

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ, ІСТОРІЇ ТА СОЦІОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

Кваліфікаційна робота (проект)

на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

**Тема «Специфіка життєвої кризи в період термінальних
захворювань»**

Виконала: здобувачка 2 курсу
07-231 МЗ групи
спеціальності 053 Психологія
заочної форми навчання
освітньо-професійної програми
«Психологія»

Олена ЖИЛЕВСЬКА

Керівник: доцентка кафедри психології,
кандидат психологічних наук

Олена ШЕЛЕСТОВА

Рецензент: к. психол. н., доцентка

Людмила ГРИДКОВЕЦЬ

Івано-Франківськ 2024

ЗМІСТ

ВСТУП3

РОЗДІЛ 1. ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТЕРМІНАЛЬНОГО ПЕРІОДУ ЖИТТЯ ТА СТАВЛЕННЯ ОНКОХВОРОГО ДО ВЛАСНОЇ ХВОРОБИ7

1.1. Танатологія та паліативна допомога: історичний розвиток і сучасне значення7

1.2. Опис ключових психологічних процесів, через які проходять термінально хворі пацієнти10

1.3. Загальні закономірності і психологічний профіль хворих на рак12

1.4. Психологічна підтримка онкохворих та їхніх родин15

Висновки до розділу 117

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ СТАВЛЕННЯ ОНКОХВОРОГО ДО ВЛАСНОЇ ХВОРОБИ18

2.1. Психодіагностичні інструменти та засоби дослідження ставлення онкохворого до власної хвороби 18

2.2. Психокорекційна програма зміни деструктивного ставлення онкохворого до своєї хвороби 32

2.3. Система психологічних рекомендацій щодо оптимізації процесу формування конструктивного ставлення онкохворого до власної хвороби37

Висновки до розділу 240

ВИСНОВКИ41

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ44

ДОДАТКИ49

ВСТУП

Актуальність дослідження, полягає в тому, що термінальні захворювання, зокрема онкологічні, є однією з найгостріших проблем сучасної медицини та психології. Окрім фізичних страждань, пацієнти стикаються зі значними психологічними труднощами, які пов'язані з усвідомленням наближення смерті, втратою можливості подолання хвороби та необхідністю адаптації до нових умов життя. У цей період актуалізуються питання підтримки якості життя, психоемоційного стану пацієнта та його близьких.

За даними МОЗ, у 2022 році було зареєстровано близько 20 млн нових випадків раку та 9,7 млн летальних. Найпоширенішими випадками онкології у 2022-му стали онкозахворювання легень, молочних залоз та колоректальний рак[33].

Сучасні дослідження вказують на те, що життєва криза у пацієнтів з термінальними захворюваннями має особливі психологічні аспекти, що обумовлюються не лише фізичними, а й емоційними, соціальними та духовними аспектами життя. Так, у роботі Бондаренко М.С. (2022) розглядаються особливості ставлення до здоров'я та хвороби у жінок з онкопатологією, що хворіють на COVID-19. Ці дослідження підкреслюють багатофакторність впливу на емоційний стан пацієнтів, що актуалізує потребу в психологічній підтримці.

Особливого значення набуває питання психологічної підтримки онкологічних хворих, про що свідчать роботи Васильєвої Ю.О. та Ковальнової О.М. (2019), які показали, що комплексне лікування, яке включає психоемоційну підтримку, здатне значно підвищити якість життя пацієнтів. Вони підкреслюють важливість уваги до емоційних потреб пацієнтів, зокрема в умовах лікування важких захворювань.

Горювання та емоційні реакції на втрату, за даними Войтовича М.В. (2019), мають глибокий вплив на психологічний стан пацієнтів і членів їх сімей, особливо у випадках, коли прогноз несприятливий. Дослідження

також торкаються питання профілактики суїцидальної поведінки у пацієнтів з онкологією, на чому акцентується в роботах Ісаєнка С.В. (2020), який звертає увагу на психотерапевтичну підтримку та її вплив на зниження ризику суїцидальних тенденцій.

Психоонкологія, як відносно новий напрямок у психологічній практиці України, отримала значну увагу у роботі Ковальчука Л.В. (2020), де розглядаються перспективи розвитку цього напрямку та потреба в комплексній підтримці онкологічних пацієнтів. У сучасних умовах розвитку медичної психології виникає необхідність вивчення механізмів адаптації до онкологічних захворювань, про що йдеться у дослідженнях Литвиненко Л.О. та Петрушко О.І. (2018).

Таким чином, актуальність даного дослідження визначається потребою в глибшому розумінні психологічних аспектів життєвої кризи у пацієнтів з термінальними захворюваннями. Психологічна підтримка, що базується на сучасних підходах і включає профілактику суїцидальної поведінки, зниження стресу та розвиток механізмів адаптації, є ключовим елементом покращення якості життя цих пацієнтів, що підтверджується численними науковими роботами (Король Д.О., Кожина Г.М., Кривоніс Т.Г., Левченко К.Ю., Лукомська С.О.).

Об'єкт дослідження: психологічні особливості життєвої кризи у пацієнтів з термінальними захворюваннями, зокрема онкологічним.

Предметом дослідження: психологічні механізми та вплив психоемоційної підтримки на процес адаптації та якість життя пацієнтів, які переживають життєву кризу в умовах термінальних захворювань.

Гіпотеза дослідження: є ефективна психоемоційна підтримка та спеціальні психотерапевтичні заходи здатні зменшити рівень стресу, профілакувати суїцидальні думки та покращити адаптацію пацієнтів з термінальними захворюваннями, що позитивно вплине на їхнє психологічне благополуччя та якість життя.

Мета дослідження: визначити психологічні особливості життєвої кризи у пацієнтів з термінальними захворюваннями, зокрема онкологічними, та розробити ефективні психокорекційні методи.

Обрана мета обумовила постановку таких **завдань дослідження:**

1. Дослідити розвиток танатології та паліативної допомоги з історичної перспективи, а також їх сучасне значення.
2. Описати ключові психологічні процеси, через які проходять термінально хворі пацієнти.
3. Визначити загальні закономірності та психологічний профіль онкохворих пацієнтів .
4. Проаналізувати способи психологічної підтримки онкохворих та їхніх родин для покращення якості життя .
5. Розробити та застосувати психодіагностичні інструменти для дослідження ставлення онкохворих до їхньої хвороби .
6. Створити психокорекційну програму, спрямовану на зміну деструктивного ставлення до хвороби та підвищення адаптації пацієнтів.
7. Розробити систему психологічних рекомендацій для оптимізації процесу формування конструктивного ставлення до хвороби серед онкологічних пацієнтів .

Відповідно до мети і завдань дослідження обрано й використано комплекс **методів та методик:** *теоретичні* – теоретичний аналіз та систематизація наукових даних з проблеми; клінічна бесіда з хворими; *емпіричні* – включаючи Госпітальну шкалу тривоги та депресії (HADS), Шкалу депресії Бека (BDI-II), Шкалу сприйняття стресу (PSS), EORTC QLQ-C30 та Шкалу емоційного вигорання Маслач (MBI); *математичні* – методи кількісно-якісної обробки результатів.

База дослідження. Дослідження плануються проводитися на базі Херсонського обласного клінічного онкологічного диспансеру в умовах стаціонару. Всього дослідженням було охоплено 35 осіб. В зв'язку з

локалізацією злоякісного новоутворення досліджувани будуть чоловічої і жіночої статі віком від 35 до 70 років.

Теоретичне значення дослідження робить внесок у розвиток психологічної науки, зокрема в області танатології, психоонкології та паліативної допомоги. Воно дозволяє глибше зрозуміти психологічні процеси, які відбуваються у пацієнтів із термінальними захворюваннями, та загальні закономірності їхньої адаптації до життєвої кризи. Крім того, воно сприяє розвитку концептуальних підходів до дослідження ставлення до хвороби та методів психокорекції в умовах термінальної стадії онкологічних захворювань.

Практичне значення: результати дослідження можуть бути використані у клінічній психології для розробки та вдосконалення програм психоемоційної підтримки пацієнтів з термінальними захворюваннями. Зокрема, практичні рекомендації можуть бути впроваджені в роботу медичних психологів та паліативних служб, а також у рамках терапевтичної підтримки родин пацієнтів. Психокорекційна програма, запропонована в дослідженні, може допомогти знизити рівень стресу та деструктивних емоцій у пацієнтів, що позитивно вплине на їхню якість життя.

Апробація результатів дослідження. Матеріали кваліфікаційної роботи обговорювалися на засіданні кафедри психології (протокол від 14.11.2024 № 6).

РОЗДІЛ 1. ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТЕРМІНАЛЬНОГО ПЕРІОДУ ЖИТТЯ ТА СТАВЛЕННЯ ОНКОХВОРОГО ДО ВЛАСНОЇ ХВОРОБИ

1.1. Танатологія та паліативна допомога: історичний розвиток і сучасне значення

Танатологія – це наукова дисципліна, що вивчає феномен смерті, вмирання та пов'язані з цим психологічні, соціальні та медичні аспекти. Вона охоплює дослідження процесу вмирання, реакцій людини на смерть, а також надає основу для розробки паліативної допомоги та психологічної підтримки пацієнтів, які знаходяться на останніх стадіях життя. Танатологія також розглядає етичні та духовні аспекти смерті та вмирання, що є важливими в сучасній медицині і психології [12, с. 27].

Історичний розвиток танатології охоплює кілька етапів. Спочатку смерть розглядалася виключно як медичний факт, проте з розвитком медичної та психологічної науки стало зрозуміло, що вивчення психологічних реакцій людини на власну смертність має важливе значення для полегшення страждань пацієнтів і їхніх родин. Із розвитком танатології у 20 столітті, багато дослідників почали підкреслювати важливість надання психологічної підтримки пацієнтам, що перебувають на останніх стадіях життя. Наприклад, за дослідженнями Ковальчука Л.В., психоонкологія в Україні почала активно розвиватися на початку 21 століття і стала ключовим напрямом у покращенні якості життя онкохворих пацієнтів [14, с. 91].

Паліативна допомога, яка є невід'ємною частиною сучасної танатології, спрямована на полегшення симптомів хвороби та підтримку якості життя пацієнтів, що страждають на тяжкі хвороби, зокрема онкологічні. Відповідно до визначення ВООЗ, паліативна допомога включає лікування фізичних симптомів (біль, задуха), а також надання психологічної та

соціальної підтримки пацієнтам і їхнім родинам. Паліативна допомога базується на принципі, що смерть є природним процесом, який не слід пришвидшувати або затримувати, але можна полегшити фізичні і психологічні страждання, забезпечивши гідне закінчення життя [33].

Важливим аспектом сучасної паліативної допомоги є розвиток психоонкології, яка вивчає емоційні та психологічні проблеми пацієнтів з онкологічними захворюваннями. Як зазначають Маркова та інші, надання комплексної психологічної допомоги дозволяє знизити рівень тривожності та депресії у таких пацієнтів, що, в свою чергу, покращує їхнє емоційне самопочуття [22, с. 35].

Паліативна допомога також включає психологічну підготовку пацієнтів до смерті. Дослідники підкреслюють важливість психологічної підтримки в процесі прийняття факту неминучої смерті, допомоги у вираженні емоцій і страхів, а також роботи з родичами, які потребують підтримки в період горювання. Відповідно до досліджень Войтовича, горювання є складним психологічним процесом, який також вимагає уваги спеціалістів [6, с. 15].

Класифікація паліативної допомоги:

1. За рівнем надання медичної допомоги:

- Первинна паліативна допомога надається на первинному рівні охорони здоров'я, зазвичай в амбулаторних умовах. Основна увага приділяється полегшенню симптомів захворювання та підтримці емоційного стану пацієнта. Цей вид допомоги забезпечують лікарі загальної практики та медсестри, що працюють на першій лінії медичних послуг.
- Спеціалізована паліативна допомога надається у спеціалізованих відділеннях або закладах охорони здоров'я, де працюють фахівці з підготовкою у сфері роботи з тяжкохворими пацієнтами. До складу команди входять лікарі, психологи, соціальні працівники та інші фахівці, що забезпечують мультидисциплінарний підхід до паліативної допомоги.

2. За місцем надання допомоги:

- Паліативна допомога вдома передбачає надання підтримки пацієнтам у домашніх умовах. Цей вид допомоги є особливо важливим для тих пацієнтів, які хочуть залишитися вдома на останніх стадіях захворювання. Родичі та близькі пацієнта залучаються до процесу догляду, а медичні фахівці надають консультації та періодично відвідують пацієнта для контролю стану.
- Госпітальна паліативна допомога надається в лікарнях і забезпечує пацієнтам інтенсивну медичну та психологічну підтримку. Госпітальна паліативна допомога дозволяє ефективно контролювати симптоми захворювання та забезпечувати постійний доступ до медичних послуг.
- Хоспісна допомога надається в спеціалізованих закладах – хоспісах. Основна мета цього виду допомоги полягає в наданні пацієнтам комфорту, полегшенні симптомів та підтримці їхніх родин, коли лікування хвороби вже не є можливим.

3. За етапами надання:

- Рання паліативна допомога надається на початкових етапах захворювання, коли симптоми піддаються контролю, але вже починають негативно впливати на якість життя пацієнта. Цей вид допомоги спрямований на поступову адаптацію до хвороби та залучення пацієнта до прийняття рішень щодо подальшого лікування.
- Паліативна допомога на пізніх стадіях захворювання застосовується, коли лікування більше не є можливим, і основний фокус зміщується на полегшення симптомів та емоційну підтримку пацієнта.

4. За напрямками психологічної підтримки:

- Психоонкологічна підтримка надається пацієнтам з онкологічними захворюваннями. Вона зосереджується на зниженні рівня тривожності, депресії та страху смерті, що є надзвичайно важливими для пацієнтів на останніх стадіях хвороби.
- Психотерапевтична підтримка надається пацієнтам з важкими

психологічними станами, такими як депресія, суїцидальні думки чи емоційне виснаження. Психотерапевтичні втручання також включають терапію горя, яка допомагає пацієнтам та їхнім родинам справлятися з втратою та підготовкою до смерті.

- Соціально-психологічна підтримка спрямована не лише на пацієнтів, але й на їхні родини. Вона допомагає родинам справлятися з труднощами догляду за тяжкохворими та приймати складні рішення щодо лікування та підтримки.

Таким чином, розвиток танатології та паліативної допомоги є важливим етапом у сучасній медичній практиці, що підвищує якість життя пацієнтів на останніх стадіях хвороби та забезпечує гідну підтримку їхнім родинам. Сучасні підходи до паліативної допомоги акцентують увагу на важливості мультидисциплінарного підходу, що включає медичну, психологічну та соціальну підтримку.

1.2. Опис ключових психологічних процесів, через які проходять термінально хворі пацієнти

Термінально хворі пацієнти проходять через ряд психологічних процесів, пов'язаних із прийняттям неминучої смерті та адаптацією до свого стану. Ці процеси можна розглядати як етапи емоційної і психологічної реакції на смертельну хворобу, які важливо враховувати для забезпечення адекватної психологічної підтримки.

