

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДОЛАЮЧОЇ ПОВЕДІНКИ У ОСІБ З ОНКОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Онкологічне захворювання має потужний вплив на психіку хворої людини, викликаючи низку особистісних і поведінкових трансформацій, що у свою чергу, може впливати на процес та ефективність лікування, можливості реабілітації.

Постановка онкологічного діагнозу є екстремально важкою подією для людини, яка супроводжується страхом, хвилюванням, деморалізацією та зумовлює стресовий стан [1]. Дослідження психологічних станів у онкохворих свідчать про поширеність у них дистресу [5], почуттів невизначеності та тривоги [4], депресії [2], симптомів посттравматичного стресового розладу [6].

Ситуація онкологічного захворювання потребує адаптації до нової реальності і супроводжується реакціями подолання [3]. Хвороба руйнує життєві перспективи та змінює загальне сприйняття життя, що зумовлює актуальність досліджень, які уточнюють сприйняття хвороби та відповідний вплив на процес лікування.

Мета публікації – феноменологічне аналізування копінг-стратегій у осіб з діагностованим онкологічним захворюванням.

У дослідженні взяли участь 100 пацієнтів, які проходили стаціонарне та амбулаторне лікування у Херсонському обласному онкологічному диспансері. Вони мали захворювання різного типу та рівня локалізації. Засобом лікування усіх досліджуваних була променева терапія або хіміотерапія. Вік респондентів від 25 до 65 років, серед них 30 чоловіків та 70 жінок.

Для вивчення долаючої поведінки пацієнтів було використано скринінгову методику діагностики копінг-механізмів Е. Хейма, що дозволяє оцінити 26 ситуаційно-специфічних варіантів копіngu, розподілені відповідно трьом сферам реагування: когнітивній, емоційній, поведінковій. Опитувальник

складається з трьох блоків. Респондентам пропонується у кожному блоці відібрати одне твердження, що відображує особливості їх поведінки у важких, стресових ситуаціях, завдяки якому вони вирішують свої труднощі.

З даних табл. 1 можна зробити висновок, що пацієнтів онкологічного відділення помітно переважає установка

Таблиця 1

Частота виборів когнітивних копінг-стратегії пацієнтами

Копінг	Зміст твердження	Частка у вибірці		
		Вибірка N=100	Жінки N=70	Чоловіки N=30
1. Ігнорування	Кажу собі: зараз є щось важливіше, ніж труднощі	8,0	10,0	3,3
2. Смиренність	Кажу собі: це доля, треба з цим змиритися	8,0	2,9	20,0
3. Дисимуляція	Це несуттєві труднощі, не все так погано, все переважно добре	10,0	10,0	10,0
4. Збереження самовладання	Я не втрачаю контролю над собою у важкі хвилини і намагаюся нікому не показувати свого стану	15,0	17,1	10,0
5. Проблемний аналіз	Я намагаюся проаналізувати, все зважити і пояснити собі, що сталося	9,0	10,0	6,7
6. Відносність	Я говорю собі: порівняно з проблемами інших людей мої – це дрібниця	10,0	12,9	3,3
7. Релігійність	Якщо щось трапилося, на то Божа воля	9,0	5,7	16,7
8. Розгубленість	Я не знаю, що робити і мені часом здається, що мені не виплутатися ...	7,0	2,9	16,7
9. Надання сенсу	Я надаю своїм труднощам особливий сенс, долаючи їх, я вдосконалю себе	6,0	8,6	–
10. Установка власної цінності	На даний час я не можу впоратися з цими труднощами, але з часом зможу впоратися і з ними, і з більш складними	18,0	20,0	13,3

на збереження власної самооцінки та самоцінності, яку обрали 18% респондентів, переважно жінки. Серед пацієнтів також поширена установка на самоконтроль (15 % виборів). Обидва варіанти копінгу вважаються адаптивними, вони спрямовані на посилення власних ресурсів подолання важкої ситуації.

При цьому серед чоловічої частини вибірки переважають пасивні реакції: смиренності, розгубленості та покладання на вищі сили (від 16,7 до 20%).

Емоційна регуляція є важливою частиною підтримки психологічного здоров'я онкологічних пацієнтів. Результати вибору копінг-стратегій відображені у табл. 2. Серед емоційних копінг механізмів виражена перевага віддається стратегії оптимізму – її обрали 54% опитаних. Це конструктивна стратегія, яка позитивно впливає на процес та результат лікування. Проте надмірний оптимізм може стати захисним механізмом, який призводить до ігнорування реальних загроз і перешкоджає адекватному сприйняттю хвороби та необхідності лікування.

