

Міністерство освіти і науки України
Національний університет «Острозька академія»
Навчально-науковий центр заочно-дистанційного навчання
Кафедра психології

Кваліфікаційна робота
на здобуття освітнього ступеня магістра
на тему:

**«ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ОНКОХВОРИМ
ТА ЧЛЕНАМ ЇХНІХ РОДИН»**

виконала студентка II курсу, групи ЗМПс-21
напряму підготовки 053 «Психологія»
Северин Тетяна Володимирівна

Науковий керівник:

доцент, доктор психологічних наук
Матласевич Оксана Володимирівна

Рецензент:

доцент, кандидат психологічних наук
Ширяєва Тетяна Михайлівна

Допущено до захисту

Завідувач кафедри: _____

О.МАТЛАСЕВИЧ

Острог – 2024

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
 РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ОНКОХВОРИМ ТА ЇХНІМ РОДИНАМ	
1.1. Психологічний стан онкохворих: етапи прийняття діагнозу.....	8
1.2. Емоційний вплив онкологічного захворювання на сім'ю.....	15
1.3. Психологічні особливості взаємодії з онкохворими на різних стадіях захворювання.....	22
1.4. Теоретичні підходи до підтримки родин онкохворих (системний підхід, сімейна терапія, когнітивно-поведінкова терапія).....	25
Висновки до розділу 1.....	28
 РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ОНКОХВОРИХ ТА ЧЛЕНІВ ЇХНІХ РОДИН	
2.1. Опис вибірки та методів емпіричного дослідження.....	29
2.2. Аналіз та інтерпретація одержаних емпіричних даних.....	39
Висновки до розділу 2	73
 РОЗДІЛ 3. РОЗРОБКА РЕКОМЕНДАЦІЙ З ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ТА СУПРОВОДУ ОНКОХВОРИХ ТА ЧЛЕНІВ ЇХНІХ РОДИН	
3.1. Комплексна психологічна підтримка онкохворих (групова терапія, індивідуальні консультації, арт-терапія).....	75
3.2. Робота з членами родин: навчання навичкам підтримки, подолання емоційного вигорання.....	84
3.3. Роль благодійних організацій та волонтерських програм.....	91
Висновки до розділу 3.....	97
ВИСНОВОК.....	99
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	102
ДОДАТКИ	

ВСТУП

Постановка проблеми. В сучасному суспільстві питання онкологічних захворювань набуває все більшої значущості, оскільки статистика свідчить про зростання їхньої поширеності. Боротьба з раком є не лише медичним викликом, але й соціально-психологічним, адже діагноз «рак» несе з собою не лише фізичні страждання, але й глибокі емоційні травми як для пацієнтів, так і для їхніх близьких. Важливою складовою комплексного лікування є психологічна допомога, яка сприяє адаптації до нових обставин, покращенню якості життя та зменшенню рівня стресу. Особливості психологічної підтримки онкохворих включають у себе індивідуалізований підхід, що враховує етапи хвороби, психоемоційний стан пацієнта та його сім'ї. Члени родини, часто перебуваючи в стані емоційного виснаження та тривоги, також потребують професійної підтримки, адже їхня роль у процесі лікування та реабілітації є невід'ємною. Це вимагає розвитку нових методик і стратегій, спрямованих на полегшення їхніх переживань, навчання комунікації та взаємодії в умовах кризи. Крім того, в умовах сучасних викликів, таких як повномасштабна війна, пандемії, економічні труднощі тощо, психологічна допомога стає ще більш актуальною. Зростає потреба в системі підтримки, які можуть надати онкохворим та їхнім родинам необхідні ресурси для подолання труднощів. Сьогодні, коли наука про психологічне здоров'я активно розвивається, важливо досліджувати специфіку і ефективність різних підходів до терапії, щоб знайти найбільш оптимальні рішення для кожного індивіда.

Актуальність дослідження зазначеної проблематики обумовлена також необхідністю пошуку шляхів, які сприятимуть зменшенню емоційного навантаження та покращенню якості життя онкохворих та їхніх близьких, підкреслюючи важливість інтеграції психологічної підтримки в загальний процес лікування онкологічних захворювань.

Аналіз останніх досліджень. В останні роки у зв'язку зі стрімким зростанням кількості пацієнтів з онкологічним діагнозом збільшилася кількість наукових робіт та досліджень, які присвячені вивченню

психологічних потреб пацієнтів із онкологічними захворюваннями та їхніх близьких, а також різним підходам до надання підтримки. Українські автори розглядають психологічну допомогу залежно від етапу лікування (О. Будкіна, Н. Волинець, І. Вострокнутов, О. Кирилова, С. Лукомська та інші). Деякі наукові дослідження присвячено проблемам адаптації до хвороби, проживання кризових станів (С. Мерлич, О. Строяновська), інші – дослідженню психологічних особливостей онкопацієнтів (Т. Кривоніс, І. Мухаровська, В. Пономарьова). Психологічна допомога онкопацієнтам цікавить також іноземних науковців (В. Andersen, К. Augustiny, С. Breidenbach, S. Cobb, D. Costa, D. Easterling, A. Floyd, H. Götze, J. Holland, J. Jenewein, H. Leventhal, E. Lykins, S. Madhusudhana, R. Mercieca-Bebber, K. Miller, I. Reznik, A. Seiler, L. Schaffner, L. Valach, E. Кюблер-Росс). В багатьох дослідженнях звертається увага на те, що онкопацієнти стикаються не тільки з фізичними викликами, а й із серйозними психологічними труднощами (депресія, тривога, страх смерті, відчуття втрати контролю, зниження самооцінки та соціальна ізоляція тощо). Підтвердженням цього слугують дані, відповідно до яких 30–40% онкопацієнтів мають серйозні психоемоційні розлади, котрі потребують психологічної підтримки або терапії. Особливо це актуально для пацієнтів, які проходять складні етапи лікування, такі як хіміотерапія або операції. Науковці також наголошують про те, що родини пацієнтів також перебувають у значному стресі, оскільки вони часто мають подвійне навантаження, пов'язане з поєднанням підтримки хворої близької людини та необхідністю давати раду своїм власним емоційним реакціям. Загальновідомо, що члени родин часто стикаються з високим рівнем емоційного вигорання, тривоги, відчуттям безпорадності та навіть депресією.

Мета роботи: теоретично та експериментально дослідити основні етапи, завдання, методи та форми надання психологічної допомоги онкохворим та їхнім сім'ям з метою з'ясування ефективних підходів, які сприяють емоційній стабільності, адаптації до змін у житті та зміцненню міжособистісних стосунків у контексті онкологічного лікування.

Об'єкт дослідження: психологічна допомога онкохворим та їхнім родинам, що охоплює різноманітні аспекти підтримки, адаптації та емоційного благополуччя.

Предметом дослідження: основні етапи, завдання, методи та форми надання психологічної допомоги онкохворим та їхнім сім'ям.

Завдання дослідження:

- здійснити теоретичний аналіз основних понять, змісту й підходів до психологічної підтримки онкохворих у психологічній науковій літературі;
- на основі теоретичного аналізу з'ясувати особливості психологічної підтримки онкопацієнтів та їх близьких;
- провести емпіричне дослідження емоційних станів онкопацієнтів та членів їх родин (виявлення рівня тривоги, депресивних станів тощо);
- на основі отриманих теоретичних й емпіричних даних розробити та апробувати рекомендації щодо надання психологічної підтримки онкохворим та членам їхніх родин.

Гіпотези науково-дослідної роботи: ефективна психологічна допомога онкохворим та їхнім родинам, що враховує індивідуальні потреби, емоційний стан і стадію захворювання, сприяє зниженню рівня тривожності, покращенню психологічної адаптації та якості життя як пацієнтів, так і їхніх близьких.

Методологія дослідження:

Теоретичні методи: аналіз, синтез, порівняння, узагальнення та інтерпретація інформації, отриманої в ході теоретичного вивчення спеціалізованої літератури, що дозволило зібрати та проаналізувати існуючі наукові дослідження, теоретичні концепції та практичні рекомендації у сфері психологічної підтримки онкохворих.

Емпіричні методи: анкетування; спостереження; інтерв'ю (проведення інтерв'ю з онкопацієнтами, їхніми родинами, а також психологами і медичним персоналом, щоб дізнатися про їхній досвід надання або отримання психологічної підтримки), психодіагностичні методики: 1) тест життєстійкості

С. Мадді; 2) Методика «Шкала депресії А.Т. Бека; 3) Методика визначення рівня тривожності Ч.Д. Спілберга, Ю.Л. Ханіна; 4) методика «Індекс життєвого стилю» Р. Плутчіка, Г. Келлермана, Х.Р. Конте.

Математико-статистичні методи. Для обробки результатів, отриманих за допомогою психодіагностичних методик, були застосовані наступні математико-статистичні методи:

1. Дескриптивна статистика. Використовувалась для узагальнення та опису базових характеристик вибірки (середні значення, медіана, стандартне відхилення, мода, мінімальні та максимальні значення). Це дозволило отримати загальну картину розподілу досліджуваних показників, таких як рівень тривожності, депресії чи життєстійкості.

2. Кореляційний аналіз. Для виявлення зв'язків між різними показниками був використаний коефіцієнт кореляції Пірсона. Це дозволило оцінити ступінь та напрямок взаємозв'язку між змінними. У разі нерівномірного розподілу даних використовувався коефіцієнт кореляції Спірмена.

3. Регресійний аналіз. Використовувався для оцінки впливу різних психологічних факторів (життєстійкість, тип ставлення до хвороби) на залежні змінні, такі як рівень тривожності та депресії.

Застосування цих методів дозволило глибше зрозуміти особливості психоемоційного стану онкохворих та членів їхніх родин, виявити ключові фактори впливу, а також обґрунтувати ефективність запропонованих програм психологічної допомоги.

Наукова новизна полягає в тому, що:

вперше: проводиться детальний аналіз, який допоможе комплексно оцінити емоційний стан та психологічні характеристики онкохворих та членів їх родини; як досвід надання або отримання психологічної підтримки сприяє емоційній стабільності, адаптації до змін у житті;

поглиблені: уявлення про взаємозв'язок між отриманою психологічною допомогою та загальним станом онкопацієнтів чи їх близьких.

Теоретичне значення роботи - результати дослідження можуть бути корисними для подальшого вивчення особливостей психологічної підтримки онкопацієнтів та регуляції їх емоційних станів.

Практичне значення роботи - результати дослідження можуть бути використані установами та організаціями, які планують і здійснюють процес надання психологічної підтримки, а також стати основою для подальших наукових досліджень у даній сфері практичними психологами, соціальними працівниками, а також членами родин у роботі, соціальній підтримці та супроводі пацієнтів на усіх етапах лікування. Результати роботи також можуть бути використані у підготовці спецкурсів і спецсемініарів із відповідної тематики.

Апробація матеріалів дослідження: результати наукових пошуків та аналізу теми роботи оприлюднено у вигляді статті «Особливості психологічної допомоги онкопацієнтам та членам їх родин» у збірнику за матеріалами IV Міжнародної наукової конференції «Період трансформаційних процесів в світовій науці: задачі та виклики» (13 грудня 2024; м. Рівне, Україна).

Структура кваліфікаційної роботи. Структура та обсяг дослідження зумовлені метою та завданнями. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загального висновку та списку використаних джерел (70 найменувань, з них 20 іноземною мовою), 4 додатки. У дослідженні вміщено 11 таблиць, 29 рисунків.

Загальний обсяг роботи - 129 сторінок друкованого тексту, з них - 101 сторінка основного тексту.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ОНКОХВОРИМ ТА ЇХНІМ РОДИНАМ

1.1. Психологічний стан онкохворих: етапи прийняття діагнозу

Діагноз раку - це не лише медичний виклик, але й глибоке психологічне потрясіння. Пацієнти, які стикаються з онкологічними захворюваннями, проходять через різні емоційні стадії, і кожна з них потребує особливої уваги та підтримки. На першому етапі, коли людина дізнається про свій діагноз, часто відчуває шок, страх і відчай. Ця стадія може супроводжуватися запереченням, коли пацієнт намагається не вірити у реальність ситуації. Психологічна допомога в цей період може бути надана через підтримку близьких, професійні консультації психологів та групи взаємопідтримки. Після початкового шоку пацієнти часто переживають стадію гніву, коли вони можуть відчувати образу на свою ситуацію, на лікарів або навіть на своїх близьких. У цей час важливо, щоб оточуючі були терплячими, надавали емоційну підтримку і не намагалися зменшити почуття пацієнта. Згодом може настати етап торгу, коли пацієнти намагаються знайти способи змінити ситуацію через власні зусилля, молитви чи інші ритуали [2, с. 183].

Пацієнти можуть перейти до стадії депресії, що часто супроводжується почуттям безнадії і втрати. У цей час важливо вчасно звернутися до психолога, щоб уникнути глибокої депресії. Допомога може включати терапію, медикаментозне лікування або альтернативні методи, такі як медитація і йога. На всіх етапах лікувального процесу у онкологічних хворих спостерігаються психогенні реакції, що відрізняються за ступенем виразності, клінічними проявами і психологічним змістом. З точки зору клінічної психології, онкологічні захворювання часто класифікують як кризові та екстремальні ситуації. Для пацієнтів важливо знайти методи самопомоги, такі як ведення щоденника, заняття творчістю або фізичними вправами, що допомагають зменшити рівень стресу. Близькі та родичі пацієнтів також відіграють важливу

роль у підтримці. Вони можуть допомогти, надаючи емоційну підтримку, слухаючи пацієнта та не засуджуючи його почуття. Підтримка близьких може істотно полегшити переживання пацієнта і допомогти йому пройти через всі стадії прийняття діагнозу [33, с. 7].

Зустріч з онкологічним захворюванням є однією з найскладніших ситуацій у житті будь-якого пацієнта. Цей досвід стає не просто медичним викликом, а й глибокою психологічною кризою, яка неминуче призводить до внутрішнього конфлікту. Суть цього конфлікту полягає в усвідомленні загрози власному життю, що викликає хвили тривоги, страху та відчаю. Відчуття безпеки, яке зазвичай супроводжує повсякденне життя, різко руйнується, і пацієнт опиняється на межі між сприйняттям реальності та власними переживаннями. Потрапивши в таку кризову ситуацію, хворий може зіткнутися з різними емоційними реакціями. Невизначеність, пов'язана з діагнозом, часто викликає високу емоційну напругу, що в свою чергу може призвести до дезорганізації поведінки та психічних порушень. Ступінь цих реакцій варіюється: від легкого занепокоєння до глибокої психічної дезорганізації. У легкому випадку пацієнт може відчувати просто невеликий дискомфорт або тривогу, але це може прогресувати до важкої депресії або навіть психозу, якщо ситуація не буде врегульована.

На середньому рівні реакції можуть проявлятися через типові невротичні симптоми, які заважають нормальному функціонуванню. Найпоширенішими проявами є тривога, яка іноді переходить у страх або паніку, депресивні настрої — від легкої сумності до глибокої туги, а також апатія, яка може бути супроводжена дисфорією. Ці симптоми в значній мірі залежать від стадії захворювання та індивідуальних рис особистості пацієнта. Крім того, дослідження показують, що пре-морбідні особливості пацієнта — такі як його психологічна стійкість, способи справляння зі стресом та соціальна підтримка — також суттєво впливають на те, як він переживатиме діагноз і лікування. Ті, хто раніше мав справу з кризовими ситуаціями і здобув навички подолання труднощів, можуть легше адаптуватися до нових умов. У

той же час, пацієнти з низьким рівнем стійкості або недостатньою соціальною підтримкою можуть відчувати значно більший стрес.

Усвідомлення пацієнтом несприятливого прогнозу онкологічного захворювання може стати каталізатором для розвитку важкої депресії. Важливою складовою цього процесу є недостатня вербальна інформація, що надається пацієнтові, яка часто супроводжується емоційно напруженими реакціями близьких людей. Трагічна міміка, відсутність відкритого спілкування та унікальна поведінка медичного персоналу можуть значно посилити вже й таку важку реакцію пацієнта на свою хворобу. Однією з характерних рис цих ситуацій є руйнування попередньої картини світу пацієнта. Вона стає жертвою раптової появи хвороби, і відсутність контролю над ситуацією лише поглиблює відчуття безвиході. Психологічна стабільність хвороби, разом із етапами реакцій на неї, веде до глибокої дезорієнтації, що унеможлиблює нормальний перебіг життя. Хворий переживає внутрішній тупик, відчуваючи, що його повсякденність кардинально змінилася, а раніше звичні орієнтири втратили свою значимість.

Депресивні стани спостерігаються у кожного четвертого онкологічного хворого, і їхня ймовірність зростає на пізніх стадіях захворювання. За даними деяких досліджень, у термінальній стадії раку депресія виявляється у третини пацієнтів, а за іншими даними — у 75% [19, с. 77–81]. Це створює додаткові труднощі в лікуванні, оскільки депресивні стани ускладнюють перебіг хвороби, відхиляють його від звичних сценаріїв, погіршують якість діагностики, знижують ефективність лікування, профілактики та реабілітації. Крім того, такі стани виснажують особистісні ресурси пацієнтів і зменшують їхні адаптаційні можливості, що, зрештою, призводить до зниження якості життя та підвищення ризику інвалідності.

Відповідаючи на новину про виявлення онкологічного захворювання, кожен пацієнт проходить через певну кризу, що складається з кількох етапів: заперечення, гнів, торги, депресія та примирення. Ці стадії є нормальними психологічними реакціями на стресову ситуацію і не підпадають під категорію

психічних розладів. Вони визначають напрямок психокорекційної роботи, яка спрямована на поліпшення лікувального процесу і підвищення якості життя пацієнта.

Перша стадія - «заперечення та відчуження» - виникає після початкового припущення про наявність злоякісного новоутворення у пацієнта. На цій стадії пацієнт може заперечувати факт своєї хвороби, зменшувати серйозність свого стану і навіть впевнено стверджувати, що діагноз є помилковим [37, с. 44–47]. Емоційна реакція на цю новину часто проявляється через тривогу, страх, депресію або навіть думки про самогубство. Оскільки причини багатьох видів раку досі не досліджені, деякі пацієнти починають звинувачувати себе у виникненні хвороби. Інші, вважаючи хворобу заразною, намагаються уникати контактів, побоюючись заразити своїх близьких. Заперечення може слугувати способом заспокоїти як себе, так і близьких, намагаючись створити ілюзію, що нічого страшного не сталося.

Друга стадія - «злість» - починається з остаточного підтвердження діагнозу і старту лікування. На цьому етапі пацієнт запитує: «Чому це сталося саме зі мною?». Відбувається часткове усвідомлення реальності, але разом із цим виникає новий емоційний сплеск. Часто пацієнти виявляють агресію, звинувачуючи медичний персонал, що слугує своєрідним захистом від внутрішнього конфлікту. Ця стадія може супроводжуватися спробами самогубства. Пацієнт може категорично відмовитися від продовження лікування та співпраці з лікарем або навіть намагатися втекти з лікарні.

Третя стадія - «торг» - проявляється у бажанні зробити щось, щоб змінити діагноз або зменшити біль, наприклад, бути кращим, більше молитися чи допомагати іншим пацієнтам [56]. Це спроба відсунути неминучі прояви хвороби та можливу смерть. На цьому етапі важливо залучити фахівців, таких як психологи та соціальні педагоги, особливо для роботи з близьким оточенням пацієнта. Розуміння і усвідомлення цього оточення можуть суттєво вплинути на стан самого хворого, особливо якщо пацієнт - дитина.

Четверта стадія - «депресія» характеризується розгорнутою клінічною картиною реактивної депресії. На цьому етапі пацієнт більше не може ігнорувати свою хворобу, тому його настрій стає постійно похмурим, а бажання уникати спілкування з оточуючими посилюється. Відзначається апатія, млявість і байдужість, що проявляється в повній відсутності інтересу до сім'ї та близьких. Цій стадії властиві також ілюзорні переживання, такі як віщі сновидіння і передчуття [6, с. 153–259]. Існує ризик суїцидальних спроб, тому важливо в цей період відволікати хворого, аби уникнути тривалих моментів на самоті.

П'ята стадія - «прийняття» - це етап примирення з хворобою. Для пацієнта час наче сповільнюється, адже він починає оцінювати його як щось надзвичайно важливе. У його роздумах часто домінують релігійні уявлення та віра в безсмертя. Нерідко пацієнти на цій стадії відчують особливу свободу, а іноді навіть ейфорію.

Факт хвороби суттєво змінює сутність людини. Усе оточення, включаючи лікарів, часто зосереджується лише на фізичних аспектах онкологічного захворювання, сприймаючи пацієнта виключно як тіло, яке потребує лікування. В результаті лікування зазвичай адресоване лише фізичному стану, ігноруючи важливість психологічного здоров'я та особистісних переживань пацієнта.

Ця фокусування на фізичному здоров'ї призводить до того, що онкохворі переживають кризу у своїх міжособистісних стосунках. Вони можуть відчувати відчуження, ізоляцію та нерозуміння з боку близьких, які не завжди можуть усвідомити глибину емоційних переживань, пов'язаних із хворобою. Відчуття самотності та відсутність підтримки можуть погіршити їхній психоемоційний стан, сприяючи розвитку депресії, тривожності та інших психічних розладів.

Важливо, щоб медичні працівники враховували ці аспекти під час лікування пацієнтів з онкологічними захворюваннями. Комплексний підхід, що включає як фізичне, так і психологічне лікування, може допомогти

пацієнтам справитися з їхніми емоціями та переживаннями, зменшити рівень стресу та поліпшити якість життя. Психологічна підтримка, групи взаємодопомоги та відкритий діалог з близькими можуть стати важливими елементами у відновленні психічного здоров'я та зміцненні стосунків пацієнтів із оточенням [31, с.13–23]. Усунення стереотипів щодо онкологічних хворих, які часто сприймаються тільки як «хворі», а не як повноцінні особистості, може суттєво поліпшити їхнє емоційне благополуччя та соціальну інтеграцію. Лише через врахування всіх аспектів існування пацієнта-фізичного, психологічного і соціального - можна забезпечити більш ефективний підхід до лікування онкологічних захворювань.

Коли людина знезацька стикається з важкою хворобою, найперше, чого вона потребує, - це підтримка. Віра у власні сили, духовна стійкість та допомога з боку близьких і медичного персоналу є критично важливими для успішної боротьби з недугою. Під час лікування пацієнт часто відчуває розгубленість і не знає, як правильно сформулювати свої питання до лікаря. У таких ситуаціях психолог може стати незамінним помічником, оскільки надає необхідну емоційну підтримку і допомагає зорієнтуватися в складній ситуації. Психологічна підтримка відіграє важливу роль на всіх етапах лікування, оскільки забезпечує пацієнту відчуття контролю і стабільності.

З точки зору психічних змін, які відбуваються у онкологічних пацієнтів, їх можна умовно поділити на три категорії:

1. Чисто психогенні - це реакції, що виникають безпосередньо у відповідь на отримання діагнозу.
2. Змішані психогенно-соматогенні – поєднують у собі психогенні та соматогенні фактори.
3. Переважно соматогенні – відзначаються значним впливом фізичних симптомів на психічний стан.