1. Етап заперечення: Заперечення є першою реакцією на діагноз невиліковної хвороби. Пацієнти можуть відмовлятися визнавати реальність свого стану, прагнучи уникнути емоційного болю, пов'язаного зі смертю. Це захисний механізм, що дозволяє тимчасово зменшити шок від новини. На цьому етапі психологічна підтримка важлива для того, щоб пацієнт поступово почав усвідомлювати свій стан і перейти до наступного

етапу прийняття [14, с. 25].

2. Етап гніву: Після заперечення пацієнти можуть переживати гнів і роздратування, спрямовані на лікарів, близьких або на самих себе. Важливо розуміти, що гнів є природною реакцією на втрату контролю над своїм життям. Пацієнти часто задають питання: "Чому це сталося зі мною?" або "Чому це відбувається саме зараз?". Психологам важливо допомогти пацієнтам виразити цей гнів у конструктивний спосіб, щоб він не призвів до конфліктів чи ізоляції [6, с. 13].

3. Етап торгу: На цьому етапі пацієнти можуть спробувати "домовитися" зі своєю долею, шукаючи способи відстрочити смерть. Це може бути виражено в спробах змінити спосіб життя, обіцянках покращити своє здоров'я чи стосунки. Пацієнти можуть також шукати альтернативні методи лікування, навіть коли медичні можливості вичерпані. На цьому етапі важливо підтримувати пацієнта у спробах знайти рішення, але також надавати йому реалістичну інформацію щодо його стану [19, с. 25].

4. Етап депресії: Депресія є одним із найважчих психологічних процесів, через які проходять термінально хворі пацієнти. Усвідомлення неминучої втрати життя призводить до глибокої емоційної кризи. Пацієнти можуть відчувати безнадійність, страх і смуток, що може посилюватися ізоляцією від суспільства або почуттям, що вони є тягарем для своїх близьких. Важливою складовою на цьому етапі є надання психотерапевтичної допомоги для зниження рівня депресії та емоційного болю [12, с. 92].

5. Етап прийняття: Прийняття є заключним етапом психологічної адаптації до термінальної хвороби. Пацієнти, які досягають цього етапу, починають приймати свою смертність як природний процес. Вони можуть більше не боротися зі смертю, а зосереджуватися на завершенні своїх справ, вирішенні сімейних та емоційних питань, а також на підготовці до відходу з життя. На цьому етапі психологічна підтримка

включає допомогу в плануванні останніх днів життя та зниженні страху перед невідомістю [30, с. 230].

Класифікація емоційних процесів термінально хворих пацієнтів:

1. Когнітивні процеси:

- Заперечення реальності хвороби.
- Пошук інформації щодо альтернативного лікування.
- Прийняття невідворотності смерті.

2. Емоційні процеси:

- Гнів і фрустрація.
- Смуток і депресія.
- Примирення зі своєю долею.

3. Соціальні процеси:

- Відновлення або руйнування стосунків із близькими.
- Ізоляція або соціальна підтримка.
- Підготовка родини до відходу пацієнта.

Термінальні пацієнти проходять через кілька ключових психологічних етапів, кожен із яких потребує адекватної підтримки. Розуміння цих етапів допомагає медикам і психологам краще адаптувати методи надання допомоги та зменшити страждання пацієнтів, полегшуючи перехід до етапу прийняття смерті.

1.3. Загальні закономірності і психологічний профіль хворих на рак

Хворі на рак стикаються з численними емоційними, психологічними та соціальними викликами, які виникають у відповідь на серйозне діагностування. Вивчення загальних закономірностей у реакціях

таких пацієнтів дозволяє сформувати типовий психологічний профіль онкохворих, що допомагає ефективніше організувати психологічну підтримку і терапію.

Загальні закономірності психологічних реакцій хворих на рак:

1. Переживання тривоги і страху: Однією з основних емоційних реакцій на діагноз раку є сильна тривога та страх. Ці почуття зазвичай пов'язані з невизначеністю щодо майбутнього, страхом смерті, хворобливими процедурами та втратою контролю над своїм життям. Пацієнти можуть переживати інтенсивну тривогу як під час діагностування, так і в процесі лікування, що значно впливає на їхнє емоційне самопочуття.

2. Відчуття безнадійності та депресія: Депресивні симптоми є досить поширеними серед онкохворих пацієнтів. Багато з них відчувають безнадійність, вважаючи, що їхнє життя завершене або що лікування не дасть позитивних результатів. Такий стан поглиблюється в тих випадках, коли пацієнти стикаються з великим фізичним болем або ускладненнями в процесі лікування. Депресія може проявлятися в небажанні боротися з хворобою, зниженні активності, а також у соціальній ізоляції [19, с. 28].

3. Проблеми зі сприйняттям свого тіла: Лікування раку, особливо хіміотерапія та хірургічні втручання, можуть призвести до змін зовнішнього вигляду пацієнта, що суттєво впливає на його самовідчуття і впевненість у собі. Це особливо характерно для пацієнтів з онкологією молочних залоз, шкіри, органів голови та шиї. Втрата волосся, шрами та інші видимі зміни можуть викликати сором, зниження самооцінки та проблеми у стосунках із оточенням.

4. Психосоціальна ізоляція: Багато онкохворих пацієнтів відчувають себе ізольованими від суспільства через свій стан. Соціальна підтримка може бути недостатньою через нерозуміння зі сторони друзів та навіть родичів, а іноді пацієнти самі схильні до самоізоляції, оскільки не хочуть обтяжувати близьких своїм станом. Така ізоляція сприяє

поглибленню депресивних симптомів і відчуття безпорадності [12, с. 93].

5. Стратегії подолання (копінг-стратегії): Пацієнти застосовують різні копінг-стратегії для того, щоб впоратися з емоційним навантаженням, пов'язаним із діагнозом та лікуванням раку. Серед них виділяють дві основні стратегії:

- Активне подолання, яке включає пошук інформації про хворобу, активну участь у лікуванні та підтримці зв'язку з родиною і медичними працівниками.
- Уникнення, яке характеризується відмовою від обговорення хвороби, запереченням серйозності стану та ізоляцією від оточення. Уникнення є менш адаптивною стратегією, оскільки воно часто призводить до погіршення емоційного стану [27, с. 57].

Психологічний профіль онкохворих

1. Високий рівень тривожності. Онкохворі пацієнти часто демонструють високий рівень тривожності, яка може супроводжувати їх протягом усього періоду лікування. Ця тривожність є реакцією на невизначеність майбутнього та страх перед болем і смертю.
2. Схильність до депресії. Багато пацієнтів стикаються з депресивними настроями, які є відповіддю на втрату надії на одужання або страх перед погіршенням фізичного стану. Цей компонент є важливим у психологічному профілі, оскільки депресія може значно ускладнювати лікування і знижувати якість життя пацієнтів.

3. Потреба в соціальній підтримці. Соціальна ізоляція є характерною ознакою багатьох онкохворих пацієнтів, тому їх психологічний профіль включає високу потребу в підтримці з боку сім'ї, друзів та медичного персоналу. Відсутність соціальної підтримки може значно погіршувати емоційний стан хворих.

4. Знижена самооцінка через зміни зовнішнього вигляду. Зміни в зовнішності, спричинені хірургічним втручанням чи хіміотерапією, можуть серйозно вплинути на самооцінку пацієнтів. Вони можуть

почувати себе менш привабливими і менш впевненими у взаємодії з оточуючими.

5. Використання копінг-стратегій. Пацієнти з онкологічними захворюваннями можуть обирати різні підходи до подолання емоційного навантаження. Ті, хто обирає активне подолання, зазвичай краще адаптуються до лікування та зберігають вищий рівень емоційної стабільності.

Психологічний профіль онкохворих пацієнтів характеризується високим рівнем тривожності, депресивними настроями, проблемами із самооцінкою через фізичні зміни та потребою у соціальній підтримці. Розуміння цих закономірностей дозволяє розробляти ефективні стратегії психологічної підтримки для покращення емоційного та психічного стану пацієнтів.

1.4. Психологічна підтримка онкохворих та їхніх родин

Психологічна підтримка є критично важливим компонентом комплексного лікування онкохворих пацієнтів. Вона має на меті зменшити емоційний стрес, покращити адаптаційні механізми та допомогти пацієнтам прийняти свій стан. Психотерапевтичні інтервенції зосереджуються на тому, щоб знизити рівень тривожності, депресії, страху смерті та підвищити загальну якість життя пацієнтів. Підтримка повинна бути надана як під час діагностування, так і впродовж усього лікувального процесу, зокрема в період паліативної допомоги. Основна увага в психологічній підтримці зосереджена на створенні безпечного середовища, де пацієнт може виражати свої емоції та переживання без страху осуду.

Ключовою частиною психологічної підтримки є емоційна допомога у подоланні тривоги та депресії. Для цього використовуються різні

психотерапевтичні підходи, такі як когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), яка допомагає пацієнтам змінити негативні переконання та мисленнєві моделі щодо хвороби. Через техніки когнітивної реструктуризації пацієнти вчаться ідентифікувати свої ірраціональні думки, такі як "Я приречений" або "Моє життя закінчене", і замінювати їх на більш реалістичні та конструктивні установки. Важливою складовою роботи є також навчання пацієнтів навичкам управління емоціями, що допомагає зменшити рівень стресу та полегшити адаптацію до лікування.

Психологічна підтримка також включає соціально-психологічну адаптацію до змін у фізичному стані, особливо коли лікування супроводжується змінами зовнішнього вигляду (втрата волосся, шрами після операцій тощо). У таких випадках важливо працювати з проблемами самооцінки та відчуттям власної привабливості. Психотерапевти допомагають пацієнтам навчитися приймати себе в нових умовах та адаптуватися до змін у своєму тілі. У таких випадках можуть застосовуватися групові терапевтичні сесії, де пацієнти можуть ділитися своїм досвідом з іншими, хто знаходиться в подібній ситуації, отримуючи взаємну підтримку та зміцнюючи власне емоційне здоров'я.

Окрім роботи з пацієнтами, психологічна підтримка обов'язково охоплює родини онкохворих. Родичі часто переживають не менший емоційний стрес, ніж самі пацієнти, оскільки вони стикаються з почуттям безпорадності та тривоги щодо майбутнього своїх близьких. Психологічна робота з родинами включає допомогу в навчанні технікам підтримки пацієнтів, а також зменшення почуття провини, що часто виникає у близьких. Родинам необхідно навчитися ефективно комунікувати з хворим, підтримуючи його психологічно, водночас піклуючись про власне емоційне здоров'я. Також важливо враховувати, що догляд за хворим може викликати виснаження у членів родини, тому вони також потребують психологічної допомоги для запобігання емоційному вигоранню.

Психотерапія горя є важливим компонентом психологічної підтримки, особливо у випадках, коли пацієнт перебуває на пізніх стадіях захворювання або отримує паліативну допомогу. Родинам допомагають підготуватися до можливості втрати близької людини, зменшуючи страх і стрес, пов'язані з процесом прощання. У таких випадках використовується терапія горя, яка фокусується на тому, щоб допомогти близьким пережити втрату, впоратися зі своїми емоціями та знайти новий сенс після втрати. Родинам важливо навчитися бути емоційно доступними для хворого, але при цьому зберігати власну стійкість у цей складний період.

Таким чином, психологічна підтримка онкохворих та їхніх родин є комплексним процесом, який охоплює не тільки роботу з емоційним станом пацієнтів, але й адаптацію до змін у їхньому житті, навчання ефективним стратегіям подолання стресу та роботу з родинами для забезпечення максимальної підтримки в цей складний період.

Висновки до розділу 1

У першому розділі було розглянуто ключові психологічні аспекти, пов'язані з термінальними захворюваннями та підтримкою онкохворих пацієнтів. Аналіз розвитку танатології показав, що розуміння смерті як природного процесу значно еволюціонувало, що сприяло розвитку паліативної допомоги та психоонкології. Психологічна підтримка в процесі лікування важливих захворювань, таких як рак, відіграє центральну роль у полегшенні емоційних страждань пацієнтів і їхніх родин. Крім того, було виявлено, що хворі на рак проходять через низку психологічних етапів, включаючи тривогу, гнів, депресію та прийняття. Психологічний профіль онкохворих характеризується високим рівнем тривожності, схильністю до депресії, труднощами із самооцінкою та

потребою у соціальній підтримці. Комплексна психологічна допомога дозволяє зменшити негативний вплив цих факторів та покращити якість життя пацієнтів на всіх етапах захворювання, зокрема у період паліативної допомоги.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ СТАВЛЕННЯ ОНКОХВОРОГО ДО ВЛАСНОЇ ХВОРОБИ

2.1. Психодіагностичні інструменти та засоби дослідження ставлення онкохворого до власної хвороби

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

Пацієнти обиралися з огляду на їх психофізіологічні показники, зокрема стадію хвороби та доступність до психокорекційних заходів.

Проведення емпіричного дослідження щодо ставлення онкохворих пацієнтів до власної хвороби передбачає використання ефективних та науково обґрунтованих психодіагностичних інструментів, які дозволяють оцінити рівень тривожності, депресії, стресу, емоційного вигорання та загальної якості життя. Нижче представлено комплекс методик, що застосовувалися для діагностики емоційного стану пацієнтів, включаючи Госпітальну шкалу тривоги та депресії (HADS), Шкалу депресії Бека (BDI-II), Шкалу сприйняття стресу (PSS), EORTC QLQ-C30 та Шкалу емоційного вигорання Маслач (MBI). Кожна з цих методик була обрана з огляду на її відповідність завданням дослідження та здатність всебічно оцінити психологічні чинники, що впливають на сприйняття хвороби.