Таблиця 2

Частота виборів емоційно-орієнтованих копінг-стратегій пацієнтами

Копінг	Зміст твердження	Частка у вибірці		
		Вибір N=100	Жінки N=70	Чоловіки N=30
1. Протест	Я глибоко обурююсь несправедливістю долі до мене і протестую	6,00	4,3	10,0
2. Емоційна розрядка	Я впадаю у відчай, плачу	6,00	4,3	10,0
3. Придушення емоцій	Я пригнічую емоції у собі	24,00	20,0	33,3
4. Оптимізм	Я завжди впевнений, що є вихід із скрутної ситуації	54,00	62,9	33,3
5. Пасивна кооперація	Я довіряю вирішення своїх труднощів іншим людям...	7,00	5,7	10,0
6. Покірність	Я впадаю у стан безнадійності	2,00	4,3	–
7. Самозвинувачення	Я вважаю себе винним і отримую те, що заслужив	1,00	–	3,3
8. Агресивність	Я впадаю у гнів, стаю агресивним	0,00	–	–

Разом із тим, 20 % жінок та 33,3 % чоловіків обрали стратегію придушення емоцій (це цілком відповідає попереднім результатам стосовно поширеності стратегії самоконтролю). Пригнічення негативних переживань (накопичення внутрішньої напруги, неможливість виразити свої страхи, розпач або гнів) може мати негативні наслідки для здоров'я пацієнтів та ускладнювати процес адаптації до хвороби, вплинути на сприйняття лікування та знижувати мотивацію до боротьби з хворобою. Неконтрольоване «застрягання» в негативних емоціях заважає адаптації, і також може посилити стрес.

Серед поведінкових стратегій подолання (табл. 3) пацієнти найчастіше обирають відволікання та активне уникнення, особливо це помітно у чоловічій частині вибірки (43,3 та 40% відповідно).

Такі стратегії можуть призвести до тимчасового полегшення, але в довгостроковій перспективі сприяють накопиченню емоційної напруги та погіршенню психологічного стану пацієнта.

Висновки. Серед способів реагування на стрес онкохворі пацієнти часто обирають пасивні, умовно-адаптивні стратегії, спрямовані на тимчасове відволікання, уникнення та зменшення негативних переживань. Вибір способу подолання залежить від статі пацієнта. Потрібні психологічні втручання, спрямованих на полегшення адаптації до життя із хворобою, стимуляцію конструктивного проблемно-орієнтованого копіngu, активного та відповідального ставлення до лікування.

Список використаних джерел

1. Bultz B. D., Johansen C. Screening for distress, the 6th vital sign: where are we, and where are we going? *Psycho-oncology*, 2011. Vol. 20(6). P. 569–571.
2. Ciaramella A., Poli P. Assessment of depression among cancer patients: the role of pain, cancer type and treatment. *Psycho-oncology*. 2001. Vol. 10. P. 156–165.
3. 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.
4. Holland J.C., Lewis S. *The Human Side of Cancer: Living with Hope, Coping with Uncertainty*. New York: Harper Collins, 2000. 340 p.
5. Jacobsen P. B., Donovan K. A., Trask P. C., et al. Screening for psychologic distress in ambulatory cancer patients. *Cancer*. 2005. Vol. 103(7). P. 1494–1502.

Таблиця 3

Частота виборів поведінкових копінг-стратегії пацієнтами

Копінг	Зміст твердження	Частка у вибірці		
		Ви- бірка N=100	Жінки N=70	Чоло- віки N=30
1. Відволікання	Я поринаю в улюблену справу, намагаюсь забути про труднощі	35,00	31,4	43,3
2. Альтруїзм	Я намагаюсь допомогти людям, і в турботах про них забуваю про власні прикroщі	12,00	12,9	10,0
3. Активне уникнення	Намагаюсь не думати, всiляко уникаю зосереджуватися на своїх труднощах	30,00	25,7	40,0
4. Компенсація	Намагаюсь відволіктися і розслабитися (за допомогою алкоголю, їжі тощо)	1,00	-	3,3
5. Конструктивна активність	Щоб пережити труднощі, я берусь за здійснення давньої мрії	3,00	4,3	3,3
6. Відступ	Я ізолююся, намагаюсь залишитися наодинці із собою	4,00	5,7	-
7. Співробітництво	Я використовую співпрацю для подолання труднощів	7,00	10,0	-
8. Звернення	Я зазвичай шукаю людей, здатних допомогти мені порадою	8,00	10,0	43,3

6. 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.