Думки про невиліковність раку та страх перед майбутньою смертю невідворотно турбують людину, яка дізналася про свій діагноз або потрапила до онкологічного стаціонару. Така емоційна напруга може посилити відчуття

безпорадності, ізоляції та безнадії, що призводить до розвитку депресивних розладів, тривоги та фобій. Тому важливо забезпечити пацієнтам доступ до кваліфікованої психологічної допомоги, яка може допомогти їм адаптуватися до нових обставин, знайти нові джерела підтримки і ресурсів для боротьби з хворобою. Забезпечуючи комплексний підхід до лікування, який включає медичну та психологічну підтримку, ми можемо суттєво полегшити емоційний тягар, з яким стикаються онкологічні пацієнти, і покращити їх загальне благополуччя в умовах боротьби з недугою.

Соціальна ізоляція та брак підтримки можуть ще більше загострити стан пацієнта, тому важливо забезпечити не лише медичне, але й психологічне супроводження. Дослідження показують, що пацієнти, які отримують належну психологічну допомогу, мають кращі шанси на подолання депресивних станів і покращення загального психоемоційного стану. Психологічна підтримка може стати важливим чинником, що допомагає пацієнтам знайти сили для боротьби з хворобою, зменшуючи ризики виникнення серйозних психологічних розладів і суїцидальних тенденцій [68, с.712].

Стикнувшись із важкою хворобою, людина переживає глибокі екзистенційні кризи, які ставлять під сумнів основи її існування. Виникають питання про життя і смерть, активність і пасивність, сенс, вибір та відповідальність. [28, с.388-393]. У таких обставинах складається враження, що пацієнт опиняється в пастці, де його можливості обмежені. Йому здається, що він нічого не може змінити, що все залежить від обставин, і, в якійсь мірі, це правда. Але тут проявляється парадокс: хоча людина не в змозі змінити своє минуле, вона може стати господарем свого теперішнього. Психологічна підтримка в цей період є життєво важливою. Вона дозволяє пацієнту переосмислити те, що сталося, знайти нові способи організації свого життя, адаптуватися до змін, і, таким чином, стати активним творцем свого сьогодення.

Здавалося б, у таких випадках особливо важливою повинна бути підтримка з боку родичів і друзів. Проте, на жаль, коли родичі та знайомі

дізнаються про серйозну травму або хворобу близької людини, також часто переживають психологічний стрес. [63, с.48]. Це може призводити до того, що вони починають уникати зустрічей, бо бояться власних емоцій і реакцій. В результаті, деякі з них вважають за краще відмовчатися або ігнорувати ситуацію, що ще більше ускладнює становище в родині.

Психологічна допомога, що включає професійну підтримку, участь у групах взаємодопомоги, терапію та роботу з близькими, є критично важливою для зменшення рівня стресу і запобігання глибоким психічним розладам. Особливу увагу слід приділяти профілактиці та лікуванню депресивних станів, які значно впливають на якість життя пацієнтів і їхню здатність адаптуватися до нових умов. Успішне подолання психологічної кризи можливе лише за умови комплексного підходу, що враховує як медичні, так і соціально-психологічні аспекти.

Системна підтримка, спрямована на зменшення емоційної напруги, розвиток навичок саморегуляції та адаптації, а також створення комфортного середовища для пацієнта, є ключовими факторами у процесі прийняття діагнозу та подолання наслідків захворювання.

1.2. Емоційний вплив онкологічного захворювання на сім'ю

Діагностика онкологічного захворювання у члена сім'ї стає справжнім випробуванням, яке викликає різноманітні емоційні реакції. Члени сім'ї починають переживати за життя і здоров'я хворого, що може призводити до постійного занепокоєння про майбутнє. Це відчуття може змінюватися від легкого хвилювання до глибокої депресії, коли реальність захворювання стає все більш очевидною. При цьому, окрім особистих переживань, члени сім'ї часто почуваються безпорадними, намагаючись знайти способи підтримати близьку людину [62, с. 1013].

Досить часто можна спостерігати виникнення почуття провини у членів сім'ї, які намагаються знайти пояснення ситуації, що склалася. Це може бути пов'язано з думками: «Чи міг я щось зробити, щоб запобігти цьому?» або «Чи

достатньо я підтримую свого близького?». Ці думки підсилюють стрес і емоційний тягар, особливо якщо йдеться про родину, де діагноз у когось із членів може заважати загальному щастю та спокою. Важливою реакцією є також почуття ізоляції. Члени сім'ї можуть почуватися самотніми у своїх переживаннях, оскільки інші можуть не зрозуміти їхніх емоцій. Це може призвести до закритості та небажання ділитися своїми почуттями з друзями чи знайомими. У той же час, потреба у спілкуванні та підтримці може стати ще більш гострою, що може призвести до пошуку груп підтримки або спілкування з тими, хто пережив подібний досвід. Крім того, виникає емоційна втома та вигорання. Коли члени сім'ї намагаються підтримувати хворого, вони можуть забувати про власні потреби, що врешті-решт призводить до виснаження. Це може проявлятися в дратівливості, агресії або навіть у фізичних симптомах, таких як головний біль чи безсоння. Таким чином, діагностика онкологічного захворювання у члена сім'ї не лише впливає на самого хворого, але й на всіх, хто його оточує, створюючи складний клубок емоцій, від яких важко втекти. Ці переживання формують нову реальність для всієї родини, яка вимагає часу, розуміння та підтримки для знаходження шляхів до адаптації в цій непростій ситуації [10, с. 167].

У такій ситуації важливо, щоб родини отримували не лише медичну допомогу, а й психологічну підтримку. Спеціалізовані програми для батьків можуть допомогти їм знайти стратегії для подолання емоційних труднощів, навчити їх способам комунікації в родині під час кризи, а також створити підтримуюче середовище для дитини. Психологічна допомога може значно полегшити тягар батьків, дозволяючи їм зосередитися на підтримці своїх дітей і зміцненні сімейних зв'язків у цей важкий час [45, с. 184].

Психологічні страждання серед близьких людей, які пережили онкологічне захворювання, зменшуються з моменту діагностування раку і зазвичай досягають нормативного рівня приблизно через три роки після завершення лікування. Проте, протягом цього періоду багато хто повідомляє про зниження якості життя, яке пов'язане з численними обов'язками, що

виникають у процесі догляду за хворим, а також з величезними стресами, які супроводжують хворобу. Серед основних стресорів, з якими стикаються близькі онкохворих, можна виділити фінансове навантаження, яке виникає через високі витрати на лікування, реабілітацію і медичні процедури. Родичі часто змушені зупинити свою професійну діяльність, що призводить до втрати доходу та додаткового тиску на сімейний бюджет. Це може створити замкнене коло фінансових труднощів, які ще більше погіршують їх психологічний стан [56, с. 66].

Щоденні процедури, що включають прийом ліків, відвідування лікарів, а також спостереження за побічними ефектами лікування, є ще одним важким аспектом. Батьки можуть відчувати перенапруження через необхідність постійного контролю за станом дитини, що викликає в них почуття тривоги та виснаження. Поганий сон стає звичним явищем, адже батьки часто неспокійні через стан своїх дітей, що веде до хронічної втоми та погіршення загального здоров'я. Невпевненість у прогнозах щодо одужання дитини також сприяє психологічному стресу. Постійна тривога за майбутнє і страх рецидиву можуть призвести до розвитку клінічних рівнів психологічних проблем, таких як тривожність і депресія. Це не лише впливає на фізичне та емоційне благополуччя батьків, але й має серйозні наслідки для родинної динаміки. Низький рівень якості життя стає індивідуальною проблемою для багатьох родин, що в свою чергу може призводити до функціональної втрати працездатності, проблем із вихованням дітей та збільшення ризику виникнення хвороб на фоні стресу та емоційного виснаження. Батьки можуть відчувати відчуження від своїх партнерів, що призводить до конфліктів і збільшення навантаження на психоемоційний стан.

Крім того, емоційні труднощі можуть призводити до зменшення функціональності сім'ї в цілому. Це може призвести до конфліктів, непорозумінь і навіть до розпаду стосунків. Пара, яка раніше була міцною, може опинитися на межі розлучення через те, що один із партнерів відчуває тягар відповідальності за догляд за хворим, а інший - неможливість поділитися

цим тягарем. Соціальні стереотипи також грають свою роль у створенні додаткових перешкод для сімей з онкохворими. Суспільство може нав'язувати уявлення про «норму», що змушує сім'ї почуватися незручно або стигматизовано. Онкологічне захворювання має глибокий вплив на міжособистісні стосунки в сім'ї, формуючи нову реальність, з якою родичі змушені стикатися щодня. Перш за все, діагноз викликає суттєві емоційні реакції, які можуть підірвати звичну динаміку сімейних стосунків. Як стверджують психологи, такі ситуації можуть призвести до збільшення тривоги, страху і навіть депресії як у самого хворого, так і в його близьких. Коли один із членів сім'ї стикається з онкологічним захворюванням, це змушує інших замислитися про власні почуття, переживання і страхи. Часто, щоб захистити хворого, родичі намагаються приховати свої емоції, що може створювати враження віддаленості. У свою чергу, це призводить до того, що хворий може відчувати себе ізольованим, вважаючи, що його страждання не можуть бути зрозумілі або підтримані близькими. Така емоційна дистанція може підірвати основи довіри та відкритості в родині, ускладнюючи процес спілкування та емоційного обміну. Сім'ї часто виявляються в складному становищі, коли потрібно знайти баланс між бажанням підтримувати хворого і власними переживаннями, які теж потребують уваги та розуміння. Ця нова динаміка може призвести до конфліктів, коли одні члени родини прагнуть більше відкрито говорити про емоції, а інші намагаються уникати цієї теми через страх перед болем і невизначеністю. Важливо, щоб всі члени сім'ї усвідомлювали, що кожен переживає цю ситуацію по-своєму і що відверте спілкування може стати ключем до підтримки один одного. Взаємна підтримка і розуміння можуть значно полегшити емоційний тягар, допомагаючи родині впоратися з труднощами, які виникають внаслідок онкологічного захворювання. Таким чином, хоча онкологія може створити нові виклики у міжособистісних стосунках, вона також відкриває можливості для зміцнення зв'язків і глибшого розуміння один одного.

Крім того, онкологічне захворювання часто викликає зміни в ролях і відповідальностях в сім'ї. Діти можуть раптово взяти на себе обов'язки, які раніше виконували батьки, а один із партнерів може стати основним доглядачем, відчуваючи велику відповідальність за добробут хворого. Це може спричинити додатковий стрес, оскільки зміна ролей може бути непростою і часто непередбачуваною. Нерідко у родині починають виникати різні погляди на лікування та підтримку. Один із партнерів може бути налаштований оптимістично і вірити в можливість одужання, тоді як інший відчуває песимізм і невпевненість. Якщо родина не знаходить способу спілкуватися про свої страхи та сподівання, то це може призвести до подальшої емоційної відчуженості. Відкриті дискусії про лікування, фінансові питання та емоційний стан всіх членів сім'ї стають особливо важливими, оскільки вони можуть допомогти зняти напругу і зміцнити зв'язки. Проте, незважаючи на ці складнощі, сім'я може виявити значну стійкість, об'єднавшись у боротьбі за спільну мету – підтримку хворого. Зміни, які відбуваються, можуть дати поштовх до глибшого розуміння один одного та формування нових зв'язків, які зміцнять сімейні стосунки. Важливо, щоб кожен член сім'ї мав можливість висловлювати свої думки і почуття, адже це сприяє створенню здорового середовища, де всі можуть відчувати себе підтриманими. Таким чином, хоча онкологічне захворювання може призвести до значних змін у родинній динаміці, воно також може стати каталізатором для позитивних перетворень у стосунках і зміцнення сімейних зв'язків [27, с. 381].

Загалом, онкологічне захворювання викликає значні зміни в емоційній атмосфері в сім'ї. Родичі можуть відчувати страх, провини та безпорадність, а також відчувати необхідність захистити хворого від болю. Однак, наявність відкритого спілкування і підтримки може суттєво полегшити цю ситуацію. Дослідження показують, що сім'ї, які відкрито говорять про свої почуття, мають більше шансів подолати труднощі, пов'язані із захворюванням, та зберегти емоційну близькість. Важливо також зазначити, що в кризових

ситуаціях сім'я може стати джерелом сили, підтримуючи одне одного в боротьбі з хворобою. Коли члени сім'ї об'єднуються, щоб протистояти труднощам, вони можуть зміцнити свої стосунки, перетворивши стресовий досвід на можливість для зростання та єдності. Таким чином, онкологічне захворювання може як розділити, так і об'єднати сім'ю, залежно від того, як вона реагує на виклики, що постають перед нею. Кожна родина стикається з такими випробуваннями по-різному, і важливо пам'ятати, що жодної універсальної реакції не існує. Одні люди можуть здаватися більш стійкими, але насправді внутрішні переживання можуть бути не менш глибокими. Водночас для інших прояви емоцій, таких як сльози чи дратівливість, можуть бути частиною процесу адаптації. Цей досвід вимагає від родини не лише фізичної підтримки для хворого, але й емоційної взаємодії, щоб допомогти кожному члену сім'ї впоратися з власними переживаннями. Непроста реальність захворювання змушує родину шукати нові способи організації побуту, переосмислювати пріоритети та зосереджуватися на тому, що дійсно важливо. Час, проведений разом, починає сприйматися інакше, оскільки кожен момент може стати значущим. Це змушує родину замислюватися про те, як вони можуть підтримати один одного в найскладніші моменти, і які стратегії допоможуть їм адаптуватися до нових умов життя.

Ситуація, коли один із членів сім'ї стикається з онкологічним захворюванням, викликає величезне емоційне навантаження не тільки для хворого, а й для всіх, хто його оточує. У таких умовах сім'ї часто змушені розробляти різноманітні стратегії копіngu, які допомагають їм справлятися з труднощами, зберігати емоційну стійкість та підтримувати зв'язки один з одним. Одна з основних стратегій полягає в відкритому спілкуванні. Як стверджує психолог Джудіт Орлофф, здатність ділитися своїми почуттями, переживаннями та побоюваннями може зменшити відчуття ізоляції і допомогти родині зрозуміти, що вони не самотні у своїй боротьбі. Багато сімей також використовують колективну підтримку, звертаючись до друзів, родичів або груп підтримки, де можна знайти людей із схожим досвідом. Таке

спілкування може стати важливим джерелом емоційної підтримки, оскільки дозволяє членам сім'ї ділитися своїми переживаннями і почуттями з тими, хто може зрозуміти їхню ситуацію. Психолог Марк Фінчер вказує на те, що соціальна підтримка є критично важливим елементом у процесі копінгу, адже вона не лише допомагає справлятися зі стресом, але й покращує загальний психологічний стан.

Емоційна релаксація є важливою стратегією подолання стресу. Члени сім'ї можуть використовувати різноманітні методи, такі як медитація, йога, фізичні вправи або творчість, щоб зменшити напругу та відновити емоційну рівновагу. Дослідження свідчать, що фізична активність покращує не лише фізичний стан, а й позитивно впливає на психічне здоров'я, знижуючи рівень тривоги та депресії. Вираження емоцій через мистецтво, ведення щоденників або інші креативні форми може стати ефективним інструментом. Креативний підхід надає можливість членам сім'ї виявляти свої емоції та відображати їх новими способами, що може мати терапевтичний ефект. Наприклад, мистецтво може слугувати засобом, завдяки якому хворий або його близькі висловлюють свої переживання, які важко сформулювати словами. Також родини можуть започатковувати нові традиції та ритуали, які підтримують позитивний настрій навіть у важких ситуаціях. Це можуть бути прості заходи, як сімейні вечери, перегляд фільмів або прогулянки на природі. Такі активності не тільки відволікають від проблем, але й нагадують про важливість підтримки і любові в родині. Важливо зазначити, що адаптація до нових умов може вимагати часу, і кожна родина проходить через цей процес по-своєму. Тому стратегії подолання можуть варіюватися залежно від індивідуальних потреб і особливостей сім'ї. Іноді підтримка фахівців, таких як психологи чи соціальні працівники, стає необхідною для створення сприятливого середовища. Відкритість у спілкуванні та готовність ділитися переживаннями є важливими компонентами цього процесу. Сім'ї, які працюють над спільними переживаннями, можуть знаходити нові шляхи для зміцнення своїх зв'язків,

що дозволяє всім членам родини відчувати себе зрозумілими і підтриманими, що надзвичайно важливо в часи випробувань [20].

Таким чином, сім'ї, які стикаються з онкологічним захворюванням, використовують різноманітні стратегії копіngu, які допомагають їм долати емоційне навантаження. Від відкритого спілкування до творчого вираження, ці підходи можуть значно полегшити стрес і допомогти зберегти єдність у складні часи. Важливо пам'ятати, що шлях до відновлення може бути непростим, але з підтримкою, відкритістю і спільними зусиллями родина може не лише пережити цей випробування, а й стати ще сильнішою.

1.3. Психологічні особливості взаємодії з онкохворими на різних стадіях захворювання

Онкологічне захворювання є складним і багатогранним досвідом, який впливає на психічний стан пацієнта, формуючи різні етапи емоційних реакцій залежно від стадії хвороби. Ці етапи не лише визначають особистісні переживання хворого, але й формують його взаємодію з оточенням, включаючи родину, друзів і медичний персонал. Згідно з моделлю, запропонованою психологом Елізабет Кюблер-Рос, пацієнти проходять через п'ять основних етапів: заперечення, гнів, торг, депресію та прийняття.

На початковій стадії захворювання, коли діагноз тільки що поставлено, багато пацієнтів можуть переживати заперечення. Це природна реакція на шокуючу новину, що на перший погляд допомагає уникнути емоційного навантаження. Вони можуть відчувати, що захворювання стосується не їх, а інших, і намагатися ігнорувати реальність, що може створити дистанцію у стосунках з оточенням. Таке заперечення часто стає причиною труднощів у спілкуванні з близькими, які намагаються зрозуміти, через що проходить їхній родич. Багато хто може відчувати розгубленість та безсилля, коли стикається з такою реакцією.

На другому етапі, коли пацієнти починають усвідомлювати свою ситуацію, може виникнути гнів. Це почуття може бути спрямоване на себе,

медичних працівників або навіть близьких, які, на думку хворого, не можуть зрозуміти його переживання. Гнів може призвести до конфліктів у родині, адже близькі люди часто не знають, як реагувати на цю емоцію. Психологи, такі як Керолайн Котт, підкреслюють, що важливо, щоб оточення не сприймало гнів як агресію, а як потребу пацієнта висловити свій біль і страх.

Третій етап - це торг, коли пацієнт може почати шукати способи пом'якшити свою ситуацію через обіцянки або жертви, сподіваючись, що таким чином він зможе змінити хід хвороби. Взаємодія з оточенням може ставати ще більш емоційною в цей період, адже пацієнт може звертатися за підтримкою до родичів або друзів, прагнучи знайти в них опору. У цей час важливо, щоб близькі не ставили під сумнів почуття хворого, але й не підтримували його ілюзії, що може призвести до подальших розчарувань.

Депресія, яка може виникнути на четвертому етапі, часто є найскладнішою для пацієнтів. Відчуття безнадії, самотності і смутку можуть поглибити ізоляцію. Взаємодія з оточенням на цьому етапі може бути ускладненою, оскільки пацієнти часто намагаються уникати соціальних контактів. Їхні близькі можуть відчувати невпевненість, не знаючи, як підтримати хворого. На п'ятому етапі, прийнятті, пацієнт може почати знаходити мир зі своєю ситуацією. Це не означає, що він перестав боротися з хворобою, але він починає усвідомлювати, що ситуація є частиною його життя. Взаємодія з оточенням стає більш відкритою та сприйнятливою, адже пацієнт може почати ділитися своїми почуттями та переживаннями без страху бути незрозумілим. Це може позитивно вплинути на стосунки в родині, адже відкритість часто сприяє зближенню. Важливо зазначити, що ці етапи не є лінійними, і пацієнти можуть повертатися до попередніх стадій у процесі своєї боротьби з хворобою. Ця циклічність може створювати виклики для оточення, оскільки близькі можуть відчувати, що їхні намагання підтримати пацієнта не завжди спрацьовують. У цьому контексті важливим є розвиток емпатії та розуміння того, що кожна реакція має своє коріння в глибоких емоційних переживаннях [9, с. 86].

Фізичні зміни, які супроводжують онкологічні захворювання, глибоко впливають на сприйняття себе та взаємини з близькими людьми. У важких стадіях хвороби люди часто стикаються з втратою фізичних сил, змінами зовнішності та емоційними труднощами, що веде до негативного ставлення до себе. Коли тіло слабшає та піддається руйнівним процесам, людина може відчувати себе безсилою і нездатною справлятися з повсякденними справами, що створює почуття меншовартості. Ці фізичні зміни, такі як випадання волосся, зміна ваги або поява набряків, можуть серйозно вплинути на самооцінку. Пацієнти часто відчують сором чи дискомфорт через зовнішні зміни, що підриває їхню впевненість у собі. Це може стати причиною уникання соціальних контактів, оскільки вони бояться бути не такими, як раніше, або не хочуть стикатися з осудом чи співчуттям оточуючих.

Фізичні зміни, що виникають унаслідок онкологічного захворювання, серйозно впливають на самосприйняття пацієнта та його взаємини з близькими. Втрата фізичної сили, зміна зовнішності та емоційні переживання можуть призвести до того, що людина починає сприймати себе негативно. Коли тіло слабшає і піддається руйнівним процесам, пацієнт може відчувати безсилля і нездатність виконувати навіть прості щоденні справи, що викликає почуття неповноцінності. Зовнішні зміни, такі як випадіння волосся, зміна ваги або набряки, можуть призвести до зниження самооцінки, викликаючи сором і невпевненість. Ці переживання часто спонукають пацієнтів уникати соціальних контактів, оскільки вони бояться осуду або надмірної жалості з боку оточуючих [23, с. 34].

Водночас і стосунки з близькими змінюються. Оточуючі намагаються підтримати хворого, але їхня допомога може сприйматися по-різному. Для одних така підтримка є джерелом сили та мотивації, для інших — це може викликати почуття залежності та вразливості. Людина може відчувати, що втрачає контроль над своїм життям, що провокує внутрішній спротив та навіть конфлікти з рідними, які беруть на себе частину відповідальності за її добробут. Емоційний стан пацієнтів також зазнає суттєвих змін: страх, тривога

і депресія стають постійними супутниками, що може призводити до дистанціювання від близьких. Відчуття безпорадності й усвідомлення обмеженості своїх можливостей можуть викликати бажання відгородитися від зовнішнього світу. Тому надзвичайно важливо, щоб рідні з розумінням ставилися до цих змін і підтримували відкритий діалог, де пацієнт міг би висловити свої переживання, а не замикатися у собі.

Підсумовуючи, можна стверджувати, що зміни в фізичному стані онкохворих глибоко впливають на їхнє самосприйняття та відносини з близькими. Ці зміни можуть призвести до емоційних та соціальних викликів, які вимагають розуміння, терпіння і підтримки з боку оточуючих. Налагодження відкритого спілкування та підтримка близьких можуть стати важливими факторами, які допоможуть пацієнту адаптуватися до нових обставин і зберегти відчуття зв'язку з людьми, які його оточують.