Дослідження було організоване в кілька послідовних етапів, які

дозволяють комплексно оцінити психологічний стан пацієнтів на різних етапах їх лікування. Рисунок 2.1. описує кожен етап і його завдання:

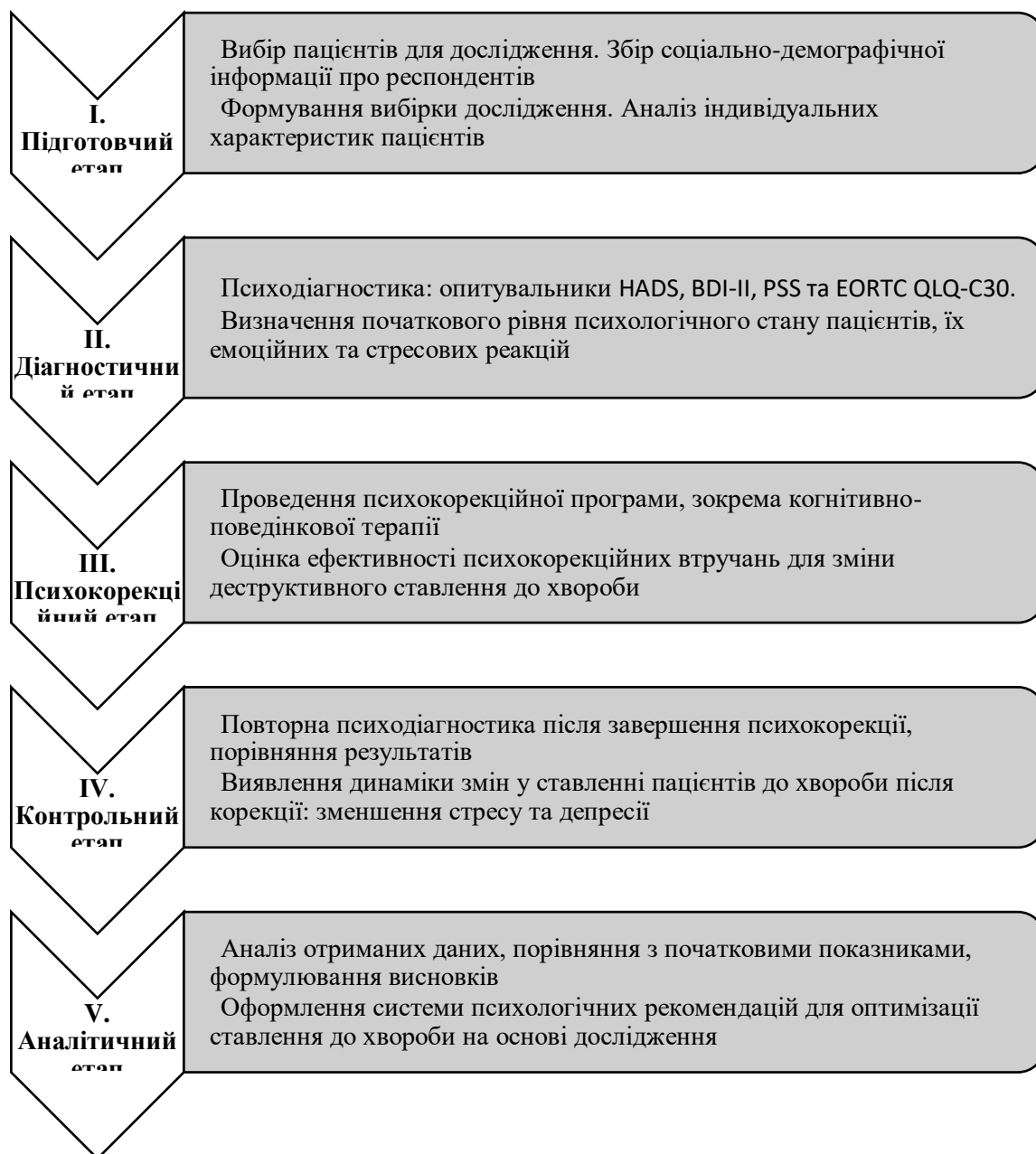


Рисунок. 2.1 - Етапи проведення дослідження

Таке поетапне дослідження забезпечує логічну послідовність дій та дозволяє комплексно оцінити зміни в психологічному стані пацієнтів.

1. Опитувальник EORTC QLQ-C30 був використаний для оцінки якості життя онкохворих за двома основними групами показників: функціональні та симптоматичні. Це міжнародно визнана методика, що дає можливість вивчати, як різні аспекти захворювання та лікування

впливають на фізичний, емоційний, когнітивний і соціальний стан пацієнтів. У дослідженні взяли участь 35 осіб (n=35), які проходили стаціонарне лікування в Херсонському обласному клінічному онкологічному диспансері. Пацієнти заповнювали опитувальник на початковому етапі дослідження і після завершення психокорекційної програми.

Таблиця 2.1. - Зміна показників функціональних симптомів за опитувальником EORTC QLQ-C30

Показник	До корекції	Після корекції	P
Фізичне функціонування (PF)	63,50 ± 2,012	72,60 ± 2,410	<0,01
Рольове функціонування (RF)	59,30 ± 3,017	67,40 ± 2,893	>0,05
Емоційне функціонування (EF)	55,20 ± 2,705	71,50 ± 3,123	<0,001
Когнітивна функція (CF)	65,70 ± 3,214	75,20 ± 2,904	<0,01
Соціальний статус (SF)	58,80 ± 3,108	67,90 ± 2,874	<0,01
Загальний фізичний стан (GHS)	60,50 ± 2,678	72,30 ± 2,514	<0,01

Після психокорекційної програми було відзначено суттєве покращення показників функціональних сфер життя пацієнтів. Найбільш виражені зміни спостерігалися в емоційному функціонуванні (EF), яке зросло на 16.3 пункти ($p < 0,001$), що свідчить про значне зниження емоційної напруги, тривоги та депресії у пацієнтів. Фізичне функціонування (PF) також суттєво покращилось, зростання на 9.1 пункти ($p < 0,01$), що вказує на підвищення рівня фізичної активності після втручання. Когнітивна функція (CF) покращилась на 9.5 пункти ($p < 0,01$), а соціальний статус (SF) на 9.1 пункти ($p < 0,01$), що свідчить про покращення інтеграції пацієнтів у соціум та зменшення почуття ізольованості.

Після проведення психокорекційної програми було відзначено суттєве зменшення симптоматичних показників у пацієнтів (Таблиця 2.2). Найбільше зниження спостерігалось за показником втоми (FA), яке зменшилось на 9.5 пункти ($p < 0,01$), що свідчить про значне покращення фізичного стану пацієнтів.

Таблиця 2.2. - Зміна симптоматичних показників за
опитувальником EORTC QLQ-C30

Показник	До корекції	Після корекції	P
Втома (FA)	68,40 ± 2,674	58,90 ± 3,115	<0,01
Нудота / блювота (NV)	38,70 ± 2,801	30,60 ± 2,950	>0,05
Біль (PA)	62,50 ± 3,172	49,70 ± 3,243	<0,01
Задишка (DY)	55,60 ± 2,919	48,20 ± 2,876	<0,05
Безсоння (SL)	65,80 ± 2,482	56,30 ± 3,141	<0,01
Втрата апетиту (AP)	50,30 ± 2,574	42,80 ± 2,911	<0,05
Запор (CO)	40,70 ± 2,108	35,20 ± 2,538	>0,05

Також суттєво знизився рівень болю (PA) – на 12.8 пункти ($p < 0,01$), що вказує на покращення загального самопочуття пацієнтів та зниження фізичних страждань. Безсоння (SL) знизилося на 9.5 пункти ($p < 0,01$), що свідчить про покращення сну після корекційного втручання. Інші симптоматичні показники, як-от нудота (NV) та запор (CO), також продемонстрували позитивну динаміку, але без статистично значущих змін ($p > 0,05$).

2. Методика оцінки психологічного стресу (PSS).

Для оцінки рівня психологічного стресу у пацієнтів було використано шкалу PSS, яка є одним із найпоширеніших інструментів для вимірювання суб'єктивного рівня стресу. Ця методика дозволяє визначити, як пацієнти сприймають різні ситуації у своєму житті як стресові та як вони адаптуються до цих ситуацій. Опитування за PSS проводилося двічі: до початку психокорекційної програми та після її завершення. В дослідженні взяли участь 35 осіб ($n=35$), які перебували на стаціонарному лікуванні в онкологічному диспансері.

У таблиці 2.3 представлені зміни у загальному рівні стресу, вимірюваному за шкалою PSS, до і після проведення психокорекційної програми.

Як видно з таблиці 2.3, середній рівень стресу значно знизився після психокорекційної програми (з $24,5 \pm 3,102$ до $16,3 \pm 2,873$, $p < 0,001$), що свідчить про позитивний вплив терапевтичного втручання. Кількість

пацієнтів із високим рівнем стресу також зменшилася з 32% до 18% ($p < 0,01$). Натомість, збільшилася кількість пацієнтів із помірним рівнем стресу – з 48% до 64% ($p < 0,05$), що свідчить про покращення адаптаційних можливостей пацієнтів.

Таблиця 2.3. - Зміна загального рівня стресу за шкалою PSS

Показник	До корекції	Після корекції	Зміна (Δ)	P
Середній рівень стресу (середнє значення)	24,5 \pm 3,102	16,3 \pm 2,873	-8,2	<0,001
Високий рівень стресу (%)	32%	18%	-14%	<0,01
Помірний рівень стресу (%)	48%	64%	+16%	<0,05
Низький рівень стресу (%)	20%	18%	-2%	>0,05

Однією з ключових категорій у вимірюванні стресу є емоційні реакції. У таблиці 2.4 представлені зміни в емоційних реакціях на стрес до і після психокорекційної програми.

Таблиця 2.4. - Зміна емоційних реакцій на стрес за шкалою PSS

Емоційні реакції	До корекції	Після корекції	Зміна (Δ)	P
Відчуття тривоги	5,7 \pm 1,201	3,9 \pm 1,032	-1,8	<0,001
Емоційне виснаження	6,2 \pm 1,411	4,1 \pm 1,236	-2,1	<0,01
Частота негативних думок	5,8 \pm 1,327	4,2 \pm 1,194	-1,6	<0,01

З таблиці видно, що емоційні показники стресу значно покращились після втручання. Зокрема, відчуття тривоги зменшилось на 1,8 пункти ($p < 0,001$), що свідчить про зниження емоційної напруги та тривожності у пацієнтів. Емоційне виснаження також зменшилось на 2,1 пункти ($p < 0,01$), що свідчить про зниження психічної втоми. Частота негативних думок зменшилась на 1,6 пункти ($p < 0,01$), що демонструє покращення загального емоційного стану.

Когнітивні реакції включають здатність концентруватись та приймати рішення, що можуть бути порушені через стрес. У таблиці 2.5

представлено зміни в когнітивних реакціях на стрес.

Таблиця 2.5. - Зміна когнітивних реакцій на стрес за шкалою PSS

Когнітивні реакції	До корекції	Після корекції	Зміна (Δ)	P
Нездатність концентруватися	4,5 \pm 1,201	3,2 \pm 1,091	-1,3	<0,05
Нездатність приймати рішення	5,1 \pm 1,341	3,6 \pm 1,267	-1,5	<0,05
Відчуття перевантаженості	6,5 \pm 1,498	4,7 \pm 1,303	-1,8	<0,01

Після проведення психокорекційної програми спостерігалось значне покращення когнітивних функцій пацієнтів. Нездатність концентруватися знизилася на 1,3 пункти ($p < 0,05$), а нездатність приймати рішення зменшилася на 1,5 пункти ($p < 0,05$). Відчуття перевантаженості зменшилося на 1,8 пункти ($p < 0,01$), що свідчить про зниження відчуття стресового тиску на пацієнтів.

Поведінкові реакції на стрес характеризуються змінами у соціальній взаємодії та здатності вирішувати проблеми. У таблиці 2.6 наведено результати щодо поведінкових реакцій на стрес.

Таблиця 2.6. - Зміна поведінкових реакцій на стрес за шкалою PSS

Поведінкові реакції	До корекції	Після корекції	Зміна (Δ)	P
Агресивність	4,0 \pm 1,221	3,0 \pm 1,114	-1,0	>0,05
Втеча від проблем	5,3 \pm 1,341	4,1 \pm 1,292	-1,2	<0,05
Соціальна ізоляція	5,8 \pm 1,409	4,4 \pm 1,234	-1,4	<0,01

Як показано в таблиці 2.6, після психокорекційної програми зменшилася соціальна ізоляція на 1,4 пункти ($p < 0,01$), що вказує на покращення соціальної адаптації пацієнтів. Втеча від проблем також зменшилась на 1,2 пункти ($p < 0,05$), що свідчить про більшу готовність пацієнтів вирішувати проблеми. Показник агресивності знизився на 1,0 пункти, але не досяг статистично значущих змін ($p > 0,05$).

Результати за методикою PSS показали значне зниження рівня стресу в пацієнтів після психокорекційного втручання. Особливо яскраво це виражено у когнітивних та емоційних показниках, що свідчить про покращення психічного та соціального благополуччя пацієнтів.

3. Методика оцінки тривоги та депресії за Госпітальною шкалою тривоги та депресії (HADS)

Для оцінки рівня тривоги та депресії у пацієнтів з онкологічними захворюваннями використовувалась Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS). Ця шкала була розроблена для оцінки емоційного стану пацієнтів у лікарняних умовах і широко використовується для виявлення симптомів тривоги та депресії у соматичних хворих. Шкала HADS має дві субшкали: одну для вимірювання тривоги (HADS-A) і одну для вимірювання депресії (HADS-D). Кожна субшкала містить по 7 питань, а максимальна кількість балів за кожну з них складає 21.

Дослідження проводилося серед 35 пацієнтів (n=35), які перебували на стаціонарному лікуванні в Херсонському обласному клінічному онкологічному диспансері. Пацієнти заповнювали анкету HADS двічі: до початку психокорекційної програми та після її завершення. Це дозволило оцінити зміни у рівнях тривоги та депресії після втручання.

Таблиця 2.7. - Зміна рівня тривоги за шкалою HADS-A

Показник	До корекції	Після корекції	Зміна (Δ)	P
Середній рівень тривоги	12,5 \pm 2,014	8,3 \pm 1,702	-4,2	<0,001
Високий рівень тривоги (%)	40%	20%	-20%	<0,01
Помірний рівень тривоги (%)	45%	55%	+10%	<0,05
Низький рівень тривоги (%)	15%	25%	+10%	>0,05

Як видно з таблиці 2.7, середній рівень тривоги у пацієнтів значно знизився після проведення психокорекційної програми. До втручання середній рівень тривоги складав 12,5 \pm 2,014 балів, що вказує на помірний рівень тривоги у більшості пацієнтів, тоді як після корекції цей показник знизився до 8,3 \pm 1,702 балів (p<0,001). Крім того, відсоток пацієнтів з високим рівнем тривоги зменшився з 40% до 20% (p<0,01), що свідчить про ефективність психокорекційних заходів. Помірний рівень тривоги зріс на 10%, що демонструє тенденцію до зниження стресу та тривожних розладів.

Таблиця 2.8. - Зміна рівня депресії за шкалою HADS-D

Показник	До корекції	Після корекції	Зміна (Δ)	P
Середній рівень депресії	11,8 \pm 2,217	7,5 \pm 1,993	-4,3	<0,001
Високий рівень депресії (%)	35%	18%	-17%	<0,01
Помірний рівень депресії (%)	50%	60%	+10%	<0,05
Низький рівень депресії (%)	15%	22%	+7%	>0,05

Таблиця 2.8 демонструє значне зниження рівня депресії у пацієнтів після завершення психокорекційної програми. До втручання середній рівень депресії складав 11,8 \pm 2,217 балів, що свідчить про помірний рівень депресії у пацієнтів. Після втручання цей показник знизився до 7,5 \pm 1,993 балів ($p < 0,001$), що є статистично значущим результатом. Відсоток пацієнтів з високим рівнем депресії зменшився з 35% до 18% ($p < 0,01$), що свідчить про зниження симптомів депресії після психологічної корекції. Збільшення кількості пацієнтів з помірним рівнем депресії до 60% також свідчить про зниження загального емоційного напруження та депресивних симптомів.

