. Ситуація перебування «на межі життя і смерті» змушує пацієнтів з онкологічною патологією більш уважно замислитися над своїм життям, над цінностями, які складають сенс власного життя. Найважливішим зовнішнім ресурсом, щоб упоратися з онкологічною хворобою, згідно аналізу вчених M. Antoni (2017); J. Jacobs (2017); Н. Родіна (2012); І. Скрипнікова (2017), становлять соціально-економічні умови життя, соціальна підтримка з боку рідних, друзів, медичних робітників, а також психологічна допомога онкологічним хворим та членам їх родин. Як зазначають дослідження Н. Arem, D. Duarte, B. White (2024) для хворих на рак, суттєвим чинником для соціальної і психологічної адаптації до хвороби, є не тільки безпосереднє відчуття

загрози життю під час встановлення діагнозу, але і хронічний характер цієї загрози в подальшому, а також важке, довготривале, токсичне лікування, оцінка хворим наслідків лікування, розуміння неможливості жити повноцінним життям під час лікування та під час ремісії онкологічної хвороби, індивідуальні можливості психосоціальної адаптації у нових умовах життя. На думку науковців Y. Sakamoto, A. Chen, (2024) діагноз розладу адаптації у хворих на онкологію залежить від оцінки співвідношення між: по-перше, формою, змістом та важкістю психопатологічних симптомів та їх зв'язком з прогнозом онкологічного захворювання; по-друге, з історією онкологічної хвороби, терплячим ставленням пацієнта до стресу, станом особистісної тривожності, сприйняттям хвороби, індивідуальним особливостям у преморбідному періоді; по-третє, зі стресовими подіями, відчуттям суб'єктивного благополуччя, ситуацією та життєвою кризою. Кожна людина має свій «бар'єр адаптації», а саме, кожна людина має свій рівень стійкості до стресу, що обумовлюється особистісними особливостями, захисними механізмами, адаптаційними ресурсами. Згідно досліджень Л. Литвиненко (2018), О. Петрушко (2018), С. Місяк (2016), І. Мухаровської (2016), І. Сергет (2021) зниження адаптаційних можливостей хворих на рак осіб пов'язане зі стратегіями (заперечення, уникнення, самозвинувачення), орієнтованими на уникнення стресора. На психологічний стан пацієнта впливає перманентне почуття тривоги, нав'язливі думки про загрозливі перспективи довготривалої боротьби з хворобою у майбутньому лякають хворого і це стає причиною затримки адаптації до хвороби. Такий рівень тривожності, у онкологічних хворих, супроводжується вегетативними реакціями та є болісним при відсутності навичку асимілювати емоції і пристосовуватися до них. Онкологічні хворі найчастіше звертаються до «раціональності», таким чином відкидають емоції та сублімують тривогу до активних, але не завжди потрібних дій. Оцінка хворим наслідків онкологічної хвороби грає суттєву роль у психологічній адаптації до

хвороби (Сергет, 2019). На думку М. Маркової (2019), психологічна робота з онкологічними хворими на етапі прийняття діагнозу стикається з чисельними фундаментальними труднощами, подолання яких дозволить не тільки процес адаптації до діагнозу, але і, можливо процес лікування.

Вчені Н. Leventhal (2003); D. Meyer (2003); D. Lu (2013) підкреслюють, що сприйняття хвороби та її особистий сенс визначають вибір стратегій подолання і поведінкові реакції пацієнтів. Онкологічне захворювання виступає одним із найглибших життєвих потрясінь, що суттєво впливає на особистісну структуру людини, її емоційно-вольову сферу, міжособистісні взаємини та систему життєвих цінностей. У процесі адаптації до хвороби пацієнт переживає глибоку внутрішню трансформацію, яка визначається низкою чинників. Серед таких чинників важливу роль відіграють: відношення до хвороби, її прийняття та осмислення, у значній мірі визначає ресурси адаптації, суб'єктивне благополуччя та якість життя хворого; вік пацієнта та досвід пережитих криз, зокрема старість, як період осмислення власного життєвого шляху; рівень психологічної зрілості; власна оцінка життєвих досягнень та нездійснених планів; переживання втрат і не лише фізичних (здоров'я), а й символічних (втрата соціального статусу, мрій), що часто супроводжується жалобою як психологічним процесом (Barbera, 2010; Яремчук, 2019). Онкологічне захворювання змінює психічне становище людини, примушує хворого пристосовуватися до регулярно виникаючих змін свого стану. Психологічна адаптація онкологічного хворого складається з можливості прийняти нові корективи та умови життя, які привнесла з собою хвороба. Важливим чинником успішної психологічної адаптації хворого у ситуації онкологічного захворювання є прийняття їм злоякісного характеру патологічного процесу його хвороби (Литвиненко, 2018; Мазур, 2018). Дослідники О. Кирилова (2020), Г. Костюк (2014), Т. Кривоніс (2020) вважають необхідним для конструктивної психологічної адаптації до хвороби виявлення ресурсів, на які спирається онкологічний пацієнт. Це

характеристики соціального середовища, матеріальне становище, наявність медичної допомоги, психологічного ресурсного резерву організму, а саме: оцінки стану суб'єктивного благополуччя хворого, копінг-стратегій для боротьби із захворюванням, ресурси адаптації хворого, обрані смисложиттєві орієнтації, стан тривожності та його життєстійкість. На думку українських вчених Р. Білоус (2022), Н. Отрощенко (2019), Н. Поляченко (2017) процес активного пристосування передбачає свідоме переосмислення життєвих цінностей, смисложиттєвих орієнтацій, саморегулювання поведінки людини, в основі якого стоїть суб'єктивна індивідуально-особистісна оцінка подій, що відбуваються з нею. Результати досліджень за останні роки, дають уявлення, що у хворих на онкологію пацієнтів, поширення отримали реактивні стани, які виникають у відповідь на розвиток захворювання (Boakye, 2022; Polednik, 2022; T. Deshields, 2022). Ці стани, соціальних та психологічних розладів, згідно даним епідеміологічних досліджень, проявляються у 70 – 80% випадків пацієнтів з онкологічною патологією (Shapiro, 2013). Сприйняття людиною наявності у неї діагнозу онкологічного захворювання поділяється на декілька етапів. Кожному з цих етапів притаманні належні клінічні особливості (Кривоніс, 2020). В першу чергу, це діагностичний етап, коли перед хворим постає факт підозри чи наявності онкологічної хвороби та необхідності дати свою згоду на обстеження та лікування. Цьому етапу притаманні гострі шоківі реакції та тривожно-депресивні розлади (Лукомська, 2019). Другим етапом є потрапляння на лікування у стаціонар. У хворих відбувається деяке послаблення переживань, вони потрохи намагаються адаптуватися до нової життєвої ситуації. Психологічна реакція хворого на своє становище, у цей час, формується з декількох позитивних та негативних чинників. Позитивним є початок лікування, увага лікарів та турботливе ставлення медичного персоналу, приклади одужання, про які розповідають інші пацієнти та ті, які спостерігає хворий. Негативним є важкість та ускладнення лікування, почуття самотності,

відрив від родини, а також історії, які розповідають інші пацієнти про випадки несприятливого результату лікування. Третім є передопераційний етап. Очікування операції створює високий рівень тривоги, що, в даному випадку, є нормою, тому що можливий ризик летального результату (Ciaramella, 2001; Edwards, 2004). Четвертим етапом є післяопераційний період, під час якого у свідомості хворого головне місце займає страх ускладнень, занепокоєння з приводу наслідків операційного втручання, неспроможність активної фізичної діяльності, загальна стомлюваність, очікування результатів гістологічного аналізу, яке впливає на тактику подальшого лікування (Кривоніс, 2020). П'ятим етапом є етап виписки зі стаціонару. У цей період значних психопатологічних станів не відбувається, але є випадки, коли хворі відчують високий рівень тривоги з приводу відсутності лікарняного контролю у домашніх умовах. Важливим, в цей час, для хворого є підтримка родини (Holland, 2000; Lewis, 2000; Gooen-Piels, 2003)

Онкологічне захворювання часто стає критичною життєвою подією з глибокими внутрішніми змінами, пов'язаними із переоцінкою смислів, цілей і життєвих орієнтацій. Особливо гостро це відчувається в умовах старості, коли людина стикається не лише із фізичними обмеженнями, а й із психологічним усвідомленням завершення життєвого шляху (Коллі-Шамне, 2022). У літніх пацієнтів (у період пізньої дорослості та старості) ціннісна трансформація часто має форму прийняття обмеженості часу життя, підсумування свого досвіду та спрямованості на залишення після себе спадщини – не матеріальної, а духовної. Старість, як життєвий етап, формує особливий контекст, у якому хвороба сприймається не як несподівана криза, а як частина завершення життєвого кола. Жалоба, спрямована на «втрату себе колишнього», є глибоко особистісним процесом, який впливає на структуру цінностей, висуваючи на перші позиції цінності спрямовані на духовність, прийняття, любов, потребу залишити після себе слід. (Гаврилюк, 2020; Katolyk, 2023). У молодих і

середнього віку пацієнтів трансформація цінностей часто пов'язана з переживанням жалоби за втраченою «нормальністю» життя – фізичними можливостями, кар'єрними планами, соціальними ролями. Супровідним чинником цього процесу може бути переживання жалоби як форми внутрішньої скорботи за втраченими можливостями, здоров'ям, життєвими планами (Martinez, 2023). Під час діагностування злоякісного новоутворення у людини виникає реальна смертельна загроза, руйнується звична картина безпечного світу, та її потреба жити у безпечному світі, уявлення про себе та оточуючий світ, яке склалося протягом життя. Науковці Л. Литвиненко, О. Петрушко (2018) у своєму дослідженні психологічних механізмів адаптації до онкологічних захворювань зазначають, що людина, яка хвора на онкологію, стикається з розумінням, що власне життя має кінець і це викликає у неї надсильні болісні переживання, в яких її власна картина світу розпадається, та вся її сутність відмовляється вірити, що життя такого, як було до хвороби, вже не буде. Людина відчуває емоційний дискомфорт, підвищується особистісна тривожність, з приводу розуміння можливості втрати контролю над хворобою, лікуванням, життям в цілому. Людина відчуває найпотужніший стрес, який впливає на загальну емоційність та взагалі на психічне здоров'я (Gil Moncayo, 2008; Grassi, 2013). У своїх наукових дослідженнях сучасні іноземні вчені M. Antoni (2017), L. Grassi (2013), J. Holland (2010) та вітчизніні вчені О. Кирилова (2020), Т. Кривоніс (2019), А. Шорнікова (2023) спостерігають, що загальна емоційність онкологічного хворого підпадає під вплив почуття провини та сорому, які є психологічною реакцією, пов'язаною з діагностуванням раку.

Дослідження С. Ісаєнко (2017); Т. Кривоніс (2020); С. Лукомської (2022); та ін. доводять, що ситуація онкологічного захворювання стикає людину з її ідентичністю, з екзистенційними питаннями, на які хворий шукає відповіді і, відповідно, при подоланні особистісної кризи, має змогу переоцінити та переосмислити життєві цінності. Особисто-психічний

прояв, як стан невизначеності, страх перед невідомим чи можливою фатальністю, є характерним не тільки для етапу прийняття діагнозу, але саме на цьому етапі важливе його опрацювання, яке в майбутньому може бути головним для вдалої психокорекційної або психотерапевтичної праці, яка, в свою чергу, може бути одним з найпотужніших ресурсів на шляху до одужання (Левченко, 2018).

Згідно сучасним дослідженням науковців С. Місяк (2016); І. Мухаровської (2017); G. Martinez, (2023); R. Waters (2007) роботу психолога з онкологічними пацієнтами можливо умовно поділити на три фази. На першій фазі, перед хворим постає задача прийняття факту «я – хворий». На другій фазі, після прийняття хвороби, з'являється нова ідентичність людини, яка має бажання лікуватися та контролює своє захворювання і життя на стільки на скільки їй це зрозуміло. Здобувається досвід життя при зміні життєвої ситуації. На третій фазі, хворий сприймає ситуацію онкологічного захворювання, як кризу. Змістом психологічної допомоги є забезпечення емоційної, смислової та екзистенційної підтримки хворого, зумовленої онкологічним захворюванням (Holland, 2015; William, 2015; Breitbart, 2015).

У сучасному світі, згідно інформації Міжнародного психоонкологічного суспільства (IPOS), у країнах Європи формуються національні професійні психоонкологічні суспільства, програми яких направлені на боротьбу з раком. Автори роботи дослідження виживання при діагностуванні онкологічної хвороби у Європі R. Angelis, M. Sant, M. Coleman, S. Francisci, P. Baili, (2014) підкреслюють, що психосоціальна онкологія виросла у 21 столітті і вона є базовою допомогою у деяких країнах, але у країнах, що розвиваються, вона не повністю встановлена, або взагалі не встановлена, або не є невід'ємною часткою медичної допомоги хворим на рак. Вчені вважають необхідним сконцентрувати майбутні цілі «на інтеграцію програм психосоціальної онкології у

комплексну допомогу при лікуванні раку та їх координації у рамках багатопрофільних бригад».

Нині сучасні світові університети, такі як Гарвард, університет Пенсильванії, мають великі добре організовані та фінансовані замовлення на розробку програм психологічної, соціальної та фізіологічної реабілітації онкологічних хворих (Grassi, 2012). Втрата життєвого сенсу, переоцінка життя, життєвих цінностей людиною, яка страждає на смертельну хворобу, стає предметом досліджень багатьох світових вчених (Jacobsen, 2002; Lampic, 2002; Li, 2010; Popek, 2015).

Таким чином, науково-теоретичне аналізування соціально-психологічних чинників трансформації життєвих цінностей осіб з онкологічними захворюваннями дає можливість глибше зрозуміти, які саме умови соціального середовища, міжособистісних стосунків та внутрішньої психологічної динаміки впливають на переосмислення людиною своїх пріоритетів, сенсу життя та ціннісних орієнтацій після встановлення онкологічного діагнозу. Відображує динамічні та змістовні особливості процесу адаптації до кризової життєвої ситуації, під час онкологічного захворювання, яке вимагає від особистості великого психологічного навантаження із вирішення екзистенційних питань – пошук сенсу життя та переоцінка життєвих цілей. Людина стикається з розумінням, що життя змінилося назавжди і треба пристосовуватися до нової реальності у парадигмі онкологічного захворювання, а це вимагає змін на усіх рівнях особистості. Використовуються стратегії власного досвіду переконань, досвіду соціуму, досвіду, який формується під впливом нових вимог, що створює захворювання. Виникає необхідність свідомої переоцінки власних життєвих цінностей, щоб отримати змогу створити адаптивні психологічні ресурси для подолання смертельної хвороби.

1.2. Соціально-психологічні засади трансформації життєвих цінностей при онкологічному захворюванні

Психологічний стан хворого та його особисте ставлення до свого захворювання, його психічна адаптація до хвороби завдяки впливу соціально-психологічних чинників трансформації життєвих цінностей є необхідною складовою системи психологічної регуляції стану та поведінки людини і розглядається у взаємодії змін в особистості по відношенню до хвороби, пов'язаних з когнітивною, емоційною та мотиваційно-поведінковою сферами (O'Connor, Davis, Bloom, 2025).

Хронічний стрес, який переживає людина під час онкологічного захворювання, сприяє розвитку деструктивних змін особистості. Вчені D. Stark, A. House (2000), у своєму дослідженні питання формування тривоги у онкологічних хворих, зосереджують увагу, що психіка людини запускає несвідомі захисні психологічні механізми, вибудовує відносні новому уявленню про свою ідентичність копінг-стратегії, щоб позбутися руйнівної інформації, яка виникає у зв'язку з отриманням діагнозу онкологічного захворювання. Когнітивний компонент включає до себе всі знання, роздуми, власний досвід, уявлення про свою хворобу, що склалися у хворого з інформації отриманої з різних джерел. Згідно цих даних, людина оцінює ступінь важкості свого захворювання.

Невизначеність, безнадійність, тривога є характерним чинником для онкологічного захворювання і викликає перебудову усієї ціннісної сфери людини, змінює якість її життя та створює можливу дезадаптацію особистості. Р. Лазарус (1966), працюючи над проблемою виникнення та опанування стресу, у книзі «Psychological Stress and Coping Processes» («Психологічний стрес та процес опанування його») звернув увагу на копінг-стратегії, які використовує людина, що намагається опанувати стрес та тривогу (Лазарус, 1966, с.158). Надалі Р. Лазарус та С. Фолкман визначали копінг, як постійно змінні когнітивні та поведінкові зусилля (засоби), спрямовані на подолання специфічних зовнішніх та внутрішніх

потреб, які оцінюються людиною як значні або ті, що перевищують її ресурси (Lazarus, Folkman, 1984, с.105). Методом факторного аналізу вченими було виокремлено вісім стратегій копінгів (опанування), два з яких відносяться до проблемно-орієнтованого опанування: конфронтаційний копінг та планове рішення проблеми; та шість до емоційно-орієнтованого: дистанціювання; самоконтроль; пошук соціальної підтримки; прийняття відповідальності; уникнення, відхід від проблем; позитивна переоцінка (Lazarus, Folkman, 1984, с.203). За оцінкою вчених можливо визначити п'ять важливих задач вдалого копінгу хвороби: перша задача полягає у мінімізації негативного впливу обставин та підвищення можливостей відновлення активності; друга задача полягає у терпінні, регулюванні або пристосуванні, а також перетворенні життєвих ситуацій; третя задача полягає у підтримці позитивного, образу свого «Я», впевненості у своїх силах; четвертою задачею є підтримка емоційної рівноваги, і п'ятою задачею є підтримка тісних взаємозв'язків з іншими особами (Lazarus, Folkman, 1984, с.256).

Копінг-стратегії проявляються у вигляді різноманітних стратегій протидії стресогенним чинникам або стресовим реакціям. У дослідженні особистісного потенціалу формування конструктивних копінг-стратегій З. Кіреєва (2024) до адаптивних варіантів копінг-стратегій у когнітивній сфері відносить: підвищення самоконтролю та самооцінки, віри у свої можливості. До адаптивних варіантів у емоційній сфері відносить: оптимізм, протест по відношенню до труднощів. На поведінковому рівні адаптивні варіанти копінгу проявляються у формі поведінки, яка направлена на пошук виходу та аналіз скрутною для особистості ситуації. Особливостями копінг-стратегій у хворих на рак, на думку М. Hoffman, R. Lent, T. Raque-Bogdan (2013), є використання різних копінгів для подолання важкої хвороби. Відносно адаптивні варіанти копінг-стратегій у когнітивній сфері представлені релігійністю, оцінкою труднощів, які виникли, та необхідністю надати особливий зміст їх подоланню. У

емоційній сфері відносно адаптивні копінги виглядають у емоційній розгрузці, яка виникає завдяки можливості зняти напругу емоційного реагування, якщо передати відповідальність за вирішення труднощів іншим. У поведінковій сфері відносно адаптивні копінги представлені, як форми поведінки (компенсації, конструктивність, відволікання), що надають можливість тимчасовому відходу від рішення проблем, можливо за допомогою лікарських засобів, подорожування або захопливим заняттям улюбленою справою (Данилюк, Предко, 2023). Не адаптивні варіанти копінг-механізмів у когнітивній сфері представлені у дисиміляції, ігноруванні, розгубленості, навмисній недооцінці неприємностей. У емоційній сфері не адаптивні варіанти копінгу виглядають у покірності, придушенні емоцій, самозвинуваченні, або пошуку та перекладанню вини на інших. У поведінковій сфері не адаптивні копінги представлені активним уникненням від думок про неприємне, самотність, відмовою вирішувати проблеми (Ткачишина, 2022).

З погляду сучасних вчених складниками копінгу є усі види взаємодії суб'єкта з потребами зовнішнього та внутрішнього характеру: спроби опанувати, пом'якшити, або уникнути проблемної ситуації. Подолання стресу направлене на зниження емоційних хвилювань або пошук засобів зміни зв'язків між особистістю і умовами зовнішнього середовища. Наявність смертельної хвороби, як факту, само по собі має вплив на емоційний стан людини та має змогу впливати на вибір поведінки, яка опановує стрес (Хомуленко, Крамченкова, Туркова, 2019).

Онкологічні захворювання у багатьох хворих викликають хронічний психологічний стрес із пролонгованим впливом на психічне здоров'я. Згідно дослідженням К. Левченко, Т. Петренко (2018), К. Лисник (2021), Л. Литвиненко (2018) та ін. було виявлено, що під час лікування онкологічного захворювання відбувається патологічний розвиток особистості, який має універсальний характер. Психологічна криза є супутником онкологічної хвороби і викликана критичною зміною стану

здоров'я із руйнуванням відчуття суб'єктивного благополуччя, підвищенням рівня тривожності, навантаженням на ресурси адаптації, впливом на формування мотивації та необхідних для потреби виживання нових копінг-стратегій. Вона потребує від хворого когнітивної оцінки свого нового важкого становища. Автори Е. Beckjord, N. Arora (2008); Л. Ковальчук, О. Чепурко (2017); Л. Литвиненко (2018) та ін. підкреслюють, що когнітивний компонент адаптації до онкологічної хвороби формується на підставі інформації отриманої з різних джерел, а саме: інтернет, СМІ, спілкування з іншими людьми, які стикалися з цією хворобою і мають уявлення про її малу виліковність, високий відсоток летальних випадків, важкі наслідки оперативного втручання, променеви і хіміотерапію, які пов'язані з соматичним дискомфортом.

Психологічне завдання копінгу, Н. Родіна (2012), знайти можливість як найкраще адаптувати особистість до потреб ситуації та загасити її стресовий вплив. Копінг, від простого пристосування відрізняють додаткові умови, а саме: внутрішні, які складають психологічну характеристику людини та зовнішні, які уявляють саму задачу. Ефективність та тактика лікування залежить від того, які копінг-стратегії обирає людина. Якщо хворим обираються ефективні механізми опанування хвороби, то він намагається взяти на себе відповідальність за своє лікування, а якщо людина замість того, щоб лікуватися, починає ігнорувати хворобу, проявляє агресію, роздратованість, нетерплячість, пасивність, занурення у фантазії, зловживання алкоголю або використовує інші дезадаптивні копінги, щоб знизити градус емоційної напруги, то це негативно впливає на психологічний стан пацієнта, якість його життя і процес лікування.

Згідно моделі репрезентації хвороби та лікування Х. Левенталю (Leventhal, 1980) процес саморегулювання, під час захворювання, протікає паралельно у двох напрямках, а саме: когнітивному та емоційному, і має напрям на фізичні відчуття, симптоми, настрій, емоції, впевненість у своїх силах. Ця концепція включає п'ять рівнів репрезентації хвороби:

ідентичність хвороби, тобто симптоми хвороби; причини хвороби, які можуть бути зовнішніми та внутрішніми; тимчасовий перебіг захворювання, яке може бути довготривалим, короткочасним, тимчасовим, хронічним; наслідки хвороби та лікування (Leventhal, Meyer, Nerenz, 1980) Модель саморегулювання, як зазначають М. Hoffman, R. Lent, T. Raque-Bogdan (2013), виявляє зв'язок проблемно-орієнтовних стратегій поведінки, які орієнтовані на подолання, з уявленнями про можливість контролювати хворобу, та в той же час виявлено зв'язок стратегії уникнення хвороби з хронічним протіканням хвороби, наявністю більшої кількості симптомів та значно меншим розумінням хвороби. У дослідженні стратегій подолання до онкологічного захворювання виокремлено три когнітивних конструкта, які дають змогу зрозуміти процес адаптації до тривалого стресу пов'язаного з хворобою, а саме: 1) когніції, які підкреслюють негативне значення стресору (атитюд безпорадності та безнадійності). Концепції безнадійності і безпорадності в якості негативного пояснювального стилю при зіткненні зі стресовою подією є фактором ризику зниження психологічного та фізичного благополуччя. (Лушин, 2016). Страх, який супроводжує втрату особистої безпеки, призводить до того, що людина не бажає нічого знати про своє захворювання та несвідомо захищається від нього за допомогою «витиснення» та «заперечення»; 2) когніції, які знижують негативний сенс стресової події, визнання хворим необхідності адаптуватися до хронічної хвороби. Переконавання про необхідність прийняття хвороби, визначає необхідність адаптуватися до хронічної хвороби та змогу її перенести; 3) когніції, що відображують позитивне сприйняття події, тобто зосередження уваги на позитивних наслідках ситуації хвороби, таких як зміни в життєвих пріоритетах та особистих цілях, позитивні зміни в особистості хворого та налагодження і укріплення взаємовідношень з оточуючими (Stanton, Danoff-Burg, Huggins, 2002).

Важливим чинником для конструктивного сприйняття свого захворювання є інформація, яку отримує хворий від свого лікаря. З моменту отримання онкологічного діагнозу фруструється базова потреба людини у безпеці життя. Відновлення цієї потреби є фундаментальною в когнітивних процесах хворих на онкологію. Дослідження вчених світу M. Grassi (2013), J. Holland (2010), Т. Кривоніс (2019) та ін. доводять, що відсутність об'єктивної інформації, неможливість обговорення питань стосовно хвороби та її лікування збільшують тривожність хворого та зменшують можливість сприятливого прогнозу лікування, в наслідок цього формується інтелектуальна оцінка хворим наскільки небезпечним є для нього його захворювання. Це процес, що потребує якісного когнітивного аналізу, завдяки якому народжується нова внутрішня позиція людини зі зміною основних смислових концептів в структурі особистості. Вони надають змогу асимілювати новий життєвий досвід, відновити сенс життя, змогу психологічно відновитися (Holland, Lewis, 2000).

Автори М.Маркова, І. Мухаровська, Т. Кривоніс (2019); E. Beckjord, N. Arora (2008) розглядаючи засоби адаптації хворого до онкологічного захворювання, підкреслюють, що великий відсоток хворих бажають знати більш детальну інформацію про своє захворювання, щоб мати змогу контролювати своє життя, але при цьому у них виникає суперечність між «бажанням знати» правду про свою хворобу та «страхом знати» правду, яка вирішується хворим «бажанням знати» тільки ту інформацію, яка є для нього сприятливою. Переваги хвороби, які сприймають онкологічні хворі, описуються ними як реакції в ситуації абсолютно неконтрольованої стресової життєвої події такої, як психологічні реакції, пов'язані з подоланням горя та втрати (Лисник, 2021). Позитивним є те, що функція цих переконань пов'язана зі зміною життєвих пріоритетів та особистих цілей (Petticrew, Bell, Hunter, 2002).

Психологічні захисні механізми, які використовує людина, коли стикається з психологічно важкою та одразу незрозумілою ситуацією

сучасні дослідники, зокрема С. Грабовська (2010), розподіляють на механізми психологічного захисту, як незрілі, такі, що не дають допуску інформації потрапити до свідомості і травмують особистість та зрілі, такі, що інтерпретують інформацію, яка потрапляє до особистості, «безболісним» для себе чином. Пацієнтами, хворими на онкологію, використовуються захисні механізми: витіснення, під час якого інформація про хворобу переходить із свідомого до несвідомого; регресія, тобто повернення до більш ранніх, інфантильних особистих реакцій; заперечення злого характеру захворювання; раціоналізація, коли хвора людина пояснює інформацію про хворобу так, що вона стає прийнятною; інтелектуалізація, завдяки якій здійснюється контроль над емоціями за рахунок переваження міркувань про свої емоції замість їх безпосереднього переживання (Бережна, Ткаченко, 2015; Галецька, 2005) Психологічні механізми, які використовує хворий, впливають на стан психічного здоров'я таким чином, щоб послабити емоційну напругу, знизити страх та тривогу, але саме вони заважають людині прийняти, а далі і переробити травматичну інформацію стосовно її хвороби. Дослідження М. Бондаренко (2022) особливостей психологічного стану жінок з онкопатологією надає можливість спостерігати, що у хворих присутнє придушення негативних емоцій, яке пов'язане з роботою захисних психологічних механізмів, які при довготривалому використанні стають патологічними, тому що сприяють відмові особистості від діяльності, а це, у свою чергу, впливає на вирішення ситуації, що викликає психологічний дискомфорт.

Дослідники Г. Мозгова (2024), І. Мухаровська (2016) розглядають ситуацію онкологічного захворювання з його раптовим початком, з періодом обстеження для упевненості в передбаченому діагнозі, з тривалим лікуванням, з можливим хірургічним втручанням, з втратою впевненості у наступному дні, з переоцінкою життєвого шляху та фрустрацією базової потреби в безпеці, як психічну травму пов'язану зі стресовою ситуацією, в якій опинилась людина. Науковці R. Lazarus (1966),

S. Folkman (1984) поділяють оцінку стресової ситуації на: по-перше, рівень сприйняття загрози, стресори та індивідуальні психологічні особливості. Така первинна оцінка дозволяє людині зорієнтуватися наскільки загрозовим є характер події або це ситуація змін (з боку оцінки впливу на пацієнта діагнозу «онкологічне захворювання» – це шкода чи збиток, що відображують досвід втрати у зв'язку з появою смертельної хвороби). Друге, оцінка емоційних, фізичних, когнітивних ресурсів та можливість отримання зовнішньої підтримки (у ситуації онкологічного захворювання – це загроза, що відображує шкоду чи збиток, який очікується в майбутньому). Третє, оцінка обраної стратегії подолання, її ефективність з можливою регуляцією стресорів (у контексті життя з онкологічним діагнозом – це виклик, коли оцінка ситуації дає можливість для зросту, активує потенційні ресурси особистості).

Онкологічне захворювання призводить до виникнення важких психологічних та соціальних наслідків для хворої людини. Процес, що надає людині можливість впоратися з важким захворюванням, визначається як об'єктивною оцінкою важкості захворювання, так і суб'єктивною оцінкою внутрішнього та зовнішнього рівня стресу, з урахуванням «ситуаційної оцінки контролю», за допомогою якої особистість шукає шляхи впливу на негативні події (Грабовська, 2010). Суб'єктивна сторона хвороби у різних джерелах наукової літератури вченими визначається різними термінами, такими як ауто пластична картина хвороби, ставлення до хвороби, «реакція на хворобу» (Сергет, 2020). Науковцем О. Лурія (1938) запроваджується поняття «внутрішня картина хвороби», що спирається на концепцію аутопластичної картини хвороби, яка має на увазі сукупність почуттів, переживань та уявлень усвідомлюваних хворим у зв'язку зі своєю хворобою, на підставі яких він визначає рівні картини хвороби, а саме: афективний (відчуття та переживання хворого), інтелектуальний (уявлення хворого про свою хворобу), складовими якого є «усе те, що зазнає і переживає хворий, усю

масу його почуттів, не лише локальних болісних (хворобливих), а й загальне самопочуття, його уявлення про свою хворобу, її причини, усе те, що пов'язано з приходом до лікаря, весь той внутрішній світ хворого, який складається з вельми складних рівнів сприйняття і почуттів, емоцій і травм». Вчений вважає, що з моменту, коли людина дізналася про своє захворювання, змінюється її психіка, а відповідно і поведінка (Дідковська, 2020).

Роботу О. Лурії із дослідження «внутрішньої картини хвороби» продовжено у сучасних наукових розробках, у яких до емоційного та когнітивного компоненту хвороби додано мотиваційно-поведінковий компонент, що відображує вироблення певної стратегії поведінки у зв'язку з хворобою, а саме: прийняття ролі хворого, боротьби із хворобою, ігнорування та ін., а також реакції, які сприяють адаптації чи дезадаптації до хвороби (Прокопчук, 2014).

За сучасними уявленнями, психологічне прийняття смертельно небезпечного захворювання складається з пристосувальних психологічних утворень, таких що надають змогу впоратися зі стресом, а під час розвиненого захворювання, на підставі суб'єктивного відображення хвороби в психіці людини, формується «внутрішня картина хвороби», яка дозволяє зрозуміти, яким чином особистість трансформує свої життєві цінності, «вбудовує» хворобу в своє життя, тобто адаптується до неї (Прокопчук, 2014). З «внутрішньою картиною хвороби», зі змістом особистого рівня тілесного страждання пов'язана оцінка загрози цієї хвороби для подальшого життя пацієнта (Дідковська, 2020). Від «внутрішньої картини хвороби», в якій відображені найрізноманітніші компоненти, що складають суб'єктивну картину захворювання, залежить ставлення до хвороби. Будь-яка оцінка хвороби та формування психологічного ставлення до неї пацієнта формується на підставі параметрів: вірогідність смертельного результату; вірогідність інвалідизації та хронічного перебігу хвороби; больова характеристика

хвороби; необхідність радикального або паліативного лікування; вплив хвороби на можливість підтримувати колишній рівень спілкування; соціальна значущість хвороби і традиційне ставлення до хворого з боку його мікро соціуму; вплив хвороби на сімейну та сексуальну сферу; вплив хвороби на сферу розваг та інтересів (Kirieieva, 2021; Лісова, 2002).

Чуттєвий (тілесний) компонент «внутрішньої картини хвороби» хворої на онкологію людини, представлений у вигляді відчуття фізичного дискомфорту, больових синдромів, їх інтенсивності. Іпохондрія, стурбованість станом свого тіла, відображує процес сприйняття хворим простору хвороби. Він є закономірною реакцією в ситуації захворювання, яке пов'язане з вітальною загрозою. У відсутності доступної для хворого інформації про захворювання, враховуючи непередбачуваний перебіг хвороби, будь-яка фізична симптоматика, тим більше больові відчуття сприймаються ним, як загроза його життю (Berger, Mooney, 2016).

Емоційний компонент «внутрішньої картини хвороби» онкологічного хворого містить перш за все страх смерті, болю і всіх тих різноманітних втрат і змін в житті, які тягне за собою захворювання на рак. Емоційний компонент «внутрішньої картини хвороби» містить також і інші негативні емоції: занепокоєння, тривогу, образу, гнів, почуття провини і сорому, а також емоційні стани агресії і депресії. Ці емоції і емоційні стани, як зазначають Е. Воакве, К. Поledник, Т. Дешields (2022) у своєму дослідженні емоційного стресу пацієнтів, які пережили рак у молодому і підлітковому віці, виникають у відповідь на інтелектуальну оцінку захворювання і можуть бути обумовлені окремими симптомами і захворюванням в цілому, його тривалістю і ускладненнями. Тривога і депресія, яку часто відчують онкологічні хворі, є показниками душевного болю, вони завжди підсилюють фізичний біль (Faller, Schuler, 2013).

Інтелектуальний компонент «внутрішньої картини хвороби» онкологічно хворого містить уявлення і знання про хворобу, роздуми про неї. Дослідження К. Лисник (2021) взаємозв'язку рівня страху рецидиву

раку та соціально-психологічних особливостей особистості доводить, що більшість онкологічних хворих хочуть мати інформацію про захворювання, щоб контролювати своє життя, але страх, який є супутником людини під час онкологічної хвороби, призводить до того, що пацієнти не хочуть нічого знати про це захворювання і несвідомо захищаються від нього за допомогою психологічних захисних механізмів – «заперечення» і «витіснення». Спостерігається деяке протиріччя: «бажання знати» і «страх знати», яке вирішується таким чином, що хворий «бажає знати» тільки «сприятливу» для себе інформацію. Захворювання має таку складну природу, що відрізнити «сприятливу» інформацію від «несприятливої» досить важко. На інтелектуальний компонент «внутрішньої картини хвороби» впливають установки суспільства на онкологічне захворювання і інформація про хворобу, яка отримана з різних джерел, включаючи засоби масової інформації, літературу і спілкування з іншими людьми. Завдяки цієї інформації відбувається оцінка хворим свого захворювання як небезпечного, загрозливого чи ні. Відсутність адекватної інформації створює невизначеність, яка підсилює тривогу (Родіна, 2012).

Мотиваційно-вольовий компонент внутрішньої картини онкологічної хвороби відіграє провідну роль у всій «внутрішній картині хвороби», оскільки від цього компонента залежить те, як хворий буде будувати своє життя в контексті свого захворювання: буде їм вироблена мотивація на боротьбу з хворобою або людина підкориться хворобі. Він проявляється як через несвідоме людини, так і в її усвідомленій поведінці, направленої на одужання, звільнення від страждань, відновлення фізичного та душевного здоров'я. О. Лісова (2002) у дослідженні «внутрішньої картини здоров'я» акцентує увагу, що мотиваційно-вольовий компонент «внутрішньої картини хвороби» виражається в надії і терпінні в умовах очікування позитивного результату лікування і негативного прояву хвороби і лікування. Частіше вербально виражені мотиви одужання і подолання хвороби не відповідають реальним установкам хворої на рак людини. У

сукупності, усі складники «внутрішньої картини хвороби» онкологічного хворого формують психологічні реакції людини на її хворобу, і відповідають трьом основним сферам психічної діяльності: когнітивній, емоційній, поведінковій – таким чином створюють її копінг-стратегії – адаптивні, відносно адаптивні, дезадаптивні. Адаптивні (співробітництво, альтруїзм, звернення за підтримкою), при наявності яких ставлення до хвороби представлено гармонійним, ерготичним та анозогностичними типами, завдяки яким не порушується психічна та соціальна адаптація людини. Не адаптивні, які є тривожним, іпохондричним, меланхолічним, апатичним, егоцентричним, сенситивним, дисфоричним, параноїяльним типами. Завдяки їх діям порушується соціальна адаптація, а емоційно-афективна сфера відношень проявляється в дезадаптивній поведінці (Шорніков, 2023). У хворих на рак задіяні усі параметри, що охоплюють життєдіяльність особистості і надають змогу створювати особливе, притаманне важкому захворюванню, психологічне ставлення. (Смайлова, Спішкіна, 2013).

У наукових публікаціях А. Medaris (2024), D. Posluszny (2011) з дослідження чинників, що впливають на зміст суб'єктивної картини хвороби, зазначено, що: по-перше, це обставини життя з розладом звичного засобу життя; по-друге, соціальний статус до появи хвороби; в-третє: особистісні особливості людини; четверте, сам характер захворювання (гострий чи хронічний перебіг хвороби, больовий синдром, наявність косметичних дефектів, обмеження чи збереження колишніх можливостей у діяльності, поведінці та інші). Спостерігається динаміка психологічної адаптації до стресу, пов'язаного з наявністю онкологічного захворювання, з участю чуттєвого, поведінкового, емоційного, мотиваційно-вольового і інтелектуального компонентів особистості. При цьому, разом з фізичними змінами в організмі, хвороба формує нову соціальну ситуацію розвитку, порушує утворені патерни поведінки та діяльності, руйнує соціальні зв'язки, запускає роботу психічних процесів в

напрямку осмислення ситуації що склалась, і себе у цій ситуації, чим деформує особистісну ідентичність. На початку хвороби контроль ситуації хворий передає лікарю, але щоб дійсно одужати, зовнішнього контролю недостатньо, необхідно мати внутрішній контроль, тобто власний. Це приводить хворого до необхідності обмірковувати значення хвороби, її сенс і зміст свого життя, щоб відповідно до цього жити в умовах хвороби. Це важко та незвично, а ще вимагає душевної роботи (Будкіна, Волинець, 2017). В контексті психологічної теорії відносин, проблеми впливу хвороби на особистість, трактуються як такі, де особистість є системою ставлень індивіда, і хвороба змінює особистість, як систему ставлень. У відношенні до хвороби проявляється індивідуальність, досвід особистості у актуальній життєвій ситуації, а це надає можливість зробити психологічний аналіз, який дозволяє виділити всі основні психічні феномени, у яких виявляється реакція людини на хворобу (Сергет, 2021).

Онкологічне захворювання, яке має вітальну загрозу, несе в собі велике стресове навантаження на хворого та його родичів і відноситься до важкої життєвої ситуації, та викликає потужний психологічний дистрес у кожної людини, яка отримала діагноз – онкологія (Bowers, 2003; Kissane, 2011). Дослідження J. Zabora, K. Brintzenhogen, B. Curbow, C. Hooker, S. Piantadosi (2001) із вибіркою у 4496 пацієнтів з діагнозом рак, яке розглядає питання розповсюдженості і інтенсивності психопатологічного дистресу у осіб з злоякісними новоутвореннями, має показник інтенсивності дистресу клінічно значимого рівня, а саме: 35,1% випадків. Дослідження A. Ciaramella (2001), W. Breitbart, B. Rosenfeld (2000) надають показник рівня депресії серед онкологічних хворих на тлі психопатологічного дистресу, який призводить до пролонгованого кризового психічного стану, симптоми якого, відповідно до Міжнародної класифікації хвороб, де особливе місце займають важкі захворювання, зокрема онкологічні, описані як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). У дослідженні Г. Васильєвої (2012) о психотерапевтичній

інтервенції у комплексній реабілітації онкологічних пацієнток підкреслюється, що питання психоемоційного стану під час діагностування, лікування та ремісії раку набуває важливого значення.

З погляду J. Fish (2014), F. Perez (2008), W. Pirl (2004) стрес, який отримує пацієнт під час встановлення діагнозу, його інтенсивність впливу і тривалість можуть перевищувати функціональні можливості організму протидіяти, таким чином зростає напруження механізмів центральної нервової системи. Засіб реагування на хворобу іноді може знизити, а іноді підсилити емоційний вплив стресу на організм. Водночас формується синдром розумово-емоційного (нервового) перенапруження. Такий стан не дозволяє людині одразу прийняти свій діагноз, а тому і не дає можливості продуктивної боротьби з цією важкою хворобою.

Як було визнано дослідженнями Н. Заболотних, В. Шматко (2015), О. Мельниченко, Г. Мороз (2020) особливостями дистресу осіб із злоякісними новоутвореннями є: відчуття загрози життю під час діагностування смертельно небезпечного захворювання; хронічний характер загрози життю; важке, довготривале, токсичне лікування; можлива необхідність оперативного втручання. Хворі втрачають активність, цілеспрямованість, мотивацію до боротьби за життя, психічні ресурси, установку на самореалізацію. Пацієнти витримують потужне навантаження: фізіологічне (нудота, біль, слабкість, порушенням сну), психічне (обмеження соціальних контактів, втрата соціального статусу, можлива інвалідність) та емоційне (страх рецидиву, передчуття приреченості, невизначеність майбутнього, страх смерті (Кирилова, Вострокнутов, 2020).

Клінічна картина ПТСР пацієнтів з онкологічним діагнозом, яку досліджували Т. Кривоніс (2020), Л. Мазур (2018), С. Місяк (2016) та ін., містить у собі різні ознаки впливу на психічне здоров'я. Хворі страждають від нав'язливих снів, що повторюються, про події, пов'язані з їх важкою хворобою. Вони не мають змоги говорити про своє захворювання, а зустріч

із спеціалістами, які їх лікували, викликає сльози; біль чи інші, незрозумілі людям, фізичні відчуття, які, в свою чергу, створюють у них невротичні або психосоматичні симптоми, що символізують в уявленні онкологічних хворих прояв рецидиву захворювання або появу метастаз. Пацієнти схильні до ізоляції від інших, мають бажання «все забути», не бачать життєвої перспективи. У хворих з'являються труднощі із засинанням, з зосередженням уваги, постійна роздратованість на тлі стану підвищеної тривожності про своє майбутнє.

Згідно дослідженням М. Antoni, J. Jacobs (2017) вплив на прояв депресивних розладів має стадія онкологічного захворювання. Так на діагностичному етапі переважно спостерігаються нозогенні чинники (психогенні розлади) (Будкіна, Волинець, 2017). Нозогенії (греч. Nosos – хвороба, genos – народження) під час онкологічного захворювання, а також при деяких інших важких, вітальних захворюваннях, розглядають в рамках посттравматичного стресового розладу. Нозогенії поділяються на три основні групи синдромів: невротичні, афективні та пат характерологічні, клінічний прояв яких диференцується в залежності від гіпер- або гіпонозогнозії (Коцан, 2009).

Невротичні синдроми, а саме: тривожно-фобічні та «невротичного заперечення», поділяються на гіпернозогностичні, які спостерігаються у онкологічних хворих нав'язливими думками та істероіпохондрією, або гіпонозогностичні, що мають прояв синдрому «прекрасної байдужості». Афективні синдроми, а саме: реактивні депресії, гіпоманії, які в свою чергу поділяються на: гіперогностичну – іпохондричну депресію, характерною рисою якої є тривога, безнадійність та другий варіант гіпонозогностичний – синдром «ейфорійної псевдо деменції», а саме: неадекватної оптимістичної оцінки сучасного і майбутнього (Пилягіна, 2020).

Патхарактерологічні синдроми представлені також двома варіантами: гіпернозогностичним, як надцінні ідеї (іпохондрії здоров'я) та синдромом «патологічного заперечення хвороби». Під час лікування злоякісних

новоутворень, як підкреслюють D. Lu, K. Fall (2013), D. Posluszny, A. Baum (2011) et al. є можливість розвитку афективних розладів, які визначаються динамікою хвороби та травматичністю методів медичного втручання. До нозогенії (тривоги, емоційній лабільності, депресії) додаються соматогенні чинники, а саме: пост резекційні синдроми, побічні ефекти фармакотерапії, гормональної терапії та інші (Бондаренко, 2022).

Результати досліджень ПТСР вченими D.Lu (2013), J. Johnson (2011), D. Stark, M. Kiely (2002) демонструють, що онкологічна хвороба з її важким лікуванням, операцією з можливим летальним ризиком, хіміо- та променевою терапією має хронічний характер загрози життю. Джерелом стресу онкологічних пацієнтів є відчуття втрати контролю, почуття небезпеки на тлі тривоги про загрозу своєї фізичної цілісності, почуття безпорадності. Дослідники Н. Будкіна, О. Волинець (2017) підкреслюють, що у хворих відбуваються зміни емоційно-вольової та особистісної сфери, знижується енергетичний потенціал психічних функцій, а це стає причиною соціально-психологічної дезадаптації онкологічних пацієнтів .

Ще на початку онкологічного захворювання, починаючи з отримання діагнозу рак і розуміння необхідності звернення онкологічного хворого до лікаря, відбувається зміна об'єктивної позиції особистості у системі трудових та сімейних відносин, змінюються мотиви, провідна діяльність, цінності та самосвідомість (Rand, Banno, 2016). Основою мотивації поведінки людини вважаються цінності, з яких складається переконання, світогляд, поведінка, характер, суб'єктивне благополуччя, схильності, діяльність, внутрішня картина світу, відношення особистості до оточуючого світу та той сенс власного життя, який створює для себе кожна людина (Сергет, 2022). Вивчення мотиваційно-особистих змін у хворих на рак дозволяє зрозуміти, що ці зміни формуються під дією актуального травматичного досвіду у ситуації онкологічного захворювання, коли звужені можливості активності хворого, з'являється недолік умов для розвитку особистості, змінюються ціннісні орієнтири (Лисник, 2021).

Онкологічна хвороба є екзистенційно значною в житті людини і спонукає особистість на зміну своїх цінностей, новий погляд на життя, на цінності життя взагалі. Ці зміни ціннісної структури хворого, на думку E. Gonzalez, S. Patel (2025) характеризуються мотиваційним компонентом. За оцінкою P. Butow, L. Sharpe, D. Costa (2023) у особистості хворого зміни у мотиваційно-поведінковому компоненті відношення до хвороби відбуваються з моменту виникнення захворювання та протягом усього терміну лікування. Виникають нові мотиви діяльності, які зосереджені на позбавленні від страждань, на якісному лікуванні хвороби. Ці мотиви розподіляються на більш конкретні мотиви і цілі, такі як постановка остаточного діагнозу, пошук інформації про методи лікування, збір інформації про шанси на одужання, пошук матеріальних ресурсів, можливість працездатності та інші (Прокопчук, 2014).

Згідно дослідження розвитку резильєнтності особистості О. Чиханцової та К. Гуцол (2022), мотивація до лікування має складну динамічну структуру, яка є відображенням можливості зміни своєї поведінки хворим у зв'язку з захворюванням. На думку О.А. Мельниченко, І. М. Ісаєвої, Г. А. Мороз (2020) хворий здатний змінити себе та свій життєвий світ, який зосереджений навколо хвороби та одужання, якщо хворий мотивований на лікування. Українські вчені С.Ткаченко, (2022); О. Шевченко, (2021); І.Мельник (2023) визначають структурні компоненти мотивації до лікування, а саме: ціннісна-сміслові, як мотивація діяльності на досягнення, що надає початок внутрішнім напрямкам поведінки, пов'язаним з будуванням свого життя згідно напрямку до одужання та особистих цінностей; когнітивні, які відображають особистий погляд та контроль хворого за процесом його лікування, вірою у своє одужання і можливістю подолати усі випробування; емоційні, які мають особистий сенс по відношенню до різних подій та явищ (страх про невдале лікування або надія на одужання); поведінкові, до складу яких відносяться стратегії опанування хвороби (адаптивні та дезадаптивні), ресурси людини у

боротьбі з хворобою, наполегливість у досягненні цілі. На думку Н. Отрощенко (2019) цілі та мотиви діяльності хворого відображені у його поведінці і мають вплив на його прагнення до одужання чи пасивне відношення до хвороби. Дослідження світових та вітчизняних вчених мотиваційно-особистісних змін у пацієнтів під час ситуації онкологічного захворювання доводять, що у хворих відбувається зміна ієрархії мотивів, звужуються можливості для розвитку особистості, змінюються цінності (Лукомська, 2019).

Кожен рік на планеті від раку помирає більше 8 мільйонів людей (Grassi, Watson, (2012). Психологічний стан, хворої на рак людини, впливає на якість її життя, незалежно від того на якому етапі захворювання вона знаходиться і яке лікування їй призначене (Arem, 2024; Duarte, 2024). Дослідженням європейських та американських вчених пацієнтів з онкологічною патологією, які під час та після проведення необхідного їм лікування почали психореабілітаційну терапію, дали показники поліпшення якості життя і меншу ймовірність піддатися рецидиву (Faller, Schuler, 2013). Наукові дослідження психологічного впливу на людину наявності у неї діагнозу онкологічного захворювання доводять, що високий показник шансів до одужання при плануванні лікування, має аналіз якості життя онкологічних пацієнтів (Boakye, 2022; Faller, 2013; Flechtner, 2003; Lutgendorf, 2000). Автори акцентують увагу, що в залежності від стадії хвороби, а саме, під час прогресування росту пухлинного процесу, у хворих зникає потреба в спілкуванні з оточуючим світом, а це підсвідомо створює фрустрацію базової потреби людини у спілкуванні, що у свою чергу гальмує як зовнішню, так і внутрішню обробку інформації.

Якість життя, за визначенням ООН, складається з 12 аспектів: стану здоров'я, виховання, засобів до існування, умов праці, споживання та запаси, зайнятість населення, транспорт та комунікації, одяг, житло та його будівництво, відпочинок та розваги, соціальна впевненість та особиста свобода (Grassi, Watson, 2012). Питанню якості життя, з точки зору

вивчення оцінки функціональних можливостей онкологічних пацієнтів, приділяють увагу як українські, так і іноземні науковці (Маркова, Піонтковська, Мухаровська., 2013; Ahlberg, Ekman, 2004; Flechtner, Bottomley, 2003). Вченим R. Kaplan, (1982) був введений термін «health-related quality of life», який перекладається як якість життя, зумовлена здоров'ям. Таке визначення дозволяє виділити з загальної концепції про якість життя параметри, що описують стан здоров'я людини, турботу про неї та якість медичної допомоги.

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я якість життя складається із сприйняття індивідом свого положення у житті, у контексті культури та системи, відповідно з цілями, очікуваннями, стандартами і турботами і має наступні критерії оцінки, які зумовлені здоров'ям: фізичні, які складаються з сили, енергії, втомленості, болі, відпочинку, сну, дискомфорту; психологічні, до складу яких входять позитивні емоції, мислення, вивчення, запам'ятовування, концентрація, самооцінка, зовнішній вигляд, негативні переживання; рівень незалежності, який включає до себе повсякденну активність, спроможність працювати, залежність від ліків та лікування; суспільне життя, складниками якого є особисті взаємовідносини, суспільна цінність суб'єкта, сексуальна активність; довкілля, складники якого благополуччя, безпека, побут, забезпеченість, доступність та якість соціального та медичного забезпечення, доступність інформації, можливість навчатися та підвищувати свій рівень кваліфікації, дозвілля, екологія; духовність, яка складається з релігії та особистих переконань (Holland, William, 2015).

Дослідження якості життя онкологічних хворих нерозривно пов'язане з процесом їх лікування. Довготривала, болісна боротьба з хворобою, жалоба як психологічна відповідь на втрати спричинені хворобою (втрата здоров'я, планів на майбутнє, соціального статусу, зовнішності), відсутність можливості жити звичним життям, страх нестерпних страждань перед смертю та очікування фатального фіналу

захворювання чинять тиск на психіку хворого, а це, в свою чергу, викликає зміни в особистості пацієнта та зміни у його відносинах зі світом (Сергет, 2021). Психологічний стан людини, яка уперше зіткнулася з можливою наявністю у неї онкологічної хвороби, за моделлю американського психолога Елізабет Кублер-Рос (2016), авторки концепції психологічної допомоги помираючим хворим, процес прийняття втрати складається з п'яти послідовних стадій, що відображують внутрішню динаміку трансформації: 1) заперечення або шок; 2) гнів; 3) «торгівля»; 4) депресія; 5) прийняття. Кожен із цих етапів супроводжується емоційними змінами, що прямо впливають на життєві орієнтири. Дослідниця зауважує, що ці стадії не завжди йдуть у встановленому порядку, і людина може залишитися на який-небудь стадії, або навіть може повернутися до попередньої. Алгоритм проходження стадій психологічної реакції на діагностування онкології та якості життя онкологічних хворих на різних етапах лікувального процесу досліджується у наукових роботах вітчизняних вчених К. Лисник (2021); К. Левченко (2018); І. Мухаровської (2017) та ін. Кожна зі стадій сприяє просуванню в прийнятті хвороби і наповнена різними переживаннями. Темп просування на стадіях індивідуальний. Психологічні реакції на захворювання змінюються в залежності від стадій прийняття хвороби. На кожній з них пацієнтом вирішуються свої психологічні завдання, і кожна зі стадій характеризується переважним типом реагування. На стадії шоку або заперечення спостерігається в основному анозогностичний тип реагування, який є психологічним захистом для хворого (Бондаренко, 2022). Стадія гніву, або агресії (дисфорична). Характеризується типом реагування, що звинувачує. На стадії «торгівлі» або спроби «змови» (аутосугестивна) з долею людина намагається, як би то домовитися з «Вищими силами», з Богом. Стадія депресії (депресивна) властивий депресивний, тривожний тип реагування. На стадіях агресії і депресії онкологічні пацієнти відчують сильні почуття та страждання. Тільки після проживання страждання, коли сильні

почуття проявилися і були виражені, у хворого знижується психологічна напруга. Всі реакції необхідні, так як, завдяки їм, відбувається переживання і прийняття хвороби. На стадії прийняття (апатична) формується нова ідентичність особистості: людина ідентифікує себе з «хворим», що свідчить про інтелектуальне прийняття захворювання, яке відбувається раніше, і про емоційне, наступаюче пізніше, прийняття хвороби, що дозволяє активно і відповідально лікуватися (Будкіна, Волинець, 2017). Ця ідентичність особистості хворого може зберігатися до загострення або рецидиву захворювання. При їх настанні адаптаційні механізми особистості людини починають знову працювати в пошуку нової ідентичності. Інакше кажучи, проходження стадій прийняття хвороби запускається знову. Кожній стадії притаманний свій особливий психологічний стан, який неодмінно впливає на якість життя людини (Бондаренко, 2022). Параметрами характеристики якості життя, яке пов'язано зі станом здоров'я, є особистий сенс хвороби та задоволення чи не задоволення хворим своїм емоційним станом, а також міжособистісні взаємодії, відношення у родині, економічний стан та ін.. Якість життя являє собою інтегральну характеристику фізичного, емоційного, психологічного та соціального функціонування людини, і будується на суб'єктивному сприйнятті (Lutgendorf, Anderson, 2000). Згідно сучасним дослідженням (J. Hersch, I. Juraskova, M. Price (2009)), пацієнти, які лікувалися від раку, дуже часто мають низький рівень якості життя, у зв'язку з побічними ефектами і ускладненнями, які проявляються больовим синдромом, емоційним виснаженням, протягом усього терміну лікування і мають змогу виникати через місяці та навіть роки після одужання.

Якість життя являє собою весь досвід життя людини з його цінностями, цілями, подіями, відношенням до здоров'я і хвороби. Це динамічний стан, функція, яка змінюється з часом, та залежить від виду та перебігу хвороби, процесу лікування і системи надання медичної допомоги. Результати дослідження вченими F. Ashbury, H. Findlay,

B. Reynolds (1998) 913 пацієнтів у Канаді, дало показники, що у 94% хворих на рак спостерігається наявність одного чи кілька симптомів, які погіршують якість їх життя, а саме втомленість – 78%, депресія – 59%, почуття тривоги – 77%, порушення сну – 55%. Від 22 до 99% хворих, які одужали, мають страх рецидиву та метастазування, який, в свою чергу, створює емоційні труднощі у процесі адаптації до нормального життя. З дослідження Н. Будкіної, О. Волинець (2017); І. Мухаровської (2017) та ін. вчених, встановленим фактом є, що на формування якості життя має вплив наявність у хворого тривожних та депресивних розладів, а також важливими є психосоціальні взаємозв'язки людини. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) 74,43% померлих від онкологічних захворювань мали в своєму анамнезі один чи кілька чинників ризику, таких як: паління, зловживання алкоголю, нераціональне харчування, гіподинамія, інфекції (гепатит В та ін.) (Сергет, 2021). Сучасні світові дослідження прийшли до висновку, що великий відсоток онкологічних захворювань можливо було попередити, якби по відношенню до профілактики здоров'я населення були реалізовані наступні заходи: підвищення фізичної активності, поліпшення та контроль за раціоном харчування, безпечний секс, обмеження вживання алкоголю, обмеження у палінні, контроль за вагою, контроль під час перебування на сонці, проходження звичайних аналізів скринінгу раку (Astin, Shapiro, 2013; Berger, Mooney, 2016).

Довготривала, важка хвороба з діагнозом рак потребує від людини виробити адекватну систему психологічної компенсації, без якої важко повернутися до звичного життя. Під час онкологічної хвороби, на різних етапах захворювання, формуються нові цілі, а відповідно трапляється зміна мотивів, отже відновне лікування повинне будуватися з урахуванням змін мотиваційних структур. Можливість подолання важкої життєвої ситуації виникає, коли людина приймає досвід цієї ситуації, розуміє напрямки, у якому їй потрібно рухатись, визначає цінності, які створюють сенс її життя.

Дослідження динаміки якості життя хворої на онкологію людини, вивчення того, що відбувається у її свідомості, означає вивчення об'єктивних обмежень життєвого функціонування, суб'єктивно-особистих реакцій, емоційно-афективних станів та мотиваційно-поведінкових характеристик, які виникають у зв'язку з хворобою, і це є необхідним для розуміння психологічних особливостей кожного окремого пацієнта та властивого йому реагування на хворобу, а також надає можливість вдало підібрати форму психологічної корекції. Психологу, у психокорекційній роботі з онкологічними хворими, потрібно орієнтуватися на формування у пацієнта таких цілей, які у подальшому зможуть стати мотивами, що повернуть людину до повноцінного життя, а також своєчасно коригувати цілі, які стають основою для патологічного розвитку особистості, дозволяють людині «іти у хворобу». Якість життя онкологічного хворого, поряд з іншими критеріями, визначає можливість досягнення успіху у лікуванні.