1.4. Теоретичні підходи до підтримки родин онкохворих (системний підхід, сімейна терапія, когнітивно-поведінкова терапія)

Системний підхід є потужним інструментом для розуміння динаміки взаємодії в родині, де один із членів страждає від онкологічного захворювання. Цей підхід розглядає сім'ю не як просту суму індивідів, а як складну систему, в якій кожен учасник взаємодіє з іншими, впливаючи на загальну атмосферу, емоційний стан і функціонування родини. Системна теорія, розроблена такими дослідниками, як Мюррей Боуен та Вірджинія Сатир, підкреслює, що зміни в поведінці одного члена сім'ї можуть мати широкі наслідки для всього сімейного колективу. Коли в родині з'являється онкологічне захворювання, це викликає глибокі емоційні реакції у всіх її членів, які можуть створити нові виклики. Системний підхід дозволяє аналізувати, як страхи, переживання та стратегії копінгю одного члена родини взаємодіють з емоціями та поведінкою інших. Наприклад, якщо батько, який є основним годувальником сім'ї, отримує діагноз, це може викликати у його партнерки почуття тривоги і необхідності брати на себе більше відповідальності, що в свою чергу може

призвести до відчуження у дітей, які не розуміють, чому батьки стали менш доступними емоційно. Так, системний підхід дозволяє побачити цю взаємозалежність, а також виявити патерни поведінки, які можуть бути деструктивними.

Застосування системного підходу дозволяє сім'ї усвідомити свої комунікаційні шаблони. Часто в умовах стресу члени родини можуть уникати відвертих розмов про хворобу, що призводить до накопичення нерозуміння і емоційної відстані. За допомогою цього підходу можна виявити, які способи спілкування сприяють або, навпаки, заважають відкритості та емоційній підтримці. Наприклад, якщо один з членів родини постійно намагається відвернути увагу від проблеми, то це може викликати обурення у інших, які бажають обговорити ситуацію [42, с. 23–27]. Розуміння таких динамік може допомогти родині перейти до більш конструктивного способу спілкування. Впровадження даного підходу відкриває можливості для зміни ролей і відповідальностей у родині. Коли члени сім'ї починають усвідомлювати, як їхня поведінка впливає на інших, вони можуть бути більш відкритими до обговорення нових способів підтримки хворого. Це може призвести до збалансування навантаження, де всі учасники беруть активну участь у догляді, що допомагає зменшити стрес і вигорання. Наприклад, діти можуть виявити бажання допомагати у побутових справах, в той час як батьки можуть більше уваги приділяти емоційній підтримці.

Також системний підхід спонукає до перегляду і переосмислення сімейних цінностей і традицій. У складних ситуаціях сім'ї часто знаходять нові способи святкувати, спілкуватися і підтримувати одне одного. Це може включати створення нових сімейних традицій, які об'єднують родину в часи випробувань. Наприклад, спільні вечери, під час яких всі можуть ділитися своїми переживаннями, або творчі проекти, що дозволяють висловити свої емоції.

Одним з основних методів, що використовуються в сімейній терапії, є структурна терапія, яка зосереджується на розумінні родинної динаміки та

взаємозв'язків. Цей підхід дозволяє ідентифікувати проблеми в комунікації та функціонуванні сім'ї, виявляючи, як стрес, пов'язаний з хворобою, впливає на всі рівні взаємодії. Терапевт може допомогти сім'ї перепроєктувати свої ролі та межі, що в свою чергу може зменшити конфлікти і полегшити емоційний тягар. Крім того, використання технік комунікації є ключовим аспектом сімейної терапії. Терапевти навчають родини, як відкрите і чесне спілкування може допомогти знизити рівень тривоги та невизначеності. Це може включати методи активного слухання, вираження емоцій і формулювання конструктивних запитів. Наприклад, навчання родичів говорити про свої почуття і страхи може допомогти зняти напругу і сприяти створенню безпечного простору для відкритих розмов. Таким чином, сім'я може не лише зрозуміти переживання онкохворого, а й поділитися своїми власними емоціями, що, безсумнівно, покращує загальний емоційний стан усіх членів сім'ї.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є дієвим методом підтримки родин, які стикаються з онкологічними викликами. Вона допомагає краще зрозуміти, як наші думки та дії впливають на емоційний стан, і як негативні переконання можуть посилювати стрес у родині. Завдяки КПТ, члени родини вчаться помічати свої автоматичні реакції на стресові ситуації, наприклад, під час боротьби з хворобою, і змінювати їх на більш конструктивні та підтримуючі. Це сприяє зниженню напруги і створенню більш гармонійної атмосфери в сім'ї. Такий підхід не лише допомагає впоратися зі стресом у теперішній момент, але й надає корисні навички для майбутнього, що робить його особливо важливим у подоланні важких життєвих обставин. Одним із важливих аспектів сімейної терапії є підтримка в процесі адаптації до хвороби і прийняття нових реалій. Терапевти залучають родичів до спільної розробки стратегій, які допомагають впоратися з щоденними труднощами, пов'язаними з доглядом за хворим. Це може стосуватися як організаційних питань, так і емоційної підтримки, де значну роль відіграє обговорення тих позитивних моментів, які можна знайти навіть у складних ситуаціях.

Таким чином, сімейна терапія використовує різноманітні методи та техніки, щоб підтримати родини онкохворих. Вона допомагає створити середовище, де кожен член сім'ї може вільно виражати свої почуття, ділитися переживаннями та отримувати підтримку. Це не лише покращує емоційний стан усіх учасників, але й сприяє зміцненню родинних зв'язків, що є надзвичайно важливим у період, коли родина стикається з важкими випробуваннями. Взаємна підтримка і розуміння можуть стати потужними ресурсами, які допоможуть родині знайти нові способи адаптації до змін і продовжувати жити, не зважаючи на труднощі.

Висновки до розділу 1

У першому розділі було досліджено психологічні аспекти, які мають ключове значення в процесі надання допомоги онкохворим та їхнім родинам. Зокрема, розглянуто етапи прийняття діагнозу, які є важливим елементом психологічного стану хворого. Процес адаптації до хвороби супроводжується різними емоційними станами, такими як заперечення, гнів, торг, депресія та прийняття. Ці етапи допомагають зрозуміти динаміку емоційного реагування пацієнтів, що важливо для ефективної підтримки та терапії. Важливу роль відіграє емоційний вплив онкологічного захворювання на родину, яка часто переживає стрес, тривогу та депресію разом з пацієнтом. Психологічна допомога повинна враховувати ці фактори, оскільки взаємодія з хворим на різних стадіях захворювання має свої особливості, що визначають підхід до психотерапевтичної роботи.

Розгляд теоретичних підходів до підтримки родин онкохворих, зокрема системного підходу, сімейної терапії та когнітивно-поведінкової терапії, підкреслює важливість комплексного підходу до вирішення психологічних проблем. Ці методи дозволяють не тільки допомогти самому хворому, але й забезпечити підтримку його родині, що сприяє більш ефективному переживанню кризи та адаптації до нових умов життя.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ОНКОХВОРИХ ТА ЧЛЕНІВ ЇХНІХ РОДИН

2.1. Опис вибірки та методів емпіричного дослідження

Злоякісні новоутворення являють собою не лише медичну, а й серйозну психологічну проблему, адже такий діагноз може суттєво впливати на емоційне та психічне здоров'я як самих пацієнтів, так і членів їхніх родин. Встановлення онкологічного діагнозу супроводжується значним рівнем психоемоційного напруження, оскільки онкологія асоціюється з серйозними викликами: болючим лікуванням, тривалим відновленням, соціальними та економічними труднощами, а інколи – із загрозою для життя. Через це пацієнти часто стикаються з відчуттям невизначеності, що посилює тривогу, а довге і виснажливе лікування нерідко призводить до розвитку депресивних станів. Крім того, зміни в стилі життя, обмеження в фізичній активності та навіть втрата можливості працювати чи повноцінно спілкуватися з соціумом можуть спричинити перегляд життєвих пріоритетів і планів на майбутнє.

Для самих онкохворих психоемоційні переживання, пов'язані з невизначеністю прогнозу, можуть бути вкрай гострими [6, с. 153–259]. Багатьом важко прийняти факт зниження якості життя, втрата можливостей, які були доступні до хвороби, є суттєвим стресом і викликом для психічного здоров'я. Пацієнти нерідко відчують постійне хвилювання та страх щодо прогресування хвороби, можливості її рецидиву або недостатньої ефективності лікування. Це породжує негативні емоції, які можуть впливати не тільки на загальне самопочуття, але й на мотивацію дотримуватися режиму лікування.

Не менш важливими є психоемоційні переживання членів родин онкохворих. Звістка про діагноз близької людини також може викликати значний рівень стресу, адже вони стикаються з багатьма додатковими труднощами. Насамперед, їм необхідно постійно забезпечувати емоційну підтримку для хворого, зберігаючи оптимізм і сили навіть тоді, коли самі переживають страх і невпевненість. Часто виникає потреба перерозподіляти

фінансові ресурси на лікування, що може погіршити загальне матеріальне становище родини. Члени сім'ї часто жертвують власними інтересами та планами для того, щоб бути поруч з хворим, допомагати йому на різних етапах лікування та реабілітації. Це стає додатковим фактором навантаження, який підвищує ризик емоційного вигорання та погіршення їхнього психічного стану.

З метою дослідження та емпіричної перевірки визначених у дослідженні завдань передбачається вирішення наступних завдань :

- підбір та визначення психодіагностичних методик для визначення рівня тривожності, депресії та інших психоемоційних характеристик стану онкопацієнтів та членів їх родин;

- збір психодіагностичного матеріалу та визначення вибірки учасників дослідження;

- аналіз отриманих результатів на основі якісного аналізу отриманих емпіричних даних та кількісного аналізу (за допомогою методів математичної статистики).

Метою емпіричного дослідження є оцінка психоемоційного стану як онкохворих, так і членів їхніх родин. Для цього було використано психодіагностичні методики, які дозволяють виявити рівень тривоги, депресії, емоційного виснаження та адаптації до хвороб. Дослідження допоможе визначити, яким чином психоемоційний стан хворого впливає на процес лікування, а також як психоемоційний стан та підтримка близьких родичів позначається на цьому. Це знання, своєю чергою, дасть змогу розробити ефективні інтервенції для психологічної підтримки обох груп, а саме – онкохворих і членів їхніх родин. Отримані дані можуть допомогти у створенні програм психологічної підтримки та терапевтичних заходів, спрямованих на підвищення якості життя та полегшення емоційного навантаження цих людей.

Опис вибірки. Дослідження охоплює дві основні групи респондентів, що дозволяє детально проаналізувати психоемоційний стан як онкохворих, так і їхніх близьких, які надають підтримку. Такий розподіл вибірки сприяє

точному порівнянню та глибшому розумінню відмінностей у рівні депресії та загальних емоційних реакцій у обох групах. У дослідженні взяли участь:

- 60 осіб - пацієнтів (зокрема 36 жінок та 24 чоловіків) та 40 членів родин онкохворих (зокрема 29 жінок та 11 чоловіків) .

- вікові категорії: 20–30 років - 23 особи; 31–50 років - 46 осіб; 51–70 років - 31 особа.

- стадія лікування пацієнтів: первинна діагностика (30% - 18 осіб), активна терапія (50% - 30 осіб), реабілітація (20%) – 12 осіб).

Основну вибірку склали онкохворі пацієнти, які проходять лікування або перебувають на стадії реабілітації після лікування онкологічного захворювання, а також респонденти, які здійснюють безпосередній догляд за онкохворим членом сім'ї або забезпечують йому необхідну підтримку, що включає психологічну допомогу, фізичну присутність під час лікування, організацію побутових умов, транспорт, медичні консультації тощо (респонденти у цій групі включають як близьких родичів (подружжя, діти), так і інших членів сім'ї (брати, сестри, батьки), що дозволяє врахувати різні види соціальної підтримки і вплив близьких стосунків на психоемоційний стан). У дослідженні взяли участь люди різного віку, статі та соціального статусу, які отримують лікування та надають підтримку своїм близьким, що дозволило сформувати репрезентативну вибірку та отримати достовірні результати. Пацієнти надали добровільну згоду на участь у дослідженні. До роботи були залучені пацієнти різних вікових категорій — від 20 до 70 років, що дозволяє отримати більш повне уявлення про психоемоційний стан пацієнтів різного віку. Склад вибірки включає як чоловіків, так і жінок, що забезпечує рівномірне представлення обох статей для подальшого аналізу гендерних особливостей у психологічному реагуванні на онкологічний діагноз та його лікування. Анкетування проводилося за допомогою Google Forms, що дозволило автоматизувати процес збору даних та забезпечити конфіденційність відповідей. При цьому особлива увага приділялася етичним питанням і захисту прав учасників дослідження, зокрема, всі респонденти

були поінформовані про мету і процес дослідження, а також отримали гарантії щодо конфіденційності результатів. Такий підхід забезпечив можливість для добровільної участі та створив сприятливі умови для отримання максимально чесних і відкритих відповідей.

Обґрунтування вибору методів емпіричного дослідження. Для оцінки психоемоційного стану онкохворих та членів їхніх родин у даному дослідженні було використано такі методики, які дозволять комплексно оцінити емоційний стан та психологічні характеристики учасників. Зокрема, ці інструменти допоможуть виявити рівень життєстійкості, ставлення до хвороби, депресивні симптоми, тривожність та інші особистісні риси, що впливають на психоемоційний стан. Використання цих методик сприятиме отриманню об'єктивних даних для подальшого аналізу.

Методики, що використовувалися в дослідженні:

1. Тест життєстійкості С. Мадді (Додаток А);
2. Методика «Шкала депресії А.Т. Бека» (Додаток Б);
3. Методика визначення рівня тривожності Ч.Д. Спілберга, Ю.Л. Ханіна (Додаток В);
4. Методика «Індекс життєвого стилю» Р. Плутчіка, Г. Келлермана, Х.Р. Конте (Додаток Г).

Психодіагностичні методики широко використовуються в психології для визначення різних аспектів психічного стану людини, її реакцій на стресові фактори та здатності адаптуватися до життєвих обставин. Нижче представлено короткий опис кожної з них.

Тест життєстійкості С. Мадді має діагностичну мету оцінки здатності та готовності людини активно і гнучко діяти в ситуації стресу і труднощів, а також визначення ступеня її уразливості до переживань стресу та депресивності. Це включає аналіз того, як людина реагує на виклики в житті, її адаптивність до стресових ситуацій та її здатність зберігати емоційну стабільність навіть у складних обставинах. Тест життєстійкості С. Мадді спрямований на оцінку здатності особистості до опору життєвим труднощам,

стресовим ситуаціям та її здатності до ефективної адаптації. Ця методика дає змогу визначити рівень життєстійкості як сукупність таких компонентів:

1. Відданість (залученість) - ступінь участі особистості в різних сферах життя.
2. Контроль - переконаність у здатності впливати на результати власної діяльності.
3. Прийняття ризику (виклик) - готовність до змін та їх сприйняття як можливостей для розвитку.

Життєстійкість, або *hardiness*, являє собою систему переконань про себе, своє оточення і про взаємодію з цим оточенням. Це особливий диспозиційний аспект особистості, який включає в себе три автономні компоненти: залученість, контроль та прийняття ризику. Залученість відноситься до готовності людини активно долати труднощі й зберігати інтерес до життя навіть у важких обставинах. Контроль охоплює здатність управляти ситуацією, долати перешкоди, не дозволяючи їм впливати на власну активність та ефективність. Прийняття ризику визначає готовність особистості брати на себе ризик і адаптуватися до нових, незвичних умов, що може включати прийняття незрозумілих або непередбачуваних ситуацій.

Компоненти життєстійкості є ключовими для підтримки фізичного та психологічного здоров'я в умовах стресових ситуацій. Вони сприяють збереженню працездатності та активності, а також допомагають людині адаптуватися до негативних змін у своєму житті. Опитувальник призначений для використання серед осіб від 18 років і старше, без обмежень за рівнем освіти, соціальним або професійним статусом. Він може бути застосований у різних сферах, де необхідно оцінити особистісну стійкість до стресу та здатність до адаптації в умовах змін.

Цей підхід дозволяє отримати точну картину рівня життєстійкості кожної особистості в контексті стресових ситуацій, на основі яких можна зробити рекомендації щодо розвитку та підтримки життєстійкості в подальшому.

Шкала депресії Бека є одним із найбільш використовуваних інструментів для оцінки депресивного стану людини. Вибір цієї методики є обґрунтованим з кількох причин, зокрема її популярністю, валідністю, надійністю та специфікою вимірюваних показників [54, с. 561-571]. Даний тест є одним із найбільш поширених інструментів для діагностики депресивних станів і широко використовується у клінічній практиці та наукових дослідженнях, що дозволяє порівнювати отримані результати з існуючими стандартами та базами даних. Шкала Бека охоплює 21 питання, де кожне відображає різний симптом депресії, включаючи пригнічений настрій, втрату інтересу, зміну апетиту, відчуття провини, суїцидальні думки та інші.

Залежно від обставин тестування, шкалу можна заповнювати як самостійно, так і в присутності кваліфікованого спеціаліста. При самостійному заповненні шкали людина може вибирати відповіді в комфортному середовищі, що підвищує точність результатів. Проте в клінічних умовах або у випадку певних фізичних захворювань результат може бути неточним, оскільки фізичні симптоми, такі як втома або біль, можуть збільшити загальний бал через їхній вплив на самопочуття пацієнта.

Попри це, шкала Бека залишається одним із найбільш визнаних інструментів для оцінки депресії та її динаміки, активно застосовується в медичних дослідженнях і терапевтичних процесах.

Окремо слід зазначити, що «Шкала депресії А.Т. Бека» є ефективною саме для онкологічних пацієнтів, оскільки, за даними багатьох досліджень, депресія є одним із найбільш поширених психічних розладів серед людей, які стикаються з діагнозом раку [19, с. 77–81]. Онкологічне захворювання, як правило, супроводжується високим рівнем психоемоційного стресу, а відчуття тривоги, безнадійності та відчаю є типовими для багатьох пацієнтів, які намагаються адаптуватися до хвороби та пов'язаних з нею життєвих обмежень. Ці фактори роблять шкалу Бека надзвичайно актуальною для оцінки психічного стану таких пацієнтів.

Шкала тривоги Спілбергера, Ю.Л. Ханіна (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) є однією з найпоширеніших і найбільш інформативних методик для самооцінки рівня тривожності, яку можна оцінити як у контексті поточного стану тривоги (реактивна тривожність), так і як стійку властивість особистості (особистісна тривожність). Розроблена в 1970 році Ч.Д. Спілбергером, ця шкала дає змогу не тільки виміряти рівень тривожності, що характерний для конкретної людини на момент тестування, але й визначити особистісні схильності до переживань тривоги.

Методика має високу ефективність завдяки своїй простоті і чітким інтерпретаціям, що дозволяє її широко застосовувати в клінічній практиці для оцінки тривожних переживань. Вона допомагає виявити як загальний рівень тривожності, так і виявити динамічні зміни цього стану в процесі терапії чи спостереження за пацієнтами.

Більшість відомих методів оцінки тривожності дозволяють вимірювати або тільки особистісну тривожність, або лише актуальний стан тривоги, або конкретні реакції на певні стресові ситуації. Однак єдиним методом, який може одночасно диференціювати тривожність як властивість особистості та як тимчасовий стан, є методика Спілбергера. Тривожність як властивість особистості має велике значення, оскільки вона визначає, як людина реагує на стресові ситуації в повсякденному житті. Певний рівень тривожності є нормальним і навіть необхідним для активної життєдіяльності особистості. Згідно з цією методикою, кожен індивід має свій оптимальний рівень тривожності — так звану корисну тривожність, яка сприяє ефективному функціонуванню в умовах стресу. Оцінка тривожності у людини допомагає зрозуміти, наскільки її рівень відповідає оптимальному для неї, що має важливе значення для самоконтролю та психологічної адаптації.

Шкала включає дві підшкали: перша — це шкала ситуативної тривожності (реактивної тривожності), яка оцінює поточний стан тривоги. Вона вимірює, як респонденти відчують себе саме в момент тестування, зокрема за допомогою оцінки відчуттів, таких як страх, напруження,

нервозність, неспокій та вегетативні реакції організму. Ситуативна тривожність виникає як реакція на стресову ситуацію і може змінюватися за інтенсивністю залежно від ситуації. Друга підшкала — шкала особистісної тривожності, оцінює стабільні характеристики особистості, її схильність до занепокоєння та стресу. Це стійка індивідуальна характеристика, яка вказує на загальну тенденцію людини сприймати ситуації як загрозливі, що викликають у неї тривогу. Особи з високим рівнем особистісної тривожності часто сприймають багато ситуацій як небезпечні і реагують на них сильним занепокоєнням і тривогою.

Для осіб з високим рівнем тривожності важливо сформувати відчуття впевненості і успіху, акцентуючи увагу на позитивних аспектах діяльності. Особам з низьким рівнем тривожності потрібно додавати активності та мотивації, що дозволяє підвищити інтерес до вирішення завдань і відповідальності за результат. Стан ситуативної тривоги, що характеризується напруженням і дискомфортом, є природним в стресових ситуаціях. Оцінка цього стану дає змогу не лише визначити поточний рівень тривожності, а й зрозуміти, яку саме реакцію викликає ситуація у респондента.

Методика «Індекс життєвого стилю» (Life Style Index, LSI) була розроблена в 1979 році на основі психоеволюційної теорії Р. Плутчика та структурної теорії особистості Х. Келлермана. Вона надає інструменти для детального та глибокого аналізу механізмів психологічного захисту (МПЗ) особистості, що є важливим аспектом у розумінні, як людина реагує на стресові ситуації та як намагається захистити свою психіку від потенційних травмуючих факторів. Основною метою цієї методики є діагностика не лише провідних, а й додаткових механізмів захисту, що дозволяє отримати повну картину інтенсивності кожного з них у певної особистості. Це дає змогу з'ясувати, як і в яких ситуаціях людина використовує певні психологічні стратегії для справляння з проблемами та емоційними труднощами.

Методика досліджує вісім основних захисних механізмів, що є важливими для адаптації людини до навколишнього середовища. Ці

механізми включають: пригнічення, регресію, заміщення, заперечення, проєкцію, компенсацію, реактивне утворення, інтелектуалізацію.

Кожен із цих механізмів захисту має окремі твердження в опитувальнику, що відображають типові реакції особистості в різних ситуаціях, що зустрічаються в її повсякденному житті. Ці твердження дозволяють встановити, наскільки виражені ті чи інші захисні механізми в респондента, що допомагає не тільки оцінити рівень стресостійкості, а й виявити потенційні труднощі у саморегуляції емоційних процесів.

Методика також дозволяє оцінити загальний рівень агресивності, оптимізму та самоконтролю респондента. Ці фактори мають значний вплив на стиль життя та здоров'я людини, оскільки вони визначають, наскільки ефективно людина може адаптуватися до навколишніх умов та обставин. Високий рівень агресивності може вказувати на підвищену схильність до конфліктів та стресів, в той час як оптимізм та самоконтроль можуть бути показниками здатності справлятися з труднощами та зберігати емоційну стабільність у важких ситуаціях. Загалом, методика Life Style Index (LSI) є потужним інструментом для глибокого психологічного аналізу, який допомагає зрозуміти не лише механізми психологічного захисту, а й загальні схильності особистості до певних поведінкових патернів. Це може бути надзвичайно корисно як для клінічних психологів, так і для дослідників, які вивчають психологічні процеси та вплив стресових факторів на здоров'я людини [45, с. 153].

Ці методики дають цілісне уявлення про психологічний стан людини, її ставлення до себе та навколишнього середовища.

Процедура дослідження.

Проведення дослідження передбачало кілька етапів:

1. Попередня бесіда. Учасникам було пояснено мету дослідження, а також важливість заповнення опитувальників та бланків в повному обсязі. Також було надано інформацію щодо конфіденційності результатів та їх використання виключно у наукових цілях.

2. Проведення анкетування та опитування. Респонденти отримали роз'яснення та інструкції щодо заповнення відповідей. Усім респондентам було рекомендовано заповнювати бланки та форми без поспіху та самостійно, щоб отримані результати максимально відповідали їхньому психоемоційному стану.