Таблиця 2.9. - Зміна суб'єктивних показників тривоги та депресії за шкалою HADS

Показник	До корекції	Після корекції	Зміна (Δ)	P
Відчуття безвиході	5,2 \pm 1,341	3,6 \pm 1,204	-1,6	<0,001
Відчуття пригніченості	6,1 \pm 1,439	4,2 \pm 1,287	-1,9	<0,01
Тривожні думки	5,8 \pm 1,312	4,0 \pm 1,214	-1,8	<0,01
Соціальна ізоляція	6,0 \pm 1,473	4,5 \pm 1,348	-1,5	<0,05
Відчуття страху перед майбутнім	5,5 \pm 1,289	4,1 \pm 1,227	-1,4	<0,05

Як видно з таблиці 2.9, суб'єктивні показники тривоги та депресії значно знизилися після психокорекційної програми. Відчуття безвиході знизилося на 1,6 пункти ($p < 0,001$), що свідчить про позитивний вплив корекції на емоційний стан пацієнтів. Відчуття пригніченості також зменшилось на 1,9 пункти ($p < 0,01$), що демонструє покращення настрою та зменшення депресивних проявів. Зниження тривожних думок на 1,8 пункти ($p < 0,01$) свідчить про зниження рівня тривоги, а соціальна ізоляція

зменшилась на 1,5 пункти ($p < 0,05$), що вказує на покращення соціальних контактів та взаємодії.

Результати за методикою HADS свідчать про суттєве зниження рівня тривоги та депресії у пацієнтів після проведення психокорекційної програми. Значні зміни у показниках тривоги, депресії та суб'єктивних відчуттях емоційного стану підтверджують ефективність психокорекції та її позитивний вплив на емоційне благополуччя онкохворих пацієнтів.

4. Методика оцінки депресії за шкалою Бека (BDI-II).

Для оцінки рівня депресії у пацієнтів використовувалась Шкала депресії Бека (BDI-II), що є одним із найпоширеніших інструментів для виявлення депресивних симптомів. Шкала включає 21 питання, що стосуються когнітивних, емоційних та фізичних аспектів депресії, з максимальною кількістю балів 63. Дослідження проводилось серед 35 пацієнтів ($n=35$) до та після психокорекційної програми.

Для зручності представлення даних, використаємо дві зведені діаграми: одна для загальних рівнів депресії, інша — для категорій симптомів депресії.

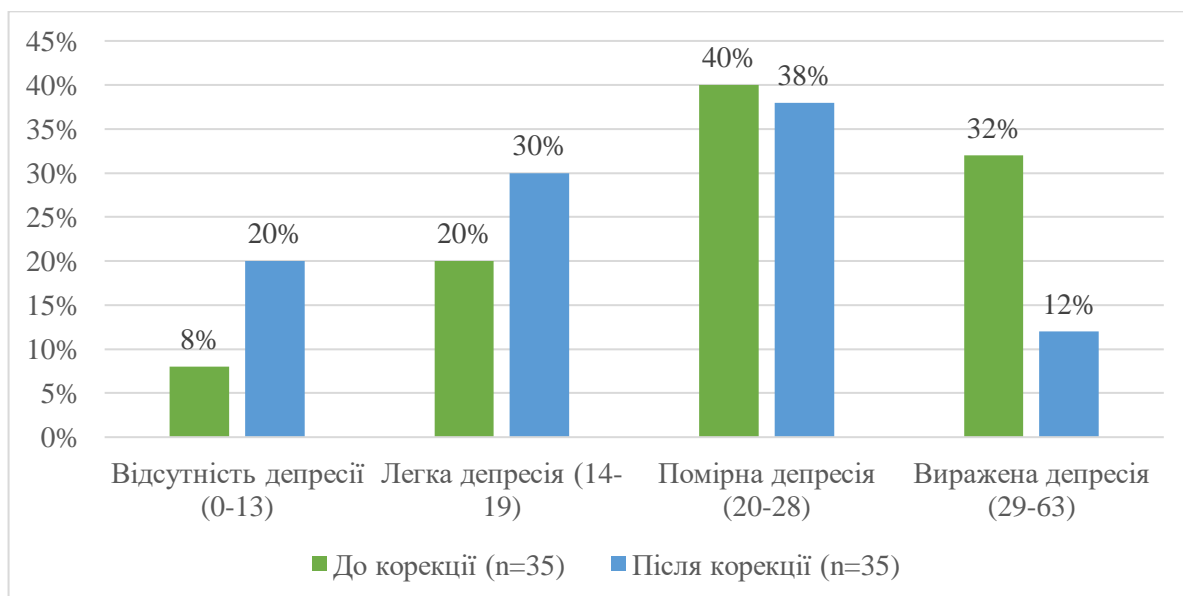


Рисунок 2.2. - Зміна загального рівня депресії за шкалою Бека (BDI-II)

З рис.2.2. видно, що після психокорекційної програми кількість

пацієнтів із відсутністю депресії зроста з 8% до 20% ($p < 0,01$), що свідчить про позитивний вплив втручання. Відсоток пацієнтів із легкою депресією також збільшився на 10% ($p < 0,05$), що свідчить про зменшення тяжкості депресивних симптомів. Значно зменшилася кількість пацієнтів із вираженою депресією – з 32% до 12% ($p < 0,001$), що вказує на значне покращення емоційного стану.

Таблиця 2.10. - Зміна показників категорій депресивних симптомів за шкалою Бека (BDI-II)

Категорії симптомів	До корекції (середнє значення)	Після корекції (середнє значення)	Зміна (Δ)	P
Когнітивні симптоми	12,5 \pm 2,341	8,9 \pm 2,104	-3,6	<0,001
Емоційні симптоми	14,3 \pm 2,872	10,2 \pm 2,527	-4,1	<0,001
Фізичні симптоми	10,8 \pm 2,147	7,6 \pm 2,031	-3,2	<0,01

Як показано в таблиці 2.10, після психокорекційної програми спостерігалось суттєве зниження симптомів депресії в усіх категоріях. Когнітивні симптоми, такі як відчуття безнадії та песимізму, зменшилися на 3,6 пункти ($p < 0,001$), що свідчить про покращення мислення та самооцінки пацієнтів. Емоційні симптоми, включаючи відчуття смутку та втрату інтересу до життя, знизилися на 4,1 пункти ($p < 0,001$). Фізичні симптоми, такі як втома та порушення сну, також суттєво покращились, знизившись на 3,2 пункти ($p < 0,01$).

Зведені результати за шкалою Бека (BDI-II) показують значне покращення психологічного стану пацієнтів після проведення психокорекційної програми. Відбулося суттєве зниження як загальних рівнів депресії, так і окремих когнітивних, емоційних та фізичних симптомів. Це свідчить про ефективність психокорекційних заходів у зменшенні депресивних симптомів та покращенні загальної якості життя пацієнтів з онкологічними захворюваннями.

5. Методика оцінки емоційного стану за шкалою Маслач (MBI).

Шкала Маслач (Maslach Burnout Inventory - MBI) використовується

для оцінки рівня емоційного вигорання, що може виникати у пацієнтів внаслідок тривалих стресових ситуацій, пов'язаних із хворобою та лікуванням. Методика оцінює три основні компоненти емоційного вигорання: емоційне виснаження, деперсоналізація та відчуття особистих досягнень. Кожен з компонентів вимірюється за окремою субшкалою.

Дослідження проводилось серед 35 пацієнтів (n=35), які перебували на стаціонарному лікуванні, до та після психокорекційної програми.

Таблиця 2.11. - Зміна показників емоційного вигорання за шкалою Маслач (МВІ)

Показник	До корекції (n=35)	Після корекції (n=35)	Зміна (Δ)	P
Емоційне виснаження (ЕЕ)	27,5 \pm 3,201	18,9 \pm 2,654	-8,6	<0,001
Деперсоналізація (DP)	13,8 \pm 2,491	9,2 \pm 2,118	-4,6	<0,01
Відчуття особистих досягнень (РА)	31,7 \pm 3,105	36,8 \pm 2,957	+5,1	<0,01

Як видно з таблиці 2.11, після психокорекційної програми відбулося значне зниження показників емоційного вигорання. Емоційне виснаження (ЕЕ), яке є одним із основних компонентів емоційного вигорання, зменшилося на 8,6 пункти ($p < 0,001$), що свідчить про зниження загального рівня втоми та психоемоційного виснаження у пацієнтів. Деперсоналізація (DP), що характеризує відчуженість та втрату емоційної залученості, також знизилася на 4,6 пункти ($p < 0,01$), що вказує на покращення емоційного контакту з оточуючими. Відчуття особистих досягнень (РА) значно зросло (на 5,1 пункти, $p < 0,01$), що демонструє підвищення самооцінки та відчуття власної компетентності.

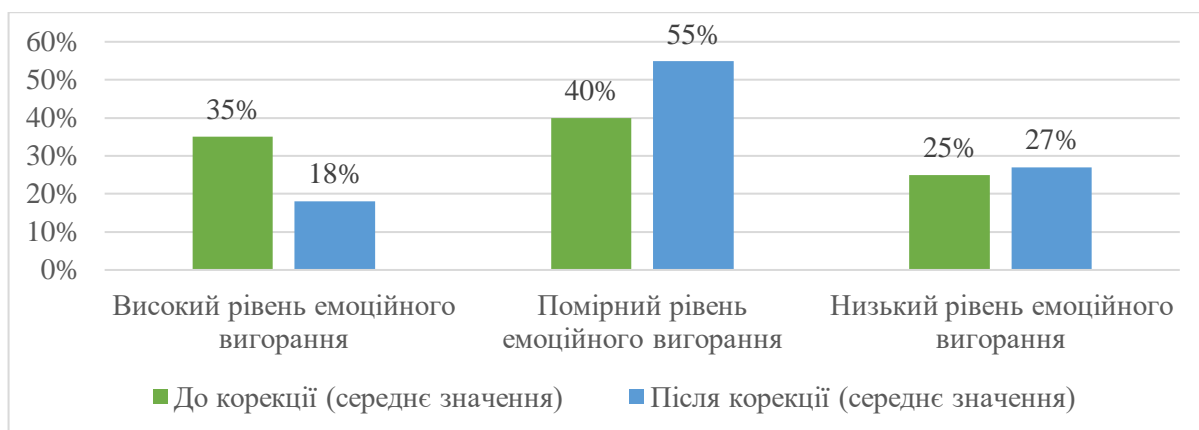


Рисунок 2.3. - Зміна категорій емоційного вигорання за шкалою Маслач (МВІ)

З рисунка 2.3, видно, що після психокорекційної програми кількість пацієнтів із високим рівнем емоційного вигорання зменшилась із 35% до 18% ($p < 0,01$). Одночасно збільшилась кількість пацієнтів із помірним рівнем емоційного вигорання з 40% до 55% ($p < 0,05$), що вказує на зниження інтенсивності емоційного виснаження. Кількість пацієнтів з низьким рівнем вигорання залишилась майже незмінною. Результати за шкалою Маслач (МВІ) показали, що після проведення психокорекційної програми відбулося суттєве зниження емоційного вигорання у пацієнтів. Значні зміни у показниках емоційного виснаження, деперсоналізації та відчуття особистих досягнень підтверджують ефективність втручання та його позитивний вплив на емоційний стан онкохворих пацієнтів.

В ході дослідження було використано п'ять основних психодіагностичних методик, результати яких наведено у таблиці 2.12.

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

Шкала депресії Бека (BDI-II) показала суттєве зменшення рівня депресії з 22,7 до 14,2 пункти (-8,5, $p < 0,001$). За шкалою Маслач, емоційне

виснаження знизилося на 8,6 пункти ($p < 0,001$), деперсоналізація — на 4,6 пункти ($p < 0,01$), що вказує на значне покращення емоційного стану пацієнтів.

Таблиця 2.12. - Загальні результати психокорекційного втручання за різними методиками

Методика	Показник	До корекції (середнє значення)	Після корекції (середнє значення)	Зміна (Δ)	P
EORTC QLQ-C30	Фізичне функціонування	63,5 \pm 2,012	72,6 \pm 2,410	+9,1	<0,01
	Емоційне функціонування	55,2 \pm 2,705	71,5 \pm 3,123	+16,3	<0,001
	Втома	68,4 \pm 2,674	58,9 \pm 3,115	-9,5	<0,01
Perceived Stress Scale (PSS)	Середній рівень стресу	24,5 \pm 3,102	16,3 \pm 2,873	-8,2	<0,001
	Високий рівень стресу (%)	32%	18%	-14%	<0,01
Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS)	Середній рівень тривоги	12,5 \pm 2,014	8,3 \pm 1,702	-4,2	<0,001
	Середній рівень депресії	11,8 \pm 2,217	7,5 \pm 1,993	-4,3	<0,001
Шкала депресії Бека (BDI-II)	Середній рівень депресії	22,7 \pm 3,014	14,2 \pm 2,562	-8,5	<0,001
	Відсутність депресії (%)	8%	20%	+12%	<0,01
Шкала Маслач (MBI)	Емоційне виснаження	27,5 \pm 3,201	18,9 \pm 2,654	-8,6	<0,001
	Деперсоналізація	13,8 \pm 2,491	9,2 \pm 2,118	-4,6	<0,01
	Відчуття особистих досягнень	31,7 \pm 3,105	36,8 \pm 2,957	+5,1	<0,01

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

За шкалою Perceived Stress Scale (PSS), середній рівень стресу значно знизився з 24,5 до 16,3 пункти (-8,2, $p < 0,001$), що свідчить про

успішне зменшення сприйнятого стресу після психокорекційної програми. Відсоток пацієнтів із високим рівнем стресу знизився з 32% до 18%, що вказує на покращення адаптаційних можливостей пацієнтів.

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

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

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

Кореляційна матриця, що була отримана для різних показників методик, демонструє взаємозв'язки між основними психологічними змінними, які оцінювались під час дослідження. Основною метою такого аналізу є виявлення сильних взаємозв'язків між окремими показниками для розуміння, які фактори суттєво впливають на емоційний та фізичний стан онкохворих пацієнтів (Додаток 3).

Основні результати кореляції:

1. Взаємозв'язок між рівнем тривоги (HADS-A) і емоційним виснаженням (MBI) показує кореляцію на рівні 0.3127, що свідчить про наявність помірною зв'язку між цими двома показниками. Це вказує на те, що чим вищий рівень тривоги у пацієнтів, тим сильніше виражене емоційне виснаження.
2. Середній рівень стресу (PSS) має помірний позитивний зв'язок з показником особистих досягнень (MBI), коефіцієнт кореляції

становить 0.4482. Це може свідчити про те, що пацієнти, які демонструють вищий рівень самостійності й досягнень, частіше сприймають стрес як конструктивний виклик.