1.3. Специфіка усвідомлення та визначення життєвих цінностей у пацієнтів з онкологічними захворюваннями

Питанню «сенсу життя» присвячені наукові дослідження та філософські праці багатьох світових вчених. Своє бачення відповіді на таке важливе фундаментальне питання у своїх наукових роботах пропонують З. Фройд (1901), К. Юнг (1906), А. Адлер (1926), В. Франкл (1946). Ситуація онкологічного захворювання з його особливостями, а саме присутністю больового синдрому, загрозою виникнення рецидивів та метастаз, постає травматичною для особистості і супроводжується екзистенційним пошуком сенсу життя, який має тривожний характер, сконцентрований на особистих хвилюваннях. Дослідження Яремчука (2018) показують, що жалоба у онкологічних пацієнтів має не лише емоційний, а й ціннісно-смысловий вимір. Перебудування звичного, сформованого роками засобу життя, його ціннісних регуляторів, важкість створення зв'язку між досвідом минулого та цінностями теперішнього,

постають як необхідне завдання, як засіб пристосування до життєвої кризи, що супроводжує лікування онкологічного діагнозу. На думку В Франкла (2020), саме пошук смислу в умовах страждання дозволяє людині трансформувати власні життєві цінності у бік глибших та духовних організацій. «Життя ніколи не буває нестерпним через обставини, а лише через відсутність сенсу і мети», а «страждання певним чином перестає бути стражданням у ту мить, коли воно знаходить сенс» (Франкл, 2020). За оцінкою А. Фурмана (2016), система ціннісних орієнтацій, визначає спрямованість особистості, її переконання, вона є основою відношення людини до навколишнього світу, до себе і складає мотивацію життєвої активності та сенсу життя. Феномен «цінностей» та вплив ціннісних орієнтацій на світогляд особистості цікавить людство з давніх часів і не втрачає своєї актуальності у сьогоденні. Дослідники в галузі соціальної психології XX – XXI століття розглядають цінності як суб'єктивний феномен, який є складником структури спрямованості особистості, що зумовлює її поведінку (Бреусенко, 2000). «Ціннісні орієнтації» є похідним, найбільш широким поняттям, ніж поняття «цінності». Структурний зв'язок цінностей та ціннісних орієнтацій суб'єкта, світогляд якого є синтезом особистої психології людини та наявного соціального середовища, в якому вона перебуває, демонструє індивідуальну форму репрезентації цінностей (Рибак, 2020). Цінності, як і ціннісні орієнтації, організовані у цілісну ієрархічну систему та впорядковані за ступенем важливості, впливають на регуляцію поведінки та на діяльність індивіда у найбільш вагомих ситуаціях життя. Зміни у такій системі пов'язані зі змінами особистості загалом. Усвідомлення особистістю наявності у неї важкого смертельного захворювання впливає на трансформацію життєвих цінностей та вибір мотивації стратегій життя у зв'язку з переживанням людиною травми діагностування смертельної хвороби. «Ціннісні орієнтації» є похідним, найбільш широким поняттям, ніж поняття «цінності». Вони створюють структурний зв'язок цінностей та ціннісних орієнтацій суб'єкта, світогляд

якого є синтезом особистої психології людини та наявного соціального середовища, в якому вона перебуває, демонструючи індивідуальну форму репрезентації цінностей. Ціннісні орієнтації забезпечують стійкість та цілісність особистості, будують структуру свідомості, тактики, стратегії, види діяльності, а також впливають на контроль та організацію мотиваційної сфери індивіда, його інструментальні орієнтації та спілкування. Їх формування протікає у процесі соціалізації та соціальної адаптації і закріплюються життєвим досвідом. Вони координують вектор інтересів, прагнень людини, рівень індивідуальних домагань, які особистість формує, спираючись на оцінки, що надає собі, обставинам життя, навколишньому середовищу. (Сергет, 2019).

Дослідження С. Lampic, Е. Thurfjell, J. Bergh (2002) життєвих цінностей до та після діагнозу рака молочної залози надають дані, що хворі на онкологію пацієнтки повідомляють про потребу отримання допомоги в пошуку сенсу життя, навіть коли хворі мають больовий синдром різної локалізації. Автори досліджень якості життя онкологічних хворих Г. Мозгова (2024); І. Мухаровська (2017); К. Rand, D. Banno (2016) визначають цінності, як ідеї, цілі до яких прагне людина. На першому плані у хворої людини, постає питання взаємодії особистості і хвороби, концепції «якості життя», наявність усвідомлюваного сенсу життя та його цінності, саме це дає змогу підняти якість життя.

На думку М. Greenstein, W. Breitbart (2000) важливою психологічною проблемою у зіткненні людини з наявністю у неї онкологічного діагнозу є реакції особистості на своє захворювання. Успіх лікування залежить від обліку цих реакцій. Поряд з функціональними та органічними порушеннями перед хворим постають важкі психологічні проблеми. Виникає фрустрація основних людських потреб соціального та фізичного існування (Hersch, Juraskova, 2009). Невизначеність прогнозу у терміні і можливі реакції організму на процес лікування, порушують можливість планування життя, звужують перспективу часу, змушують хворого

поглянути на своє життя, його сенс з нової точки зору (Montgomery, Rosock, 2007). Онкологічний хворий на шляху лікування проходить крізь три етапи, кожний з яких має специфічний негативний для пацієнта нозогенний потенціал. На діагностичному етапі, який продовжується у невеликий термін часу, від постановки діагнозу до операції чи початку лікувальних заходів, особистісні реакції хворого можуть змінюватися від раціональних, з оптимістичним відношенням, з розумінням необхідності лікування, надії на подолання хвороби до гострих психогенних реакцій, які супроводжуються деструктивною симптоматикою та суб'єктивною особистісною кризою (Лисник, 2021). Така загроза життю (екзистенційна криза) несе з собою певну переоцінку життєвих цінностей. Стресогенність життєвої ситуації на тлі онкологічної хвороби, коли людина втрачає віру у можливість контролю над власним життям та віру у свободу вибору майбутнього, впливає на трансформацію ціннісних орієнтацій та мотивів для подолання важкої онкологічної хвороби у контексті уявлення сенсу власного життя, спонукає замислитися про особисту смертність (Лукомська, 2019). На думку Н. Поляченко, І. Скрипникової (2017); Н. Родіної (2012), якщо у людини достатньо розвинені психологічні механізми опанування (копінг-стратегії), достатній особистісний ресурс, то хворий починає боротьбу зі своїм важким захворюванням. Наступним є лікувально-реабілітаційний етап, до складу якого входить хірургічна операція, хіміотерапія або променева терапія. Тривалість цього етапу для хворого від 3 до 6 місяців, якщо немає рецидиву хвороби. Це період, коли, при необхідності, уже зроблено операцію та завершуються хіміотерапевтичні процедури. У цей час до нозогенних стресових чинників, таких як відсутність ясності результату лікування та загрози рецидиву хвороби, додаються нові пролонговані психосоціальні стреси. Людина повертається до повсякденного життя з інвалідністю або суттєво зниженою працездатністю, відсутністю життєвих перспектив. Формується ПТСР, пов'язаний з хворобою (Кривоніс, 2020). Третім етапом є

катамнестичний етап. Він наступає, приблизно, через 6 місяців після оперативного втручання і продовжується багато років. Людина, виснажена важким лікуванням, має невеликий психологічний та біологічний ресурс. Після боротьби з хворобою за життя з'являється відчуття відсутності фізичних та особистих ресурсів (Berger, Mooney, 2016). Під час, коли людина проживає усі етапи, які притаманні ситуації онкологічного захворювання, у неї активізуються процеси її смислової динаміки, а саме: трапляється деформація життєво-смислової перспективи, формується нова «соціальна ситуація розвитку», яка порушує сформовані раніше патерни поведінки та діяльності, включається робота психічних процесів, спрямованих на осмислення теперішньої ситуації і себе у цієї ситуації (Будкіна, Волинець, 2017). Протягом усього часу боротьби із хворобою, як вважають на позитивну динаміку по відновленню психічного стану, створенню життєвого сенсу впливають психотерапевтична допомога та психосоціальна підтримка родини.

Великим потенціалом для психологічної корекції особистості, хворої на онкологію людини, є її ціннісно-смилова сфера. Вчені І. Панок (2022); Л. Коберник (2008); І. Попович (2022); О. Рибак (2020) у своїх дослідженнях ціннісних орієнтацій вважають важливим чинником наявність зв'язку між провідним мотивом та цілями, які ставить для себе особистість у своєму житті, тобто як перетворюються цінності у мотиви і стимули для можливості впливати на створення внутрішнього психологічного обґрунтування власного існування, а саме визначення сенсу життя індивід. Сучасний етап вивчення життєвих перспектив особистості розглядається у трьох напрямках: мотиваційному, поведінковому, типологічному (Рибак, 2020). Такий підхід дає можливість визначити базові теоретичні уявлення про створення у свідомості життєвих перспектив з їх змістом, структурою, функціонуванням і таким чином визнати багатовимірний образ майбутнього, який складається з ціннісно-смилових, емоційно-оціночних, когнітивних, організаційно-діяльних

вимірів майбутнього. Дослідники структури системи ціннісних орієнтацій особистості доводять, що активна життєва позиція, вірність, цільність, надійність вибраних життєвих принципів, наполегливість у досягненні вибраних цілей, відсутність суперечності у системи ціннісної орієнтації та стійкість системи цінностей є показником автономної, зрілої особистості, і навпаки, незлагодженість особистості стає показником незрілості та маргінальної ознаки (Коберник, 2008; Сергет, 2025; Фурман, 2016).

Великий вклад у дослідження ціннісних уявлень у 60 – 70-х роках минулого століття зроблено американським психологом Мілтоном Рокичем (1973). Автор методу прямого ранжування цінностей (методика «Ціннісні орієнтації»), розрізняє у особистості три типи переконань: екзистенційні, оціночні, прогностичні. Вони об'єднані в системи, що мають ієрархічну структуру, яка змінюється у зв'язку з обставинами життя та віком. Дослідник відносить цінності до останнього типу переконань та вважає цінності як стійке переконання, що дозволяє особистості визначати сенс існування (термінальні цінності) та засоби поведінки (інструментальні цінності). Зміст спрямованості особистості визначається індивідуальним вибором цінностей (Rokeach, 1973). До термінальних цінностей належать переконання, що яка-небудь остаточна мета власного існування з особистого та суспільного погляду заслуговує того, щоби до неї прагнути, а інструментальні, як переконання в тому, що певний образ дій з особистісного та суспільного погляду є переважним в будь-яких ситуаціях. Автор зробив акцент на тому, що на відміну від інструментальних цінностей термінальні цінності мають більш стійкий характер та невелику варіативність між індивідами (Сергет, 2022). Ціннісні орієнтації, на думку вченого, забезпечують стійкість та цілісність особистості, будують структуру свідомості, тактики, стратегії, види діяльності, а також впливають на контроль та організацію мотиваційної сфери індивіда, його інструментальні орієнтації та спілкування. Їх формування протікає у

процесі соціалізації та соціальної адаптації і закріплюються життєвим досвідом.

Висновки до першого розділу

З метою реалізації першого завдання дисертаційного дослідження було здійснено теоретичне аналізування наукових джерел щодо трансформації життєвих цінностей осіб з онкологічними захворюваннями. Питання, в рамках якого ми фокусуємо увагу, розглядається у контексті особистості, яка вбудовує факт захворювання у процес всього свого життя і у свій світогляд. Процес трансформації життєвих цінностей є багатофакторним і глибоко особистісним. Важливе значення мають не лише індивідуальні риси характеру та тип реагування на хворобу, а й соціальний контекст, етап життєвого циклу (зокрема старість). Виникають умови необхідності вивчення ставлення пацієнта до хвороби для ефективної психологічної підтримки, з урахуванням аналізу обраних життєвих цінностей, на які спирається людина під час лікувально-реабілітаційного процесу, коли втрачається базова потреба у безпеці на тлі смертельного захворювання.

Порівняльний аналіз наукових джерел засвідчує, що у онкологічній практиці до сьогодення присутня проблема ефективної психологічної допомоги онкологічним пацієнтам. Психологічний механізм впливу хвороби на особистість характеризується зміною всієї системи відношень, як результат виникнення та розвитку хвороби. Ставлення до хвороби, має сутнісні властивості. Воно цілісне, активне, свідоме, вибіркове. У якості головних характеристик психологічного супроводу є його недирективність, процесуальність, пролонгованість, заглиблення у реальне повсякденне життя хворого з акцентом уваги на його життєві цінності і формування підтримуючих відношень між усіма учасниками цього процесу, на всіх етапах формування нових засобів взаємодії людини з собою та світом. Особистісні особливості, позиція стосовно захворювання й лікування,

відносини з лікарями та медичним персоналом, виступають важливими чинниками успішності лікування (стаціонарного, амбулаторного, санаторно-курортного) та реабілітації. Вчасне виявлення та корекція неадекватних реакцій на хворобу, створення реалістичних, адаптивних переконань щодо лікування, сприяє не тільки поліпшенню загального психофізіологічного стану пацієнтів, але й профілактиці рецидивів захворювання.

Не випадково багато фахівців (вчені і практики) висловлюють обґрунтовану думку, що не тільки успіх лікування, але і соціально-психологічна реабілітація з урахуванням стану зміни в ієрархії життєвих цінностей, пріоритетів, зміни цілей на майбутнє, повернення до повноцінного життя в сім'ї та суспільстві багато в чому залежить від психічного стану хворої людини, від її ставлення до хвороби і активної особистісної позиції, спрямованої на боротьбу з недугою.

За результатами теоретичного аналізування нами були визначені соціально-психологічні чинники трансформації життєвих цінностей під час онкологічного захворювання, а саме: індивідуальні психогенні реакції, на прояв яких впливає вік, стать, особистісна тривожність, загальна емоційність, саморегуляція особистості, психічне здоров'я, відчуття власної ідентичності; інформація, яку отримує хворий від свого лікаря стосовно течії і процесу лікування хвороби; інформація про необхідність проведення оперативного втручання; наявність больового синдрому; психологічні захисні механізми; адаптивні та неадаптивні копінг-стратегії; соціальні та психологічні чинники адаптації; «внутрішня картина хвороби»; рівень стресу, спричинений онкологічним захворюванням; мотивація до одужання; соціально-економічні умови життя, соціальна підтримка з боку рідних, друзів, медичних робітників, а також психологічна допомога, яку отримує пацієнт.

Зміст першого розділу дисертації висвітлено у таких публікаціях авторки: [130; 131; 133; 134; 136; 137; 138].

РОЗДІЛ 2

МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ТРАНСФОРМАЦІЇ ЖИТТЄВИХ ЦІННОСТЕЙ ОНКОХВОРИХ

2.1. Загальна характеристика процедури проведення дослідження та дослідницької вибірки

Емпіричне дослідження було спрямоване на вирішення кількох пов'язаних між собою дослідницьких задач:

- а) з'ясувати та описати особливості трансформації життєвих цінностей осіб із онкологічними захворюваннями;
- б) визначити особливості ціннісної сфери у осіб різного віку та статі;
- в) виявити взаємозв'язки між параметрами ціннісної сфери та іншими психологічними властивостями пацієнтів: ставленням до хвороби, провідними стратегіями подолання труднощів, емоційним станом та особливостями мотивації.

Науково-методологічна основа. Ситуація хронічного захворювання, на відміну від гострої хвороби, має ряд психологічних особливостей, які потрібно враховувати в психологічному супроводі онкологічних пацієнтів. Передусім, це неможливість швидкого остаточного одужання, необхідність тривалого й дорого вартісного лікування, що супроводжується болісними процедурами (можливе операційне втручання), а також високий ризик рецидивів захворювання.

У такій ситуації виділяють дві стратегії поведінки – пасивну та активну. Пацієнт повинен усвідомити зміну життєвих обставин та спробувати активно долати труднощі за допомогою нового, пристосованого до захворювання способу життя. Проте багато пацієнтів реагують на необхідність «жити разом із хворобою» і зміни власного психосоціального функціонування різними патологічними розладами, серед яких поширені симптоми дистресу, страхи, депресія, втома та відмова від лікування (Por et al., 2016). Реакції і поведінка хворого часто суперечать тому, що очікують

від нього навколишні (родина, лікарі, медичний персонал), а також тому, що він сам очікує від себе.

Для підтримки активних зусиль пацієнтів стосовно вирішення проблем, пов'язаних з хворобою, доцільно: адекватно оцінювати неприємні події та пристосовуватися до них, пом'якшувати шкідливі впливи середовища, підтримувати власний позитивний образ та віру в одужання, зберігати емоційну рівновагу, підтримувати спокійні доброзичливі стосунки з навколишніми. Це можливо в тому випадку, якщо хворий вчасно отримує та засвоює необхідну інформацію про поставлений діагноз; зосереджує свої зусилля на боротьбі із хворобою; розуміє необхідність тривалого перебування у лікарні, можливість невдач та ускладнень; знаходить дієву та емоційну підтримку у фахівців, членів родини та інших пацієнтів; набуває навичок самообслуговування у певні моменти хвороби, уникаючи залежності від інших; ставить перед собою нові цілі, пов'язані із наявністю хвороби, і намагається поетапно їх досягати (Мухаровська, 2017).

У процесі роботи ми спиралися, передусім, на *екзистенційно-персонологічний підхід* (Р. Мей, В. Франкл, С. Мадді, І. Ялом, Г. О. Балл, Г. В. Чуйко та ін.), сфокусований на опрацюванні складнощів та переживань особистості, які заважають їй набути контакту із навколишнім середовищем та самою собою. При цьому метою психотерапевтичної і консультативної роботи є допомога пацієнту в осмисленні власного життя, усвідомленні актуальної системи життєвих цінностей з прийняттям повної відповідальності за зроблений життєвий вибір. Зокрема, в ситуації онкологічного захворювання переоцінка цінностей та переорієнтація сенсів хворого покращують його адаптацію до реальності. Осмислена перебудова цілісної системи ціннісних орієнтацій у новій ситуації існування допомагає запобігти фіксації негативних установок, подолати почуття безвиході, безпомічності перед загрозами діагнозу; формувати позитивну перспективу лікування; підвищити кризову та фрустраційну толерантність, а також

спряє особистісному зростанню пацієнтів. В процесі дослідження також були реалізовані принципи *гуманістичної клієнт-центрованої психотерапії* (К. Роджерс, Дж. Бьюдженталь, А. Маслоу, Н. Раскін) щодо створення безпечної атмосфери як передумови до сприйняття, прийняття і зміни несумісних раніше почуттів, бажань і потреб пацієнта. Звернення до вищих цінностей, духовних аспектів існування людини допомагає запобігати (або долати) екзистенційну фрустрацію та досягнути сенс власного існування. Підтримка почуття власної цінності допомагає віднайти та мобілізувати соматичні й психологічні ресурси пацієнта, необхідні для тривалого лікування та реабілітації. Передусім, це відновлення та зміцнення віри в себе. Віра в одужання й виникнення позитивної перспективи майбутнього невіддільні одна від одної, та звернені до «здорової» частини особистості (Breitbart, 2017).

Основні механізми проведеної роботи доцільно розглядати відповідно до трьох найважливіших планів функціонування людини: емоційний (коригуючий емоційний досвід), когнітивний (самопізнання, формування та корекція установок) і поведінковий (набуття досвіду і подолання труднощів).

Вибірка. Вибіркову сукупність склали 105 осіб, з яких 73 жінки та 32 чоловіка з онкологічними захворюваннями різного типу та рівня локалізації хвороби, з різною тривалістю захворювання та на різних етапах хвороби, ($n = 105$). Засобом лікування досліджуваних було обрано променеву терапію або хіміотерапію. Вік респондентів 25 – 60 років. Усі проходили стаціонарне й амбулаторне лікування у Херсонському регіональному онкологічному центрі (КНП «Херсонський регіональний центр Херсонської обласної ради»), м. Херсон. Засобом лікування досліджуваних було обрано променеву терапію або хіміотерапію.

Діагностичні інструменти. На початку роботи пацієнти заповняли коротку анкету, у якій вказували анамнез захворювання (діагноз, тривалість та етап, хвороби засіб лікування) та основні соціально-демографічні

маркери: стать, вік, освіту, сімейний стан, професійний та економічний статус. Для вивчення психологічних особливостей онкологічних пацієнтів нами було використано набір психодіагностичних методик. Для діагностики ціннісної сфери осіб з онкологічними захворюваннями було використано Методику вивчення ціннісних орієнтацій М. Рокича та опитувальник «Смисложиттєві орієнтації». Психологічні параметри, що вимірювались у дослідженні, викладено у табл. 2.1, в наступному підрозділі детально описані інструменти та спосіб їх використання.

Таблиця 2.1

Діагностичні інструменти та виміряні параметри

Аспект	Психодіагностичні інструменти	Параметри, що вимірювались
Цінності та сенси пацієнтів	Методика вивчення ціннісних орієнтацій М. Рокича	Рангові позиції 18 термінальних цінностей Рангові позиції 18 інструментальних цінностей
	Опитувальник смисложиттєвих орієнтацій (СЖО)	Цілі у житті (майбутнє) Процес життя (теперішнє) Результативність життя (минуле) Внутрішній локус контролю Загал. показник осмисленості життя
	Діагностична бесіда	Трансформація життєвих цінностей після постановки діагнозу
Когнітивна складова	Клінічний опитувальник ТОБОЛ	Вираженість 12 типів ставлення до хвороби: гармонійний, ергопатичний, анозогнозичний, тривожний, іпохондричний, сенситивний, неврастенічний, апатичний, меланхолійний, егоцентричний, паранояльний, дисфоричний.
	Діагностична бесіда, анкетування	Негативний вплив хвороби на повсякденне життя людини
Емоційно-мотиваційна складова	Шкалу маніфестної тривоги Дж. Тейлор	Особистісна тривожність Контрольна шкала (нещирість, демонстративність відповідей)
	Опитувальники мотивації Т. Елерса	Мотивація досягнення успіху Мотивація уникнення невдачі
Поведінкова складова	Опитувальник способів опанування	8 вимірів: конфронтаційний копінг, дистанціювання, пошук соціальної

	WCQ	підтримки, самоконтроль, втеча-уникнення, планування рішення, прийняття відповідальності, позитивна переоцінка. Загальна напруженість копіngu
	Скринінгова методика діагностики копінг-механізмів Е. Хейма	Вимір провідних копінгів в трьох сферах реагування (номінативні дані)

Початку дослідження передувала **клініко-психологічна бесіда**, сфокусована на вивченні соціально-психологічної ситуації, у якій опинилася хвора людина, а також дослідження її думок та переконань щодо трансформації власних життєвих цінностей під час онкологічного захворювання. В основу клініко-психологічної бесіди покладені дані з наукової літератури, а також власний досвід психодіагностичної та психокорекційної роботи з онкологічно хворими пацієнтами. Структура клінічної бесіди складала три блоки: клінічний, соціальний, психологічний.

Бесіда тривала від 30 до 60 хвилин, залежно від фізичного та психічного стану пацієнта.

Бесіда складалася з таким етапів:

1. Встановлення контакту. Представлення психолога, пояснення мети бесіди. З'ясування емоційного стану пацієнта на даний момент. Забезпечення безпечного простору для розмови.

2. Анамнез життєвих цінностей до постановки діагнозу.

Як ви жили до хвороби? Які життєві цілі та пріоритети були у вас? Що було найважливішим у житті?

3. Реакція на діагноз та його вплив на систему цінностей.

Як ви сприйняли діагноз? Які почуття переважали? Чи змінилося ваше ставлення до власного життя, здоров'я, часу, сім'ї, стосунків, роботи?

Які аспекти життя стали для вас більш або менш важливими?

4. Поточні цінності та життєві орієнтири

Які цінності стали для вас головними зараз? Як ви бачите майбутнє?

5. Стратегії адаптації та пошук ресурсів

Що допомагає вам справлятися з труднощами?

Чи змінилися ваші джерела підтримки (сім'я, колеги, друзі, релігія)?

Які нові смисли або цілі з'явилися у вашому житті?

6. Підсумки та завершення. Фіксація основних змін у цінностях та їх впливу на поточне життя пацієнта. Надання підтримки, пропозиція подальшої роботи (за потреби). Відкрите питання: «Що ще важливо для вас у цьому контексті?»

В процесі бесіди частково реалізуються наскрізні задачі психологічного супроводу пацієнтів онкологічного диспансеру: надання і отримання інформації, поліпшення само розуміння, вихід із кризових станів, сприяння адаптації до перебування в медичному закладі, корекція неадаптивних способів реагування на хворобу та її лікування, накопичення позитивного досвіду, зміцнення віри хворого на одужання, зниження емоційного напруження та полегшення виходу емоцій, зменшення страху під час обговорення фізіологічних, психологічних, соціальних та екзистенційних проблем, спричинених хворобою.

У підсумковій частині бесіди пацієнти запрошувались до участі в науковому дослідженні та давали інформовану згоду на проведення письмового опитування. При зацікавленості пацієнта у продовженні роботи він/вона отримували бланки методик для психологічної діагностики цінностей: опитувальник смисложиттєвих орієнтацій, списки термінальних та інструментальних цінностей М. Рокича.

Організація збору даних. Збір емпіричних даних відбувався впродовж травня 2021 – січня 2022 рр. Вся робота відбувалася у стаціонарних умовах медичного закладу – Комунального некомерційного підприємства Херсонський регіональний онкологічний центр Херсонської обласної ради (КНП «Херсонський регіональний онкологічний центр» ХОР). Пацієнти отримували письмові бланки та інструкції до них, які вони заповнювали самостійно або за неможливості самостійного заповнення за

фізичним станом здоров'я, заповнення здійснювалося психологом під час перебування в палаті або процедурних кабінетах, або в кабінеті психолога. Тривалість опитування залежала від фізичного стану пацієнта та складала від 3 годин до 2 – 3 днів.

При організації письмового опитування були враховані як загальні принципи психологічної діагностики (п. 1 – 3), так і особливості роботи із соматична хворими пацієнтами (п. 4 – 8) (Holland, Rowland, 1989):

1. *Етичність*. Дотримання етичних норм психологічної допомоги (конфіденційність, інформована згода).

2. *Психометрична валідність та надійність*. Використання науково обґрунтованих методик, спрямованих на оцінку життєвих цінностей, ставлення до хвороби та інших психологічних особливостей.

3. *Комплексний підхід*. Поєднання кількісних (опитувальники, шкали) та якісних методів (інтерв'ю, проективні методики, спостереження).

4. *Індивідуалізований підхід*. Використання методів, адаптованих до когнітивного та емоційного стану пацієнтів; врахування стадії хвороби, прогнозу, типу лікування та особистісних характеристик пацієнта.

5. *Адаптація процедури* опитування до умов медичного закладу, співпраця із лікарями та медичним персоналом.

6. *Психоедукація та підтримка*. Надання необхідної психологічної інформації щодо діагнозу та лікування для поліпшення адаптації пацієнтів.

7. *Емпатія*. Забезпечення підтримуючої приймаючої атмосфери.

8. *Гнучкість*. Врахування «внутрішньої картини хвороби» та захисних механізмів хворого, пов'язаних з мотивацією до лікування, поведінкою під час лікування.

9. *Безпечність*. Забезпечення можливості вербалізації негативних, складних переживань та уявлень хворого.

10. *Ресурсність*. Включення ресурсно-орієнтованих технік у діагностичний процес.

Математично-статистичні критерії та методи аналізу даних

Після первинної обробки результатів було проведено математико-статистичне аналізування емпіричних даних за такими напрямками:

- дескриптивний аналіз: розрахунок описових статистик, зокрема центральних тенденцій (середнє, довірчий інтервал середнього, мода, медіана) та мір варіативності змінних (мінімальне і максимальне значення, стандартне відхилення); розрахунок кватильних значень;
- частотний аналіз отриманих результатів;
- аналіз характеристик розподілу кількісних змінних у вибірці (критерій ексцесу та асиметрії, аналіз гістограм розподілу, критерій Шапіро-Вілکا);
- порівняльний аналіз відмінностей розподілу ознак у підвибірках різної статі та віку за допомогою непараметричних методів (U-критерій Манна-Вітні, який дозволяє оцінити відмінності між групами за ранговими даними);
- кореляційний аналіз: для вивчення зв'язків між кількісними змінними використовували коефіцієнт рангової кореляції Спірмена;
- множинний регресійний аналіз для уточнення соціально-психологічних чинників трансформації життєвих цінностей.

В процесі порівняльного аналізу вибірка була розділена на дві вікові групи (до та після 45 років), що обґрунтовується динамікою формування життєвих цінностей. Згідно з деякими концепціями особистісного розвитку (Е. Еріксона, Д. Левінсона, Ш. Шварца та ін.), система цінностей людини проходить кілька етапів становлення. При цьому молодий вік вважається періодом активного пошуку смислів, самовизначення та самореалізації особистості. В цей період система життєвих цінностей може змінюватися під впливом чисельних соціальних, особистісних та професійних факторів. У середньому віці (після 45 років) настає період стабілізації системи цінностей, вже перевіреної попереднім життєвим досвідом. Особистість має досить сталі уявлення про власні цінності та пріоритети, які важко піддаються трансформації внаслідок зовнішніх впливів.

Сучасні дослідження вказують на необхідність переосмислення психологічних особливостей середнього віку (з 44–45 до 59–60 років) як ключового життєвого періоду «з безпрецедентними можливостями та викликами», що передбачає зосередження уваги на балансуванні здобутків та втрат, зміну способу життя, поєднання життєвих перспектив і ретроспектив, встановлення зв'язку між поколіннями. Крім того, посилення особистісної відповідальності та перевантаження виконанням різних соціальних ролей відбувається в контексті змін психічного, фізичного та когнітивного здоров'я, в результаті чого багатьом особам середнього віку доводиться відсувати власні потреби у сфері здоров'я та дозвілля на другий план (Infurna et al., 2020).

Отже, вік виступає важливим чинником трансформації цінностей під впливом онкологічного діагнозу, що впливає на сприйняття хвороби та відповідні стратегії адаптації. Ми передбачаємо, що пацієнти до 45 років можуть активно переглядати власні пріоритети, оскільки знаходяться у фазі формування системи ціннісних орієнтирів. Тому онкологічний діагноз може стати тригером кардинальних змін у життєвих планах та цінностях. Після 45 років, коли провідні цінності вже сформовані, хвороба може змінити лише акценти (наприклад, з професійних до духовних пріоритетів). Для перевірки цього припущення ми порівняли системи цінностей у різних вікових групах.

За якісним критерієм впливу хвороби на повсякденне життя було виокремлено чотири категорії (групи) пацієнтів, стосовно яких проведено порівняльний аналіз даних; використано Н-критерій Краскела-Волліса. Такий порівняльний аналіз є квазіекспериментальним дослідженням. Він доречний у випадках, коли проведення класичного експерименту неможливе або недоречне з етичних міркувань (наприклад, наявність хвороби). Порівняльний аналіз груп, які розрізняються за певним критерієм, дозволяє з'ясувати причинно-наслідкові зв'язки у вибірці. В даному випадку незалежною змінною (чинником впливу) виступає міра, у

якій захворювання заважає повноцінному життю пацієнтів, а залежними змінними – обрані позиції термінальних та інструментальних цінностей. Додаткова перевага методу порівняння кількох груп полягає у можливості виявити складні, нелінійні зв'язки між вимірними показниками.

Результати проведеного кореляційного аналізу допомогли сформулювати припущення про центральне місце смисложиттєвих орієнтацій в трансформації життєвих цінностей онкологічно хворих осіб. Множинний регресійний аналіз дозволив передбачити особливості прояву смисложиттєвої орієнтованості в залежності від соціальних та психологічних характеристик пацієнтів. Лінійна регресія використовується для дослідження взаємозв'язку між залежною змінною та кількома незалежними змінними (предикторами), а також для прогнозування значень залежної змінної на основі відомих значень предикторів. Цей метод допомагає не лише оцінити силу та напрямок зв'язків між змінними, а й виявити значущі чинники впливу та зрозуміти структуру даних.

Математична обробка даних та графічна презентація результатів здійснювалися за допомогою програмного забезпечення Microsoft Excel, SPSS та jamovi (2022, version 2.3).

2.2. Обґрунтування психодіагностичних методик та критеріїв, використаних в емпіричному дослідженні

2.2.1. Трансформація життєвих цінностей та сенсів у пацієнтів з онкологічним діагнозом

Для вивчення ціннісної сфери осіб з онкологічними захворюваннями були використані два інструменти, що базуються на різних теоретичних та методологічних засадах.

Методика вивчення цінностей М. Рокича (RVS: Rokeach Value Survey), розроблена в 1973 р., базується на авторській моделі життєвих цінностей і наразі є одним з найбільш відомих у світі, класичних

інструментів для аналізу ціннісної сфери особистості. Вона дозволяє дослідити ціннісні орієнтири особистості, які є основою її ставлення до себе, до інших людей та навколишнього світу, створюють сенс життєвої концепції та виступають центром мотивації.

М. Рокич визначав цінність як різновид стійкого переконання, що певна мета або конкретний спосіб існування є для людини більш бажаним та має перевагу над іншими. На думку вченого, загальна кількість цінностей порівняно невелика – усім індивідам різною мірою притаманні одні й ті самі (загальнолюдські) цінності, організовані в певні системи. При цьому вплив цінностей відчутний практично в усіх соціальних і психологічних феноменах, які заслуговують вивчення. Цінності продукують стандарти, які регламентують дії індивіда, обґрунтовують оцінки чужих думок та дій. Це ключовий компонент цілісної системи переконань, вірувань, установок і самооцінок, які разом утворюють особистість (Rokeach, 1973).

Дослідник запропонував розрізняти два класи цінностей: термінальні (від лат. *terminalis* – кінцевий, завершальний) та інструментальні (від лат. *instrumentalis* – знаряддєвий). *Термінальні цінності* включають переконання у тому, що певна мета індивідуального існування (до прикладу, свобода, пізнання, матеріальна забезпеченість або щасливе сімейне життя) з особистої та суспільної точок зору варта того, аби до неї прагнути. Іншими словами, це бажане існування та кінцевий стан (End-States), яких людина хотіла б досягти протягом свого життя. *Інструментальні цінності* включають переконання у тому, що певний спосіб дій та засоби досягнення бажаного (до прикладу, чесність, чуйність, вихованість або раціоналізм) з особистої та суспільної точок зору є кращими у будь-яких ситуаціях. Іншими словами – це переважні моделі поведінки та засоби досягнення кінцевих цілей. Термінальні та інструментальні цінності можуть відрізнятися в різних культурах та в різних суспільних групуваннях (Rokeach, 1973).

На думку М. Рокича, кожна засвоєна та прийнята людиною цінність є частиною організованої індивідуальної системи орієнтацій, яка визначає загальні стратегії ухвалення рішень й вирішення конфліктів. Два типи цінностей представляють окремі, але функціонально взаємопов'язані системи, в яких усі цінності, що стосуються бажаних моделей поведінки, виступають інструментами для досягнення усіх цінностей, які стосуються бажаних цілей і кінцевих станів. Один спосіб дій може бути сприятливим для реалізації кількох термінальних цінностей так само, як декілька засобів можуть бути важливими для досягнення однієї кінцевої мети (Rokeach, 1973).

Для вимірювання індивідуальної системи ціннісних орієнтацій важливо, що: а) цінності є усвідомленими переконаннями, отже можуть бути актуалізовані через пряме запитання стосовно того, які цінності людина поділяє і вважає важливими; б) вони утворюють ієрархічну систему, тому їх можливо вимірювати одну відносно іншої.

Rokeach Value Survey містить список із 36 цінностей, котрі досліджувана особа має проранжувати – вистроїти їх у порядку важливості як орієнтиру та принципу власного життя, від найбільш важливої до найменш важливої. Групу термінальних цінностей утворюють 18 життєво важливих цілей, сфокусованих: а) на соціумі (рівність, сімейна безпека, свобода, зріла любов, національна безпека, соціальне визнання, справжня дружба, світ краси тощо); б) на індивіді (комфортне життя, захоплююче життя, почуття досягнутого, внутрішня гармонія, задоволення, самоповага, мудрість тощо). Інструментальні цінності об'єднали 18 способів дій та особистісних властивостей, сфокусованих: а) на моралі й відносинах (чесний, люблячий, життєрадісний, слухняний, ввічливий, надійний тощо); б) на компетентності (амбітний, умілий, охайний, сміливий, раціональний, незалежний, тощо).

Досліджуваному пропонуються два бланки із списками цінностей в алфавітному порядку. Спочатку він працює зі списком термінальних

цінностей та присвоює кожній цінності ранговий номер – найбільш значуща цінність розташовується на першому місці, далі друга, третя, на останньому місці розташовується найбільш незначуща та неважлива цінність. Потім за таким же алгоритмом треба ранжувати інструментальні цінності. При аналізі індивідуальної системи цінностей необхідно вловити індивідуальну закономірність – звернути увагу на їх ієрархію, групування у змістовні блоки, відповідність цілей та засобів. Якщо не можливо виявити жодної закономірності, можна припустити недостатню сформованість системи цінностей або нещирість відповідей опитаного.

Методика була опублікована в СРСР в 1974 р. у перекладі Л. Гоштаутаса, Н. Семенова та В. Ядова, при цьому цінності оригінального списку (exciting life, comfortable life, self-respect, salvation; broad-mindedness, forgiveness, intellect тощо) були змінені, ймовірно через невідповідність «радянській» ментальності. В наступні роки дослідники пропонували різні модифікації методики, змінюючи інструкції, список цінностей та критерії оцінювання відповідно до власних дослідницьких задач. У сучасній Україні методика рекомендована до використання фахівцями Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України (Соловйова, 2020), хоча й відзначається необхідність її належної адаптації до соціально-демографічних і культурних особливостей вибірки. Методика активно використовується в наукових дослідженнях при вивченні широкого спектру психологічних явищ, у т. ч. в дисертаційних роботах (Місенг, 2020; Рибак, 2020; Панок, 2022).

Використання у нашому дослідженні переліку ціннісних орієнтацій М. Рокича дає змогу визначити провідні життєві цінності, на які спираються онкологічно хворі пацієнти. Проте, вимірювання ваги цінностей за допомогою рейтингової (порядкової) шкали, дещо ускладнює статистичне аналізування отриманих результатів.

Багатовимірний опитувальник «Смисложиттєві орієнтації» (СЖО) Д. О. Леонтьєва є модифікованою версією тесту «Ціль у житті»

Дж. Крамбо та Л. Махолика, які операціоналізували положення екзистенційної психології Віктора Франкла, розробивши методику емпіричної оцінки прагнення людини до сенсу. Він вимірює загальне відчуття осмисленості, цілеспрямованості життя, на протигагу відчуттю втрати сенсу, що лежить в основі екзистенційного вакууму та фрустрації. Методика має доведену надійність та валідність; вона є одною з найпопулярніших серед українських психологів і часто використовується в дисертаційних дослідженнях (Вельдбрехт, Бовдир, Самкова, 2021). Зокрема, в дисертації І. В. Панок було доведено внутрішню надійність україномовного адаптованого варіанту методики (Панок, 2022).

Опитувальник складається з 20 симетричних шкал-питань, що містять пару альтернативних суджень з однаковим початком. Наприклад: «Життя здається мені: завжди захопливим та хвилюючим 3 2 1 0 1 2 3 абсолютно спокійним та нудним». Опитуваний має обрати полюс шкали, який більше відповідає дійсності, та ступінь своєї згоди з ним. При обробці оцінки переводяться у шкалу від 1 до 7, їх підсумовування дає загальний показник осмисленості (екзистенційної сповненості) життя в діапазоні від 20 до 140: значення вище 113 характеризують визначеність життєвих цілей та смислів, менше 91 – втрату сенсу та відсутність чіткої цілі в житті, значення від 92 до 112 б. вважаються зоною невизначеності. Крім того, методика передбачає розрахунок п'яти субшкал, виділених емпіричним шляхом, які відображають різні складові сенсу життя. Першу групу складають *власне смисложиттєві орієнтації* – це категорії «життєві цілі», «емоційна насиченість» та «задоволеність самореалізацією», які співвідносяться з метою життя, його процесом та результатом (тобто майбутнім, сьогоденням і минулим). Другу групу складають категорії, що характеризують *внутрішній локус контролю особистості*: а) загальне світоглядне переконання в тому, що контроль можливий, б) віра у власну здатність здійснювати такий контроль (Вельдбрехт та ін., 2021).

Ці внутрішні чинники складають п'яти субшкал тесту СЖО:

1. Показник «Цілі у житті» відображає відсутність або наявність у житті пацієнтів цілей у майбутньому, які надають їх життю сенс, спрямованість та перспективу. Низькі бали за цією шкалою свідчать, що людина живе переважно теперішнім або вчорашнім днем. Високі бали можуть свідчити, що людина не тільки цілеспрямована, але й може мати схильність до побудови нездійснених планів, які не мають реальної основи та не підкріплені особистою відповідальністю за їх втілення. Щоб розрізнити такі випадки, треба брати до уваги показники інших шкал.

2. Показник «Процес життя» відображає задоволення людини своїм теперішнім існуванням: інтерес до життя, сприйняття його як емоційно насиченого і наповненого сенсом. Низькі бали за шкалою – свідчення незадоволеності життям, при цьому спогади про минуле або націленість на майбутнє можуть надавати життю потрібний сенс. Високі показники за цією шкалою та низькі за іншими характеризують людину, що живе сьогоднішнім днем (сенс життя якої полягає в тому, щоб просто жити).

3. Показник «Результативність життя вимірює задоволеність власною самореалізацією, а також прожитою частиною життя, її продуктивністю та осмисленістю. Низькі показники за шкалою свідчать про незадоволеність прожитою частиною життя. Високі показники за цією шкалою при низьких балах за іншими свідчать про те, що саме минуле надає сенс існуванню, ніби у людини все минулому і вона доживає своє життя.

4. Субшкала «Локус контролю – Я» прямо відображає уявлення людини про себе як сильну особистість, котра має свободу вибору та можливість контролювати події власного життя, здатна будувати своє життя згідно власним цілям і переконанням (Я – хазяїн життя). Низькі показники свідчать про неможливість контролю над подіями власного життя, невіру у свої сили.

5. Субшкала «Локус контролю – життя» відображає світоглядне переконання про керованість життя. Високі показники за шкалою свідчать, що людина впевнена у можливості свідомо контролювати власне життя,

вільно приймати рішення та втілювати їх. Низькі показники свідчать про впевненість у неможливості контролювати власне життя, фаталізм.

При інтерпретації даних ми керувалися тестовими нормами вибірки здорових дорослих віком 16–64 років, згідно з якими середній показник СЖО складає 103,16 при стандартному відхиленні 18,73 (Вельдбрехт та ін., 2021).

Використання у нашому дослідженні опитувальника СЖО дає можливість відстежити трансформацію життєвих цінностей хворого в період лікування онкологічного захворювання, а також означити «джерело» сенсу життя: перспективи які людина бачить для себе у майбутньому, цілі, які вона має у теперішньому, або життєві процеси, які відбулися у минулому і той результат її життя, який вона отримала.

2.2.2. Діагностики ставлення до хвороби у пацієнтів з онкологічним діагнозом

Ставлення пацієнтів до хвороби, її лікування та інших значущих аспектів життя, пов'язаних із захворюванням, розглядалося нами як когнітивний чинник трансформації життєвих цінностей.

Для вивчення варіантів особистісного реагування на хворобу була застосована методика «ТОБОЛ», розроблена в 1987 р. фахівцями лабораторії клінічної психології НДПІІ імені В. Бехтерева. Теоретичною основою методики є концепція відношень В. Мясіщева та клініко-психологічна типологія реакцій особистості на хворобу, запропонована А. Личко та М. Івановим. Інструмент використовується вітчизняними психологами у клінічних наукових розробках (Смайлова, Єпішкіна, 2013; Шорніков, 2023).

Методика дозволяє діагностувати 12 типів ставлення до хвороби:

1. *Гармонійний* (Г): реалістична оцінка власного стану без схильності перебільшувати його важкість й бачення «в темних тонах», але і без недооцінки важкості хвороби. Прагнення активно сприяти успіху

лікування. Небажання обтяжувати навколишніх піклуванням про себе. У випадку несприятливого прогнозу відбувається переключення інтересів на інші сфери життя, доступні хворому.

2. *Ергопатичний (Р)*: відхід від хвороби у роботу. Навіть у разі тяжкого захворювання і фізичних страждань пацієнт прагне продовжувати активну діяльність і зберегти працездатність. Хворі працюють із більшим залученням, ніж до постановки діагнозу, віддають роботі багато часу, при цьому намагаються лікуватися так, щоб це залишало можливість продовжувати займатися справами.

3. *Анозогнозичний (З)*: відкидання думок про хворобу та її негативні наслідки. Пацієнт заперечує реальні прояви хвороби, приписуючи їх випадковим обставинам. Часто відмовляється від обстеження та лікування, переконуючи себе, що «усе обійдеться».

4. *Тривожний (Т)*: постійне занепокоєння щодо несприятливого протікання хвороби, можливих ускладнень, небезпечності чи неефективності лікування. Пошук додаткової інформації про хворобу, нових способів і методик лікування, авторитетних лікарів тощо.

5. *Іпохондричний (І)*: зосередженість пацієнта на хворобливих, неприємних відчуттях, перебільшення їх значення, вишукування неіснуючих страждань і прагнення розповідати про них іншим людям. Бажання лікуватися поєднується із невірою в успіх, вимоги детального обстеження – зі страхом побічної дії ліків, болючості процедур.

6. *Неврастенічний (Н)*: поведінка за типом «дратівливої слабкості». Часто спостерігається нетерпимість і спалахи роздратування, особливо при болях, несприятливих результатах обстеження тощо. Нетерплячість, сльози, нездатність чекати полегшення чергуються із розкайням за нестриманість.

7. *Меланхолійний (М)*: невіра в успіх лікування, в можливість одужання чи покращення навіть при об'єктивно сприятливих результатах.

Пацієнти пригнічені хворобою, налаштовані песимістично, мають депресивні прояви.

8. *Апатичний (А)*: характеризується байдужістю до результатів лікування і власної долі, а також втратою інтересу до того, що раніше хвилювало. Пацієнти пасивно підпорядковуються медичним процедурам у разі наполегливої зовнішньої стимуляції.

9. *Сенситивний (С)*: надмірне піклування про враження, яке може справити хвороба на навколишніх; страх стати тягарем для близьких.

10. *Егоцентричний (Е)*: «занурення у хворобу», демонстрація близьким та іншим людям своїх страждань для заволодіння їхньою увагою, вимагання особливого відношення до себе.

11. *Паранояльний (П)*: крайня підозрілість до ліків та процедур; впевненість, що хвороба є результатом чийогось злого наміру, а ускладнення – наслідком недбалості лікарів й медичного персоналу.

12. *Дисфоричний (Д)*: перевага похмурого настрою, злості й заздрості і по відношенню до здорових людей (Мушевич, 2006; Сергет, 2024).

Пацієнтам пропонуються 12 тематичних таблиць, що стосуються різних аспектів життя при серйозному захворюванні: самопочуття, настроїв, сон, апетит, ставлення до хвороби, ставлення до лікування, ставлення до лікарів і медперсоналу, ставлення до рідних, ставлення до роботи/навчання, ставлення до навколишніх, ставлення до самотності, ставлення до майбутнього. Кожна таблиця містять від 11 до 16 тверджень, притаманних різним типам реагування. До прикладу, твердження таблиці 5, що безпосередньо відображає ставлення до хвороби: «Моя хвороба мене лякає» (тривожний тип), «Я так втомився від хвороби, що мені байдуже, що зі мною буде» (меланхолійний та апатичний тип), «Вважаю, що небезпеку моєї хвороби лікарі перебільшують» (анозогнозичний тип), «Намагаюся перебороти хворобу, працювати як раніше і навіть ще більше» (ергопатичний тип). Пацієнту пропонується у кожному тематичному блоці відібрати два твердження, які найбільше йому підходять; також є

можливість вказати, що жодне твердження не відповідає його ставленню до хвороби. Час заповнення реєстраційного листа необмежений

Обробка даних за методикою ТОБОЛ є складною і багатоетапною. Вибрані пацієнтами твердження інтерпретуються за допомогою таблиць із діагностичними кодами, при цьому кожне твердження зазвичай має вагу в кількох типах реагування на хворобу (використовуються коефіцієнти від 2 до 5 балів). Набрані бали підсумовуються, на їх основі визначається профіль індивідуального ставлення. Сума коефіцієнтів, що відповідає певному типу реагування, розглядається як окрема діагностична шкала. Індивідуальний профіль містить 12 шкал, які характеризують сукупність різних аспектів ставлення пацієнта до захворювання та його лікування.

Методика не містить визначених діагностичних норм або точок відсікання, натомість розглядаються індивідуальні профілі оцінок, провідні типи реагування та їх якісна інтерпретація.

Окрім розгорнутої характеристики системи відношень, пов'язаних із захворюванням, важливо визначити цілісний тип реагування на хворобу на основі сукупності шкальних оцінок. Правило діагностики полягає в тому, що більша величина будь-якої зі шкал вказує на вищу ймовірність приналежності пацієнта до типу ставлення до хвороби, що відповідає цій шкалі. Інтерпретація отриманих результатів передбачає визначення шкали з максимальною оцінкою та шкал, оцінки яких знаходяться у так званій діагностичній зоні, тобто відрізняють від максимальної не більше ніж на 7 балів. Якщо в діагностичній зоні виявляється одна шкала, діагностується «чистий» тип реагування, якщо дві чи три, то діагностується змішаний тип, якщо більше трьох – дифузний (Співак, Османова, 2023).

Додатково до основної діагностичної процедури нами був розрахований *«коефіцієнт дезадаптації»*, що відображає загальну міру відхилення внутрішньої картини хвороби від стандартів психічної та соціальної адаптації пацієнтів – обґрунтування та опис результатів надані в наступному розділі.

Крім того, типи ставлення до хвороби можуть бути об'єднані у три блоки за критеріями адаптивності та спрямованості дезадаптації:

1) *умовно адаптивні типи* реагування на хворобу, до яких належать гармонійний, ергопатичний та анозогностичний (Г, Р, З);

2) *типи із проявами психічної дезадаптації*, пов'язані із інтрапсихічною спрямованістю реагування на хворобу: тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолійний і апатичний (Т, І, Н, М. А);

3) *типи із проявами психічної дезадаптації*, пов'язані із інтерпсихічною спрямованістю реагування на хворобу: сенситивний, егоцентричний, паранояльний та дисфоричний (С, Е, П, Д).

На основі наведеної вище класифікації ми розраховували композитні показники ТОБОЛ, що відображають спосіб адаптації пацієнтів.

Отже, використання методики «ТОБОЛ» у нашому дослідженні надає змогу ґрунтовно дослідити когнітивні аспекти ставлення до хвороби, виявити проблеми адаптації пацієнтів та з'ясувати, як типи реагування на онкологічне захворювання впливають на трансформацію життєвих цінностей.

2.2.3. Способи опанування труднощів у пацієнтів з онкологічними захворюваннями

Вивчення відповіді психіки на стресову ситуацію та особливостей подолання труднощів особами з онкологічним діагнозом становить як теоретичний інтерес, так і практичну цінність. Копінг є цілеспрямованою поведінкою, що дозволяє впоратися зі складною життєвою ситуацією або стресом різними способами, відповідними зовнішнім обставинам та психологічним особливостям людини. Подолання може бути спрямоване як на перетворення ситуацій, які суб'єкт спроможний контролювати, так і на пристосування до ситуацій, які неможливо контролювати або змінити. Завданням різних копінг-стратегій є боротьба з життєвими труднощами,

подолання проблем, зменшення їх негативних наслідків, а також спроби уникнути труднощів чи витерпіти їх.

У дослідженні були використані дві методики, що діагностують копінг-поведінку в контексті різних теоретико-методологічних позицій.

Опитувальник способів опанування WCQ (Wais of Coping Questionnaire) Р. Лазаруса та С. Фолкман дозволяє визначити частоту використання восьми найбільш поширених стратегій подолання життєвих труднощів (Folkman, Lazarus, 1988). Він створений на основі когнітивної теорії подолання стресу, згідно з якою способи опанування залежать не стільки від особистісних характеристик суб'єкта, скільки від характеристик стресової ситуації, а обрані копінг-стратегії являють собою витрачені когнітивні, емоційні й поведінкові зусилля. Робота зі створення адаптованого варіанту опитувальника розпочата С. Хаїровою в 2003 р., наступні дослідники довели змістову валідність методики та запропонували її варіанти для ситуацій з різними типами загроз, зокрема загрози життю (Родіна, 2014).

Опитувальник містить 50 стверджень стосовно поведінки у важкій життєвій ситуації, наприклад «Поводився, наче нічого не сталося», «Намагався не показати своїх почуттів», «Намагався побачити в цій ситуації щось позитивне» тощо. Пацієнти мали оцінити, як часто надані варіанти поведінки проявляються у них в ситуації захворювання. Пропонуються варіанти відповідей «ніколи» (0 балів), «рідко» (1 бал), «іноді» (2 бали) та «часто» (3 бали). При обробці результатів виставлені оцінки розподіляються за шкалами, що відображають різні моделі копіngu:

- конфронтаційний (6 пунктів): агресивні зусилля, спрямовані на зміну ситуації, що передбачає певну ворожість та готовність до ризику;
- дистанціювання (6 пунктів): когнітивні зусилля, спрямовані на відокремлення від ситуації та зменшення її значущості;
- самоконтроль (7 пунктів): зусилля по регулюванню власних почуттів та дій;

- пошук соціальної підтримки (6 пунктів): зусилля, спрямовані на пошук інформаційної, емоційної та дієвої підтримки;
- прийняття відповідальності (4 пункти): визнання власної ролі у проблемі та спроби її вирішення;
- втеча-уникнення (8 пунктів): зусилля, спрямовані до втечі або уникнення проблеми;
- планування вирішення проблеми (6 пунктів): проблемно-сфокусовані зусилля, спрямовані на зміну ситуації, які передбачають аналітичний підхід до проблеми;
- позитивна переоцінка (7 пунктів): зусилля по створенню позитивного значення з фокусуванням на власному духовному зростанні.

Оскільки шкали містять різну кількість пунктів, отримані бали переводилися в індексований показник – відсоткову частку від максимально можливої оцінки за шкалою (хоча для статистичних розрахунків краще використовувати «сирі» бали за шкалами). Висока напруженість копінгів, у діапазоні вище 60 %, свідчить про виражену тенденцію до дезадаптації.

Поряд із цим, розраховується сумарний показник за методикою, який відображає загальну напруженість стратегій подолання, безвідносно до співвідношення окремих моделей поведінки.

Скринінгова методика діагностики копінг-механізмів Е. Хейма дозволяє уточнити отриману інформацію за допомогою номінативних даних. Пацієнтам пропонується 26 ситуаційно-специфічних варіантів опанувальної поведінки, розподілені відповідно трьом сферам реагування: когнітивній, емоційній, поведінковій. У кожній із трьох частин методики досліджувані обирали серед запропонованих описів лише один варіант, що відображав провідний спосіб реагування у складних, стресових ситуаціях та ситуаціях високої емоційної напруги ситуаціях, завдяки якому вони вирішують труднощі.

Аналіз даних за методикою носить переважно якісний характер, при цьому пропонується розподіл стратегій копінг-поведінки відповідно їх адаптивній ролі – табл. 2.2:

Таблиця 2.2

Інтерпретація методики діагностики копінг-механізмів Е. Хейма

Перелік	Опис	Варіанти відповідей
<i>Адаптивні варіанти:</i>		
Когнітивні копінг	форми поведінки, спрямовані на аналіз труднощів та можливих шляхів виходу з них, а також підвищення самооцінки, самоконтролю; передбачають усвідомлення власної цінності як особистості, віру у власні ресурси та можливості у подоланні важких ситуацій	проблемний аналіз (А5) установка власної цінності (А10) збереження самоконтролю (А4)
Емоційні копінг	емоційний стан з активним обуренням, протестом щодо труднощів, а також упевненістю у можливості виходу з будь-якої, навіть самої важкої ситуації	протест (Б1) оптимізм (Б4)
Поведінкові копінг	поведінка особистості, під час якої вона вступає в співпрацю зі значущими людьми, шукає підтримки у найближчому оточенні або сама пропонує її іншим	співпраця (В7) звертання (В8) альтруїзм (В2)
<i>Неадаптивні варіанти</i>		
Когнітивні копінг	пасивні форми поведінки з відмовою подолання труднощів через недовіру у свої сили та інтелектуальні ресурси, умисну недооцінку неприємностей	смирненість (А2) розгубленість (А8) дисимуляція (А3) ігнорування (А1)
Емоційні копінг	характеризуються пригніченим емоційним станом, почуттями безнадійності, переживанням злості або покірності, покладанням провини на себе	пригнічення емоцій (Б3), покірність (Б6) самозвинувачення (Б7) агресивність (Б8)
Поведінкові копінг	відмова від рішення проблеми, уникнення думок про неприємності, пасивність, усамітнення, спокій, ізолювання, прагнення уникнути активних соціальних контактів	активне уникнення (В3) відступ (В6)

<i>Відносно адаптивні варіанти</i>		
Когнітивні копінги	орієнтовані на оцінку труднощів у порівнянні з іншими, надання особливого змісту їх подоланню, віри у Бога та стійкості при зіткненні зі складними проблемами	відносність (A6) надання сенсу (A9) релігійність (A7)
Емоційні копінги	сфокусовані на зняття напруги, емоційною розрядкою, та/або перекладання відповідальності за вирішення труднощів на інших людей	емоційна розрядка (B2) пасивна кооперація (B5)
Поведінкові копінги	прагненням до тимчасового відходу за допомогою алкоголю, лікарських засобів, занурення в улюблену справу, виконанням своїх бажань	компенсація (B4) відволікання (B1) конструктивна активність (B5)

Отже, використання Опитувальника способів опанування WCQ та скринінгової методики діагностики копінг-механізмів у дисертаційному дослідженні дозволяє, передусім, виявити, які способи подолання стресу в ситуації виникнення онкологічної хвороби використовує пацієнт, а також надає можливість проаналізувати вплив різних копінг-стратегій на трансформацію життєвих цінностей у онкологічних хворих.

2.2.4. Оцінка емоційного стану пацієнтів під час перебування у стаціонарі

Для діагностики емоційного стану використовувалась ***Шкала маніфестної тривоги TMAS*** (Taylor Manifest Anxiety Scale), розроблена американською дослідницею Дж. А. Тейлор в 1953 р. Вона призначена для вимірювання виразних, явних проявів тривоги як стану, а також хронічних тривожних реакцій. Методика створена шляхом відбору з ММРІ пунктів, які відповідають клінічному уявленню про тривожність як «генералізоване хронічне переживання психічного або соматичного напруження, що проявляється через втому, дратівливість, почуття внутрішньої скутості, схильність відчувати напади сильного страху і занепокоєння навіть з

незначних приводів» (Taylor, 1953). Методика була адаптована радянським вченим В. Норакидзе в 1975 р., перекладена українською мовою О. Кокуном та співавторами в 2011 р. Інструмент рекомендований Міністерством оборони України для соціально-психологічної роботи в лавах ЗСУ (Кокун, 2011), також активно використовується у вітчизняних клініко-психологічних дослідженнях (Баришнікова, 2022; Шорніков, 2023). Відомо, що стан тривоги пов'язаний із зміною когнітивної оцінки себе та навколишнього світу, отже при високих показниках слід обережно ставитись до інтерпретації даних самооцінювання.

TMAS містить 50 прямих та обернених тверджень стосовно звичної поведінки і переживань, наприклад: «Я впевнений у собі», «Зазвичай я спокійний і мене нелегко засмутити», «Мене часто мучать нічні кошмари», «Я схильний все сприймати надто серйозно», «Я більш чутливий, ніж більшість інших людей», «Мені дуже важко зосередитись на чомусь». Ще 10 тверджень спрямовані на перевірку відвертості, щирості наданих відповідей (контрольна шкала). Пацієнти оцінювали пропоновані твердження відносно себе, використовуючи два варіанти відповіді: «так» (якщо вони згодні) або «ні» (якщо вони незгодні).

При обробці результатів кожний збіг з ключем оцінюється в один бал; отримана оцінка прямо відображає рівень особистісної тривожності. За даними оригінальної версії TMAS, діапазон отриманих оцінок у великій вибірці американських студентів складав від 1 до 46 балів із середнім 14,56; при цьому форма розподілу оцінок мала невелику позитивну асиметрію, тобто була зміщена в зону високих значень. Двадцятий процентиль припадав на значення 7, п'ятдесятий процентиль – на 13, вісімдесятий – приблизно на 21 (Taylor, 1953). Вітчизняні вчені пропонують наступний алгоритм оцінки результатів: 40–50 балів розглядаються як показник дуже високого рівня тривоги; 25–39 балів свідчать про високий рівень тривоги; 16–24 бали – про середній рівень з тенденцією до високого; 5–15 балів – про середній рівень з тенденцією до

низького; 0–4 бали – про низький рівень тривоги. Якщо показник контрольної перевищує 6 балів, то це свідчить про нещирість, демонстративність відповідей досліджуваного (Кокун та ін., 2011).

Використання Шкали маніфестної тривоги TMAS у дисертаційному дослідженні надає змогу визначити рівень тривоги пацієнта під час перебування в онкологічному диспансері та виявити вплив особистісної тривожності на трансформацію життєвих цінностей хворих на онкологію.

2.2.5. Аналіз мотивації досягнення та мотивації запобігання невдач у хворих на онкологію

Вираженість мотивації досягнень у пацієнтів досліджувався за допомогою Методика вимірювання мотивації успіху Т. Елерса. Хоча походження методики та її адаптації маловідоме, ця розробка активно використовується психологами в наукових працях та практичній роботі. Зокрема вона рекомендована Міністерством оборони України для соціально-психологічної роботи із особовим складом ЗСУ (Кокун, 2011); а також Міністерством освіти та науки України для вивчення мотивації учнів, починаючи з 10 років (Ткачук та ін., 2024).

Методика складається з 41-го питання, на кожне з яких необхідно відповісти «так» або «ні». Приклади тверджень: «Якщо між двома варіантами є вибір, його краще зробити швидше, ніж відкладати на потім», «Якщо помічаю, що не можу на всі 100% виконати завдання, я легко дратуюся», «Якщо виникає проблемна ситуація, найчастіше я приймаю рішення одним з останніх», «Я більш вимогливий до себе, ніж до інших». Для інтерпретації результатів запропоновані наступні норми: від 1 до 10 балів – низька мотивація до успіху; від 11 до 16 балів – середній рівень мотивації; від 17 до 20 балів – помірно високий рівень мотивації; більше 21 – дуже високий, надмірний рівень мотивації до успіху (Кокун, 2011: с. 148).