Для забезпечення етичності дослідження дотримувалися наступних принципів:

- Добровільна участь. Усі респонденти дали письмову згоду на участь у дослідженні після отримання детальної інформації про його цілі, методи та можливі наслідки.

- Конфіденційність. Особисті дані респондентів не фіксувалися у дослідженні. Результати зберігалися анонімно, і лише дослідники мали доступ до бази даних.

- Право на відмову. Респонденти мали можливість відмовитися від участі в дослідженні в будь-який момент без пояснення причин.

Очікувані результати та значення дослідження.

Дане дослідження покликане надати цінну інформацію щодо рівня депресивних та тривожних симптомів як у онкохворих, так і в членів їхніх родин. Очікується, що рівень депресії у пацієнтів з онкологічним діагнозом буде вищим, ніж у загальній популяції, через високий рівень стресу, страху перед майбутнім та знижену якість життя. Для родичів хворих також можуть бути характерні підвищені показники депресії, пов'язані з їхнім емоційним та фізичним навантаженням [40]. Результати дослідження можуть бути корисними для розробки психологічних інтервенцій, що враховують особливості депресивних станів. Психологічна підтримка, розроблена з урахуванням особливих потреб онкохворих та їхніх родичів, може значно підвищити якість життя пацієнтів, поліпшити їхню мотивацію до лікування, а також полегшити емоційне навантаження членів родин.

2.2. Аналіз та інтерпретація одержаних емпіричних даних

Дослідження, спрямоване на аналіз психоемоційного стану онкохворих і членів їхніх родин, дозволило виявити низку суттєвих відмінностей і спільних емоційних проявів у цих групах. Аналіз і інтерпретація отриманих даних покликані сприяти глибшому розумінню психоемоційного стану онкохворих та їхніх родин. Результати цього дослідження можуть стати основою для подальшого розвитку психосоціальної підтримки та програм реабілітації, спрямованих на покращення якості життя цих осіб.

Щодо результатів тесту життєстійкості С. Мадді, отримані дані свідчать про рівень адаптивності та стресостійкості учасників дослідження. Відповідно до отриманих балів, було проаналізовано три основні компоненти життєстійкості: залученість, контроль і прийняття ризику.

Результати тесту подано в таблиці 2.2.1, що відображає середні бали за трьома шкалами та загальний показник життєстійкості.

Таблиця 2.2.1

Середні показники життєстійкості за шкалами у різних демографічних групах

Група	Відданість	Контроль	Прийняття ризику	Загальний показник
Чоловіки (n=35)	24.1 ± 3.2	20.8 ± 2.9	22.5 ± 3.1	67.4 ± 5.6
Жінки (n=65)	21.5 ± 3.5	18.9 ± 2.7	20.3 ± 3.0	60.7 ± 6.1
20–30 років (n=23)	25.3 ± 2.8	22.0 ± 2.6	23.4 ± 2.9	70.7 ± 5.1
31–50 років (n=46)	22.8 ± 3.4	19.5 ± 3.0	21.8 ± 3.3	64.1 ± 6.2
51–70 років (n=31)	20.9 ± 3.6	18.2 ± 2.8	19.7 ± 3.1	58.8 ± 6.5

Статева відмінність - чоловіки демонструють вищий рівень життєстійкості (67.4) порівняно з жінками (60.7). Найбільша різниця спостерігається за шкалами «Контроль» і «Прийняття ризику».

Вікові особливості – а) молодші респонденти (20–30 років) мають найвищий показник життєстійкості (70.7), що вказує на їх більшу адаптивність до стресових ситуацій; б) у віковій групі 51–70 років спостерігається найнижчий рівень (58.8), що може бути пов'язано з фізичними обмеженнями та втомою від лікування.

Результати дозволяють виявити особистісні патерни, які можуть впливати на здатність учасників справлятися зі стресовими ситуаціями, пов'язаними з онкологічними захворюваннями.



Рис. 2.2.1. Результати тесту життєстійкості С. Мадді, залученість/відданість

Результати тестування показали різноманітність рівнів залученості серед учасників, що дає змогу зробити певні висновки щодо їхньої здатності знаходити сенс у своєму житті та активно брати участь у подіях, які відбуваються навколо них. Зокрема, 45% респондентів продемонстрували високий рівень залученості. Це свідчить про те, що більшість учасників мають здатність активно залучатися до різних аспектів свого життя, шукають глибший сенс у своїх діях і прагнуть досягти поставлених цілей. Вони, як правило, активно включаються в події, які відбуваються навколо них, і мають високу мотивацію брати участь у житті, знаходячи в ньому задоволення та інтерес. З іншого боку, 30% респондентів виявили середній рівень залученості. Це може свідчити про те, що вони здатні бути активними та зацікавленими в окремих аспектах свого життя, але в цілому вони не завжди відчують

глибокий зв'язок із навколишнім світом. Їхня мотивація може бути змінною, і вони можуть проявляти активність лише в залежності від конкретних обставин чи ситуацій, які виникають у їхньому житті. Це може вказувати на певні коливання в інтересах та залученості, коли особистісна мотивація потребує додаткової підтримки чи стимулювання для досягнення більш високого рівня активності.

Інші, 25% учасників мають низький рівень залученості, що може бути інтерпретовано як ознака почуття відчуженості або недостатньої мотивації. Це свідчить про те, що ця група респондентів має труднощі з пошуком сенсу в своєму житті або може відчувати апатію та байдужість до подій навколо себе. Вони можуть мати проблеми з внутрішньою мотивацією, що обмежує їхню здатність активно долучатися до різних активностей та взаємодіяти з оточенням. Такі учасники можуть відчувати втрату інтересу до важливих аспектів свого життя, що може вказувати на потребу в додатковій підтримці та розвитку внутрішніх ресурсів для підвищення рівня залученості та мотивації.

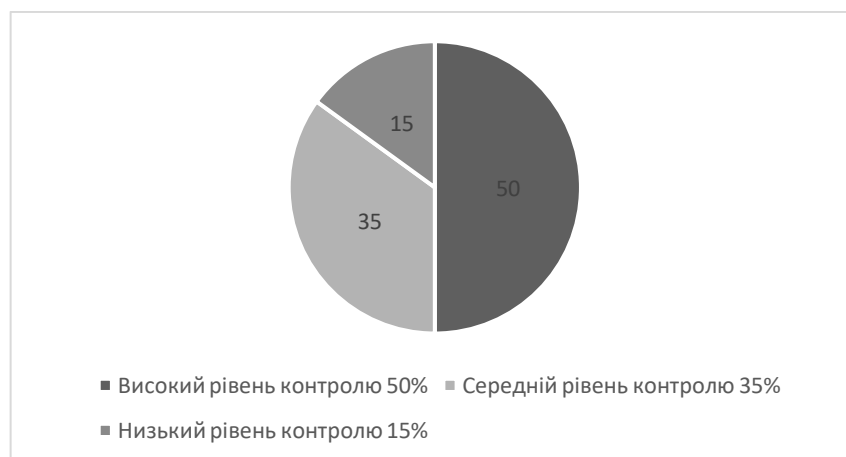


Рис. 2.2.2. Результати тесту життєстійкості С. Мадді, контроль

Стосовно компонента контролю, результати тестування показали значну варіативність у рівнях цієї характеристик серед учасників. Зокрема, 50% респондентів продемонстрували високий рівень контролю, що свідчить про їхню впевненість у власних силах та здатності впливати на ситуації, з якими вони стикаються. Ці учасники мають переконання, що вони можуть активно

змінювати навколишні обставини на свою користь, зберігаючи контроль над подіями. Вони не лише впевнені в своїх здібностях, але й здатні ефективно реагувати на труднощі та стресові ситуації, відчуваючи, що їхня дія може змінити хід подій. Такий рівень контролю є важливим чинником для збереження психічного здоров'я і підтримання стабільності в умовах невизначеності. 35% респондентів мають середній рівень контролю. Це вказує на те, що вони мають певні сумніви щодо своєї здатності впливати на обставини, з якими стикаються, і часто не відчувають себе цілком впевненими в своїх можливостях. Такі учасники можуть виявляти певну невизначеність у своїх реакціях на стресові ситуації, часто коливаючись між намаганням контролювати події і відчуттям того, що ці події можуть бути поза їхнім контролем. Вони можуть бути схильними до аналізу ситуацій, однак не завжди мають чітке уявлення про те, як ефективно впливати на зовнішні умови.

Лише 15% учасників виявили низький рівень контролю, що може вказувати на значну внутрішню невпевненість і відчуття безпорадності в стресових ситуаціях. Ці люди можуть часто відчувати, що їхні зусилля не мають впливу на ситуацію, що може спричиняти зниження їхньої мотивації до дій. Таке відчуття безпорадності може також бути індикатором емоційного вигорання, що потребує підтримки для розвитку стійкості та впевненості в своїх силах.



Рис. 2.2.3. Результати тесту життєстійкості С. Мадді, прийняття ризику

Що стосується компонента прийняття ризику, результати дослідження показали цікаву варіативність серед респондентів, що відображає різні підходи до вирішення складних і непередбачуваних ситуацій. 40% учасників продемонстрували високий рівень прийняття ризику, що свідчить про їхню готовність приймати виклики та діяти в умовах невизначеності. Ці респонденти не бояться змін та складнощів, вони відкриті до нових можливостей і вважають, що ризик є необхідною частиною розвитку. Вони схильні активно шукати нові шляхи і виклики, намагаючись отримати новий досвід і знання, навіть якщо це вимагає певної долі сміливості і витривалості. Така готовність до ризику часто є характерною рисою людей, які прагнуть досягнути значних результатів і здатні з оптимізмом дивитися на можливі труднощі, сприймаючи їх як частину процесу досягнення мети. Вони часто переконані, що, навіть якщо результат не завжди буде позитивним, новий досвід стане важливим уроком. Та 30% респондентів мають середній рівень прийняття ризику, що означає, що вони можуть бути готові йти на ризик, але в більш контрольованих і зважених умовах. Вони можуть обережно оцінювати можливі небезпеки і намагатися знайти баланс між безпекою та інноваціями. Для них важливим є мати певну впевненість у тому, що їхні дії приведуть до очікуваного результату. Хоча вони не відмовляються від ризику, їм властиво ретельно продумувати свої кроки і прагнути знизити потенційні негативні наслідки. Така позиція може бути спричинена прагненням до стабільності та прагматизму, коли важливіше досягти результату з найменшими витратами і ризиками.

З іншого боку, 30% респондентів виявили низький рівень прийняття ризику, що може свідчити про обережність, обмежену готовність до експериментів і бажання уникати небезпек. Ці учасники зазвичай схильні до більш традиційних підходів і намагаються уникати ситуацій, де є ймовірність невдачі або значних втрат. Вони схильні до обачності, обираючи безпечні шляхи і віддаючи перевагу перевіреним методам. Такі респонденти можуть виявляти високий рівень обережності при прийнятті рішень, віддаючи

перевагу знайомим ситуаціям і мінімізуючи ризики. Це може бути результатом певних негативних досвідів у минулому або схильності до пошуку стабільності та контролю. У таких випадках важливо враховувати індивідуальні особливості сприйняття ризику, оскільки обережність іноді може перешкоджати особистісному розвитку і прийняттю нових можливостей.

Розглядаючи результати другої методики «Шкала депресії А.Т. Бека», можна відзначити, що отримані дані демонструють різноманітність рівнів депресивних симптомів серед учасників дослідження.



Рис. 2.2.4. Результати «Шкала депресії А.Т. Бека» почуття суму

Більшість респондентів, а саме 30%, не відчувають суму і зберігають емоційну стабільність у повсякденному житті. Вони здатні зберігати позитивний настрій, навіть у складних ситуаціях, і мають здорове ставлення до стресових моментів. Однак 38% респондентів почуваються сумними і пригніченими, часто відчуваючи, що їхні емоції та настрої погіршуються без явної причини. Ці люди можуть відчувати легку тривогу або розчарування, але не переживають важкої депресії. 22% часто переживають глибокий смуток, який важко відволікти, що може свідчити про емоційні труднощі, які не завжди можна подолати простими методами, такими як спілкування чи заняття улюбленими справами. Для них це почуття може тривати довше, і вони часто шукають шляхи, щоб впоратися з внутрішнім дискомфортом. І, нарешті, 10% відчувають нестерпний сум і тугу, що є важким і інтенсивним

переживанням. Це почуття може супроводжуватися важким фізичним і емоційним виснаженням, іноді вимагаючи серйозної допомоги для відновлення емоційного здоров'я. Такий стан може бути результатом глибокої депресії чи трагічних подій у житті.



Рис. 2.2.5. Результати «Шкала депресії А.Т. Бека» думки про майбутнє

25% респондентів спокійно думають про майбутнє, відчуваючи впевненість у тому, що попереду на них чекають можливості і позитивні зміни. Вони налаштовані оптимістично і готові до викликів, що можуть виникнути, адже вірять у свої сили і здатні планувати майбутнє без особливих побоювань. Проте 40% відчувають страх і тривогу щодо майбутнього. Для цих людей невизначеність та потенційні труднощі можуть бути джерелом постійного хвилювання, вони часто переживають через невизначеність, що їх чекає попереду, і важко будують довгострокові плани. 20% респондентів не мають надії на майбутнє, що свідчить про глибоке розчарування або песимізм. Ці люди часто відчувають, що їхнє життя не зміниться на краще, і можуть бути вражені емоційною або психологічною втомою, що заважає їм зберігати оптимізм. І нарешті, 15% вважають, що майбутнє не принесе нічого доброго. Вони можуть мати глибоке відчуття безвиході або вірити, що події будуть розвиватися лише у гірший бік, що вкрай ускладнює їхнє сприйняття майбутнього і впливає на їхній емоційний стан.



Рис. 2.2.6. Результати «Шкала депресії А.Т. Бека» відчуття невдачі

28% не відчувають себе невдахами, натомість 38% відчувають більше невдач, ніж інші. 25% вважають своє життя низкою помилок, а 9% відчувають себе абсолютними невдахами.

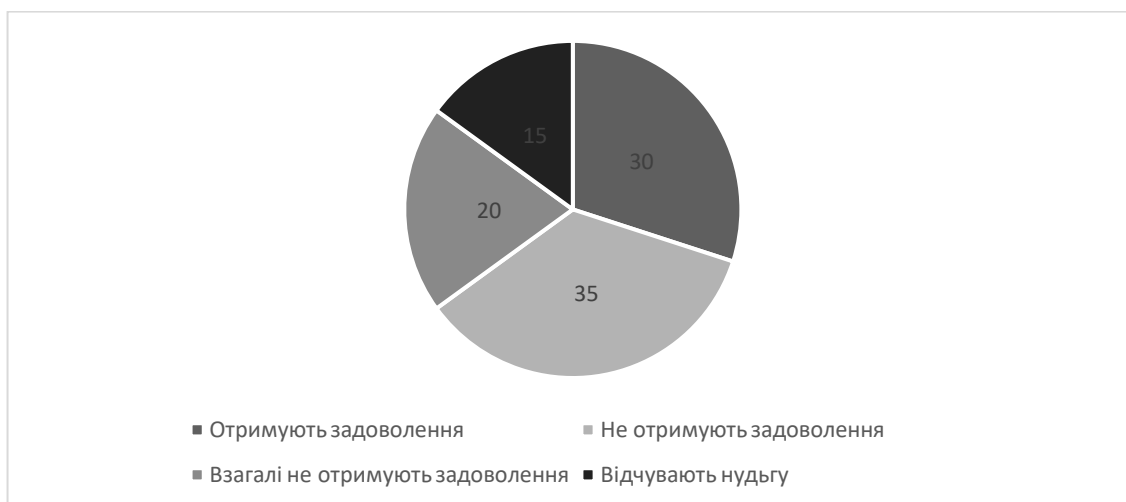


Рис. 2.2.7. Результати «Шкала депресії А.Т. Бека» задоволення від улюблених занять

30% респондентів отримують задоволення від своїх улюблених занять, відчуваючи радість і повне задоволення від того, чим займаються. Для них хобі чи захоплення є важливою частиною життя, що приносить емоційне наповнення та можливість втекти від повсякденних турбот. 35% респондентів зазначають, що не відчувають того ж задоволення, що раніше, навіть займаючись тими ж справами. Ці люди можуть відчувати, що звичні заняття перестали приносити їм ту саму радість або захоплення, і можуть шукати нові способи відновити інтерес або просто намагаються впоратися з втраченим

ентузіазмом. 20% взагалі не отримують задоволення від діяльності, і це може бути результатом емоційного виснаження, депресії чи інших психологічних проблем, що ускладнюють здатність отримувати задоволення від навіть найулюбленіших занять. Їм може бути важко знайти мотивацію для будь-якої активності, оскільки внутрішній стан не дозволяє насолоджуватися навіть приємними речами. І, нарешті, 15% відчують нудьгу та тугу при будь-якому занятті.



Рис. 2.2.8. Результати «Шкала депресії А.Т. Бека» відчуття провини

40% респондентів не відчують провини, однак 30% часто відчують її. 18% вважають себе поганими людьми, а 12% мучаться від постійного почуття провини.

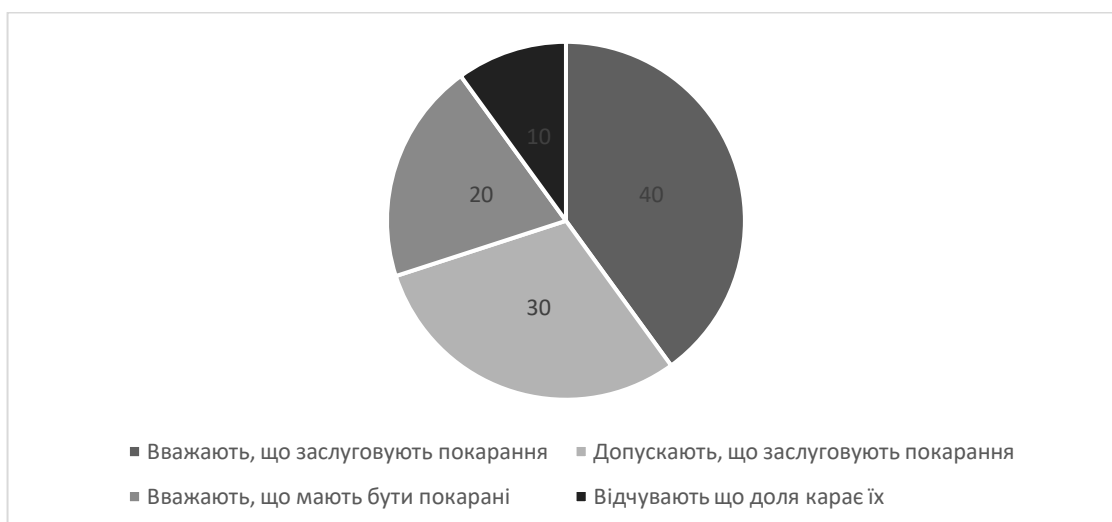


Рис. 2.2.9. Результати «Шкала депресії А.Т. Бека» покарання

40% респондентів не вважають, що заслуговують покарання, оскільки відчувають, що їхня поведінка або вчинки були справедливими і не містили причин для покарання. Вони вірять, що діють правильно, і не відчувають провини за свої вчинки, що дозволяє їм зберігати спокій у питаннях моралі та відповідальності. 30% допускають, що вони можуть заслуговувати покарання, але це відчуття не є надто сильним. Вони визнають можливість помилок або недоліків у своїх діях і готові прийняти наслідки, якщо їхні вчинки справді були неправомірними. 20% вважають, що мають бути покарані, і це почуття часто пов'язане з відчуттям провини чи самокритики. Вони можуть вірити, що їхні вчинки порушують певні моральні чи соціальні норми, і тому відчувають потребу в покаранні як засобі самокорекції або відплати. І нарешті, 10% відчувають, що доля карає їх, вважаючи, що їхні труднощі або нещастя є результатом зовнішньої сили, яка впливає на їхнє життя як покарання за минулі помилки або несправедливі вчинки. Ці люди можуть переживати почуття безвиході або несправедливості, відчуваючи, що їхні страждання не залежать від їхнього власного вибору чи контролю.

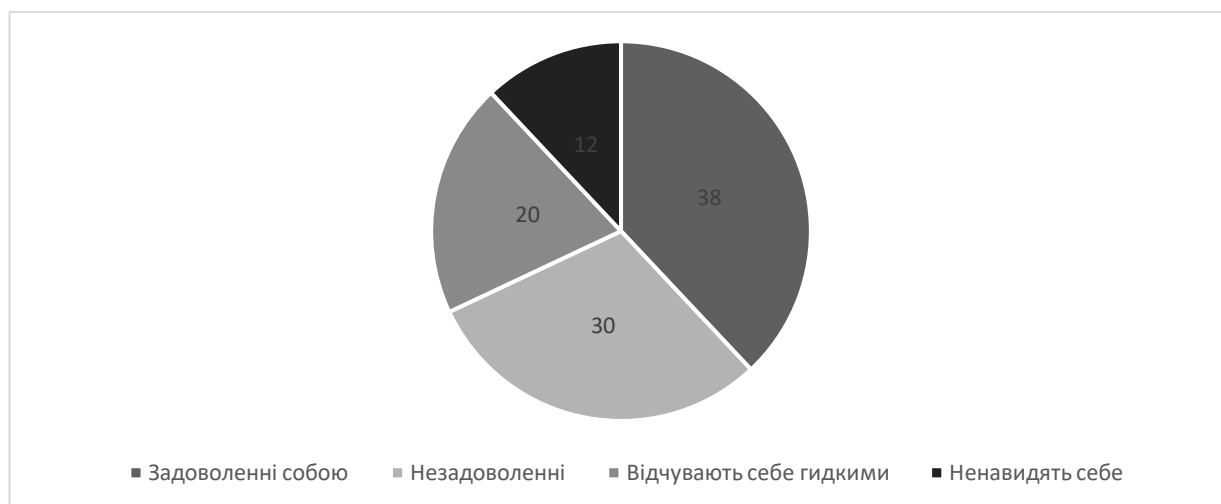


Рис. 2.2.10. Результати «Шкала депресії А.Т. Бека» задоволення собою
38% респондентів задоволені собою, а 30% незадоволені. 20% відчувають себе гидкими, а 12% ненавидять себе.