3. Кореляція між рівнем тривоги (HADS-A) і фізичним функціонуванням (EORTC) становить -0.0804, що свідчить про слабкий негативний зв'язок. Це означає, що підвищений рівень тривоги може мати незначний вплив на зниження фізичного функціонування, хоча цей зв'язок не є значущим.
4. Емоційне функціонування (EORTC) демонструє помітний зворотний зв'язок із рівнем депресії (HADS-D) на рівні -0.2565, що вказує на те, що погіршення емоційного стану може бути пов'язане зі збільшенням рівня депресії.
5. Середній рівень стресу (PSS) має помірний позитивний зв'язок з рівнем депресії за шкалою BDI-II (0.3030), що вказує на те, що підвищений рівень стресу у пацієнтів пов'язаний з вищим рівнем депресивних симптомів.

Кореляційний аналіз показав, що основні психологічні показники, такі як тривога, стрес, депресія та емоційне виснаження, мають між собою помірний взаємозв'язок, що вказує на необхідність комплексного підходу до психологічної підтримки пацієнтів. Особливо важливими є показники тривоги та емоційного виснаження, які вимагають додаткової уваги під час терапії.

2.2. Психокорекційна програма зміни деструктивного ставлення онкохворого до своєї хвороби

Мета програми полягає в зміні деструктивного ставлення до хвороби у онкохворих пацієнтів шляхом зниження рівня тривоги, депресії та стресу. Основним завданням є формування конструктивного ставлення

до лікування та покращення якості життя пацієнтів. Програма базується на використанні когнітивно-поведінкових технік, які допомагають пацієнтам осмислити та змінити свої деструктивні переконання про хворобу, а також навчитися управляти негативними емоціями.

Програма розроблена для онкохворих пацієнтів, які перебувають на стаціонарному лікуванні, і включає вікову групу 35–70 років. Цільова аудиторія — це пацієнти з помірним або високим рівнем тривоги і депресії, які мають виражене деструктивне ставлення до власної хвороби.

Етап 1. Діагностично-підготовчий:

На першому етапі відбувається діагностика психоемоційного стану пацієнтів та встановлення терапевтичного контакту. Важливо не тільки виявити поточні емоційні проблеми, але й створити атмосферу довіри між пацієнтом і психологом. Для цього проводиться комплексне психодіагностичне обстеження, яке включає використання таких методик, як HADS (Госпітальна шкала тривоги і депресії), BDI-II (Шкала депресії Бека), PSS (Шкала сприйняття стресу), а також EORTC QLQ-C30 (Оцінка якості життя онкохворих).

Використання цих методик дозволяє виявити базовий рівень тривоги, депресії та стресу, а також зрозуміти індивідуальні особливості пацієнта, що впливають на його ставлення до хвороби та терапії. На цьому етапі психолог також оцінює соціальні та емоційні ресурси пацієнта, а також його готовність до терапевтичної роботи. Це є важливим компонентом для формування індивідуальної стратегії психокорекційної роботи.

Етап 2. Когнітивно-поведінкова терапія:

Цей етап є центральним у психокорекційній програмі, оскільки він спрямований на зміну деструктивних мисленнєвих схем пацієнта, які негативно впливають на його емоційний стан і ставлення до лікування. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є однією з найефективніших психотерапевтичних методик для роботи з тривожними та депресивними

пацієнтами, що підтверджено багатьма дослідженнями.

Перший крок — це когнітивна реструктуризація, яка полягає у виявленні та корекції деструктивних мисленнєвих моделей. Наприклад, пацієнти можуть мати переконання, що їхня хвороба є безнадійною або що лікування не має сенсу. У цьому процесі психолог допомагає пацієнтам виявляти автоматичні думки, що виникають у відповідь на стресові ситуації (наприклад, у відповідь на погані новини щодо стану здоров'я або під час процедур).

Ключові завдання когнітивної реструктуризації:

1. Виявлення автоматичних негативних думок. Пацієнти часто мають негативні установки на зразок «Моя хвороба невиліковна», «Я приречений», «Моя терапія не працює». Такі переконання викликають сильний емоційний стрес, тривогу та депресію.
2. Оцінка раціональності цих думок. Пацієнти, за допомогою психолога, аналізують, наскільки їхні переконання відповідають реальності. Для цього застосовується техніка «доказів за і проти» – пацієнт наводить аргументи, що підтверджують або спростовують його думку.
3. Заміна деструктивних думок на конструктивні. Після того як пацієнт виявляє ірраціональні думки, наступним кроком є їх заміна на більш адаптивні. Наприклад, замість «Моя хвороба невиліковна» пацієнт може прийти до думки «Я не можу контролювати всі аспекти хвороби, але я можу впливати на своє емоційне та фізичне самопочуття».

Цей процес дозволяє пацієнтам побачити ситуацію з іншого боку та розвинути більш адаптивне ставлення до свого стану.

Поведінкові інтервенції спрямовані на зміну деструктивної поведінки пацієнта, що може бути результатом їхнього когнітивного стану. Наприклад, онкохворі пацієнти часто стають ізольованими, уникають соціальної взаємодії або занурюються у пасивний спосіб життя,

що тільки підсилює їхнє почуття безнадійності та депресію.

Таблиця 2.13. - Приклад роботи з когнітивною реструктуризацією

Негативна думка	Докази на користь	Докази проти	Альтернативна думка
«Моя хвороба невиліковна»	Лікар сказав, що мій стан серйозний	Є можливості для лікування та полегшення стану, нові методи терапії	«Хоча моя хвороба серйозна, я маю варіанти лікування, які можуть покращити моє самопочуття»
«Я ніколи не повернусь до нормального життя»	Я не можу робити те, що раніше	Лікарі говорять про ремісію, інші пацієнти повертаються до життя після лікування	«Моє життя може бути іншим, але це не означає, що воно буде поганим»

Основні завдання поведінкових інтервенцій:

1. Активізація поведінки. Пацієнтів навчають створювати розклад щоденних активностей, який включає фізичну активність, соціальні контакти та інші заняття, які приносять їм радість. Активізація поведінки дозволяє пацієнтам відновити почуття контролю над власним життям.
2. Відновлення соціальних контактів. Психолог допомагає пацієнтам налагодити зв'язки із сім'єю, друзями та соціальною групою. Відновлення таких зв'язків має важливе значення для покращення психічного здоров'я пацієнтів, оскільки ізоляція часто є наслідком деструктивних переконань і емоцій.
3. Навчання технікам подолання стресу. Психологічна робота з техніками подолання включає навчання пацієнтів методам релаксації, прогресивної м'язової релаксації та дихальних вправ, які допомагають знизити рівень тривожності та стресу в складних ситуаціях.

Ця стратегія допомагає пацієнтам стежити за своєю активністю та оцінювати її ефективність у покращенні настрою та самопочуття.

КПТ допомагає пацієнтам вчитися не тільки змінювати власні негативні переконання про хворобу, але й виробляти ефективні стратегії

для подолання повсякденних труднощів. Пацієнти, які проходять терапію, зазвичай відзначають покращення у здатності впоратися з емоційними реакціями, такими як тривога або страх перед майбутнім, а також відновлення інтересу до життя.

Таблиця 2.14. - Стратегія активізації поведінки

День	Запланована активність	Мета активності	Оцінка результату (0-10)
Понеділок	Прогулянка на свіжому повітрі (30 хв)	Підвищити фізичну активність та настрій	7
Вівторок	Зустріч з другом	Відновлення соціальних контактів, зменшення ізоляції	8
Середа	Читання улюбленої книги (20 хв)	Релаксація та підвищення задоволення	6

Ключовим показником ефективності КПТ є здатність пацієнтів інтегрувати ці техніки у своє щоденне життя, що сприяє довготривалим позитивним змінам у їхньому емоційному та фізичному стані.

Етап 3. Емоційна стабілізація:

Емоційна стабілізація є наступним етапом, який зосереджується на зменшенні рівня тривоги та страху, а також покращенні здатності пацієнта керувати своїми емоціями. Один із ключових елементів цього етапу — застосування технік релаксації, таких як прогресивна м'язова релаксація Джейкобсона та дихальні вправи. Ці техніки допомагають пацієнтам контролювати фізичну напругу, що є важливою частиною загального управління тривогою.

Етап 4. Соціальна підтримка:

Одним із важливих аспектів психологічної підтримки онкохворих пацієнтів є їхнє соціальне оточення. Пацієнти, які отримують більше підтримки від сім'ї, друзів та медичного персоналу, демонструють кращі показники емоційного та фізичного стану. Тому четвертий етап програми зосереджений на посиленні соціальної підтримки. Групові терапевтичні

сесії дозволяють пацієнтам ділитися власним досвідом та емоціями, отримуючи зворотній зв'язок від інших пацієнтів. Такі зустрічі знижують почуття ізоляції та сприяють розвитку почуття спільності.

Етап 5. Закріплення результатів

Заключний етап програми передбачає закріплення досягнутих результатів та формування довготривалих стратегій для підтримки емоційного благополуччя пацієнта. Після завершення основних терапевтичних сесій пацієнти проходять повторне психодіагностичне обстеження для оцінки динаміки змін. Результати порівнюються з початковими показниками для визначення ефективності програми.

На основі отриманих результатів розробляються індивідуальні плани подальшої підтримки для кожного пацієнта. Ці плани включають рекомендації щодо використання технік релаксації, соціальної активності та поведінкових стратегій для запобігання рецидивам емоційних розладів.

Запропонована психокорекційна програма є ефективним інструментом для зменшення деструктивного ставлення до хвороби у онкохворих пацієнтів. Використання когнітивно-поведінкових технік, емоційної стабілізації та соціальної підтримки дозволяє суттєво покращити емоційний стан пацієнтів, знизити рівень тривоги, депресії та стресу.

2.3. Система психологічних рекомендацій щодо оптимізації процесу формування конструктивного ставлення онкохворого до власної хвороби

Процес формування конструктивного ставлення до хвороби у онкологічних пацієнтів є складним і багатогранним, оскільки він охоплює не лише зміну мисленневих моделей, але й роботу з емоціями та поведінкою пацієнта. Конструктивне ставлення до хвороби передбачає

прийняття факту захворювання, активну участь у лікуванні, пошук ресурсів для покращення якості життя, а також ефективне управління емоціями, що супроводжують хворобу.

Основні елементи системи психологічних рекомендацій

1. Прийняття хвороби як частини життя: Одним із ключових аспектів формування конструктивного ставлення є допомога пацієнтам у прийнятті факту наявності хвороби без катастрофізації або заперечення. Психологічна робота на цьому етапі спрямована на те, щоб пацієнти зрозуміли, що хоча онкологічне захворювання змінює їхнє життя, воно не обмежує всі аспекти їхньої особистості та життєвої активності.

Науково доведено, що пацієнти, які приймають хворобу, легше адаптуються до лікування та менше схильні до депресивних і тривожних розладів [2]. Прийняття хвороби дозволяє зменшити емоційне напруження та збільшити можливості для ефективної адаптації до терапії.

2. Активна участь у лікуванні: Конструктивне ставлення до хвороби також передбачає залучення пацієнта до процесу прийняття рішень щодо лікування. Активна участь у лікувальному процесі дозволяє пацієнтам відчувати контроль над ситуацією, що, своєю чергою, знижує рівень тривоги. Психологічні інтервенції в цьому аспекті спрямовані на розвиток у пацієнтів навичок комунікації з лікарями, ставлення запитань щодо лікування та активну взаємодію з медичним персоналом.

Психологічна робота полягає у навчанні пацієнтів ефективним стратегіям спілкування з медичними фахівцями, а також у стимулюванні їхньої мотивації до співпраці у лікувальному процесі. Дослідження показують, що пацієнти, які активно беруть участь у виборі лікувальної стратегії, мають вищі показники задоволеності життям та нижчий рівень стресу [38].

3. Підтримка соціальних зв'язків: Соціальна підтримка є важливим фактором у формуванні конструктивного ставлення до хвороби. Підтримка з боку сім'ї, друзів та навіть медичного персоналу може

зменшити почуття ізоляції, сприяти зниженню рівня тривоги та депресії та підвищити мотивацію до лікування. У цьому контексті психологічна робота з пацієнтом спрямована на відновлення або посилення його соціальних зв'язків, а також на залучення до груп підтримки.

Рекомендації включають навчання пацієнтів способам відкритого спілкування з близькими та друзями щодо їхніх потреб і емоційних переживань. Залучення пацієнтів до групових терапевтичних сесій сприяє обміну досвідом з іншими пацієнтами, що допомагає подолати емоційні труднощі, з якими стикаються онкохворі [18].

4. Розвиток навичок управління емоціями: Ефективне управління емоціями, такими як тривога, страх, гнів і смуток, є ключовим елементом конструктивного ставлення до хвороби. Психологічні інтервенції спрямовані на навчання пацієнтів технікам емоційної регуляції, зокрема через застосування технік релаксації, дихальних вправ і прогресивної м'язової релаксації.

Емпіричні дослідження показують, що регулярне використання технік релаксації знижує рівень тривожності і стресу та покращує емоційне самопочуття пацієнтів [35]. Крім того, навчання пацієнтів вираженню своїх емоцій у конструктивний спосіб (наприклад, через арт-терапію або написання щоденників) допомагає знизити рівень внутрішнього напруження.

5. Формування позитивних когнітивних установок: Конструктивне ставлення до хвороби тісно пов'язане з когнітивними установками пацієнта. Психологічна робота спрямована на корекцію деструктивних когнітивних моделей, таких як катастрофізація або втрата надії, та їх заміну на більш реалістичні та адаптивні установки. У цьому контексті корисними є техніки когнітивної реструктуризації, що допомагають пацієнтам розпізнавати і коригувати негативні автоматичні думки.

Дослідження показують, що пацієнти, які володіють позитивними когнітивними стратегіями (наприклад, установка на те, що хвороба – це

не вирок, а виклик, який можна подолати), мають кращі показники якості життя та швидше адаптуються до лікування [18].