Мотивація досягнення визначається як прагнення людини досягнути високих результатів власної діяльності, бути успішною у житті.

Вираженість мотивації успіху супроводжується також схильністю обирати складні завдання для виконання, прагненням робити все якомога краще (краще за інших), бажанням удосконалювати свою майстерність. Протилежністю такої мотивації є страх неуспіху, бажання захистити себе та уникнути невдачі.

Методика діагностики мотивації до уникнення невдач (Т. Елерс) містить набір слів, що характеризують людину, які об'єднані по три, наприклад «стрімкий – легковажний – боязкий». У кожній трійці пацієнт обирає лише одне слово, яке найбільш влучно описує його. Результати обробляються за ключем, рахується сума балів. Для інтерпретації використовували наступні норми: від 2 до 10 балів свідчать про низьку мотивація до захисту; від 11 до 16 балів – середній рівень мотивації; від 17 до 20 балів – високий рівень мотивації; більше 20 балів – надто високий рівень мотивації до уникнення невдач, захисту (Кокун та ін., 2011: с. 154).

Використання методик для вивчення мотивації у нашому дослідженні обумовлено гіпотезою про вплив мотивації досягнення та страху невдачі на відношення хворого до свого захворювання, до процесу лікування, впливу на трансформацію життєвих цінностей.

Висновки до розділу II

Для емпіричного дослідження соціально-психологічних чинників трансформації життєвих цінностей осіб, хворих на онкологію, було відібрано набір валідних та надійних психодіагностичних інструментів, стосовно яких накопичено тривалий досвід використання в наукових дослідженнях, зокрема у клінічній сфері.

Для вивчення ціннісної сфери пацієнтів використано опитувальник «Смисложиттєві орієнтації» та методику М. Рокича, основу на ранжуванні списків термінальних та інструментальних цінностей. Додаткову інформацію про соціально-демографічні характеристики пацієнтів, психологічний стан та якість життя після постановки діагнозу

було отримано в процесі клінічної бесіди та анкетування. У якості психологічних чинників, що можуть впливати на систему ціннісних орієнтацій в період захворювання, розглядалися: тип ставлення до хвороби, що визначає загальну адаптацію пацієнтів (клінічний опитувальник ТОБОЛ), провідні стратегії подолання стресу та життєвих труднощів (Опитувальник способів опанування WCQ Р. Лазаруса та С. Фолкман; скринінгова методика діагностики копінг-механізмів Е. Хейма) рівень особистісної тривожності (Шкала маніфестної тривоги ТМАС Дж. Тейлор), виразність мотивації досягнення успіху та уникнення невдач (методики діагностики за Т. Елерсом).

Використані методики достатньо ґрунтовно розкривають когнітивні, емоційні, ціннісно-сміслові та поведінкові особливості пацієнтів.

Запропонований дизайн дослідження дозволяє виявити особливості трансформації життєвих цінностей пацієнтів психологічного диспансеру, а також визначити зовнішні (соціальні) та внутрішні (психологічні) чинники, які значуще впливають на цей процес та можуть бути використані в роботі психолога з онкологічно хворими особами.

Зміст другого розділу дисертації висвітлено у таких публікаціях авторки: [131; 132; 136; 138].

РОЗДІЛ 3

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ТРАНСФОРМАЦІЇ ЖИТТЄВИХ ЦІННОСТЕЙ ОСІБ З ОНКОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

3.1. Особливості життєвих цінностей пацієнтів з онкологічними захворюваннями

3.1.1. Пріоритетні термінальні та інструментальні цінності пацієнтів онкологічного диспансеру

Для вивчення ієрархії та структури життєвих цінностей пацієнтів була використана Методика вивчення ціннісних орієнтацій М. Рокича (1985), що спирається на ранжування двох переліків цінностей, які відображають різноманітні життєві цілі людини та бажані способи їх досягнення, відповідно їх значущості для досліджуваного. Така діагностична процедура дозволяє пацієнту зробити ціннісний вибір чітко й однозначно, але водночас вона накладає певні обмеження на використання методів статистичної обробки та інтерпретації емпіричних показників. Стосовно переліків термінальних та інструментальних цінностей були пораховані описові статистики (у вигляді середнього рангу, моди та медіани), проаналізовані частоти вибору позицій. Для порівняльного аналізу підвбірок різної статі та віку використано непараметричний критерій Манна-Вітні, який визначає величину зони спільних результатів двох груп, виміряних у порядкових шкалах.

Описові статистики за списком **термінальних цінностей** представлені у табл. 3.1. Відповідно отриманим даним, найбільш вагомою цінністю для онкологічних пацієнтів виступає фізичне та психічне здоров'я (середній ранг 2,00), що є цілком зрозумілим, очікуваним результатом. При цьому 75,24 % пацієнтів поставили цю ціль на першу позицію рейтингового списку; ще 15,24 % розмістили її на другій або третій позиції.

Це єдина цінність з переліку, яка має подібний розподіл частот, сконцентрований виключно на перших рангах. Такий вибір виглядає однозначним та безальтернативним. Стосовно інших цінностей спостерігаємо більш врівноважені гістограми – див. приклади на рис 3.1.

Таблиця 3.1

**Описові статистики за списком термінальних цінностей у вибірці
пацієнтів онкологічного диспансеру (n = 105)**

Перелік цінностей	М	Me	Mo	min	max
Здоров'я	2,00	1	1	1	18
Любов	4,75	3	2	1	17
Щасливе сімейне життя	4,86	3	2	1	18
Матеріально забезпечене життя	7,49	7	5	2	18
Життєва мудрість	8,08	8	4 ^a	2	17
Цікава робота	8,36	8	9	2	18
Активне діяльне життя	8,50	9	10	1	18
Свобода і незалежність	8,73	9	3	1	18
Наявність гарних друзів	9,28	9	9	1	18
Продуктивне життя	9,96	10	8 ^a	1	18
Розвиток	10,67	11	12	1	18
Пізнання	10,77	11	14	2	18
Щастя інших людей	11,16	12	6	2	18
Впевненість у собі	11,55	12	15 ^a	1	18
Суспільне визнання	11,91	12	14	3	18
Краса природи та мистецтва	13,45	14	17	2	18
Творчість	14,42	16	18	2	18
Розваги	15,02	16	17	3	18

Примітка: М – середнє розподілу, Me – медіана, Mo- мода (^a в результатах оцінки вагомості деяких цінностей присутні дві моди).

Пріоритетність цінності «здоров'я» за результатами методики М. Рокича відзначено в роботах багатьох попередніх дослідників, як при вивченні здорових вибірок, так і стосовно осіб з інвалідністю, різними хронічними захворюваннями (Купрєєва, 2020). Соціологічні дослідження демонструють, що цінність здоров'я є пріоритетною серед усіх вікових груп, при цьому стає особливо значущою для старшого покоління, після 58 – 60 років (Болотова та Байдак, 2013). Разом із тим, вчені відзначають

трансформації в структурі термінальних та інструментальних цінностей, обумовлені різкою, травматичною зміною життєвих умов, такою як карантин, російсько-українська війна й інші кризові обставини (Очеретяний, 2020; Яценко та Шкляєва, 2023).

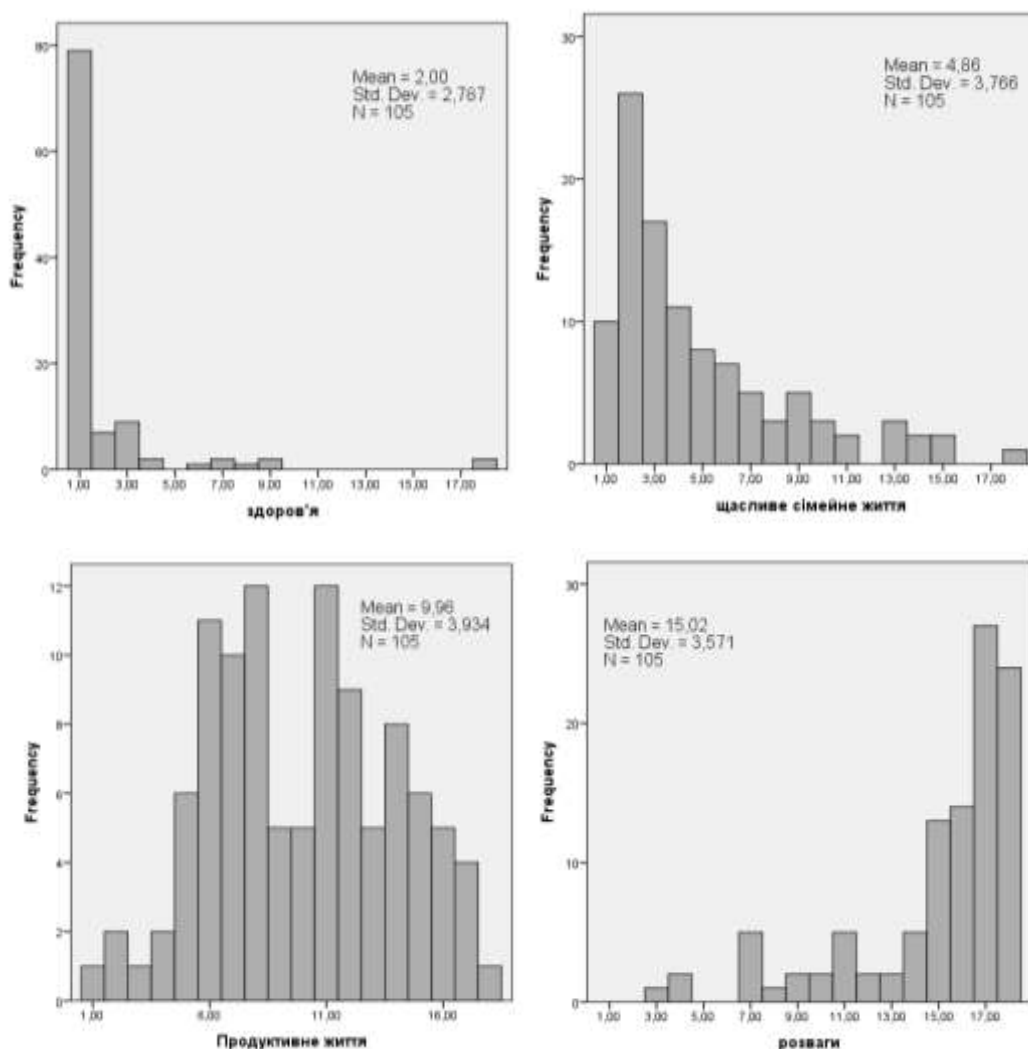


Рис. 3.1. Частота вибору різних позицій термінальних цінностей у вибірці пацієнтів з онкологічними захворюваннями

Абсолютний пріоритет цінності «здоров'я» серед онкологічних хворих пацієнтів свідчить про актуалізацію базової вітальної потреби, боротьби за власне життя. Разом із тим, двоє осіб (1,90 % вибірки) розташували цінність на останній позиції ранжованого списку життєвих цілей. Такі випадки є рідкісними, і вони безсумнівно мають важливе діагностичне значення. Можливими причинами відторгнення цінності

«здоров'я» можуть бути: депресивний стан та втрата сенсу життя, заперечення хвороби (як наслідок дії механізмів психологічного захисту), а також втома від лікування: емоційне виснаження, втрата віри у можливість одужання. Подібні випадки потребують поглибленого аналізу психологічного стану пацієнтів, адже вони можуть суттєво впливати на ефективність лікування та якість життя.

Другу позицію серед термінальних цінностей, з великим відривом, займають *цінності близьких міжособистісних стосунків*: «любов» (духовна та фізична близькість з коханою людиною) та «щасливе сімейне життя» (середні ранги 4,75 та 4,86 відповідно).

Провідна роль цінностей, пов'язаних з близькими відносинами та емоційним зв'язком, може відображати прагнення соціальної підтримки, емоційного тепла, прийняття та стабільності характерне для осіб, яким поставлений діагноз смертельно небезпечної хвороби (як і загалом для людей, що опинилися у важких життєвих обставинах). У пошуку підтримки пацієнти звертаються, передусім, до членів родини. Це актуалізує необхідність психологічних втручань, спрямованих ні тільки на пацієнтів, але і на їх близьких, для яких постановка діагнозу та подальше лікування також є сильним дистресом, що потребує значних ресурсів подолання. Члени сім'ї, котрі доглядають за хворими, нерідко переживають втому, вигорання, тривогу, депресію й інші негативні стани. Це підкреслює важливість психоедукації, консультування, організації груп підтримки та інших засобів допомоги родичам пацієнтів з онкологічними захворюваннями.

Провідна роль цінностей, пов'язаних із близькими міжособистісними стосунками, може бути обумовлена не лише прагненням соціальної підтримки (інформаційної, емоційної, практичної), а й необхідністю відчувати себе важливим і потрібним для інших, що позитивно впливає на психологічний стан пацієнтів.

Матеріальне забезпечення життя (відсутність фінансових та інших труднощів) займає помірно високу позицію (середній ранг 7,49), що може вказувати на важливість економічної підтримки для належного лікування та повсякденного життя пацієнтів онкологічного диспансеру.

Наступні шість позицій рейтингу цінностей у вибірці займають цінності, пов'язані з активним, усвідомленим, наповненим сенсом життям особистості: життєва мудрість (зрілість суджень та здоровий глузд як результат життєвого досвіду), цікава робота, активне діяльне життя (повнота та емоційна насиченість життя), свобода (незалежність у судженнях і вчинках), наявність гарних і вірних друзів, продуктивне життя (максимальне використання власних можливостей та здібностей). Названі цінності мають середні ранги від 8,08 до 9,96 (медіанне значення 8 – 10), що свідчить про бажання зберігати активний життєвий ритм, продуктивність і самостійність навіть в умовах важкої хвороби. Значущість цінності «життєва мудрість» підкреслює прагнення пацієнтів до усвідомленості, адекватного розуміння власного становища.

Ця група термінальних цінностей об'єднує компоненти позитивного соціального та психологічного функціонування особистості. Отже, умовах постановки онкологічного діагнозу зберігається потреба пацієнтів підтримувати почуття залученості й задоволеності життям, але вона займає другорядне значення після потреб, пов'язаних із подоланням хвороби.

Наступні дві позиції займають *інтелектуально-екзистенційні цінності* «розвиток» (робота над собою, постійне фізичне і духовне вдосконалення) та «пізнання» (можливість розширення освіти, світогляду, загальної культури). Вони мають середні ранги 10,67 та 10,77 відповідно, медіана дорівнює 11.

Доволі високий ранг у структурі термінальних цінностей свідчить про те, що пацієнти прагнуть до особистісного самовдосконалення навіть у складних життєвих обставинах. Попри серйозні виклики, вони хочуть (зберігають прагнення або починають прагнути) працювати над собою,

розширювати свої знання, розвивати фізичні, інтелектуальні та духовні ресурси. Таке бажання саморозвитку може відображати екзистенційну реакцію на хворобу. Усвідомлення власної вразливості часто спонукає людину до переоцінки цінностей і пошуку сенсу життя. Хвороба змушує шукати відповіді на глибокі життєві питання, стимулює самовдосконалення, розуміння себе та навколишнього світу. Усе це допомагає пацієнтам зберігати активну життєву позицію, відновити почуття визначеності та безпеки, позитивно впливаючи на їх емоційний стан і якість життя. Отже, підтримка та посилення таких ціннісних орієнтацій (через психотерапію, програми психосоціальної підтримки, освітні заходи) може сприяти загальному поліпшенню психологічного благополуччя пацієнтів.

Отримані результати частково підтверджують існуючі уявлення про те, що онкологічна хвороба може виступати тригером для переосмислення життєвих цінностей. Інтелектуально-екзистенційні потреби стають ресурсом для пацієнтів, дозволяючи їм адаптуватися до нового життєвого контексту.

Соціальні цінності «щастя і добробут інших людей» та «суспільне визнання» (повага навколишніх, колег по роботі) розташовані в останній третині групового рейтингу життєвих цілей пацієнтів (Ме дорівнює 12, середній ранг 11,16 та 11,91 відповідно) Зацікавленість у допомозі іншим людям може втрачати пріоритетність через зосередженість пацієнтів на власних потребах.

Нарешті, останні три позиції групового рейтингу термінальних цінностей зайняли «краса природи та мистецтва» (13,45), «творчість» (14,42) та «розваги» (15,02). Низький пріоритет цих аспектів життя може бути пояснений обмеженими ресурсами для їх реалізації у ситуації серйозної хвороби – естетичні та гедоністичні аспекти відходять на другий план в умовах боротьби за виживання. При цьому майже половина пацієнтів розмістили цінність «розваги» на останніх рангових позиціях

(див. рис. 3.1). Це свідчить про свідому відмову від приємного проведення часу на користь цінностей, котрі знаходяться на перших позиціях, передусім відновлення здоров'я, спілкування з близькими та матеріальне забезпечення лікування.

Таким чином, аналіз групового профілю термінальних цінностей у вибірці осіб з онкологічними захворюваннями показав існування достатньо чітко виражених пріоритетів та закономірностей. Пацієнти онкологічного диспансеру зосереджені передусім на базових потребах (здоров'я, стосунки і підтримка близьких), матеріальній стабільності, а також збереженні життєвої активності. Інші цінності, пов'язані з позитивним психосоціальним функціонуванням особистості, втрачають значущість у порівнянні з потребами, які є критичними для подолання хвороби.

На наступному етапі обробки ми провели *частотний аналіз* отриманих результатів, при цьому рангові позиції термінальних цінностей були розділені на 6 груп відповідно до їх значущості:

- провідні цінності: 1 – 3 ранги (головні життєві цілі особистості, що відображають першочергові пріоритети), при цьому першу позицію займає цінність, що відображає головну потребу людини, наступні дві – цінності, які є важливими в контексті забезпечення досягнення бажаної цілі;
- важливі цінності: 4 – 6 ранги (цінності, достатньо важливі для людини, що знаходяться в зоні її актуальних потреб),
- другорядні цінності: 7 – 11 ранги включає цінності, які людина визнає, але вони не мають для неї першочергової значущості,
- неважливі та неактуальні цінності: з 12 по 18 ранги, при цьому останні позиції зазвичай займають цінності, відносно яких людина байдужа або які вона взагалі не приймає.

Відповідні розрахунки викладені у табл. 3.2. Аналізуючи отримані частоти, слід приділити особливу увагу позиції цінності «здоров'я» в індивідуальному рейтингу життєвих цілей пацієнта. У переважної більшості опитаних (75,24 %) вона займає першу позицію списку, у 7 осіб

– знаходиться на другій позиції, у 9 осіб – на третій. Отже, найбільш типовою ознакою онкологічних пацієнтів є беззаперечна перевага потреби, пов’язаної із відновленням здоров’я та відповідним лікуванням.

Таблиця 3.2

**Частота вибору рангової позиції термінальних цінностей у вибірці
пацієнтів онкологічного диспансеру (n = 105)**

Перелік термінальних цінностей		Рангова позиція цінності					
		1	2-3	4-6	7-12	13-15	16-18
Здоров’я (фізичне й психічне)	N	79	16	3	5	0	2
	%	75,24	15,24	2,86	4,76	0,00	1,90
Любов (духовна й фізична близькість із коханою людиною)	n	3	53	29	13	5	2
	%	2,86	50,48	27,62	12,38	4,76	1,90
Щасливе сімейне життя	n	10	43	26	18	7	1
	%	9,52	40,95	24,76	17,14	6,67	0,95
Матеріально забезпечене життя (відсутність ускладнень)	n	0	15	36	46	3	5
	%	–	14,29	34,29	43,81	2,86	4,76
Життєва мудрість (досвід, зрілість суджень і здоровий глузд)	n	0	7	32	50	15	1
	%	–	6,67	30,48	47,62	14,29	0,95
Цікава робота	n	0	9	30	47	11	8
	%	–	8,57	28,57	44,76	10,48	7,62
Активне діяльне життя (повнота й емоційна насиченість життя)	n	5	11	23	46	13	7
	%	4,76	10,48	21,90	43,81	12,38	6,67
Наявність гарних і вірних друзів	n	1	7	23	49	19	6
	%	0,95	6,67	21,90	46,67	18,10	5,71
Свобода (незалежність у судженнях і вчинках)	n	4	23	15	33	17	13
	%	3,81	21,90	14,29	31,43	16,19	12,38
Продуктивне життя (використання своїх можливостей і здібностей)	n	1	3	19	53	19	10
	%	0,95	2,86	18,10	50,48	18,10	9,52
Розвиток (фізичне й духовне вдосконалення)	n	1	2	18	46	25	13
	%	0,95	1,90	17,14	43,81	23,81	12,38
Пізнання (розширення освіти, світогляду, загальної культури)	n	0	7	10	44	26	18
	%	–	6,67	9,52	41,90	24,76	17,14
Щастя інших людей (добробут суспільства, людства в цілому)	n	0	1	19	39	26	20
	%	–	0,95	18,10	37,14	24,76	19,05
Суспільне визнання (повага навколишніх, колег по роботі)	n	0	3	9	41	30	22
	%	–	2,86	8,57	39,05	28,57	20,95
Упевненість у собі (внутрішня гармонія, свобода від протиріч)	n	1	3	13	40	25	23
	%	0,95	2,86	12,38	38,10	23,81	21,90
Краса природи та мистецтва (переживання прекрасного)	n	0	2	4	28	32	39
	%	–	1,90	3,81	26,67	30,48	37,14
Творчість (можливість творчої діяльності)	n	0	4	4	17	21	59
	%	–	3,81	3,81	16,19	20,00	56,19
Розваги (приємне проведення часу, відсутність обов’язків)	n	0	1	2	17	20	65
	%	–	0,95	1,90	16,19	19,05	61,90

Вісім осіб (7,62 % вибірки) приписали цінності здоров'я позицію в середині списку – з 4 по 9 ранги. Це може свідчити про відсунення цілі лікування на другорядну роль та переключення фокусу уваги на інші життєві цінності (це може бути обумовлене психологічною втомою або неприйняттям важкої реальності хвороби). Зміна пріоритетів може бути частиною нормального процесу адаптації до важкої життєвої ситуації, однак важливо своєчасно виявляти та коригувати такі зміни, щоб не допустити зниження мотивації до лікування.

Нарешті, у двох пацієнтів виявлено категоричну відмову від цінності здоров'я – вона розташована на останній позиції особистого рейтингу. Це найбільш несприятлива ситуація для лікування і прогнозу розвитку хвороби. Відмова від цінності здоров'я може свідчити про фаталістичне сприйняття ситуації, знижену мотивацію до лікування або зневіру, що часто спостерігається у пацієнтів на пізніх стадіях захворювання або у тих, хто стикається з хронічним болем. Така позиція може вказувати на глибоке емоційне спустошення, відсутність надії на покращення.

Варто врахувати, що цінність здоров'я, яка в більшості випадків займає перші позиції, важлива для прийняття рішень про лікування та терапію. Зміщення цієї цінності вниз рангового списку може бути зумовлене не лише фізичними, а й психологічними чинниками. У таких випадках необхідно залучати додаткові психокорекційні засоби та соціальну підтримку, адже відновлення віри в можливість покращення є ключовим для мобілізації внутрішніх ресурсів, активної участі пацієнта в процесі лікування.

Загалом, результати дослідження демонструють досить однозначне ставлення пацієнтів до власного здоров'я (рис. 3.2). При цьому можливі незначні або суттєві відхилення від визнання цінності здоров'я, що має прогностичне значення та підкреслює важливість індивідуального підходу в психотерапевтичному супроводі онкохворих. Психологічні кореляти

ставлення до цінності здоров'я потребують більш детального вивчення та будуть з'ясовані на наступних етапах аналізу.

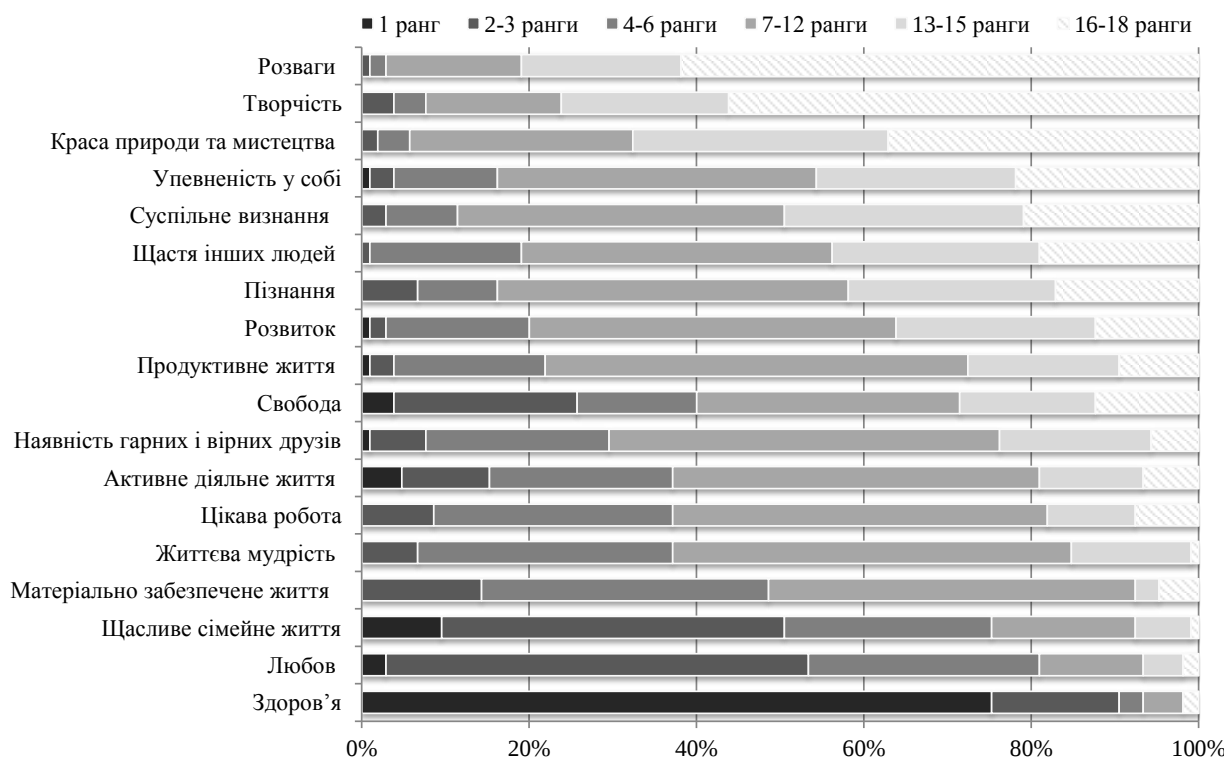


Рис. 3.2. Частотний розподіл вибору термінальних цінностей пацієнтами

Крім того, проведений частотний аналіз змушує звернути увагу на цінність «свобода», розподіл якої має характерні особливості, що свідчать про актуалізацію відповідної потреби (див. рис. 3.2). Загалом у 40,00% пацієнтів ця категорія розташована у першій третині списку особистісних цінностей: 3,81 % обирають свободу в судженнях та вчинках своєю найголовнішою життєвою ціллю; 21,90 % розташовують її на другій або третій позиції, 14,29 % – на позиціях з четвертої по шосту. Вочевидь, онкологічна хвороба і перебування у медичному закладі можуть бути сприйняті деякими пацієнтами як суттєве обмеження, яке руйнує режим та спосіб життя, заважає активній діяльності. Потреба у свободі може бути зумовлена внутрішніми чинниками, такими як потреба у контролі над власним життям або страх втрати самостійності, спроможності. Цей результат потребує додаткового уточнення, зокрема вивчення зв'язків між важливістю цінності «свобода» та сприйняття хвороби.

Стосовно інструментальних цінностей – засобів, котрі сприяють досягненню важливих життєвих цілей, чітких пріоритетних позицій у вибірці не було виявлено. Пацієнти робили ранжування за списками відповідно до власних уподобань, особистісних рис та звичних моделей поведінки. Широке розмаїття індивідуальних результатів призводить до того, що середній ранг цінностей у вибірці досить схожий (табл. 3.3).

Таблиця 3.3

Описові статистики за списком інструментальних цінностей у вибірці пацієнтів онкологічного відділення (n = 105)

Перелік цінностей	M	Me	Mo	min	max
Життєрадісність	5,32	4	1	1	18
Відповідальність	6,55	6	10	1	17
Старанність	7,23	7	6 ^a	1	18
Вихованість	7,55	7	7	1	18
Акуратність	7,98	7	2	1	18
Самоконтроль	8,59	8	3	1	18
Чесність	8,59	9	1	1	18
Освіченість	8,87	9	5 ^a	1	17
Тверда воля	9,22	9	13	1	18
Незалежність	9,25	9	16	1	18
Терпимість	9,94	10	15	1	18
Чуйність	10,07	11	17	1	18
Сміливість у відстоюванні власної думки	10,56	11	16	1	18
Ефективність у справах	10,78	11	15	1	18
Раціоналізм	10,93	11	17	1	18
Впевненість у собі	11,55	12		1	18
Широта поглядів	11,84	13	13	3	18
Непримиренність до недоліків у собі та інших	12,55	13	17	2	18
Високі запити	15,20	17	18	1	18

Примітка: M – середнє розподілу; ^a – вказано найменше значення моди; Me – медіана; Mo- мода

Серед інструментальних цінностей пацієнтів першу позицію займає «життєрадісність» (M = 5,32; Me = 4). У 23 осіб ця цінність розташована першою в особистісній ієрархії, ще 23 особи поставили її на другу або

третю рангову позицію. Отже, загалом 43,81% досліджуваних відзначили пріоритет життєрадісності. Такі пацієнти намагаються не втрачати позитивної налаштованості, з гумором ставитися до життєвих проблем і викликів. Це може бути засобом подолання негативних емоцій та думок, спричинених онкологічною хворобою.

Другу позицію зайняла цінність «відповідальність», що включає почуття обов'язку, уміння дотримуватися власних обіцянок та зобов'язань ($M = 6,55$, $Me = 6$). На третьому місці «старанність», «вихованість» та «акуратність» ($Me = 7$, M від 7,23 до 7,98). Останні позиції рейтингу займають високі запиту та непримиренність до недоліків у собі та інших.

Цей вибір можна інтерпретувати як найбільш визнані, поширені способи досягнення термінальних цінностей пацієнтів (нагадаємо, що головною цінністю у вибірці виступає відновлення здоров'я). Життєрадісність тісно пов'язана з такою важливою якістю як життєстійкість, що у свою чергу, сприяє збереженню й відновленню здоров'я людини. Активне ставлення до життя, позитивне мислення можуть значно покращити фізичний і психологічний стан, що особливо важливо для онкологічних хворих осіб. Відповідальність сприяє дисциплінованості, яка є необхідною для виконання довгострокових цілей лікування. Вихованість (дотримання правил соціальної взаємодії, гарні манери) та самоконтроль (стриманість, самодисципліна), швидше за все, допомагають пацієнтам налагоджувати соціальні зв'язки, необхідні для емоційної підтримки. Акуратність (уміння тримати в порядку речі, порядок у справах) та тверда воля (уміння наполягти на своєму, не відступати перед труднощами) також важливі для успішного подолання труднощів в умовах важких життєвих обставин.

Обрані термінальні та інструментальні цінності складають ядро мотивації пацієнтів, основу їх світогляду та життєвої позиції.

Загалом, обрані інструментальні цінності пацієнтів (життєрадісність, відповідальність, старанність, виховання, акуратність та самоконтроль),

відповідають досягненню термінальних цілей, передусім здоров'я. Вони допомагають підтримувати активність та позитивний емоційний стан, важливі для лікування онкологічної хвороби та наступної реабілітації. За результатами досліджень попередніх вчених у неклінічних вибірках деякі вищевказані цінності також є популярними. Вихованість, життєрадісність, старанність часто обирають в якості важливих цінностей молоде покоління українців, але в поєднанні з незалежністю та сміливістю у відстоюванні власної позиції (Болотова та Байдак, 2013; Яценко та Шкляєва, 2023). Це частково підтверджує припущення про те, що у контексті онкологічної хвороби ціннісні пріоритети особистості можуть змінюватися.

Розмірковуючи над загальною структурою ціннісної ієрархії, зокрема над відповідністю інструментальних та термінальних цінностей пацієнтів, ми маємо відзначити спрямованість особистості на цінності власного «Я» при відносно байдужому ставленню до цінностей досягнень і самовпевненості. Життєві цінності, які співвідносяться зі станом здоров'я, підтримкою щасливого сімейного життя, любові, життєвої мудрості, матеріального забезпечення, активної життєвої діяльності є основою психоемоційного комфорту людини. Передусім, вони допомагають відновити почуття контролю над власним життям у хворих на онкологію. Водночас, соціально-зумовлені цінності, пов'язані із самоствердженням і досягненнями (такі як цікава робота, наявність гарних друзів, суспільне покликання, свобода, впевненість у собі, пізнання, продуктивне життя, щастя інших тощо) не мають першочергового значення і суттєво не впливають на творення сенсу та життєвих цілей у онкологічних пацієнтів.

Отримані результати дозволяють стверджувати, що онкологічне захворювання, наявність якого порушує як біологічний аспект існування, так і соціальний контекст, в якому розгортається життя людини, спричиняє трансформацію життєвих цінностей хворих. Значуще місце у зміненому смертельною хворобою житті належить цінностям власного «Я»: здоров'ю, любові, сімейному щастю та матеріальній забезпеченості. Способами їх

досягнення пацієнти часто обирають життєрадісність, відповідальність та старанність. Саме вони утворюють сенс у системі суб'єктивної психологічної самоорганізації особистості, яка перебуває у травматичному стані переживання онкологічного захворювання. Отже, трансформація життєвих цінностей під час хвороби вибудовує у пацієнтів вектор спрямованості інтересів і сенсу життя на цінності, які сконцентровані навколо власного комфорту, точніше життєзабезпечення. При цьому у стані важкої хвороби людина часто займає індиферентну або байдужу позицію до соціальних аспектів життя, суспільних обов'язків та досягнень.

3.1.2. Сми́сложиттєві орієнтації пацієнтів, їх зв'язок з термінальними й інструментальними цінностями

Результати опитувальника смысложиттєвих орієнтацій (далі СЖО) дозволяють з'ясувати специфічні особливості екзистенціальних аспектів буття онкологічних пацієнтів. Методика вимірює загальне відчуття осмисленості та цілеспрямованості життя, на противагу відчуттю втрати сенсу, що лежить в основі екзистенційної фрустрації та екзистенційного вакууму. Втрата сенсу часто супроводжується апатією та незадоволеністю; сама по собі вона не є патологічною ознакою, проте суттєво знижує якість життя і може призвести до так званого «ноогенного неврозу», що зароджується у духовному вимірі, але проявляється у психосоматичних клінічних порушеннях (Frankl, 2020).

Методика є дуже популярною серед вітчизняних психологів, які вивчають ціннісну сферу особистості, вона часто використовується в наукових працях та дисертаціях; разом із тим триває академічна дискусія стосовно її оптимальної факторної структури (Вельдбрехт, Бовдир, Самкова, 2021; Rubio-Belmonte, Mayordomo Rodríguez, García-Alandete, 2023). Проте існує мало даних щодо використання опитувальника у клінічних дослідженнях, хоча перебудова сенсожиттєвих орієнтацій є одним із ключових аспектів подолання хвороби.

Кількісні дані опитування складають п'ять вимірів, які відображають: а) *власне смисложиттєві орієнтації* (життєві цілі, емоційна насиченість та задоволеність самореалізацією, що співвідносяться з метою життя, його процесом та результатом, а ширше – із майбутнім, сьогоденням і минулим людини); б) характеристики *внутрішнього локусу контролю*: загальне переконання в тому, що контроль можливий, а також віра у власну здатність здійснювати такий контроль. Найбільш надійним виміром вважається сумарна оцінка всіх пунктів методики СЖО, що дозволяє з'ясувати загальний рівень осмисленості існування людини, наявність або відсутність екзистенційного вакууму, втрати сенсу життя та самовідчуження. При інтерпретації даних ми керувалися тестовими нормами вибірки здорових дорослих віком 16 – 64 років, згідно з якими середній показник СЖО складає 103,16 при стандартному відхиленні 18,73 (Вельдбрехт та ін., 2021).

Описові статистики у вибірці пацієнтів онкологічного диспансеру представлені у табл. 3.4. Після попереднього аналізу з масиву даних було вилучено дані однієї пацієнтки, які мали надзвичайно низькі показники (сумарна оцінка СЖО склала 28 балів, оцінки окремих шкал – від 4 до 13 балів), і були визначені як викиди.

Таблиця 3.4

Описові статистики за СЖО у вибірці онкологічних пацієнтів (n = 104)

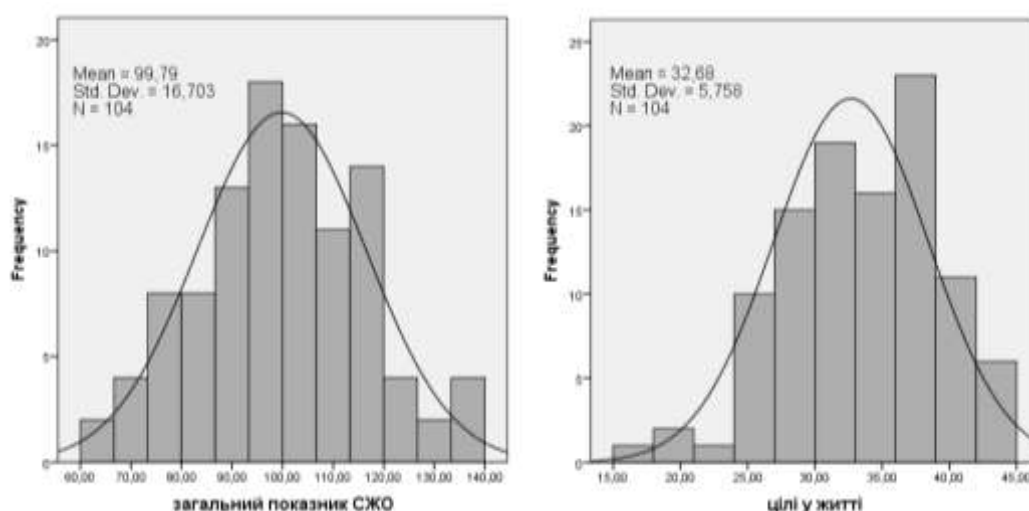
Діагностичні параметри	Me	M	95 % ДІ середнього	SD	As	Es
Цілі у житті	33,5	32,68	31,6 – 33,8	5,76	-0,487	-0,183
Процес життя	29,0	29,31	28,2 – 30,4	5,77	-0,559	1,08
Результативність життя	26,0	26,11	25,2 – 27,1	4,88	-0,231	-0,234
Локус контролю - Я	21,0	20,72	19,8 – 21,6	4,49	-0,405	-0,382
Локус контролю - життя	29,0	28,98	27,9 – 30,1	5,77	-0,611	0,340
Загальний показник СЖО	100,0	99,79	96,5 – 103	16,70	0,012	-0,373

Примітка: Me – медіана, M – середнє; ДІ – нижня та верхня межа 95 % довірчого інтервалу середнього; SD – стандартне відхилення показника у вибірці; As – асиметрія (стандартна помилка асиметрії у вибірці становить 0,237); Es – ексцес (стандартна помилка ексцесу у вибірці становить 0,469).

Перевірка розподілу змінних за тестом Шапіро-Вілка показала суттєве відхилення показників усіх шкал від критеріїв нормального розподілу (крім сумарної оцінки методики СЖО) – розрахунки наведені у додатку Б. Це зумовлює використання в роботі непараметричних методів статистичного аналізу. Частотний розподіл змінних відображено на рис. 3.3. Відхилення від нормальної Кривої Гауса може демонструвати вплив хвороби на формування сенсожиттєвих орієнтацій пацієнтів.

Помітне правостороннє зміщення показника «Цілі у житті». Досить велика частка пацієнтів демонструють високі бали за цим показником на рівні 36 – 39 балів – вони мають чіткі, осмислені плани і програми дій, які надають їх життю спрямованість та осмисленість (важливо, щоб ці плани були підкріплені особистою відповідальністю за їх реалізацію). Очевидно, що постановка діагнозу онкологічного захворювання вимагає перегляду життєвих сенсів, перебудову ієрархії цінностей та цілей відповідно до нових обставин, передусім необхідності тривалого лікування.

Стосовно показника «Локус контролю – Я» розподіл є відносно рівномірним із двома виразними піками ліворуч та праворуч від центру: перший розташований у зоні низьких значень (16–17 балів), другий – у зоні 22–23 бали. Це означає, що серед онкологічних хворих спостерігається два основних підходи до оцінки власної здатності впливати на життя.



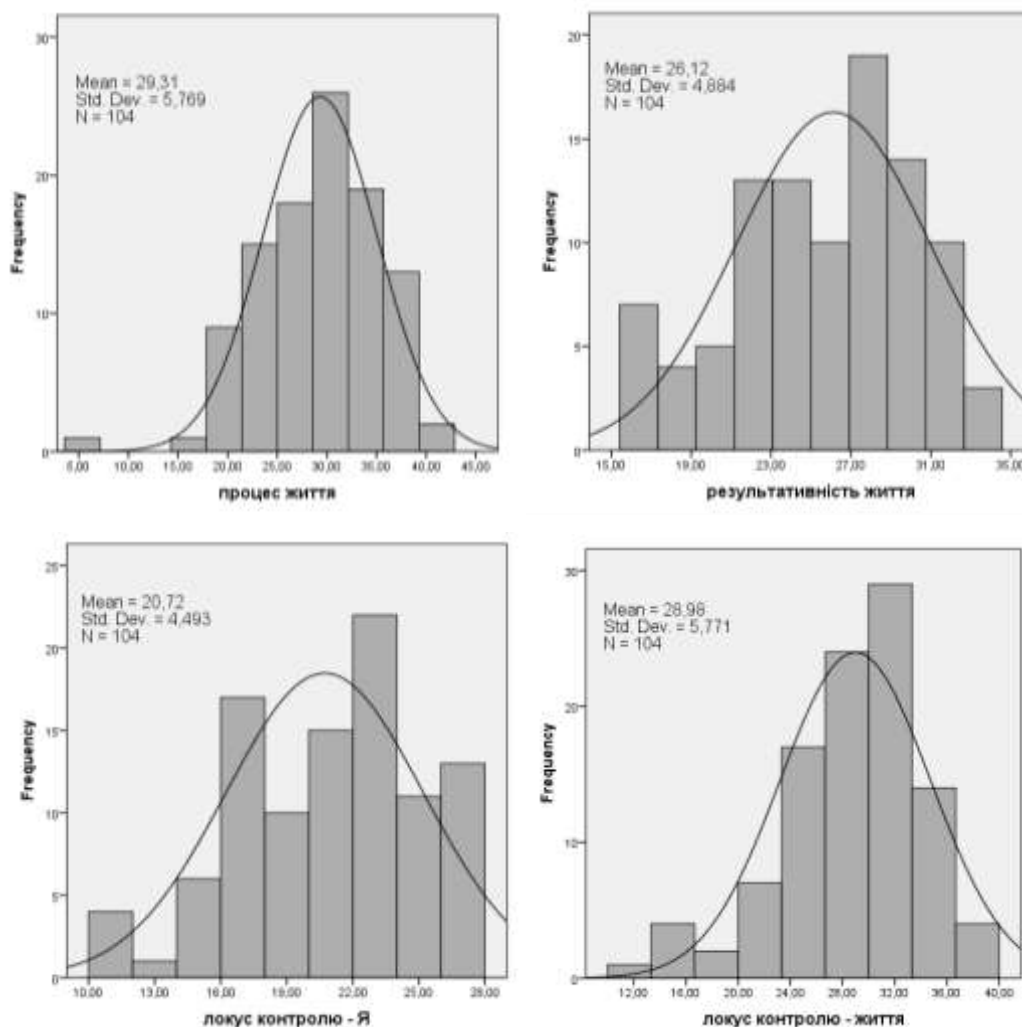


Рис. 3.3. Гістограми розподілу показників смисложиттєвих орієнтацій у вибірці пацієнтів онкологічного диспансеру

Частина пацієнтів зі *зниженими оцінками за шкалою «Локус контролю – Я»* втрачають здатність контролювати події власного життя та свободу вибору, щоб побудувати життя відповідно до власних цілей. Вони схильні до зовнішнього локусу контролю, тобто вважають, що події, які з ними відбуваються, визначаються зовнішніми обставинами, такими як доля, хвороба, інші люди чи обставини, які вони не можуть контролювати. Це може супроводжуватись почуттям безсилля та залежності, що є характерним для людей, які стикаються з важкими діагнозами або перебувають у складних життєвих ситуаціях.

Водночас, досить значна частка пацієнтів з оцінками вище середнього рівня (22 – 23 бали) демонструють переконаність у власній

здатності впливати на події, які з ними відбуваються, тобто внутрішній локус контролю. Вони відчують відповідальність за свої дії та їх результати, отже більш активні у прийнятті рішень стосовно лікування, дотримання режиму чи змін способу життя. Такий підхід зазвичай асоціюється з більшою адаптивністю до хвороби та вищою мотивацією до лікування, відновлення здоров'я.

Декілька піків емпіричного розподілу властиві також показнику «Результативність життя» (рис. 3.3). В даному випадку особливість полягає в тому, що перший, невеликий пік спостерігається в зоні найнижчих оцінок (15 – 17 балів). Дев'ятеро пацієнтів (8,57 % вибірки) вкрай незадоволені прожитим відрізком життя та власною самореалізацією. Це свідчить про переживання глибокої екзистенційної кризи, переоцінку значущості свого життя, що може бути пов'язане з почуттям незавершеності життєвих планів, нереалізованості цілей, втрати можливостей. Така незадоволеність може посилюватися через усвідомлення обмеженості власного часу, що є типовим для осіб, які стикаються з серйозними хворобами.

Поряд із цим, основний пік розподілу знаходиться в інтервалі оцінок вище середнього рівня, до якого належить більше чверті пацієнтів (27 – 29 балів отримали 27,62 % вибірки). Для таких хворих характерна помірна задоволеність життям: вони вважають його достатньо продуктивним та осмисленим, при цьому зберігають почуття того, що життя продовжується і його сенс варто закладати в майбутнє. Вони усвідомлюють власні досягнення, хоча, можливо, і не вважають своє життя повністю реалізованим. Це може бути свідченням гарної адаптації до нових обставин, готовності переосмислювати свої життєві цілі та цінності.

Для більш детального огляду індивідуальних результатів пацієнтів ми розподілили отримані кількісні показники відповідно раніше опублікованим тестовим нормам СЖО. Вони рахуються окремо для чоловічої та жіночої частини вибірки – див. рис. 3.4.

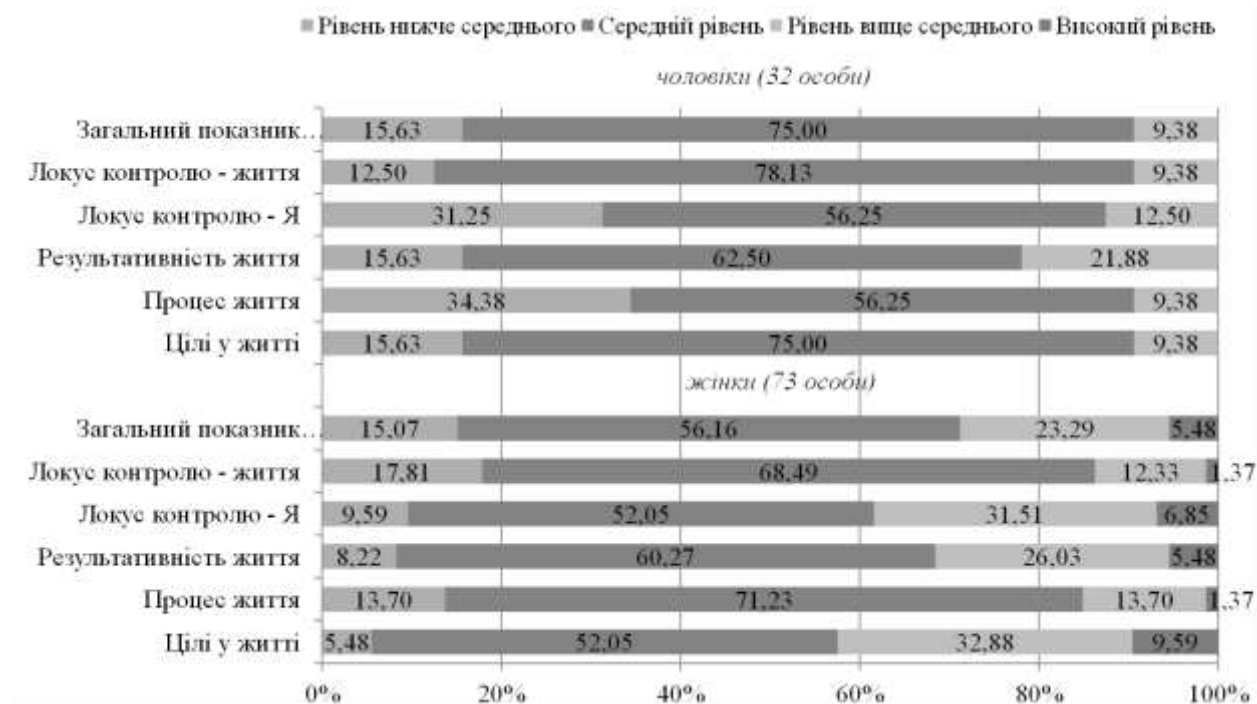


Рис. 3.4. Відсотковий розподіл результатів СЖО у вибірці

Проблемним виявився показник «Процес життя» – тут найменше показників високого рівня і найбільша частка низьких оцінок. Це дозволяє припустити, що онкологічні пацієнти мають специфічні особливості сприймання поточного моменту свого життя. Особи з низькими оцінками за цією шкалою незадоволені своїм життям у теперішньому моменті, але при цьому можуть надавати сенс спогадам про минуле або бути націленими у майбутнє. Серед чоловіків таких більше третини. Лише 9,38 % чоловіків та 15,07 % жінок оцінили процес свого життя як достатньо цікавий, наповнений змістом та емоційно насичений.

При цьому серед чоловіків поширені прояви зневіри у власних силах та можливостях контролювати життєві події (31,25 % опитаних мають знижений показник «Локус контролю – Я»). Натомість у жінок спостерігається схильність інтерпретувати життя загалом як таке, що не підвладне свідомому контролю, присутні уявлення про ілюзорність вибору та відсутність сенсу щось планувати на майбутнє (17,81 % мають знижений рівень показника «Локус контролю – життя»).

Загалом, отримані результати підтверджують та конкретизують

наукові уявлення про те, що постановка смертельного діагнозу часто спричиняє переоцінку життєвих досягнень людини, трансформацію засвоєних цінностей та пріоритетів.

На наступному етапі аналізу емпіричних даних ми перевірили кореляційні зв'язки між показниками опитувальника СЖО та методики вивчення ціннісних орієнтацій М. Рокича (використовували коефіцієнт рангової кореляції Спірмена). При цьому очікували, що рівень осмисленості життя може бути пов'язаним із вибором людиною тих чи інших життєвих цінностей в якості бажаних цілей та засобів їх досягнення.

Проти очікувань, достовірних зв'язків виявилось небагато, вони стосуються лише окремих термінальних та інструментальних цінностей з переліку – табл. 3.5 (повні розрахунки наведені у додатку В).

Таблиця 3.5

Коефіцієнти кореляції Спірмена між показниками смисложиттєвих орієнтацій та рангової позицію окремих цінностей (N=105)

	Цілі у житті	Процес життя	Результативність життя	Локус контролю - Я	Локус контролю - життя	Загальний показник СЖО
Термінальні цінності:						
Активне діяльне життя	-	-0,177	-0,277**	-	-0,179	-
Здоров'я	-	0,198*	0,219*	-	-	-
Цікава робота	-	-	0,190	-	-	-
Краса природи та мистецтва	-0,171	-	-0,233*	-	-	-
Матеріально забезпечене життя	-	0,186	-	-	-	-
Розвиток	-	-0,218*	-0,256**	-	-0,163	-
Щасливе сімейне життя	-	-	-	-0,198*	-	-
Щастя інших	-	0,228*	-	-	-	-
Інструментальні цінності:						
Акуратність	-0,182	-0,176	-	-0,259**	-0,230*	-0,212*
Високі запити	0,241*	-	-	-	-	0,171
Життєрадісність	-	-	-	-	-	-0,164
Незалежність	0,168	-	-	-	-	-
Непримиренність до недоліків	0,176	0,202*	0,180	-	0,206*	0,247*
Освіченість	-	-	-	-	-0,264**	-
Чесність	-0,181	-	-	-0,166	-	-

Примітка: * кореляція значуща при $p \leq 0,05$; ** кореляція значуща при $p \leq 0,01$; *** кореляція значуща при $p \leq 0,001$; без позначок – кореляції, що мають значущість $p \leq 0,10$, і можуть бути інтерпретовані як тенденції.

При інтерпретації слід враховувати що менший ранг цінності свідчить про її високу значущість у системі життєвих пріоритетів особистості.

Загальний показник СЖО достовірно корелює з ранговими позиціями інструментальних цінностей «акуратність» (від'ємна кореляція при $p=0,031$) та «непримиренність до недоліків у собі та інших» (додатна кореляція при $p=0,012$). Виявлено також *тенденцію* до кореляції із цінностями «високі запити» та «життєрадісність» ($p=0,082$ та $0,096$ відповідно).

Отже, більшу наповненість життя сенсом відчують пацієнти, які високо цінують порядок у власних речах і справах, при цьому відмовляються від критичного ставлення до себе та навколишніх людей, а також від високих вимог і домагань. Охайність і акуратність, передусім, дозволяє підтримувати почуття контрольованості життя, віри у власні можливості впливати на зовнішні події.

Звернемо увагу, що нечисленні пацієнти, які відсувають цінність «здоров'я» на другорядні позиції, мають вищі оцінки задоволеності результатами власного життя ($p=0,044$) та процесом його проживання в теперішньому ($p=0,026$). Це може свідчити про екзистенційне прийняття власного становища або переорієнтацію на інші життєві цінності, які людина вважає більш важливими на поточному етапі. Можливо, такі пацієнти сприймають здоров'я як неконтрольований фактор і зосереджуються на інших аспектах життя, що приносять їм задоволення та почуття сенсу, навіть в умовах хвороби.

Серед цінностей, достовірно пов'язаних з внутрішнім локусом контролю – щасливе сімейне життя ($p=0,044$), а також активне діяльне життя та розвиток (на рівні тенденцій, $p\leq 0,010$). Це важливі аспекти життя, котрі пацієнти можуть контролювати, і за рахунок яких прагнуть досягати смислової наповненості власного існування.

Вибір пацієнтами певних термінальних або інструментальних цінностей корелює із рівнем вираженості окремих компонентів смисложиттєвих орієнтацій (виявлено значущі зв'язки стосовно декількох цінностей, серед яких здоров'я, розвиток, а також інструментальні цінності «непримиренність до недоліків» та «акуратність»).

Проведений кореляційний аналіз не дозволяє визначити причинно-наслідкові відносини між змінними, але допомагає сформулювати припущення стосовно їх природи (вони будуть перевірені на наступних етапах аналізування). Ми припускаємо, що переживання осмисленості життя або навпаки, відчуженості і втрати сенсу, зумовлене не стільки прихильністю особистості до якихось конкретних цінностей, скільки збалансованістю і гармонійністю внутрішніх пріоритетів, їх відповідністю зовнішнім умовам. Можливо, такі зв'язки є більш складними та нелінійними.

3.2. Чинники формування життєвих цінностей у осіб з онкологією: порівняльний аналіз

Для виявлення ступеню впливу хвороби на повсякденне життя пацієнтів в процесі попереднього анкетування ставилося питання про те, якою мірою онкологічна патологія заважає їм жити повноцінно. Пропонувалося чотири варіанти відповіді: зовсім не заважає (при обробці кодували як 1) зовсім не заважає, (2) помірно, (3) у значній мірі, (4) дуже заважає (4).

Перший варіант обрала дуже мала кількість опитаних – лише 6 осіб, тобто 5,71 % вибірки. Найбільша частка пацієнтів (39,05 %) вказала, що хвороба помірно вплинула на їх життєвий уклад. Водночас, більше половини опитаних вказали на значний або дуже сильний вплив захворювання – див. рис. 3.5.

Порівняльний аналіз груп, які розрізняються за певним критерієм, дозволяє з'ясувати причинно-наслідкові зв'язки у вибірці. У даному

випадку незалежною змінною (чинником впливу) виступає міра, у якій захворювання заважає повноцінному життю пацієнтів, а залежними змінними – обрані позиції термінальних та інструментальних цінностей. Додаткова перевага методу порівняння кількох груп полягає у можливості виявити складні, нелінійні зв'язки між виміряними показниками.

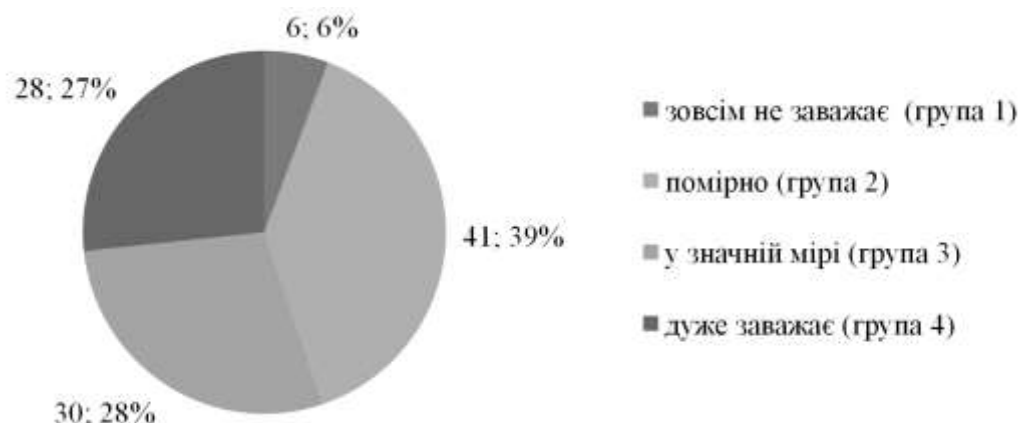


Рис. 3.5. Розподіл відповідей пацієнтів онкологічного диспансеру на питання «Якою мірою рак заважає Вам жити повноцінним життям?» (n, %)

Середні ранги цінностей в групах та результати порівняльного аналізу наведені у табл. 3.6 – 3.8.

Таблиця 3.6

Порівняльний аналіз термінальних цінностей в досліджуваних групах (негативний вплив хвороби на життя)

Термінальні цінності:	Середній ранг цінностей в групах				Тест Краскела-Волліса	
	Група 1 N=6	Група 2 N=41	Група 3 N=30	Група 4 N=28	χ^2	p
активне діяльне життя	7,83	8,58	7,47	9,64	4,589	0,204
життєва мудрість	7,67	8,02	7,87	8,46	0,563	0,905
здоров'я	2,83	1,63	1,83	2,53	2,760	0,430
цікава робота	9,33	7,87	9,33	7,82	3,969	0,265
краса природи та мистецтва	13,50	13,54	13,83	12,89	1,559	0,669
любов	3,17	3,85	5,63	5,46	3,708	0,295
матеріальна забезпеченість	7,00	7,73	7,53	7,18	0,552	0,907
наявність вірних друзів	10,50	8,43	10,36	9,07	5,123	0,163
суспільне покликання	12,33	12,17	12,30	11,03	1,487	0,685
пізнання	13,17	10,20	11,23	10,61	3,207	0,361
продуктивне життя	11,17	10,39	9,07	10,04	3,068	0,381
розвиток	13,00	9,80	11,30	10,75	5,218	0,157

розваги	13,17	14,76	15,17	15,64	1,090	0,779
свобода	5,67	8,58	8,57	9,78	3,375	0,337
щасливе сімейне життя	2,33	5,46	4,77	4,61	7,014	0,071
щастя інших	12,83	12,17	10,56	9,96	6,853	0,077
творчість	13,67	14,76	14,03	14,50	0,336	0,953
впевненість у собі	11,83	13,02	10,03	10,96	8,164	0,043

Примітка: група 1 – пацієнти, які відзначили незначний вплив хвороби на життя, група 2 – помірний вплив хвороби на життя; група 3 – значний негативний вплив хвороби на життя, група 4 – дуже сильний негативний вплив хвороби на життя.