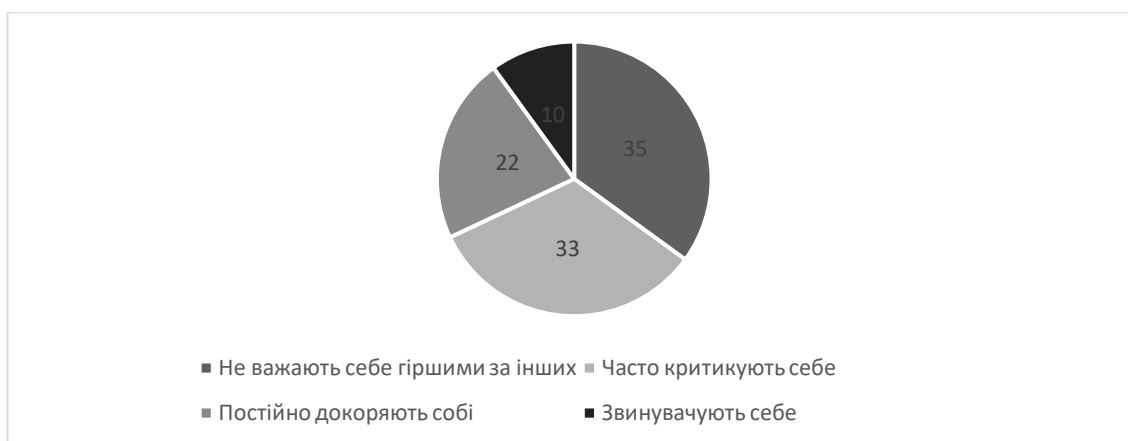


Рис. 2.2.11. Результати «Шкала депресії А.Т. Бека» критика себе

35% респондентів не вважають себе гіршими за інших і відчують здорове ставлення до себе та своїх вчинків. Вони впевнені в своїх силах і не порівнюють себе з іншими, приймаючи свої недоліки і помилки як частину особистісного зростання. Для них важливо зберігати позитивне самосприйняття і ставитися до себе з розумінням та терпимістю. 33% респондентів часто критикують себе за слабкості та помилки, що свідчить про високі вимоги до себе та бажання бути кращими. 22% постійно докоряють собі, переживаючи за кожну незначну помилку чи невдачу. Це відчуття може бути виражене через хронічне самокопання, що заважає рухатися вперед і досягати нових цілей, оскільки людина надмірно зосереджена на власних недоліках. І, нарешті, 10% звинувачують себе за все погане навколо, відчуючи, що їхні вчинки або навіть існування призводять до негативних подій чи труднощів у їхньому оточенні.

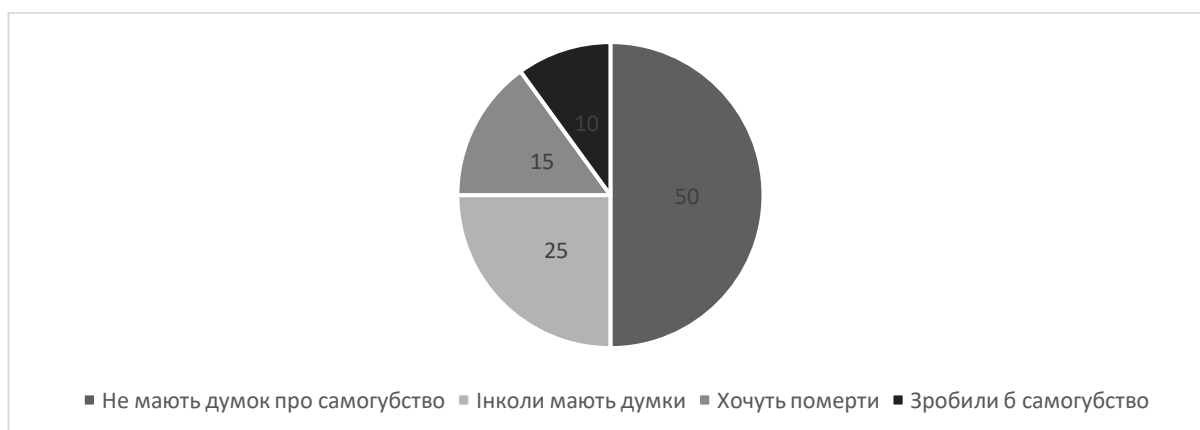


Рис. 2.2.12. Результати «Шкала депресії А.Т. Бека» думки про самогубство

50% респондентів не мають думок про самогубство, 25% інколи мають такі думки, але не планують їх здійснювати. 15% хочуть померти і мають плани на самогубство, а 10% заявили, що зробили б самогубство, якби була нагода.



Рис. 2.2.13. Результати «Шкала депресії А.Т. Бека» частота плачу

40% респондентів не плачуть частіше, ніж зазвичай, і зберігають емоційну стабільність у повсякденному житті. Для них сльози — це природна реакція на емоції, але вони не відчують потреби часто виявляти свої почуття через плач. 25% плачуть частіше, ніж раніше, що може бути пов'язано з підвищеною емоційною чутливістю або стресом. Ці люди можуть переживати труднощі, які викликають сильні емоції, і сльози для них стають способом справлятися з почуттями тривоги, розчарування або суму. 20% респондентів плачуть увесь час, і це може свідчити про більш глибокі емоційні чи психологічні проблеми, такі як депресія або хронічний стрес. Постійний плач є симптомом того, що людина переживає значний емоційний дискомфорт, і їй важко знайти способи подолати біль або тугу. І, нарешті, 15% не можуть заплакати, навіть коли хочуть, що може бути ознакою емоційної блокади або депресії. Ці люди можуть відчувати внутрішній порожнечі чи апатію, коли навіть сильні переживання не викликають сліз. Це відчуття неможливості вивільнити емоції через плач може свідчити про глибоке емоційне виснаження або відчуття безвиході.



Рис. 2.2.14. Результати «Шкала депресії А.Т. Бека» роздратування
40% не відчують підвищеного роздратування. 35% легше дратуються, 15% постійно відчують роздратування, а 10% стали байдужими до того, що раніше їх дратувало.

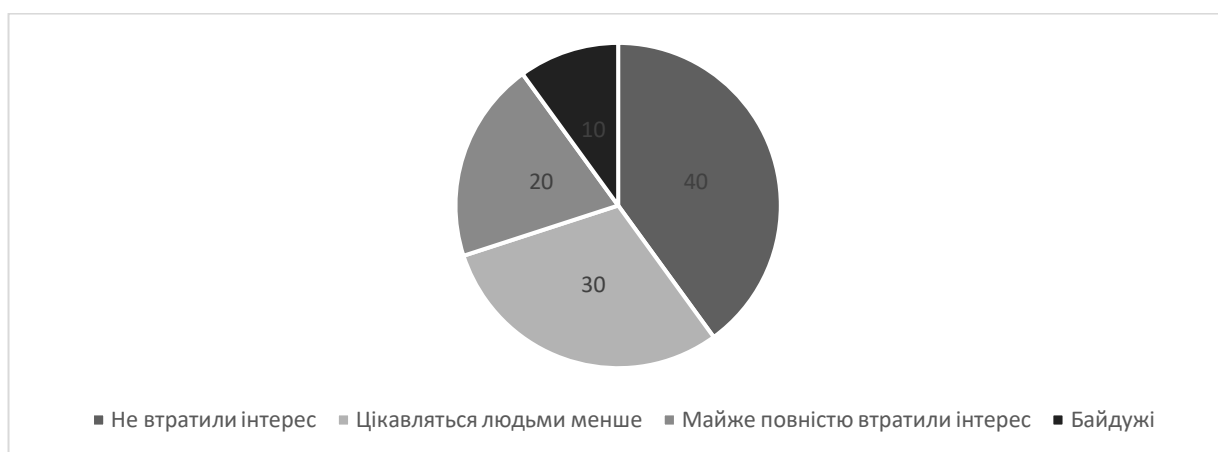


Рис. 2.2.15. Результати «Шкала депресії А.Т. Бека» інтерес до людей
40% респондентів не втратили інтересу до людей і продовжують активно спілкуватися, цікавитися життям інших та підтримувати соціальні зв'язки. Вони відчують важливість взаємодії з іншими і отримують задоволення від спілкування, вважаючи його важливим аспектом свого повсякденного життя. Однак 30% зазначають, що цікавляться людьми менше, ніж раніше. Це може бути результатом емоційного виснаження, стресу чи змін у житті, що призводять до зниження рівня зацікавленості в соціальних взаємодіях. Ці люди можуть бути менш активними в спілкуванні і відчувати, що не мають сили чи бажання підтримувати глибокі стосунки. 20% респондентів майже повністю втратили інтерес до людей, що свідчить про значну ізоляцію або

емоційну відстороненість. Для них соціальні контакти перестали мати значення, і вони можуть відчувати, що взаємодія з іншими не приносить їм радості або не має сенсу. І, нарешті, 10% стали байдужими до людей, що є глибшим проявом відчуженості. Ці люди можуть переживати глибоку емоційну апатію або депресію, що заважає їм встановлювати будь-які стосунки і навіть виявляти інтерес до того, що відбувається навколо. Відсутність емоційної реакції на інших може вказувати на внутрішню порожнечу або втрачену здатність до емпатії.



Рис. 2.2.16. Результати «Шкала депресії А.Т. Бека» прийняття рішень
40% не мають труднощів із прийняттям рішень. 28% зволікають з рішеннями, 20% мають труднощі з прийняттям будь-яких рішень, а 12% не можуть прийняти жодних рішень.

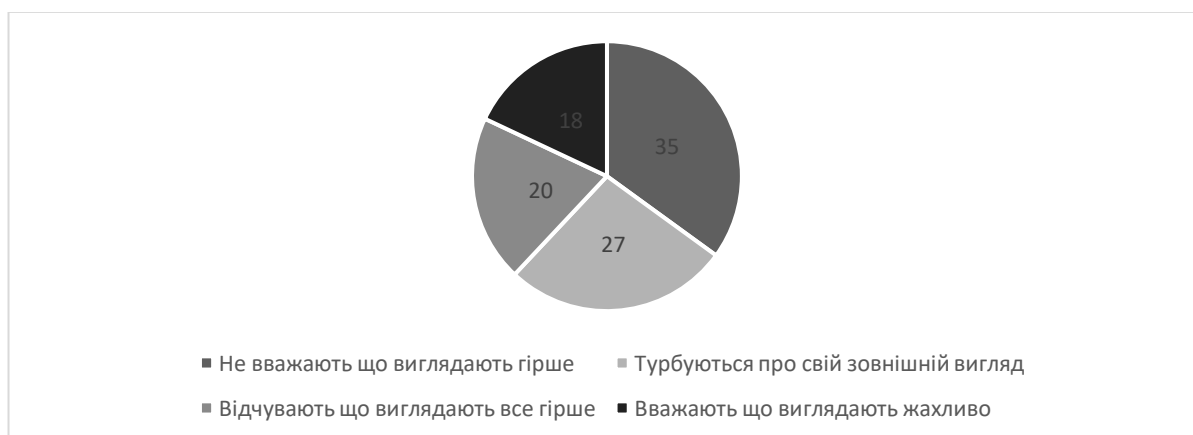


Рис. 2.2.17. Результати «Шкала депресії А.Т. Бека» вигляд
35% респондентів не вважають, що виглядають гірше, і зберігають позитивне ставлення до свого зовнішнього вигляду. Вони відчують, що їхній

вигляд відповідає їхнім стандартам або загальноприйнятим нормам, і не відчувають потреби в значних змінах чи коригуванні. Для них важливо зберігати впевненість у собі, не зважаючи на зовнішні зміни чи впливи. 27% турбуються про свій зовнішній вигляд, що свідчить про підвищену чутливість до змін у фізичному стані чи візуальних аспектах. Ці люди можуть переживати через появу зморшок, зміну форми тіла або інші ознаки старіння чи незадоволеність своєю зовнішністю. 20% відчувають, що виглядають все гірше, і це може бути результатом тривоги або депресії, коли людина фокусується на своїх недоліках або змінюється сприйняття власного тіла. Вони можуть відчувати, що їхній вигляд погіршується з часом, що іноді спричиняє сум або невпевненість у собі. І, нарешті, 18% вважають, що виглядають жахливо, що є свідченням серйозної незадоволеності своєю зовнішністю або емоційного виснаження.



Рис. 2.2.18. Результати «Шкала депресії А.Т. Бека» робота

40% респондентів працюють як і раніше, 30% змушують себе працювати, 20% мають труднощі з роботою, а 10% не можуть працювати.



Рис. 2.2.19. Результати «Шкала депресії А.Т. Бека» сон

35% респондентів сплять як звичайно, і їхній режим сну не зазнав суттєвих змін. Вони відчують себе досить відпочилими після сну і не мають проблем із засинанням чи пробудженням, що свідчить про стабільний психо-емоційний стан і хорошу якість сну. 30% сплять гірше, і для них сон став менш якісним або непостійним. Вони можуть відчувати труднощі при засинанні, прокидатися кілька разів за ніч або мати менше годин сну, що призводить до почуття втоми та зниження енергії протягом дня. 20% прокидаються раніше, ніж зазвичай, і мають проблеми зі сном, що може бути пов'язано з підвищеною тривожністю, стресом або змінами у фізичному чи емоційному стані. Ці люди можуть відчувати потребу прокидатися вночі або не мати змоги заснути після пробудження, що порушує їхній нормальний ритм сну. І, нарешті, 15% прокидаються набагато раніше і не можуть заснути знову, що може бути симптомом серйозних стресових переживань або тривожного стану.



Рис. 2.2.20. Результати «Шкала депресії А.Т. Бека» втома

40% не втомлюються більше, 30% втомлюються легше, 20% втомлюються від будь-якої діяльності, а 10% відчують себе настільки втомленими, що не можуть займатися чимось.

35% людей мають нормальний апетит і відчують здорове бажання їсти протягом дня. Вони регулярно відчують голод і задоволені своїм харчуванням, що дозволяє підтримувати баланс енергії та здоров'я.



Рис. 2.2.21. Результати «Шкала депресії А.Т. Бека» апетит

30% відзначають погіршення апетиту, що може бути спричинено стресом, змінами в настрої чи іншими факторами, такими як хвороби або погіршення фізичного стану. Вони часто відчувають себе менш голодними, що може призводити до зниження кількості споживаної їжі. 20% людей майже не мають апетиту, що може бути наслідком хронічного стресу, депресії або інших серйозних фізичних чи психологічних проблем, через які їм важко навіть подумати про їжу. Вони можуть намагатися змусити себе їсти, але це дається з труднощами. І, нарешті, 15% людей зовсім не мають апетиту, що може бути результатом важких захворювань, серйозних емоційних проблем або порушень у роботі травної системи. Це становить серйозну проблему, оскільки відсутність апетиту може призвести до недоїдання і значних наслідків для здоров'я.



Рис. 2.2.22. Результати «Шкала депресії А.Т. Бека» зміни у вазі

40% людей не помітили значних змін у своїй вазі і відчувають, що їхній фізичний стан залишився стабільним. Вони не змінюють свої харчові звички або фізичну активність і не переживають через вагу. 30% відзначили, що схудли на більше ніж 3 кг, і це може бути результатом природних змін у раціоні, змін у способі життя чи збільшення фізичної активності. Для деяких цей процес є результатом позитивних змін в організмі, а для інших — це може бути стрес чи інші чинники. 15% людей схудли на більше ніж 5 кг, і це може свідчити про значні зміни в їхньому способі життя, харчуванні або фізичній активності, які допомогли досягти значних результатів. Зрештою, 20% людей активно намагаються схуднути, обмежуючи себе в їжі, що може бути спричинено бажанням поліпшити свою фізичну форму або через особисті переживання, пов'язані з самосприйняттям і здоров'ям. Вони можуть слідувати строгим дієтам або вдаватися до обмежень у їжі, щоб досягти бажаної ваги.



Рис. 2.2.23. Результати «Шкала депресії А.Т. Бека» фізичне здоров'я

40% людей мають хороше або відносно стабільне здоров'я, тому вони не відчувають серйозних проблем і можуть без особливих турбот зосереджуватися на інших аспектах життя. 30% зосереджуються на своїх фізичних симптомах, навіть якщо вони не є серйозними. Ці люди часто переживають через незначні зміни в своєму самопочутті, що впливає на їх емоційний стан. 20% людей серйозно занепокоєні своїми симптомами, що викликає у них тривогу і навіть можуть виникати труднощі в повсякденному житті через ці переживання. І, нарешті, 10% настільки занепокоєні станом

свого здоров'я, що це стає домінуючою темою їхніх думок, і вони не можуть зосередитися на інших аспектах життя, навіть на важливих справах чи стосунках.



Рис. 2.2.24. Результати «Шкала депресії А.Т. Бека» інтерес до статевого життя

40% людей не втратили інтересу до статевого життя і продовжують активно брати участь у ньому, відчуваючи задоволення та емоційну близькість з партнерами. Ці люди часто зберігають гармонійні стосунки та мають здорове ставлення до сексуальності. 30% відзначають, що втратили інтерес до статевого життя, що може бути результатом різних факторів, таких як емоційне чи фізичне виснаження, стрес, чи зміни в стосунках. Для цих людей секс перестав бути важливою частиною їхнього життя. 20% зазнали значного зменшення інтересу до статевого життя, при цьому вони можуть відчувати, що їхні потреби змінилися або що сексуальна активність стала менш привабливою. І нарешті, 10% людей повністю втратили інтерес до сексу, що може бути спричинено серйозними фізичними чи психологічними проблемами, такими як депресія, гормональні зміни чи інші медичні стани, які значно впливають на їхню сексуальну функцію і бажання.



Рис. 2.2.25. Результати «Шкала депресії А.Т. Бека»

Приблизно 25% респондентів показали легкі прояви депресії. Це люди, які відчують незначні, періодичні зміни в настрої, тривогу або смуток, але ці прояви не настільки інтенсивні, щоб серйозно порушити їх повсякденне життя. Вони часто зберігають оптимістичний погляд на майбутнє і не мають значних проблем з фізичним або емоційним здоров'ям.

Помірні прояви депресії приблизно 35% респондентів мали помірні прояви депресії. Ці люди часто відчують смуток, втому, тривогу і труднощі у прийнятті рішень. Вони відзначають погіршення фізичного стану, зниження інтересу до улюблених занять і соціальних взаємодій. Вони все ще можуть функціонувати в повсякденному житті, але мають проблеми з підтриманням емоційної стабільності.

Значні прояви депресії приблизно 40% учасників опитування показали значні прояви депресії. Ці люди відчують постійний смуток і безнадійність, значні труднощі з фізичним самопочуттям, проблеми з сном та апетитом. Вони можуть відчувати значну втому та невпевненість у собі. Зниження інтересу до людей і діяльності, а також важкі емоційні проблеми — такі, як почуття безпорадності або відсутність сенсу в майбутньому, є частими симптомами цієї групи. Вони потребують додаткової підтримки для подолання цих проявів.

Загальний аналіз відповідей показав, що 60% онкохворих мали помірний або високий рівень депресії, у той час як серед членів родин цей показник становив 50%. Відсутність депресивної симптоматики або її незначна вираженість спостерігалася у 15% пацієнтів та 20% родичів. Відсутність або

легкий рівень депресії частіше зустрічається серед родичів, що може бути пов'язано з їхньою кращою адаптацією до умов та меншим впливом прямих фізичних факторів захворювання.

Детальний розподіл рівня депресії виглядає наступним чином (див. табл. 2.2.2):

Таблиця 2.2.2

Детальний розподіл рівня депресії

Група респондентів	Відсутність депресії (%)	Легка депресія (%)	Помірна депресія (%)	Важка депресія (%)
Онкохворі (n=60)	15	25	40	20
Члени родин (n=40)	20	30	35	15

З таблиці видно, що онкохворі частіше страждають від високих рівнів депресії у порівнянні з родичами (див. рис.2.2.26.). Це можна пояснити безпосереднім фізичним впливом хвороби, страхом перед її прогресуванням, болючими процедурами лікування, а також невизначеністю прогнозу.

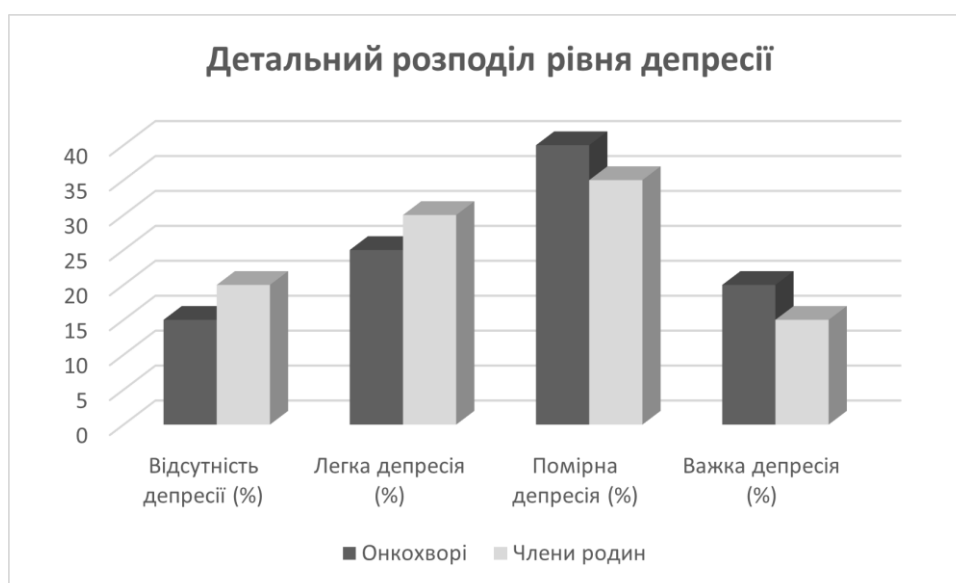


Рис.2.2.26. Детальний розподіл рівня депресії

Члени родин, хоча і не стикаються безпосередньо з фізичними стражданнями, також переживають значне емоційне навантаження, пов'язане із підтримкою пацієнта, фінансовими труднощами, та страхом втрати близької людини.

Аналіз даних про гендерні особливості депресивних станів серед онкохворих і членів їхніх родин показав, що жінки демонструють вищий рівень депресивних симптомів порівняно з чоловіками. Ця тенденція характерна як для пацієнтів, так і для їхніх близьких, які підтримують їх у процесі лікування. Серед онкохворих пацієнтів виявлено, що жінки частіше переживають як легкі, так і тяжкі депресивні стани. Детальний розподіл рівнів депресії за статтю представлено в таблиці 2.2.3:

Таблиця 2.2.3

Детальний розподіл рівня депресії за статтю

Стать	Легка депресія (%)	Помірна депресія (%)	Важка депресія (%)
Чоловіки (n=24)	36	42	22
Жінки (n=36)	38	44	18

Як видно з таблиці, жінки-онкохворі частіше мають легкі форми депресії (38% проти 36% у чоловіків) та помірні депресивні стани (44% проти 42%) (див. рис.2.2.27).

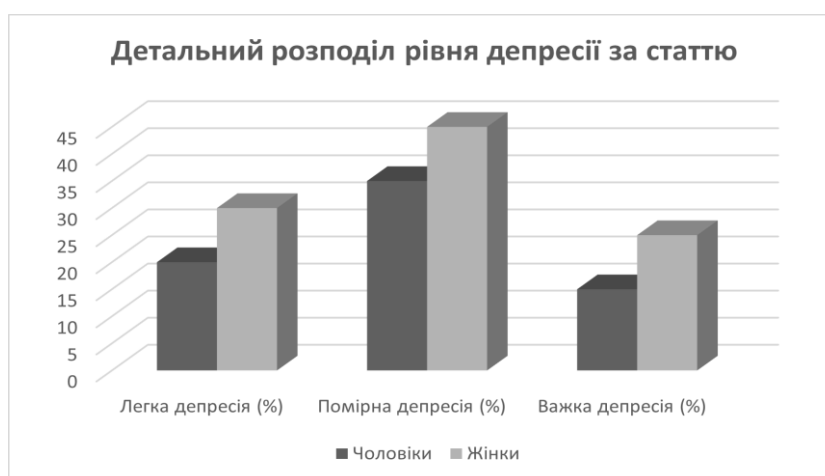


Рис.2.2.27. Детальний розподіл рівня депресії за статтю

Причини гендерних відмінностей серед онкохворих:

1. Біологічні фактори. Жінки мають більш чутливу емоційну реакцію на стресові події через гормональні особливості (зокрема, вплив естрогенів і прогестерону на нейрохімічні процеси).

2. Психосоціальні аспекти. Жінки частіше беруть на себе роль емоційного адаптера у сім'ї, що посилює тиск і підвищує ризик депресивних станів.