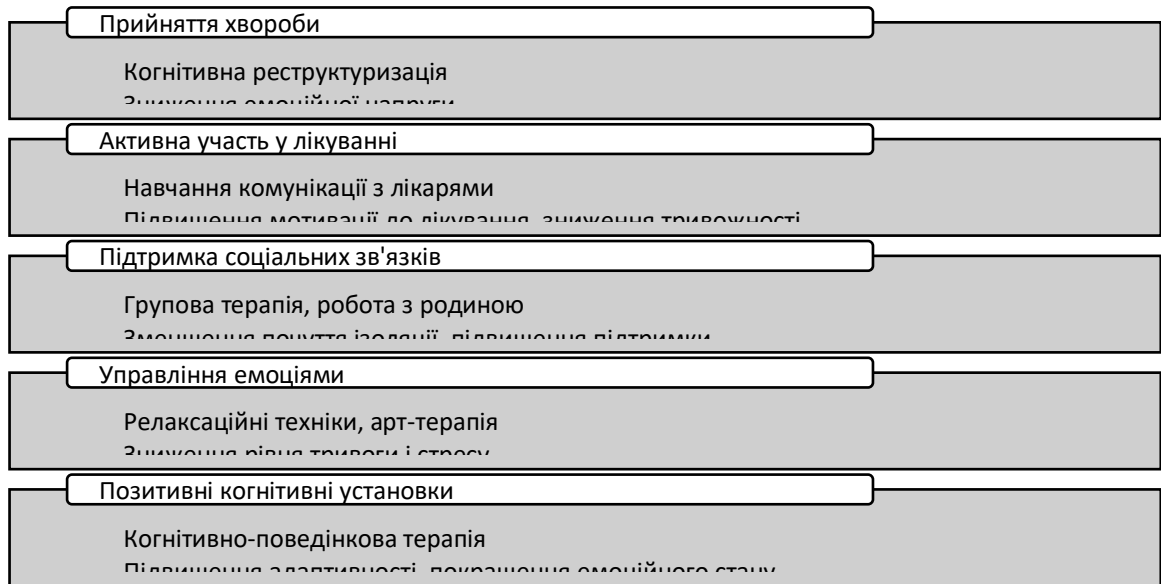


Рисунок 2.4. - Основні елементи конструктивного ставлення до хвороби та відповідні психологічні інтервенції

Система психологічних рекомендацій щодо формування конструктивного ставлення до хвороби є важливою складовою психологічної підтримки онкохворих пацієнтів. Через когнітивні та поведінкові інтервенції, акцент на соціальній підтримці та розвиток навичок управління емоціями пацієнти мають можливість не лише знизити рівень тривоги, депресії та стресу, але й адаптуватися до своєї хвороби з більшою психологічною стійкістю.

Висновки до розділу 2

В ході емпіричного дослідження було виявлено, що психокорекційна програма має суттєвий позитивний вплив на емоційний стан онкохворих пацієнтів. Зокрема, за результатами аналізу рівня тривожності, депресії та стресу, спостерігалось значне зниження

деструктивних емоційних реакцій, покращення загальної якості життя пацієнтів та підвищення їхньої готовності до активної участі у лікувальному процесі. Позитивні зміни в емоційному стані були підтверджені використанням таких методик, як HADS, BDI-II, PSS та EORTC QLQ-C30.

Когнітивно-поведінковий підхід, який включав когнітивну реструктуризацію, поведінкові інтервенції та техніки управління емоціями, дозволив пацієнтам переосмислити своє ставлення до хвороби та покращити здатність до адаптації. Важливим чинником також стала соціальна підтримка та залучення пацієнтів до групової терапії, що сприяло зменшенню відчуття ізоляції та підвищенню рівня емоційної підтримки з боку оточення.

ВИСНОВКИ

У ході дослідження були розглянуті ключові психологічні аспекти термінальних захворювань, особливо онкологічних, і визначено важливість надання якісної психологічної допомоги пацієнтам і їхнім родинам на різних етапах хвороби. Результати показали, що пацієнти з онкологічними захворюваннями стикаються з низкою серйозних емоційних викликів, які суттєво впливають на їхнє самопочуття і якість життя. Найбільш поширеними емоційними реакціями є тривога, страх перед смертю, депресія та відчуття ізоляції. Вивчення етапів прийняття хвороби підтвердило наявність типової психологічної динаміки, яка включає етапи заперечення, гніву, торгу, депресії та прийняття. Кожен із цих етапів вимагає індивідуального підходу до пацієнта з боку психологів і медичних працівників.

Психологічний профіль онкохворих пацієнтів охоплює такі важливі аспекти, як схильність до депресії, висока тривожність, проблеми зі сприйняттям свого тіла після хірургічних втручань чи хіміотерапії, а також знижена самооцінка через зміни у зовнішньому вигляді. Соціальна ізоляція є поширеною проблемою, що сприяє поглибленню депресивних настроїв, оскільки пацієнти часто відчують себе тягарем для своїх близьких. Вивчення цих особливостей підтвердило необхідність системної підтримки пацієнтів, яка включає як психотерапевтичну роботу з пацієнтами, так і допомогу їхнім родинам.

Психологічна підтримка хворих на рак має кілька ключових напрямків: допомога у подоланні тривожності та депресії, психологічна адаптація до змін у тілі, робота зі страхом смерті та підготовка до завершення життя. Ефективність когнітивно-поведінкової терапії була підтверджена в контексті зменшення рівня тривожності та покращення здатності пацієнтів адаптуватися до свого стану. Також важливою є групова терапія, яка надає пацієнтам можливість обмінюватися досвідом

із тими, хто перебуває в аналогічних обставинах, що підвищує їхню емоційну стійкість. Психотерапія горя та психологічна підготовка родин до втрати є важливими складовими паліативної допомоги, особливо на пізніх стадіях хвороби. Родинам надається підтримка у процесі адаптації до змін у стані хворого, а також навчання технікам управління власними емоціями.

Дослідження також показало, що залучення родин до процесу лікування є невід'ємною частиною ефективної паліативної допомоги. Родичі пацієнтів стикаються з емоційним навантаженням, що може викликати почуття безпорадності, провини або страху. Психотерапевтична робота з родинами спрямована на те, щоб допомогти їм справлятися зі стресом, підтримувати хворого та при цьому дбати про своє емоційне здоров'я. Важливо враховувати, що емоційне виснаження близьких людей може негативно вплинути на догляд за пацієнтом, тому підтримка родин є ключовою у забезпеченні комфортних умов для хворого.

Окрім того, в дослідженні були вивчені різні копінг-стратегії, які використовують онкохворі пацієнти для подолання психологічного стресу. Пацієнти, які застосовують активні стратегії, такі як пошук інформації, активна участь у лікуванні та комунікація з медичним персоналом, демонструють кращі результати у збереженні емоційної стабільності та психологічної адаптації до свого стану. Натомість уникнення проблеми та ізоляція від соціуму сприяють поглибленню негативних емоційних реакцій. Це підкреслює важливість правильно підібраних стратегій подолання стресу для зменшення психологічних наслідків хвороби.

Таким чином, загальні результати дослідження підтвердили, що мультидисциплінарний підхід до надання допомоги онкохворим пацієнтам, який включає медичну та психологічну підтримку, є необхідним для покращення якості їхнього життя. Психологічна

допомога знижує рівень емоційного стресу, допомагає пацієнтам і їхнім родинам прийняти діагноз і налаштуватися на активну участь у лікуванні. Розроблені психологічні стратегії також сприяють ефективній адаптації пацієнтів до змін у фізичному та емоційному стані, а надання психотерапевтичної підтримки родинам допомагає зменшити їхнє емоційне виснаження та забезпечити комфортне середовище для хворого.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бондаренко М. С. Особливості ставлення до здоров'я і хвороби жінок з онкопатологією, що хворіють на COVID-19 : кваліфікац. робота. Харків. нац. пед. ун-т ім. Г. С. Сковороди, каф. психології. Харків, 2022. 60 с.
2. Васильєва Ю. О., Ковальова О. М. Роль психологічної підтримки в комплексному лікуванні онкологічних хворих // Здоров'я України. 2019. № 21. С. 30-32.
3. Варбан Є. О. Життєва криза: поняття, концепції та прояви // Проблеми сучасної психології: Збірник наукових праць КНПУ імені Івана Огієнка, Інститут психології ім. Г. С. Костюка АПН України. 2010. Вип. 8. С. 120-133.
4. Варій М. Й. Психологія особистості: навчальний посібник для ВНЗ. Міністерство освіти і науки України; Львівський державний університет внутрішніх справ. Київ: Центр учбової літератури, 2018. 472 с.
5. Ващенко І. В., Іваненко Б. Б. Психологічні ресурси особистості в подоланні складних життєвих ситуацій // Проблеми сучасної психології. 2018. Т. 40. С. 33-49.
6. Войтович М. В. Психологічні особливості горювання // Актуальні проблеми психології. 2019. Том 5, вип. 19. С. 10-24.
7. Доценко В. В. Теоретичні підходи щодо вивчення кризових станів особистості // Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія: Психологія. 2011. № 45. С. 73-76.
8. Єрмаков І. Г., Пузіков Д. О. Життєвий проект особистості: від теорії до практики: практико зорієнтований посібник. Київ: Освіта України, 2007. 212 с.
9. Заїка В. М. Проблема психологічної діагностики життєвих криз людини // Проблеми емпіричних досліджень у психології. Київ:

Факультет психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка, 2008. Вип. 1, ч. 1 «Проблема методу в психології: теоретичний та історичний аспекти». С. 33-39.

10. Зливков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ: Педагогічна думка, 2016. 320 с.

11. Ісаєнко С. В. Психотерапевтична підтримка і профілактика суїцидальної поведінки у хворих з онкологічною патологією позамозкової локалізації // Архів психіатрії. 2020. Том 22. № 1 (91). С. 85-88.

12. Ковальчук Л. В. Психоонкологія в Україні: стан і перспективи розвитку // Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: Медицина. 2020. Вип. 2(70). С. 90-93.

13. Кожина Г. М., Зеленська К. О., Ісаєнко С. В. Механізми формування суїцидальної поведінки у онкологічно хворих з депресивними розладами залежно від статі // VI Міжнародна науково-практична конференція «Гендер. Екологія. Здоров'я», м. Харків, 18-19 квітня 2019 р.: тези доповідей. Харків: ХНМУ, 2019. С. 105-107.

14. Король Д. О. Вступ до історичної танатології : навчальний посібник. Київ: Нац. ун-т «Києво-Могилянська академія», 2015. 279 с.

15. Курова А. В. Деякі аспекти суб'єктивного благополуччя особистості // Вісник Одеського національного університету імені І. Мечникова. 2014. № 1(31). С. 174-179.

16. Кривоніс Т. Г. Медико-психологічна допомога в онкологічній практиці // Психіатрія, наркологія та медична психологія. 2020. URL: <https://doi.org/10.35339/msz.2020.86.01.08>.

17. Левченко, Н. І. Групова психотерапія в Україні: історія становлення і розвитку. Психологічні дослідження: зб. наук. праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Кам'янець-Подільський, 2019. с. 69-72

18. 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.
19. Литвиненко Л. О., Петрушко О. І. Психологічні механізми адаптації до онкологічних захворювань // Наукові записки НаУКМА. Психологія. 2018. Вип. 1. С. 23-30.
20. Лукомська С. О. Соціальна підтримка як чинник профілактики ПТСР у онкологічних хворих під час російсько-української війни // Методи та засоби психологічної допомоги постраждалим у подоланні ПТСР: тези доповідей науково-практичної конференції. Київ-Біла Церква: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2023. 268 с.
21. Мазур Л. М., Василенко О. Д. Особливості медико-психологічної допомоги онкологічним хворим // Український медичний часопис. 2018. № 2(124). С. 56-59.
22. 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.
23. Міщенко М. С. Психологія життєвої кризи особистості : навч.-метод. посібник. Умань: Візаві, 2020. 158 с.
24. Міщенко М. С. Психологія особистості. Умань: Жовтий О. О., 2017. 110 с.
25. Партико Т. Б. Вікові зміни психологічного благополуччя у середній та пізній дорослості // Психологія і особистість. 2016. № 2(10), ч. 1. С. 83-96.
26. Поліванова О. Є., Гуляєва О. В. До проблеми визначення психологічного змісту поняття «психологічного благополуччя» // Вісник Харківського національного університету. 2015. № 1150. С. 34-39.

27. Поляченко Н. В., Скрипникова І. В. Особливості копінг-стратегій у хворих на рак // Український психоневрологічний журнал. 2017. № 5. С. 56-59.
28. Столярєнко О. Б. Психологія особистості : навч. посібник. Київ: Центр учбової літератури, 2012. 280 с.
29. Сердюк Л. З., Купрєєва О. І. Психологічні засади підвищення життєстійкості особистості // Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. 2017. Том XI: Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. Вип. 15. С. 481-491.
30. Терапія горя / Р. А. Neimeyer, переклад та адаптація В. Зливков, С. Лукомська, обкладинка Анастасія Гридасова. Київ, 2021. 259 с
31. Титаренко Т. Життєтворення особистості у психологічній спадщині В. А. Роменця // Психологія і суспільство: український теоретико-методологічний соціогуманітарний часопис. 2016. № 2. С. 73-83.
32. Херсонський обласний онкологічний диспансер. URL: <http://www.onko.ks.ua/index.html>.
33. Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL: <https://phc.org.ua/news/vooz-prognozue-zrostannya-zakhvoryuvanosti-na-rak-yak-zniziti-rizik-rozvitku-onkonedugi>.
34. Чуйко Г., Комісарик М. Проблема життєвих криз особистості у психології // Психологічний журнал. 2019. № 1 (21). С. 41-55.
35. Brewer J. R., Morrison G., Dolan M. E., & Fleming G. F. Chemotherapy-induced peripheral neuropathy: Current status and progress // Gynecologic Oncology. 2016. Vol. 140. № 1. P. 176-183. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2015.11.011>.
36. Cancer Today. Global Cancer Observatory. URL: <https://gco.iarc.fr/today/onlineanalysis-table>.

37. Faller H., Schuler M., Richard M., Heckl U., Weis J., Kuffner R. Effects of psychooncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: Systematic review and meta-analysis // *Journal of Clinical Oncology*. 2013. Vol. 31. № 6. P. 782-793.
38. 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.
39. Samami E., Elyasi F. Effect of non-pharmacological interventions on stress of women with breast cancer undergoing chemotherapy: A systematic review // *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2019. P. 167-180.
40. Liddon L., Kinglerlee R., Barry J. A. Gender differences in preferences for psychological treatment, coping strategies and triggers to help-seeking // *British Journal of Clinical Psychology*. 2018. T. 57. № 1. P. 42-58.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Опитувальник EORTC QLQ-C30

Опитувальник EORTC QLQ-C30 (European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30) є інструментом для оцінки якості життя у пацієнтів з онкологічними захворюваннями. Він складається з 30 питань, що охоплюють різні аспекти життя пацієнтів, такі як фізичне функціонування, емоційний стан, соціальні відносини, рівень болю та загальна якість життя. Опитувальник розроблений для використання в клінічних дослідженнях та повсякденній медичній практиці для моніторингу стану пацієнтів під час та після лікування.

Структура опитувальника:

1. **Фізичне функціонування:** Оцінює здатність пацієнта виконувати повсякденні фізичні дії.
 - Питання 1: Чи здатні ви виконувати напружену фізичну активність, як-от бігати чи займатися спортом?
 - Питання 2: Чи здатні ви ходити пішки на далекі дистанції?
 - Питання 3: Чи здатні ви займатися повсякденними справами, як-от прибиранням будинку або покупками?
 - Питання 4: Чи легко вам вставати з ліжка або з крісла?
 - Питання 5: Чи маєте ви труднощі з миттям або одяганням?

Шкала: від 1 (зовсім не можу) до 4 (без труднощів).
2. **Рольове функціонування:** Визначає, наскільки хвороба впливає на виконання щоденних обов'язків.
 - Питання 6: Чи впливає ваше захворювання на вашу здатність працювати або виконувати інші повсякденні завдання?
 - Питання 7: Чи заважає ваше захворювання виконувати завдання вдома або на роботі?