За результатами порівняльного аналізу термінальних цінностей виявлені достовірні відмінності груп у позиціонуванні цінності «впевненість у собі» ($p=0,043$), що означає вибір в якості бажаної життєвої цілі внутрішньої гармонії, свободи від внутрішніх протиріч – див. табл. 3.6.

Пацієнти, які гостро відчувають негативний вплив хвороби на своє життя (групи 3 і 4), більш схильні обирати в якості важливої життєвої цілі досягнення внутрішньої гармонії та впевненості. Про це свідчить зменшення середнього рангу цінності у цих групах. Для них важливо звільнитися від протиріч, сумнівів, та страхів, які супроводжують процес лікування та прогнозування майбутнього. Отже, хвороба стає тригером для переосмислення життєвих пріоритетів. Відновлення внутрішньої стабільності дозволяє пацієнтам краще адаптуватися до зміни життєвих обставин і зменшити психологічний дискомфорт, спричинений хворобою.

Отже, вплив хвороби на вибір термінальних життєвих цілей не дуже помітний.

Натомість стосовно інструментальних цінностей виявлено значну кількість статистично-достовірних зв'язків (відмінностей між групами), зумовлених негативним впливом онкологічного захворювання на життя пацієнтів – табл. 3.7. Розглянемо виявлені відмінності груп більш детально та запропонуємо рекомендації щодо психологічного супроводу пацієнтів різних категорій.

1. Незалежність (М від 7,23 до 14,83; відмінності значущі при $p=0,003$). У найбільшій мірі негативний вплив хвороби позначився на виборі інструментальної цінності «незалежність». Чим сильніше пацієнти

відчувають обмеження у своєму житті через онкологічну патологію, тим більшу вагомість вони надають незалежності, самостійності й рішучості. Це підтверджується зниженням значень середнього рангу та медіани для цієї цінності – в групах 3 та 4 вона посувається в першу половину переліку ціннісних орієнтацій (див. табл. 3.7 і рис. 3.6). Такий результат можна пояснити тим, що онкологічне захворювання та лікувальні процедури суттєво зменшують здатність пацієнтів діяти автономно. У відповідь на ці обмеження актуалізується потреба у незалежності як спосіб збереження самоконтролю та суб'єктності.

Таблиця 3.7

Порівняльний аналіз інструментальних цінностей в досліджуваних групах (негативний вплив хвороби на життя)

Інструментальні цінності:	Група 1 N=6	Група 2 N=41	Група 3 N=30	Група 4 N=28	Тест Краскела-Волліса	
					χ^2	p
акуратність	6,83	7,22	9,07	8,18	2,823	0,420
виховання	5,67	6,54	7,87	9,11	4,808	0,186
високі запити	17,83	15,93	14,97	13,82	10,167	0,017
життєрадісність	5,00	5,59	3,83	6,61	8,486	0,037
старанність	7,50	6,68	8,53	6,57	4,174	0,243
незалежність	14,83	10,29	7,23	8,68	13,887	0,003
непримиренність до недоліків	12,00	12,39	13,43	11,96	1,363	0,714
освіченість	8,67	7,51	10,00	9,68	6,221	0,101
відповідальність	6,50	5,97	6,60	7,35	2,092	0,554
раціоналізм	9,50	12,05	11,50	9,00	7,864	0,049
самоконтроль	7,33	8,61	9,67	7,68	4,265	0,234
терпимість	9,67	9,73	9,00	11,32	3,776	0,287
тверда воля	10,00	8,78	11,17	7,61	7,287	0,063
сміливість у відстоюванні своєї думки, поглядів	14,17	11,36	8,57	10,75	8,577	0,035
широта поглядів	11,00	12,80	10,33	12,21	5,246	0,155
чесність	6,17	8,00	8,57	10,00	3,238	0,356
ефективність у справах	10,00	11,46	10,67	10,07	2,081	0,556
чуйність	8,33	10,10	10,10	10,39	0,918	0,821

Примітка: група 1 – пацієнти, які відзначили незначний вплив хвороби на життя, група 2 – помірний вплив хвороби на життя; група 3 – значний негативний вплив хвороби на життя, група 4 – дуже сильний негативний вплив хвороби на життя.

Отриманий результат змушує звернути особливу увагу на запит щодо автономності в роботі з онкологічними пацієнтами. Це може включати стимулювання прийняття самостійних рішень у процесі лікування, надання потрібної інформації для підвищення контролю над життєвими обставинами та підтримку в розвитку навичок адаптації до нових умов.

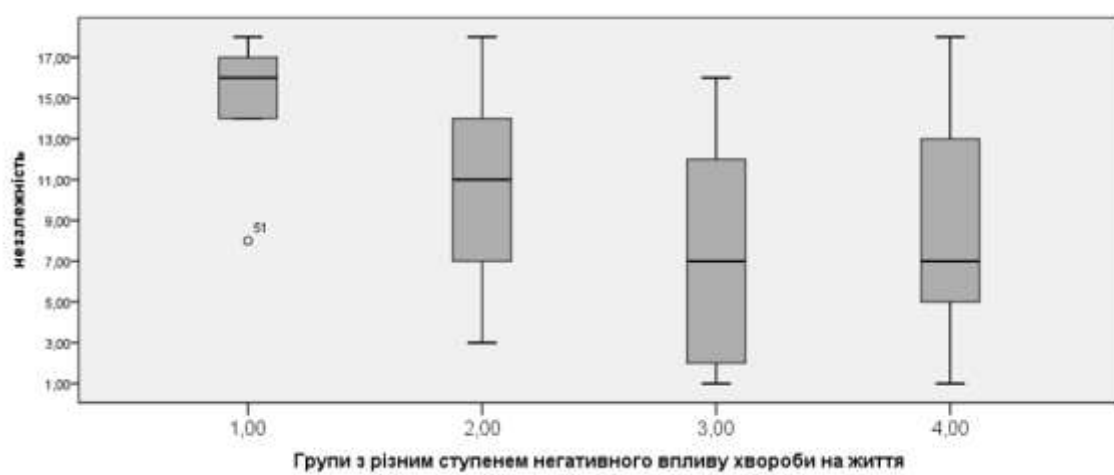


Рис. 3.6. Коробкові діаграми показника інструментальної цінності «Незалежність» у досліджуваних групах

2. Високі запити (М від 13,82 до 17,83; відмінності значущі при $p=0,017$). Загалом, цю цінність пацієнти вважають малозначущою та найчастіше ставлять в кінець списку особистих пріоритетів. Але посилення негативного впливу хвороби на життя супроводжується поступовим просуванням цінності на більш значущі позиції. Це можна пояснити тим, що онкологічне захворювання стимулює пацієнтів переосмислювати свої життєві орієнтири й прагнення. У цьому контексті «високі запити» (високі домагання і вимоги до життя) можуть розглядатися не як прагнення до матеріального достатку чи соціального статусу, а скоріше як бажання людини досягти більшого у своєму житті, незважаючи на хворобу.

Особи, які гостро відчують обмеження через хворобу, прагнуть реалізувати збережені можливості, максимально використовуючи доступні їм час і ресурси. У роботі з такими пацієнтами важливо допомагати їм формувати реалістичні цілі, які сприяють активності та позитивній

життєвій позиції, відновлюють відчуття успішності, самоефективності.

3. Сміливість у відстоюванні своєї думки, поглядів (М від 8,57 до 14,17; відмінності значущі при $p=0,035$). Стосовно цієї другорядної цінності виявлений зв'язок є непростим та нелінійним, його можна визначити як U-подібний (рис. 3.7). Середній ранг цінності знижується зі збільшенням рівня негативного впливу хвороби: група 1 має найвищий середній ранг (14,17), тоді як у групі 3 він найнижчий (8,57); групи 2 і 4 займають проміжні позиції (середні ранги 11,36 і 10,75 відповідно).

Пацієнти, які мало відчувають негативний вплив хвороби, зберігають більшу сміливість у відстоюванні власної думки та поглядів. Скоріше за все, це пов'язано з тим, що фізичний і психологічний стан пацієнтів дозволяє їм залишатися активними учасниками соціального життя. Натомість пацієнти, які переживають сильний негативний вплив хвороби, можуть бути менш схильні до прояву сміливості через зниження рівня впевненості в собі, посилення залежності від оточення або виснаження ресурсів на боротьбу із хворобою.

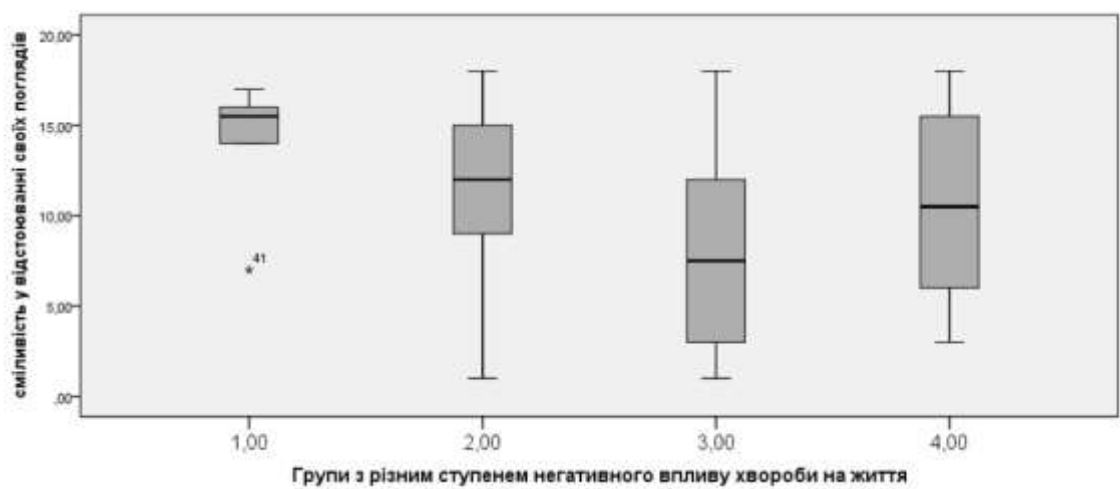


Рис. 3.7. Коробкові діаграми показника інструментальної цінності «Сміливість у відстоюванні власних поглядів» в досліджуваних групах

Слід звертати увагу на роботу з установками пацієнтів, які можуть впливати на їхню сміливість і впевненість у собі, наприклад, страх бути незрозумілим або залежність від чужих рішень.

4. Життєрадісність (середній ранг 3,83 – 6,61; відмінності значущі при $p=0,037$). Зв'язок цінності «життєрадісність» із руйнівним впливом хвороби є досить складним та неоднозначним. Найчастіше цю цінність на перші позиції обирають представники 3 групи, які у значній мірі відчули, що хвороба заважає їм повноцінно жити. У цьому випадку життєрадісність виконує компенсаторну функцію, допомагаючи пацієнтам зберігати психологічну рівновагу та оптимізм, мотивуючи їх боротися із викликами, спричиненими захворюванням. Разом із тим, в групі 4, де пацієнти відчувають дуже сильний негативний вплив хвороби, значущість цієї інструментальної цінності знижується (табл. 3.7). Можливо, це пов'язано з об'єктивними труднощами та негараздами, які обмежують можливості підтримки позитивного ставлення до життя. У таких пацієнтів внутрішні ресурси часто виснажуються, а увага концентрується на подоланні фізичних і емоційних страждань, що залишає менше простору для життєрадісності.

Враховуючи високий ранг цієї цінності у вибірці, важливо розуміти та посилювати компенсаторний ефект життєрадісності, використовуючи її як внутрішній ресурс у процесі реабілітації онкологічних пацієнтів. Отримані результати свідчать про те, що ступінь вираженості життєрадісності як інструментальної цінності залежить не лише від рівня впливу хвороби, а й від доступності внутрішніх та зовнішніх ресурсів особистості. Збереження життєрадісності може потребувати зовнішньої підтримки, наприклад, через психотерапевтичну допомогу, групи підтримки або роботу із родичами пацієнтів. Варто впроваджувати психологічні програми, які допомагатимуть пацієнтам, котрі гостро відчувають обмеження життєдіяльності, знову знаходити джерела життєрадісності та підтримувати позитивне мислення, навіть за складних обставин.

5. Раціоналізм (М від 9,00 до 12,05; відмінності значущі при $p=0,049$). У цьому випадку виявлено обернений U-подібний зв'язок:

найвищі показники середнього рангу цінності спостерігаються в групі 2 (помірний вплив хвороби), а найнижчі – у групі 4 (дуже сильний негативний вплив). Отже, вага цінності «раціоналізм» демонструє нелінійний зв'язок із ступенем руйнівного впливу хвороби на життя – рис. 3.8.

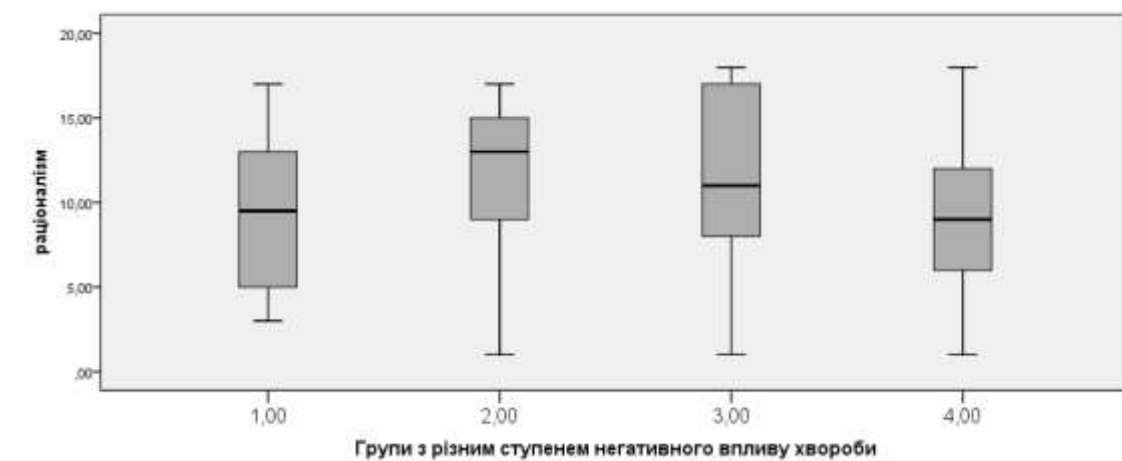


Рис. 3.8. Коробкові діаграми показника інструментальної цінності «Раціоналізм» в досліджуваних групах

Уміння логічно мислити, приймати обмірковані, раціональні рішення виявилось найбільш важливим для пацієнтів, які відчують дуже сильний руйнівний вплив хвороби на життя. Низький ранг цінності у групі 4 свідчить про те, що для таких пацієнтів раціоналізм є одним із визнаних пріоритетів. Ймовірно, обмеження самостійності та контролю над життям, викликані хворобою, стимулюють потребу у логічному осмисленні ситуації, що у свою чергу, може бути пов'язане з бажанням підтримувати внутрішню стабільність і знайти шляхи вирішення проблем. Раціональність допомагає пацієнтам впорядковувати думки, приймати обґрунтовані рішення і знаходити логічні пояснення ситуації, коли вплив хвороби відчувається як критичний. Водночас, погіршення фізичного і психічного стану обмежує здатність діяти раціонально. Для таких пацієнтів буде корисна підтримка раціонального мислення через техніки когнітивної

реструктуризації, відстеження впливу емоцій та стресу на здатність ухвалювати рішення.

Збільшення рангу цінності у групі 2 свідчить про те, що пацієнти з помірним впливом хвороби приписують раціоналізму меншу важливість. Можливо, вони не стикаються з настільки серйозними життєвими обмеженнями, які б вимагали мобілізації когнітивних ресурсів.

Підсумовуючи результати порівняльного аналізу ціннісних орієнтацій, слід відзначити, що більшість виявлених зв'язків є нелінійними. Це свідчить про складні механізми трансформації життєвих цінностей осіб із онкологічним захворюваннями, на які впливає багато чинників різної природи: фізіологічних, соціальних, психологічних, духовних. Рекомендації для пацієнтів повинні враховувати ступінь негативного впливу хвороби на їх життя, оскільки різний ступінь адаптації потребує індивідуального підходу.

Дослідження виявило переконливі зв'язки між впливом хвороби та вираженістю смисложиттєвих орієнтацій пацієнтів. Достовірні відмінності груп стосуються параметрів «Процес життя», «Локус контролю – життя» та загального показника СЖО – табл. 3.8.

Таблиця 3.8

Порівняльний аналіз смисложиттєвих орієнтацій в досліджуваних групах (негативний вплив хвороби на життя)

	Група 1 N=6	Група 2 N=41	Група 3 N=30	Група 4 N=28	Тест Краскела-Волліса	
					χ^2	p
Цілі у житті	35,17	34,12	31,33	31,54	7,295	0,063
Процес життя	30,83	31,15	28,33	27,39	8,909	0,031
Результативність життя	28,00	26,92	24,80	25,96	3,536	0,316
Локус контролю - Я	22,33	21,72	19,43	20,32	5,207	0,157
Локус контролю - життя	32,83	30,10	28,03	27,57	8,063	0,045
Загальний показник СЖО	108,50	104,45	96,60	94,68	8,464	0,037

Примітка: група 1 – пацієнти, які відзначили незначний вплив хвороби на життя, група 2 – помірний вплив хвороби на життя; група 3 – значний негативний вплив хвороби на життя, група 4 – дуже сильний негативний вплив хвороби на життя.

Особи, які відчувають сильний негативний вплив хвороби (групи 3 та 4), втрачають задоволення від процесу життя і не бачать сенсу в тому, щоб «просто жити» ($p=0,031$). Отриманий результат є очікуваним та зрозумілим. Через фізичні страждання, тривогу та невпевненість у майбутньому пацієнти можуть відчувати психічне виснаження, втрату інтересу до життя, збіднення його емоційної наповненості. Незадоволеність своїм існуванням у сьогоденні може бути компенсована приємними спогадами про минуле (почуттям власної реалізованості) чи позитивною спрямованістю у майбутнє.

Поряд із цим, сильний негативний вплив хвороби знижує відчуття контролю над життям у пацієнтів з онкологією ($p=0,045$). Групи 3 і 4 демонструють часткову втрату впевненості у власній спроможності впливати на зовнішні обставини, здатності вільно приймати рішення і втілювати їх у життя – рис. 3.9, що може призводити до фаталізму та переконаності, що життя взагалі не підвладне людському контролю.

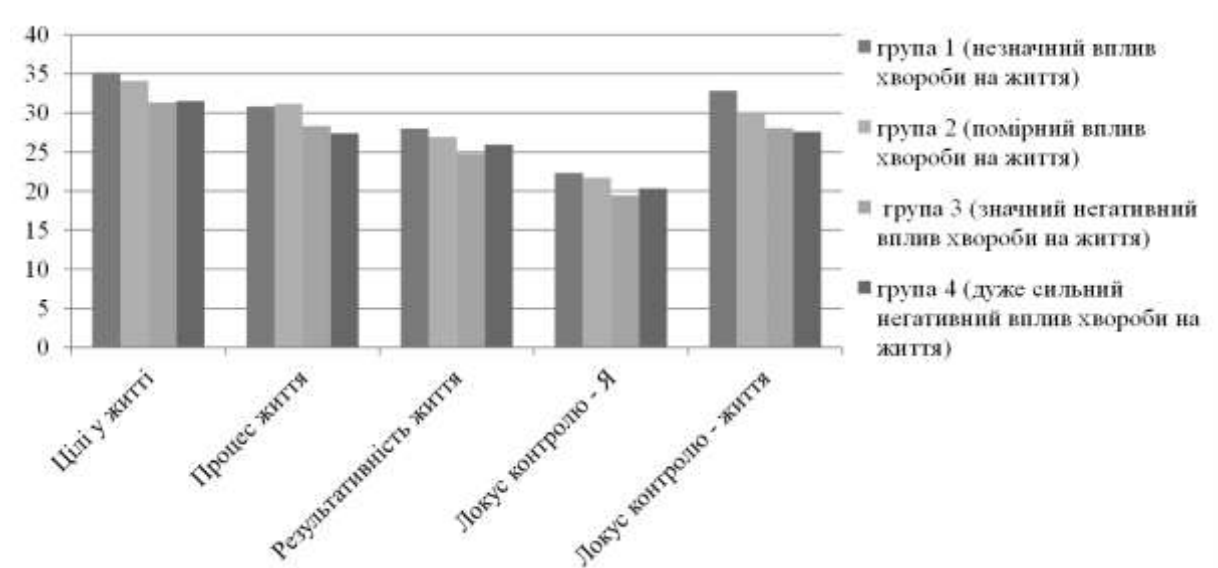


Рис. 3.9. Середні показники шкал опитувальника СЖО в групах пацієнтів з різною вираженістю негативного впливу хвороби

Отримані результати дозволяють припустити, що пацієнти з мало відчутним або помірним негативним впливом хвороби більше сфокусовані на важливих життєвих цілях. Слід пам'ятати, що загалом оцінки

цілеорієнтованості у вибірці є достатньо високими. Проте у міру посилення руйнівного впливу хвороби цілеорієнтованість пацієнтів знижується, скоріше за все, через втрату можливостей для реалізації власних цілей ($p=0,063$, даний висновок потребує додаткової перевірки й уточнення). На цей результат також впливає той факт, що провідною цінністю та метою більшості пацієнтів стає відновлення здоров'я, що відсуває інші цілі на другий план та зменшує їх значущість.

Вищеописані трансформації призводять до того, що загальна оцінка смисловиттєвої орієнтованості пацієнтів значно знижується з посиленням негативного впливу онкологічної патології ($p=0,037$). Серед представників груп 3 і 4 поширені негативні прояви, пов'язані із втратою сенсу життя, що потребують відповідних психологічних втручань. Необхідно впроваджувати психологічну підтримку, спрямовану на екзистенційні аспекти: відновлення сенсу життя, підвищення задоволеності та відчуття контролю пацієнтів.

Таким чином, проведений аналіз призводить до висновку, що переживання пацієнтами негативного впливу хвороби на їх повсякденне життя, є значущим чинником трансформації життєвих цінностей. Цей вплив лише частково пов'язаний з вибором певних життєвих цілей (доведено лише зв'язок із впевненістю в собі та досягненням внутрішньої гармонії), але помітно впливає на вибір інструментальних цінностей – переконань в тому, що певний образ дій або особистісна властивість є кращими у будь-якій ситуації. Пацієнти, які відчують значний або критичний вплив хвороби, порівняно більше цінують незалежність, і поряд з тим втрачають цінні ресурси для підтримки власної автономності та самостійності. Збільшення ваги окремих цінностей пояснюється актуалізацією важливих життєвих потреб, фрустрованих через хворобу, необхідність тривалого і складного лікування.

Отримані переконливі свідчення впливу обмежень, спричинених хворобою, на смисложиттєві орієнтації пацієнтів. Передусім вони пов'язані із втратою відчуття керованості та незадоволеністю процесом життя.

Слід відзначити, що в основу розділення груп був покладений суб'єктивний критерій – те, як самі пацієнти оцінювали негативний вплив хвороби на своє повноцінне життя. Ймовірно, при виділенні груп за об'єктивними показниками (онкологічний діагноз, стадія захворювання, тривалість лікування тощо) будуть виявлені інші важливі зв'язки, що відображують трансформацію життєвих цінностей. Це є актуальною перспективою подальших досліджень за обраною темою.

У нашому дослідженні ми зробили перевірку статевих та вікових відмінностей. Вибірка налічувала 73 жінки та 32 чоловіки. Серед них 34 особи мали вік від 20 до 45 років, 71 особа мала вік старше 45 років.

Кількісне переважання осіб жіночої статі пояснюється тим, що вони зазвичай більше уваги приділяють власному здоров'ю, мають кращу обізнаність та активніше звертаються за медичною допомогою. Жінки частіше відвідують лікарів, проходять профілактичні огляди (наприклад, мамографію), що сприяє ранньому виявленню онкологічних захворювань. Натомість чоловіки менш схильні звертатися до лікарів навіть при наявності симптомів хвороби, що може призводити до зниження діагностованих випадків раку. Крім того, існує статева різниця у поширеності певних видів онкології: у жінок часто діагностують рак молочної залози (близько 20 % усіх випадків), шийки матки та інших органів репродуктивної системи, які виявляються завдяки скринінговим програмам. У чоловіків частіше зустрічається рак легенів і шлунка, які виявляються на пізніх стадіях та характеризуються високою летальністю. Це пояснює, чому у вибірці пацієнтів онкологічного диспансеру чоловіків вдвічі менше, ніж жінок.

Значна кількість пацієнтів старше 45 років зумовлена тим, що ризик розвитку онкологічних захворювань зростає з віком. Отже, включення до

вибірки більшої кількості жінок та пацієнтів старшого віку відображає реальну епідеміологічну ситуацію та відмінності в поведінці стосовно власного здоров'я, що забезпечує репрезентативність дослідження.

Статеві та вікові відмінності вибору життєвих цінностей пацієнтами були перевірені за допомогою U-критерію Манна-Вітні. Це непараметричний критерій, який дозволяє проводити аналіз даних, виміряних у порядкових шкалах. Він визначає величину зони спільних значень у проранжованих показниках двох груп (чим вона менша, тим більш достовірною різниця між групами). Розрахунки були проведені за допомогою програмного забезпечення jamovi. При пошуку групових відмінностей у ціннісних орієнтаціях ми орієнтувались на значущість показника $p \leq 0,050$ та розмір ефекту (рангової бісеріальної кореляції) більший за 0,300.

У табл. 3.9 відзначені середні ранги цінностей у підвбірках різної статі та результати порівняльного аналізу.

Таблиця 3.9

**Описові статистики та порівняльний аналіз життєвих цінностей
у підвбірках пацієнтів різної статі**

Перелік цінностей	Середній ранг у підвибірці жінок (N=73)	Середній ранг у підвибірці чоловіків (N=32)	Результати порівняльного аналізу за критерієм Манна- Вітні		
			U	p-рівень	розмір ефекту
Термінальні цінності:					
активна життєва діяльність	8,49	8,53	1111,5	0,693	0,048
життєва мудрість	7,64	9,06	880,5	0,044	0,246
здоров'я	2,34	1,22	854,5	0,004	0,268
цікава робота	9,10	6,67	756,0	0,004	0,352
краса природи та мистецтва	12,67	15,22	691,5	0,001	0,408
любов	4,90	4,41	1037,5	0,352	0,112
матеріальне забезпечення	7,77	6,84	1037,0	0,359	0,112
наявність вірних друзів	9,60	8,53	1000,5	0,242	0,143
суспільне покликання	12,13	10,27	875,0	0,041	0,251
пізнання	11,15	9,91	962,0	0,150	0,176
продуктивне життя	9,96	9,97	1164,0	0,978	0,003
розвиток	10,71	10,56	1147,0	0,883	0,017
розваги	14,78	15,56	1067,5	0,477	0,086
свобода	8,23	9,87	953,0	0,133	0,184

Перелік цінностей	Середній ранг у підвибірці жінок (N=73)	Середній ранг у підвибірці чоловіків (N=32)	Результати порівняльного аналізу за критерієм Манна- Вітні		
			U	p-рівень	розмір ефекту
щасливе сімейне життя	4,90	4,75	1049,0	0,402	0,101
щастя інших	11,48	10,44	983,5	0,198	0,157
творчість	13,73	16,00	782,5	0,006	0,330
впевненість у собі	11,11	12,56	951,5	0,131	0,185
<i>Інструментальні цінності</i>					
акуратність	7,57	8,91	980,0	0,189	0,161
виховання	7,21	8,34	1031,0	0,339	0,117
високі запити	15,93	13,53	783,0	0,004	0,329
життєрадісність	5,62	4,66	1091,5	0,591	0,065
старанність	7,44	6,75	1082,0	0,548	0,073
незалежність	10,19	7,09	759,0	0,004	0,350
непримиренність до недоліків	12,67	12,28	1034,5	0,351	0,114
освіченість	8,70	9,25	1090,0	0,586	0,067
відповідальність	6,67	6,28	1123,5	0,756	0,038
раціоналізм	10,73	11,41	1079,0	0,534	0,076
самоконтроль	8,60	8,56	1128,5	0,783	0,033
сміливість у відстоюванні свої думки	10,67	10,31	1110,0	0,686	0,049
тверда воля	9,87	7,72	885,0	0,048	0,242
терпимість	9,48	11,00	953,0	0,133	0,184
широта поглядів	11,59	12,40	1025,0	0,318	0,122
чесність	7,91	10,12	901,0	0,063	0,228
ефективність у справах	10,24	12,00	896,5	0,058	0,232
чуйність	9,87	10,53	1072,5	0,505	0,082

Проведений аналіз показав, що існують досить виразні статеві відмінності у виборі термінальних цінностей та менш виразні – у виборі інструментальних цінностей пацієнтів. Жінки більшою мірою, ніж чоловіки, прагнуть до реалізації естетичних цінностей ($p=0,001$) та власних творчих можливостей ($p=0,004$), а також до набуття життєвої мудрості – зрілості суджень і здорового глузду, що досягаються життєвим досвідом ($p=0,044$). Натомість, для чоловіків більш притаманне прагнення до цікавої роботи ($p=0,004$) та суспільного визнання ($p=0,041$) як життєвих цілей. Цінність «здоров'я» має порівняно вищі ранги у чоловічій підвибірці ($p=0,004$), при тому що вона загалом є провідною серед пацієнтів

онкологічного диспансеру. Виявлені випадки відмови від цінності здоров'я належать саме жінкам, що вимагає додаткового вивчення.

Стосовно інструментальних цінностей виявлено небагато статевих відмінностей. Серед чоловіків більш поширені цінності «незалежність» ($p=0,004$) та «тверда воля» ($p=0,048$). Високі запити, загалом непопулярні у вибірці, мають порівняно нижчий ранг у чоловічій підвибірці ($p=0,004$).

Стосовно показників методики СЖО не було виявлено відмінностей між підвибірками чоловіків та жінок (див. додаток Г і рис. 3.10). Отже, стать мало впливає на екзистенційні переживання пацієнтів.

Окрім статі, на вибір життєвих цінностей може впливати вік досліджуваних. Відомо, що у здорових вибірках цінність здоров'я збільшується із зростанням віку людини і стає найбільш значущою після 40 років (Болотова та Байдак, 2013). Проте наявність смертельного діагнозу «ламає» ці закономірності та висуває цінність здоров'я на перший план.



Рис. 3.10 Середні показники шкал СЖО у підвибірках пацієнтів різної статі

Для виявлення *вікових особливостей* вибірка була розділена на дві категорії: до 45 років (34 особи) та після 45 років (71 особа). Результати порівняльного аналізу термінальних та інструментальних цінностей у підвибірках різного віку викладено у табл. 3.10. Розрахунки демонструють, що з віком пацієнтів зростає значущість життєвої мудрості ($p=0,026$), що

може свідчити про посилення прагнення до осмислення набутого досвіду, у тому числі негативного. Серед інструментальних цінностей спостерігається збільшення ваги незалежності ($p=0,019$), що відображає набуття із віком автономії та самодостатності, здатності діяти самостійно та рішуче, особливо у складних обставинах. Водночас, менш важливими стають високі запити – завищені домагання та вимоги до життя ($p=0,032$); це може відбуватися через переосмислення життєвих пріоритетів у контексті хвороби.

Таблиця 3.10

**Описові статистики та порівняльний аналіз цінностей у
підвбірках пацієнтів різного віку**

Перелік цінностей	Середній ранг у підвибірці 20–44 роки (n=34)	Середній ранг у підвибірці 45–60 років (n=71)	Результати порівняльного аналізу за критерієм Манна-Вітні		
			U	p- рівень	розмір ефекту
Термінальні цінності					
активна життєва діяльність	8,85	8,34	1130,0	0,597	0,063
життєва мудрість	9,15	7,56	883,5	0,026	0,268
здоров'я	2,82	1,60	1102,0	0,342	0,087
цікава робота	8,29	8,39	1187,0	0,891	0,016
краса природи та мистецтва	13,50	13,42	1060,0	0,311	0,121
любов	5,02	4,62	1102,5	0,464	0,086
матеріальне забезпечення	7,23	7,60	1153,0	0,710	0,044
наявність вірних друзів	10,00	8,93	1023,5	0,208	0,152
суспільне покликання	12,35	11,70	1039,0	0,248	0,139
Пізнання	10,91	10,70	1160,5	0,749	0,038
продуктивне життя	9,88	10,00	1178,0	0,842	0,024
розвиток	10,29	10,85	1113,5	0,520	0,077
розваги	14,06	15,48	976,0	0,108	0,191
свобода	8,15	9,02	1096,0	0,446	0,092
щасливе сімейне життя	4,21	5,17	1143,0	0,658	0,053
щастя інших	10,70	11,38	1099,5	0,460	0,089
творчість	13,82	14,70	1049,0	0,272	0,130
впевненість у собі	11,73	11,47	1167,0	0,784	0,033
Інструментальні цінності					
акуратність	6,56	8,66	930,0	0,057	0,229
виховання	8,32	7,18	1079,0	0,379	0,106
високі запити	14,06	15,75	913,5	0,032	0,243
життєрадісність	5,18	5,39	1105,5	0,483	0,084
старанність	7,00	7,34	1143,5	0,663	0,052
незалежність	10,94	8,44	866,5	0,019	0,282

непримиренність до недоліків	11,92	12,86	1081,0	0,386	0,104
освіченість	8,94	8,83	1180,0	0,853	0,022
відповідальність	5,91	6,86	1009,0	0,173	0,164
раціоналізм	11,32	10,74	1101,0	0,467	0,087
самоконтроль	8,50	8,63	1191,0	0,912	0,013
сміливість у відстоюванні свої думки	11,76	9,98	950,0	0,078	0,212
тверда воля	8,85	9,39	1157,5	0,734	0,041
терпимість	10,29	9,77	1125,5	0,576	0,067
широта поглядів	12,14	11,69	1139,5	0,643	0,055
чесність	9,20	8,29	1082,5	0,393	0,103
ефективність у справах	10,23	11,04	1054,5	0,295	0,126
чуйність	9,88	10,16	1156,0	0,726	0,042

Інструментальні цінності «акуратність» та «сміливість у відстоюванні своїх думок» демонструють тенденцію до вікових відмінностей (рівень значущості p більший за 0,050, але менший за 0,100). Ці результати потребують додаткового уточнення і перевірки.

Загалом, виявлено поодинокі вікові особливості у виборі життєвих цінностей пацієнтами. Очевидно, онкологічне захворювання є більш потужним чинником, який впливає на трансформацію системи цінностей особистості, ніж природні вікові зміни. Хвороба стимулює переоцінку життєвих орієнтирів, сприяє зосередженню на базових цінностях, таких як здоров'я, близькі стосунки та підтримка, що важливо враховувати у психологічному супроводі пацієнтів.

За показниками Тесту смисложиттєвих орієнтацій відмінностей між групами різного віку не було виявлено (див. додаток Г та рис. 3.10).

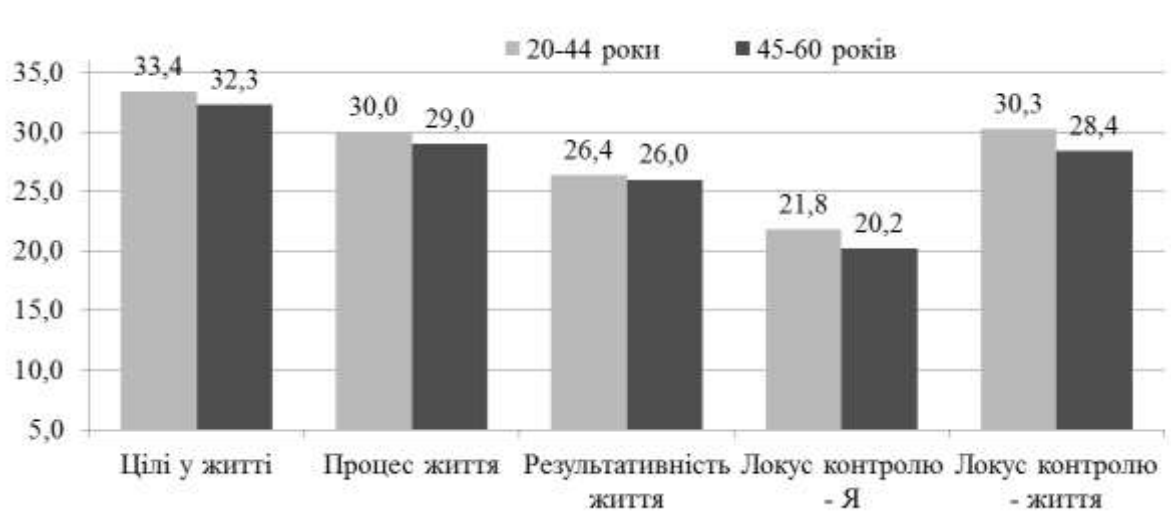


Рис. 3.11. Середні показники шкал СЖО у підвибірках різного віку

Отримані результати доповнюють знання про особливості переживання онкологічного захворювання особами різного віку. Сучасні дослідження західних вчених демонструють, що хоча похилий вік залишається основним фактором ризику, рак усе частіше діагностується у віці до 50 років. При цьому молодша вікова група стикається з унікальними психологічними труднощами, включаючи порушення в навчанні, професійній кар'єрі, соціальних стосунках і плануванні майбутнього. Відомо, що особи, у яких виявили рак в період 15 – 39 років, відчували значно сильніший стрес, ніж особи, яким діагноз був поставлений у віці старше 40 років (Boakye et al., 2022). Крім того, дослідження показують зростання частоти діагностики онкологічних захворювань у жінок: між 2010 і 2019 роками відповідні показники серед жінок зросли на 4,35%, у той час як серед чоловіків впали на 4,91% (АРА, 2024). Емоційний вплив хвороби та потреба в спеціалізованій підтримці психічного здоров'я у пацієнтів різного віку та статі потребує додаткового вивчення.

Отже, результати дослідження дозволяють стверджувати, що наявність важкої, смертельної хвороби у значній мірі визначає специфіку термінальних цінностей особистості – переконання стосовно того, що якась кінцева мета індивідуального існування варта того, щоб до неї

прагнути. Вплив хвороби на інструментальні цінності менш помітний: пацієнти мають різноманітні переконання в тому, що якийсь спосіб дій або особистісна властивість є найкращими. На вибір цінностей – життєвих цілей та засобів їх досягнення впливає не тільки наявність хвороби та обмеження, які вона накладає на життя людини, але й стать та вік пацієнтів (а також ряд інших чинників, не врахованих у дослідженні).

3.3. Ставлення до хвороби як чинник трансформації життєвих цінностей пацієнтів

Для вивчення варіантів особистісного реагування пацієнтів на хворобу була застосована методика «ТОБОЛ», яка широко використовується вітчизняними психологами у клінічних наукових розробках (Смайлова та Єпішкіна, 2013; Шорніков, 2023). Сучасні дослідження переконують, що життя в ситуації хронічного соматичного захворювання залежить не стільки від його об'єктивної важкості, скільки від того, як людина уявляє свою хворобу і як до неї ставиться. Ставлення до хвороби у значній мірі визначає ресурси адаптації та психологічне благополуччя хворого (Дідковська, 2020). Використання опитувальника у нашому дослідженні дає змогу з'ясувати, як різні типи реагування на онкологічне захворювання впливають на трансформацію життєвих цінностей людини.

Методика ТОБОЛ дозволяє діагностувати 12 типів ставлення до хвороби: гармонійний (Г), ергопатичний (Р), анозогнозичний (З), тривожний (Т), іпохондричний (І), неврастенічний (Н), меланхолійний (М), апатичний (А), сенситивний (С), егоцентричний (Е), паранояльний (П), дисфоричний (Д). Вказані типи можуть бути об'єднані у три блоки за критеріями адаптивності та спрямованості дезадаптації:

1) *умовно адаптивні типи реагування на хворобу*, до яких належать гармонійний, ергопатичний та анозогнозичний (Г, Р, З);

2) типи із проявами психічної дезадаптації, пов'язані із *інтрапсихічною спрямованістю* реагування на хворобу: тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолійний і апатичний (Т, І, Н, М, А);

3) типи із проявами психічної дезадаптації, пов'язані із *інтерпсихічною спрямованістю* реагування на хворобу: сенситивний, егоцентричний, паранояльний та дисфоричний (С, Е, П, Д).

Обробка даних клінічної методики є досить складною і багатоетапною. Вибрані пацієнтами твердження оцінюються за допомогою таблиць із діагностичними кодами, при цьому кожне твердження зазвичай має вагу в кількох типах реагування на хворобу (використовуються коефіцієнти від 2 до 5 балів). Набрані бали підсумовуються, на їх основі визначається профіль індивідуального ставлення. Сума коефіцієнтів, що відповідає певному типу реагування, може розглядатися як окрема діагностична шкала. Індивідуальний профіль містить 12 шкал, які характеризують сукупність різних аспектів ставлення пацієнта до захворювання та його лікування. Методика не містить кількісних діагностичних норм або точок відсікання, натомість розглядаються індивідуальні профілі оцінок, визначаються провідні типи реагування та їх якісна інтерпретація.

Окрім розгорнутої характеристики системи відношень, пов'язаних із захворюванням, важливо визначити цілісний тип реагування на хворобу на основі сукупності шкальних оцінок. Правило діагностики полягає в тому, що більша величина будь-якої зі шкал вказує на вищу ймовірність приналежності пацієнта до типу ставлення до хвороби, що відповідає цій шкалі. Інтерпретація отриманих результатів передбачає визначення шкали з максимальною оцінкою та шкал, оцінки яких знаходяться у так званій *діагностичній зоні*, тобто відрізняють від максимальної не більше ніж на 7 балів. Якщо в діагностичній зоні виявляється одна шкала, діагностується «чистий» тип реагування, якщо дві чи три, то діагностується змішаний тип, якщо більше трьох – дифузний (Співак та Османова, 2023).

Розрахунки описових статистик за методикою викладено у таблиці Б.4 додатку Б. За результатами діагностики ставлення до хвороби пацієнтів можна розділити декілька груп, які відображені у табл. 3.11.

Передусім, серед пацієнтів онкологічного диспансеру досить поширені випадки адаптивного ставлення до хвороби.

Найбільш поширеним є *стенічний ергопатичний тип реагування* (24,76 %), для якого характерне посилення залученості та відповідальності щодо роботи, прагнення зберегти професійний статус і продовжувати активну трудову діяльність, не зважаючи на захворювання. З одного боку, це може бути зумовлене необхідністю мати матеріальні кошти для забезпечення лікування, з іншого – допомагати людині уникати неприємних думок та переживань, пов'язаних із діагнозом.

Гармонійний тип реагування (реалістичний і зважений) властивий значно меншій кількості опитаних – 13,33 % вибірки. Такі пацієнти оцінюють власний стан без схильності перебільшувати його тяжкість, але й без недооцінки небезпеки захворювання. Вони поведуть себе так, щоб активно сприяти успіху лікування, при цьому не обтяжувати близьких необхідністю догляду за собою. При несприятливому прогнозі хвороби вони часто переключають інтереси на сфери життя, які залишаються доступними, зосереджують увагу на справах, втіленні мрій або турботі про близьких.

Таблиця 3.11

Класифікація онкологічних пацієнтів за типом ставлення до хвороби

	Випадки у вибірці (105 осіб)		Випадки у підвибірці жінок (73 особи)		Випадки у підвибірці чоловіків (32 особи)	
	Кіл-ть	%	Кіл-ть	%	Кіл-ть	%
Чисті типи						
Гармонійний тип (Г)	14	13,33	11	15,07	3	9,38
Ергопатичний (Р)	26	24,76	19	26,03	7	21,88
Анозогнозичний (З)	8	7,62	5	6,85	3	9,38
Сенситивний (С)	8	7,62	7	9,59	1	3,13
Тривожний (Т)	2	1,90	1	1,37	1	3,13

Іпохондричний (І)	1	0,95	1	1,37	–	–
Змішані типи						
Адаптивний із врівноваженими оцінками (Г+Р+З)	8	7,62	7	9,59	1	3,13
Сенситивно-ергопатичний (С+Р)	5	4,76	3	4,11	2	6,25
Сенситивно-тривожно-іпохондричний (С+Т+І)	4	3,81	1	1,37	3	9,38
Залучено-тривожний (високі бали Т при низьких показниках А)	4	3,81	2	2,74	2	6,25
Ергопатично-аногнозичний (Р+З)	3	2,86	2	2,74	1	3,13
Ергопатично-сенситивно-неврастенічний (Е+С+Н)	2	1,90	1	1,37	1	3,13
Тривожно-сенситивно-паранояльний	1	0,95	1	1,37	–	–
Тривожно-сенситивний	1	0,95	–	–	1	3,13
Дифузні типи						
В виразним паранояльним компонентом	5	4,76	2	2,74	3	9,38
З виразним меланхолічним компонентом	4	3,81	3	4,11	1	3,13
З виразним дисфоричним компонентом	2	1,90	1	1,37	1	3,13
Інші дифузні типи	7	6,67	5	6,85	2	6,25

Ергопатичний і гармонічний типи реагування на онкологічне захворювання дещо більше властиві жінкам, ніж чоловікам – табл. 3.11.

Анозогнозичний тип реагування виявлено у 7,62 % хворих, ще у 2,86 % він поєднується із ергопатичним типом. Такі пацієнти активно відкидають думки про хворобу та її можливі наслідки, аж до заперечення. Виразні симптоми хвороби вони сприймають як «несерйозні» або випадкові. Спостерігається бажання продовжувати жити як раніше, незважаючи на діагноз. Усе це може спричиняти легковажне ставлення до лікування, порушення режиму та медичних рекомендацій, що згубно позначається на перебігу хвороби.

Загалом до умовно-адаптивних типів реагування (Г, Р, З, Р+З, Г+Р+З) належать 59 пацієнтів, тобто 56,19 % вибірки, серед яких кількісно переважають жінки. Вважається, що при таких типах ставлення до хвороби психічна та соціальна адаптація особистості суттєво не порушується. При гармонійному типі реагування пацієнти, адекватно оцінюючи власний стан,

беруть активну участь у лікуванні, дотримуються призначеного режиму. Для них характерне прагнення подолати захворювання і, водночас, неприйняття ролі хворого або «жертви», збереження ціннісної структури та активного соціального функціонування. Крім гармонійного типу реагування, до цього блоку включені ергопатичний та анозогнозичний типи. Для таких пацієнтів характерне деяке зниження критично-реалістичного ставлення до власного стану, що може виявлятися у захисних реакціях: применшенні значущості захворювання (до повного витіснення) або зануренні в роботу. Проте суттєві прояви психічної дезадаптації у таких пацієнтів відсутні, що дозволяє умовно включити в один блок з гармонійним типом.

Розглянемо поширені типи реагування, які включають ознаки дезадаптації та потребують психологічного втручання.

Серед онкологічних пацієнтів достатньо розповсюджені прояви *сенситивного реагування* на хворобу (чистий тип діагностовано у 7,62 %), для якого характерні надмірна вразливість, коливання настрою, а також стурбованість міжособистісними контактами через несприятливе враження, яке може спричинити на інших людей повідомлення про онкологічний діагноз. Пацієнти очікують, що навколишні будуть вважати їх неповноцінними, жаліти, уникати спілкування тощо. Крім того, вони бояться стати тягарем для близьких та відчувати неприязне ставлення до себе. Сенситивність часто поєднується з іншими типами реагування: виразними ознаками ергопатичності (4,76 %), тривожної іпохондрії (3,81 %) ергопатичної неврастенії (1,90 %) та іншими.

Окрім сенситивності, для онкологічних пацієнтів характерні прояви тривоги, які найчастіше сполучаються з низькими оцінками анозогнозичного типу реагування. Така «*тривожна залученість*» у хворобу була діагностована у 3,81 % пацієнтів. Вони відчують постійне занепокоєння щодо несприятливого перебігу хвороби, можливих ускладнень, неефективності або небезпечності лікування. Через це вони

схильні постійно шукати додаткову інформацію про хворобу, нові методи лікування, авторитетних лікарів і т.ін. Тривожність часто спричиняє пригніченість настрою до психічної активності.

У 17,14 % хворих виявлено *дифузні типи реагування*, що поєднують чотири і більше різноманітних ознак. Серед них можна виділити сполучення з виразним параноїальним компонентом (4,76 % пацієнтів) та виразним меланхолічним компонентом (3,81 %).

Аналіз узагальненого групового профілю реагування на хворобу на рис. 3.12 демонструє, що сензитивність є провідним типом реагування, який може призводити до порушень психосоціальної адаптації пацієнтів. Таке ставлення свідчить про інтерпсихічну спрямованість особистісного реагування на хворобу, що зумовлює порушення соціальної адаптації пацієнтів. Сенсibilізоване ставлення до хвороби залежить від преморбідних особливостей особистості. Воно часто проявляється дезадаптивною поведінкою: пацієнти соромляться свого захворювання та відчують дискомфорт у спілкуванні з навколишніми.

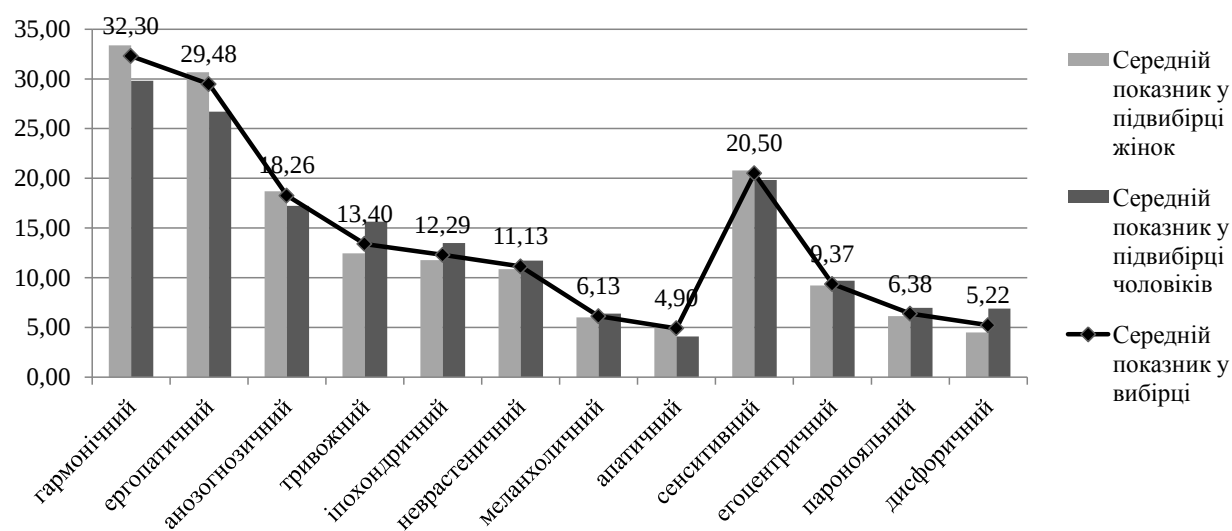


Рис. 3.12. Середні показники типів реагування на хворобу пацієнтів з онкологічними патологіями

Виявлення поширених типів реагування на хворобу, характерних для пацієнтів онкологічного диспансеру, має беззаперечну практичну цінність. Воно дозволяє прогнозувати проблеми в процесі лікування та пропонувати

відповідні втручання для їх запобігання. Психологічний супровід хворих із онкологічною патологією має бути спрямований на зміну неадекватних реакцій на хворобу та створення реалістичних установок щодо лікування, що сприятиме не тільки покращенню психічного та фізичного стану пацієнтів, але й допоможе у профілактиці рецидивів захворювання. Досягнення цих психотерапевтичних цілей можливе лише при корекції ставлення до хвороби.

Композитні показники та коефіцієнт дезадаптації

При кількісному аналізі результатів опитувальника ТОБОЛ, згідно з керівництвом до методики, розглядались первинні оцінки 12 шкал та утворені ними профілі ставлення до хвороби. Крім того, на основі отриманих оцінок ми розраховували три композитні показники:

- блок 1 «Адаптивне реагування на хворобу» (Г+Р+З):
- блок 2 «Інтрапсихічне реагування на хворобу» (Т+І+Н+М+А) ;
- блок 3 «Інтерпсихічне реагування на хворобу» (С+Е+П+Д).

При роботі з методикою постала необхідність розробити додаткову процедуру оцінки порушень адаптації пацієнтів. Справа в тому, що ряд тверджень, позначені в діагностичному коді знаком «*», несуть додаткову інформацію – їх зміст суперечить типам ставлення до хвороби, що розглядаються в якості адаптивних: гармонійному, ергопатичному та анозогнозичному. Вибір цих пунктів свідчить про виражені, беззаперечні порушення адаптації пацієнтів. Всього подібних тверджень 37, до прикладу: «У мене майже завжди щось болить», «Через хворобу у мене завжди поганий настрій», «У мене не буває смутку, але може бути озлобленість і гнів», «Я не вірю в успіх лікування і вважаю його марним», «Вважаю, що мене лікують неправильно», «Весь час думаю про можливі ускладнення, пов'язані з хворобою», «Я так втомився від хвороби, що мені байдуже, що зі мною буде» тощо.

При первинному розрахунку діагностичних показників вибір таких тверджень пацієнтом призводить до ануляції ваги шкал, які складають блок

адаптивного реагування – незалежно від кількісної оцінки, вони не можуть тлумачитися як провідні, але розглядаються у загальному профілі. На основі досвіду використання методики ТОБОЛ у клінічній практиці мусимо відзначити, що така процедура ускладнює діагностику провідного типу ставлення до хвороби, особливо коли сумарний показник шкали є відносно високим. Вважаємо, що ануляція кількісних оцінок недоречна, адже призводить до втрати цінної інформації про сприйняття пацієнтами себе, своєї хвороби та оточення. Потрібний більш тонкий та обережний підхід до інтерпретації діагностичних даних. Разом із тим, відхилення від адаптивного функціонування особистості, зумовлені хворобою, потребують більш уважного розгляду.

Тому додатково до основної діагностичної процедури був розрахований *«коефіцієнт дезадаптації»*, який відображає загальну міру відхилення внутрішньої картини хвороби від стандартів психічної та соціальної адаптації пацієнтів. Це арифметична сума усіх знаків «*», відзначених в діагностичному бланку досліджуваного.

В табл. 3.12 наведені описові статистики та результати перевірки розподілу чотирьох додаткових кількісних показників клінічної методики ТОБОЛ, введених в діагностичну процедуру з дослідницькою метою. Вони підтверджують переважання адаптивних способів реагування на хворобу.

Таблиця 3.12

Описові статистики додаткових діагностичних коефіцієнтів за методикою ТОБОЛ (n = 105)

	Порушення адаптації	Блок 1 «Адаптивне реагування на хворобу»	Блок 2 «Інтрапсихічне реагування на хворобу»	Блок 3 «Інтерпсихічне реагування на хворобу»
Середнє (М)	3,05	79,99	47,87	41,59
95 % довірчий інтервал середнього:				
верхня межа	2,57	74,8	43,1	38,8
нижня межа	3,53	86,0	52,6	44,4

Стандартне відхилення (SD)	2,49	28,79	24,47	14,63
Стандартна похибка (SE)	0,24	2,81	2,39	1,43
Асиметрія (As)	0,642	0,027	0,395	-0,254
Екセス (Es)	-0,570	-0,746	-0,591	-0,146
Мінімум	0,00	12,00	7,00	5,00
Максимум	9,00	142,00	101,00	81,00
Перевірка нормальності розподілу:				
Шاپіро-Вілк W	0,916	0,979	0,966	0,988
Шاپіро-Вілк p (значущість)	< 0,001	0,093	0,008	0,484
Квартилі:				
25 процентиль	1,00	55,00	30,00	32,00
50 процентиль	3,00	85,00	45,00	43,00
75 процентиль	5,00	101,00	66,00	52,00

Примітка: стандартна помилка асиметрії у вибірці становить 0,236; стандартна помилка екセスу у вибірці становить 0,467.

Вікових та статевих відмінностей за показниками у вибірці не було виявлено.

Виходячи зі статистичних розрахунків, про значне порушення адаптації свідчить значення коефіцієнту дезадаптації, що дорівнює 5 і більше балів. Таких випадків у вибірці 28, що складає 26,67 % – див. рис. 3.12. Такі пацієнти потребують додаткової уваги медичного психолога, оскільки можуть проявляти різноманітні емоційні та поведінкові порушення в процесі лікування.

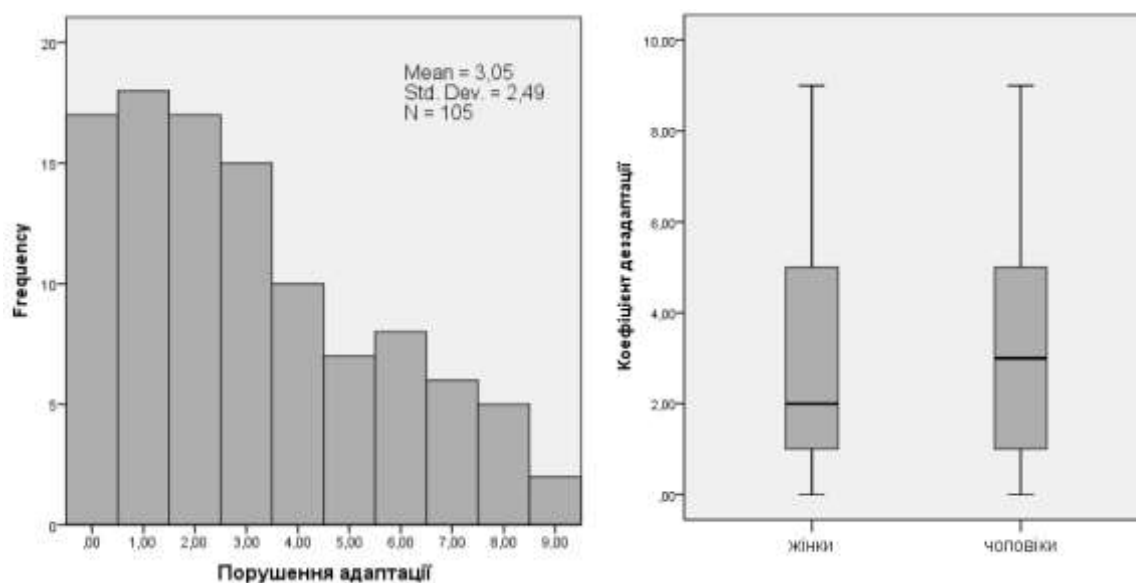


Рис. 3.13. Графічна репрезентація розподілу значень коефіцієнту дезадаптації за методикою ТОБОЛ серед онкологічних пацієнтів

Таблиця 3.13

Коефіцієнти рангової кореляції між показниками шкал ставлення до хвороби та позицією життєвих цінностей

Частина 1. Список термінальних цінностей	Порушення адаптації	Блок 1 «Адаптивне реагування на хворобу»	Блок 2. «Інтрапсихічне реагування на хворобу»	Блок 3 «Інтерпсихічне реагування на хворобу»	Типи реагування на хворобу за опитувальником «ТОБОЛ»											
					гармонічний	ергопатичний	анозогнозичний	тривожний	іпохондричний	неврастенічний	меланхолічний	апатичний	сенситивний	еґоцентричний	паранояльний	дисфоричний
Активне діяльне життя	,150	-,288*	,157	,035	-,220*	-,228*	-,221*	,177	,092	,190	,131	-,002	-,046	-,009	,010	-,003
Життєва мудрість	-,042	-,030	-,081	-,047	-,039	-,088	,177	-,065	,006	-,008	-,022	-,062	-,103	-,009	,067	,154
Здоров'я	-,249*	,151	-,274**	-,266**	,042	,022	,392**	-,213*	-,205*	-,210*	-,147	-,220*	-,260**	-,117	-,163	-,155
Цікава робота	-,125	,142	-,099	-,074	,076	,221*	,073	-,182	-,128	-,071	-,008	,031	,000	,021	-,041	-,211*
Краса природи і мистецтва	,092	-,155	,150	,135	-,103	-,205*	-,041	,104	,114	,067	,153	,139	,026	,182	,092	,148
Любов	-,136	,080	-,074	-,027	,045	,142	,024	-,051	-,075	-,030	-,070	-,073	-,037	,019	,003	,099
Матеріальне забезпечення	-,057	,081	-,153	-,116	,011	,146	,057	-,182	-,103	-,148	-,145	,034	-,090	,006	-,017	-,086
Наявність вірних друзів	,006	,145	,014	,018	,109	,062	,126	-,044	,031	-,027	,127	,047	,022	-,015	,093	-,070
Суспільне покликання	,083	-,031	,052	-,022	-,053	-,018	-,041	-,052	,069	-,031	,090	,253**	-,082	-,021	,042	,025
Пізнання	,243*	-,256**	,194*	,175	-,243*	-,252**	-,167	,206*	,073	,067	,229*	,147	,016	,139	,089	,060
Продуктивне життя	,106	,033	,010	,041	,035	-,002	-,004	,172	-,010	-,045	-,082	-,044	,110	,017	-,082	-,191
Розвиток	,265**	-,206*	,245*	,212*	-,053	-,100	-,412**	,298**	,185	,288**	,054	-,037	,228*	-,001	-,015	,099
Розваги	,022	,012	,069	,112	,046	,150	-,195*	,106	-,003	,057	-,011	,021	,102	,165	,056	-,108
Свобода	-,057	,120	-,073	,082	,104	,116	,042	,033	-,059	,080	-,182	-,211*	,085	,000	,052	,001
Щасливе сімейне життя	-,041	,122	-,022	-,003	,101	,107	,108	-,073	-,037	-,114	,028	,191	,144	-,004	-,034	-,051
Щастя інших	-,314**	,136	-,240*	-,354**	,066	,051	,268**	-,348**	-,054	-,271**	-,106	-,100	-,326**	-,178	-,076	-,035
Творчість	-,059	-,018	,004	-,036	-,014	,006	,023	,015	,017	,124	-,100	-,134	-,059	-,013	,129	,201*
Впевненість у собі	,008	,008	,036	-,095	,047	-,133	,027	,028	-,024	-,026	,037	,029	-,030	-,154	-,187	,034

Примітка: * кореляція значуща при $p \leq 0,05$, ** кореляція значуща при $p \leq 0,01$. Жирним шрифтом позначені від'ємні коефіцієнти, що свідчать про пріоритетність відповідних цінностей, курсивом – додатні коефіцієнти, які означають зниження ваги (важливості) цінності в особистій ієрархії пацієнта.