3. Схильність до саморефлексії. Жінки частіше аналізують свої переживання і мають меншу схильність до відволікання, що може поглиблювати депресивні симптоми.

У групі членів родин онкохворих спостерігається подібна тенденція (див. табл. 2.2.4).

Таблиця 2.2.4

Розподіл рівнів депресії за статтю (%)

Стать	Легка депресія (%)	Помірна депресія (%)	Важка депресія (%)
Чоловіки (n=11)	33	49	18
Жінки (n=29)	35	40	25

Серед членів родин жінки також демонструють вищий рівень депресії: легка депресія виявлена у 35% жінок (проти 33% у чоловіків), а важка депресія – у 25% (проти 18%).

Причини гендерних відмінностей серед членів родин:

1. Роль емоційної підтримки. Жінки частіше беруть на себе відповідальність за емоційне забезпечення онкохворого, що призводить до емоційного вигорання.

2. Суб'єктивне переживання стресу. Жінки частіше схильні ідентифікувати свої емоційні стани як тривожні чи депресивні, тоді як чоловіки можуть уникати відкритого визнання цих станів.

3. Фізична й емоційна перевантаженість. Жінки частіше залучені до догляду за пацієнтом, що включає як фізичні, так і емоційні зусилля.

Гендерні відмінності у депресивних проявах свідчать про те, що жінки, як серед онкохворих, так і серед їхніх родичів, є більш вразливими до розвитку депресивних станів. Це потребує адаптації програм психологічної підтримки з урахуванням статевих особливостей. Для жінок доцільно впроваджувати заходи, які акцентуються на зниженні емоційного навантаження, таких як групова терапія, арт-терапія, техніки релаксації та залучення додаткових ресурсів соціальної підтримки. Для чоловіків важливо розробити методики, що враховують їхню схильність до приховування емоцій, зокрема, індивідуальне консультування або активності, спрямовані на покращення самооцінки та стресостійкості.

Аналіз отриманих даних також продемонстрував, що соціально-економічний статус є суттєвим фактором, який впливає на рівень депресії як серед онкохворих, так і серед членів їхніх родин. У респондентів із середнім та низьким рівнем доходів депресивні прояви були значно вираженішими у порівнянні з тими, хто мав високий дохід. Цей зв'язок можна пояснити низкою чинників, пов'язаних із фінансовими витратами, зниженням матеріальної стабільності та соціальними обмеженнями, які виникають у процесі лікування. Отримані результати показують суттєві відмінності залежно від соціально-економічного статусу (див. табл. 2.2.5).

Таблиця 2.2.5

**Зв'язок рівня доходу з рівнем депресії у онкохворих та членів їхніх родин
(середні бали)**

Рівень доходу	Онкохворі (середній бал)	Члени родин (середній бал)
Високий	12	9
Середній	21	18
Низький	27	22

1. Онкохворі з високим рівнем доходів (12 балів у середньому). Пацієнти, які мають високий дохід, демонстрували найнижчі показники депресивних симптомів. Це може бути пояснено кращими можливостями для отримання якісного лікування, використання приватних медичних послуг, доступом до психологічної допомоги, а також збереженням стабільного фінансового становища, що знижує рівень стресу.

2. Онкохворі із середнім доходом (21 бал). Пацієнти з середнім рівнем доходів мали значно вищий рівень депресії. Це може бути наслідком того, що хоча вони мають достатньо ресурсів для базового лікування, додаткові витрати, наприклад на супутню терапію або спеціалізовані обстеження, стають для них значним фінансовим навантаженням. Крім того, пацієнти з цієї групи частіше відчувають нестабільність, побоюючись втрати роботи через тривалу хворобу.

3. Онкохворі з низьким рівнем доходів (27 балів). Ця група мала найвищі середні показники депресії. Пацієнти часто зіштовхуються з фінансовими труднощами, які унеможливають своєчасне отримання якісного лікування. Додатково їхнє становище ускладнюють витрати на транспорт, ліки та відсутність доступу до приватних медичних закладів. Фінансова нестабільність підсилює почуття безнадійності та безпорадності, що поглиблює депресивні симптоми.

Члени родин. У членів родин онкохворих спостерігалися аналогічні тенденції, проте середні бали за шкалою депресії були нижчими у порівнянні з самими пацієнтами.

1. Високий дохід (9 балів). Ця група мала найнижчі показники депресивних проявів. Їхня матеріальна стабільність сприяла впевненості у забезпеченні необхідної допомоги близькій людині та зниженню емоційного навантаження.

2. Середній дохід (18 балів). Члени родин цієї категорії часто відчували помірний рівень стресу через необхідність часткового перерозподілу бюджету для підтримки онкохворого. Це могло

супроводжуватися скороченням власних потреб і зниженням рівня задоволення від життя.

3. Низький дохід (22 бали). У цій групі депресивні прояви були найвищими, що можна пояснити фінансовим навантаженням, неможливістю повністю забезпечити лікування, а також значними обмеженнями у побуті.

Причини впливу соціально-економічного статусу:

1. Фінансові витрати. Лікування онкологічних захворювань потребує значних коштів, включаючи оплату медичних процедур, придбання ліків, транспортні витрати тощо. Пацієнти та їхні родичі з низьким рівнем доходів змушені витратити всі доступні ресурси на лікування, що створює відчуття фінансового виснаження.

2. Матеріальна стабільність. У респондентів із високим доходом є можливість продовжувати роботу або отримувати пасивний дохід, що знижує стресові фактори. Натомість пацієнти із середнім і низьким доходом частіше залишаються без роботи, що створює додатковий тиск.

3. Доступ до послуг. Високий дохід дозволяє пацієнтам і родинам звертатися до приватних клінік, отримувати психологічну допомогу та знижувати рівень емоційного навантаження. У респондентів із низьким доходом таких можливостей немає, що поглиблює відчуття безвиході.

Соціально-економічний статус відіграє важливу роль у формуванні психоемоційного стану онкохворих та членів їхніх родин. Люди із середнім та низьким доходом мають значно вищі рівні депресивних проявів, що пояснюється фінансовими обмеженнями, нестабільністю та відсутністю доступу до якісних медичних і психологічних послуг.

Для зниження рівня депресії у цих групах доцільно розробляти програми соціальної підтримки, які включають:

- **фінансову допомогу** - забезпечення доступу до основного лікування та зменшення тягаря витрат.
- **психологічну підтримку** - організацію безкоштовних консультацій і груп підтримки для пацієнтів та їхніх родин.

- **освітні програми** - інформування про доступні ресурси та стратегії подолання стресу.

Такі заходи сприятимуть зменшенню емоційного навантаження та підвищенню якості життя пацієнтів і їхніх близьких.

Аналіз отриманих даних показав, що тривалість хвороби є суттєвим фактором, який впливає на психоемоційний стан як онкохворих, так і членів їхніх родин. Результати вказують на те, що з плином часу рівень депресії зростає, досягаючи найвищих показників у пацієнтів, які перебувають на лікуванні понад два роки. Це зумовлено накопиченням фізичних, психологічних та соціальних труднощів, пов'язаних із тривалим перебігом хвороби. Результати опитування, проведеного за допомогою шкали А.Т. Бека, узагальнено в таблиці 2.2.6:

Таблиця 2.2.6

Вплив тривалості лікування на рівень депресії у онкохворих та членів їхніх родин (середні бали)

Тривалість лікування	Онкохворі (середній бал) (n)	Члени родин (середній бал) (n)
До 1 року	14	12
1–2 роки	22	19
Понад 2 роки	30	24

Пацієнти з тривалістю захворювання до 1 року:

1. Середній бал – 14. Ця група демонструє найнижчий рівень депресивних проявів серед усіх онкохворих. На початкових стадіях хвороби пацієнти можуть відчувати тривогу через отримання діагнозу та початок лікування, але їхній психоемоційний стан загалом є стабільним. У цей період пацієнти зазвичай мають підтримку з боку родичів, активний доступ до медичних ресурсів і надію на позитивний результат лікування (див. рис.2.2.28).

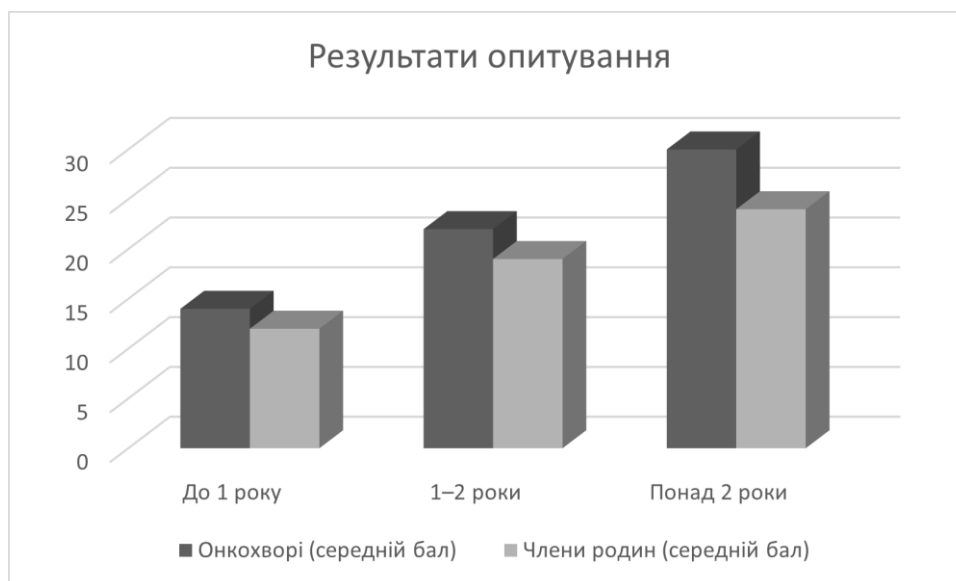


Рис.2.2.28. Результати опитування, проведеного за допомогою шкали А.Т. Бека

Пацієнти з тривалістю захворювання 1–2 роки:

Середній бал – 22. У пацієнтів, які проходять лікування протягом 1–2 років, рівень депресії суттєво підвищується. Це зумовлено виснажливим процесом лікування, побічними ефектами терапії (наприклад, хіміотерапії чи радіотерапії) і зростанням відчуття невизначеності щодо подальшого прогнозу. Пацієнти починають усвідомлювати довготривалий характер боротьби із хворобою, що негативно впливає на їхню мотивацію та загальний емоційний стан.

Пацієнти з тривалістю захворювання понад 2 роки:

Середній бал – 30. Ця група має найвищий рівень депресивних проявів серед онкохворих. Причини такого стану включають:

- фізичне виснаження організму через тривале лікування;
- зниження соціальної активності, ізоляцію від суспільства та втрату роботи;
- постійне відчуття страху перед рецидивом або прогресуванням захворювання;
- емоційне вигорання через хронічний стрес.

Члени родин онкохворих, які виступають головними підтримуючими особами, також демонструють зростання рівня депресії залежно від тривалості захворювання їхніх близьких.

Рівень депресії у членів родин за тривалістю захворювання:

1. До 1 року (12 балів). У перший рік діагнозу родичі зазвичай відчувають стрес через необхідність адаптації до нових обставин, але зберігають емоційну стійкість. Вони зосереджені на організації лікування, підтримці пацієнта та пошуку фінансових ресурсів, зберігаючи надію на позитивний результат.

2. 1–2 роки (19 балів). З часом емоційне навантаження зростає. Члени родин починають стикатися із виснаженням, пов'язаним із тривалим доглядом за пацієнтом. У цей період вони можуть жертвувати власними потребами, відчувати брак часу для себе, що призводить до розвитку депресивних станів.

3. Понад 2 роки (24 бали). Найвищі показники депресії серед родичів спостерігаються у випадках тривалого догляду за онкохворим. Постійний фізичний та емоційний стрес, нестача соціальної підтримки, фінансові труднощі та почуття безнадії сприяють глибокому виснаженню.

Причини впливу тривалості захворювання:

- Хронічний стрес. Тривалий час хвороби створює постійне психоемоційне навантаження як для пацієнтів, так і для членів їхніх родин.

- Фізичне виснаження. У онкохворих тривале лікування супроводжується втомою, болем та побічними ефектами, що негативно впливають на їхню психіку.

- Соціальна ізоляція. Через хворобу пацієнти часто віддаляються від звичного кола спілкування, а їхні родичі втрачають можливість вести звичайний спосіб життя.

- Фінансові труднощі. Тривале лікування вимагає значних витрат, що збільшує відчуття безпорадності та страху у родичів і пацієнтів.

Результати дослідження підтверджують, що тривалість хвороби суттєво впливає на рівень депресії серед онкохворих і членів їхніх родин. Найвищі показники депресії спостерігаються у пацієнтів і родичів із тривалістю захворювання понад два роки. Ці дані підкреслюють необхідність:

- комплексної психологічної підтримки, особливо на пізніх етапах лікування;
- фінансової допомоги, яка зменшить навантаження на родини пацієнтів;
- організації програм з емоційного відновлення для родичів, які перебувають під постійним тиском.

Розробка індивідуалізованих стратегій підтримки для обох груп може значно покращити їхній емоційний стан і загальну якість життя.

Згідно аналізу даних, можна зробити висновок про те, що чим вищий рівень депресії у пацієнта, тим більше він впливає на психоемоційний стан його родичів. У випадках, коли пацієнти перебувають у стані важкої депресії, їхні родичі демонструють рівень симптомів, близький до межі важкого депресивного стану.

Фактори, що посилюють кореляцію:

1. Емоційна взаємозалежність. Родичі часто емоційно зосереджені на стані пацієнта, переживаючи разом із ним усі труднощі, пов'язані з лікуванням та прогнозом.
2. Фізичне виснаження. Опікуни, які доглядають за пацієнтами з важкими стадіями хвороби, стикаються з перевтомою через постійну фізичну присутність і виконання побутових обов'язків.
3. Фінансовий тягар. Догляд за онкохворим часто супроводжується значними витратами, які створюють додатковий стрес для сім'ї.
4. Соціальна ізоляція. І пацієнти, і їхні родичі, зосереджуючись на лікуванні, поступово віддаляються від соціального життя, що посилює депресивні симптоми.

Висока кореляція між рівнем депресії онкохворих і їхніх родичів свідчить про глибокий взаємозв'язок між емоційними станами двох груп. Це

підкреслює необхідність комплексного підходу до психологічної допомоги, що враховує потреби не лише пацієнтів, а й членів їхніх сімей. Такий підхід допоможе знизити емоційне навантаження та поліпшити якість життя обох груп.

Звертаючи увагу на результати **третьої методики визначення рівня тривожності Ч.Д. Спілберга та Ю.Л. Ханіна**, можна зазначити, що отримані дані вказують на різні рівні тривожності серед учасників дослідження (таблиця 2.2.7 та рис 2.2.29):

Таблиця 2.2.7

Розподіл рівнів тривожності серед онкохворих та членів їх родини (%)

Рівень тривожності	Реактивна тривожність (РТ)	Особистісна тривожність (ОТ)
Низький	18% (n = 18)	12% (n = 12)
Середній	55% (n = 55)	50% (n = 50)
Високий	27% (n = 27)	38% (n = 38)

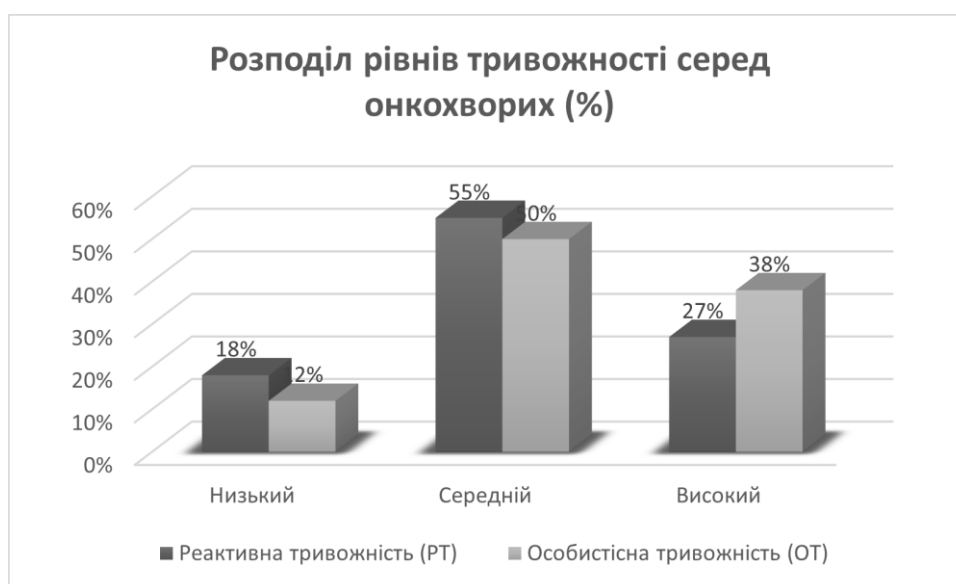


Рис.2.2.29. Розподіл рівнів тривожності серед онкохворих та членів їх родини (%)

Найбільший відсоток (55%) учасників перебував на середньому рівні тривожності, що свідчить про високу емоційну реактивність онкохворих на

діагноз і лікування. Високий рівень РТ (27%) виявлено у пацієнтів, що нещодавно дізналися про діагноз або знаходилися на інтенсивному етапі лікування. У 38% учасників зафіксовано високий рівень ОТ, що може вказувати на їхню стійку схильність до тривожних переживань.

Результати тестування показали, що респонденти, які мають низький рівень тривожності, як правило, демонструють високу впевненість у своїх силах та здатність справлятися з повсякденними стресами. Вони здатні адаптуватися до різних ситуацій, зберігаючи спокій і стійкість навіть в умовах певних труднощів чи непередбачуваних змін. Такі респонденти, як правило, не схильні до зайвої тривоги та занепокоєння, вони мають оптимістичний погляд на життя і вірять у свої можливості. Тому їхній рівень стресу зазвичай знаходиться в межах здорового, що дозволяє ефективно функціонувати в умовах сучасного світу.

Натомість учасники, що продемонстрували помірний рівень тривожності, вказують на наявність певних переживань і стурбованості, які можуть впливати на їхнє загальне самопочуття. Вони зазвичай відчують тривогу у ситуаціях невизначеності або під час виконання відповідальних завдань, але здатні знайти способи для вирішення проблем. Цей рівень тривожності може свідчити про певні труднощі в управлінні стресом, однак у більшості випадків ці респонденти здатні функціонувати в умовах нормального життєвого ритму. Вони можуть переживати стрес, але їхня здатність адаптуватися дозволяє їм продовжувати працювати та підтримувати стосунки.

Респонденти, які виявили високий рівень тривожності, свідчать про серйозні емоційні труднощі, які потребують уваги та підтримки з боку психологів і медичних працівників. Учасники цієї групи часто відчують сильну тривогу та занепокоєння, що може значно впливати на їхнє фізичне і психічне здоров'я. Вони можуть стикатися з труднощами у виконанні повсякденних завдань через відчуття напруги, страху чи передчуття небезпеки. Для таких респондентів характерна потреба в професійному

втручанні, яке може включати психологічні консультації, терапію чи інші методи підтримки, що допоможуть знизити рівень стресу та поліпшити їхній емоційний стан.

Методика визначення рівня тривожності Ч.Д. Спілберга та Ю.Л. Ханіна виявила суттєвий рівень емоційної напруженості серед онкохворих та необхідність розробки диференційованих програм психологічної підтримки для пацієнтів із високими рівнями тривожності.

Загалом, отримані дані показують значну різницю в рівнях тривожності серед учасників тестування, що підкреслює необхідність індивідуального підходу до кожного респондента в плані надання підтримки. Враховуючи високий відсоток учасників з помірним і високим рівнем тривожності, важливо забезпечити доступ до психологічної допомоги, щоб допомогти людям зменшити рівень стресу та покращити їхнє емоційне благополуччя.

Результати за останньою четвертою методикою «Індекс життєвого стилю» (Life Style Index, LSI). Отримані дані дозволяють проаналізувати механізми психологічного захисту учасників дослідження (таблиця 2.2.8).

Таблиця 2.2.8

Порівняння середніх показників за шкалами LSI

Шкала	Пацієнти (n=60)	Члени родин (n=40)	Статистична значимість
Пригнічення	3.1	2.8	$p < 0.05$
Регресія	4.3	4.1	$p > 0.05$
Заміщення	4.6	4.8	$p < 0.01$
Заперечення	4.5	4.7	$p < 0.01$
Проекція	3.2	3.0	$p < 0.05$
Компенсація	4.0	4.2	$p > 0.05$
Реактивне утворення	3.6	3.7	$p > 0.05$
Інтелектуалізація	3.4	3.6	$p > 0.05$

Виявлені тенденції:

1. Високий рівень регресії у пацієнтів та членів їхніх родин вказує на домінування захисних механізмів у складних ситуаціях.
2. Підвищений рівень заміщення свідчить про прагнення в розрядці пригнічених емоцій (як правило, ворожості, гніву), які направляються на об'єкти, що становлять меншу небезпеку, ніж ті, що викликали негативні емоції і почуття.
3. Низький рівень пригнічення демонструє значне психоемоційне напруження, викликане ситуацією онкологічного діагнозу.

Учасники тестування часто схильні відмовлятися від усвідомлення небажаних думок, емоцій і почуттів, що може бути стратегією уникнення внутрішнього психологічного дискомфорту або стресу. Така поведінка може мати різні причини, наприклад, необхідність захистити себе від надмірної тривоги чи болісних спогадів, які можуть впливати на емоційний стан. Разом з тим, велика частина учасників намагається застосувати логічні аргументи або раціональні пояснення для виправдання своїх емоційних реакцій або поведінки. Інтелектуалізація є захисним механізмом, який дозволяє людям зберігати контроль над своїми емоціями, перетворюючи емоційно важкі ситуації на більш абстрактні та зрозумілі. Це може свідчити про спробу взяти під контроль стресові ситуації, коли особа намагається знайти раціональне пояснення своїх емоцій чи переживань, що, в свою чергу, допомагає зберігати певний рівень психологічної стабільності.

Загалом, результати методики «Індекс життєвого стилю» вказують на те, що учасники дослідження здебільшого покладаються на емоційні та раціональні стратегії для подолання стресу та психологічного дискомфорту. Ці результати дозволяють зрозуміти, які механізми захисту є домінуючими у їхньому житті, що, в свою чергу, може вплинути на їхній стиль життя та загальне самопочуття.

Узагальнюючи отримані дані, можемо резюмувати, що емоційна підтримка є важливим чинником, який допомагає знижувати рівень депресії у

пацієнтів. Це підкреслює необхідність активного залучення близьких, друзів і психологів до процесу підтримки пацієнтів. Соціальна ізоляція значно підвищує ризик розвитку депресивних станів. Важливо сприяти соціальній інтеграції пацієнтів через участь у групах підтримки, соціальних програмах чи інших активностях. Впровадження програм, спрямованих на підсилення соціальних зв'язків і забезпечення емоційної підтримки, здатне суттєво покращити психоемоційний стан онкохворих та підвищити їхню якість життя.

Аналіз отриманих даних дозволяє стверджувати, що онкохворі та їхні родини є вразливими до депресивних проявів, що вимагає комплексного підходу до психологічної допомоги. Ефективні стратегії можуть включати підтримку емоційного стану пацієнтів та родин через психотерапевтичні інтервенції, групові заняття, а також фінансову допомогу для зменшення тиску зовнішніх обставин.