Шкала: від 1 (зовсім не заважає) до 4 (дуже заважає).
3. **Емоційне функціонування:** Визначає рівень емоційного комфорту пацієнта.
 - Питання 8: Чи відчували ви тривогу протягом останнього тижня?
 - Питання 9: Чи відчували ви депресію або сум протягом останнього тижня?
 - Питання 10: Чи виникали у вас труднощі у відчутті задоволення від повсякденних справ?
 - Питання 11: Чи мали ви труднощі з контролем своїх емоцій (наприклад, часто плакали або були роздратовані)?

Шкала: від 1 (зовсім не відчував) до 4 (дуже сильно відчував).
4. **Когнітивне функціонування:** Оцінює здатність пацієнта концентруватися і зберігати пам'ять.
 - Питання 12: Чи мали ви труднощі з концентрацією уваги протягом останнього тижня?
 - Питання 13: Чи виникали у вас проблеми із запам'ятовуванням подій або інформації?

Шкала: від 1 (зовсім не мав труднощів) до 4 (дуже значні труднощі).
5. **Соціальне функціонування:** Визначає вплив хвороби на взаємодію з людьми та суспільством.
 - Питання 14: Чи впливає ваше захворювання на ваші стосунки з родиною чи друзями?
 - Питання 15: Чи заважає вам захворювання брати участь у соціальних або громадських заходах?

Шкала: від 1 (зовсім не заважає) до 4 (дуже заважає).
6. **Втома:** Визначає рівень втоми пацієнта протягом дня.
 - Питання 16: Чи відчували ви втоми протягом останнього тижня?
 - Питання 17: Чи виникали у вас труднощі із збереженням енергії протягом дня?
 - Питання 18: Чи відчували ви себе виснаженим після виконання незначних фізичних зусиль?

Шкала: від 1 (зовсім не відчував) до 4 (дуже сильно відчував).
7. **Біль:** Визначає інтенсивність болю у пацієнта.
 - Питання 19: Чи відчували ви біль протягом останнього тижня?
 - Питання 20: Чи заважає біль вам виконувати повсякденні обов'язки або займатися звичними справами?

Шкала: від 1 (зовсім не відчував) до 4 (дуже сильно відчував).
8. **Задихка:** Визначає наявність проблем із диханням.
 - Питання 21: Чи мали ви труднощі з диханням протягом останнього тижня?

Шкала: від 1 (зовсім не мав) до 4 (дуже значні труднощі).
9. **Сон:** Оцінює якість сну пацієнта.
 - Питання 22: Чи мали ви проблеми із засинанням або пробудженням уночі протягом

останнього тижня?

Шкала: від 1 (зовсім не мав проблем) до 4 (дуже значні проблеми).

10. **Апетит:** Визначає зміни в апетиті пацієнта.

- Питання 23: Чи відчували ви зниження апетиту протягом останнього тижня?

Шкала: від 1 (зовсім не відчував) до 4 (дуже значне зниження).

11. **Нудота і блювання:** Визначає частоту та інтенсивність нудоти і блювання.

- Питання 24: Чи відчували ви нудоту протягом останнього тижня?
- Питання 25: Чи мали ви випадки блювання протягом останнього тижня?

Шкала: від 1 (зовсім не відчував) до 4 (дуже часто).

12. **Загальна якість життя:** Оцінює загальне задоволення життям і самопочуттям.

- Питання 26: Як би ви оцінили ваше загальне здоров'я протягом останнього тижня?
- Питання 27: Наскільки ви задоволені своїм життям протягом останнього тижня?

Шкала: від 1 (дуже погано) до 7 (дуже добре).

Заключні питання (питання 28-30): Питання, що стосуються додаткових симптомів, таких як фінансові труднощі, викликані хворобою, та інші проблеми, що можуть впливати на якість життя пацієнта.

ДОДАТОК Б

Методика оцінки психологічного стресу (PSS)

Опитувальник складається з 10 питань, які оцінюють частоту виникнення стресових ситуацій або переживань у респондента за останні 30 днів.

Інструкція: Будь ласка, уважно прочитайте кожне питання та оберіть відповідь, що найкраще описує те, як ви почувалися протягом останнього місяця. Оцінки проводяться за шкалою від 0 до 4, де:

- 0 – Ніколи
- 1 – Рідко
- 2 – Інколи
- 3 – Часто
- 4 – Дуже часто

Питання:

1. Чи відчували ви, що ситуація виходить з-під вашого контролю?
 - Оцініть, як часто ви відчували себе перевантаженим або безпомічним.
 2. Чи відчували ви, що не можете впоратися з усіма важливими справами у своєму житті?
 - Це питання оцінює вашу здатність до ефективного управління повсякденними справами та завданнями.
 3. Чи відчували ви нервовий напружений стан через ситуації, які вам важко контролювати?
 - Чи виникали у вас сильні емоційні реакції на ситуації, в яких ви відчували себе безпомічним?
 4. Чи вважали ви, що вам не вистачає ресурсів (фізичних, емоційних, фінансових) для вирішення проблем?
 - Це питання спрямоване на оцінку відчуття дефіциту необхідних ресурсів.
 5. Чи виникали у вас відчуття, що ви можете контролювати важливі аспекти свого життя?
 - Позитивно сформульоване питання, яке вимірює здатність відчувати контроль.
 6. Чи відчували ви себе здатним контролювати дратівливі ситуації?
 - Це питання також визначає, наскільки ви здатні стримувати негативні емоції.
 7. Чи мали ви відчуття, що все йде згідно з вашим планом?
 - Позитивне питання, яке оцінює здатність зберігати контроль над життєвими подіями.
 8. Чи відчували ви себе впевненим у своїй здатності вирішувати проблеми, які виникли?
 - Це питання оцінює рівень самовпевненості у стресових ситуаціях.
 9. Чи відчували ви, що труднощі накопичуються до такої міри, що вам важко з ними впоратися?
 - Це питання визначає відчуття перевантаження життєвими проблемами.
 10. Чи відчували ви роздратування через дрібні труднощі або негаразди?
 - Оцінюється рівень реакції на незначні проблеми, що можуть сприяти стресу.
- Шкала оцінки: Для розрахунку загального балу за PSS підсумовуються бали всіх питань, після чого визначається рівень стресу:

- 0-13 балів: Низький рівень стресу.
- 14-26 балів: Помірний рівень стресу.
- 27-40 балів: Високий рівень стресу.

Інтерпретація результатів:

- Низький рівень стресу свідчить про здатність пацієнта справлятися з повсякденними проблемами і добре контролювати емоції.
- Помірний рівень стресу може вказувати на певні труднощі з управлінням стресовими ситуаціями, що потребують психологічної підтримки.

- Високий рівень стресу свідчить про серйозні проблеми у сприйнятті стресових ситуацій, що можуть потребувати негайної психотерапевтичної або фармакологічної корекції.

ДОДАТОК В

Госпітальна шкала тривоги і депресії (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)

Госпітальна шкала тривоги і депресії (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) є визнаним інструментом самооцінки. Такий тест пацієнт може заповнити самостійно, чекаючи на прийом лікаря. Шкала була розроблена у 1983 році (автори Zigmond A.S. і Snaith R.P.) для визначення та оцінки тяжкості симптомів депресії та тривоги в умовах загальномедичної практики. Переваги шкали HADS полягають у простоті застосування і обробки, що дозволяє рекомендувати для первинного виявлення (скринінгу) тривоги та депресії.

Інструкція: не звертайте уваги на цифри та літери, розташовані у лівій частині опитувальника. Прочитайте уважно кожне твердження, і обведіть кружечком відповідну цифру зліва біля варіанта відповіді, яка найбільше відповідає тому, як Ви себе почували минулого тижня. Не роздумуйте занадто довго над кожним твердженням. Відповідь, яка першою приходить Вам в голову, завжди буде найбільш правильною. Час заповнення 20-30 хвилин.

1.Т Я відчуваю напруженість, мені не по собі.

- 3 Весь час.
- 2 Часто.
- 1 Час від часу, іноді.
- 0 Зовсім не відчуваю.

2.Д Те, що раніше приносило мені велике задоволення, і зараз викликає у мене таке ж почуття.

- 0 Безумовно це так.
- 1 Напевно, це так.
- 2 Лише в дуже малому ступені це так.
- 3 Це зовсім не так.

3.Т Я відчуваю страх, здається, ніби щось жахливе може ось-ось статися.

- 3 Безумовно це так, і страх дуже сильний.
- 2 Це так, але страх не дуже сильний.
- 1 Іноді, але це мене не турбує.
- 0 Зовсім не відчуваю.

4.Д Я здатний розсміятися і побачити в тій чи іншій події смішне.

- 0 Безумовно це так.
- 1 Напевно, це так.
- 2 Лише в дуже малому ступені це так.

3 Зовсім не здатний.

5.Т Неспокійні думки крутяться у мене в голові.

3 Постійно.

2 Велику частину часу.

1 Час від часу і не так часто.

0 Тільки іноді.

6.Д Я відчуваю бадьорість.

3 Зовсім не відчуваю.

2 Дуже рідко.

1 Іноді.

0 Практично весь час.

7.Т Я легко можу сісти і розслабитися.

0 Безумовно це так.

1 Напевно, це так.

2 Лише зрідка це так.

3 Зовсім не можу.

8.Д Мені здається, що я почав все робити дуже повільно.

3 Практично весь час.

2 Часто.

1 Іноді.

0 Зовсім ні.

9.Т Я відчуваю внутрішнє напруження або тремтіння.

0 Зовсім не відчуваю.

1 Іноді.

2 Часто.

3 Дуже часто.

10.Д Я не стежу за своєю зовнішністю.

3 Безумовно це так.

2 Я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно.

1 Може бути, я став менше приділяти цьому уваги.

0 Я стежу за собою так само, як і раніше.

11.Т Я відчуваю непосидючість, немов мені постійно потрібно рухатися.

3 Безумовно це так.

2 Напевно, це так.

1 Лише в деякій мірі це так.

0 Зовсім не відчуваю.

12.Д Я вважаю, що мої справи (заняття, захоплення) можуть принести мені почуття задоволення.

- 0 Точно так само, як і зазвичай.
- 1 Так, але не в тій мірі, як раніше.
- 2 Значно менше, ніж зазвичай.
- 3 Зовсім так не вважаю.

13.Т У мене буває раптове відчуття паніки.

- 3 Дуже часто.
- 2 Досить часто.
- 1 Не так уже часто.
- 0 Зовсім не буває.

14.Д Я можу отримати задоволення від гарної книги, радіо чи телепрограми.

- 0 Часто.
- 1 Іноді.
- 2 Рідко.
- 3 Дуже рідко.

“Ключ”

Субшкала Т –“тривога”: непарні пункти 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13.

Субшкала Д –“депресія”: парні пункти 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14.

Обробка результатів

Якщо пацієнт пропустив окремі пункти, перервав заповнення шкали на значний термін (кілька годин) або не вклався у відведений час, рекомендується провести повторне тестування з використанням нового бланку.

Шкала складається з 14 тверджень, які поділяються на дві шкали: “тривога” (непарні пункти –1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) і “депресія” (парні пункти –2, 4, 6, 8, 10, 12, 14). Кожному твердженню відповідають чотири варіанти відповіді, що відображають градації вираженості ознаки і кодуються за наростанням тяжкості симптому від 0 (відсутність) до 3 (максимальна вираженість). Обробка результатів полягає в підрахунку сумарного показника за кожною шкалою.

Інтерпретація результатів

- 0-7 – норма (відсутність достовірно виражених симптомів тривоги і депресії);
- 8-10 – субклінічно виражена тривога/депресія;
- 11 і вище – клінічно виражена тривога/депресія.

ДОДАТОК Г

Шкала депресії Бека (Beck's Depression Inventory, BDI)

1. Я не сумую
Мені погано і сумно
Мені весь час сумно, і я нічого не можу з собою вдіяти
Мені так погано і сумно, що я не в змозі більше терпіти
2. Майбутнє не лякає мене
Я боюся майбутнього
Нічого хорошого в майбутньому мене не чекає
Моє майбутнє безпросвітне
3. Я не відчуваю себе невдахою
У моєму житті невдач і провалів було більше, ніж у будь-кого іншого
Коли я оглядаюся на своє життя, я бачу в ньому багато невдач
Я відчуваю, що я – цілковитий невдаха
4. Я цілком задоволений своїм життям
Я не так задоволений життям, як раніше
Я не можу отримувати задоволення від життя
Мене не задовольняє абсолютно все
5. Я не відчуваю себе винуватим
Може, я і образив когось, сам того не бажаючи, але мені про це нічого не відомо
Більшість часу я відчуваю себе винуватим
Я постійно відчуваю провину
6. Я задоволений собою
Іноді я відчуваю себе нестерпним
Я постійно відчуваю власну неповноцінність
Я абсолютно нікчемна людина
7. Я не відчуваю, що заслужив покарання
Я зробив щось варте осуду, і готовий до покарання
Я знаю, що заслуговую на суворе покарання
Я відчуваю себе вже покараним життям
8. Я знаю, що я не гірший за інших
Іноді я роблю помилки, за які потім себе критикую
Я увесь час звинувачую себе у своїх прорахунках
Я відчуваю себе винуватим у всіх бідах
9. Я ніколи не розчаровувався в собі
Я часто відчуваю розчарування в собі
Я не люблю себе
Я себе ненавиджу
10. Я ніколи не думав про самогубство
Іноді мені спадає на думку самогубство, але я не буду цього робити
Я хотів би накласти на себе руки
Я вб'ю себе, як тільки трапиться нагода
11. Я ніколи не плачу
Іноді мені хочеться плакати
Я плачу майже постійно
Раніше я плакав, а тепер не можу, навіть якщо дуже хочеться
12. Я спокійний
Мене легко роздратувати
Я постійно відчуваю роздратування

- Мені все байдуже, навіть те, що раніше дратувало мене
13. Я легко приймаю рішення
Буває, що я відкладаю прийняття рішення на потім
Мені важко приймати рішення
Я взагалі не можу нічого вирішувати
 14. Я маю вигляд, як зазвичай
Я маю вигляд гірший, ніж зазвичай
Я почав виглядати набагато гірше, ніж зазвичай
Я огидний
 15. Я можу працювати так само добре, як і раніше
Мені доводиться робити зусилля, щоб змусити себе працювати
Я насилу можу виконувати звичайну роботу
Я взагалі не можу виконувати ніякої роботи
 16. Я сплю так само добре, як раніше
Я почав гірше спати і прокидаюся втомленим
Я рано прокидаюся і відчуваю, що не виспався
Я прокидаюся кілька разів за ніч і більше не можу заснути
 17. Я втомлююся не більше, ніж зазвичай
Тепер я втомлююся більше, ніж завжди
Майже все викликає в мене втому
Я взагалі нічого не можу робити через втому
 18. У мене хороший апетит
Мій апетит гірший, ніж раніше
Мій апетит набагато гірший, ніж раніше
У мене взагалі немає апетиту
 19. Мені легко спілкуватися з людьми
Мені доводиться змушувати себе спілкуватися з людьми
Мені дуже важко спілкуватися з людьми
Я абсолютно не спілкуюся з людьми
 20. Я відчуваю себе цілком здоровим
Мене турбують проблеми, пов'язані з моїм здоров'ям (запор, пронос, біль і т.п.)
Я постійно думаю про проблеми, пов'язані з моїм здоров'ям
Я вважаю, що моє здоров'я безнадійно підірване
 21. Мій сексуальний потяг зберігся на колишньому рівні
Мій сексуальний потяг знизився
Зараз я міг би спокійно обходитися без сексу
Секс мене абсолютно не цікавить

ДОДАТОК Д

Методика оцінки емоційного стану за шкалою Маслач (МВІ)

Шкала Маслач (МВІ - Maslach Burnout Inventory) є одним із найбільш використовуваних інструментів для оцінки емоційного вигорання у професійній сфері. Вона також застосовується для оцінки рівня емоційного виснаження, деперсоналізації та відчуття особистих досягнень у пацієнтів з хронічними захворюваннями, зокрема онкологічними. МВІ дозволяє оцінити три основні аспекти емоційного стану: емоційне виснаження, деперсоналізація та особисті досягнення.