Таблиця 3.13 (продовження)

Коефіцієнти рангової кореляції між показниками шкал ставлення до хвороби та позицією життєвих цінностей

Частина 2. Список інструментальних цінностей	Порушення адаптації	Блок 1. Адаптивне реагування на хворобу	Блок 2. Інтрапсихічне реагування на хворобу	Блок 3. Інтерпсихічне реагування на хворобу	Типи реагування на хворобу за опитувальником «ТОБОЛ»											
					гармонічний	ергопатичний	анозогнозичний	тривожний	іпохондричний	неврастенічний	меланхолічний	апатичний	сенситивний	егоцентричний	параноїальний	дисфоричний
Акуратність	,201*	-,091	,192*	,254**	-,009	-,013	-,154	,118	,208*	,229*	,151	,008	,130	,230*	,114	,208*
Виховання	,088	-,103	,066	,020	-,094	-,109	-,023	,149	,135	,033	-,064	-,140	-,009	,040	,101	,044
Високі запити	-,064	,194*	-,171	-,108	,163	,263**	,002	-,119	-,146	-,189	-,121	-,013	,031	-,130	-,227*	-,270**
Життєрадісність	-,029	,122	-,027	,018	,196*	,103	-,062	,026	,098	,019	-,074	-,116	-,006	,023	,093	,007
Старанність	-,160	,025	-,069	-,019	,019	,095	-,069	-,078	-,032	-,001	-,050	-,065	-,062	,039	,053	-,066
Незалежність	-,082	,027	-,164	-,137	,006	-,058	,042	-,119	-,189	-,078	-,069	-,056	-,046	-,231*	-,180	-,170
Непримиренність до недоліків у собі та інших	-,065	,160	-,029	-,002	,127	,174	,057	-,094	,058	-,146	-,061	,039	,052	,084	-,112	-,272**
Освіченість	-,031	,032	-,074	,011	,053	,126	-,024	-,025	-,109	-,061	-,038	-,041	,033	-,048	-,107	-,011
Відповідальність	,060	-,038	,060	,154	-,043	-,068	,008	,069	,026	,084	,044	,047	,028	,158	,129	,078
Рационалізм	,160	-,072	,033	,095	-,027	,006	-,146	,013	-,055	,073	,000	,248*	,091	-,015	,053	,044
Самоконтроль	-,227*	,231*	-,239*	-,190	,108	,194*	,350**	-,187	-,281**	-,168	-,166	-,097	,009	-,094	-,231*	-,106
Сміливість у відстоюванні своєї думки поглядів	-,104	-,075	-,022	-,003	-,068	-,133	,022	-,018	-,122	,094	-,021	-,004	-,028	-,088	,060	,155
Тверда воля	,012	-,015	-,017	-,003	-,088	-,030	,124	,044	-,115	-,015	,005	-,007	-,003	,027	-,080	-,131
Терпимість	-,093	-,127	-,002	-,103	-,157	-,148	,019	-,074	,070	-,133	,142	,015	-,185	,040	,046	,187
Широта поглядів	-,063	,040	-,094	-,099	,035	-,036	,114	-,023	-,138	-,102	-,128	-,078	-,018	-,249*	,005	-,043
Чесність	,222*	-,155	,232*	,026	-,119	-,152	-,147	,143	,230*	,130	,203*	,106	,022	-,007	,085	,120
Ефективність у справах	-,045	-,100	,039	,098	-,079	-,053	-,122	-,022	,038	,168	,035	-,017	-,059	,046	,223*	,189
Чуйність	,164	,009	,176	,069	,051	-,034	-,017	,098	,247*	,022	,125	,147	,076	,167	,006	,108

Примітка: * кореляція значуща при $p \leq 0,05$, ** кореляція значуща при $p \leq 0,01$. Жирним шрифтом позначені від'ємні коефіцієнти, що свідчать про пріоритетність відповідних цінностей, курсивом – додатні коефіцієнти, які означають зниження ваги (важливості) цінності в особистій ієрархії пацієнта.

Кореляційний аналіз. Становить науковий інтерес аналізування взаємозв'язків між показниками ставлення до хвороби та ціннісними орієнтаціями пацієнтів. За допомогою кореляційного аналізу були виявлені термінальні та інструментальні життєві цінності, які асоціюються з певними типами реагування на хворобу. Оскільки ціннісні орієнтації виміряні у порядковій шкалі, використано непараметричні коефіцієнти рангової кореляції Спірмена – табл. 3.13.

Розраховані кореляції демонструють, що вибір деяких ціннісних орієнтацій достовірно пов'язаний зі ставленням пацієнтів до хвороби. Вони дозволяють уточнити наукові уявлення про напрямок трансформації життєвих цінностей онкологічних хворих. При інтерпретації коефіцієнтів у табл. 3.13 слід пам'ятати, що низьке кількісне значення рангу цінності свідчить про її пріоритетність в особистій ієрархії.

Наприклад, пріоритет термінальної цінності «активне діяльне життя» значуще корелює з усіма шкалами, що складають блок адаптивного реагування на хворобу ($p=0,003$).

Високий ранг цінності «пізнання» супроводжує адаптивне ставлення до хвороби ($p=0,008$), передусім реагування за ергопатичним та гармонійним типами ($p=0,010$ та $0,013$ відповідно). При цьому низька вага цінності «пізнання» характерна для пацієнтів з вираженими проявами дезадаптації ($p=0,013$), зокрема меланхолічного та іпохондричного типів ($p=0,019$ та $0,035$ відповідно).

Схожі зв'язки виявлені стосовно термінальної цінності «розвиток», вагомість якої прямо пов'язана з адаптивним ставленням до хвороби, але в цьому випадку – з його анозогностичним компонентом ($p=0,000$). Пацієнти з дезадаптивними проявами, такими як тривожний ($p=0,002$), неврастенічний ($p=0,003$) та сенситивний ($p=0,019$), частіше демонструють ігнорування чи відкидання цієї ціннісної орієнтації.

Просування цінності «щастя інших» на перші позиції властиве особам з виразними порушеннями адаптації ($p=0,001$): тривожному,

неврастенічному та сенситивному типам реагування (значущість отриманих кореляцій від 0,000 до 0,005). Водночас, нехтування цієї ціннісною орієнтацією властиве пацієнтам із анозогнозичним типом реагування на хворобу ($p=0,006$). Такий результат пояснює, що в умовах смертельного захворювання відбувається природна переорієнтація особистості на власні потреби та цілі, при цьому увага до потреб навколишніх людей помітно зменшується.

Аналіз кореляцій за переліком *інструментальних цінностей* показав, що порушення адаптації пацієнтів достовірно пов'язані:

- з нехтуванням цінністю «акуратність» ($p=0,039$), виявлено зв'язок із іпохондричним, неврастенічним, егоцентричним та дисфоричним типами реагування;
- із збільшенням ваги цінності «високі запити» (характерне для паранояльного та дисфоричного типів реагування на хворобу; $p=0,020$ та $0,005$ відповідно);
- із зменшенням вагомості цінності «чесність» ($p=0,023$), що супроводжує прояви інтрапсихічного реагування на хворобу: меланхолічного й іпохондричного.

Особливу увагу слід звернути на вибір пацієнтами цінності «самоконтроль», пріоритетність якої достовірно корелює з адаптивним реагуванням на хворобу ($p=0,018$), але разом із тим – з деякими проявами дезадаптації: іпохондричними ($p=0,004$) та паранояльними ($p=0,018$) реакціями.

Отримані в нашому дослідженні результати дозволяють суттєво розширити наукові уявлення про ставлення пацієнтів онкологічного диспансеру до хвороби, уточнити існуючу типологію та доповнити її важливою інформацією про трансформацію життєвих цінностей.

При аналізі розрахованих кореляцій у табл. 3.13 нас, передусім, цікавили найпоширеніші типи ставлення до хвороби, виявлені у вибірці: гармонічний, ергопатичний, анозогнозичний та сенситивний.

Вираженість *гармонічного типу* реагування на хворобу виявилась пов'язана із переважанням термінальних цінностей «пізнання» (можливість вдосконалення власної освіти, світогляду, загальної культури) та «активне діяльнісне життя» (повнота, емоційна насиченість життя). Пацієнтам, які вважають такі цінності важливими, властива більш реалістична оцінка свого стану без схильності перебільшувати або недооцінювати його важкість. Це супроводжується відсуненням на другорядні позиції інструментальної цінності «життєрадісність», котра є одною з пріоритетних у вибірці.

Ергопатичний тип реагування на хворобу супроводжується тими самими термінальними цінностями (важливість пізнання та діяльнісної активності), а також важливістю естетичних складових життя (цінності «краса природи та мистецтва»). При цьому ігноруються інструментальні цінності «високі запити» ($p=0,007$), зменшується важливість самоконтролю ($p=0,047$). Термінальна цінність «цікава робота» зсувається на другорядні позиції, про що свідчить збільшення її рангового значення ($p=0,023$). Цей результат, на перший погляд, здається парадоксальним, адже сутність ергопатичної реакції полягає саме у зануренні в роботу. Але він підтверджує припущення про те, що в ситуації хвороби зануреність у роботу відіграє скоріше захисну роль та виступає способом задоволення інших важливих життєвих потреб людини.

Цікаво, що збільшення ваги цінностей «цікава робота» та «продуктивне життя» корелює з виразністю дисфоричного типу ставлення до хвороби, якому притаманний похмуро-злий настрій та заздрість до здорових людей. Ймовірно, така реакція може бути зумовлена фрустрацією відповідних цінностей у пацієнтів внаслідок обмежень, спричинених захворюванням.

При *анозогнозичному типі* реагування на хворобу цінність «здоров'я» відсувається на задній план ($p=0,000$), що є цілком очікуваним та логічним. При цьому вищий пріоритет серед термінальних цінностей

отримують життєва активність, саморозвиток (робота над собою, фізичне й духовне вдосконалення) та розваги – приємне, необтяжливе проведення часу, відсутність обов'язків. Характерною особливістю представників цього типу є виразне ігнорування інструментальної цінності «самоконтроль» ($p=0,000$), тобто відмова від моделі поведінки, що базується на стриманості і самодисципліні.

Відзначимо, що високий пріоритет термінальної цінності «здоров'я», поширений у вибірці, асоціюється з порушеннями адаптації ($p=0,011$), які можуть мати різноманітні прояви: реагування по сенситивному ($p=0,008$), апатичному ($p=0,024$), тривожному ($p=0,029$), неврастенічному ($p=0,031$) або іпохондричному ($p=0,036$).

Сенситивне реагування на хворобу має ряд значущих кореляцій з термінальними ціннісними орієнтаціями пацієнтів: пріоритетна позиція цінності «здоров'я», стурбованість добробутом навколишніх (вагомість цінності «щастя і добробут інших») та відсування на другорядні позиції цінності «розвиток». Це частково пояснює характерні риси такого реагування, які полягають у чутливості до міжособистісних стосунків: страх стати тягарем для близьких та побоювання стосовно того, що навколишні будуть уникати контактів з людиною через хворобу.

Найбільша кількість значущих кореляцій показників опитувальника ТОБОЛ виявлена стосовно показників **смісловиттєвих орієнтацій**. Чим більш яскраво вираженими є складові смісловиттєвої орієнтованості особистості, тим більш виражене адаптивне ставлення до хвороби та менший ризик порушень адаптації. Значущі кореляції виявлені стосовно усіх параметрів СЖО та більшості шкал ставлення до хвороби (крім гармонійного та сенситивного типу) – табл. 3.14.

Стосовно *порушень адаптації* усі кореляції є оберненими – це свідчить про те, що сильні порушення адаптації знижують смісловиттєву орієнтованість пацієнтів. Найсильніші зв'язки стосуються параметрів «Результативність життя» ($p=0,000$), «Локус контролю – Я» ($p=0,004$),

«Процес життя» ($p=0,004$). Отже, отримані результати дозволяють зробити висновок про те, що порушення адаптації онкологічно хворих пацієнтів негативно впливають на відчуття результативності життя, задоволення від процесу життя і відчуття контролю.

Таблиця 3.14

Коефіцієнти рангової кореляції між шкалами ставлення до хвороби та показниками смисложиттєвих орієнтацій

<i>Типи реагування:</i>	<i>Цілі у житті</i>	<i>Процес життя</i>	<i>Результативність життя</i>	<i>Локус контролю - Я</i>	<i>Локус контролю - життя</i>	<i>Загальний показник СЖО</i>
гармонічний	0,055	0,133	0,181	0,108	-0,063	0,093
ергопатичний	0,143	0,182	0,287**	0,169	-0,025	0,172
анозогнозичний	0,206*	0,328**	0,293**	0,246*	0,179	0,271**
тривожний	-0,165	-0,331**	-0,321**	-0,212*	-0,208*	-0,266**
іпохондричний	-0,150	-0,071	-0,268**	-0,179	-0,127	-0,188
неврастенічний	-0,295**	-0,431**	-0,310**	-0,293**	-0,356**	-0,379**
меланхолічний	-0,135	-0,189	-0,305**	-0,144	-0,151	-0,224*
апатичний	-0,152	-0,122	-0,171	-0,211*	-0,083	-0,108
сенситивний	0,043	-0,101	0,071	-0,095	-0,121	0,032
егоцентричний	-0,113	-0,152	-0,136	-0,199*	-0,079	-0,139
паранояльний	-0,274**	-0,181	-0,205*	-0,178	-0,207*	-0,277**
дисфоричний	-0,331**	-0,223*	-0,204*	-0,280**	-0,095	-0,346**
<i>Додаткові показники:</i>						
Блок 1. Адаптивне реагування на хворобу	0,183	0,262**	0,301**	0,219*	0,081	0,232*
Блок 2. Интрапсихічне реагування на хворобу	-0,218*	-0,304**	-0,357**	-0,266**	-0,214*	-0,281**
Блок 3. Інтерпсихічне реагування на хворобу	-0,140	-0,258**	-0,118	-0,229*	-0,170	-0,169
Порушення адаптації	-0,212*	-0,277**	-0,346**	-0,278**	-0,212*	-0,268**

Примітка: * кореляція значуща при $p \leq 0,05$, ** кореляція значуща при $p \leq 0,01$.

Велика кількість обернених кореляцій (p -рівень $\leq 0,001$) виявлена стосовно неврастенічного, тривожного, дисфоричного та паранояльного ставлення до хвороби. Ці типи у найбільшій мірі пов'язані із втратою життєвих сенсів та цілей пацієнтів, ризиками виникнення екзистенційних неврозів.

Оцінки блоку «*Адаптивне реагування на хворобу*» мають прямі кореляції з показниками СЖО; при цьому найсильніші зв'язки стосуються параметрів «Результативність життя» ($p=0,002$) та «Процес життя» ($p=0,008$). Отже, адаптивне реагування сприяє кращому сприйняттю результативності та задоволенню від життя. Важливо, що значущі кореляції стосуються передусім анозогнозичного типу реагування – вони стосуються більшості компонентів СЖО.

Таким чином, порушення адаптації хворих, передусім неврастенічний і тривожний тип реагування, пов'язані із значним зниженням показників СЖО. Натомість адаптивне реагування на хворобу (передусім анозогнозичний тип ставлення) сприяє більш виразній свідомості та контролюваності життя. Тому у роботі із екзистенційними проблемами пацієнтів корисно впроваджувати інтервенції, спрямовані на зменшення тривожності та неврастенічних проявів, а також на розвиток адаптивних стратегій реагування на хворобу.

Отримані результати підтверджують існуючі наукові уявлення про внутрішню картину хвороби онкологічних пацієнтів. Сучасні дослідження переконують, що в ситуації хронічного соматичного захворювання якість життя людини залежить не стільки від його об'єктивної важкості, скільки від того, як вона уявляє свою хворобу і як до неї ставиться. Г. Левенталь та колеги підкреслили, що сприйняття хвороби та її особистий сенс визначають вибір стратегій подолання і поведінкові реакції пацієнтів (Leventhal, Meyer, Nerenz, 1980). С. Тейлор пояснила, як люди адаптуються до діагнозу онкологічного захворювання через процеси когнітивної адаптації, такі як пошук сенсу в досвіді, спроби відновити контроль над життям та підвищення самооцінки (Taylor, 1983). Відомо, що відношення до хвороби, її прийняття та осмислення, у значній мірі визначає ресурси адаптації та суб'єктивне благополуччя хворого (Stanton et al., 2002; Дідковська, 2020). При цьому багато пацієнтів, які успішно пережили рак, повідомляли про переоцінку власних цінностей і цілей в процесі подолання

захворювання (Arem et al., 2024). Отримані в нашому дослідженні результати і висновки цілком узгоджуються з даними попередніх вчених.

Отже, серед онкологічних пацієнтів поширені різноманітні прояви дезадаптивного ставлення до хвороби, серед яких переважають сенситивні і тривожні реакції. Окремі типи реагування на хворобу достовірно корелюють з провідними життєвими цінностями особистості. Отримані результати підтверджують психологічні знання про типологію реагування особистості на соматичну хворобу, а також розширюють і уточнюють уявлення про ціннісні аспекти такого реагування.

3.4. Аналіз копінг-поведінки пацієнтів та її кореляцій із життєвими цінностями

Необхідність вивчення копінг стратегій у нашому дослідженні зумовлена тим, що постановка онкологічного діагнозу є екстремально важкою подією для людини. Ця подія зазвичай супроводжується страхом, хвилюванням, деморалізацією та зумовлює стресовий стан (Bultz, Johansen, 2011). При цьому ситуацію сприйняття людиною онкологічного діагнозу характеризують ознаки, які суттєво відрізняються від сприйняття інших життєвих криз. Дослідження психологічних станів онкологічних пацієнтів свідчать про поширеність у них дистресу, почуття невизначеності, тривоги, депресії, симптомів посттравматичного стресового розладу; при цьому негативні переживання на будь-якому етапі захворювання та під час ремісії суттєво впливають на якість життя (Holland, Lewis 2000; Ciaramella, Poli, 2001; Jacobsen et al., 2005; Posluszny et al., 2011).

Отже, ситуація онкологічного захворювання з його раптовим початком, періодом додаткового обстеження для впевненості в діагнозі, тривалим лікуванням і можливим хірургічним втручанням, може розглядатися як психологічна травма. Вона руйнує життєві перспективи та змінює загальне сприйняття життя. Хвороба потребує адаптації до нової реальності і супроводжується реакціями подолання (Hoffman et al., 2013).

Вивчення відповіді психіки на стресову ситуацію та особливостей подолання труднощів особами з онкологічним діагнозом становить як теоретичний інтерес, так і практичну цінність. Копінг є цілеспрямованою поведінкою, що дозволяє впоратися зі складною життєвою ситуацією або стресом різними способами, відповідними зовнішнім обставинам та психологічним особливостям людини. Подолання може бути спрямоване як на перетворення ситуацій, які суб'єкт спроможний контролювати, так і на пристосування до ситуацій, які неможливо контролювати або змінити. Завданням різних копінг-стратегій є боротьба з життєвими труднощами, подолання проблем, зменшення їх негативних наслідків, а також спроби уникнути труднощів чи здатності витримати їх.

У дослідженні були використані дві методики, що діагностують копінг в контексті різних теоретико-методологічних позицій.

1. *Опитувальник оцінки копінг-поведінки WCQ* (Wais of Coping Questionnaire) дозволяє визначити частоту використання восьми найбільш поширених стратегій подолання життєвих труднощів (Folkman, Lazarus, 1988). Оскільки шкали містять різну кількість пунктів, отримані бали переводилися в індексований показник – відсоткову частку від максимально можливої оцінки за шкалою (хоча для статистичних розрахунків краще використовувати «сирі» бали за шкалами). Висока напруженість копінгу, у діапазоні вище 60,00 %, свідчить про виражену тенденцію до дезадаптації. Поряд із цим, розраховується сумарний показник за методикою, який відображає загальну напруженість стратегій подолання, безвідносно до співвідношення окремих моделей поведінки.

Наведені описові статистики за опитувальником копінг-поведінки – табл. 3.15. Аналіз описових статистик за показниками копінг-стратегій у вибірці дозволив виокремити деякі особливості поведінки онкологічних пацієнтів в умовах стресу, спричиненого постановкою діагнозу та лікуванням.

Таблиця 3.15

Описові статистики за опитувальником оцінки копінг-поведінки WCQ**Р. Лазаруса та С. Фолкман у вибірці онкохворих пацієнтів (n=105)**

Діагностичні параметри WCQ	М	95 % ДІ середнього	SD	As	Es
Конфронтаційний копінг	40,87	38,2 – 43,5	13,56	0,023	0,135
Дистанціювання	50,64	47,6 – 53,7	15,68	0,087	-0,383
Самоконтроль	59,51	56,6 – 62,4	15,07	-0,028	-0,140
Пошук соціальної підтримки	57,82	54,1 – 61,5	19,02	-0,183	0,061
Прийняття відповідальності	57,29	53,6 – 61,0	19,02	-0,370	-0,140
Втеча-уникнення	44,97	42,2 – 47,7	14,11	0,165	0,244
Планування рішення	64,89	61,0 – 68,7	20,00	-0,567	0,172
Позитивна переоцінка	57,78	53,7 – 61,8	20,95	-0,093	-0,481
Загальна напруженість копінгу	52,88	52,0 – 53,6	9,09	-0,385	0,061

Примітка: М – середнє; ДІ – нижня та верхня межа 95 % довірчого інтервалу середнього; SD – стандартне відхилення показника у вибірці; As – асиметрія (стандартна помилка асиметрії у вибірці становить 0,236); Es – ексцес (стандартна помилка ексцесу у вибірці становить 0,467).

Найбільш вираженими копінг-стратегіями у вибірці є планування рішення (М=64,89; SD=20,00) та самоконтроль (М=59,51; SD=15,07). Така модель поведінки вказує на прагнення пацієнтів шукати конкретні способи вирішення проблеми і зберігати активну роль у подоланні хвороби, зберігаючи орієнтацію на майбутнє. При цьому хворі намагаються контролювати власні емоції та дії й не дозволяти стресу повністю домінувати над ними. Це може бути важливою адаптивною стратегією, що допомагає зберігати спокій і цілеспрямованість у складних обставинах.

Висока частота стратегії «Пошук соціальної підтримки» (М=57,82; SD=19, 02) свідчить про те, що пацієнти активно залучають соціальні ресурси для емоційної, інформаційної чи дієвої підтримки. Це може включати спілкування з родичами, друзями або медичним персоналом.

Поряд із цим, пацієнти часто вдаються до стратегії позитивної переоцінки труднощів (М=57,78; SD=20,95). Вони намагаються знайти сенс у ситуації, яка склалася, переосмислити наявність хвороби та знайти у ній можливості для особистісного зростання.

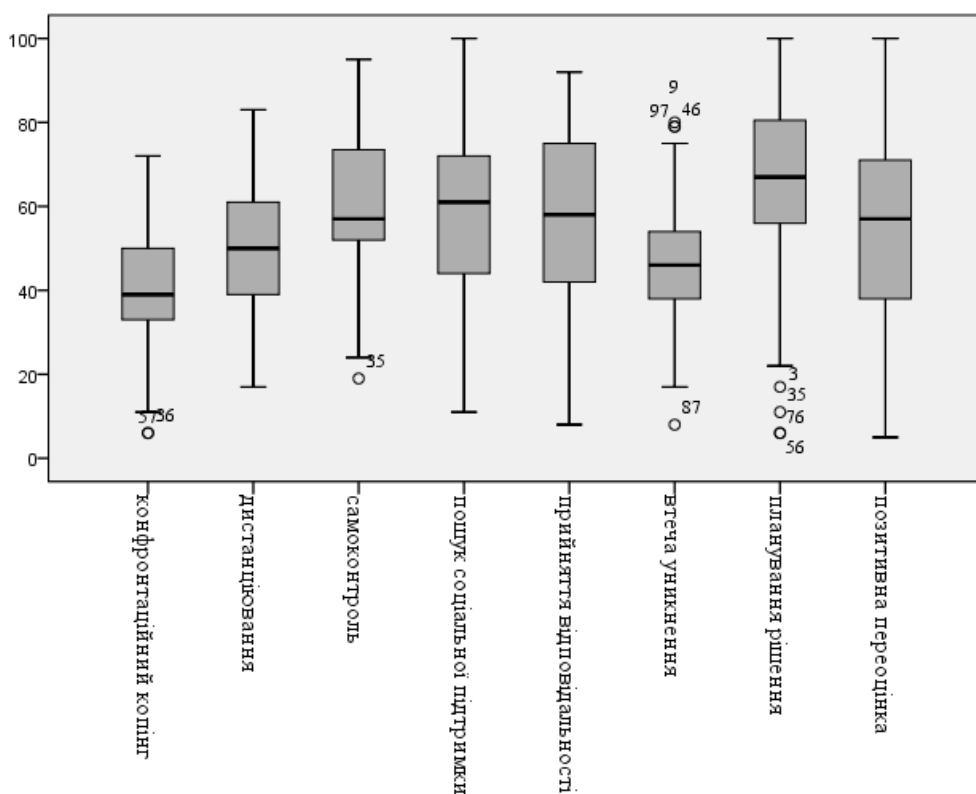


Рис. 3.14. Коробкові діаграми показників копінг-поведінки у вибірці (за індексованими балами)

Стратегія «Прийняття відповідальності» достатньо поширена у вибірці ($M=57,29$; $SD=19,02$). Пацієнти розуміють власну роль у вирішенні проблеми, визнають відповідальність за відповідні дії або бездіяльність. Однак цей показник не є провідним, що може свідчити про часткову зовнішню атрибуцію труднощів. Такий результат обґрунтовує необхідність психологічних втручань, спрямованих на формування внутрішнього локусу контролю та відповідальної позиції пацієнта стосовно лікування.

У вибірці *помірно виражені* копінг-стратегії дистанціювання та втечі/уникнення (пацієнти намагаються знизити інтенсивність емоційного стресу, абстрагуючись від ситуації та уникаючи активних дій, спрямованих на її вирішення). Вони можуть бути присутні у частини пацієнтів як реакція на стрес, пов'язаний із постановкою важкого діагнозу.

Найменше виражена стратегія конфронтаційного копіngu, що вказує на низький рівень агресивних чи імпульсивних спроб впливу на ситуацію. Пацієнти намагаються уникати конфліктних ситуацій в процесі подолання.

Вибір копіng-стратегій виявився значуще пов'язаний із віком пацієнтів (результати порівняльного аналізу груп різного віку у табл. 3.16).

Таблиця 3.16

Описові статистики та порівняльний аналіз копіng-стратегій за опитувальником WCQ у підвибірках пацієнтів різного віку

Перелік діагностичних шкал	Середній показник у підвибірці віком 22-44 роки (n=34)	Середній показник у підвибірці віком 45-60 років (n=71)	Результати порівняльного аналізу за критерієм Манна-Вітні		
			U	p-рівень	розмір ефекту
Конфронтаційний копіng	40,03	41,27	1126,0	0,577	0,067
Дистанціювання	53,94	49,06	990,0	0,135	0,180
Самоконтроль	60,92	58,83	1128,5	0,590	0,065
Пошук соціальної підтримки	59,14	57,18	1171,0	0,805	0,030
Прийняття відповідальності	59,32	56,31	1110,0	0,504	0,080
Втеча-уникнення	48,06	43,49	1033,5	0,233	0,144
Планування рішення	67,12	63,79	1163,0	0,763	0,036
Позитивна переоцінка	64,05	54,77	884,5	0,027	0,267
Напруженість копіngu	55,34	51,70	940,0	0,067	0,221

Примітка: розмір ефекту розрахований за допомогою рангової бісеріальної кореляції, вважається середнім (достатнім) при значеннях від 0,300 та більше.

Молодші пацієнти (до 45 років) демонструють порівняно вищі оцінки за методикою WCQ, що свідчить про більш часті та інтенсивні спроби подолання з використанням різноманітних стратегій поведінки. Виявлені статистично значущі відмінності ($p=0,027$) у показниках шкали позитивної переоцінки ситуації. Вищі оцінки, властиві молодшій групі, свідчать про докладання зусиль для створення позитивного сенсу захворювання: надбанні досвіду, зростанні власної особистості, духовному просвітленні тощо.

Крім того, виявлено значущі відмінності в оцінках шкали самоконтролю між чоловічою та жіночою підвибірками ($U = 852$ при $p=0,028$). Жінки мають порівняно більшу схильність у складних ситуаціях

докладати зусилля для регулювання власних почуттів і дій (середній показник шкали «Самоконтроль» складає 61,54 порівняно з 54,88).

Отже, пацієнти онкологічного відділення переважно обирають адаптивні стратегії подолання, орієнтовані на активне вирішення проблем (планування рішень) та збереження психологічного балансу (самоконтроль і позитивна переоцінка). Важливим ресурсом для них є соціальна підтримка, що може полягати у наданні інформації, корисних порадах, практичних діях, співчутті та розумінні, а також у зверненні за допомогою до фахівців (лікарів). Менш вираженими є стратегії уникання та дистанціювання, що може свідчити про усвідомлення власної відповідальності у боротьбі із хворобою. Отримані результати корисні для розробки індивідуалізованих психологічних втручань для посилення конструктивних стратегій подолання, зменшення впливу уникання або інших дезадаптивних моделей поведінки.

2. Скринінгова методика діагностики копінг-механізмів Е. Хейма

дозволяє уточнити отриману інформацію за допомогою номінативних даних. Вона дозволяє оцінити 26 ситуаційно-специфічних варіантів долаючої поведінки, розподілені відповідно трьом сферам реагування: когнітивній, емоційній, поведінковій. У кожній із трьох частин методики досліджувані обирали серед запропонованих описів лише один варіант, що відображав провідний спосіб реагування у складних ситуаціях, завдяки якому вони вирішують труднощі.

Ми порахували частоту зроблених виборів та визначили механізми подолання, характерні для онкологічних пацієнтів під час перебування на лікуванні у стаціонарі.

З даних у табл. 3.17 можна зробити висновок, що пацієнти онкологічного диспансеру користуються усім спектром когнітивних копінгів. Серед *когнітивних копінг-стратегій* пацієнти обирають переважно адаптивні варіанти поведінки – вони вважаються найбільш ефективними та адекватними для того, щоб знайти найкращий вихід із

складної ситуації. Серед них переважає установка на збереження власної самооцінки та почуття самоцінності, яку обрали 18,10 % опитаних. Серед пацієнтів також поширена установка на збереження самоконтролю (14,29 % виборів). Такі форми реагування спрямовані на збереження почуття керованості життям, усвідомлення своєї цінності як особистості, посилення віри у себе та знаходження внутрішніх ресурсів у вирішенні важкої ситуації.

Таблиця 3.17

Частота та ранг виборів когнітивних стратегій за методикою Е. Хейма

Варіант подолання	Опис «Кажу собі: ...»	Частота виборів у вибірці, %	Рангова позиція у вибірці
Установка власної цінності	Наразі я повністю не можу впоратися з цими труднощами, але згодом зможу впоратися і з ними, і з більш складними	18,10	1
Самокерування	Я не втрачаю самовладання і контролю над собою у важкі хвилини, намагаюся нікому не показувати свого стану	14,29	2
Дисимуляція	Це несуттєві труднощі, насправді все не так погано, в основному все добре	11,43	3
Відносність	Я кажу собі: порівняно з проблемами інших людей мої – це дрібниця	10,48	4
Проблемний аналіз	Я намагаюся проаналізувати, все зважити і пояснити собі, що трапилося	9,52	5
Релігійність	Якщо щось трапилося, то так завгодно Богу	8,57	6
Ігнорування	Кажу собі: зараз є щось важливіше, ніж ці труднощі	7,62	7,5
Смиренність	Кажу собі: це доля, треба з цим змиритися	7,62	7,5
Розгубленість	Я не знаю що робити і мені часом здається, що мені не виплутатися з цих труднощів	6,67	9
Надання сенсу	Я надаю своїм труднощам особливий сенс, долаючи їх, я вдосконалююсь сам	5,71	10

Разом із тим, 6,67 % пацієнтів (переважно чоловіки) відзначили, що відчувають розгубленість та сумніваються в тому, що зможуть впоратися із ситуацією. Вони потребують психологічної підтримки та відновлення віри у власні можливості подолання.

Серед емоційних копінг-стратегій (табл. 3.18) перевага віддається стратегії оптимістичного ставлення до можливості подолання важкої ситуації – 51,43 % пацієнтів відзначили свою впевненість в тому, що зможуть знайти вихід та вирішити труднощі. Це конструктивна стратегія, яка позитивно впливає на процес і результат лікування. Проте надмірний оптимізм може стати захисним механізмом, який призводить до ігнорування реальних загроз і перешкоджає адекватному сприйняттю хвороби.

Таблиця 3.18

Частота та ранг виборів емоційних стратегій за методикою Е. Хейма

Варіант копіngu	Опис «Кажу собі: ...»	Частота виборів у вибірці, %	Рангова позиція у вибірці
Оптимізм	Я завжди впевнений, що є вихід із скрутної ситуації	51,43	1
Придушення емоцій	Я пригнічую емоції у собі	22,86	2
Пасивна кооперація	Я довіряю подолання труднощів іншим людям, які готові допомогти	6,67	3
Протест	Я глибоко обурююсь несправедливістю долі щодо мене і протестую	5,71	4,5
Емоційна розрядка	Я впадаю у відчай, плачу і ридую	5,71	4,5
Агресивність	Я впадаю в лют, стаю агресивним	4,76	6
Покірність	Я впадаю у стан безнадії та розпачу	1,90	7
Самозвинувачення	Я вважаю сам винний у цьому, і отримав по заслугах	0,95	8

Майже чверть опитаних (20,55 % жінок та 34,37 % чоловіків) обрали стратегію придушення емоцій. Це відповідає попереднім результатам когнітивного блоку стосовно поширеності стратегії самоконтролю. Пригнічення емоційних переживань може мати негативні наслідки для здоров'я пацієнтів. Накопичення внутрішньої напруги, неможливість виразити свої страхи, розпач або гнів можуть ускладнювати процес адаптації, вплинути на сприйняття лікування та знижувати мотивацію до боротьби з хворобою. Крім того, емоційне придушення пов'язане зі збільшенням рівня кортизолу та інших гормонів стресу, що може впливати на функціонування імунної системи. Безперечно, виплеск неприємних

думок і переживань допомагає полегшити психоемоційний стан пацієнтів. Але треба пам'ятати, що неконтрольоване «застрягання» в негативних емоціях заважає адаптації і може посилити стрес.

Водночас, невелика частина опитаних відзначили неадаптивні емоційні реакції, які потребують психологічного втручання: 5,71 % мають реакції відчаю, що супроводжуються розрядкою негативних емоцій, ще 1,90 % втратили надію на благополучне вирішення ситуації. Половина таких випадків супроводжуються дезадаптивними когнітивними установками. Усе це може призводити до пасивності, недбалого ставлення до лікування.

Серед *поведінкових реакцій* (табл. 3.19) більшість пацієнтів обрали стратегії відволікання від неприємних думок та переживань, а також активне уникнення. Таке реагування вважається відносно адаптивним. Воно характерне для ситуацій, які людина не може повністю контролювати; це допомагає пережити, перетерпіти тривалий період стресу та страждань, пов'язаних із хворобою. Більше третини опитаних використовують для цього знайому діяльність – занурюються у роботу або домашні справи.

Ці стратегії можуть призвести до тимчасового полегшення, але в довгостроковій перспективі сприяють накопиченню емоційної напруги та погіршенню психологічного стану пацієнта. Пригнічені емоції можуть накопичуватись, проявляючись у вигляді психосоматичних розладів, таких як головний біль, порушення сну чи проблеми з травленням.

Слід відзначити, що стандартизований перелік реакцій у методиці не містить активних моделей поведінки, безпосередньо спрямованих на подолання труднощів. Ми вважаємо це методологічним недоліком та пропонуємо додати до означеного списку варіанти «я спрямовую активні зусилля на те, щоб вирішити проблему», «я не полишаю спроб вирішити проблему, навіть якщо результат доводиться довго чекати».

Частота та ранг виборів поведінкових стратегій за методикою Е.Хейма

Варіант копінгу	Опис «Кажу собі: ...»	Частота виборів, %	Рангова позиція у вибірці
Відволікання через знайому діяльність	Я поринаю в улюблену справу, намагаючись забути про труднощі	35,24	1
Уникнення	Намагаюся не думати, всіляко уникаю зосередження на своїх неприємностях	29,52	2
Альтруїзм	Я намагаюся допомогти іншим людям і в турботах про них забуваю про власні прикрощі	12,38	3
Пошук підтримки	Я зазвичай шукаю людей, здатних допомогти мені порадою	8,57	4
Співробітництво	Я використовую співпрацю зі значущими для мене людьми для подолання труднощів	6,67	5
Відступ	Я ізолююся, намагаюся залишитися наодинці із собою	3,81	6
Відволікання через нову діяльність	Щоб пережити труднощі, я беруся за здійснення давньої мрії: вступаю на курси іноземної мови, подорожую тощо	2,86	7
Компенсація	Намагаюся відволіктися, розслабитися (за допомогою заспокійливих ліків, алкоголю, смачної їжі тощо)	0,95	8

Таким чином, вивчення копінг-поведінки дає психологу цінну інформацію про реагування пацієнта на хворобу та пов'язані із нею труднощі. Провідні установки пацієнтів, що впливають на подолання і лікування онкологічної хвороби, полягають в наступному: вони впевнені, що вихід із скрутної ситуації існує; навіть якщо наразі вони не можуть повністю вирішити труднощі, що виникли, з часом вони зможуть впоратися з усім. Поряд із цим, пацієнти спрямовують свої зусилля на те, щоб придушити власні негативні емоції, зберегти контроль над собою у важкі хвилини та намагаються нікому не показувати свого справжнього стану. Щоб відволіктися від неприємних думок та пережити складний період, пацієнти занурюються в знайомі улюблені справи.

Хоча придушення емоцій вважається дезадаптивним варіантом копінгу, його поширеність у вибірці свідчить про те, що в ситуації важкого діагнозу таке реагування має певну функціональність. Це може бути

пов'язано з необхідністю збереження емоційної стабільності в умовах невизначеності та стресового напруження, спричинених смертельною хворобою. Пацієнти можуть обирати контроль емоцій як спосіб зменшення негативного впливу на своє фізичне самопочуття або для підтримки соціальних відносин, уникаючи зайвого занепокоєння близьких. Таке реагування є ефективним у короткостроковій перспективі, проте у довгостроковій перспективі може призводити до емоційного виснаження і навіть погіршення фізичного стану.

Отримані результати підкреслюють важливість психотерапевтичної підтримки пацієнтів, спрямованої на ефективне регулювання негативних переживань, не пригнічуючи їх, а перетворюючи на ресурс для адаптації. Використання технік емоційної регуляції, когнітивної реструктуризації може сприяти більш здоровому емоційному реагуванню, що підвищує психологічну стійкість і сприяє успішному подоланню життєвих викликів.

Кореляційний аналіз. У контексті предмету дослідження нас цікавлять зв'язки параметрів подолання із ціннісними орієнтаціями пацієнтів. Результати кореляційного аналізу викладено у табл. 3.20 та 3.21.

Таблиця 3.20

Кореляції показників опитувальника WCQ з рангами життєвих цінностей пацієнтів онкологічного диспансеру (n=105)

	Конфронтаційний копінг	Дистанціювання	Самоконтроль	Пошук соціальної підтримки	Прийняття відповідальності	Втеча, уникнення	Планування рішення	Позитивна переоцінка	Напруженість копінгів
Термінальні цінності									
Активне діяльне життя	,010	,018	-,030	-,014	,134	,127	,058	-,045	,023
Життєва мудрість	-,236*	,023	-,056	-,030	,101	,130	-,016	,041	-,002
Здоров'я	-,041	,159	,025	-,095	,014	-,068	-,013	,111	,038
Цікава робота	-,053	-,056	,073	,154	,187	-,193*	,095	,159	,139
Краса природи і мистецтв	-,055	,116	-,117	,023	-,006	,032	-,018	-,117	-,024
Любов	,113	,043	-,012	,018	-,028	-,087	-,064	-,016	-,007

Продовж. табл. 3.20.

	Конфронтаційний копінг	Дистанціювання	Самоконтроль	Пошук соціальної підтримки	Прийняття відповідальності	Втеча, уникнення	Планування рішення	Позитивна переоцінка	Напруженість копінгів
Матеріал. забезпечення	,029	,075	,112	,057	,071	-,122	,082	,069	,080
Наявність вірних друзів	,030	-,066	-,011	-,028	,012	,089	,021	,067	,079
Суспільне покликання	,052	,095	-,072	-,121	-,118	-,058	-,034	,013	-,074
Пізнання	-,221*	-,034	-,097	,072	-,073	,089	-,103	-,061	-,062
Продуктивне життя	,066	-,248*	-,029	,041	-,036	,067	,015	-,082	-,079
Розвиток	,047	-,058	,049	-,082	,010	,125	-,010	-,093	-,032
Розваги	,292**	,095	,145	,223*	,039	,008	,096	,160	,218*
Свобода	,003	,050	-,038	,053	-,026	-,011	,077	,169	,072
Щасливе сімейне життя	-,011	,027	,004	-,129	-,103	-,062	-,095	-,271**	-,176
Щастя інших	-,054	-,161	-,022	-,015	-,081	-,135	-,135	-,067	-,129
Творчість	,048	-,185	,072	,131	,043	-,085	,073	-,050	,022
Впевненість у собі	,102	,043	,006	-,129	-,057	,043	-,003	-,034	-,056
Інструментальні цінності									
Акуратність	,008	-,005	-,023	,093	,181	,008	,049	-,015	,035
Виховання	-,209*	-,053	,090	-,055	,245*	-,019	,077	,025	,014
Високі запити	,162	,038	,159	-,037	-,092	-,042	-,013	,019	,035
Життєрадісність	,069	-,050	,066	,059	,110	,184	,089	,180	,207*
Старанність	,123	,037	,038	,083	,147	-,107	-,019	,106	,087
Незалежність	-,131	,098	,028	-,143	-,062	,076	,005	,057	,021
Непримиренність до недоліків	,138	,000	-,017	-,071	-,162	-,082	-,024	-,046	-,076
Освіченість	,155	,017	,189	,125	,046	-,091	,020	-,038	,118
Відповідальність	-,007	,083	-,015	-,104	-,056	,090	-,011	,090	,022
Раціоналізм	-,101	,049	-,032	,013	,066	-,041	-,003	,022	,009
Самоконтроль	,173	-,143	,061	,146	-,078	-,066	-,033	-,087	-,028
Сміливість у відсто- юванні своєї думки	-,018	,094	,084	,045	,015	,050	,034	,077	,136
Тверда воля	,049	-,052	,012	,107	-,195*	-,064	-,077	-,070	-,077
Терпимість	-,158	-,010	-,159	,008	-,181	-,006	-,133	-,061	-,162
Широта поглядів	-,039	,015	-,169	-,033	-,103	-,060	,015	-,019	-,094
Чесність	-,098	-,019	-,097	-,307**	,027	,198*	-,046	-,185	-,159
Ефективність у справах	-,127	-,049	-,146	,245*	,012	-,013	,002	-,011	-,008
Чуйність	-,021	-,032	-,051	-,180	-,027	-,050	,003	-,120	-,121

Примітка: * кореляція значуща при $p \leq 0,05$, ** кореляція значуща при $p \leq 0,01$.

Вибір окремих термінальних та інструментальних цінностей корелює з обранням різних копінг-стратегій досліджуваними. Ці зв'язки досить численні і різноманітні, вони дозволяють уточнити деякі психологічні закономірності, що лежать в основі трансформації життєвих цінностей пацієнтів. Наприклад, високий ранг термінальної цінності «цікава робота» значуще пов'язаний із прагненням втекти від проблем, уникнути важких роздумів та переживань ($p=0,049$), а пріоритетність цінності «продуктивне життя» корелює з дистанціюванням від труднощів ($p=0,011$). Прагнення до щасливого сімейного життя може допомагати пацієнтам позитивно переосмислювати власні проблеми ($p=0,005$).

Стосовно інструментальних цінностей отримана невелика кількість статистично значущих зв'язків. Слід відзначити пряму кореляцію рангу цінності «життєрадісність» із загальною напруженістю копінг-поведінки ($p=0,034$). Чим більший показник напруженості копінгу (що може свідчити про дезадаптацію або присутність сильного, нездоланого стресу в житті людини), тим меншу вагу має ця цінність. Це може бути пояснене тим, що в умовах високої напруженості копінг-поведінки життєрадісність як цінність втрачає актуальність для пацієнтів. Ресурси особистості спрямовуються на подолання більш нагальних проблем та збереження базової стабільності, а не на підтримку позитивного емоційного стану. Іншими словами, життєрадісність може сприйматися як «розкіш», яку важко підтримувати в умовах стресових навантажень, коли основна увага зосереджується на базових потребах та виживанні.

Цей висновок узгоджується з описаними раніше результатами та підтверджує дані порівняльного аналізу груп з різною вираженістю негативного впливу хвороби на життя (табл. 3.7).

Параметри копінг-поведінки досить сильно пов'язані зі смисложиттєвими орієнтаціями особистості – табл. 3.21. Так, схильність до втечі або уникнення вирішення проблем негативно корелює з більшістю показників СЖО: цілеорієнтованістю ($p=0,008$), задоволеністю процесом

життя та його результатами ($p=0,014$ та $0,015$ відповідно), а також переконаннями пацієнтів стосовно керованості життя ($p=0,049$).

Таблиця 3.21

**Кореляції показників опитувальника WCQ з показниками
смыслжиттєвих орієнтацій пацієнтів онкологічного диспансеру**

	Конфронтаційний копінг	Дистанціювання	Самоконтроль	Пошук соціальної підтримки	Прийняття відповідальності	Втеча, уникнення	Планування рішення	Позитивна переоцінка	Напруженість копінгів
Цілі у житті	-,134	-,021	,207*	-,131	,002	-,259**	,289**	,164	,054
Процес життя	-,080	,071	,151	-,154	,014	-,241*	,325**	,174	,072
Результативність життя	-,089	-,001	,067	-,157	-,089	-,238*	,075	,067	-,065
Локус контролю - Я	-,099	,018	,132	-,056	,064	-,179	,302**	,335**	,152
Локус контролю - життя	-,141	,033	-,100	-,125	-,086	-,194*	,068	,054	-,109
Загальний показник СЖО	-,120	,072	,078	-,167	-,038	-,288**	,242*	,157	-,004

Примітка: * кореляція значуща при $p \leq 0,05$, ** кореляція значуща при $p \leq 0,01$.

Вираженість смысловиттєвих орієнтацій пацієнтів прямо корелює з вибором конструктивної стратегії подолання – *плануванням вирішення* проблеми (зусилля, спрямовані на пошук та аналіз можливостей змінити ситуацію на краще). Зокрема, особи, які частіше обирають цю копінг-стратегію, переважно задоволені процесом свого життя в сьогоденні ($p=0,001$), мають високі оцінки за параметром наявності життєвих цілей ($p=0,003$), та впевнені у власних можливостях контролю, впливу на життєві обставини ($p=0,002$).

При цьому особи з вираженим локусом контролю – «Я» схильні до *позитивної переоцінки* труднощів – їх переосмислення, пошуку в негараздах життєвих уроків або філософського сенсу ($p=0,001$). Позитивна переоцінка труднощів допомагає онкологічним пацієнтам підтримувати уявлення про себе як сильну особистість, яка має достатню свободу

вибору, щоб побудувати своє життя згідно з власними цілями та переконаннями. Важливо зазначити, що переоцінка труднощів не лише підвищує віру в себе, але й допомагає пацієнтам переосмислити хворобу як джерело зростання або можливість змінити свої життєві пріоритети.

Показник самоконтролю (зусилля з регулювання своїх почуттів і дій) прямо корелює з оцінками шкали «цілі в житті» ($p=0,035$). Пацієнти, які активно використовують цю стратегію подолання, мають цілі, спрямовані у майбутнє, які надають їх життю осмисленість.

Таким чином, звичні моделі копінг-поведінки можна вважати значущим чинником, що впливає на вираженість сенсожиттєвих орієнтацій пацієнтів (цілеорієнтованості, задоволеності процесом та результативністю життя, внутрішнього локусу контролю), а також в деякій мірі зумовлює важливість термінальних та інструментальних життєвих цінностей. Отримані результати можуть використовуватись у розробці психологічних програм, що фокусуються на розвитку конструктивних копінг-стратегій, зокрема позитивної переоцінки труднощів, планування їх вирішення та віри у власні можливості як ключових стратегій подолання хвороби.

3.5. Емоційно-мотиваційні особливості пацієнтів: маніфестна тривога та мотивація

Для отримання додаткової інформації про психологічний стан пацієнтів та чинники трансформації життєвих цінностей було проведено діагностику тривожності (Шкала маніфестної тривоги Дж. Тейлор) та мотиваційної спрямованості особистості (опитувальники для діагностики мотивації успіху та страху невдачі Т. Елерса).

За Шкалою маніфестної тривожності у вибірці не виявлено занадто високих, критичних показників, так само як і низьких. Разом із тим 33 % пацієнтів демонструють виражену тривожність (оцінка 25 – 40 балів за опитувальником), що проявляється у психічній напрузі та соматично-

вегетативних реакціях – рис. 3.14. Більшість вибірки демонструє помірні показники тривожних реакцій. Можливо, перебування у стаціонарі у певній мірі сприяє зниженню тривожності пацієнтів. Вони отримують професійну допомогу, краще розуміють власний стан та мають позитивні перспективи лікування.

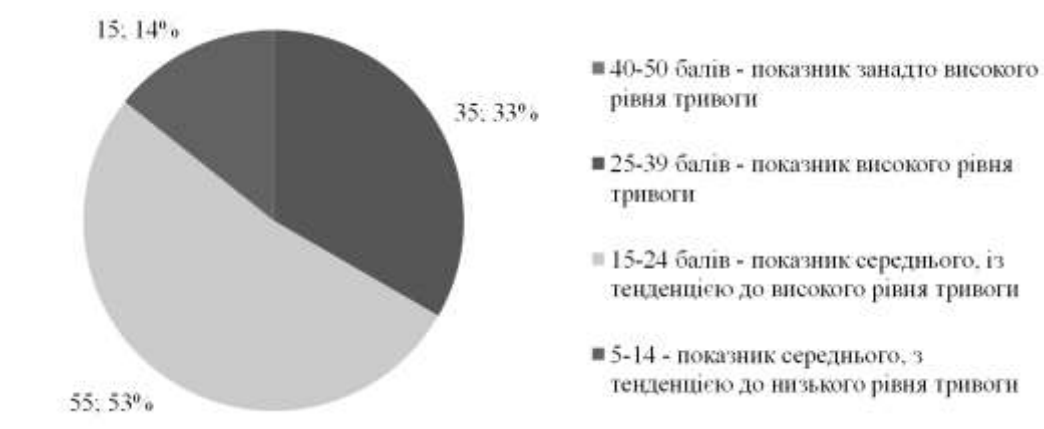


Рис. 3.15. Розподіл показників маніфестної тривоги у вибірці

За методикою оцінки мотивації уникнення невдач Т. Елерса у вибірці отримано середній показник 18,66 при $SD = 4,56$; відповідні оцінки за методикою оцінки мотивації досягнення успіху склали 16,58 ($SD = 3,48$). При цьому у 19 опитаних (18,09 % вибірки) обидва показники знаходяться на високому рівні. Такі пацієнти демонструють амбівалентну мотиваційну структуру, коли сильне прагнення досягти успіху поєднується з вираженим страхом невдачі. Це зазвичай супроводжується внутрішнім напруженням, підвищеною тривожністю і суперечливими спонуканнями у процесі ухвалення рішень, зокрема стосовно лікування, змін у способі життя або спілкування з близькими. Така конфігурація мотивації може бути джерелом як додаткового психологічного ресурсу, так і вразливості – залежно від того, який з мотивів домінує у конкретній ситуації.

Стосовно показників тривожності (як і показників мотивації, які ми детально не розглядаємо) були розраховані коефіцієнти кореляції. Виходячи з предмету та завдань дослідження, нас передусім цікавлять зв'язки між показниками ціннісної сфери та іншими виміряними

параметрами. Для розрахунків використовували коефіцієнт рангової кореляції Спірмена, що дозволяє працювати із змінними, виміряними в порядкових шкалах, а також при порушеннях нормальності розподілу.

Таблиця 3.22

**Кореляції показників тривожності та мотивації з показниками
смишлужиттєвих орієнтацій пацієнтів онкологічного диспансеру**

	Мотивація уникнення невдач	Мотивація досягнення успіху	Шкала маніфестної тривоги
Цілі у житті	-0,145	0,284**	-0,347**
Процес життя	-0,281**	0,219*	-0,321**
Результативність життя	-0,081	0,227*	-0,278**
Локус контролю - Я	-0,090	0,237*	-0,263**
Локус контролю - життя	-0,043	0,199*	-0,348**
Загальний показник СЖО	-0,139	0,315**	-0,368**

Передусім, пацієнти з високими оцінками СЖО демонструють вищу мотивацію досягнення успіху ($p=0,001$) та меншу несхильність до тривожних реакцій ($p=0,000$). Виражена мотивація уникнення невдач негативно корелює із задоволеністю пацієнтів процесом свого життя, його змістовою та емоційною наповненістю ($p=0,004$). Це важливі аспекти, які можуть впливати на процес та результат лікування.

Кореляційний аналіз показників методики вивчення ціннісних орієнтацій М. Рокича виявив невелику кількість значущих зв'язків – вони поодинокі та не дуже інформативні.

3.6. Психологічні предиктори, що визначають сенсожиттєву орієнтованість пацієнтів: багатофакторний регресійний аналіз

У дослідженні була виявлена та описана велика кількість кореляцій між життєвими цінностями, смислужиттєвими орієнтаціями пацієнтів та іншими психологічними змінними.

Розрахунок кореляцій як спосіб статистичного аналізування емпіричних результатів не дозволяє зробити висновок про причинно-наслідкові зв'язки між змінними – лише зафіксувати факт про наявність, пряму або обернену закономірність. Разом із цим, він дає достатньо інформації для формулювання дослідницьких припущень про природу та структуру встановлених зв'язків.

Щоб узагальнити та уточнити велику кількість виявлених зв'язків, було проведено множинний регресійний аналіз даних. Лінійна регресія використовується для дослідження взаємозв'язку між залежною змінною та кількома незалежними змінними (предикторами), а також для прогнозування значень залежної змінної на основі відомих значень предикторів. Цей метод допомагає не лише оцінити силу та напрямок зв'язків між змінними, а й виявити значущі чинники впливу та зрозуміти структуру даних. Лінійна регресія оцінює, наскільки незалежні змінні впливають на залежну змінну, що дозволяє побудувати відповідне математичне рівняння. Для аналізу психологічних конструктів найбільш інформативним є не регресійне рівняння як таке, а незалежні змінні, які до нього будуть включені або відсіяні, а також значущі коефіцієнти регресії, що показують величину впливу кожної змінної.

В якості *залежної змінної* було взято сумарний показник методики СЖО. Як показало попереднє аналізування, саме смисложиттєві орієнтації найтісніше пов'язані з вимірами ставлення до хвороби, її негативним впливом на життя, стратегіями подолання труднощів, емоційними та мотиваційними особливостями пацієнтів. В якості незалежних змінних (чинників, що пояснюють залежну змінну) розглядалися усі інші кількісні параметри, виміряні у дослідженні: шкальні показники методики ТОБОЛ, оцінки частоти та інтенсивності використання копінг-стратегій, показники маніфестної тривоги, мотивації досягнення успіху та страху уникнення невдачі (загалом 61 змінна).

Рангові позиції термінальних та інструментальних життєвих цінностей розглядалися окремо, як чинники нижчого рівня, що складають внутрішнє наповнення системи сенсожиттєвих орієнтацій особистості. Як було показано в підрозділі 3.1, переживання пацієнтами осмисленості життя або навпаки, відчуженості і втрати сенсу, зумовлене не стільки прихильністю до якихось конкретних цінностей, скільки збалансованістю і гармонійністю внутрішніх пріоритетів, їх відповідністю зовнішнім умовам. При цьому змістове наповнення та ієрархічна структура ціннісної системи пацієнтів характеризуються вираженою індивідуальністю та своєрідністю, що слід враховувати в консультативному процесі.

Через виразну індивідуальну своєрідність наборів термінальних та інструментальних життєвих цінностей пацієнтів ми не вважаємо доцільним розглядати жодну із них в якості залежної змінної, щоб визначити чинники обрання тої чи іншої конкретної цінності в якості провідної (або ж послідовно перебирати весь набір із 36 змінних). При цьому у методиці М. Рокича відсутні інтегральні показники, які б дозволили якимось чином узагальнити чи порівняти отримані ціннісні рейтинги. Отже, методика вивчення ціннісних орієнтацій допомагає, передусім, вивчити якісний зміст та внутрішню структуру системи індивідуальних особистісних диспозицій (це не знижує важливості отриманої діагностичної інформації, лише регулює способи її інтерпретації). Натомість інтегральна оцінка методики СЖО є зручним та інформативним кількісним параметром, що дозволяє розглядати сформованість ціннісних орієнтацій пацієнтів на вищому рівні функціонування – як загальної життєвої налаштованості, що формує почуття осмисленості, спрямованості та наповненості власного існування (незалежно від змісту та структури індивідуальних цінностей). При цьому були перевірені дві дослідницькі гіпотези:

1) набір конкретних термінальних та інструментальних цінностей не буде виступати значущим предиктором (прогностичною моделлю), що визначає сенсожиттєву орієнтованість особистості;

2) особистісні властивості пацієнтів, досвід переживання та сприйняття хвороби, а також стратегії подолання життєвих негараздів є значущими чинниками (предикторами), що визначають сенсожиттєву орієнтованість особистості.

На підготовчому етапі використовували *метод примусового включення*, який дозволив розглянути значущість впливу усіх параметрів, які нас цікавили, на залежну змінну (розрахунки наведені в додатку Г). Велика кількість незалежних змінних забезпечила достатню якість моделі – значення коефіцієнту детермінації R^2 дорівнювало 0,796. Отже, частка варіації залежної змінної, пояснена обраним набором предикторів, була достатньо високою.

Разом із тим, значущі коефіцієнти регресії (β) були отримані лише стосовно чотирьох показників: сенситивний тип ставлення до хвороби ($\beta=1,13$ при $p=0,001$), копінг-стратегія «планування рішення» ($\beta=1,49$ при $p=0,016$), мотивація досягнення успіху ($\beta=1,13$ при $p=0,036$), та меланхолічний тип реагування на хворобу ($\beta=1,06$ при $p=0,050$). Значення p в даному випадку використовується для перевірки, чи є вплив предиктору значущим; в якості мінімально достовірного рівня брали загальновизнану в психології величину 0,050. Додаткової уваги потребували гармонічний та тривожний типи ставлення до захворювання, стосовно яких значущість коефіцієнту регресії β складала 0,058 та 0,067 – див. додаток Г.

Отриманий результат підтвердив висунуті дослідницькі гіпотези.

На наступному етапі застосовано *метод покрокового відбору* змінних. Він дозволяє сформувати лаконічну модель з мінімальною кількістю найбільш значущих чинників, та уточнити вплив кожного предиктора. Слід враховувати, що покрокове видалення або додавання предикторів змінює усі показники моделі та може помітно змінити

значущість впливу інших незалежних змінних. Тому фінальний набір предикторів може дещо відрізнитись від попередньо визначених.