Таким чином, дослідження підтвердило, що онкологічний діагноз суттєво впливає на психоемоційний стан пацієнтів і членів їхніх родин, а також дозволило виділити основні фактори, які визначають рівень депресії в обох групах. Застосування результатів цього дослідження сприятиме розробці ефективних програм підтримки, спрямованих на підвищення якості життя онкохворих та їхніх близьких.

Висновки до розділу 2

У розділі 2 проведено емпіричне дослідження психоемоційного стану онкохворих та членів їхніх родин. Аналіз вибірок дозволив виявити особливості емоційного реагування, адаптації до хвороби та рівня життєстійкості учасників. Застосування різноманітних методик, таких як тест життєстійкості С. Мадді, шкала депресії А.Т. Бека та інші, дало змогу комплексно оцінити психоемоційні аспекти досліджуваних. Виявлені дані свідчать про значні розбіжності у рівні тривожності та депресивних симптомів серед онкохворих у порівнянні з їхніми родинами, що вказує на необхідність специфічних підходів у психологічній підтримці цих груп. Також важливо

підкреслити, що результати аналізу підтверджують значення соціальної підтримки та емоційної стабільності для покращення психоемоційного стану як онкохворих, так і їхніх близьких. Отримані результати можуть стати основою для подальших досліджень у цій галузі, а також для розробки психосоціальних програм підтримки.

На основі отриманих результатів доцільно впроваджувати наступні заходи:

1. Індивідуальна та сімейна психологічна підтримка. Забезпечення доступу до психологів та психотерапевтів для зменшення рівня депресії у пацієнтів і родичів.
2. Програми соціальної інтеграції. Організація груп підтримки, соціальних заходів для пацієнтів і їхніх сімей з метою зниження рівня ізоляції.
3. Фінансова допомога. Забезпечення державних чи благодійних субсидій для покриття витрат на лікування та догляд.
4. Освітні програми. Поширення інформації про стратегії подолання стресу та покращення емоційного стану.

Таким чином, дослідження підтвердило, що онкологічний діагноз суттєво впливає на психоемоційний стан пацієнтів і членів їхніх родин, а також дозволило виділити основні фактори, які визначають рівень депресії онкохворих, так і членів їхніх родин. Застосування результатів цього дослідження сприятиме розробці ефективних програм підтримки, спрямованих на підвищення якості життя онкохворих та їхніх близьких.

РОЗДІЛ 3

РОЗРОБКА РЕКОМЕНДАЦІЙ З ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ТА СУПРОВОДУ ОНКОХВОРИХ ТА ЧЛЕНІВ ЇХНІХ РОДИН

3.1 Комплексна психологічна підтримка онкохворих (групова терапія, індивідуальні консультації, арт-терапія)

Онкологічні захворювання є однією з найбільших медичних проблем сучасності, що впливають не лише на фізичний стан пацієнтів, але й на їхній емоційний, психологічний та соціальний добробут. В умовах хронічного стресу, викликаного діагнозом, процесом лікування та соціальними факторами, пацієнти з онкологічними захворюваннями потребують комплексної психологічної підтримки. Така підтримка включає різноманітні методи психологічної допомоги, серед яких групова терапія, індивідуальні консультації та арт-терапія відіграють ключову роль [58].

Психологічна підтримка онкохворих - це комплексна система заходів, спрямованих на допомогу пацієнтам із онкологічними захворюваннями у подоланні емоційних, когнітивних та соціальних труднощів, що виникають у зв'язку з діагнозом, лікуванням та змінами в житті. Цей процес базується на міждисциплінарному підході, що включає інтеграцію знань із психології, психіатрії, соціальної роботи та творчих методик. Мета підтримки полягає в зниженні рівня емоційного стресу, сприянні адаптації пацієнтів до нових умов, підвищенні їхньої якості життя та мобілізації психосоціальних ресурсів для ефективного подолання кризи.

Ключові аспекти визначення. Психологічна підтримка для онкохворих охоплює декілька важливих функцій:

1. Адаптаційна функція. Допомога у прийнятті діагнозу, що включає роботу з емоційними реакціями пацієнта, такими як шок, страх, заперечення або гнів. За даними досліджень, до 75% пацієнтів після діагностики онкологічного захворювання відчувають значний емоційний дискомфорт, зокрема тривожність і депресію.

2. Психосоціальна підтримка. Урахування впливу хвороби на соціальні взаємини, професійну діяльність та сімейне життя. Близько 40% онкохворих відзначають, що їхні стосунки із соціальним оточенням погіршуються через стигматизацію або емоційний бар'єр.

3. Якість життя. Згідно з рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), психологічна підтримка повинна бути спрямована на поліпшення якості життя пацієнта шляхом зменшення емоційного та фізичного дискомфорту. Згідно з метааналізом 2020 року, комплексна психологічна підтримка може покращити загальний показник якості життя пацієнтів із онкологією на 20–30% [61, с. 448-485].

Основні завдання психологічної підтримки. Психологічна підтримка спрямована на вирішення ключових завдань, які відповідають потребам пацієнтів на різних етапах лікування:

1. Полегшення прийняття діагнозу. Від моменту повідомлення діагнозу пацієнт стикається з глибоким емоційним потрясінням. За статистикою, близько 60–80% онкохворих переживають стадію заперечення або гострої тривоги у перші тижні після діагностики. Завдання психолога полягає у створенні простору для безпечного вираження емоцій, а також наданні інформації щодо захворювання та лікування в доступній і зрозумілій формі.

2. Подолання тривожності, депресії та страху смерті. Психічний стан пацієнтів з онкологією часто характеризується високим рівнем тривожності (приблизно 45–55% випадків) і депресії (близько 25–30%). Одним із центральних завдань психологічної підтримки є робота зі страхом смерті, що є природною реакцією на загрозу життю. Використовуються методи когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), екзистенційної терапії, а також техніки релаксації для зменшення цих переживань.

3. Підтримка соціальних зв'язків пацієнта. Соціальна ізоляція є частим явищем серед онкохворих, особливо тих, хто стикається з тривалою госпіталізацією або фізичними обмеженнями. Одна з функцій психологічної

підтримки – сприяння збереженню та зміцненню соціальних зв'язків, включаючи підтримку у взаєминах із сім'єю, друзями та колегами.

4. Розвиток позитивного мислення та стратегій подолання труднощів. Адаптивні стратегії подолання (такі як планування, пошук інформації, звернення за підтримкою) сприяють зниженню рівня стресу та поліпшенню прогнозу психологічного стану. Наприклад, дослідження показують, що пацієнти, які застосовують активні стратегії копінгу, мають нижчий рівень депресії та краще адаптуються до лікування.

Форми психологічної підтримки. Комплексна підтримка онкохворих включає три основні форми, які є взаємодоповнювальними:

➤ Групова терапія - забезпечує обмін досвідом, підтримку в колективі людей зі схожими проблемами, а також сприяє зменшенню соціальної ізоляції.

➤ Індивідуальні консультації - орієнтовані на глибоку роботу з емоційними переживаннями пацієнта, побудову індивідуальних стратегій подолання та покращення якості життя.

➤ Арт-терапія- використання творчих методів (малювання, музика, письмо) як засобу вираження емоцій, що важко описати словами, та зниження рівня стресу.

Групова терапія для онкохворих. Групова терапія – це метод психотерапевтичного втручання, що передбачає організацію психологічної роботи з кількома пацієнтами одночасно під керівництвом кваліфікованого психолога чи психотерапевта. Основою групової терапії є створення атмосфери довіри, емпатії та взаємопідтримки серед учасників, які стикаються зі схожими життєвими викликами. У випадку онкохворих групова терапія є інструментом, що не тільки допомагає пацієнтам адаптуватися до складних життєвих обставин, але й сприяє покращенню їхнього психологічного та фізичного стану.

Групова терапія базується на принципах групової динаміки, де взаємодія між учасниками сприяє розкриттю внутрішніх переживань, обміну досвідом

та формуванню підтримуючого середовища. Цей підхід включає елементи взаємодопомоги, що надає учасникам відчуття причетності до спільної боротьби, а також сприяє підвищенню мотивації до лікування.

Групова терапія для онкохворих має унікальні характеристики, що обумовлені специфічністю захворювання та його впливом на життя пацієнтів. Ця форма терапії орієнтована на:

- зменшення почуття ізоляції (близько 40% онкохворих пацієнтів вказують на соціальну ізоляцію як одну з ключових проблем). Групова терапія допомагає пацієнтам знайти однодумців, що знижує рівень самотності.

- обмін досвідом боротьби з хворобою- учасники діляться власними стратегіями подолання труднощів, що дозволяє розширити арсенал адаптаційних механізмів кожного з них.

- покращення емоційного стану (за результатами досліджень, участь у терапевтичних групах зменшує рівень депресії у 35–50% пацієнтів та сприяє поліпшенню загального емоційного фону).

Безпечне середовище, створене у рамках терапевтичної групи, дозволяє учасникам відверто висловлювати свої страхи, сумніви та надії. Група стає місцем, де можна знайти емоційну підтримку, подолати сором'язливість або страх осуду. Для багатьох пацієнтів такий досвід стає першим кроком до розуміння та прийняття власних переживань.

Групова терапія для онкохворих може здійснюватися в різних формах залежно від її мети, структури та методик. Найпоширеніші підходи:

1. Психоедукаційні групи. Основна мета – підвищення обізнаності пацієнтів щодо специфіки їхнього захворювання, методів лікування, можливих побічних ефектів та способів їх подолання. Психоедукаційні групи допомагають зменшити тривожність, що часто виникає через невизначеність і недостатню поінформованість.

2. Групи підтримки. Учасники цих груп фокусуються на емоційній підтримці одне одного, обміні досвідом і створенні довірчої атмосфери.

Завдяки спільному досвіду боротьби з хворобою вони відчують меншу самотність та стигматизацію.

3. Когнітивно-поведінкові групи. Цей підхід зосереджується на зміні деструктивних патернів мислення та формуванні нових навичок управління стресом. Учасники вчаться виявляти автоматичні негативні думки, аналізувати їх і замінювати на більш адаптивні. Такий формат групової терапії демонструє значне покращення в емоційному стані: депресія зменшується в середньому на 25%, а тривожність – на 30%.

Дослідження підтверджують, що групова терапія має потужний позитивний вплив на психологічний стан онкохворих пацієнтів. Окрім цього, групова терапія сприяє покращенню фізичних показників: у пацієнтів, які беруть участь у таких програмах, спостерігається нижчий рівень гормонів стресу (кортизолу) у крові, що позитивно впливає на загальний стан організму [58, с. 782-793].

Індивідуальні психологічні консультації. Індивідуальна психологічна консультація – це метод психотерапії, у рамках якого професійний психолог чи психотерапевт працює безпосередньо з одним пацієнтом [15]. Такий формат терапії дозволяє повністю зосередитися на унікальних потребах пацієнта, його емоційному стані, життєвих обставинах та особистих викликах. Індивідуальні консультації є гнучким та персоналізованим підходом, що враховує індивідуальні особливості пацієнта, етап розвитку захворювання та соціальний контекст. Цей метод є особливо ефективним для пацієнтів з онкологічними захворюваннями, оскільки дозволяє глибше опрацювати складні емоційні стани, такі як страх, тривога, гнів або депресія, і розробити індивідуальні стратегії адаптації до змін у житті. Метою індивідуальних консультацій є покращення психологічного стану пацієнта, зменшення рівня стресу та тривоги, розвиток адаптивних механізмів подолання труднощів і підвищення якості життя. Завдання індивідуальної терапії охоплюють різні аспекти психоемоційного стану:

1. Ідентифікація та подолання деструктивних думок. У пацієнтів з онкологією часто виникають автоматичні негативні думки, пов'язані з невизначеністю майбутнього, страхом перед хворобою чи почуттям провини перед близькими. Наприклад, до 50% пацієнтів стикаються із катастрофізацією ситуації. Завдання терапевта – допомогти пацієнту розпізнати ці думки та замінити їх на більш конструктивні.

2. Розвиток навичок управління стресом. Хронічний стрес значно впливає на емоційний та фізичний стан пацієнта. Практика управління стресом, наприклад, через релаксацію чи майндфулнес, знижує рівень кортизолу у крові на 20–25% і покращує загальне самопочуття.

3. Покращення стосунків із близькими. Захворювання може призводити до напруженості у сімейних стосунках. Близько 30% онкохворих вказують на конфлікти з родиною через нерозуміння або емоційне напруження. Терапевт допомагає пацієнту знайти способи ефективного спілкування, що сприяють зміцненню зв'язків.

4. Підвищення самооцінки. Після діагностики онкологічного захворювання багато пацієнтів відчують зниження впевненості у собі. До 40% онкохворих вказують на втрату сенсу власної значущості [60, с. 1714-1721]. Індивідуальні консультації спрямовані на відновлення позитивного сприйняття себе.

У процесі індивідуальних консультацій використовуються різноманітні підходи, адаптовані до потреб пацієнта. Найпоширеніші методи:

1. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ). КПТ є одним із найефективніших підходів для роботи з онкохворими. Вона допомагає пацієнтам ідентифікувати та змінювати негативні когнітивні схеми, які підсилюють тривожність і депресію.

2. Екзистенційна терапія. Цей підхід спрямований на роботу з глибокими питаннями сенсу життя, смерті, свободи та відповідальності. Екзистенційна терапія особливо ефективна для пацієнтів, які відчують екзистенційний вакуум або страх перед смертю.

3. Методи релаксації та майндфулнес. Практики, що включають прогресивну м'язову релаксацію, дихальні техніки та медитації усвідомленості, сприяють зниженню фізіологічного стресу та покращенню емоційної стійкості.

Ефективність індивідуальної психологічної підтримки підтверджується численними дослідженнями. Ключові показники результативності включають: зниження депресії та тривоги; покращення адаптації до життєвих змін; підвищення мотивації до лікування; зменшення соматичних симптомів.

Арт-терапія для онкохворих. Арт-терапія – це форма психотерапії, яка використовує художню творчість як інструмент вираження та опрацювання емоційних, психологічних і соціальних станів. Основною метою арт-терапії є допомога пацієнту в осмисленні внутрішнього досвіду через творчість. Цей метод інтегрує такі види мистецтва, як живопис, музика, ліплення, письмо, театр і навіть танець, надаючи пацієнтам можливість розкрити почуття, які важко сформулювати словами. Арт-терапія має особливе значення для пацієнтів з онкологічними захворюваннями через її здатність комплексно впливати на психоемоційний та фізичний стан. Онкохворі часто стикаються зі складними психологічними викликами, такими як тривога, депресія, страх смерті, ізоляція та зниження самооцінки. У цьому контексті арт-терапія виконує низку важливих функцій:

- Зниження рівня стресу. Творчі активності допомагають знизити рівень стресу, активуючи парасимпатичну нервову систему та сприяючи релаксації.

- Розкриття емоцій, які важко виразити словами. Пацієнти часто мають труднощі з вербалізацією своїх почуттів. Арт-терапія дозволяє візуалізувати страхи, тривоги чи надії через символи та образи.

- Стимулювання позитивного мислення. Творчість допомагає пацієнтам зосереджуватися на позитивних аспектах життя, створюючи простір для відчуття радості та самореалізації навіть у складних життєвих обставинах.

Методи арт-терапії для онкохворих є різноманітними та адаптованими до індивідуальних потреб і уподобань пацієнтів. Найпоширеніші серед них:

1. Малювання та живопис. Цей метод сприяє вираженню внутрішніх конфліктів і страхів через кольори, форми та образи. Наприклад, пацієнти можуть створювати «карти своїх емоцій», що допомагають структурувати відчуття й визначати ключові аспекти емоційного стану.

2. Музична терапія. Включає як прослуховування музики, так і активну участь у її створенні. Музика сприяє стабілізації настрою, полегшенню болю та релаксації.

3. Письмо. Щоденники, поезія чи проза допомагають пацієнтам осмислювати життєвий досвід, переосмислювати травматичні події та розвивати прийняття ситуації.

4. Театральні практики. Гра на сцені чи створення сценаріїв допомагають пацієнтам опрацювати пригнічені емоції та розвинути адаптивні моделі поведінки. Театральна терапія також сприяє покращенню соціальної взаємодії.

Арт-терапія демонструє високу ефективність у покращенні психоемоційного стану та якості життя онкохворих. Вплив цього методу можна оцінити за кількома ключовими показниками:

- Емоційна стабілізація. Після курсу арт-терапії (6–10 сесій) 70% пацієнтів відзначають зниження рівня тривоги, а 60% – полегшення депресивних симптомів.

- Покращення самооцінки. Творчі активності сприяють розвитку відчуття контролю над власним життям і здатності до самовираження. Наприклад, 65% пацієнтів, які брали участь у арт-терапії, повідомляють про зростання впевненості у собі.

- Розвиток творчих здібностей. Арт-терапія допомагає пацієнтам знаходити нові ресурси для боротьби з хворобою, розвиваючи їхню креативність і здатність до нестандартного мислення.

- Інтеграція психосоціальних та емоційних аспектів. Завдяки арт-терапії пацієнти краще розуміють свої емоції, що сприяє налагодженню комунікації з близькими. Понад 75% учасників терапії зазначають покращення стосунків із сім'єю та друзями (див. табл. 3.1.1).

Таблиця 3.1.1

Порівняльна таблиця методів психологічної підтримки

Метод	Цілі	Основні техніки	Переваги
Групова терапія	Емоційна підтримка, зменшення ізоляції, обмін досвідом	Психоедукація, підтримка, когнітивно-поведінкові техніки	- Зниження рівня тривоги на 40–50%; - Покращення соціальної адаптації на 30–40%; - Створення спільноти взаємної підтримки.
Індивідуальні консультації	Зниження тривоги, робота з особистими страхами, покращення самооцінки	КПТ (когнітивно-поведінкова терапія), екзистенційна терапія, майндфулнес	- Орієнтація на індивідуальні потреби; - Зниження депресії у 60–70% пацієнтів; - Глибоке пропрацювання особистих проблем.
Арт-терапія	Розкриття емоцій, зниження стресу, стимулювання творчості	Малювання, музика, письмо, театральні практики	- Зниження рівня стресу на 25–30%; - Можливість самовираження; - Зменшення психосоматичних проявів стресу у 50–60% учасників.

Цілі - усі методи орієнтовані на поліпшення емоційного стану онкохворих, але кожен має свої особливі акценти. Наприклад, групова терапія спрямована на соціалізацію, індивідуальні консультації – на глибоку роботу з внутрішніми конфліктами, а арт-терапія – на творчий процес як спосіб подолання стресу.

Основні техніки. Методи базуються на різних підходах. Групова терапія включає елементи когнітивно-поведінкової терапії для управління емоціями, індивідуальні консультації використовують такі техніки, як майндфулнес та екзистенційна терапія, які допомагають прийняти реальність діагнозу. Арт-терапія зосереджена на творчому самовираженні.

Переваги:

- Групова терапія дозволяє зменшити ізоляцію пацієнтів та створює відчуття приналежності до спільноти.
- Індивідуальні консультації дозволяють опрацювати індивідуальні страхи, що часто є критичним для пацієнтів із високим рівнем тривожності.
- Арт-терапія є універсальною для різних вікових категорій, сприяє зменшенню психосоматичних проявів та розвитку позитивного мислення.

Кожен із методів має унікальну цінність для психологічної підтримки онкохворих. Залежно від потреб пацієнтів може бути застосований один метод або їх комбінація, що забезпечує багатовимірний підхід до покращення якості життя.

Комплексна психологічна підтримка онкохворих є невід'ємною складовою паліативної та реабілітаційної допомоги. Групова терапія, індивідуальні консультації та арт-терапія дозволяють враховувати різні аспекти особистості та соціального оточення пацієнта. Їх інтеграція у процес лікування покращує психологічний стан, якість життя та сприяє адаптації пацієнтів до нових життєвих умов. Подальші дослідження в цій сфері мають на меті розробку нових методів, що враховують індивідуальні потреби кожного пацієнта.

3.2 Робота з членами родин: навчання навичкам підтримки, подолання емоційного вигорання

Родини відіграють ключову роль у житті людини, забезпечуючи базову емоційну підтримку, соціальну взаємодію та економічну стабільність. Проте

сучасні виклики, зокрема підвищення рівня стресу, складність міжособистісних відносин та швидкі соціальні зміни, створюють значний тиск на членів родини, що може призводити до емоційного вигорання.

Емоційне вигорання в контексті родинних стосунків визначається як стан фізичного, емоційного та психологічного виснаження, спричинений постійними стресовими ситуаціями або тривалим доглядом за членами родини, які потребують підтримки (наприклад, хронічно хворі або люди похилого віку). У зв'язку з цим зростає необхідність розробки ефективних стратегій навчання навичкам підтримки та профілактики вигорання для членів родин. Емоційне вигорання є складним і багатограним феноменом, що характеризується трьома основними компонентами: емоційним виснаженням, деперсоналізацією та зниженням почуття особистих досягнень. Ці складові відображають не лише окремі аспекти психологічного стану, але й їхній взаємозв'язок, який формує цілісний синдром виснаження. Розглянемо кожен компонент докладніше.

Емоційне виснаження є центральним компонентом емоційного вигорання. Воно проявляється у відчутті тривалої втоми, вичерпання емоційних і фізичних ресурсів. Людина, яка переживає емоційне виснаження, може відчувати брак енергії, навіть у випадках, коли раніше звичні завдання здавалися легкими та приємними. Типовими симптомами є фізична втома, емоційна апатія, хронічний стрес. Емоційне виснаження часто є першим сигналом розвитку вигорання, оскільки воно безпосередньо впливає на здатність людини справлятися з життєвими обов'язками. Відчуття виснаження може посилюватися через відсутність належної підтримки з боку інших членів родини або соціального оточення.

Деперсоналізація є другим ключовим компонентом емоційного вигорання. Вона проявляється як емоційна відстороненість, байдужість або навіть цинічне ставлення до інших людей, включаючи найближчих членів родини. Деперсоналізація часто є захисною реакцією організму на емоційне перевантаження. Людина інтуїтивно намагається уникати додаткових

емоційних витрат, дистанціюючись від оточення. У родинному середовищі це може проявлятися у формі конфліктів, втрати інтересу до спільного проведення часу або неспроможності реагувати на потреби інших членів родини.

Зниження особистих досягнень є третім важливим компонентом емоційного вигорання, що характеризується відчуттям власної неспроможності ефективно виконувати свої обов'язки та досягати поставлених цілей. Типовими проявами є зниження самооцінки, відчуття неефективності, переживання провини. Цей компонент має тісний зв'язок із емоційним виснаженням та деперсоналізацією, оскільки зниження почуття особистих досягнень часто є наслідком постійної втоми та дистанціювання від оточення. У родинному контексті це може проявлятися у вигляді розчарування у власній ролі як батька, матері чи партнера.

Системний вплив компонентів. Зазначені три компоненти формують взаємозалежну систему. Емоційне виснаження призводить до деперсоналізації, оскільки людина втрачає здатність емоційно залучатися до міжособистісних стосунків. У свою чергу, деперсоналізація поглиблює зниження почуття особистих досягнень, адже дистанціювання від оточення посилює ізоляцію та знижує ефективність у виконанні ролей. Цей циклічний процес підсилює тяжкість емоційного вигорання, створюючи перешкоди для його самостійного подолання без зовнішнього втручання.

Навички підтримки в родинних стосунках. Навички підтримки є основою ефективного функціонування родинної системи, оскільки вони забезпечують створення гармонійного емоційного клімату, сприяють уникненню конфліктів та зміцнюють довіру між членами родини. Підтримка в родинному середовищі включає широкий спектр умінь, які допомагають ефективно реагувати на потреби інших, підтримувати позитивну взаємодію та створювати умови для спільного зростання й розвитку.