Структура опитувальника: Опитувальник МВІ складається з 22 питань, які розподілені на три підшкали.

1. Емоційне виснаження (9 питань): Визначає рівень втоми, емоційної перевтоми і виснаження, що виникають у відповідь на робочі чи життєві стресори.
 - Питання 1: Чи відчуваєте ви себе емоційно виснаженим через роботу або життєві проблеми?
 - Питання 2: Чи часто ви відчуваєте себе спустошеним після робочого дня?
 - Питання 3: Чи відчуваєте ви, що більше не можете справлятися зі своїми обов'язками?

Шкала: від 0 (ніколи) до 6 (дуже часто).

2. Деперсоналізація (5 питань): Оцінює рівень відстороненості або відчуженості у стосунках з іншими людьми. Пацієнти, які страждають від деперсоналізації, можуть відчувати себе ізольованими або беземоційними в стосунках з іншими.
 - Питання 10: Чи відчуваєте ви себе байдужим або відчуженим у стосунках з іншими людьми?
 - Питання 11: Чи виникає у вас відчуття, що ви дистанціюєтеся від оточуючих через емоційне навантаження?

Шкала: від 0 (ніколи) до 6 (дуже часто).

3. Особисті досягнення (8 питань): Вимірює відчуття особистої ефективності та успішності у виконанні професійних чи особистих завдань. Зниження цього показника може вказувати на відчуття неефективності або зниження самооцінки.
 - Питання 15: Чи відчуваєте ви задоволення від досягнутих результатів у своїй діяльності?
 - Питання 16: Чи впевнені ви у своїй здатності вирішувати складні ситуації?

Шкала: від 0 (ніколи) до 6 (дуже часто).

Шкала оцінки: Для кожної з підшкал розраховується середній бал:

- Емоційне виснаження: Високий рівень: 27-54, Помірний рівень: 17-26, Низький рівень: 0-16.
- Деперсоналізація: Високий рівень: 13-30, Помірний рівень: 6-12, Низький рівень: 0-5.
- Особисті досягнення (обернена шкала): Високий рівень: 0-31, Помірний рівень: 32-38, Низький рівень: 39-48.

Інтерпретація результатів:

- Емоційне виснаження: Високі показники свідчать про значний рівень перевтоми та емоційного виснаження, що може негативно впливати на психічний стан та загальне здоров'я пацієнта. Це може вимагати психотерапевтичного втручання.
- Деперсоналізація: Високі показники вказують на відчуження або відстороненість у взаємодії з іншими людьми, що може бути ознакою

емоційного вигорання.

- Особисті досягнення: Низькі показники вказують на зниження самооцінки та почуття неефективності, що може сприяти розвитку депресивних станів.

Питання опитувальника:

1. Емоційне виснаження:
 - Питання 1: Чи часто ви відчуваєте себе емоційно виснаженим через роботу або життєві проблеми?
 - Питання 2: Чи відчуваєте ви емоційне спустошення після тривалих завдань?
 - Питання 3: Чи виникає у вас відчуття, що ви більше не можете виконувати свої обов'язки через втому?
2. Деперсоналізація:
 - Питання 10: Чи відчуваєте ви відчуженням у стосунках з людьми, з якими спілкуєтесь?
 - Питання 11: Чи маєте ви бажання дистанціюватися від емоційно складних ситуацій?
3. Особисті досягнення:
 - Питання 15: Чи відчуваєте ви гордість за свої досягнення?
 - Питання 16: Чи відчуваєте ви, що справляєтеся з професійними чи життєвими викликами?

Застосування методики: Методика оцінки емоційного стану за шкалою Маслач є ефективним інструментом для виявлення емоційного вигорання серед пацієнтів, які стикаються з тривалим стресом, включаючи пацієнтів з онкологічними захворюваннями. Вчасне виявлення ознак емоційного виснаження, деперсоналізації або зниження почуття досягнень дозволяє розробити ефективні психотерапевтичні стратегії для покращення емоційного та фізичного стану пацієнтів.

ДОДАТОК Ж

РЕЗУЛЬТАТИ

1. Опитувальник EORTC QLQ-C30 був використаний для оцінки якості

Номер респондента	Стать	Вік	Фізичне функціонування	Емоційне функціонування	Когнітивне функціонування	Соціальне функціонування	Якість життя	Втома	Біль
1	Чоловік	57	38	77	93	71	54	50	70
2	Жінка	42	95	55	26	39	33	35	55
3	Чоловік	36	25	49	57	81	30	66	59
4	Чоловік	39	52	76	62	78	59	26	26
5	Жінка	56	62	63	54	65	50	81	73
6	Чоловік	56	92	40	70	71	87	43	96
7	Жінка	65	35	47	27	80	32	42	61
8	Жінка	54	28	48	95	62	88	56	97
9	Чоловік	39	97	92	86	58	40	30	77
10	Жінка	43	52	57	36	26	41	100	71
11	Чоловік	64	68	64	44	94	28	55	70
12	Чоловік	46	78	30	29	87	49	33	96
13	Жінка	65	43	63	54	77	78	61	66
14	Чоловік	59	75	91	26	54	61	88	89
15	Чоловік	51	91	65	89	30	53	98	33
16	Жінка	65	100	43	92	31	45	39	67
17	Чоловік	52	49	84	51	41	49	86	57
18	Жінка	65	50	100	100	38	52	25	88
19	Жінка	37	49	60	25	34	82	61	98
20	Чоловік	47	41	86	40	54	54	91	79
21	Жінка	37	65	80	72	50	43	43	78
22	Чоловік	51	44	30	54	83	61	42	38
23	Чоловік	50	84	62	73	82	79	64	29
24	Жінка	41	80	42	72	73	66	87	67
25	Чоловік	54	54	98	43	43	100	78	84
26	Чоловік	57	92	39	35	72	60	48	76
27	Жінка	36	81	58	38	98	93	35	100
28	Чоловік	39	36	97	37	48	62	41	81
29	Жінка	45	49	46	52	64	85	46	65
30	Жінка	53	53	81	94	51	87	78	57
31	Чоловік	37	50	72	38	54	34	57	47
32	Жінка	61	82	61	58	95	43	50	63
33	Чоловік	45	98	87	35	77	98	76	94
34	Чоловік	39	96	62	50	46	51	83	60
35	Жінка	45	49	72	75	44	66	66	37

2. Методика оцінки психологічного стресу (PSS).

Номер респондента	Стать	Вік	Середній рівень стресу	Високий рівень стресу	Помірний рівень стресу	Низький рівень стресу
1	Чоловік	57	35	26	43	40
2	Жінка	42	19	24	22	23
3	Чоловік	36	16	39	46	29
4	Чоловік	39	45	14	43	46
5	Жінка	56	38	16	30	31
6	Чоловік	56	29	32	18	32
7	Жінка	65	18	27	47	23
8	Жінка	54	39	46	38	34
9	Чоловік	39	28	46	46	36
10	Жінка	43	30	25	47	44
11	Чоловік	64	26	39	40	45
12	Чоловік	46	18	45	28	20
13	Жінка	65	41	46	20	24
14	Чоловік	59	30	22	26	42
15	Чоловік	51	23	40	44	32
16	Жінка	65	33	47	26	23
17	Чоловік	52	13	36	29	46
18	Жінка	65	42	42	35	23
19	Жінка	37	46	42	18	31
20	Чоловік	47	47	38	42	23
21	Жінка	37	36	28	20	34
22	Чоловік	51	39	41	21	44
23	Чоловік	50	35	31	30	31
24	Жінка	41	38	37	46	47
25	Чоловік	54	47	40	38	41
26	Чоловік	57	32	27	29	17
27	Жінка	36	26	21	39	18
28	Чоловік	39	33	23	36	23
29	Жінка	45	30	30	28	22
30	Жінка	53	46	34	13	21
31	Чоловік	37	47	30	41	41
32	Жінка	61	33	31	38	25
33	Чоловік	45	25	26	42	37
34	Чоловік	39	26	17	25	25
35	Жінка	45	33	36	21	38

3.Шкала депресії Бека

Номер респондента	Стать	Вік	Рівень тривоги(HAD)	Рівень депресії
1	Чоловік	57	7	12
2	Жінка	42	7	18
3	Чоловік	36	16	19
4	Чоловік	39	19	14
5	Жінка	56	8	16
6	Чоловік	56	9	8
7	Жінка	65	11	13
8	Жінка	54	14	11
9	Чоловік	39	7	12
10	Жінка	43	20	19
11	Чоловік	64	14	15
12	Чоловік	46	9	7
13	Жінка	65	10	16
14	Чоловік	59	19	9
15	Чоловік	51	11	16
16	Жінка	65	18	8
17	Чоловік	52	10	18
18	Жінка	65	11	14
19	Жінка	37	17	11
20	Чоловік	47	10	9
21	Жінка	37	12	9
22	Чоловік	51	17	5
23	Чоловік	50	16	5
24	Жінка	41	8	19
25	Чоловік	54	9	15
26	Чоловік	57	16	9
27	Жінка	36	13	9
28	Чоловік	39	9	5
29	Жінка	45	11	13
30	Жінка	53	6	8
31	Чоловік	37	9	7
32	Жінка	61	12	11
33	Чоловік	45	9	17
34	Чоловік	39	13	12
35	Жінка	45	9	20

4.Методика оцінки депресії за шкалою Бека (BDI-II).

Номер респондента	Стать	Вік	Рівень депресії (BDI-II)
1	Чоловік	59	21
2	Жінка	61	25
3	Чоловік	62	35
4	Чоловік	50	35
5	Чоловік	49	25
6	Жінка	3741	30
7	Чоловік	55	16
8	Чоловік	43	13
9	Чоловік	52	10
10	Жінка	38	39
11	Чоловік	59	39
12	Чоловік	48	14
13	Чоловік	43	32
14	Чоловік	60	35
15	Жінка	36	11
16	Чоловік	54	19
17	Жінка	62	31
18	Жінка	41	14
19	Жінка	42	13
20	Чоловік	69	11
21	Жінка	48	29
22	Чоловік	51	40
23	Жінка	70	19
24	Жінка	38	35
25	Жінка	36	28
26	Жінка	40	1035
27	Жінка	39	33
28	Жінка	36	14
29	Жінка	63	22
30	Жінка	52	13
31	Чоловік	60	25
32	Чоловік	68	33
33	Жінка	44	25
34	Жінка	70	32
35	Жінка	48	11

5. Методика оцінки емоційного стану за шкалою Маслач (МВІ).

Номер респондента	Стать	Вік	Емоційне виснаження	Деперсоналізація	Особисті досягнення
1	Чоловік	57	9	13	13
2	Жінка	42	16	18	19
3	Чоловік	36	5	19	13
4	Чоловік	39	15	15	15
5	Жінка	56	5	11	6
6	Чоловік	56	11	19	10
7	Жінка	65	13	16	8
8	Жінка	54	17	10	13
9	Чоловік	39	19	13	20
10	Жінка	43	8	6	11
11	Чоловік	64	14	7	8
12	Чоловік	46	14	17	16
13	Жінка	65	13	14	11
14	Чоловік	59	11	14	11
15	Чоловік	51	17	8	19
16	Жінка	65	18	6	5
17	Чоловік	52	16	18	13
18	Жінка	65	10	18	18
19	Жінка	37	7	6	18
20	Чоловік	47	10	6	10
21	Жінка	37	7	6	5
22	Чоловік	51	6	18	18
23	Чоловік	50	16	14	16
24	Жінка	41	11	5	10
25	Чоловік	54	9	13	9
26	Чоловік	57	17	17	13
27	Жінка	36	5	12	17
28	Чоловік	39	6	5	5
29	Жінка	45	13	20	7
30	Жінка	53	16	20	16
31	Чоловік	37	20	17	14
32	Жінка	61	6	5	10
33	Чоловік	45	17	17	9
34	Чоловік	39	11	13	20
35	Жінка	45	7	6	17

ДОДАТОК 3

Кореляційний аналіз

	Фізичне функціонування (EORTC)	Емоційне функціонування (EORTC)	Середній рівень стресу (PSS)	Рівень тривоги (HADS-A)	Рівень депресії (HADS-D)	Рівень депресії (BDI-II)	Емоційне виснаження (MBI)	Деперсоналізація (MBI)	Особисті досягнення (MBI)
1	0,0253	-0,1238	0,0822	0,2553	0,0235	0,1004	0,1859	0,0626	-0,1038
Фізичне функціонування (EORTC)	1	0,1833	0,0874	-0,0804	0,0874	-0,012	0,0716	-0,1089	0,1279
Емоційне функціонування (EORTC)	-0,1238	1	0,0865	0,1624	-0,2565	0,0111	-0,049	0,1016	0,122
Середній рівень стресу (PSS)	0,0822	0,0874	1	-0,0559	0,0494	0,303	-0,0062	0,088	0,4482
Рівень тривоги (HADS-A)	0,2553	-0,0804	0,1624	1	-0,0537	-0,2135	0,3127	0,0713	-0,0644
Рівень депресії (HADS-D)	0,0235	0,0874	-0,2565	0,0494	1	-0,0336	-0,0998	-0,6126	0,2628
Рівень депресії (BDI-II)	0,1004	-0,012	0,0111	0,303	-0,2135	1	0,0198	0,0662	0,23
Емоційне виснаження (MBI)	0,1859	0,0716	-0,049	-0,0062	0,3127	-0,0998	1	0,1377	-0,098
Деперсоналізація (MBI)	0,0626	-0,1089	0,1016	0,088	0,0713	-0,6126	0,0662	1	-0,0285
Особисті досягнення (MBI)	-0,1038	0,1279	0,122	0,4482	-0,0644	0,2628	0,23	-0,098	1