Спочатку розглянемо модель, що відображує вплив особистісних властивостей та досвіду переживання хвороби – див. регресійну модель у табл. 3.23. Показник F дорівнює 10,79 при $p=0,000$, що засвідчує якість фінальної моделі. При цьому значення R^2 складає 0,355, тож треба враховувати, що на залежну змінну, окрім сукупності означених предикторів, впливають інші чинники, не враховані у поточному дослідженні. В якості показника внеску кожної змінної в регресійну модель розглядали стандартизований показник Beta.

Коефіцієнт регресії показує, наскільки зміниться залежна змінна (загальний показник СЖО), якщо певний предиктор (наприклад, показник тривожності) зміниться на одиницю, за умови фіксації інших змінних. Нестандартизований коефіцієнт β демонструє значення в реальних одиницях вимірювання змінних; стандартизований коефіцієнт β (позначений у табл. 3.23 як Beta) дозволяє порівняти вплив різних предикторів між собою, незалежно від шкали виміру. Тобто, вплив маніфестної тривоги є більш сильним, ніж мотивації досягнення успіху, оскільки абсолютне значення Beta 0,356 більше за 0,220.

Таблиця 3.23

**Результати регресійного аналізу параметрів, що впливають на
залежну змінну «Загальний показник СЖО»**

Складові регресійної моделі	Нестандарти- зовані коефіцієнти		Стандарти- зовані коефіцієнти	Критерій t-Стью- дента	Значу- щість (Sig.)
	β	Станд. похибка	Beta		
Константа	113,20	11,24		10,07	,000
Шкала маніфестної тривоги	-,928	,217	-,356	-4,285	,000
Мотивація досягнення успіху	1,055	,401	,220	2,629	,010
Якою мірою рак заважає жити повноцінно (анкета)	-4,206	1,494	-,231	-2,816	,006
Планування рішення (копінг)	,996	,375	,221	2,657	,009
Пошук соціальної підтримки (копінг)	-1,059	,411	-,216	-2,575	,012

Отже, загальну виразність смисложиттєвих орієнтацій онкологічних пацієнтів можна пояснити впливом п'яти незалежних предикторів (соціально-психологічних чинників), а саме:

- вираженість маніфестної тривоги на психологічному і фізіологічному рівнях негативно впливає на осмисленість життя, провокуючи екзистенційну кризу (стандартизований коефіцієнт регресії Beta складає -0,356, його значущість 0,000);

- мотивація досягнення успіху відіграє позитивну роль у формуванні смисложиттєвої орієнтованості пацієнтів (Beta = 0,220 при $p=0,010$);

- сильна вираженість руйнівного впливу хвороби на повсякденне життя пацієнта відіграє негативну роль у розвитку смисложиттєвих орієнтацій (Beta = -0,231 при $p=0,006$): чим більше пацієнт відчуває, що онкологічне захворювання обмежує його життя, тим нижчий загальний показник СЖО;

- схильність до копінг-стратегії планування вирішення проблеми (Beta = 0,221 при $p=0,009$) позитивно впливає на екзистенційні орієнтації; ця модель подолання дозволяє пацієнтам фокусуватися на пошуку способів вирішення проблем, зберігаючи сенс і контроль над життям;

- схильність до стратегії пошуку соціальної підтримки у скрутній ситуації (Beta = -0,216 при $p=0,012$) негативно впливає на загальну осмисленість життя онкологічно хворих пацієнтів.

При розгляді в якості незалежних змінних переліку 36 цінностей методики М. Рокича, була отримана модель з дуже низькою пояснювальною здатністю (значення R^2 склало лише 0,18 при рекомендованому 0,75). Вона повністю представлена у додатках. Цей результат свідчить на користь гіпотези про те, що неможливо виділити якийсь універсальний набір цінностей, які б забезпечили екзистенційну наповненість життя онкологічних пацієнтів. Кожна особистість буде

власну ієрархію життєвих цінностей та способів їх досягнення, наповнюючи її значущими для себе сенсами.

Таким чином, отримана в дослідженні регресійна модель частково пояснює можливий вплив соціально-психологічних характеристик на загальний показник смисложиттєвих орієнтацій онкологічних пацієнтів. Вона дозволяє передбачити виникнення екзистенційних криз на основі знання визначених змінних-предикторів. Тривожність пацієнтів, гостре переживання життєвих обмежень, накладених хворобою, критичне ставлення до себе й навколишніх, а також надмірні зусилля, спрямовані на пошук зовнішньої підтримки, є значущими бар'єрами для розвитку смисложиттєвих орієнтацій пацієнтів. Ці чинники суттєво знижують їх орієнтованість на поставлені цілі, задоволеність життям та переконання у власній можливості керувати подіями. Натомість висока мотивація досягнення успіху, поряд із активним використанням стратегії «планування рішення» сприяє зростанню осмисленості життя. Ці результати свідчать про важливість активних і цілеспрямованих стратегій подолання хвороби, а також життєвих установок, які підтримують здатність пацієнта знаходити сенс життя навіть у складних обставинах.

3.7. Практичні рекомендації психологічної підтримки трансформації життєвих цінностей онкохворих

Онкологічне захворювання – це не лише біомедичний виклик, але й глибока особистісна екзистенційна криза, яка спричиняє трансформацію системи життєвих цінностей, переоцінку смислів та зміну соціально-психологічного функціонування людини. Запропоноване дослідження спрямоване на виявлення ефективних та негативних соціально-психологічних чинників, що сприяють позитивному або деструктивному впливу на трансформацію життєвих цінностей у осіб з онкологічними захворюваннями, а також на розробку практичних рекомендацій для психологічного супроводу клієнтів в умовах переживання важкої хвороби.

Згідно даних отриманих у дослідженні особливої актуальності набуває психотерапевтична підтримка, орієнтована на відновлення або переосмислення сенсу життя, внутрішніх ресурсів, здатності приймати відповідальність за власне ставлення до хвороби. Практична робота психолога потребує цілісного підходу, що включає техніки логотерапії В. Франкла, клієнт-центровану терапію К. Роджерса, методи стабілізації емоційного стану, роботу з цінностями, самооцінкою та розкриттям внутрішніх ресурсів. Дані методичні рекомендації узагальнюють ключові техніки, прийоми та принципи психотерапевтичної роботи, з урахуванням специфіки психологічного супроводу пацієнтів хворих на онкологію.

Загальною метою логотерапії є виявлення та актуалізація особистісного сенсу в умовах страждання, втрати чи хронічної хвороби. Людина розглядається як така, що здатна обирати своє ставлення до обставин та знаходити сенс навіть у найскладніших ситуаціях (Patterson, 2004). Спираючись на базові принципи логотерапії: воля до сенсу; свобода волі; сенс життя пропонуються для використання техніки, які зможуть підтримати головну мотивацію людини – знайти сенс свого життя, який не створюється, а відкривається в реальності завдяки творчості, любові або у процесі достойного сприйняття страждання і розуміння, що навіть в умовах хвороби людина має свободу вибору ставлення до ситуації (Франкл, 2020). Під час роботи з пацієнтом психологу важливо створити безпечний простір, не нав'язувати сенс, а допомогти його знайти.

– Сократівський діалог (сміслові розпитування). Цей метод особливо ефективний при кризах сенсу, втраті мотивації, бо сприяє рефлексії.

Використовує відкриті запитання: «Що це означає для вас?», «Що ви відчуваєте, коли про це згадуєте?», «У чому зараз полягає ваша особиста відповідальність?», «Який вибір ви можете зробити, навіть у цій ситуації?» Це допоможе сформулювати особистісний сенс у конкретній ситуації та допоможе пацієнту дійти до розуміння особистісного сенсу ситуації.

– Дереклексія. Відволікання від надмірної уваги до себе та симптомів, що допоможе зменшити тривожність. Створення фокусу уваги на допомогу іншим, творчість, щоденні маленькі дії через запитання: «Попри біль, чи є щось або хтось, кому ви могли б допомогти, сказати добре слово, залиште щось цінне?»

– Аксіологічна рефлексія, яка допомагає психологу працювати з ієрархією цінностей та виявити і надати пацієнту можливості зробити переосмислення ключових життєвих цінностей, які залишаються у людини навіть під час страждання: «Що залишається важливим у вашому житті зараз?», «Чи є у вас внутрішнє «чому», заради якого варто жити далі?» Психолог працює з сенсом любові, гідності, відповідальності, свободи, віри, творчості.

– Екзистенційна інвентаризація (використовується у роботі з літніми, паліативними пацієнтами та психопрофілактики у термінальних стадіях). Допмагає людині відчувати «життєвий баланс» і зрозуміти, що її життя не було даремним. Пацієнт складає перелік значущих моментів життя, які формують відчуття наповненості, стають опорою смислу та знижують почуття пустоти чи жалю.

– Проективне листування, яке дає змогу інтегрувати особистісний досвід та сформувати новий смисловий зв'язок. Пацієнту пропонується написати «лист у майбутнє» або «лист до хвороби через діалог із нею», або «лист до близьких із вдячністю і своїми бажаннями про те, що намагається залишити після себе».

У онкологічних хворих на тлі травматичного лікування, страху смерті, шокowego стану від діагнозу може розвинути́ся ПТСР і у такому випадку важливо поєднувати логотерапію з елементами стабілізації: дихальні практики (квадратичне дихання); техніки заземлення через п'ять органів чуття; когнітивно-поведінкову інтервенцію, з акцентом на розвиток стратегій адаптивного копіngu та внутрішніх опор.

З огляду на різний ступень адаптації, емоційного реагування та систему цінностей, важливо індивідуально підбирати методики роботи, спираючись на результати первинного психологічного обстеження та поточний психоемоційний стан пацієнта. Практичному психологу доцільно використовувати техніки гештальт-терапії для роботи із незавершеними переживаннями, методами психоедукації щодо нормальності жалоби за втраченими можливостями, здоров'ям, соціальними ролями, як етапу трансформації цінностей та адаптації до наявності важкої хвороби. Психолог допомагає знайти нові сенси, які мають цінність у змінених обставинах життя, зокрема цінності «тут і зараз», духовності, любові, турботи. Спеціалісту необхідно враховувати вікові особливості у роботі з онкопацієнтами літнього віку маючи на увазі природні переживання, пов'язані зі старістю, відчуттям завершеності життєвого шляху, зниженням активності, застосовуючи екзистенційно-гуманістичний підхід, який дозволяє людині прийняти вікові зміни та хворобу як частину життєвого шляху.

Онкологічне захворювання часто супроводжується втратою відчуття цінності, здатності впливати на власне життя (Лушин, 2016). Корисним у роботі з такими пацієнтами буде: складання «Щоденника успіху», куди людина щоденно записує свої маленькі досягнення; створення фокусу на вплив, а не на контроль через розуміння, на що людина може вплинути (спілкування з іншими, режим дня, її почуття і підтримка інших), індивідуальна робота з образом тіла та ідентичністю. Психологу слід звернути увагу на формування підтримуючого соціального оточення, зміцнення соціальної підтримки: заохочення родин, близьких друзів до відкритої комунікації про емоційні й духовні потреби хворого; створення груп підтримки або участь у вже наявних групах для обміну досвідом та емоціями допоможе зменшити ізоляцію (Watson, Kissane, 2011).

Психологічна допомога онкохворим припускає застосування клієнт-центрованої терапії К. Роджерса, яка акцентує увагу на цілісність

особистості, її здатність до самоактуалізації через повагу до індивідуального досвіду хвороби, створення простору для безумовного прийняття (прийняття пацієнта без оцінювання, незалежно від його емоцій, стану, рішень); віру в психологічну здатність клієнта адаптуватися до нової реальності (щирість психолога у спілкуванні); емпатичне розуміння та відкрите слухання (дозволити пацієнту говорити про свої страхи, провину, смуток, втрати). У роботі з трансформацією цінностей не нав'язувати нові цінності, а допомогти людині самостійно відкрити, переосмислити чи віднайти сенси, які є актуальними у контексті хвороби, використовуючи, наприклад, такі питання: «Що ви відкрили про себе з часу, коли дізнались свій діагноз?», «Що для вас зараз найважливіше?» та ін.

Психологічна допомога онкохворим має бути спрямована на підтримку внутрішніх ресурсів особистості, переосмислення життєвих цінностей та формування нових смислів. Важливо створити умови для емоційної безпеки, прийняття та розвитку позитивної самооцінки, що сприятиме психологічній адаптації та збереженню відчуття цілісності особистості онкологічного хворого у складних життєвих обставинах, які створює онкологічне захворювання.

Висновки до розділу III

На основі проведеного емпіричного дослідження проаналізовані профілі термінальних та інструментальних цінностей, особливості смисложиттєвих орієнтацій пацієнтів онкологічного диспансеру. Отримані результати дозволяють стверджувати, що важке захворювання, наявність якого порушує як біологічний аспект існування, так і соціальний контекст життя людини, спричиняє трансформацію життєвих цінностей.

Для осіб з онкологічними захворюваннями характерні чіткі пріоритети у виборі термінальних цінностей – життєвих цілей. Пацієнти зосереджені передусім на базових потребах (здоров'я і міжособистісні стосунки), матеріальній стабільності, збереженні життєвої активності. Інші

цінності, пов'язані з позитивним соціальним функціонуванням особистості, втрачають значущість у порівнянні з потребами, критичними для подолання хвороби. Визначальною ознакою онкологічних пацієнтів є беззаперечна перевага життєвих цілей, пов'язаних із відновленням фізичного і психічного здоров'я: 75,24 % опитаних поставили цінність «здоров'я» на першу позицію особистого рейтингу. Часткове або повне невизнання цієї цінності має прогностичне значення і має враховуватись у психологічному супроводі онкохворих осіб.

Другу позицію у вибірці займають цінності міжособистісних стосунків: духовна і фізична близькість з коханою людиною та щасливе сімейне життя. Провідна роль цінностей, пов'язаних з близькими відносинами, відображає прагнення соціальної підтримки, емоційного тепла та прийняття, характерне для осіб, яким поставлений діагноз смертельно небезпечної хвороби. У пошуку підтримки пацієнти звертаються, передусім, до членів родини. Це актуалізує необхідність психологічної допомоги, спрямованої не тільки на пацієнтів, але і на їх близьких, для яких постановка діагнозу та подальше лікування також є сильним стресом, що потребує ресурсів подолання.

Обрані пацієнтами інструментальні цінності досить розмаїті. Найбільш поширені вибори (життєрадісність, відповідальність, старанність, виховання, акуратність, самоконтроль) відповідають досягненню поставлених життєвих цілей, передусім відновлення здоров'я. Вони допомагають підтримувати активність та позитивний емоційний стан, важливі для лікування та наступної реабілітації.

Отже, загальна трансформація ціннісних орієнтацій під час хвороби вибудовує у пацієнтів вектор спрямованості на власне життєзабезпечення.

Вивчення смисложиттєвих орієнтацій показало, що більшість хворих незадоволені своїм життям у теперішньому часі, вважають його безрадісним та беззмістовним. Крім того, 8,57 % вибірки вкрай незадоволені прожитим відрізком життя і його результатами – це ознака

переживання екзистенційної кризи, що супроводжується почуттям незавершеності планів, нереалізованості життєвих цілей, втрати можливостей. Поряд із цим, більше чверті пацієнтів помірно задоволені прожитим життям: вважають його продуктивним та осмисленим, при цьому зберігають почуття того, що життя продовжується і його сенси варто закладати в майбутнє (це свідчення гарної адаптації до нових обставин, готовності переосмислювати життєві цілі та цінності). Важливо, що більшість опитаних мають чіткі, осмислені плани і програми дій, які надають їх життю спрямованість у майбутнє.

Серед онкологічних хворих спостерігається два підходи до оцінки власної здатності впливати на життя. Частина пацієнтів втрачає здатність контролювати події власного життя та схилиються до зовнішнього локусу контролю (це може супроводжуватись почуттям безсилля, залежності). Менша частка пацієнтів демонструє переконаність у здатності впливати на події, відчують відповідальність за свої дії та їх результати (вони більш активно ухвалюють рішення стосовно лікування та змін способу життя).

З'ясовано вплив життєвих обмежень, накладених хворобою, на ціннісний вибір особистості. Третина опитаних вказала, що хвороба помірно вплинула на їх життєвий уклад; більше половини вказали на значний або дуже сильний руйнівний вплив захворювання. Переживання пацієнтами негативного впливу хвороби є значущим чинником переосмислення життєвих пріоритетів і трансформації цінностей. Особи, які гостро відчують негативний вплив хвороби, схильні обирати в якості життєвої цілі досягнення внутрішньої гармонії та впевненості (потреба звільнитися від протиріч, сумнівів, страхів, які супроводжують процес лікування і прогнозування майбутнього). Найбільш помітним є вплив онкологічного захворювання на вибір інструментальних цінностей, серед яких «незалежність», «високі запити», «сміливість у відстоювання власних переконань», «раціональність», «життєрадісність». Пацієнти, які відчують значні або критичні обмеження, накладені хворобою, порівняно

більше цінують незалежність, і поряд з тим втрачають цінні ресурси для підтримки власної автономності. Збільшення ваги окремих цінностей пояснюється актуалізацією важливих життєвих потреб, фрустрованих через хворобу, необхідність тривалого і складного лікування.

Більшість виявлених зв'язків є нелінійними. Так, інструментальну цінність «життєрадісність» найчастіше обирають особи, які у значній мірі відчували, що хвороба заважає їм жити повноцінно. Життєрадісність виконує компенсаторну функцію, допомагає зберігати психологічну рівновагу та оптимізм, долати складнощі та виклики, спричинені захворюванням. Поряд із цим, для пацієнтів, які у найбільшій мірі відчували негативний вплив хвороби, життєрадісність втрачає актуальність. Виснаження внутрішніх ресурсів не залишає можливості підтримки позитивного ставлення до життя, змушує концентруватися на подоланні фізичних і емоційних страждань. Це демонструє складні механізми трансформації життєвих цінностей осіб із онкологічним захворюваннями, на які впливають чинники різної природи: фізіологічні, соціальні, психологічні, духовні.

Отримані переконливі свідчення впливу обмежень, спричинених хворобою, на смисложиттєві орієнтації пацієнтів. Особи, які відчують сильний негативний вплив хвороби, втрачають задоволення від процесу життя, а також почуття контролю, впевненість у власній спроможності впливати на зовнішні обставини, вільно приймати рішення і втілювати їх. Явище втрати смисложиттєвих орієнтацій онкологічно хворими пацієнтами є поширеним та потребує відповідних психологічних втручань. Рекомендації для пацієнтів повинні враховувати ступінь негативного впливу хвороби на життя, оскільки різний ступінь адаптації потребує індивідуального підходу.

На вибір цінностей та вираженість смисложиттєвих орієнтацій значуще впливає не тільки наявність хвороби та обмеження, які вона накладає на повсякденне життя, але й стать та вік пацієнтів.

В ході дослідження були проаналізовано типи ставлення до хвороби, поширені у вибірці, а також їх кореляції з ціннісними та смисложиттєвими орієнтаціями. Серед пацієнтів онкологічного диспансеру переважає адаптивне ставлення до хвороби (56,19 % вибірки). Найбільш поширеним є ергопатичний тип реагування (24,76 %), для якого характерне посилення залученості в роботу, прагнення зберегти професійний статус і продовжувати активну трудову діяльність, не зважаючи на захворювання. Гармонічний тип реагування виявлено у 13,33 % вибірки; такі пацієнти оцінюють власний стан реалістично, без схильності перебільшувати його тяжкість, але й без недооцінки небезпек. Для них характерне прагнення подолати захворювання (активна участь у лікуванні, дотримання призначеного режиму) і, водночас, неприйняття ролі «жертви», збереження соціальної й професійної активності. Анозогностичний тип реагування виявлено у 7,62 % хворих, ще у 2,86 % він поєднується із ергопатичними проявами. Такі пацієнти активно відкидають думки про хворобу та її можливі наслідки, аж до заперечення. Хоча для пацієнтів з ергопатичним та анозогностичним типами характерне деяке зниження реалістичного ставлення до власного стану, проте суттєві прояви психічної дезадаптації у них відсутні.

Серед типів ставлення до хвороби, які містять ознаки дезадаптації та потребують психологічних втручань, найбільш виразні прояви сенситивного реагування (7,62 % опитаних), для якого характерні надмірна вразливість, коливання настрою та стурбованість враженням, яке може спричинити на інших людей повідомлення про онкологічний діагноз. Сенситивність часто поєднується з ознаками ергопатичності, тривожної іпохондрії та неврастенії (загалом 10,48 % вибірки). Крім того, серед онкологічних пацієнтів виявлена «тривожна залученість», коли виразний стан тривоги сполучається з низькими оцінками анозогностичного типу реагування (3,81 % опитаних). Психологічний супровід має бути спрямований на зміну неадекватних реакцій на хворобу (зменшення

сенситивності, тривожності, неврастенічних проявів) та створення реалістичних установок щодо лікування, що сприятиме не тільки покращенню психічного та фізичного стану пацієнтів, але й допоможе у профілактиці рецидивів захворювання.

Розраховані кореляції демонструють, що вибір деяких ціннісних орієнтацій достовірно пов'язаний зі ставленням пацієнтів до хвороби. Порушення адаптації хворих, передусім неврастенічний і тривожний тип реагування, супроводжується зниженням смисложиттєвої орієнтованості. Адаптивне реагування на хворобу (передусім анозогнозичний тип ставлення) сприяє більш виразній осмисленості та контрольованості життя. Описано «ціннісний портрет» пацієнтів із гармонійним, ергопатичним, анозогнозичним та сенситивним типами реагування на хворобу, поширеними у вибірці. Отримані результати уточнюють наукові уявлення про напрямок трансформації життєвих цінностей онкологічних хворих.

Розглянуто провідні стратегії подолання труднощів, властиві пацієнтам, та їх зв'язок із трансформацією життєвих цінностей. Пацієнти онкологічного відділення обирають переважно адаптивні стратегії подолання, орієнтовані на вирішення проблем (планування рішень) та збереження психологічного балансу (самоконтроль і позитивна переоцінка). Важливим ресурсом для них є соціальна підтримка, що може полягати у наданні інформації, корисних порадах, практичних діях, співчутті та розумінні, а також у зверненні за фаховою допомогою. Менш виражені стратегії уникання та дистанціювання, що є свідченням усвідомлення власної відповідальності у боротьбі із хворобою. Провідні установки пацієнтів, що впливають на лікування, полягають в наступному: вони впевнені, що вихід із скрутної ситуації існує; навіть якщо наразі вони не можуть повністю вирішити власні труднощі. Поряд із цим, пацієнти витрачають багато зусиль на те, щоб придушити негативні емоції, зберегти контроль над собою у важкі хвилини та намагаються нікому не показувати свого справжнього стану. Аби відволіктися від неприємних думок та

пережити складний період, вони занурюються в знайомі справи. Інтенсивність використання копінг-стратегій корелює з вибором певних термінальних та інструментальних цінностей, а також з вираженістю смисложиттєвих орієнтацій. Ці зв'язки численні і різноманітні, вони дозволяють уточнити психологічні закономірності, що лежать в основі трансформації життєвих цінностей у онкологічно хворих осіб. Отримані результати корисні для розробки індивідуалізованих психологічних втручань для посилення конструктивних стратегій подолання, зокрема позитивної переоцінки труднощів, планування та віри у власні можливості як ключових стратегій подолання хвороби

Для узагальнення отриманих даних побудована регресійна модель, що пояснює роль п'яти значущих предикторів, які визначають формування смисложиттєвої орієнтованості осіб з онкологічними захворюваннями. Тривожність пацієнтів, гостре переживання життєвих обмежень, накладених хворобою, а також надмірні зусилля, спрямовані на пошук зовнішньої підтримки в стресових умовах, є значущими перешкодами для конструктивної трансформації життєвих цінностей і формування смисложиттєвих орієнтацій. Натомість висока мотивація досягнення успіху, поряд із активним використанням копінг-стратегії «планування рішення» сприяє зростанню загальної осмисленості життя. Ці результати свідчать про важливість активних стратегій подолання хвороби та життєвих установок, які підтримують здатність пацієнта зберігати віру в себе, ставити цілі й знаходити сенси життя навіть у складних обставинах.

Зміст третього розділу дисертації висвітлено у таких публікаціях авторки: [130;134; 136; 138; 139; 140; 141].

ВИСНОВКИ

У дисертації висвітлено теоретичне узагальнення та нове вирішення наукової проблеми визначення соціально-психологічних чинників трансформації життєвих цінностей осіб з онкологічними захворюваннями. На основі науково-теоретичного аналізу та узагальнення результатів проведеного емпіричного дослідження ми дійшли таких висновків:

1. Визначено основні наукові підходи до вивчення соціально-психологічних чинників трансформації життєвих цінностей осіб з онкологічними захворюваннями – прагматичний та феноменологічний, відповідно до яких трансформацію життєвих цінностей розглянуто, як чинник впливу на процес лікування через засвоєння продуктивних соціально-психологічних норм та цінностей, а також, констатовано можливість їх цілеспрямованого формування. Розглянуто типології трансформації життєвих цінностей у різних наукових парадигмах.

Трансформацію життєвих цінностей осіб з онкологічними захворюваннями розглядаємо, як багатоаспектне та багаторівневе явище під впливом якого у хворих формується нова ідентичність у відповідності до цілей, цінностей, копінгів, що сприяє процесу лікування та одужання.

2. Констатовано, що для осіб з онкологічними захворюваннями є характерною загальна трансформація ціннісних орієнтацій зі спрямованістю на власне життєзабезпечення. Пацієнти зосереджені передусім на базових потребах (здоров'я і міжособистісні стосунки), матеріальній стабільності, збереженні життєвої активності. Інші цінності, пов'язані з позитивним соціальним функціонуванням особистості, втрачають значущість у порівнянні з потребами, критичними для подолання хвороби. Збільшення ваги окремих цінностей пояснюється актуалізацією важливих життєвих потреб, фрустрованих через хворобу та необхідність тривалого і складного лікування.

3. З'ясовано вплив життєвих обмежень, накладених хворобою, на ціннісний вибір особистості. Більшість хворих незадоволені своїм життям у теперішньому часі, вважають його безрадісним та беззмістовним. Третина опитаних вказала, що хвороба помірно вплинула на їх життєвий уклад; більше половини вказали на значний або дуже сильний руйнівний вплив захворювання. Переживання пацієнтами негативного впливу хвороби є значущим чинником переосмислення життєвих пріоритетів і трансформації цінностей. Особи, які відчувають сильний негативний вплив хвороби, втрачають задоволення від процесу життя, а також почуття контролю, впевненість у власній спроможності впливати на зовнішні обставини, вільно приймати рішення і втілювати їх. Тривожність пацієнтів, гостре переживання життєвих обмежень, накладених хворобою, схильність до конфронтації, критичне ставлення до себе й навколишніх, а також надмірні зусилля, спрямовані на контроль власних думок та переживань в стресових умовах, є значущими перешкодами для конструктивної трансформації життєвих цінностей і формування смисложиттєвих орієнтацій. Натомість висока мотивація досягнення успіху, поряд із активним використанням копінг-стратегії «планування рішення» сприяє зростанню загальної осмисленості життя.

4. На основі емпіричного дослідження з'ясовано, що пацієнти онкологічного диспансеру зосереджені передусім на базових потребах (здоров'я, стосунки і підтримка близьких), матеріальній стабільності та збереженні життєвої активності. Інші цінності, пов'язані з позитивним психосоціальним функціонуванням особистості, втрачають значущість у порівнянні з потребами, які є критичними для подолання хвороби. Констатовано абсолютний пріоритет цінності «здоров'я» серед онкологічних хворих, що свідчить про актуалізацію базової вітальної потреби, боротьби за власне життя.

Обґрунтовано типологію трансформації життєвих цінностей у пацієнтів з онкологією та відповідні соціально-психологічні чинники.

Трансформацію життєвих цінностей онкологічних пацієнтів зумовлюють такі чинники: стан здоров'я; близькі міжособистісні стосунки (духовна та фізична близькість з коханою людиною); щасливе сімейне життя; незадоволеність своїм теперішнім життям; незадоволеність своїм минулим – прожитим відрізком життя і його результатами (це ознака переживання екзистенційної кризи, почуття нереалізованості життєвих цілей, втрати можливостей); переживання пацієнтами руйнівного впливу хвороби на повсякденне життя; уявлення про хворобу і стан відношення до хвороби; складові смисложиттєвої орієнтованості особистості; стратегії подолання, орієнтовані на планування вирішення проблеми та збереження психологічного балансу (самоконтроль); стратегії уникання та дистанціювання.

Виявлено, що переживання пацієнтами руйнівного впливу хвороби на повсякденне життя виступає значущим чинником трансформації життєвих цінностей. Цей вплив лише частково пов'язаний з вибором життєвих цілей (доведено зв'язок із впевненістю в собі та досягненням внутрішньої гармонії), але помітно впливає на вибір інструментальних цінностей. Пацієнти, які відчують значний негативний вплив хвороби, порівняно більше цінують незалежність, але поряд із тим втрачають ресурси для підтримки власної автономності.

З'ясовано, що трансформація життєвих цінностей осіб із онкологічним захворюваннями має складні механізми, на які впливають чинники різної природи: фізіологічні, соціальні, психологічні, духовні. Рекомендації для пацієнтів повинні враховувати ступінь негативного впливу хвороби на їх життя, оскільки різний ступінь адаптації потребує індивідуального підходу. Це актуалізує необхідність психологічних втручань, спрямованих не тільки на пацієнтів, але і на їх близьких, для яких постановка діагнозу та подальше лікування також є дистресом, що потребує значних ресурсів подолання.

На основі теоретико-методологічного аналізування підходів до вивчення проблеми та емпіричного дослідження трансформації життєвих цінностей осіб з онкологічними захворюваннями розроблено практичні рекомендації з урахуванням глибоких внутрішніх змін, які відбуваються у сфері життєвих цінностей і смислів онкохворих. Надання психологічної допомоги направлене на створення простору для безпечного самовираження, підтримки самооцінки та орієнтації на внутрішні ресурси особистості, що сприяє емоційній стабілізації та адаптації до нових життєвих умов. Запропонована психологічна робота у цьому напрямі дозволяє не лише зменшити психологічне навантаження, а й відновити відчуття значущості власного життя.

Перспективи подальших досліджень вбачаємо у розробці програм для подальшого продуктивного впливу на психічне здоров'я та процес лікування онкологічних хворих, а також для складання програм психологічної допомоги спрямованих на посилення конструктивних стратегій подолання, здатності пацієнтами зберігати віру в себе, ставити цілі й знаходити сенс життя.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алгоритм повідомлення діагнозу та “несприятливих” новин у клініці дитячої онкології: методичні рекомендації / укладачі: М. В. Маркова, О. В. Піонтковська, І. Р. Мухаровська. Харків, 2013. 26 с.
2. Амінієва Я. Р. Емоційна стійкість особистості як одна з детермінант ефективного подолання складних життєвих ситуацій. *Вісник Дніпропетровського університету. Серія: Педагогіка і психологія*. 2012. № 20(18). С. 10–14.
3. Балакірева О. М. Трансформація ціннісних орієнтацій в українському суспільстві. *Український соціум*. 2002. № 1. 150 с.
4. Бережна І. В., Ткаченко В. В. Психологічна допомога онкологічним хворим : український контекст. *Психологія і суспільство*. 2015. № 1. С. 85–95.
5. Березянська В. В. Психологічні особливості онкологічних хворих у ремісії. Транзакційний підхід. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*. 2017. Том. 5. С. 181–187.
6. Білоус Р. М., Лебединська Г. О. Вплив екзистенційних страхів на смисложиттєві орієнтації у період ранньої юності. *Вісник Львівського університету. Філософсько-політологічні студії*. 2021. Вип. 34. С. 9–15. DOI : <https://doi.org/10.30970/PPS.2021.34.1>
7. Білоус Р., Ключніченко О. Виникнення контрастних obsesій як прояв стресу. *Габітус*. 2022. Вип. 37. С. 112–117. DOI: <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2022.37.20>
8. Блажівський М. І. Поняття адаптації у сучасній науковій літературі. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія «психологічна»*. 2014. № 1. С. 234–242.
9. Болотова В. О., Байдак Т. М. Ціннісні орієнтації трьох поколінь (досвід соціологічного дослідження). *Сучасні суспільні проблеми у*

- вимірі соціології управління. Серія: Соціологія. Донецьк: ДонДУУ, 2013. Т. 14, Вип. 258. С. 568–574.*
10. Бондаренко М. С. Особливості ставлення до здоров'я і хвороби жінок з онкопатологією, що хворіють на COVID-19: кваліфікац. робота на здобуття освіт. ступеня магістр: спец. 053 Психологія / Харків. нац. пед. ун-т ім. Г. С. Сковороди, каф. психології. Харків, 2022. 60 с.
 11. Бреусенко О. А. Динаміка ціннісно-смислової сфери особистості в умовах екзистенціальної кризи: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук: спец. 19.00.01 «Загальна психологія». К., 2000. 20 с.
 12. Будкіна Н. В., Волинець О. В. Особливості психоемоційних станів онкологічних хворих. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна»*. 2017. № 14. С. 184–188.
 13. Буковська О. О., Гірченко О. Л. Сучасні напрями психологічної реабілітації кризових станів викликаних екстремальними ситуаціями. *Актуальні проблеми психології: збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка. Екологічна психологія*. 2018. Том. 7, вип. 45. С. 19–27.
 14. Бучок Ю. С. Віддалені прояви посттравматичного стресового розладу: особливості клініки, формування та комплексного лікування. *Український вісник психоневрології*. 2014. Т. 22, вип. 3 (80). С. 42–47. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2014_22_3_10
 15. Васильєва Г. Ю. До питання про психотерапевтичну інтервенцію у комплексну реабілітацію пацієнток, які страждають на злоякісні новоутворення органів жіночої репродуктивної сфери. *Український вісник психоневрології*. 2012. Т. 20, вип. 3. 167 с. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2012_20_3_235

16. Васильєва Ю. О., Ковальова О. М. Роль психологічної підтримки в комплексному лікуванні онкологічних хворих. *Здоров'я України*. 2019. № 21. С. 30–32.
17. Вельдбрехт О. О., Тавровецька Н. І. Шкала сприйнятого стресу (PSS-10): адаптація та апробація в умовах війни. *Проблеми сучасної психології*, 2022. Вип. 2(25). С. 16–27. DOI: <https://doi.org/10.26661/2310-4368/2022-2-2>
18. Вельдбрехт О., Бовдир О., Самкова О. Факторна структура тесту смисложиттєвих орієнтацій у вибірці студентів. *Психологічний часопис*, 2021. 7(10), 17–25. DOI: <https://doi.org/10.31108/1.2021.7.10.2>
19. Волошина О. В. Особливості ціннісних орієнтацій онкологічних хворих у процесі психологічної адаптації. *Психологічний журнал*. 2017. №3. С. 42–50.
20. Гаврилюк Т. М. Старіння як психологічна трансформація: пошук сенсу та смирення. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*. 2020. №46. С. 112–117.
21. Галецька І. І. Психологічні чинники соціальної адаптації. *Соціогуманітарні проблеми людини*. Львів: Інститут соціогуманітарних проблем людини, 2005. № 1. С. 91–100.
22. Герасименко Л. О., Скрипніков А. М., Ісаков Р. І. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад: навч. посіб. К.: ВСВ «Медицина», 2023. 120 с.
23. Горностай П. П. Життєві ролі та життєтворчість. *Наукові студії з соціальної та політичної психології*. 2002. № 5. С. 81–91.
24. Горностай П. П. Колективна травма та групова ідентичність. *Психологічні перспектив: Актуальні проблеми психології малих, середніх та великих груп*. Київ, 2012. Т. 2: Проблема цілісності суспільства, групи та особистості. С. 89–95.

25. Грабовська С., Єсип М. Проблема копінгу в сучасних психологічних дослідженнях. *Соціогуманітарні проблеми людини*. 2010. № 4. С. 188–199.
26. Гридковець Л. М., Вашека Т. В. Психологічне консультування: посібник. Київ: Літера, 2015. 207 с.
27. Гридковець Л. М. Реабілітаційна психологія. Київ: КІБіТ, 2015. 42 с.
28. Гридковець Л. М. Світ життєвих криз людини як дитини своєї сім'ї, свого роду та народу: монографія. Львів: Скриня, 2016. 380 с.
29. Грішин Е. Резилієнтність особистості: сутність феномену, психодіагностика та засоби розвитку. *Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди "Психологія"*. Харків, 2021. № 64. С. 62–81. DOI: <https://doi.org/10.34142/23129387.2021.64.04>
30. Громова Г. М. Толерантність до невизначеності як чинник трансформації травматичного досвіду особистості: дис. докт. філософ. за спеціальністю 053 Психологія (05 Соціальні науки). Київ: Інститут соціальної та політичної психології НАПН України, 2022. 208 с. URL: https://ispp.org.ua/wp-content/uploads/2022/07/hromova-dis_07_2022.pdf
31. Гуменюк О.Є. Психологія впливу: навч. посібник. Тернопіль: Економічна думка, 2003. 284 с.
32. Данилюк І., Предко В., Бондар М. Особливості прояву рівня життєстійкості залежно від домінуючих копінг-стратегій особистості. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Психологія*. 2023. № 1 (17). С. 30–35. DOI: [https://doi.org/10.17721/BPSY.2023.1\(17\).4](https://doi.org/10.17721/BPSY.2023.1(17).4)
33. Дідковська Л. І. Ставлення до хвороби та психологічне благополуччя осіб у ситуації хронічного соматичного захворювання. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія Психологічні науки*. 2020. Вип. 1. С. 182–189. DOI: <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2020-1-25>
34. Долинська Л. В., Пенькова О. І. Самореалізація особистості як соціально-психологічний феномен. *Науковий часопис Національного*

- педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 12, Психологічні науки. 2016. № 3 (48). С. 18–25.*
35. Євдокимова Н. О., Зливков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В. Особистість у кризових ситуаціях: огляд сучасних психодіагностичних методик. К.: Педагогічна думка, 2016. 229 с.
 36. Єрмоленко А. О. Проблема цінностей та ціннісних орієнтацій особистості в сучасних умовах. *Молодий вчений*. Одеса, 2017. № 9. С. 109–113.
 37. Заболотних Н. І., Петленко В. П., Шматко В. І. Сучасні аспекти психологічної реабілітації онкологічних хворих. *Український медичний часопис*. 2015. № 1 (107). С. 46–49.
 38. Заїка В. М. Особливості трансформації особистості людини в ході вирішення життєвої кризи: монографія. [вид.3-е, доп.]. Полтава, 2013. 100 с.
 39. Зарецька О. О. Життєва ситуація і особистісний розвиток: методологічні аспекти проблеми. *Соціально-психологічні чинники взаємодії суспільства та освіти : матеріали методологічного семінару НАПН України, 17 листопада 2010 року: зб. матеріалів / за ред. С. Д. Максименка*. Київ: Інтерпрес ЛТД, 2010. С. 471–478.
 40. Зливков В. Л., Лукомська С. О. Спис Гіппократа: основи психології спілкування для медичних працівників. Ніжин; Київ, 2017. 208 с.
 41. Зливков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ: Педагогічна думка, 2016. 219 с.
 42. Зливков В., Лукомська С., Котух О., Копилов С., Краєва О. Психологічна підтримка онкопацієнтів під час війни: метод. рек. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2022. 195 с.
 43. Зубкова, І. П. Формування ціннісних змін у паліативних пацієнтів з онкологією. *Психологія здоров'я*, 2024. 6(3), 10–25.

44. Ісаєнко С. В. Психосвіта у системі психотерапевтичної підтримки онкологічно хворих з депресивними розладами. *Вісник морської медицини*. 2017. № 4 (77). С. 25–29.
45. Ісаєнко С. В. Феноменологія суїцидальної поведінки при депресивних розладах у хворих з онкологічною патологією. *Архів психіатрії*. 2017. Том 23, № 3 (90). С. 174–176.
46. Карпенко Є. В. Самоактуалізація і адаптація: від конфронтації до кооперації: монографія. Івано-Франківськ: Нова зоря, 2013. 272 с.
47. Католик Г., Олексин Ю. Особливості екзистенційних страхів COVID-19 пацієнтів лікарень психіатричного профілю. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*. Випуск 9. 2021. С.121-130. DOI: <https://doi.org/10.30970/PS.2021.9.16>
48. Католик, Г., Живко, З., Одинцова, Г. Особливості прояву депресивності у нарцисичних осіб: дослідження в часі війни. *Вчені записки Університету «КРОК»*, 2023. 2(70), 147–158. DOI: <https://doi.org/10.31732/2663-2209-2022-70-147-158>
49. Кирилова О. О., Старенький В. П., Артюх С. В., Прохач Н. Е., Кіян Т. Г. Роль клінічного психолога в системі медико-психологічного супроводу онкохворих на етапі променевої терапії (аналітичний огляд літератури та власні клінічні дані). *Український радіологічний та онкологічний журнал*. 2020. Вип. 28(3). С. 255–272. DOI: <https://doi.org/10.46879/ukroj.3.2020.255-272>
50. Кирилова О. О., Кирилова Є. І., Вострокнутов І. Л. Особливості соматопсихічних проявів в онкології на різних етапах протипухлинного лікування (оглядова стаття). *Актуальні проблеми сучасної медицини*. 2020. № 6. С. 84–92. DOI: <https://doi.org/10.26565/2617-409X-2020-6-11>
51. Кідалова К. С. Психологічні особливості самоставлення особистості: аналіз концепцій та підходів. *Український психологічний журнал*. К., 2018. № 2(8). С. 48–58. URL: http://upj.com.ua/indexa.php?page=a_two_eight_4

52. Кіреєва З. О., Заболотная О. С., Солієнко О. Індивідуально-особистісні типи жінок періоду дорослості і особливості їх цілепокладання. *Психологія і соціальна робота*. 2021. 1(53). С. 75–87. DOI: [https://doi.org/10.18524/2707-0409.2021.1\(53\).241357](https://doi.org/10.18524/2707-0409.2021.1(53).241357)
53. Кіреєва З. О., Турлаков І. Д. Взаємозв'язок резильєнтності та копінг-стратегій осіб під час війни. *Наукові перспективи*. 2024. Т. 2, № 44. С. 1322–1332. DOI: [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-2\(44\)-1321-1332](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-2(44)-1321-1332)
54. Класифікація психічних і поведінкових розладів: Клінічний опис і вказівки по діагностиці. 2-е вид. К.: Сфера, 2005. 308 с.
55. Климчук В. О. Психологія посттравматичного зростання: монографія. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2020. 125 с.
56. Коберник Л. О. Роль та місце ціннісних орієнтацій у формуванні особистості. *Наука і освіта. Науково-практичний журнал південного наукового центру АПН України*. Одеса, 2008. № 4-5. С. 28–33.
57. Ковальчук Л. В. Психоонкологія в Україні: стан і перспективи розвитку. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: Медицина*. 2020. Вип. 2 (70). С. 90–93.
58. Ковальчук Л. В., Маркова Н. В., Чепурко О. Б. Стратегії копіngu в пацієнтів з онкологічними захворюваннями. *Український журнал психоневрології*. 2017. Том 25, № 3. С. 57–62.
59. Кокур О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Копаниця О. В., Малхазов О. Р. Збірник методик для діагностики психологічної готовності військовослужбовців військової служби за контрактом до діяльності у складі миротворчих підрозділів: метод. посіб. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2011. 281 с.
60. Коллі-Шамне А. В., Руденко Д. В. Особливості емоційного інтелекту та копінг-стратегій у структурі професійного розвитку молодих і досвідчених фахівців сучасних соціономічних професій. *Журнал сучасної*

- психології*. 2021. № 1. С. 52–63. DOI: <https://doi.org/10.26661/2310-4368/2021-1-6>
61. Коллі-Шамне А. В., Руденко Д. В. Особливості емоційного інтелекту та копінг-стратегій у структурі професійного розвитку молодих і досвідчених фахівців сучасних соціономічних професій. *Журнал сучасної психології*, 2021. № 1. 52–63. DOI: <https://doi.org/10.26661/2310-4368/2021-1-6>
 62. Костюк Г. П., Чопенко В. В. Психологічна реабілітація онкологічних хворих: проблеми та перспективи. *Наукові праці Національного університету «Острозька академія». Серія: Психологія*. 2014. Вип. 4. С. 182–186.
 63. Коцан І. Я., Ложкін Г. В., Мушкевич М. І. Психологія здоров'я людини: навч. посібник / за ред. І. Я. Коцана. Луцьк : РВВ “Вежа”, Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2009. 316 с.
 64. Кравцова О. К. Стресостійкість особистості як психологічний феномен: основні теоретичні підходи. *Вісник післядипломної освіти. Серія: Соціальні та поведінкові науки*. 2019. № 7 (36). С. 98–117. URL: http://umo.edu.ua/images/content/nashi_vydanya/visnyk_PO/7_36_2018/Bulletin_7_36_Social_and_behavioral_sciences_Olenz_Kravtsova_UA.pdf
 65. Крайнюк В. М. Психологія стресостійкості особистості: монографія. К.: Ніка-Центр, 2007. 432 с.
 66. Красносельський М. В., Кирилова О. О., Рубльова Т. В., Павліченко Ю. В. Сучасні погляди на проблему медико-психологічної реабілітації пацієнтів із колоректальним раком (огляд літератури). *Журнал Національної академії медичних наук України*. 2022. Т. 28, № 2. С. 389–398. DOI: 10.37621/JNAMSU-2022-2-2
 67. Кривоконь Н. Соціально-психологічне забезпечення соціальної роботи: монографія. Харків : Вид-во ФОП Олійник, 2011. 480 с.

68. Кривоніс Т. Г. Вплив сімейної адаптації на психологічний статус онкологічних пацієнтів. *Вісник морської медицини*. 2020. № 1 (86). С. 15–21. DOI: <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.3772955>
69. Кривоніс Т. Г. Гендерні аспекти сприйняття психосоціальної підтримки у пацієнтів на різних етапах перебігу онкологічного захворювання. *Експериментальна і клінічна медицина*. 2020. С. 41–45. DOI: <https://doi.org/10.35339/ekm.2019.84.03.06>
70. Кривоніс Т. Г. Медико-психологічна допомога в онкологічній практиці. *Медицина сьогодні і завтра*. 2020. Том 86 (1). С. 61–68. DOI: <https://doi.org/10.35339/msz.2020.86.01.08>
71. Кублер-Росс Е. Про смерть і вмирання. Харків: Клуб сімейного дозвілля, 2016.
72. Кужель І. Р. Система сімейних відносин та психодинаміка родини з інкурабельним онкологічним хворим. *Український вісник психоневрології*. 2011. Т. 19. №3. С. 45–49. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2011_19_3_15
73. Кужель І. Р., Маркова М. В. Особливості надання медико-психологічної допомоги родичам інкурабельних онкологічних хворих. *Таврический журнал психиатрии*. 2011. Т 15, № 3 (56). С. 92–99.
74. Купрєєва О. І. Ціннісно-сміслові основи самореалізації студентів в інтегрованому освітньому середовищі. *Актуальні проблеми психології*. Том 6. *Психологія обдарованості*: збір. наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2020. Вип. 17. С. 167–177.
75. Курова А. В. Ситуація невизначеності у парадигмі сучасних викликів суспільства. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. Серія: Психологія. 2021. Вип. 4. С. 51–55. DOI: <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2021.4.10>

76. Лазорук А. Цінності людини у науково-психологічному осмисленні. *Психологія і суспільство*. 2003. № 2 (12). С. 20–38. URL: <https://pis.wunu.edu.ua/index.php/uapis/article/view/101/101>
77. Лазос Г. П. Резильєнтність: концептуалізація понять, огляд сучасних досліджень. *Актуальні проблеми психології: Консультативна психологія і психотерапія*. 2018. Том 3, № 14. С. 26–64. URL: <http://apppsychology.org.ua/data/jrn/v3/i14/4.pdf>
78. Левченко К. Ю., Петренко Т. В., Смірнов І. П. Вплив психологічної допомоги на якість життя онкологічних хворих. *Медицина невідкладних станів*. 2018. № 9 (100). С. 134–138.
79. Лисник К. А. Модель надання психологічної допомоги особистості в умовах кризи, спричиненої онкозахворюванням. *Соціально-психологічні технології розвитку особистості : зб. наук. праць за матеріалами VI Міжнародної науково-практичної конференції молодих вчених, аспірантів та студентів (м. Херсон, 22 квітня 2021 р.)* / ред. кол.: С. І. Бабатіна, В. В. Мойсеєнко, І. І. Чиньона та ін. Херсон : ФОП Вишемирський В. С., 2021. С. 249–254. URI: <http://ekhsuir.kspu.edu/123456789/13825>
80. Лисник К. А. Методики дослідження взаємозв'язку рівня страху рецидиву раку та соціально-психологічних особливостей особистості онкоодужуючого. *European Scientific Platform*. 2021. Vol. 2. Р. 76–78. DOI: <https://doi.org/10.36074/scientia-26.11.2021>
81. Литвиненко Л. О., Петрушко О. І. Психологічні механізми адаптації до онкологічних захворювань. *Наукові записки НаУКМА. Психологія*. 2018. Вип. 1. С. 23–30.
82. Лісова О. С. Внутрішня картина здоров'я. *Збірник наукових праць. НПУ імені М. П. Драгоманова. Психологія*. Київ, 2002. № 15. С. 69–77.
83. Лукомська С. О. Раціогуманістичні аспекти психоонкології. *Раціогуманістичні студії: збірник наукових статей за матеріалами круглого столу, 30 травня 2019 р.* / за ред.: В. Л. Зливков,

- О. В. Завгородня, С. О. Лукомська, О. В. Котух. К., 2019. 273 с. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/716083/1/Zb%201_2019.pdf
84. Лукоянов П. О. Ціннісні орієнтації як показник якості життя особистості. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*. 2016. Том. 1, № 4. С. 57–61. URL: <https://pj.journal.kspu.edu/index.php/pj/article/view/948/901>
 85. Лушин П. В. Невизначеність і типи ставлення до неї: ситуація психологічної допомоги. *Психологічне консультування і психотерапія*. 2016. Том. 1, №5. С. 33–40. DOI: 10.26565/2410-1249-2016-5-03
 86. Мазур Л. М., Василенко О. Д. Особливості медико-психологічної допомоги онкологічним хворим. *Український медичний часопис*. 2018. № 2 (124). С. 56–59.
 87. Максименко, Н. О. Особистісні трансформації в осіб з онкологічними хворобами: теоретико-методологічний аспект. *Науковий вісник психології*, 2025. 5(1), 100–115.
 88. Малхазов О. Р. Теоретичні засади дослідження емоційної стійкості. *Наукові студії із соціальної та політичної психології : зб. статей*. К.: 2017, Вип. 40 (43). С. 22–71.
 89. Маркова М. В., Піонтковська О. В., Кужель І. Р. Проблеми повідомлення діагнозу і спілкування з онкохворою дитиною та її батьками. *Медична психологія*. 2013. Том. 8, № 1. С. 7–13. URL: <http://www.mps.kh.ua/archive/2013/1>
 90. 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. DOI: <https://doi.org/10.31071/mps2019.04.031>
 91. Маркова М. В., Піонтковська О. В., Кужель І. Р. Стан та перспективи розвитку сучасної психоонкології. *Український вісник психоневрології*. 2012. Т. 20, вип. 4 (73). С. 86–91. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2012_20_4_23

92. Матреницький В. Л. Забута психоонкологія: про необхідність психотерапії та психосоціальної реабілітації у профілактиці рецидивів та метастазів онкозахворювань. *Клінічна онкологія*. 2018. Том. 8, № 1. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/klinonk_2018_8_1_9
93. Медична психологія: підручник в 2-х т. Т. 2. Спеціальна медична психологія. / Г. Я. Пилягіна [та ін.]; за ред. Г. Я. Пилягіної. Вінниця: Нова Книга, 2020. 496 с.
94. Мельник Ю., Ющенко В., Резнік А. Психологічна характеристика ситуації невизначеності в життєвому просторі особистості. *Габітус*. 2021. № 21. С. 83–87. DOI: <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2021.21.13>
95. Мельник, І. В. Адаптація й переоцінка пріоритетів життя у онкохворих: соціально-психологічний аналіз. *Соціальна психологія*, 2023. 12(4), 78–92.
96. Мельниченко О., Ісаєва І., Мороз Г. Заходи по мінімізації негативних проявів тривожних і депресивних розладів у онкологічних пацієнтів. *Матеріали конференцій МЦНД: Стратегічні напрямки розвитку науки: фактори впливу та взаємодії*, 22 травня 2020 рік. Суми, Україна. 2020. Т. 2. С. 84–86. DOI : 10.36074/22.05.2020.v2.
97. Михайлов Б. В., Сердюк О. І., Чугунов В. В., Курило В. О., Андрух П. Г., Заседа Ю. І. Експериментально-психологічне дослідження в загальній практиці – сімейній медицині: навч. посіб. для лікарів-інтернів і лікарів-слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти. 5-е вид., переробл. та доповн. / заг. ред. Б. В. Михайлова. Х.: ХМАПО, 2014. 328 с. URL : <https://surl.li/vdsdbx>
98. Місенг Д. В. Вплив ціннісних орієнтацій на стиль життя особистості: автореф. дис. канд. психол. наук: 19.00.01 загальна психологія, історія психології. Київ: Інститут соціальної та політичної психології НАПН України, 2020. 20 с. URL:

https://uacademic.info/download/file/0420U101570/autoreferat-aref_Miseng_01.09.pdf

99. Місяк С. А. Психосоматичні аспекти поведінки онкологічних хворих, які потрібно враховувати при реабілітації. *Запорізький медичний журнал*. 2016. № 1 (94). С. 91–96. DOI: <https://doi.org/10.14739/2310-1210.2016.1.63940>
100. Мовчан М. Самотність як феномен буття особистості: монографія. Полтава: РВВ ПУСКУ, 2009. 265 с.
101. Мозгова Г. П. Вплив тривожності на якість життя онкологічних пацієнтів: роль біопсихосоціальних чинників. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Психологія*. 2024. Т. 35 (74), № 2. С. 122–128. DOI: <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2024.2/20>
102. Мухаровська І. Р. Якість життя онкологічних хворих на етапах лікувального процесу. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2017. Вип. 4, № 1 (7). С. 91–95. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/psyneur_2017_4_1_16
103. Мухаровська І. Р. Медико-психологічна допомога для онкохворих на різних етапах лікувального процесу. *ScienceRise: Medical Science*. 2017. № 1(9). С. 15–19. DOI: <https://doi.org/10.15587/2519-4798.2017.91024>
104. Мухаровська І. Р. Особливості психологічного стану членів сім'ї онкологічного хворого на різних етапах лікувального процесу. *ScienceRise: Medical Science*. 2016. № 12 (8). С. 21–26. DOI: <https://doi.org/10.15587/2519-4798.2016.86538>
105. Мухаровська І. Р., Маркова М. В., Кривоніс Т. Г., Жулкевич І. В. Алгоритм оцінки сімейного статусу родини з онкологічним пацієнтом. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2020. № 1. С. 18–23. DOI: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2020.1.11200>

106. Мухаровська, І. Р. Особливості психоемоційного стану онкологічних хворих на етапі первинного лікування. *Український вісник психоневрології*. 2016. Т. 24, № 4. С. 69–71. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2016_24_4_16
107. Мушевич М. І. Клінічна психодіагностика: метод. рекомендації. Луцьк: РВВ «Вежа» Волин. держ. ун-ту ім. Лесі Українки, 2006. 170 с.
108. Оверчук В. А. Реабілітаційна психологія: навч. посіб. для студ. ВНЗ. Вінниця: Міленіум, 2007. 295 с.
109. Основи реабілітаційної психології, подолання наслідків кризи: навч. посіб. / за ред. Н. В. Пророк. Київ, 2018. Т. 1. 208 с.
110. Особистість як суб'єкт подолання кризових ситуацій: психологічна теорія і практика: монографія / за ред. С. Д. Максименка, С. Б. Кузікової, В. Л. Зливкова. Суми: СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2017. 540 с.
111. Осьодло В. І. Особистісні чинники подолання стресових ситуацій в особливих умовах. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2013. № 14 (1). С. 242–252. URL: <https://surl.li/hwushy>
112. Отрощенко Н. П., Отрощенко І. П., Отрощенко П. О. Проблеми депресії та аутоагресивних проявів у онкохворих. *Radiation Diagnostics, Radiation therapy*. 2019. № 4. С. 23–27. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/ldlt_2019_4_5
113. Панок І. В. Ціннісно-сміслова саморегуляція як чинник життєвого самовизначення особистості студента: дис. канд. психол. наук : 19.00.07 «Вікова та педагогічна психологія». Харків: Харківський національний педагогічний ун-т імені Г. С. Сковороди, 2022. 211 с.
114. Підбучька Н. В., Чебакова Ю. Г. Психологічні особливості людей з онкологічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*. 2018. Т. 2, № 2. С. 159–165. URL: <https://pj.journal.kspu.edu/index.php/pj/article/view/579/539>

115. Піонтковська О. В. Загальні засади медико-психологічного супроводу онкологічних хворих. *Медична психологія*. 2015. Том. 10, № 3. С. 29–31. URL: <http://www.mps.kh.ua/archive/2015/3/6>
116. Поляченко Н. В., Скрипникова І. В. Особливості копінг-стратегій у хворих на рак. *Український психоневрологічний журнал*. 2017. № 5. С. 56–59.
117. Помиткіна Л. В. Психологія прийняття особистістю стратегічних життєвих рішень: монографія. К.: Кафедра, 2013. 381 с. URI: <http://er.nau.edu.ua/handle/NAU/31523>
118. Прокопчук І. Неадекватне ставлення до хвороби як чинник, що спричиняє порушення соціалізації особистості у хворих на псоріаз. *Вісник Київського національного університету імені Т. Шевченко. Психологія*. 2014. № 1. С. 62–65. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/vknup_2014_1_19
119. Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві: збірник матеріалів IV Всеукраїнської науково-практичної конференції, 18 жовтня 2019 року / уклад. З. Р. Кісіль. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2019. 312 с. URL: <http://dspace.lvduvs.edu.ua/handle/1234567890/2513>
120. Психодіагностика в клінічній психології: навч. посіб. / укл. Л. М. Співак, А. М. Османова. К.: Університет «Україна», 2023. 146 с. URL: osmanovapsikhodiagnostika_v_klinichnii_psikhologiyi_posib.pdf
121. Психосоціальна допомога в роботі з кризовою особистістю: навч. посіб. / наук. ред. Л. М. Вольнова. Київ, 2012. 275 с. URL: <https://surl.lu/jhqmek>
122. Рак в Україні, 2018-2019. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. *Бюлетень Національного канцер-реєстру України*. 2020. № 21. URL: <https://surl.li/hgazuv>
123. Рибак О. С. Культурно-ціннісні орієнтації студентів з різним рівнем етнічної ідентичності: дис. канд. психол. наук: 19.00.01 «Загальна

- психологія, історія психології». Львів, 2020. 235 с. URL: <https://surl.li/qazekz>
124. Родіна Н. В. Змістовна та конвергентна валідність WOCQ для ситуацій загрози самоактуалізації та загрози життю. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*. 2014. Вип. 1, том 1. С. 78–84.
 125. Родіна Н. В. Копінг-поведінка пацієнтів з раком молочної залози. Структура та детермінанти. *Наука і освіта: наук.-практ. журнал*. 2012. № 3. С. 86–91. URL: https://scienceandeducation.pdpu.edu.ua/journals/2012/NiO_3_2012/st/Rod.htm
 126. Савенкова І. І. Хронопсихологічне прогнозування перебігу захворювань у психосоматичних хворих : монографія. К.: Київ. ун-т ім. Б. Грінченка, 2014. 320 с. URL: https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/5664/1/I_Savenkova_M_KSPKI_O_IL.pdf
 127. Савчук Л. І. Психологічні аспекти переживання старості. Львів: ЛНУ, 2015.
 128. Самкова О.М., Бовдир О.С., Вельдбрехт О. О. Емоційне вигорання як чинник професійної деформації. *Габітус*. 2021. Вип 32. С. 156–159. DOI: <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2021.32.27>
 129. Сергет І. В. «Внутрішня картина» хвороби та її вплив на психологічну адаптацію до стресу під час онкологічного захворювання. *Людина віртуальна: нові горизонти: зб. наук. праць за матер. VII міжнар. наук.-практ. конф., 30-31 березня 2020 р.: матеріали і тези доповідей / за заг. ред. д.філос.н. М. А. Журби*. Монреаль: СРМ «ASF», 2020. С. 75–78. URI: <http://ekhsuir.kspu.edu/123456789/12143>
 130. Сергет І. В. Вплив онкологічної хвороби на трансформацію життєвих цінностей у контексті психологічного часу. *Психологічні ресурси в умовах життєвої та суспільної кризи: соціальний та особистісний виміри*: колектив. моногр. / наук. ред. О. Є. Блинова, відпов. ред.

- В. Ф. Казібекова. Херсон: Вид-во ФОП Вишемирський В. С., 2021. С. 149–169. URI: <http://ekhsuir.kspu.edu/123456789/14000>
131. Сергет І. В. Параметри якості життя онкологічних хворих. Соціально-психологічні технології розвитку особистості: зб. наук. праць за матеріалами VI Міжнародної науково-практичної конференції молодих вчених, аспірантів та студентів (м. Херсон, 22 квітня 2021 р.) / ред. кол.: С. І. Бабатіна, В. В. Мойсеєнко, І. І. Чиньона та ін. Херсон: ФОП Вишемирський В. С., 2021. С. 370–373. URI: <http://ekhsuir.kspu.edu/123456789/13808>
 132. Сергет І. В. Формування смислової сфери особистості в контексті онкологічного захворювання. *Соціокультурні та психологічні виміри становлення особистості»: зб. наук. праць II Міжнар. наук.-практ. конф.* (м. Херсон, 26-27 вересня 2019 р.) / ред. кол.: О. Є. Блинова, Н. І. Тавровецька. Херсон: ФОП Вишемирський В. С., 2019. С. 289–291. URI: <http://ekhsuir.kspu.edu/handle/123456789/9303>
 133. Сергет І. В. Етапи комплексного підходу до психологічної реабілітації онкологічних пацієнтів. Соціокультурні та психологічні виміри становлення особистості: зб. наук. праць за матер. III Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Херсон, 30 вер. – 01 жовт. 2021 р.) / ред. колегія: І. Р. Крупник, О. Є. Блинова, Н. І. Тавровецька та ін. Херсон: ФОП Вишемирський В. С., 2021. С. 271–272. URI: <http://ekhsuir.kspu.edu/123456789/15330>
 134. Сергет І. В. Переживання особистістю онкологічного захворювання як кризової ситуації. *Одинадцяті Сіверянські соціально-психологічні читання: матер. Міжнародної наукової онлайн конференції (Чернігів, 27 листопада 2020 року)* / за наук. ред. О. Ю. Дроздова, І. І. Шлімакової. Чернігів: НУЧК імені Т. Г. Шевченка, 2021. С. 229–231. URI: <http://ekhsuir.kspu.edu/123456789/13604>
 135. Сергет І. В. Психологічні аспекти когнітивного компоненту аналізу у осіб хворих на онкологію. *Соціально-психологічні технології розвитку особистості: матеріали V Міжнар. наук.-практ. конф. молодих вчених,*

- аспірантів та студентів, 14 травня 2020 року: зб. наук. праць: матеріали і тези доповідей / ред. кол.: А. М. Яцюк, Н. О. Олейник, В. В. Мойсеєнко та ін. Херсон: ФОП Вишемирський В. С., 2020. С. 330–332. URI: <http://ekhsuir.kspu.edu/123456789/12144>
136. Сергет І. В. Психологічні аспекти соціальної адаптації жінок з онкологічними хворобами. *Інсайт: Психологічні виміри суспільства*. Херсон: Видавничий дім «Гельветика», 2019. Вип. 2. С. 99–103. URI: <http://ekhsuir.kspu.edu/123456789/12140>
137. Сергет І. В. Психологічні аспекти соціальної адаптації жінок з онкологічними захворюваннями. *Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я: матеріали IV Всеукраїнської науково-практичної конференції* (м. Вінниця, 22 листопада 2019 року) / за заг. ред. проф. О. В. Бацилевої. Вінниця, 2019. С. 196–199. URI: <http://ekhsuir.kspu.edu/123456789/12141>
138. Сергет І. В. Психологічні особливості долаючої поведінки у осіб з онкологічними захворюваннями. *Психологія особистості фахівця в умовах воєнного часу та поствоєнної реабілітації: зб. матеріалів IX Всеукр. наук.-практ. конф. (з міжнародною участю) (м. Львів, 25 жовтня 2024 року) / уклад. В. С. Бліхар*. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2024. С. 339–343. URI: <https://ekhsuir.kspu.edu/handle/123456789/19993>
139. Сергет І. В. Ставлення до хвороби та його зв'язок із ціннісними орієнтаціями онкологічних пацієнтів. *Психологічні студії*. Одеса: Видавничий дім «Гельветика», 2025. Вип. 4. С. 89–96. DOI: <https://doi.org/10.32782/psych.studies/2024.4.12>
140. Сергет І. В. Трансформація життєвих цінностей осіб, хворих на онкологію. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*. Херсон: Видавничий дім «Гельветика», 2022. Вип. 2. С. 35–41. URI: <http://ekhsuir.kspu.edu/123456789/17275>
141. Сергет І. В. Методологічне обґрунтування діагностичної програми для

- вивчення трансформації ціннісної сфери онкологічних пацієнтів: *«Резильєнтність в умовах війни: теорія, практика та ресурси»*: зб. матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції здобувачів освіти і молодих учених (м. Тернопіль, 23 квітня 2025 р.) / за ред. Г.К.Радчук. Тернопіль: ТНПУ ім. В. Гнатюка, 2025. С.369–374. URL: http://dspace.tnpu.edu.ua/bitstream/123456789/36272/1/Konf_Rezulentnist.pdf.
142. Смайлова С. О., Єпішкіна І. В. Типи ставлення до хвороби у членів однієї сімейної системи. *Актуальні проблеми психології: збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка. Психологія навчання. Генетична психологія. Медична психологія*. 2012. Том 10, вип. 23. С. 604–615. URL: <http://appspsychology.org.ua/data/jrn/v10/i23/62.pdf>
 143. Теорія і технології застосування сучасних підходів до психотерапії у вітчизняних соціокультурних умовах: монографія / за ред. З. Г. Кісарчук, Кісарчук З. Г., Омельченко Я. М., Лазос Г. П. та ін. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2014. 268 с.
 144. Титаренко Т. М. Можливості підтримання та відновлення психологічного здоров'я особистості в умовах довготривалої травматизації. *Особистість в умовах кризових викликів сучасності: матеріали методологічного семінару НАПН України, 24 березня 2016 року* / за ред. С.Д. Максименка. К., 2016. С. 42–51. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/704987/1/Mater_metodol_sem.pdf
 145. Ткаченко, С. М. Ціннісні орієнтації онкопацієнтів: вплив психологічної підтримки. *Журнал клінічної психології та психотерапії*, 2022. 8(1), 22–34.
 146. Ткачишина О. Р. Особистісний потенціал як основа формування конструктивних копінг-стратегій. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського. Серія:*

- Психологія*. 2022. Т. 33 (72), № 4. С. 50–54. DOI: <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2022.4/09>
147. Ткачук І. І., Пророк Н. В., Лунченко Н. В., Горленко В. М., Острова В. Д., Сосновенко Н. В. Застосування діагностичних мінімумів в діяльності працівників психологічної служби: практич. посіб. / заг. ред. В. Г. Панка. 2-ге вид., доповн. і переробл. Київ: УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2024. 100 с. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/741698/1/diahnostychnyi_minimum_2024.pdf
 148. Токарева Н., Коллі-Шамне А. Ставлення до старості осіб старшого вікового періоду: кроскультурний аспект. *Психологія: реальність і перспективи*, 2021. 1(17), 5–13. DOI: <https://doi.org/10.35619/praprv.v1i17.246>
 149. Турбан В. В., Сердюк Л. З., Бушанський В. В., Москаленко В. В., Маценко Ж. М. та ін. Генеза поняття «особистість» в українській психологічній науці: монографія / за ред. В. В. Турбан. Київ: Слово, 2020. 178 с.
 150. Улько Н. Розвиток внутрішньої ресурсності особистості як умова подолання кризових станів у дорослому віці. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 12, Психологічні науки: зб. наук. праць* / за наук. ред. І. С. Булах. К., 2020. Вип. 11 (56). С. 104–118. DOI: [https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series12.2020.11\(56\).10](https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series12.2020.11(56).10)
 151. Франкл В. Людина в пошуках справжнього сенсу. Харків: Клуб сімейного дозвілля, 2020. 160 с.
 152. Фурман А. А. Психологія особистості : ціннісно-орієнтаційний вимір: монографія. Одеса: ОНПУ; Тернопіль: ТНЕУ, 2016. 312 с. URL: <https://surl.li/krtxvb>
 153. Хомуленко Т. Б., Крамченкова В. О., Туркова Д. М. Тілесний локус контролю як копінг. *Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя*: матеріали V Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Суми,

- 28 лютого – 1 березня 2019 р.). Суми: Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2019. С. 361-363. URL: <https://repository.sspu.edu.ua/bitstreams/e6dcc197-9217-4364-8e2c-69800e6567bc/download>
154. Чиханцова О. А. Психологічні основи життєстійкості особистості: монографія. К.: Талком, 2021. 319 с. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/727629/>
 155. Чиханцова О. А., Гуцол К. В. Психологічні основи розвитку резильєнтності особистості в період пандемії Covid-19: практич. посіб. Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Київ, 2022. 128 с. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/732913/>.
 156. Шаронова І. В. Психічне здоров'я особистості як предмет психологічного дослідження. *Проблеми сучасної психології: зб. наук. праць КПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України*. 2013. Вип. 20. С. 738–747. URL: <https://journals.uran.ua/index.php/2227-6246/article/view/159928/159158>
 157. Шевцова А. І., Морозова О. Г., Федоренко З. П. Медико-соціальні аспекти онкологічної допомоги в Україні. *Онкологія*. 2016. Вип. 18, № 2. С. 144–148.
 158. Шевченко С. В. Психологічні особливості розвитку довіри до себе у майбутніх психологів: дис. канд. психол. наук., 19.00.07. Педагогічна та вікова психологія. Київ, 2018. 260 с. URL: <https://uacademic.info/download/file/0418U004023/Dis.PDF>
 159. Шевченко, О. А. Психологічна трансформація життєвих цінностей у пацієнтів з онкологічними захворюваннями. *Психологія і суспільство*, 2021. 15(2), 45–59.
 160. Шестопалова Л. Ф. Профілактика посттравматичних стресових розладів у жертв надзвичайних подій: медико-психологічні аспекти. *Гуманітарний часопис: зб. наук. праць*. Харків: ХАІ, 2005. №1. С. 103–108. URL: <http://nti.khai.edu/csp/nauchportal/Arhiv/GCH/2005/2005-1.pdf>

161. Шорніков А. В. Непсихотичні психічні розлади у хворих на асептичний некроз головки стегнової кістки, які потребують ендопротезування: дис. доктора філософії: 222 Медицина. Дніпро: ДДМУ, 2023. 184 с. URI: <http://repo.dma.dp.ua/id/eprint/8368>
162. Яворська-Ветрова І. В. Теоретичний аналіз проблеми самоставлення: ціннісний аспект. *Актуальні проблеми психології. Психологія обдарованості: збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України*. 2017. Вип. 6 (13). С. 198–206. URL: <http://www.apppsychology.org.ua/data/jrn/v6/i13/24.pdf>
163. Яковлева С. Д. Соціально-психологічний клімат групи та його вплив на суб'єктивне благополуччя студентської молоді. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*. 2022. № 1. С. 77–83. DOI: 10.32999/ksu2312-3206/2022-1-10
164. Ялом І. Вдивляючись у сонце: долаючи страх смерті / І. Ялом. Х.: «Клуб сімейного дозвілля», 2020. 300 с.
165. Ялом І., Ялом М. Питання життя і смерті. Х.: «Клуб сімейного дозвілля», 2021. 270 с.
166. Яремчук Р. І. Психологічна підтримка хворих на рак: екзистенційні аспекти. *Психологія і суспільство*. 2018. №2. С. 98–106.
167. Яценко Т. В., Шкляєва Г. О. Особливості формування ціннісних орієнтацій студентської молоді України в умовах війни. *Габітус*. 2023. Вип. 51. С. 126–131. DOI: <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.51.21>.
168. Ahlberg K., Ekman T., Wallgren A., Gaston-Johansson F. Fatigue, psychological distress, coping and quality of life in patients with uterine cancer. *Journal of Advanced Nursing*. 2004. Vol. 45, № 2. P. 205–213. DOI: 10.1046/J.1365-2648.2003.02882.x
169. Akechi T., Okamura H., Nishiwaki Y. et al. Psychiatric disorders and associated and predictive factors in patients with unresectable nonsmall cell

- lung carcinoma. A longitudinal study. *Cancer*. Vol. 92. 2001 P. 2609–2622.
DOI: 10.1002/1097-0142(20011115)92:10<2609: aid-cnrcr1614>3.0.co;2-k
170. Ammon G. Psychoanalyse und Psychosomatik. Frankfurt am Main: Verlag Dietmar Klotz GmbH, 2016. 368 p.
171. Anders S. L., Shallcross S. L., Frazier P. A. Beyond criterion A1: The effects of relational and non-relational traumatic events. *Journal of Trauma & Dissociation*. 2012. Vol. 13 (2). P. 134–151. DOI: <https://doi.org/10.1080/15299732.2012.642744>
172. Anderson, K. E., Lewis, J. H. A narrative study of existential value shifts in older adults after cancer treatment. *Aging & Mental Health*, 2021. 25(6), 1025–1034.
173. Angelis R. D., Sant M., Coleman M. P., Francisci S., Baili P., Pierannunzio D., Trama A., Visser O., Brenner H., Ardanaz E., Bielska-Lasota M., Engholm G., Nennecke A., Siesling S., Berrino F., Capocaccia R. Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EURO CARE-5-a population-based study. *Lancet Oncology*. 2014. Vol. 15 (1). P. 23–34. DOI: 10.1016/S1470-2045(13)70546-1
174. Antoni M. H., Jacobs J. M., Bouchard L. C., Lechner S. C., Jutagir D. R., Gudenkauf L. M., Blomberg B. B., Glück S., Carver C. S. Post-surgical depressive symptoms and long-term survival in non-metastatic breast cancer patients at 11-year follow-up. *General hospital psychiatry*. 2017. Vol. 44. P. 16–21. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2016.10.002>
175. Arem H., Duarte D. A., White B., Vinson K., Hinds P., Ball N., et al. Young Adult Cancer Survivors' Perspectives on Cancer's Impact on Different Life Areas Post-Treatment: A Qualitative Study. *Journal of adolescent and young adult oncology*. 2024. Vol. 13 (5). P. 748–759. DOI: <https://doi.org/10.1089/jayao.2024.0021>
176. Astin J., Shapiro J., Shapiro D. Psychological Control and Morbidity/Mortality in Breast Cancer Patients: A 20-Year Follow-Up

- Study. *Behavioral Medicine*. 2013. Vol. 39, Is. 1. P. 7–10. DOI: 10.1080/08964289.2012.708683
177. Barbera L., Seow H., Howell D., Sutradhar R., Earle C., Liu Y., Stitt A., Husain A., Sussman J., Dudgeon D. Symptom burden and performance status in a population-based cohort of ambulatory cancer patients. *Cancer*. 2010. Vol. 116(24). P. 5767–5776. DOI: <https://doi.org/10.1002/cncr.25681>
 178. Batenburg A., Das E. Emotional coping differences among breast cancer patients from an online support group: a cross-sectional study. *Journal Med Internet Res*. 2014. Vol. 16(2). P. 402–414. DOI: <https://doi.org/10.2196/jmir.2831>
 179. Beckjord E. B., Arora N. K., McLaughlin W., Oakley-Girvan I., Hamilton A. S., Hesse B. W. Health-related information needs in a large and diverse sample of adult cancer survivors: implications for cancer care. *Journal Cancer Surviv*. 2008. Vol. 2 (3). P. 179–189. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11764-008-0055-0>
 180. Berger A. M., Mooney K. Dissemination and implementation of guidelines for cancer-related fatigue. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network: JNCCN*. 2016. Vol. 14(11). P. 1336–1338. DOI: <https://doi.org/10.6004/jnccn.2016.0144>
 181. Binnebesel J., Formella Z., Katolyk, H. The Thanatopedagogical Context of the Multidimensionality of Mourning (Танатопедагогічний контекст багатовимірності жалоби). *Bialystok Legal Studies*. 2023 V. 28 № 3. 215–258. DOI: <https://doi.org/10.15290/bsp.2023.28.03.10>
 182. Blynova O., Popovych I., Tkach T., Serhet I., Semenova N., Semenov O. Value attitudes of student youth to physical culture and sports as factors in their aspiration for success. *Journal of Critical Reviews*. 2020. Vol. 7 (19). P. 6775–6783. DOI: <https://doi.org/10.31838/jcr.07.19.778>
 183. Boakye E. A., Polednik K. M., Deshields T. L., Sharma A., Molina Y., Schapira L., Barnes J. M., Osazuwa-Peters N. Emotional distress among survivors of adolescent and young adult cancer or adult cancer. *Annals of Epidemiology*.

2022. Vol. 72. P. 48–56. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2022.03.014>
184. Bowers L., Boyle D. A. Depression in patients with advanced cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing (CJON)*. 2003. Vol.7, № 3. P. 281–288. DOI: 10.1188/03.CJON.281-288
185. Bränström R., Kvillemo P., Akerstedt T. Effects of Mindfulness Training on Levels of Cortisol in Cancer Patients. *Psychosomatics*. 2013. Vol. 54 (2). P. 158–164. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psych.2012.04.007>
186. Breitbart W., Rosenfeld B., Pessin H., Kaim M., Funesti-Esch J., Galiotta M., et al. Depression, hopelessness, and the desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *Journal of the American Medical Association*. 2000. Vol. 284. P. 2907–2911. DOI: 10.1001/jama.284.22.2907
187. Bryant R. A. Post-traumatic stress disorder: a state-of-the-art review of evidence and challenges. *World Psychiatry*. 2019. Vol. 18 (3). P. 259–269. DOI: 10.1002/wps.20656
188. Bultz B. D., Johansen C. Screening for Distress, the 6th Vital Sign: where are we, and where are we going? *Journal Psycho-Oncology*. 2011. Vol. 20, № 6. P. 569–571. DOI: 10.1002/pon.1986
189. Butow, P., Sharpe, L., Costa, D. S. J. Emotional distress, adaptation strategies, and value transformation in men with prostate cancer. *Supportive Care in Cancer*, 2023. 31(5), 2000–2009.
190. Cancer Incidence in Five Continents, Volume IX / Edited by M.P. Curado, B. Edwards, H.R. Shin, H. Storm, J. Ferlay, M. Heanue, P. Boyle. *France: IARC Scientific Publications*. 2007 (printed in 2009). № 160. 961 c. URL: https://publications.iarc.fr/_publications/media/download/3672/4e65f2f7d16bed7f77deaabb08ce46579552e7f8.pdf
191. Chen, L., Williams, B. Existential meaning and priorities post-cancer diagnosis: A mixed-methods study. *Journal of Health Psychology*, 2022. 27(7), 912–926. DOI : <https://doi.org/10.1177/13591053211034276>

192. Chi K. N., Bjartell A., Dearnaley D., Saad F., Schroder F. H., Sternberg C., Tombal B., Visakorpi T. Castration-resistant prostate cancer: from new pathophysiology to new treatment targets. *European Urology*. 2009. Vol. 56 (4). P. 594–605. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0302283809006447>
193. Deimling G. T., Bownan K. F., Sterns S., Wagner L. J., Kahana B. Cancer-related health worries and psychological distress among older adult, long-term cancer survivors. *Psycho-Oncology*. 2006. Vol. 15 (4). P. 306–320. DOI: <https://doi.org/10.1002/pon.955>
194. Edwards B., Clarco V. The psychological impact of a cancer diagnosis of families: the influence of family functioning and patients' illness characteristics on depression and anxiety. *Psycho-Oncology*. 2004. Vol. 13, № 8. P. 562–576. DOI: <https://doi.org/10.1002/pon.773>
195. Evers A. W., Kraaimaat F. W., Lankveld van W., Jongen P. J., Jacobs J. W., Bijlsma J. W. Beyond unfavorable thinking: the illness cognition questionnaire for chronic diseases. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*. 2001. Vol. 69 (6). P. 1026–1036. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.6.1026>
196. Faller H., Schuler M., Richard M., Heckl U., Weis J., Küffner 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, № 6. P. 782–793. DOI: <https://doi.org/10.1200/JCO.2011.40.8922>
197. Fedochuk M. K., Mendondo O. A., Matar J. R. Improving community cancer care: a private practice. *Journal of Psychosocial Oncology*. 2003. Vol. 21, №2. P. 23–27. DOI: https://doi.org/10.1300/J077v21n02_02
198. Ferlay J., Parkin D. M., Steliarova-Foucher E. Estimates of cancer incidence and mortality in Europe in 2008. *European Journal of Cancer*. 2010. Vol. 46 (4). P. 765–781. DOI: 10.1016/j.ejca.2009.12.014

199. Fish J. A., Ettridge K., Sharplin G. R., Hancock B., Knott V. E. Mindfulness-based Cancer Stress Management: impact of a mindfulness-based programme on psychological distress and quality of life. *European Journal of Cancer Care*. 2014. Vol. 23 (3). P. 413–421. DOI: <https://doi.org/10.1111/ecc.12136>
200. Flechtner H., Bottomley A. Fatigue and quality of life: lesson from the real world. *Oncologist*. 2003. Vol. 8, Is. S1. P. 5–9. DOI: https://doi.org/10.1634/theoncologist.8-suppl_1-5
201. Folkman S., Lazarus R. S. Ways of Coping Questionnaire. Palo Alto, CA: Consulting: Psychological Press. APA PsycTests, 1988. 28 p. DOI: <https://doi.org/10.1037/t06501-000>
202. Gonzalez, E., Patel, S. Shifts in moral and family values after cancer: A community-based study. *Journal of Psychosocial Oncology*, 2025. 43(1), 10–25.
203. Grassi L., Biancosino B., Marmai L., Righi R. Effect of reboxetine on major depressive disorder in breast cancer patients an open-label study. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2004. Vol. 65, № 4. P. 515–520. DOI: 10.4088/jcp. v65n0410
204. Grassi L., Johansen C., Annunziata M.A., Capovilla E., Costantini A., Gritti P., Torta R., Bellani M. et al. Screening for distress in cancer patients: A multicenter, nationwide study in Italy. *Cancer*. 2013. Vol. 119, № 9. P. 1714–1721. DOI: 10.1002/cncr.27902
205. Grassi L., Watson M., Psychosocial care for cancer: a review of psychosocial programs and national plans for cancer control in countries within the framework of the International Federation of Psycho-oncological Societies. *Psycho-Oncology*. 2012. Vol. 21 (10) P. 1027–1033. DOI: <https://doi.org/10.1002/pon.3154>
206. Greenstein, M., Breitbart, W. Cancer and the experience of meaning: a group psychotherapy program for people with cancer. *American*

- Journal of Psychotherapy*. 2000. Vol. 54, № 4. P. 486–500.
DOI: 10.1176/appi.psychotherapy.2000.54.4.486
207. Hersch J., Juraskova I., Price M., Mullan B. Psychosocial intervention and quality of life in gynaecological cancer patients: a systematic review. *Psycho-Oncology*. 2009. Vol. 18 (8). P. 795–810. DOI: 10.1002/pon.1443
208. Hjerl K., Andersen E. W., Keiding N., Mortensen P. B., Jørgensen T. Increased incidence of affective disorders, anxiety disorders, and non-natural mortality in women after breast cancer diagnosis: a nation-wide cohort study in Denmark. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2002. Vol. 105, № 4. P. 258–264. DOI: 10.1034/j.1600-0447.2002. 9028.x
209. Hoffman M. A., Lent R. W., Raque-Bogdan T. L. A Social Cognitive Perspective on Coping with Cancer: Theory, Research, and Intervention. *The Counseling Psychologist*. 2013. Vol. 41 (2). P. 240–267. DOI: <https://doi.org/10.1177/0011000012461378>
210. Holland J. C. History of Psycho-Oncology: Overcoming Attitudinal and Conceptual Barriers. *Psychosomatic Medicine*. 2002. Vol. 64(2). P. 206–221. URL: <http://www.psychosomaticmedicine.org/content/64/2/206.full>
211. Holland J. C., Gooen-Piels J. Chapter 70 Psycho-oncology / editors D. W. Kufe, R. E. Pollock, R. R. Weichselbaum, et al. *Holland-Frei Cancer Medicine. 6th edition*. Hamilton (ON): BC Decker; 2003. P. 202–215. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK12537/>
212. Holland J. C., Andersen B., Breitbart W.S., et al. Distress management. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 2010. Vol. 8, № 4. P. 448–485. DOI: <https://doi.org/10.6004/jnccn.2010.0034>
213. Holland J., Watson M., Dunn J. The IPOS new International Standard of Quality Cancer Care: integrating the psychosocial domain into routine care. *Psycho-Oncology*. 2011. Vol. 20, № 7. P. 677–680. DOI: <https://doi.org/10.1002/pon.1978>
214. Holland J.C., Lewis S. The Human Side of Cancer: Living with Hope, Coping with Uncertainty. New York: Harper Collins, 2000. 340 p.

215. Holland J.C., Sheldon Lewis. The Human Side of Cancer: Living with Hope, Coping with Uncertainty. New York: Harper Collins Publishers, 2000. 230 p.
216. Holzner B., Kemmler G., Meraner V., Maislinger A., Kopp M., Bodner T., Nguyen-Van-Tam D., Zeimet A. G., Fleischhacker W. W., Sperner-Unterweger B. Fatigue in ovarian carcinoma patients: a neglected issue? *Cancer*. 2003. Vol. 97, № 6. P. 1564–1672. DOI: <https://doi.org/10.1002/cncr.11253>
217. Hurley R. What Is Resilience? Your Guide to Facing Life's Challenges, Adversities, and Crises. Everyday Health, 2020. URL: <https://www.everydayhealth.com/wellness/resilience/>
218. Husmann G. Krebs in Deutschland 2005/2006. Häufigkeiten und Trends. eine gemeinsame Veröffentlichung des Robert Koch-Instituts und der Gesellschaft der Epidemiologischen Krebsregisterin Deutschland. Robert Koch-Inst. GEKID, Berlin, Saarbrücken, 2010.
219. Infurna, F. J., Gerstorf, D., Lachman, M. E. (2020). Midlife in the 2020s: Opportunities and challenges. *The American psychologist*, 75(4), 470–485. <https://doi.org/10.1037/amp0000591>
220. Jacobsen P. B., Donovan K. A., Trask P. C., Fleishman S. B., Zabora J., Baker F., Holland J. C. Screening for psychological distress in ambulatory cancer patients. *Cancer*. 2005. Vol. 103 (7). P. 1494–1502. DOI: <https://doi.org/10.1002/cncr.20940>
221. Jacobsen P. B., Sadler I. J., Booth-Jones M., Soety E., Weitzner M. A., Fields K. K. Predictors of posttraumatic stress disorder symptomatology following bone marrow transplantation for cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2002. Vol. 70(1). P. 235–240. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.1.235>
222. Jadoon N. A., Munir W., Shahzad M. A., Choudhry Z. S. Assessment of depression and anxiety in adult cancer outpatients: a cross-sectional study. *BMC Cancer*. 2010. Vol. 10. Article number: 594. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2407-10-594>

223. Johnson J.J. Carnosol: a promising anti-cancer and anti-inflammatory agen. *Cancer Letters*. 2011. Vol. 305(1). P. 1–7. DOI: 10.1016/j.canlet.2011.02.005
224. Jonsén E., Fagerström L., Lundman B., Nygren B., Vähäkangas M., Strandberg G. Psychometric properties of the Swedish version of the Purpose in Life scale. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2010. Vol. 24 (1). P. 41–48. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2008.00682.x
225. Kangas, M., Henry, J. L., Bryant, R. A. PTSD and values realignment in breast cancer survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 2022. 35(2), 241–250.
226. Kantoff P. W., Higano C. S., Shore N. D., Berger E. R., Small E. J., Penson D. F., et al. Sipuleucel-T immunotherapy for castration-resistant prostate cancer. *New England Journal of Medicine (NEJM)*. 2010. Vol. 363 (5). P. 411–422. DOI: <https://doi.org/10.1056/nejmoa1001294>
227. Kessler R. C., Chiu W. T., Demler O., Merikangas K. R., Walters E. E. Prevalence, severity and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*. 2005. Vol. 62 (6). P. 617–627. DOI: 10.1001/archpsyc.62.6.617
228. Kibler-Ross E. On Grief and Grieving: Finding the Meaning of Grief Through the Five Stages of Loss. Simon & Schuster Ltd, 2005. 256 p.
229. Kim, S. Y., Martinez, R. S. Reassessing personal values in colorectal cancer survivors: A cross-sectional analysis. *Quality of Life Research*, 2024. 33(2), P. 489–499.
230. Kissane D. W., Bultz B. D., Butow P. M., Finlay I. G. Handbook of Communication in Oncology and Palliative Care. USA: Oxford university press, 2010. 748 p. DOI: <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199238361.001.0001>
231. Kolly-Shamne A. V. The concept of successful ageing in wartime: A review of Western scientific sources (Концепція успішного старіння в умовах війни: огляд західних наукових джерел). *Scientific Bulletin of Mukachevo State University. Series "Pedagogy and Psychology"*. 2022. 10(1). P. 32–45. DOI: <https://doi.org/10.52534/msu-pp1.2024.32>

232. Lampic C., Thurfjell E., Bergh J., Carlsson M., Sjöden P.-O. Life values before versus after a breast cancer diagnosis / *Research in Nursing & Health (RINAH)*. 2002. Vol. 25, № 2. P. 89–98. DOI: <https://doi.org/10.1002/nur.10029>
233. Lansing K., Amen D. G., Hanks C., Rudy L. High-resolution brain SPECT imaging and eye movement desensitization and reprocessing in police officers with PTSD. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. 2005. 17 (4) P. 526–532. DOI: <https://doi.org/10.1176/jnp.17.4.526>
234. Laubmeier K. K., Zakowski S. C., Bair J. P. The role of spirituality in the psychological adjustment to cancer: a test of transaction model of stress and coping. *International Journal of Behavioral Medicine*. 2004. Vol. 11, № 1. P. 48–55. DOI: 10.1207/s15327558ijbm1101_6
235. Lazarus R. S. Psychological Stress and the Coping Process. New York: McGraw-Hill, 1966. 466 p.
236. Lazarus R., Folkman S. Stress, appraisal and coping. N.Y.: Springer, 1984. 456 p.
237. Lee Y-L., Santacroce Sh. J. Posttraumatic stress in long-term young adult survivors of childhood cancer: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2007. Vol. 44 (8). P. 1406–1417. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2006.07.002
238. Leventhal H., Brissette I., Leventhal E. The common-sense model of self-regulation of health and illness / L. D. Cameron, H. Leventhal (Eds.). The self-regulation of health and illness behavior. Routledge: New York, 2003. P. 42–65.
239. Leventhal H., Meyer D., Nerenz D. The Commonsense Representation of Illness Danger. *Medical Psychology*. 1980. Vol. 2. P. 7–30.
240. Li H. C., Chung O. K., Chiu S. Y. The impact of cancer on children's physical, emotional, and psychosocial well-being. *Cancer Nurs*. 2010. Vol. 33, Issue 1. P. 47–54.

241. Life after cancer: survivorship by the numbers. AMS. Infographics, 2013.
URL: <https://ru.pinterest.com/pin/30891947419313292/>
242. Lopez, M., & Clark, A. Meaning reconstruction and value transformation following head and neck cancer. *Palliative & Supportive Care*, 2023. 21(3), 315–324.
243. Lu D., Fall K., Sparén P., Ye W., Adami H.O., Valdimarsdóttir U., Fang F. Suicide and suicide attempt after a cancer diagnosis among young individuals. *Annals of Oncology*. 2013. Vol. 24 (12). P. 3112–3117. DOI: <https://doi.org/10.1093/annonc/mdt415>
244. Lutgendorf S. K., Anderson B., Rothrock N. Quality of life and mood in women receiving extensive chemotherapy for gynecologic cancer. *Cancer*. 2000. Vol. 89 (6). P.1402–1411. DOI : [https://doi.org/10.1002/1097-0142\(20000915\)89:6<1402::AID-CNCR26>3.0.CO;2-H](https://doi.org/10.1002/1097-0142(20000915)89:6<1402::AID-CNCR26>3.0.CO;2-H)
245. Mainio A., Hakko H., Niemela A., Koivukangas J., Räsänen P. Depression and functional outcome in patients with brain tumors: a population-based 1-year follow-up study. *Journal of Neurosurgery*. 2005. Vol. 103 (5). P. 841–847. DOI: <https://doi.org/10.3171/jns.2005.103.5.0841>
246. Martinez, G. J., Thomas, R., Yoon, J. Spiritual and moral values transformation in young adult cancer survivors. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 2023. 12(2), 101–110. DOI : <https://doi.org/10.1089/jayao.2022.0034>
247. Maruta N., Yatsyna A., Cherednyakova O. Gender specificity of clinical manifestations of depressive disorders in male patients. *XVI World Congress of Psychiatry*. Madrid, 2014. Vol. 4. P. 51.
248. Massie M.J. Prevalence of depression in patients with cancer. *JNCI Monographs*. 2004. Is. 32. P. 57–71. DOI: [10.1093/jncimonographs/lgh014](https://doi.org/10.1093/jncimonographs/lgh014)
249. Medaris A. As patients develop cancer at younger ages, psycho-oncologists are studying the mental health impact. *American Psychological Association. Monitor on Psychology*. 2024. Vol. 55 (7). URL: <https://www.apa.org/monitor/2024/10/psychological-toll-early-onset-cancer>

250. Mehnert, A., Koch, U., Müller, V. Psychological adaptation and post-traumatic stress symptoms in recently diagnosed cancer patients: A longitudinal cohort study. *Psycho-Oncology*, 2021. 30(9), 1405–1414.
251. Mills E. M., Davidson R. Cancer patients' sources of information: use and quality issues. *Psycho-Oncology*. 2002. Vol. 11, № 5. P. 371–378. DOI: 10.1002/pon.584
252. Moncayo F. L. G., Requena G. C., Pérez F. J., Salamero M., Sánchez N., Sirgo A. Psychological adjustment and prevalence of psychiatric disorders in cancer patients. *Medicina Clínica*. 2008. Vol. 130 (38). P. 90–92. DOI: 10.1157/13115354
253. Montgomery Ch., Pocock M., Titley K., Lloyd K. Predicting psychological distress in patients with leukaemia and lymphoma. *Journal of Psychosomatic Research*. 2007. Vol. 29. P. 251–356. DOI: 10.1016/s0022-3999(02)00396-3
254. Moss-Morris R., Weinman J., Petrie K. J., Horne R., Cameron L. D., Buick D. The revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*. 2002. Vol. 17 (1). P. 1–16. DOI: 10.1080/08870440290001494
255. Nguyen, T. P., Park, C. L. Life purpose shifts and meaning-making after cancer: A longitudinal study. *Supportive Care in Cancer*, 2024. 32(1), 155–165. DOI : <https://doi.org/10.1007/s00520-023-07812-9>
256. Novack D. H., Plumer R., Smith R. L., Ochitill H., Morrow G. R., Bennet J. M. Changes in physicians' attitudes toward telling the cancer patients. *JAMA*, 1979. Vol. 241. P. 987–900. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.1979.03290350017012>
257. O'Connor, R., Davis, E., & Bloom, T. Values, quality of life, and the cancer journey: A thematic meta-synthesis. *Health Psychology Review*, 2025. 19(1), 44–61. DOI : <https://doi.org/10.1080/17437199.2024.1987321>
258. Okamura H., Watanabe T., Narabayashi M., et al. psychological distress following first recurrence of disease in patients with breast cancer:

- Prevalence and risk factors. *Breast Cancer Research and Treatment*. 2000. Vol. 61. P. 251–256. DOI: 10.1023/a:1006491417791
259. Park I. K., Jun H. J., Park S. J., Lim G. J., Cho S. J., Song A., Oh S. Y. Differences in end-of-life care decision making between patients with and without cancer. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*. 2015. Vol. 32, № 8. P. 797–801. DOI: 10.1177/1049909114542646
260. Pastryk, T., Kirieieva, Z. O., Kordunova, N., Mahdalyna, L. Сприйнята емоційна експресивність у наративах про хворобу в осіб із хронічними шлунково-кишковими розладами. *East European Journal of Psycholinguistics*. 2021. Vol. 8. № 2. DOI : 10.29038/EEJPL.2021.8.2.PAS
261. Patterson C. H., Watkins C.E.Jr. Theories of Psychotherapy. 2004. 544 p.
262. Pérez S., Galdón M. J., Andreu Y., Ibáñez E., Durá E., Conchado A., et al. Posttraumatic stress symptoms in breast cancer patients: temporal evolution, predictors, and mediation. *Journal of Traumatic Stress*. 2014. Vol. 27 (2). P. 224–231. DOI: 10.1002/jts.21901
263. Petticrew M., Bell R., Hunter D. Influence of psychological coping on survival and recurrence in people with cancer: systematic review. *BMJ*. 2002. Vol. 325. P. 1006–1012. DOI: 10.1136/bmj.325.7372.1066
264. Pirl W. F. Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of depression in patients. *JNCI Monographs*. 2004. Vol. 32. P. 32–39. DOI: <https://doi.org/10.1093/jncimonographs/lgh026>
265. Popek V., Honig K. Cancer and family: tasks and stress of relatives. *Der Nervenarzt*. 2015. Vol. 86(3). P. 266–273. DOI: 10.1007/s00115-014-4154-z
266. Popovych I., Blyskun O., Hulas I., Shcherbyna V., Batasheva N., Aleksieieva M., Chala T. Psychological Semantic Parameters of Adolescents' Conformism in the Measurement of Value Orientations. *Revista Romaneasca pentru Educatie Multidimensionala*. 2021. Vol. 13(2). P. 167–184. DOI: <https://doi.org/10.18662/rrem/13.2/416>

267. Popovych I., Kolly-Shamne A., Piletska L., Soroka O., Hoian I., Yaremchuk V., Huzar V. Propensity for adventurousness in the motivational structure of junior athletes. *Journal of Physical Education and Sport*. 2024. Vol. 24 (7), Art 185. P. 1647–1658. DOI: 10.7752/jpes.2024.07185
268. Popovych I., Shevchenko N., Raievska Ya., Myshchyshyn M., Hoian I., Yakovleva S., Los O. Operationalization of physical work ability of young athletes in terms of psychological well-being. *Journal of Physical Education and Sport*. 2023. Vol. 23 (6). P. 1456–1464. DOI: 10.7752/jpes.2023.06178
269. Popovych I., Zavatska N., Bozoyan M., Vorobel M., Blyskun O., Klenina K. Research on value orientations of bullying participants in educational space. *Apuntes Universitarios*. 2022. Vol. 12 (2). P. 1–16. DOI: <https://doi.org/10.17162/au.v12i2.1030>
270. Posluszny D. M., Baum A., Edwards R. P., Dew M. A. Posttraumatic growth in women one year after diagnosis for gynecologic cancer or benign conditions. *Journal of psychosocial oncology*. 2011. Vol. 29 (5). P. 561–572. DOI: <https://doi.org/10.1080/07347332.2011.599360>
271. Psycho-Oncology (3 end.). / Ed. by Jimmie C. Holland, William S. Breitbart, Paul B. Jacobsen, Matthew J. Loscalzo, Ruth McCorkle and Phyllis N. Butow. USA: Oxford University Press, 2015. DOI: 10.1093/med/9780199363315.001.0001
272. Rand K. L., Banno D. A., Shea A. M., Cripe L. D. Life and treatment goals of patients with advanced, incurable cancer. *Supportive Care in Cancer*. 2016. Vol. 24 (7). P. 2953–2962. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3113-6>
273. Reuter K., Härter M. The concepts of fatigue and depression in cancer. *European Journal of Cancer Care*. 2004. Vol. 13, № 2. P. 127–134. DOI: 10.1111/j.1365-2354.2003.00464. x.

274. Rogers, A. M., Patel, N., Green, J. D. (). Re-defining life values in advanced cancer: A qualitative analysis of patient narratives. *Psycho-Oncology*, 2021. 30(4), 513–522. DOI : <https://doi.org/10.1002/pon.5629>
275. Rokeach M. The nature of human values. New York, NY: Free Press, 1973. 438 p.
276. Sakamoto, Y., Chen, A. H. Post-traumatic growth, PTSD symptoms and meaning-making in head and neck cancer patients. *Psycho-Oncology*, 2024. 33(3), 550–561.
277. Saxe G. A., Major J. M., Nguyen J. Y., Freeman K. M., Downs T. M., Salem C. E. Potential attenuation of disease pro-gression in recurrent prostate cancer with plant-based diet and stress reduction. *Integrative Cancer Therapies*. 2006. Vol. 5 (3). P. 206–213. DOI: [10.1177/1534735406292042](https://doi.org/10.1177/1534735406292042)
278. Schulenberg S. E., Melton A. M. A Confirmatory Factor-Analytic Evaluation of the Purpose in Life Test: Preliminary Psychometric Support for a Replicable Two-Factor Model. *Journal of Happiness Studies*. 2010. Vol. 11(1). P. 95–111. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10902-008-9124-3>
279. Segerstrom S. C., Muller G. E. Psychological stress and the human immune system: a metaanalytic study of 30 years of inquiry. *Psychological Bulletin*. 2004. Vol. 130. P. 601–630. DOI: [10.1037/0033-2909.130.4.601](https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.4.601)
280. Singh, R., Harris, M. Re-prioritization of life goals among breast cancer survivors. *European Journal of Oncology Nursing*, 2022. 57, 102085.
281. Sprangers M. A. G., Tempelaar R., Heuvel van den W. J. A., Haes de H. C. J. M. Explaining quality of life with crisis theory. *Psycho-oncology*. 2002. Vol. 11, № 5. P. 419–426. DOI: [10.1002/pon.601](https://doi.org/10.1002/pon.601)
282. Stanton A. L., Danoff-Burg S., Huggins M. E. The first year after breast cancer diagnosis: Hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-Oncology*. 2002. Vol. 11 (2). P. 93–102. DOI: <https://doi.org/10.1002/pon.574>

283. Stark D. P., House A. Anxiety in cancer patients. *Cancer*. 2000. Vol. 83 (10). P. 1261–1267. DOI: 10.1054/bjoc.2000.1405
284. Stark D., Kiely M., Smith A., Velikova G., House A., Selby P. Anxiety disorders in cancer patients: their nature, associations, and relations to quality of life. *Journal of Clinical Oncology*. 2002. Vol. 20 (14). P. 3137–3148. DOI: 10.1200/JCO.2002.08.549
285. Stein C.J., Colditz G.A. Modifiable risk factors for cancer. *British Journal of Cancer (BJC)*, 2004. №. 90(2). P. 299–303. DOI: 10.1038/sj.bjc.6601509
286. Stewart B. W., Wild C. P. World Cancer Report 2014. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2014.
287. Strong V., Waters R., Hibberd C., Rush R., Cargill A., Storey D., et al. Emotional distress in cancer patients: The Edinburgh Cancer Centre symptom study. *British Journal of Cancer (BJC)*. 2007. Vol. 96 (6). P. 868–874. DOI: 10.1038/sj.bjc.6603626
288. Taylor J. A. A Personality Scale of Manifest Anxiety. *Journal of Abnormal and Social Psychology*. 1953. Vol. 48 (2). P. 285–290. DOI: 10.1037/h0056264
289. Taylor S. E. Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*. 1983. Vol. 38 (11). P. 1161–1173. DOI: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.38.11.1161>
290. The jamovi project. Version 2.3 [Computer Software]. 2022. URL: <https://www.jamovi.org>.
291. Thorne S. E., Bultz B. D., Baile W. F. Is There a Cost to Poor Communication in Cancer Care: A Critical Review of Literature. SCRN Communication Team. *Psycho-Oncology*. 2005. Vol. 14, № 10. P. 875–884. DOI: 10.1002/pon.947
292. Watson M., Kissane D.W. Handbook of psychotherapy in cancer care. *John Wiley & Sons Ltd*, 2011. 256 p. DOI: <https://doi.org/10.1002/9780470975176>

293. Williams M. L., Friedman T., Rudd N. An analysis of the validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale as a screening tool in patients with advanced metastatic cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2001. Vol. 22 (6). P. 990–996. DOI: 10.1016/s0885-3924(01)00358-x
294. Wolcott D. L., Jacobsen P. B., Loscalzo M. J. Supportive Oncology: New Models for the Role of Psychiatry in Cancer Care. *Focus*. 2013. 11 (4), P. 471–481. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.focus.11.4.471>
295. Wolff de M., Ersbøll A. S., Hegaard H., Johansen M., Gustafsson F., P. Damm P., Midtgaard J. Psychological adaptation after peripartum cardiomyopathy: A qualitative study. *Midwifery*. 2018. Vol. 62. P. 52–60. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.03.012>
296. Yeung, S., Dunn, J. R. Adaptation, psychological resilience, and value shifts among colorectal cancer survivors. *Quality of Life Research*, 2025. 34(1), P. 75–85.
297. Zabora J., Brintzenhogen K., Curbow B., Hooker C., Piantadosi S. The prevalence of psychosocial distress by cancer sites. *Psycho-Oncology*. 2001. Vol. 10. P. 19–28. DOI: 10.1002/1099-1611(200101/02)10:1<19: aid-pon501>3.0.co;2-6

ДОДАТКИ

Додаток А

Описові статистики у вибірці онкологічних пацієнтів

Таблиця А.1. Рангова позиція термінальних цінностей у вибірці онкологічних пацієнтів (n=105, розраховано в програмі SPSS)

	Активна життєва діяльність	Життєва мудрість	Здоров'я	Цікава робота	Краса природи та мистецтва	Любов	Матеріально забезпечене життя	Наявність вірних друзів	Суспільне визнання	Пізнання
Середнє	8,50	8,08	2,00	8,36	13,45	4,75	7,48	9,28	11,91	10,77
Медіана	9,00	8,00	1,00	8,00	14,00	3,00	7,00	9,00	12,00	11,00
Мода	10,00	4,00 ^a	1,00	9,00	17,00	2,00	5,00	9,00	14,00	14,00
Ст. відхилення	4,370	3,44	2,78	3,98	3,85	3,87	3,86	4,13	3,93	4,31
Мінімум	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00	3,00	2,00
Максимум	18,00	17,00	18,00	18,00	18,00	17,00	18,00	18,00	18,00	18,00
Квартиль 25	5,00	5,00	1,00	5,00	11,00	2,00	4,00	6,00	9,00	7,00
50	9,00	8,00	1,00	8,00	14,00	3,00	7,00	9,00	12,00	11,00
75	12,00	11,00	1,50	10,00	17,00	5,00	10,00	12,00	15,00	14,00

Продовження табл. А.1

	Продуктивне життя	Розвиток	Розваги	Свобода	Щасливе подружнє життя	Щастя інших	Творчість	Впевненість у собі
Середнє	9,962	10,667	15,019	8,733	4,871	11,161	14,419	11,552
Медіана	10,00	11,00	16,00	9,00	3,0000	12,00	16,00	12,00
Мода	8,00 ^a	12,00	17,00	3,00	2,00	6,00	18,00	15,00 ^a
Ст. відхилення	3,93	4,06	3,57	5,16	3,76581	4,193	4,162	4,496
Мінімум	1,00	1,00	3,00	1,00	1,00	2,00	2,00	1,00
Максимум	18,00	18,00	18,00	18,00	18,00	18,00	18,00	18,00
Квартиль 25	7,00	7,50	14,00	3,00	2,0000	7,00	13,00	8,00
50	10,00	11,00	16,00	9,00	3,0000	12,00	16,00	12,00
75	13,00	14,00	17,00	13,00	6,5000	15,00	18,00	15,00

Таблиця А.2. Рангова позиція інструментальних цінностей у вибірці онкологічних пацієнтів (n=105, розраховано в програмі SPSS)

	Життєрадісність	Старанність	Незалежність	Непримиренність до недоліків у собі та інших	Освіченість	Відповідальність	Раціоналізм	Самоконтроль	Сміливість у відстоюванні своєї думки
Середнє	5,324	7,229	9,247	12,55	8,867	6,552	10,933	8,590	10,562
Медіана	4,00	7,00	9,00	13,00	9,00	6,00	11,00	8,00	11,00
Мода	1,00	6,00	16,00	17,00	5,00	10,00	17,00	3,00	16,00
Станд. відхилення	4,397	4,38	5,10	4,62	4,39	4,21	4,70	4,32	5,02
Мінімум	1,00	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Максимум	18,00	18,00	18,00	18,00	18,00	17,00	18,00	18,00	18,00
Квартиль 25	2,00	4,00	5,00	9,50	5,00	3,00	8,00	5,00	6,00
50	4,00	7,00	9,00	13,00	9,00	6,00	11,00	8,00	11,00
75	8,00	9,00	14,00	16,50	12,00	10,00	15,00	12,00	15,00

Продовження табл. А.1

	Тверда воля	Терпимість	Широта поглядів	Чесність	Ефективність у справах	Акуратність	Вихованість	Високі запити	Чуйність
Середнє	9,219	9,943	11,838	8,590	10,781	7,981	7,552	15,20	10,076
Медіана	9,00	10,00	13,00	9,00	11,00	7,00	7,00	17,00	11,000
Мода	13,00	15,00	13,00	1,00	15,00	2,00	7,00	18,00	17,00
Станд. відхилення	5,06	4,56	4,36	5,36	4,55	4,99	4,99	4,13	4,96
Мінімум	1,00	1,00	3,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Максимум	18,00	18,00	18,00	18,00	18,00	18,00	18,00	18,00	18,00
Квартиль 25	4,00	6,00	9,00	4,00	7,00	3,00	3,00	13,50	5,50
50	9,00	10,00	13,00	9,00	11,00	7,00	7,00	17,00	11,00
75	14,00	14,00	15,00	13,00	15,00	12,00	11,00	18,00	14,00

Таблиця А.3. Описові статистики показників опитувальника смисложиттєвих орієнтацій у вибірці онкологічних пацієнтів (n=105, розраховано в програмі SPSS та jamovi)

	Цілі у житті	Процес життя	Результативність життя	Локус контролю Я	Локус контролю життя	Загальний показник СЖО
N	104	104	104	104	104	104
валідні						
пропущені	1	1	1	1	1	1
Середнє	32,683	29,308	26,115	20,721	28,981	99,789
Ст. похибка середнього	,564	,565	,478	,440	,565	1,637
95 % ДІ нижня межа	31.6	28.2	25.2	19.8	27.9	96.5
95 % ДІ верхня межа	33.8	30.4	27.1	21.6	30.1	103
Медіана	33,50	29,00	26,00	21,00	29,00	100,00
Мода	36,00	29,00	28,00	16,00	29,00	102,00
Ст. відхилення	5,757	5,769	4,883	4,492	5,770	16,702
Дисперсія	33,151	33,283	23,851	20,184	33,301	278,984
Асиметрія	-,487	-,559	-,231	-,405	-,611	,012
Ст. похибка асиметрії	,237	,237	,237	,237	,237	,237
Експес	-,183	1,082	-,234	-,382	,340	-,373
Ст. похибка експесу	,469	,469	,469	,469	,469	,469
Розкид	26,00	35,00	22,00	18,00	29,00	75,00
Мінімум	16,00	7,00	14,00	10,00	12,00	63,00
Максимум	42,00	42,00	36,00	28,00	41,00	138,00
Шاپіро-Вілк W	0.967	0.974	0.979	0.964	0.968	0.991
Шапіро-Вілк p	0.011	0.039	0.097	0.006	0.013	0.728
Квартилі 25	29,00	25,25	23,00	17,00	25,25	88,25
50	33,50	29,00	26,00	21,00	29,00	100,00
75	36,75	33,00	29,00	24,00	33,00	111,50

Таблиця А.4. Базові та додаткові показники опитувальника ТОБОЛ (оцінки ставлення до хвороби), n=105, розраховано в програмі jamovi

	гармонічний	ергопатичний	анозогнозичний	тривожний	іпохондричний	неврастенічний	меланхолічний	апатичний	сенситивний	егоецентричний
Середнє	32.3	29.5	18.3	13.4	12.3	11.1	6.14	4.90	20.5	9.35
Станд. похибка середнього	1.32	1.12	1.07	0.913	0.622	0.575	0.641	0.366	0.971	0.504
95% ДІ нижня межа	29.7	27.2	16.1	11.6	11.0	9.98	4.87	4.18	18.6	8.35
95% ДІ верхня межа	34.9	31.7	20.4	15.2	13.5	12.3	7.41	5.63	22.4	10.4
Стандартне відхилення	13.5	11.5	10.9	9.36	6.37	5.89	6.57	3.75	9.95	5.17
Мінімум	7	0	0	0	0	0	0	0	3	0
Максимум	63	53	48	39	31	29	32	18	44	22
Асиметрія	0.347	-0.151	0.491	0.618	0.374	0.524	1.62	0.962	0.273	0.306
Станд. помилка асиметрії	0.236	0.236	0.236	0.236	0.236	0.236	0.236	0.236	0.236	0.236
Екссес	-0.598	-0.542	-0.109	-0.480	0.323	0.309	3.16	1.46	-0.544	-0.428
Станд. помилка екссесу	0.467	0.467	0.467	0.467	0.467	0.467	0.467	0.467	0.467	0.467
Шапіро-Уїлк W	0.971	0.985	0.974	0.941	0.971	0.969	0.828	0.913	0.977	0.975
Шапіро-Уїлк p	0.021	0.297	0.037	<.001	0.020	0.014	<.001	<.001	0.071	0.041
25й процентіль	21.0	20.0	10.0	7.00	8.00	7.00	0.00	3.00	13.0	5.00
50й процентіль	32.0	30.0	17.0	11.0	12.0	11.0	4.00	4.00	20.0	9.00
75й процентіль	41.0	38.0	25.0	20.0	16.0	15.0	9.00	7.00	27.0	12.0

Продовження табл. А.4

	Парано- яльний	Дисфор- мичний	Порушен- ня адаптації	Блок 1. Адаптивне реагування на хворобу	Блок 2. Інтра- психічне реагування на хворобу	Блок 3. Інтер- психічне реагування на хворобу
Середнє	6.36	5.21	3.05	79.99	47.87	41.59
Станд. помилка середній	0.441	0.408	0.243	2.81	2.39	1.43
95% ДІ середина нижня границя	5.49	4.40	2.57	74.8	43.1	38.8
95% ДІ середина верхня границя	7.24	6.02	3.53	86.0	52.6	44.4
Медіана	5	5	3	85.0	45	43
Стандартне відхилення	4.52	4.18	2.49	28.6	24.5	14.6
Мінімум	0	0	0	12	7	5
Максимум	22	18	9	142	101	81
Асиметрія	0.889	0.469	0.642	0.0158	0.395	-0.254
Екссес	0.236	0.236	-0.570	-0.719	-0.591	-0.146
Шапіро-Уїлк W	0.732	-0.134	0.916	0.979	0.966	0.988
Шапіро-Уїлк p	0.467	0.467	<.001	0.093	0.008	0.484
25й процентіль	0.939	0.925	1.00	55.0	31.0	32.0
50й процентіль	<.001	<.001	3.00	85.0	45.0	43.0
75й процентіль	3.00	0.00	5.00	101	65.0	52.0

Таблиця А.5. Описові статистики показників опитувальника копінг-стратегій, n=105, розраховано в програмі jamovi

	Конфронтаційний копінг	Дистанціювання	Самоконтроль	Пошук соціальної підтримки	Прийняття відповідальності	Втеча-уникнення	Планування рішення	Позитивна переоцінка	Напруженість копіngu
Середнє	40.9	50.6	59.5	57.8	57.3	45.0	64.9	57.8	24.4
Станд. похибка середнього	1.32	1.53	1.47	1.86	1.86	1.38	1.95	2.04	1.26
95% ДІ нижня межа	38.2	47.6	56.6	54.1	53.6	42.2	61.0	53.7	21.9
95% ДІ верхня межа	43.5	53.7	62.4	61.5	61.0	47.7	68.7	61.8	26.9
Медіана	39.0	50.0	57.1	61.0	58.0	45.8	67.0	57.1	23
Стандартне відхилення	13.6	15.7	15.1	19.0	19.0	14.1	20.0	21.0	12.9
Мінімум	6.00	17.0	19.0	11.0	8.00	8.00	6.00	5.00	6
Максимум	72.0	83.0	95.0	100	92.0	79.0	100	100	51
Асиметрія	0.023	0.086	-0.028	-0.183	-0.370	0.165	-0.567	-0.093	0.387
Станд. помилка асиметрії	0.236	0.236	0.236	0.236	0.236	0.236	0.236	0.236	0.236
Ексцес	0.135	-0.383	-0.140	0.0612	-0.140	0.244	0.172	-0.481	-0.972
Станд. помилка ексцесу	0.467	0.467	0.467	0.467	0.467	0.467	0.467	0.467	0.467
Шاپіро-Уїлк W	0.977	0.975	0.981	0.983	0.968	0.980	0.968	0.981	0.945
Шاپіро-Уїлк p	0.063	0.043	0.131	0.196	0.011	0.116	0.012	0.129	<.001
25й процентіль	33.0	39.0	48.0	44.4	50.0	38.0	55.6	43.0	14.0
50й процентіль	39.0	50.0	57.1	61.0	58.0	45.8	67.0	57.1	23.0
75й процентіль	50.0	61.0	71.0	72.0	75.0	54.0	78.0	71.0	34.0

Додаток Б

Розрахунок рангових кореляцій Спірмена між показниками ціннісних орієнтацій пацієнтів (n=105, розраховано в програмі SPSS)

		Цілі у житті	Процес життя	Результативність життя	Локус контролю-Я	Локус контролю-життя	Загальний показник СЖО
Активне діяльне життя	<i>Correlation Coefficient</i> <i>Sig. (2-tailed)</i>	-,067 ,501	-,177 ,073	-,277** ,004	-,010 ,916	-,179 ,069	-,136 ,168
Життєва мудрість	<i>Correlation Coefficient</i> <i>Sig. (2-tailed)</i>	-,065 ,515	,134 ,174	,050 ,613	,070 ,479	,089 ,367	,028 ,780
Здоров'я	<i>Correlation Coefficient</i> <i>Sig. (2-tailed)</i>	,107 ,280	,198* ,044	,219* ,026	,128 ,196	,037 ,711	,104 ,294
Цікава робота	<i>Correlation Coefficient</i> <i>Sig. (2-tailed)</i>	,114 ,249	,092 ,351	,190 ,053	,091 ,360	-,128 ,196	,064 ,519
Краса природи та мистецтва	<i>Correlation Coefficient</i> <i>Sig. (2-tailed)</i>	-,171 ,082	-,091 ,361	-,233* ,017	-,140 ,157	,069 ,488	-,060 ,545
Любов	<i>Correlation Coefficient</i> <i>Sig. (2-tailed)</i>	-,035 ,723	,099 ,318	,132 ,180	,035 ,726	-,080 ,420	-,023 ,819
Матеріально забезпечене життя	<i>Correlation Coefficient</i> <i>Sig. (2-tailed)</i>	,024 ,812	,186 ,059	,019 ,850	-,017 ,867	-,075 ,449	-,001 ,992
Наявність вірних друзів	<i>Correlation Coefficient</i> <i>Sig. (2-tailed)</i>	-,004 ,971	-,043 ,664	,022 ,822	-,023 ,815	-,103 ,299	-,044 ,660
Суспільне покликання	<i>Correlation Coefficient</i> <i>Sig. (2-tailed)</i>	-,112 ,258	,047 ,634	-,142 ,150	-,122 ,216	-,028 ,775	-,063 ,523
Пізнання	<i>Correlation Coefficient</i> <i>Sig. (2-tailed)</i>	,133 ,177	-,098 ,323	,027 ,782	,100 ,313	,145 ,142	,132 ,181
Продуктивне життя	<i>Correlation Coefficient</i> <i>Sig. (2-tailed)</i>	,102 ,301	,029 ,767	,082 ,409	,079 ,426	,140 ,155	,103 ,300
Розвиток	<i>Correlation Coefficient</i> <i>Sig. (2-tailed)</i>	,010 ,917	-,218* ,026	-,256** ,009	-,127 ,198	-,163 ,098	-,147 ,136
Розваги	<i>Correlation Coefficient</i> <i>Sig. (2-tailed)</i>	-,033 ,741	-,098 ,321	-,059 ,551	-,011 ,914	-,144 ,144	-,047 ,633
Свобода	<i>Correlation Coefficient</i> <i>Sig. (2-tailed)</i>	,143 ,147	-,036 ,713	,099 ,317	,077 ,439	,055 ,576	,098 ,320
Щасливе сімейне життя	<i>Correlation Coefficient</i> <i>Sig. (2-tailed)</i>	-,158 ,110	,085 ,393	,055 ,579	-,198* ,044	,002 ,980	-,032 ,745
Щастя інших	<i>Correlation Coefficient</i> <i>Sig. (2-tailed)</i>	,038 ,704	,228* ,020	,038 ,702	,145 ,143	,141 ,153	,054 ,588
Творчість	<i>Correlation Coefficient</i> <i>Sig. (2-tailed)</i>	-,066 ,507	-,070 ,481	,108 ,275	-,043 ,666	,062 ,534	-,063 ,522
Впевненість у собі	<i>Correlation Coefficient</i> <i>Sig. (2-tailed)</i>	,007 ,944	,002 ,986	-,049 ,625	-,018 ,853	,112 ,257	,035 ,725
Акуратність	<i>Correlation Coefficient</i> <i>Sig. (2-tailed)</i>	-,182 ,065	-,176 ,073	-,124 ,211	-,259** ,008	-,230* ,019	-,212* ,031
Виховання	<i>Correlation Coefficient</i> <i>Sig. (2-tailed)</i>	,018 ,854	,103 ,298	,043 ,667	,047 ,634	-,056 ,573	,041 ,678
Високі запити	<i>Correlation Coefficient</i> <i>Sig. (2-tailed)</i>	,241* ,014	,115 ,245	,139 ,160	,103 ,298	,067 ,500	,171 ,082
Життєрадісність	<i>Correlation Coefficient</i> <i>Sig. (2-tailed)</i>	-,055 ,582	-,114 ,251	-,027 ,786	-,061 ,536	-,130 ,189	-,164 ,096
Старанність	<i>Correlation Coefficient</i> <i>Sig. (2-tailed)</i>	-,050 ,616	-,005 ,958	-,062 ,529	,017 ,861	-,060 ,548	-,046 ,646
Незалежність	<i>Correlation Coefficient</i> <i>Sig. (2-tailed)</i>	,168 ,088	,145 ,143	,113 ,252	,147 ,137	,125 ,207	,153 ,120
Непримиренність до недоліків	<i>Correlation Coefficient</i> <i>Sig. (2-tailed)</i>	,176 ,074	,202* ,040	,180 ,068	,156 ,115	,206* ,036	,247* ,012

		Цілі у житті	Процес життя	Результативність життя	Локус контролю-Я	Локус контролю-життя	Загальний показник СЖО
Освіченість	<i>Correlation Coefficient</i>	-,051	-,120	,028	,002	-,264**	-,108
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	,606	,225	,781	,982	,007	,275
Відповідальність	<i>Correlation Coefficient</i>	-,062	-,038	,071	,005	-,006	-,017
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	,533	,702	,477	,961	,953	,866
Раціоналізм	<i>Correlation Coefficient</i>	-,113	-,098	-,101	-,072	-,009	-,027
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	,255	,323	,310	,469	,927	,785
Самоконтроль	<i>Correlation Coefficient</i>	-,101	-,075	,106	-,106	-,137	-,112
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	,308	,450	,285	,284	,166	,257
Сміливість у відсто- юванні своєї думки	<i>Correlation Coefficient</i>	,042	,027	,035	,009	,111	,005
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	,670	,783	,727	,929	,261	,960
Тверда воля	<i>Correlation Coefficient</i>	,150	-,002	,000	,093	,024	,087
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	,128	,987	,999	,347	,809	,380
Терпимість	<i>Correlation Coefficient</i>	-,093	-,058	-,022	-,034	,101	-,096
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	,347	,559	,822	,734	,309	,334
Широка поглядів	<i>Correlation Coefficient</i>	,018	-,090	-,134	-,040	,039	-,008
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	,855	,362	,175	,685	,695	,935
Чесність	<i>Correlation Coefficient</i>	-,181	,000	-,139	-,166	-,022	-,138
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	,067	,999	,161	,093	,822	,163
Ефективність у справах	<i>Correlation Coefficient</i>	,014	,006	-,009	,061	,049	,067
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	,889	,950	,925	,541	,622	,496
Чуйність	<i>Correlation Coefficient</i>	,032	,139	,004	-,011	,126	,074
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	,750	,159	,965	,908	,201	,454

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Порівняльний аналіз груп

Таблиця В.1. Групи, виділені відповідно до оцінок негативного впливу хвороби на повсякденне життя (Kruskal-Wallis Test, розраховано в програмі SPSS).

Групування	Якою мірою рак заважає жити повноцінним життям?	N	Сума рангів	Хі-квадрат Chi-Square	df	Значущість Asymp. Sig.
Активне діяльне життя	1,00	6	46,75	4,589	3	,204
	2,00	41	53,61			
	3,00	30	45,22			
	4,00	28	61,79			
	Всього	105				
Життєва мудрість	1,00	6	49,83	,563	3	,905
	2,00	41	52,04			
	3,00	30	51,60			
	4,00	28	56,59			
Здоров'я	1,00	6	66,08	2,760	3	,430
	2,00	41	50,28			
	3,00	30	54,95			
	4,00	28	52,09			
Цікава робота	1,00	6	56,92	3,969	3	,265
	2,00	41	47,71			
	3,00	30	61,67			
	4,00	28	50,63			
Краса природи та мистецтва	1,00	6	47,83	1,559	3	,669
	2,00	41	51,30			
	3,00	30	58,70			
	4,00	28	50,48			
Любов	1,00	6	44,83	3,708	3	,295
	2,00	41	47,11			
	3,00	30	58,20			
	4,00	28	57,80			
Матеріально забезпечене життя	1,00	6	52,08	,552	3	,907
	2,00	41	55,71			
	3,00	30	51,57			
	4,00	28	50,77			
Наявність вірних друзів	1,00	6	59,75	5,123	3	,163
	2,00	41	46,26			
	3,00	30	62,18			
	4,00	28	51,59			
Суспільне покликання	1,00	6	57,75	1,487	3	,685
	2,00	41	53,57			
	3,00	30	56,45			
	4,00	28	47,45			
Пізнання	1,00	6	70,00	3,207	3	,361
	2,00	41	48,38			
	3,00	30	56,35			
	4,00	28	52,54			
Продуктивне життя	1,00	6	62,50	3,068	3	,381
	2,00	41	56,44			
	3,00	30	45,33			
	4,00	28	54,14			
Розвиток	1,00	6	72,50	5,218	3	,157
	2,00	41	46,39			
	3,00	30	57,93			
	4,00	28	53,21			
Розваги	1,00	6	49,58	1,090	3	,779
	2,00	41	51,93			
	3,00	30	50,55			

Групування	Якою мірою рак заважає жити повноцінним життям?	N	Сума рангів	Хі-квадрат Chi-Square	df	Значущість Asymp. Sig.
	4,00	28	57,93			
Свобода	1,00	6	35,42	3,375	3	,337
	2,00	41	52,00			
	3,00	30	51,83			
	4,00	28	59,48			
Щасливе сімейне життя	1,00	6	26,83	7,014	3	,071
	2,00	41	59,02			
	3,00	30	54,62			
	4,00	28	48,05			
Щастя інших	1,00	6	66,58	6,853	3	,077
	2,00	41	60,56			
	3,00	30	48,15			
	4,00	28	44,21			
Творчість	1,00	6	49,00	,336	3	,953
	2,00	41	54,21			
	3,00	30	51,08			
	4,00	28	54,14			
Впевненість у собі	1,00	6	53,00	8,164	3	,043
	2,00	41	63,06			
	3,00	30	43,20			
	4,00	28	48,77			
Акуратність	1,00	6	46,08	2,823	3	,420
	2,00	41	48,29			
	3,00	30	59,77			
	4,00	28	54,13			
Виховання	1,00	6	38,50	4,808	3	,186
	2,00	41	48,07			
	3,00	30	54,53			
	4,00	28	61,68			
Високі запити	1,00	6	74,58	10,167	3	,017
	2,00	41	59,21			
	3,00	30	51,13			
	4,00	28	41,29			
Життєрадісність	1,00	6	49,58	8,486	3	,037
	2,00	41	54,80			
	3,00	30	41,10			
	4,00	28	63,84			
Старанність	1,00	6	56,00	4,174	3	,243
	2,00	41	48,35			
	3,00	30	62,18			
	4,00	28	49,32			
Незалежність	1,00	6	86,58	13,887	3	,003
	2,00	41	59,15			
	3,00	30	41,25			
	4,00	28	49,39			
Непримиренність до недоліків у собі та інших	1,00	6	51,75	1,363	3	,714
	2,00	41	52,98			
	3,00	30	57,62			
	4,00	28	48,36			
Освіченість	1,00	6	52,50	6,221	3	,101
	2,00	41	44,01			
	3,00	30	60,30			
	4,00	28	58,45			
Відповідальність	1,00	6	54,67	2,092	3	,554
	2,00	41	47,94			
	3,00	30	54,68			
	4,00	28	58,25			
Раціоналізм	1,00	6	44,25	7,864		,049
	2,00	41	60,32			
	3,00	30	56,28			

Групування	Якою мірою рак заважає жити повноцінним життям?	N	Сума рангів	Хі-квадрат Chi-Square	df	Значущість Asymp. Sig.
	4,00	28	40,64			
Самоконтроль	1,00	6	44,42	4,265	3	,234
	2,00	41	53,45			
	3,00	30	61,03			
	4,00	28	45,57			
Терпимість	1,00	6	50,67	3,776	3	,287
	2,00	41	51,79			
	3,00	30	46,78			
	4,00	28	61,93			
Сміливість у відстоюванні своєї думки	1,00	6	75,58	8,577	3	,035
	2,00	41	57,21			
	3,00	30	41,35			
	4,00	28	54,48			
Тверда воля	1,00	6	58,25	7,287	3	,063
	2,00	41	50,06			
	3,00	30	64,42			
	4,00	28	43,95			
Широта поглядів	1,00	6	44,67	5,246	3	,155
	2,00	41	59,46			
	3,00	30	43,75			
	4,00	28	55,23			
Чесність	1,00	6	39,33	3,238	3	,356
	2,00	41	49,87			
	3,00	30	53,27			
	4,00	28	60,23			
Ефективність у справах	1,00	6	43,08	2,081	3	,556
	2,00	41	57,82			
	3,00	30	51,52			
	4,00	28	49,66			
Чуйність	1,00	6	42,17	,918	3	,821
	2,00	41	53,15			
	3,00	30	52,87			
	4,00	28	55,25			
Цілі у житті	1,00	6	69,25	7,295	3	,063
	2,00	40	59,75			
	3,00	30	44,03			
	4,00	28	47,63			
Процес життя	1,00	6	58,25	8,909	3	,031
	2,00	40	62,89			
	3,00	30	45,77			
	4,00	28	43,64			
Результативність життя	1,00	6	64,25	3,536	3	,316
	2,00	40	57,15			
	3,00	30	45,63			
	4,00	28	50,70			
Локус контролю - Я	1,00	6	62,25	5,207	3	,157
	2,00	40	58,89			
	3,00	30	43,48			
	4,00	28	50,95			
Локус контролю - життя	1,00	6	70,83	8,063	3	,045
	2,00	40	60,08			
	3,00	30	44,50			
	4,00	28	46,32			
Загальний показник СЖО	1,00	6	62,17	8,464	3	,037
	2,00	40	62,15			
	3,00	30	45,30			
	4,00	28	44,36			
	Total	104				

Таблиця В.2. Порівняння підвбірок різної статі за показниками опитувальника «Смисложиттєві орієнтації» (розраховано в програмі jamovi)

		Статистика	df	p		Розмір ефекту
цілі у житті	Стьюдент t	0.842	102	0.402	Коеп d	0.1789
	Манн-Вітні U	994		0.266	Рангова бісеріальна кореляція	0.1372
процес життя	Стьюдент t	1.063	102	0.290	Коеп d	0.2258
	Манн-Вітні U	969		0.198	Рангова бісеріальна кореляція	0.1589
результативність життя	Стьюдент t	1.429	102	0.156	Коеп d	0.3037
	Манн-Вітні U	919		0.101	Рангова бісеріальна кореляція	0.2023
локус контролю - Я	Стьюдент t	0.759	102	0.450	Коеп d	0.1612
	Манн-Вітні U	1016		0.337	Рангова бісеріальна кореляція	0.1185
локус контролю - життя	Стьюдент t	-0.389	102	0.698	Коеп d	-0.0827
	Манн-Вітні U	1049		0.467	Рангова бісеріальна кореляція	0.0898
загальний показник СЖО	Стьюдент t	1.021	102	0.310	Коеп d	0.2169
	Манн-Вітні U	1009		0.314	Рангова бісеріальна кореляція	0.1246

Примечание. $H_a \mu_{\text{жінка}} \neq \mu_{\text{чоловік}}$

Описові статистики груп

	Група	N	Середнє	Медіана	SD	SE
цілі у житті	жінка	72	33.0	34.0	6.08	0.717
	чоловік	32	32.0	32.0	4.96	0.877
процес життя	жінка	72	29.7	30.5	5.98	0.704
	чоловік	32	28.4	29.0	5.25	0.928
результативність життя	жінка	72	26.6	27.5	4.79	0.565
	чоловік	32	25.1	25.0	5.01	0.886
локус контролю - Я	жінка	72	20.9	21.5	4.73	0.558
	чоловік	32	20.2	21.0	3.92	0.692
локус контролю - життя	жінка	72	28.8	29.0	5.48	0.646
	чоловік	32	29.3	30.5	6.45	1.141
загальний показник СЖО	жінка	72	100.9	101.5	17.38	2.048
	чоловік	32	97.3	96.5	15.04	2.658

Таблиця В.2. Порівняння підвбірок різного віку за показниками опитувальника «Смисложиттєві орієнтації»

		Статистика	df	p		Розмір ефекту
цілі у житті	Ст'юдент t	0.936	102	0.352	Коеп d	0.1956
	Манн-Вітні U	1041		0.302	Рангова бісеріальна кореляція	0.1252
процес життя	Ст'юдент t	0.815	102	0.417	Коеп d	0.1704
	Манн-Вітні U	1061		0.372	Рангова бісеріальна кореляція	0.1084
результативність життя	Ст'юдент t	0.472	102	0.638	Коеп d	0.0987
	Манн-Вітні U	1087		0.474	Рангова бісеріальна кореляція	0.0870
локус контролю - Я	Ст'юдент t	1.762	102	0.081	Коеп d	0.3683
	Манн-Вітні U	949		0.095	Рангова бісеріальна кореляція	0.2025
локус контролю - життя	Ст'юдент t	1.593	102	0.114	Коеп d	0.3330
	Манн-Вітні U	971		0.128	Рангова бісеріальна кореляція	0.1845
загальний показник СЖО	Ст'юдент t	1.130	102	0.261	Коеп d	0.2363
	Манн-Вітні U	1028		0.263	Рангова бісеріальна кореляція	0.1361

Примечание. $H_a \mu_{20-44p.} \neq \mu_{45-60p.}$

Описові статистики груп

	Група	N	Середнє	Медіана	SD	SE
цілі у житті	20-44p.	34	33.4	34.5	6.11	1.047
	45-60p.	70	32.3	33.0	5.59	0.668
процес життя	20-44p.	34	30.0	30.0	5.21	0.893
	45-60p.	70	29.0	29.0	6.03	0.721
результативність життя	20-44p.	34	26.4	27.5	5.48	0.940
	45-60p.	70	26.0	26.0	4.60	0.550
локус контролю - Я	20-44p.	34	21.8	22.0	3.90	0.670
	45-60p.	70	20.2	21.0	4.69	0.560
локус контролю - життя	20-44p.	34	30.3	31.0	5.16	0.885
	45-60p.	70	28.4	29.0	5.98	0.715
загальний показник СЖО	20-44p.	34	102.4	102.0	16.87	2.894
	45-60p.	70	98.5	97.5	16.59	1.983

Додаток Г

Регресійний аналіз даних
(розраховано в програмі SPSS)

Етап 1. Метод примусового включення**Model Summary**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,892 ^a	,796	,499	11,81961

a. Predictors: (Constant), дисфоричний, суспільне_покликання, активне_діяльне_життя, конфронтаційний_копінг, впевненість_у_собі, розвиток, чуйність, дистанціювання, життєрадісність, ефективність_у_справах, виховання, відповідальність, методика_уникнення_невдач, продуктивне_життя, сенситивний, наявність_вірних_друзів, планування_рішення, освіченість, матеріальне_забезпечення_життя, методика_досягнення_успіху, старанність, раціоналізм, якою_мірою_рак_заважає_жити_повноцінним_життям, життєва_мудрість, краса_природи_та_мистецтва, творчість, тверда_воля, Шкала_маніфестної_тривоги_Тейлор, параноїальний, пошук_соціальної_підтримки, акуратність, непримиренність_до_недоліків_у_собі_та_інших, пізнання, чесність, меланхолічний, самоконтроль1, втечауникнення, здоров'я, прийняття_відповідальності, цікава_робота, самоконтроль, егоцентричний, терпимість, розваги, неврастеничний, позитивна_переоцінка, гармонічний, щасливе_сімейне_життя, апатичний, високі_запити, широта_поглядів, анозогнозичний, іпохондричний, щастя_інших, Порушення_адаптації, любов, сміливість_у_відстоюванні_своїх_думки_поглядів, тривожний, ергопатичний, свобода, незалежність

b. Dependent Variable: загальний_показник_СЖО

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	22867,809	61	374,882	2,683	,001 ^a
	Residual	5867,537	42	139,703		
	Total	28735,346	103			

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	-1152,61	1015,029		-1,136	,263
	якою_мірою_рак_заважає_жити_повноцінним_життям	-,729	2,779	-,040	-,262	,795
	методика_уникнення_невдач	-,173	,474	-,048	-,366	,716
	методика_досягнення_успіху	1,134	,523	,236	2,170	,036
	Шкала_маніфестної_тривоги	-,254	,370	-,098	-,686	,496
	конфронтаційний_копінг	-,193	,862	-,028	-,224	,824
	дистанціювання	1,101	,724	,187	1,521	,136
	самоконтроль1	-,564	,641	-,107	-,880	,384
	пошук_соціальної_підтримки	,494	,834	,101	,593	,556
	прийняття_відповідальності	,054	,956	,007	,057	,955
	втечауникнення	-,913	,602	-,183	-1,516	,137
	планування_рішення	1,486	,593	,329	2,506	,016
	позитивна_переоцінка	-,145	,581	-,038	-,249	,804
	активне_діяльне_життя	5,168	3,940	1,358	1,312	,197
	життєва_мудрість	6,417	4,104	1,327	1,564	,125
	здоров'я	5,016	3,845	,841	1,305	,199
	цікава_робота	4,864	3,978	1,160	1,223	,228
	краса_природи_та_мистецтва	5,168	3,976	1,198	1,300	,201
	любов	5,472	4,032	1,270	1,357	,182
	матеріальне_забезпечення_життя	5,862	4,065	1,357	1,442	,157
	наявність_вірних_друзів	5,960	3,932	1,470	1,516	,137
	суспільне_покликання	5,174	4,044	1,224	1,280	,208
	пізнання	5,686	4,026	1,469	1,412	,165

продуктивне_життя	5,799	3,941	1,371	1,471	,149
розвиток	5,056	3,892	1,236	1,299	,201
розваги	4,343	3,932	,930	1,104	,276
свобода	6,375	4,011	1,980	1,589	,119
щасливе_сімейне_життя	6,004	3,917	1,359	1,533	,133
щастя_інших	5,754	4,031	1,446	1,428	,161
творчість	5,751	4,061	1,437	1,416	,164
впевненість_у_собі	5,800	4,020	1,561	1,443	,157
акуратність	1,215	4,519	,361	,269	,789
виховання	1,949	4,318	,584	,451	,654
високі_запити	2,247	4,468	,557	,503	,618
життєрадісність	1,562	4,545	,413	,344	,733
старанність	1,153	4,410	,304	,262	,795
незалежність	2,257	4,479	,691	,504	,617
непримиренність_до_недоліків	3,200	4,462	,882	,717	,477
освіченість	1,782	4,596	,471	,388	,700
відповідальність	1,893	4,399	,468	,430	,669
раціоналізм	1,712	4,466	,480	,383	,703
самоконтроль	,372	4,578	,096	,081	,936
сміливість_у_відстоюванні_своїх_думок	2,094	4,468	,631	,469	,642
тверда_воля	1,713	4,314	,520	,397	,693
терпимість	1,309	4,351	,360	,301	,765
широта_поглядів	1,316	4,465	,345	,295	,770
чесність	1,619	4,479	,518	,362	,720
ефективність_у_справах	1,846	4,490	,505	,411	,683
чуйність	2,440	4,426	,728	,551	,584
Порушення_адаптації	-1,206	1,390	-,180	-,868	,390
гармонічний	-,489	,250	-,397	-1,952	,058
ергопатичний	-,038	,320	-,026	-,120	,905
анозогнозичний	-,155	,242	-,102	-,641	,525
тривожний	-,716	,381	-,403	-1,882	,067
іпохондричний	-,421	,458	-,161	-,920	,363
неврастеничний	-,317	,400	-,112	-,791	,433
меланхолічний	1,060	,525	,417	2,019	,050
апатичний	-1,355	,737	-,305	-1,838	,073
сенситивний	1,135	,324	,674	3,499	,001
егоцентричний	,190	,430	,059	,443	,660
параноїдальний	,108	,501	,029	,216	,830
дисфоричний	-,748	,643	-,187	-1,163	,251

a. Dependent Variable: загальний_показник_СЖО

Етап 2. Метод покрокового відбору

А. Предиктори – особистісні властивості, стратегії подолання стресу та досвід переживання хвороби

Variables Entered/Removed ^a			
Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Шкала_маніфестної_тривоги_Тейлора	.	Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= ,050, Probability-of-F-to-remove >= ,100).
2	методика_досягнення_успіху	.	Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= ,050, Probability-of-F-to-remove >= ,100).
3	якою_мірою_рак_заважає_жити_повноцінним_життям	.	Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= ,050, Probability-of-F-to-remove >= ,100).
4	планування_рішення	.	Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= ,050, Probability-of-F-to-remove >= ,100).
5	пошук_соціальної_підтримки	.	Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= ,050, Probability-of-F-to-remove >= ,100).

a. Dependent Variable: загальний_показник_СЖО

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,379 ^a	,144	,135	15,53025
2	,479 ^b	,229	,214	14,80753
3	,526 ^c	,276	,255	14,42064
4	,558 ^d	,311	,284	14,13826
5	,596 ^e	,355	,322	13,75270

a. Predictors: (Constant), Шкала_маніфестної_тривоги_Тейлор

b. Predictors: (Constant), Шкала_маніфестної_тривоги_Тейлор, методика_досягнення_успіху

c. Predictors: (Constant), Шкала_маніфестної_тривоги_Тейлор, методика_досягнення_успіху, якою_мірою_рак_заважає_жити_повноцінним_життям

d. Predictors: (Constant), Шкала_маніфестної_тривоги_Тейлор, методика_досягнення_успіху, якою_мірою_рак_заважає_жити_повноцінним_життям, планування_рішення

e. Predictors: (Constant), Шкала_маніфестної_тривоги_Тейлор, методика_досягнення_успіху, якою_мірою_рак_заважає_жити_повноцінним_життям, планування_рішення, пошук_соціальної_підтримки

ANOVA^f

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	4134,096	1	4134,096	17,141	,000 ^a
	Residual	24601,250	102	241,189		
	Total	28735,346	103			
2	Regression	6589,775	2	3294,887	15,027	,000 ^b
	Residual	22145,571	101	219,263		
	Total	28735,346	103			
3	Regression	7939,864	3	2646,621	12,727	,000 ^c
	Residual	20795,482	100	207,955		
	Total	28735,346	103			
4	Regression	8946,185	4	2236,546	11,189	,000 ^d
	Residual	19789,162	99	199,891		
	Total	28735,346	103			
5	Regression	10199,956	5	2039,991	10,786	,000 ^e
	Residual	18535,390	98	189,137		
	Total	28735,346	103			

a. Predictors: (Constant), Шкала_маніфестної_тривоги_Тейлор

b. Predictors: (Constant), Шкала_маніфестної_тривоги_Тейлор, методика_досягнення_успіху

c. Predictors: (Constant), Шкала_маніфестної_тривоги_Тейлор, методика_досягнення_успіху, якою_мірою_рак_заважає_жити_повноцінним_життям

d. Predictors: (Constant), Шкала_маніфестної_тривоги_Тейлор, методика_досягнення_успіху, якою_мірою_рак_заважає_жити_повноцінним_життям, планування_рішення

e. Predictors: (Constant), Шкала_маніфестної_тривоги_Тейлор, методика_досягнення_успіху, якою_мірою_рак_заважає_жити_повноцінним_життям, планування_рішення, пошук_соціальної_підтримки

f. Dependent Variable: загальний_показник_СЖО

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	120,953	5,334		22,676	,000
	Шкала_маніфестної_тривоги_Тейлор	-,987	,239	-,379	-4,140	,000
2	(Constant)	96,395	8,928		10,796	,000
	Шкала_маніфестної_тривоги_Тейлор	-,928	,228	-,357	-4,070	,000
	методика_досягнення_успіху	1,408	,421	,293	3,347	,001
3	(Constant)	106,753	9,598		11,122	,000

	Шкала_маніфестної_тривоги_Тейлор	-,859	,224	-,330	-3,840	,000
	методика_досягнення_успіху	1,360	,410	,283	3,316	,001
	якою_мірою_рак_заважає_жити_повноцінним_життям	-3,987	1,565	-,219	-2,548	,012
4	(Constant)	98,886	10,042		9,847	,000
	Шкала_маніфестної_тривоги_Тейлор	-,837	,220	-,322	-3,812	,000
	методика_досягнення_успіху	1,220	,407	,254	2,996	,003
	якою_мірою_рак_заважає_жити_повноцінним_життям	-4,091	1,535	-,224	-2,666	,009
	планування_рішення	,856	,381	,190	2,244	,027
5	(Constant)	113,204	11,240		10,071	,000
	Шкала_маніфестної_тривоги_Тейлор	-,928	,217	-,356	-4,285	,000
	методика_досягнення_успіху	1,055	,401	,220	2,629	,010
	якою_мірою_рак_заважає_жити_повноцінним_життям	-4,206	1,494	-,231	-2,816	,006
	планування_рішення	,996	,375	,221	2,657	,009
	пошук_соціальної_підтримки	-1,059	,411	-,216	-2,575	,012

a. Dependent Variable: загальний_показник_СЖО

Excluded Variables^f

Model		Beta In	t	Sig.	Partial Correlation	Collinearity Statistics
						Tolerance
5	гармонічний	-,035 ^e	-,403	,688	-,041	,882
	ергопатичний	,033 ^e	,374	,709	,038	,836
	анозогнозичний	,037 ^e	,397	,693	,040	,781
	тривожний	,003 ^e	,027	,979	,003	,753
	іпохондричний	-,028 ^e	-,310	,757	-,031	,788
	неврастеничний	-,136 ^e	-1,545	,126	-,155	,834
	меланхолічний	,007 ^e	,081	,935	,008	,881
	апатичний	-,048 ^e	-,566	,573	-,057	,929
	сенситивний	,120 ^e	1,439	,153	,145	,937
	егоцентричний	,014 ^e	,144	,886	,015	,753
	параноїальний	-,086 ^e	-,999	,320	-,101	,894
	дисфоричний	-,116 ^e	-1,339	,184	-,135	,869
	конфронтаційний_копінг	-,131 ^e	-1,487	,140	-,149	,837
	дистанціювання	,074 ^e	,868	,388	,088	,916
	самоконтроль	-,013 ^e	-,143	,886	-,015	,764
	прийняття_відповідальності	-,069 ^e	-,676	,501	-,068	,637
	втеча_уникнення	-,140 ^e	-1,564	,121	-,157	,804
	позитивна_переоцінка	,026 ^e	,245	,807	,025	,576
	методика_уникнення_невдач	,020 ^e	,234	,816	,024	,946
	Порушення_адаптації	-,051 ^e	-,566	,572	-,057	,816

a. Predictors in the Model: (Constant), Шкала_маніфестної_тривоги_Тейлор

b. Predictors in the Model: (Constant), Шкала_маніфестної_тривоги_Тейлор, методика_досягнення_успіху

c. Predictors in the Model: (Constant), Шкала_маніфестної_тривоги_Тейлор, методика_досягнення_успіху, якою_мірою_рак_заважає_жити_повноцінним_життям

d. Predictors in the Model: (Constant), Шкала_маніфестної_тривоги_Тейлор, методика_досягнення_успіху, якою_мірою_рак_заважає_жити_повноцінним_життям, планування_рішення

e. Predictors in the Model: (Constant), Шкала_маніфестної_тривоги_Тейлор, методика_досягнення_успіху, якою_мірою_рак_заважає_жити_повноцінним_життям, планування_рішення, пошук_соціальної_підтримки

f. Dependent Variable: загальний_показник_СЖО

Б. Предиктори – перелік термінальних та інструментальних цінностей

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	акуратність	.	Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= ,050, Probability-of-F-to-remove >= ,100).
2	непримиренність_до_недоліків_у_собі_та_інших	.	Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= ,050, Probability-of-F-to-remove >= ,100).
3	самоконтроль	.	Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= ,050, Probability-of-F-to-remove >= ,100).
4	розвиток	.	Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= ,050, Probability-of-F-to-remove >= ,100).

a. Dependent Variable: загальний_показник_СЖО

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,226 ^a	,051	,042	16,34927
2	,317 ^b	,101	,083	15,99646
3	,375 ^c	,141	,115	15,71151
4	,425 ^d	,181	,147	15,42249

a. Predictors: (Constant), акуратність

b. Predictors: (Constant), акуратність, непримиренність_до_недоліків_у_собі_та_інших

c. Predictors: (Constant), акуратність, непримиренність_до_недоліків_у_собі_та_інших, самоконтроль

d. Predictors: (Constant), акуратність, непримиренність_до_недоліків_у_собі_та_інших, самоконтроль, розвиток

ANOVA^e

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1470,895	1	1470,895	5,503	,021 ^a
	Residual	27264,451	102	267,299		
	Total	28735,346	103			
2	Regression	2890,770	2	1445,385	5,649	,005 ^b
	Residual	25844,576	101	255,887		
	Total	28735,346	103			
3	Regression	4050,199	3	1350,066	5,469	,002 ^c
	Residual	24685,147	100	246,851		
	Total	28735,346	103			
4	Regression	5187,867	4	1296,967	5,453	,001 ^d
	Residual	23547,479	99	237,853		
	Total	28735,346	103			

a. Predictors: (Constant), акуратність

b. Predictors: (Constant), акуратність, непримиренність_до_недоліків_у_собі_та_інших

c. Predictors: (Constant), акуратність, непримиренність_до_недоліків_у_собі_та_інших, самоконтроль

d. Predictors: (Constant), акуратність, непримиренність_до_недоліків_у_собі_та_інших, самоконтроль, розвиток

e. Dependent Variable: загальний_показник_СЖО

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	105,910	3,063		34,582	,000
	акуратність	-,761	,324	-,226	-2,346	,021
2	(Constant)	95,747	5,253		18,229	,000
	акуратність	-,761	,317	-,226	-2,398	,018

	непримиренність_до_недолікі в_у_собі_та_інших	,806	,342	,222	2,356	,020
3	(Constant)	102,946	6,136		16,778	,000
	акуратність	-,879	,316	-,262	-2,780	,006
	непримиренність_до_недолікі в_у_собі_та_інших	,848	,337	,234	2,519	,013
	самоконтроль	-,794	,366	-,204	-2,167	,033
4	(Constant)	113,284	7,656		14,796	,000
	акуратність	-,970	,313	-,288	-3,095	,003
	непримиренність_до_недолікі в_у_собі_та_інших	,866	,331	,239	2,619	,010
	самоконтроль	-,913	,364	-,235	-2,510	,014
	розвиток	-,828	,379	-,202	-2,187	,031

a. Dependent Variable: загальний_показник_СЖО

Excluded Variables^e

Excluded variables						
Model	Beta In	t	Sig.	Partial Correlation	Collinearity Statistics	
					Tolerance	
4	активне_діяльне_життя	-,094 ^d	-1,025	,308	-,103	,977
	життєва_мудрість	,074 ^d	,782	,436	,079	,929
	здоров'я	-,022 ^d	-,228	,820	-,023	,897
	цікава_робота	,048 ^d	,509	,612	,051	,941
	краса_природи_та_мистецтва	-,051 ^d	-,532	,596	-,054	,897
	любов	-,102 ^d	-1,097	,275	-,110	,956
	матеріальне_забезпечення_ж иття	,047 ^d	,508	,612	,051	,983
	наявність_вірних_друзів	,006 ^d	,064	,949	,006	,880
	суспільне_покликання	-,087 ^d	-,932	,354	-,094	,948
	пізнання	,106 ^d	1,124	,264	,113	,923
	продуктивне_життя	,100 ^d	1,091	,278	,110	,981
	розваги	-,085 ^d	-,907	,367	-,091	,941
	свобода	,115 ^d	1,253	,213	,126	,981
	щасливе_сімейне_життя	-,112 ^d	-1,143	,256	-,115	,861
	щастя_інших	-,096 ^d	-,945	,347	-,095	,795
	творчість	,027 ^d	,282	,778	,029	,920
	впевненість_у_собі	,052 ^d	,547	,585	,055	,915
	виховання	,089 ^d	,928	,356	,093	,898
	високі_запити	,096 ^d	,987	,326	,099	,870
	життєрадісність	-,151 ^d	-1,617	,109	-,161	,932
	старанність	-,135 ^d	-1,396	,166	-,140	,881
	незалежність	,128 ^d	1,280	,204	,128	,823
	освіченість	-,107 ^d	-1,166	,246	-,117	,984
	відповідальність	-,032 ^d	-,334	,739	-,034	,902
	раціоналізм	,027 ^d	,278	,781	,028	,886
	сміливість_у_відстоюванні_с вої_думки_поглядів	,042 ^d	,413	,681	,042	,809
	тверда_воля	,118 ^d	1,213	,228	,122	,864
	терпимість	-,174 ^d	-1,853	,067	-,184	,919
	широта_поглядів	,002 ^d	,018	,986	,002	,868
	чесність	-,164 ^d	-1,700	,092	-,169	,868
	ефективність_у_справах	,142 ^d	1,486	,141	,148	,901
	чуйність	,113 ^d	1,231	,221	,123	,973

Dependent Variable: загальний_показник_СЖО

Клініко-психологічна бесіда (Сергет І.В. 2020 р.)

Запропоновані питання торкаються різних сфер життя пацієнта, якому діагностовано онкологічне захворювання. Опитування складається з трьох частин: клінічної, соціальної та психологічної. Клінічні дані надаються з медичної карти стаціонарного хворого. Соціальні та психологічні отримуються під час опитування у формі «Питання – відповіді». Під час опитування психолог та пацієнт мають можливість додаткового обговорення питань, які задані.

Структура опитування**Клінічна частина**

– діагноз, тривалість захворювання, етап захворювання, засіб лікування

Соціальна частина

– стать, вік, рівень освіти, сімейний стан, наявність дітей, матеріальний дохід особи на місяць, житлові умови, трудовий статус

Психологічна частина

– відношення пацієнта до діагнозу (характер психологічного стану у зв'язку з діагностуванням онкологічного захворювання)

– відношення до лікування (відношення до можливостей сучасної української медицини у лікуванні онкологічних захворювань, відношення до власного процесу лікування)

– особистісне відношення до хвороби (суб'єктивна оцінка хвороби, містичний контекст захворювання, оцінка власних психологічних ресурсів)

– відношення у родині (наявність підтримки від родини)

– відношення з оточуючими (наявність змін у соціальному статусі, можливість обговорення свого діагнозу з іншими людьми)

– відношення до життя (суб'єктивна оцінка якості власного життя у контексті онкологічного захворювання, вплив хвороби на зміну життєвих цінностей, вплив наявних життєвих цінностей на результат лікування)

Клінічна частина (частково заповнюється з медичної карти пацієнта, частково зі слів пацієнта)

1.Діагноз

2.Тривалість захворюванн:

а) 0 - 1 року; б) 1 - 2 років; в) 2 -3 років; г) більше за 3 роки

4.Етап захворювання:

а) ремісія; б) лікування; в) паліативний

5.Засіб лікування: (після хірургічного втручання)

а) променева та хіміотерапія; б) променева терапія; в) хіміотерапія.

Соціальна частина (заповнюється під час бесіди зі слів пацієнта або пацієнтом)

6.Ваша стать:

а) чоловіча; б) жіноча

7.Ваш вік:

а) до 20 років; б) 25 - 44 років; в) 45 - 65 років

8.Ваша освіта:

а) середня; б) середня-спеціальна; в) вища

9.Ваш сімейне стан:

а) самотній; б) вдовець/вдова; в) у шлюбі

10.Чи є у Вас діти:

а) ні; б) так

11.Ваш матеріальний дохід на місяць:

а)2000 – 4000грн.; б)4000 – 8000грн ; в)більше 8000грн

12. Ваші житлові умови у кв.м.на 1 особу:

а) до 20 кв.м; б) більше за 20 кв.м

13. Наявність роботи:

а) не працюю; б) працюю; в) студент; г) пенсіонер

Психологічна частина (заповнюється під час бесіди зі слів пацієнта або пацієнтом)

9. Як Ви емоційно відреагували на діагностування у Вас онкологічної хвороби?

а) дуже хвилювалися; б) не надто сильно хвилювалися; в) зовсім не хвилювалися

10. Як ви оцінюєте якість і можливості сучасної української медицини у лікуванні «раку»?

а) високий рівень; б) середній рівень; в) низький рівень

11. Ким був обраний засіб лікування Вашої хвороби?

а) призначення лікаря; б) разом з лікарем

12. Який період під час лікування був для Вас найважчим?

а) коли дізнався про діагноз; б) в очікуванні операції; в) перші дні після операції; г) у процесі лікування хіміо/променевої терапії; д) після лікування

13.Ви вважаєте діагностування «раку» психічною травмою для людини?

а) ні; б) помірною; в) важкою; г) надмірною

14. Ви відносите себе до релігійних людей:

а) атеїст; б) віруючий; в) не можу зараз визначитися

15.Ви вважаєте «рак» містичною хворобою:

а) карою за власні провини; б) іспитом «Вищих сил»; г) звичайною хворобою

16. Як Ви відноситися до наявності у Вас онкологічного захворювання?

а) мені страшно; б) мені соромно; в) готовий до боротьби; г) мені байдуже

17. Як Ви оцінюєте свій психологічний стан?

а) поганий; б) середній; в) добрий; г) відмінний

18. Як змінилися відносини у родині у зв'язку з діагностуванням у Вас онкології?

а) не змінилися; б) стали краще; в) стали гірші

19. Ви обговорюєте у родині свою хворобу?

а) ні; б) так; в) із кимось одним із родини

20. Як змінився Ваш соціальний статус у зв'язку з хворобою?

а) зовсім не змінився; б) змінився на краще; в) змінився у негативному напрямку

21. Ви обговорюєте свій діагноз зі сторонніми людьми, які не мають онкологічної хвороби?

а) так; б) ніколи; в) залежить від мого емоційного стану

22. Що змінилося у Вашому житті у зв'язку з хворобою?

а) стосунки з оточуючими; б) спосіб життя; в) перспективи на майбутнє;

г) нічого не змінилося

23. Ваша оцінка на даний час якості власного життя:

а) негативна; б) задоволена; в) добра

24. Якою мірою «рак» заважає Вам жити повноцінним життям:

а) зовсім не заважає; б) помірно; в) у значній мірі; г) дуже заважає

25. Чи можуть, за Вашою думкою, впливати на результат лікування життєві цінності хворої людини?

а) не можуть; б) важко відповісти; в) можуть у значній мірі; г) дуже впливають

Список наукових праць з теми дослідження

Сергет Ірини Вікторівни

1. Сергет І. В. Психологічні аспекти соціальної адаптації жінок з онкологічними хворобами. *Інсайт: психологічні виміри суспільства*, 2019. Вип. 2. С. 99–103. URI: <http://ekhsuir.kspu.edu/123456789/12140>
2. Сергет І. В. Ставлення до хвороби та його зв'язок із ціннісними орієнтаціями онкологічних пацієнтів. *Психологічні студії*. 2025. Вип. 4. С. 89 – 96. DOI: <https://doi.org/10.32782/psych.studies/2024.4.12>
3. Сергет І. В. Трансформація життєвих цінностей осіб, хворих на онкологію. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*. 2022. Вип. 2. С. 35–41. URI: <http://ekhsuir.kspu.edu/123456789/17275>
4. Сергет І. В. Вплив онкологічної хвороби на трансформацію життєвих цінностей у контексті психологічного часу. *Психологічні ресурси в умовах життєвої та суспільної кризи : соціальний та особистісний виміри*: Колект. моногр. / наук. ред. О. Є. Блинова, відпов. ред. В. Ф. Казібекова. Херсон: вид-во ФОП Вишемирський В. С., 2021. С. 149–169. URI: <http://ekhsuir.kspu.edu/123456789/14000>
5. Blynova O., Popovych I., Tkach T., Serhet I., Semenova N., Semenov O. Value attitudes of student youth to physical culture and sports as factors in their aspiration for success. *Journal of Critical Reviews*, 2020. Vol. 7(19), P. 6775 – 6783. DOI: <https://doi.org/10.31838/jcr.07.19.778> (Особистий внесок здобувачки. Розроблені наукові положення та отримані емпіричні дані з'ясування ціннісного ставлення респондентів як чинника досягнення успіху є самостійним внеском авторки в досліджувану проблему трансформації життєвих цінностей).
6. Сергет І. В. Етапи комплексного підходу до психологічної реабілітації онкологічних пацієнтів. Соціокультурні та психологічні виміри становлення особистості: зб. наук. праць за матер. III Міжнар. наук.-практ.

конф. (м. Херсон, 30 вересня – 01 жовтня 2021 р.) [Електронний ресурс] / ред. колегія: І. Р. Крупник, О. Є. Блинова, Н. І. Тавровецька (відп. за випуск) та ін. Херсон: ФОП Вишемирський В. С., 2021. С. 271–272. URI: <http://ekhsuir.kspu.edu/123456789/15330>

7. Сергет І. В. Переживання особистістю онкологічного захворювання як кризової ситуації: *«Одинадцяті Сіверянські соціально-психологічні читання»: матер. Міжнародної наукової онлайн конференції (Чернігів, 27 листопада 2020 року)* / За наук. ред. О. Ю. Дроздова, І. І. Шлімакової. Чернігів: НУЧК імені Т. Г. Шевченка, 2021. С. 229–231. URI: <http://ekhsuir.kspu.edu/123456789/13604>

8. Сергет І. В. Психологічні аспекти когнітивного компоненту аналізу у осіб хворих на онкологію. *Соціально-психологічні технології розвитку особистості. Матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції молодих вчених, аспірантів та студентів: зб. наук. праць (14 травня 2020 року) матеріали і тези доповідей* / ред. колегія: А.М. Яцюк, Н.О. Олейник, В.В. Мойсеєнко та ін. Херсон: ФОП Вишемирський В.С., 2020. С. 330–332. URI: <http://ekhsuir.kspu.edu/123456789/12144>

9. Сергет І. В. Психологічні аспекти соціальної адаптації жінок з онкологічними захворюваннями. *«Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я»: Матеріали IV Всеукраїнської науково-практичної конференції* (м. Вінниця, 22 листопада 2019 року) / за заг. ред. проф. О. В. Бацилевої. Вінниця, 2019. С. 196–199. URI: <http://ekhsuir.kspu.edu/123456789/12141>

10. Сергет І. В. Психологічні особливості долаючої поведінки у осіб з онкологічними захворюваннями: *«Психологія особистості фахівця в умовах воєнного часу та поствоєнної реабілітації»:* зб. матеріалів IX Всеукраїнської науково-практичної конференції (з міжнародною участю) (м. Львів, 25 жовтня 2024 року) / уклад. В.С. Бліхар, Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2024. С. 339–343. URI: <https://ekhsuir.kspu.edu/handle/123456789/19993>

11. Сергет І.В. «Внутрішня картина» хвороби та її вплив на психологічну адаптацію до стресу під час онкологічного захворювання. *Людина віртуальна: нові горизонти: зб. наук. праць за матер. VII міжнар. наук.-практ. конф., 30 – 31 березня 2020 р.: матеріали і тези доповідей* / за заг. ред. д. філос. н. М. А. Журби. Монреаль: СРМ «ASF», 2020. С. 75–78. URI: <http://ekhsuir.kspu.edu/123456789/12143>
12. Сергет І.В. Параметри якості життя онкологічних хворих. Соціально-психологічні технології розвитку особистості: зб. наук. праць за матеріалами VI Міжнародної наук.-практ. конф. молодих вчених, аспірантів та студентів (м. Херсон, 22 квітня 2021 р.) / ред. колегія: С. І. Бабатіна, В. В. Мойсеєнко, І. І. Чиньона та ін. Херсон: ФОП Вишемирський В. С., 2021. С. 370–373. URI: <http://ekhsuir.kspu.edu/123456789/13808>
13. Сергет І.В. Формування смислової сфери особистості в контексті онкологічного захворювання: *«Соціокультурні та психологічні виміри становлення особистості»*: зб. наук. праць II Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Херсон, 26–27 вересня 2019 р.) / ред. кол.: О. Є. Блинова, Н. І. Тавровецька (відп. за вип.). Херсон: ФОП Вишемирський В. С., 2019. С. 289–291. URI: <http://ekhsuir.kspu.edu/handle/123456789/9303>
14. Сергет І.В. Методологічне обґрунтування діагностичної програми для вивчення трансформації ціннісної сфери онкологічних пацієнтів: *«Резильєнтність в умовах війни: теорія, практика та ресурси»*: зб. матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції здобувачів освіти і молодих учених (м. Тернопіль, 23 квітня 2025 р.) / за ред. Г.К.Радчук. Тернопіль: ТНПУ ім. В. Гнатюка, 2025. С.369–374. URL: http://dspace.tnpu.edu.ua/bitstream/123456789/36272/1/Konf_Rezulentnist.pdf.

Додаток Е

**Акт впровадження результатів дисертаційного дослідження
Сергет Ірини Вікторівни на тему «Соціально-психологічні чинники трансформації
життєвих цінностей осіб з онкологічними захворюваннями»**



**ХЕРСОНСЬКА ОБЛАСНА РАДА
КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО
«ХЕРСОНСЬКИЙ РЕГІОНАЛЬНИЙ ОНКОЛОГІЧНИЙ ЦЕНТР»
ХЕРСОНСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ
(КНП «Херсонський регіональний онкологічний центр» ХОР)**

Шосе В'ячеслава Чорновола, 26 Б, с.м.п. Актопілля, м. Херсон, Херсонська область, 73000
тел +38(0552) 35 92 88, факс: +38(0552) 35 74 76, e-mail: cnko_xood@ukr.net, www.cnko.ky.ua ЄДРПОУ 02009896

03.03.2025 № 01-4/69

на № _____ від _____

**АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ
результатів дисертаційного дослідження
Сергет Ірини Вікторівни**

**на тему «Соціально-психологічні чинники трансформації життєвих цінностей осіб
з онкологічними захворюваннями»**

Матеріали дисертаційного дослідження І.В. Сергет, присвячені дослідженню соціально-психологічних чинників трансформації життєвих цінностей осіб з онкологічними захворюваннями, використовувалися у лікувальному процесі Комунального некомерційного підприємства «Херсонський регіональний онкологічний центр» Херсонської обласної ради впродовж 2019-2022 років на базі стаціонарних і амбулаторних відділень. В експериментально-дослідницькій роботі брали участь пацієнти стаціонарних та амбулаторних відділень.

Впроваджено в роботу стаціонарних і амбулаторних відділень Комунального некомерційного підприємства «Херсонський регіональний онкологічний центр» Херсонської обласної ради. Отримані в нашому дослідженні результати дозволили суттєво розширити наукові уявлення про ставлення пацієнтів онкологічного диспансеру до хвороби, допомогли уточнити існуючу типологію та доповнити її важливою інформацією про трансформацію життєвих цінностей, на які впливає багато чинників різної природи: фізіологічних, соціальних, психологічних, духовних. Виявити переконливі зв'язки між впливом хвороби та вираженістю смисложиттєвих орієнтацій пацієнтів. Розширити уявлення про ціннісні аспекти реагування на соматичну хворобу. Дослідити негативні прояви, спричинені хворобою, які пов'язані із втратою сенсу життя і потребують відповідних психологічних втручань. Це дало змогу впроваджувати психологічну підтримку пацієнтів, спрямовану на екзистенційні аспекти: відновлення сенсу життя, підвищення задоволеності та відчуття контролю, при цьому враховувався ступінь негативного впливу хвороби на їх життя, оскільки різний ступінь адаптації потребує індивідуального підходу.

Загальна кількість спостережень 105.

Зауваження, пропозиції: немає, доцільно впроваджувати в клінічну практику.

Директор



Ірина СОКУР

**Довідка про впровадження результатів науково-дослідної роботи
на здобуття наукового ступеня доктора філософії І.В. Сергет за темою «Соціально-
психологічні чинники трансформації життєвих цінностей осіб з онкологічними
захворюваннями»**



**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

вул. Шевченка, 57, м. Іллічів Франківськ, 76000, Тел. +380963107036, e-mail: ofice@ksu.k.ua; http://www.ksu.edu.ua
пост. № 6 ДР/ОС/У 12125000 сер. UA228201720343111002200000120; UA268201720343110002000000120
Діє як Державна вища освітня служба України, м. Київ

«12» травня 2025 р. № 03-32/636
На № _____ від _____ 202__р.

ДОВІДКА

про впровадження результатів науково-дослідної роботи на здобуття наукового
ступеня доктора філософії **І. В. Сергет** за темою «Соціально-психологічні
чинники трансформації життєвих цінностей осіб з онкологічними
захворюваннями»

Ця довідка засвідчує те, що результати науково-дослідної роботи аспірантки **І. В. Сергет** за темою «Соціально-психологічні чинники трансформації життєвих цінностей осіб з онкологічними захворюваннями» розглядалися на засіданнях кафедри психології Херсонського державного університету (протокол 14 від 05.05.2025) і отримали схвальну оцінку колективу кафедри.

Авторкою представлена розробка щодо трансформації життєвих цінностей осіб з онкологічними захворюваннями і напрями створення програм індивідуалізованих психологічних втручань у діагностичних, корекційних, розвивальних цілях для покращення продуктивності роботи психолога з онкологічними хворими.

І. В. Сергет обгрунтовано, що сьогодні у психології інтенсивно розробляються засоби інноваційних технологій для психологічної допомоги онкологічним пацієнтам. Нині практичні психологи відчують нестачу продуктивних діагностичних методів для аналізування соціально-психологічних чинників впливу на психічне здоров'я та процес лікування онкологічних хворих і тому є важливим з'ясування соціально-психологічних чинників трансформації життєвих цінностей осіб з онкологічними захворюваннями для надання кваліфікованої психологічної підтримки.

Створена авторкою розробка може стати основою для конкретних рекомендацій, які будуть застосовані у практичній психології для психологічної допомоги онкологічним хворим. Особливістю цієї розробки полягає в тому, що вона може стати основою для створення програми для подальшого продуктивного впливу на психічне здоров'я та процес лікування онкологічних хворих, а також для складання програм психологічної допомоги спрямованих на

посилення конструктивних стратегій подолання, здатності пацієнтами зберігати віру в себе, бачити мету й знаходити сенс життя.

Результати цього дослідження можуть використовуватись у процесі покращення підготовки здобувачів трьох рівнів, майбутніх фахівців зі спеціальності ОП «Психологія», а також упроваджуватись зазначеними фахівцями в умовах навчальних закладів, павчально-реабілітаційних центрів, практичними психологами у роботі з діагностикою психологічного стану онкологічних хворих та у виборі засобів впливу на підтримання психічного стану хворих під час лікувального процесу. На кафедрі психології результати дослідження включені у ОК «Патопсихологія» і «Клінічна психологія» здобувачів бакалаврського рівня освіти.

Упровадження цього дослідження в освітній процес Херсонського державного університету в підсумку забезпечуватиме підвищення якості професійної підготовки майбутніх фахівців-психологів.

**Перший проректор,
професор**




Сергій ОМЕЛЬЧУК

Наталія Танровецька
+380951882181

**Довідка про впровадження результатів науково-дослідної
роботи на здобуття наукового ступеня доктора філософії І.В. Сергет за темою
«Соціально-психологічні чинники трансформації життєвих цінностей осіб з
онкологічними захворюваннями» зі спеціальності – 053 Психологія
05 Соціальні та поведінкові науки**



Департамент охорони здоров'я
Дніпропетровської обласної військової адміністрації
КОМУНАЛЬНЕ ПІДПРИЄМСТВО
«КРИВОРІЗЬКИЙ ОНКОЛОГІЧНИЙ ДИСПАНСЕР»
ДНІПРОПЕТРОВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ»
КП «Криворізький ОД» ДОР»
Дніпровське шосе 41, м. Кривий Ріг, 50048, тел. (056) 405-51-70,
E-mail: onkoriad@gmail.com код ЄДРПОУ 01986380

Довідка

*про впровадження результатів науково-дослідної роботи на здобуття
наукового ступеня доктора філософії І. В. Сергет за темою «Соціально-
психологічні чинники трансформації життєвих цінностей осіб з
онкологічними захворюваннями»
зі спеціальності – 053 Психологія 05 Соціальні та поведінкові науки*

Матеріали дисертаційного дослідження аспірантки спрямовані на дослідження соціально-психологічних чинників трансформації життєвих цінностей онкохворих осіб. Результати дослідження використовувалися у лікувальному процесі на базі стаціонарних (абдомінальне відділення, мамологічне відділення, торакальне відділення, гінекологічне відділення, хіміотерапевтичне відділення, відділення променевої терапії) і амбулаторних відділень. У експериментально-дослідницькій роботі брали участь пацієнти стаціонарних та амбулаторних відділень диспансерне відділення, відділення променевої терапії, хіміотерапевтичне відділення).

Психологічна підтримка пацієнтів була спрямована на ефективне регулювання негативних переживань хворих, не пригнічуючи їх, а перетворюючи на ресурс для адаптації. Використання технік емоційної регуляції, когнітивної реструктуризації сприяло більш здоровому емоційному реагуванню, що підвищує психологічну стійкість і сприяє успішному подоланню життєвих викликів, які виникли на тлі онкологічної хвороби. Впровадження психологічної допомоги здійснювалось з урахуванням того, що онкологічні пацієнти найчастіше обирають стратегії подолання, орієнтовані на планування вирішення проблеми та збереження психологічного балансу (самоконтроль), завдяки стримуванню негативних емоцій та думок і наміру нікому не показувати свого справжнього стану.

Зважаючи, що важливим ресурсом для них є соціальна підтримка, впроваджено надання більш розширеної інформації щодо психологічного та фізичного стану пацієнта, співчутті та розумінні, а також у додатковому зверненні за допомогою до фахівців.

Довідка видана для захисту в разовій спеціалізованій вченій раді Херсонського державного університету.

Заступник генерального директора з
Медичного забезпечення та контролю
якості медичних послуг



Людмила ЛИСАК

Довідка про впровадження результатів науково-дослідної роботи на здобуття наукового ступеня доктора філософії І.В. Сергет за темою «Соціально-психологічні чинники трансформації життєвих цінностей осіб з онкологічними захворюваннями» за спеціальності – 053 Психологія 05 Соціальні та поведінкові науки

**ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
КІРОВОГРАДСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ
КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО
«ОБЛАСНИЙ КЛІНІЧНИЙ ОНКОЛОГІЧНИЙ ЦЕНТР
КІРОВОГРАДСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ»**

вул. Ялтинська, 1, м. Кропивницький 25011, тел./ факс 32-31-57,
E-mail: kood_health@ukr.net, Код ЄДРПОУ 01994959

21.05.2025 № 01-02/1248
На № _____ від _____

ДОВІДКА

про впровадження результатів науково-дослідної роботи на здобуття наукового ступеня доктора філософії І.В. Сергет за темою «Соціально-психологічні чинники трансформації життєвих цінностей осіб з онкологічними захворюваннями» за спеціальності -053 Психологія 05 Соціальні та поведінкові науки

Матеріали дисертаційного дослідження І.В. Сергет спрямовані на дослідження соціально-психологічних чинників трансформації життєвих цінностей осіб з онкологічними захворюваннями і використовувалися у лікувальному процесі на базі амбулаторних відділень. У експериментально-дослідницькій роботі брали участь пацієнти амбулаторних відділень.

Впроваджено в роботу амбулаторного відділення запропоновані автором методики для аналізування соціально-психологічних чинників впливу на трансформацію життєвих цінностей для подальшого продуктивного впливу на психічне здоров'я та процес лікування онкологічних хворих дали змогу виявити переконливі зв'язки між впливом хвороби та вираженістю смисложиттєвих орієнтацій пацієнтів, розширивши уявлення про ціннісні аспекти реагування на соматичну хворобу. Досліджено негативні прояви, спричинені хворобою, які пов'язані із втратою сенсу життя і потребують відповідної психологічної корекції. Визначено особливості ціннісної сфери у осіб різного віку та статі; виявлено взаємозв'язки між параметрами ціннісної сфери та іншими психологічними властивостями пацієнтів: ставленням до хвороби, провідними стратегіями подолання труднощів, емоційним станом та особливостями мотивації.

Психологічна підтримка пацієнтів була спрямована на екзистенційні аспекти: виникнення у онкологічних хворих екзистенційних криз на основі виявлення визначених змінних-предикторів, що створило можливість

запропонувати дієві психологічні втручання сфокусовані на відновленні сенсу життя, підвищення задоволеності та відчуття контролю. Впровадження психологічної допомоги здійснювалось з урахуванням ступеню негативного впливу хвороби на життя пацієнта, оскільки різний ступінь адаптації потребує індивідуального підходу. Досліджено стан сформованості життєвих цінностей осіб з онкологічними захворюваннями з діагностичною метою, а також було здійснено впровадження психологічної підтримки онкологічним хворим, згідно аналізування впливу соціально-психологічних чинників трансформації життєвих цінностей на психічне здоров'я та процес лікування онкологічних пацієнтів.

Довідка видана для захисту в разовій спеціалізованій вченій раді Херсонського державного університету.

Директор медичний

Олексій Чалий 6509549398



Ігор МАКАРУК

**Довідка про впровадження результатів науково-дослідної роботи
на здобуття наукового ступеня доктора філософії І.В. Сергет за темою «Соціально-
психологічні чинники трансформації життєвих цінностей осіб з онкологічними
захворюваннями»**



**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

вул. Іоанна Павла II, 17, м. Київ, 01042; e-mail: uni@smu.edu.ua,
код ЄДРПОУ 02570714

09.05.2025 № 93/15.04 На № _____ під _____

ДОВІДКА

про впровадження результатів науково-дослідної роботи на здобуття
наукового ступеня доктора філософії І. В. Сергет за темою «Соціально-
психологічні чинники трансформації життєвих цінностей осіб з
онкологічними захворюваннями»

Автором представлено розробка щодо трансформації життєвих цінностей осіб з онкологічними захворюваннями і напрями створення програм індивідуалізованих психологічних втручань у діагностичних, корекційних, розвивальних цілях для покращення продуктивності роботи психолога з онкологічними хворими, впроваджувалася у роботу кафедри психології та соціології Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля.

Створена І.В. Сергет розробка може використовуватись як основа програми для подальшого продуктивного впливу на психічне здоров'я та процес лікування онкологічних хворих. Основні положення і висновки є основою для розробки конкретних рекомендацій, які будуть застосовані у спрямованій корекційній роботі психолога для допомоги підвищення ефективності процесу лікування у пацієнтів з онкологічною хворобою, а саме: зберегти якісне повноцінне життя; надати можливість пацієнтам сформувати та розвивати більш адекватні поведінкові стратегії, мотивації, копінг-стратегії з урахуванням трансформації життєвих цінностей у парадигмі онкологічного захворювання; для полегшення психологічного і частково фізичного стану онкохворих. Розширити уявлення про ціннісні аспекти реагування на соматичну хворобу. Дослідити негативні прояви, спричинені хворобою, які пов'язані із втратою сенсу життя і потребують відповідної психологічної інтервенції спрямованої на відновлення сенсу життя, підвищення

задоволеності та відчуття контролю, а також для складання програми підтримки практичним психологам у роботі з діагностикою психологічного стану онкологічних хворих та у виборі засобів конструктивного впливу на психічний стан хворих під час лікувального процесу.

На кафедрі психології та соціології результати цього дослідження включені у освітні компоненти «Клінічна та педопсихологія» і «Вікова психологія», «Адаптивна поведінка та психосоматичні розлади» здобувачів першого (бакалаврського) та другого (магістерського) рівнів вищої освіти, а також можуть використовуватися у процесі покращення підготовки здобувачів вищої освіти різних рівнів, майбутніх фахівців зі спеціальності. Також, можуть впроваджуватися фахівцями з психології в умовах навчально-професійної підготовки, у роботу навчально-реабілітаційних центрів, практичними психологами у роботі з діагностикою психологічного стану онкохворих та у виборі засобів впливу на підтримання психічного стану хворих під час лікувального процесу.

Перший проректор Східноукраїнського
Національного університету імені Володимира
Дала



Дмитро МАРЧЕНКО

Завідувачка кафедри психології та соціології

Юлія БОХОНКОВА