Основними аспектами цих навичок є здатність забезпечувати емоційну стабільність, вибудовувати ефективну комунікацію та знаходити продуктивні

шляхи для вирішення конфліктів. Формування цих умінь допомагає членам родини краще розуміти одне одного, проявляти турботу та зберігати стабільність у стосунках навіть у складних ситуаціях.

Для успішної взаємодії у родинному середовищі важливими є такі ключові компоненти: емоційна емпатія, ефективна комунікація, стрес-менеджмент та підтримка автономії. Кожен із цих аспектів виконує окрему функцію, але разом вони формують комплексний підхід до забезпечення гармонійної взаємодії (див. табл. 3.2.1.).

Таблиця 3.2.1.

Основні компоненти навичок підтримки

Компонент	Опис	Приклади практичних дій
Емоційна емпатія	Здатність розуміти емоції інших людей, співчувати їм, підтримувати морально та емоційно.	- Активне слухання: зосередження на тому, що говорить інший, без переривання чи оцінки; - Спроба поставити себе на місце іншої людини, розуміння її почуттів.
Ефективна комунікація	Здатність чітко й відкрито висловлювати свої думки, почуття і потреби без агресії чи маніпуляцій.	- Використання «Я-повідомлень»: наприклад, «Я почуваюся засмученим, коли ти не вислуховуєш мене»; - Уникнення критики та звинувачень, фокус на проблемі, а не на особистості.
Стрес-менеджмент	Уміння контролювати власний рівень стресу, запобігати емоційному виснаженню та зберігати спокій.	- Виконання фізичних вправ для зняття напруги; - Практика дихальних технік чи медитації для стабілізації емоційного стану.
Підтримка автономії	Здатність створювати умови для самостійного прийняття рішень іншими членами	- Надання можливості дітям чи партнерам самостійно вирішувати частину своїх питань; - Уникнення гіперконтролю, забезпечення простору для незалежності.

	родини, сприяти їхньому розвитку.	
--	-----------------------------------	--

Розгорньте пояснення компонентів. Емоційна емпатія є фундаментом для побудови довірливих і теплих стосунків у родині. Вона передбачає здатність глибоко розуміти емоційний стан інших людей, що дозволяє вчасно підтримати їх у важкі моменти. Відсутність емпатії може призводити до емоційної ізоляції, нерозуміння або навіть конфліктів. Розвиток емпатії вимагає регулярної практики таких дій, як активне слухання, уникнення поспішних оцінок і зосередження на почуттях співрозмовника. Ефективна комунікація є важливим інструментом для збереження гармонії в родинних стосунках. Здатність контролювати власні емоції та ефективно справлятися зі стресом є критично важливою для підтримки здорових родинних стосунків. Уміння залишатися спокійним у складних ситуаціях допомагає уникати ескалації конфліктів та сприяє раціональному вирішенню проблем.

Один із важливих аспектів здорових родинних стосунків — це здатність підтримувати незалежність і самостійність кожного члена родини. Надмірний контроль або нав'язування власної волі можуть призводити до напруження, конфліктів і навіть емоційної дистанції. Натомість надання можливостей для самостійного прийняття рішень і виконання обов'язків сприяє зростанню почуття відповідальності та впевненості у власних силах.

Перераховані компоненти є взаємозалежними та взаємопідсилюючими. Наприклад, ефективна комунікація сприяє розвитку емпатії, тоді як навички стрес-менеджменту створюють емоційний ресурс для підтримки інших членів родини. Водночас підтримка автономії формує здорову атмосферу, у якій кожен член родини може проявляти ініціативу, залишаючись частиною єдиного цілого.

Розвиток цих навичок сприяє гармонізації взаємин у родині, знижує ризик виникнення конфліктів і емоційного вигорання. Впровадження таких підходів на практиці може суттєво підвищити якість життя всієї родини.

Порівняльний аналіз ефективності підходів. Порівняння різних підходів до навчання навичкам підтримки в родинному середовищі дозволяє обрати найбільш ефективні методи залежно від специфічних потреб родини, рівня конфліктності, доступних ресурсів і поставлених цілей. Розглянемо три основні стратегії: індивідуальну роботу, родинну терапію та групові тренінги (див. табл. 3.2.2).

Таблиця 3.2.2.

Порівняння стратегій навчання навичкам підтримки

Підхід	Переваги	Недоліки
Індивідуальна робота	Можливість адаптації до конкретних потреб.	Не завжди сприяє взаємодії між усіма членами родини.
Родинна терапія	Сприяє покращенню взаєморозуміння в усій родині.	Вимагає значних часових ресурсів і залучення професіонала.
Групові тренінги	Забезпечує обмін досвідом, навчання через спостереження.	Може не враховувати індивідуальних потреб.

Індивідуальний підхід передбачає персональну взаємодію психолога чи тренера з одним членом родини, що дозволяє зосередитися на його специфічних потребах та викликах.

Переваги індивідуальної роботи:

- Адаптація до індивідуальних потреб. Психолог чи тренер може зосередитися на конкретних проблемах клієнта, враховуючи його темперамент, досвід та психологічні особливості.
- Конфіденційність. Відсутність сторонніх учасників сприяє відкритості та глибшому опрацюванню особистих питань.
- Гнучкість. Індивідуальні заняття можуть бути організовані у зручний для учасника час.

Недоліки:

- Обмежений вплив на родинну динаміку. Оскільки фокус робиться на одній людині, інші члени родини залишаються поза процесом, що може знижувати ефективність змін на рівні всієї системи.

- Висока залежність від особистої мотивації. Результативність значною мірою залежить від готовності клієнта працювати над собою.

Родинна терапія є системним підходом, який орієнтований на взаємодію всіх членів родини з метою покращення комунікації, зниження конфліктів і підвищення рівня взаєморозуміння.

Переваги родинної терапії:

- Системний вплив. Терапія сприяє формуванню позитивних змін у всій родині, оскільки враховуються взаємозв'язки між її членами.

- Покращення взаєморозуміння. Спільне обговорення проблем допомагає краще зрозуміти емоційні потреби та переживання один одного.

- Розвиток навичок колективного вирішення проблем. Родина вчиться знаходити компромісні рішення та спільно долати виклики.

Недоліки:

- Високі часові витрати. Родинна терапія вимагає тривалих сесій, що може бути складним для сімей із щільним графіком.

- Необхідність залучення професіонала. Успішність терапії значною мірою залежить від компетенції психолога.

- Можливий опір окремих членів родини. Деякі учасники можуть уникати відкритого обговорення проблем або не бажати брати участь у терапії.

Групові тренінги — це формат, у якому учасники взаємодіють у групі, обмінюються досвідом та спільно освоюють навички підтримки.

Переваги групових тренінгів:

- Обмін досвідом. Учасники мають змогу ділитися власними історіями, отримуючи підтримку та натхнення від інших.

- Навчання через спостереження. Спостерігаючи за взаємодією інших, учасники засвоюють нові моделі поведінки.

- Економічна ефективність. Участь у групових тренінгах зазвичай менш витратна, ніж індивідуальні заняття або родинна терапія.

Недоліки:

- Відсутність індивідуального підходу. Групова робота не завжди дозволяє врахувати специфічні потреби кожного учасника.

- Ризик дискомфорту. Деякі учасники можуть почуватися незручно у великій групі, що знижує їхню відкритість.

- Обмежений контроль. У великій групі важче забезпечити однаковий рівень залучення кожного учасника.

Робота з членами родини щодо навчання навичкам підтримки та подолання емоційного вигорання є ключовою складовою для зміцнення родинних зв'язків і покращення якості життя. Комплексний підхід, що включає індивідуальну та групову роботу, може суттєво зменшити рівень стресу та сприяти гармонізації стосунків у родині. Подальші дослідження мають зосередитися на оцінці довгострокового впливу таких програм на добробут родин.

3.3 Роль благодійних організацій та волонтерських програм

У сучасному світі благодійні організації та волонтерські програми відіграють важливу роль у вирішенні соціальних, економічних та екологічних проблем. В умовах глобалізації та зростаючої нерівності між різними верствами населення такі інституції стають важливим інструментом для підтримки соціальної стабільності, підвищення якості життя, надання допомоги у кризових ситуаціях та реалізації довгострокових ініціатив сталого розвитку. Важливими прикладами програм та організацій є українські благодійні фонди «Таблеточки», «Країна життя», «Дар життя», «Свої», група підтримки онкопацієнтів «Inspiration Family»; міжнародні проекти - програми підтримки від фондів, таких як «LIVESTRONG» або «American Cancer Society»; платформи взаємодопомоги-волонтерські ініціативи, де люди діляться своїми ресурсами, часом або знаннями.

Функції благодійних організацій та волонтерських програм.

1. Соціальна функція - благодійні організації забезпечують доступ до життєво необхідних ресурсів, таких як їжа, житло, освіта та медична допомога. Вони також сприяють реабілітації осіб, які постраждали від конфліктів, насильства чи інших негативних обставин.

Волонтерські програми виконують соціальну функцію через підвищення якості життя уразливих груп, створення умов для інтеграції та соціалізації.

2. Економічна функція - благодійні організації залучають значні фінансові та нематеріальні ресурси для реалізації своїх проєктів. Вони виступають як роботодавці, створюючи робочі місця для фахівців різних напрямків. Зокрема, міжнародні благодійні фонди, такі як UNICEF чи Червоний Хрест, мають тисячі працівників і волонтерів.

3. Культурна та освітня функція - благодійні організації підтримують проєкти, пов'язані з освітою, наукою, культурою та мистецтвом. Наприклад, фінансування стипендій для талановитих студентів чи організація культурних фестивалів сприяють збереженню національної ідентичності та духовному розвитку суспільства.

Роль благодійних організацій та волонтерських програм у підтримці онкохворих:

➤ **Матеріальна підтримка** - благодійні організації надають фінансову допомогу для покриття витрат на лікування, придбання медикаментів, діагностику та реабілітацію; організація зборів коштів через марафони, аукціони, соціальні мережі тощо.

➤ **Психологічна підтримка** - важливим аспектом є забезпечення пацієнтів і їхніх родин психологічною допомогою; спеціальні програми працюють над подоланням страху, тривоги та депресії, які супроводжують процес лікування; волонтери та психологи проводять групові або

індивідуальні консультації, арт-терапії, підтримують в онкологічних центрах або віддалено.

➤ **Інформаційна підтримка** - освітні програми допомагають пацієнтам і їхнім сім'ям зрозуміти діагноз, можливі методи лікування та шляхи реабілітації; надання інформації про права онкохворих, доступні програми державної підтримки та міжнародні гранти.

➤ **Супровід під час лікування** – волонтери часто супроводжують пацієнтів у медичні заклади, допомагають в організації консультацій зі спеціалістами; створюються спільноти для онкохворих, які забезпечують емоційну підтримку завдяки взаємодії з іншими людьми, що проходять подібний досвід.

➤ **Організація «шкіл виживання» для онкохворих** - програми реабілітації після лікування допомагають пацієнтам адаптуватися до нового життя, повернутися до роботи або здобути нові навички.

Проблеми та виклики в діяльності благодійних організацій та волонтерських програм. Незважаючи на значний позитивний вплив, який благодійні організації та волонтерські програми мають на суспільство, їхня діяльність стикається з численними проблемами та викликами. Ці перешкоди обмежують ефективність роботи таких організацій, впливаючи на їхню здатність задовольняти потреби громад та досягати поставлених цілей. Основні проблеми можна поділити на фінансові, організаційні та психологічні.

1. Недостатність фінансування. Однією з найбільш поширених проблем, з якою стикаються благодійні організації, є хронічна нестача коштів. Діяльність у цій сфері залежить переважно від донорських внесків, грантів, приватних пожертв чи корпоративної підтримки. Проте фінансові ресурси не завжди надходять у необхідному обсязі, особливо під час економічних криз, коли донори самі зазнають фінансових труднощів.

Відсутність стабільного фінансування має суттєвий вплив на здатність організацій реалізовувати свої проєкти. Наприклад, багато освітніх та

медичних ініціатив змушені скорочувати масштаби через брак ресурсів, що обмежує їхній вплив на цільові аудиторії. Крім того, організації часто стикаються з проблемою непередбачуваності фінансування, оскільки більшість пожертв надходить нерегулярно.

Ще однією проблемою є конкуренція за ресурси між різними благодійними організаціями. У той час як великі організації мають більше можливостей для залучення коштів завдяки своїй репутації та маркетинговим стратегіям, малі ініціативи часто залишаються недофінансованими. Це призводить до нерівномірного розподілу ресурсів, коли окремі сектори отримують більше уваги, а інші, не менш важливі, залишаються поза увагою.

Для вирішення проблеми недостатності фінансування важливо розробляти довгострокові стратегії залучення ресурсів, зокрема через пошук нових джерел фінансування, таких як краудфандинг, партнерства з бізнесом та впровадження соціального підприємництва.

2. Проблеми прозорості. Однією з ключових умов успішної діяльності благодійних організацій є довіра з боку громадськості. Однак відсутність чітких механізмів контролю над розподілом коштів та ресурсів нерідко стає причиною зниження цієї довіри.

Непрозорість фінансової звітності може викликати сумніви у доцільності використання пожертв. Наприклад, якщо громадськість не має доступу до інформації про те, як саме витрачаються зібрані кошти, виникають підозри щодо можливих зловживань. У деяких випадках організації стикаються зі скандалами, пов'язаними з корупцією чи неефективним використанням ресурсів, що значно ускладнює їхню подальшу діяльність.

Рішенням цієї проблеми може стати впровадження єдиних стандартів звітності та створення незалежних органів контролю, які б забезпечували об'єктивну оцінку діяльності благодійних організацій. Крім того, активна комунікація з громадськістю, публікація звітів та історій успіху можуть допомогти підвищити довіру до таких ініціатив.

3. Високий рівень професійного вигорання. Робота у сфері благодійності та волонтерства є емоційно насиченою та часто вимагає великих зусиль у складних умовах. Волонтери та працівники благодійних організацій стикаються з постійними викликами, такими як нестача ресурсів, необхідність вирішення нагальних кризових ситуацій та спілкування з постраждалими, які перебувають у складних життєвих обставинах.

Ця діяльність вимагає високого рівня емпатії та емоційної стійкості, що призводить до значного психологічного навантаження. Часте переживання негативних емоцій, викликаних стресом або невизначеністю, сприяє виникненню синдрому професійного вигорання.

Професійне вигорання впливає не лише на самих працівників, але й на ефективність діяльності організацій. Люди, які стикаються з вигоранням, часто знижують свою продуктивність, втрачають мотивацію або зовсім залишають сферу благодійності, що створює додаткові труднощі для організацій у формуванні команд.

Для вирішення цієї проблеми важливо запроваджувати програми підтримки ментального здоров'я для волонтерів та співробітників, забезпечувати доступ до психологічної допомоги, а також створювати умови для регулярного відпочинку та відновлення.

Одним із ключових напрямів перспективного розвитку благодійності є зміцнення партнерств між благодійними організаціями, державними інституціями та приватним сектором. Така співпраця дозволяє значно розширити масштаби проєктів, забезпечити ефективніше використання ресурсів і досягти синергії в роботі різних структур.

Державні інституції відіграють важливу роль у створенні правової бази, що сприяє розвитку благодійності. Наприклад, запровадження податкових пільг для бізнесів, які підтримують благодійні ініціативи, може стати важливим стимулом для залучення корпоративного сектора до соціально орієнтованих проєктів.

Формування культури благодійності в суспільстві є довгостроковою метою, яка потребує активної просвітницької діяльності. Для цього важливо проводити освітні кампанії, спрямовані на підвищення обізнаності про значення благодійності та її вплив на громади.

Окрім того, популяризація благодійності через медіа та соціальні мережі є важливим інструментом для привернення уваги до актуальних проблем. Інформаційні кампанії, що висвітлюють успішні приклади вирішення соціальних проблем завдяки благодійності, сприяють формуванню позитивного ставлення до таких ініціатив.

Також необхідно акцентувати увагу на економічних і соціальних вигодах від благодійності. Наприклад, підвищення якості освіти через благодійні програми може сприяти довгостроковому економічному зростанню, а підтримка медичних ініціатив допомагає зменшити тягар захворювань у суспільстві.

Благодійні організації та волонтери є незамінною частиною системи підтримки онкохворих. Вони не лише допомагають з матеріальними потребами, але й надають емоційну та інформаційну підтримку, що значно покращує якість життя пацієнтів. Їхня діяльність часто стає містком між лікарями та пацієнтами, сприяючи створенню дружньої та турботливої спільноти.

Благодійні організації та волонтерські програми часто відіграють ключову роль у вирішенні соціальних проблем, підтримують під час криз, сприяють розвитку освіти, культури та громадянської активності. Хоча їхня діяльність стикається з викликами, такими як недостатнє фінансування чи професійне вигорання, сучасні технології та розвиток партнерств відкривають нові можливості для зростання. Підтримка благодійності та волонтерства на інституційному рівні є важливою умовою для побудови справедливого, стабільного та процвітаючого суспільства.

Висновки до розділу 3

Психологічна підтримка онкохворих та членів їхніх родин базується на сучасних підходах до психотерапії та соціальної підтримки, які враховують не лише психологічний стан пацієнтів, але й складнощі, з якими стикаються їхні близькі. Висновки з проведеного аналізу можна підсумувати наступним чином:

1. Комплексна психологічна підтримка онкохворих як ключовий елемент терапії. Групова терапія, індивідуальні консультації та арт-терапія зарекомендували себе як ефективні інструменти для полегшення емоційного стану онкохворих.

2. Психологічна робота з членами родин онкохворих. Навчання навичкам підтримки, зменшення емоційного вигорання та адаптація до нових обставин є важливими компонентами програми. Можна підсумувати, що:

- Рідні пацієнтів часто стикаються з високим рівнем стресу через роль «опікуна», що може призводити до емоційного виснаження та конфліктів. Навчальні семінари та тренінги щодо управління стресом, ефективної комунікації та збереження власного психічного здоров'я показали позитивний вплив на здатність членів родини підтримувати пацієнта без шкоди для себе.

- Розробка стратегій профілактики емоційного вигорання є ключовою умовою для покращення загальної атмосфери в сім'ї та сприяє довготривалому збереженню психологічного ресурсу членів родин.

3. Роль благодійних організацій та волонтерських програм. Аналіз діяльності благодійних та волонтерських організацій підкреслив їхню важливість у забезпеченні доступу до психологічної підтримки та додаткових ресурсів. Благодійні організації виконують важливу функцію в інформуванні пацієнтів та їхніх родин про доступні програми підтримки. Вони також забезпечують фінансову допомогу для тих, хто не може самостійно оплачувати психологічні послуги, а також створюють платформу для надання практичної допомоги (транспорт, догляд, психологічна підтримка).

4. Ефективність інтегративного підходу. Застосування комплексного підходу, який поєднує психологічну підтримку пацієнтів та роботу з їхніми сім'ями, значно підвищує якість життя всіх учасників процесу. Інтеграція індивідуальних та групових форматів терапії з освітніми програмами для членів родин створює синергетичний ефект, сприяючи гармонізації взаємин у родині та зменшенню стресового навантаження.

5. Рекомендації для подальшої реалізації програми. На основі отриманих даних запропоновано кілька напрямів для вдосконалення:

- Розширення доступу до програм підтримки через онлайн-платформи, що дозволить залучити пацієнтів з віддалених регіонів.

- Забезпечення більшої кількості освітніх матеріалів для членів родин у зручних форматах (відеолекції, друковані посібники, інтерактивні семінари).

- Активізація співпраці з державними структурами для фінансування та підтримки благодійних програм.

Таким чином, психологічна підтримка онкохворих та їхніх родин демонструє значний потенціал для покращення емоційного стану пацієнтів, зменшення стресу у їхніх близьких та покращення якості життя в цілому. Використання інтегративного підходу дозволяє адресувати як індивідуальні, так і сімейні потреби, забезпечуючи гармонійний та результативний процес реабілітації.

ВИСНОВОК

Онкологічні захворювання є однією з найбільш серйозних медичних і соціальних проблем сучасності. Вони не лише впливають на фізичний стан пацієнтів, але й викликають глибокі психологічні зміни, що охоплюють усі аспекти життя хворого. Разом із пацієнтами значний психоемоційний тягар несуть і їхні родини, які часто стають основною підтримкою в складних життєвих обставинах. У таких умовах психологічна допомога набуває вирішального значення для забезпечення якості життя онкохворих та їхніх близьких.

Актуальність обраної теми зумовлена необхідністю розробки ефективних підходів до надання психологічної допомоги онкохворим і їхнім родинам, які перебувають під значним емоційним і фізичним стресом. Психологічна підтримка сприяє зменшенню рівня тривожності, депресії, емоційного вигорання, покращує адаптацію до змін, пов'язаних із хворобою, і забезпечує більш гармонійні відносини в сім'ї. Однак в Україні ця сфера все ще залишається недостатньо дослідженою, а методики психологічного супроводу потребують удосконалення та адаптації до специфіки роботи з онкохворими.

Аналіз наукової літератури показав, що психологічна допомога є невід'ємною складовою комплексного лікування онкопацієнтів. Особливості цього процесу визначаються багатьма факторами: стадією захворювання, психоемоційним станом пацієнта, рівнем підтримки з боку родини та соціального оточення. У наукових працях зазначається, що 30–40% онкопацієнтів страждають від серйозних психоемоційних розладів, таких як депресія, тривога, страх смерті та соціальна ізоляція.

У першому розділі роботи було розкрито теоретичні аспекти теми, зокрема описано психологічні особливості онкохворих на різних етапах прийняття діагнозу та вплив захворювання на сім'ю. Особливу увагу приділено системним підходам до підтримки родин, використанню сімейної

терапії та когнітивно-поведінкових технік. Ці теоретичні знання стали основою для подальшого емпіричного дослідження.

У другому розділі за допомогою емпіричних методів було досліджено психоемоційний стан онкохворих та членів їхніх родин. Аналіз отриманих даних виявив найбільш критичні проблеми, з якими стикаються пацієнти та їхні близькі, а також підтвердив потребу в розробці спеціалізованих програм психологічної допомоги. Згідно з метою дослідження було теоретично обґрунтовано та емпірично досліджено психоемоційний стан онкохворих та їхніх родин, а також розробити програму комплексної психологічної підтримки для цієї категорії. Для досягнення мети було використано комплекс теоретичних і емпіричних методів, включаючи аналіз літератури, спостереження, інтерв'ю, а також психодіагностичні методики (тест життєстійкості С. Мадді, шкала депресії А.Т. Бека, шкала тривожності Ч.Д. Спілберга – Ю.Л. Ханіна, індекс життєвого стилю Р. Плутчіка).

У третьому розділі запропоновано рекомендації з психологічної підтримки, яка включає групову терапію, індивідуальні консультації, арт-терапію для онкохворих та навчання членів родин навичкам підтримки. Також розглянуто роль благодійних організацій та волонтерських програм у забезпеченні додаткових ресурсів для підтримки.

На основі отриманих даних було розроблено комплекс рекомендацій з надання психологічної допомоги, що включає:

- стратегії індивідуальної психологічної підтримки: адаптація психотерапевтичних методик (когнітивно-поведінкової терапії, арт-терапії) до специфіки онкологічних захворювань;
- програми для членів родин: групи підтримки, тренінги зі зниження стресу, навчання технікам емоційної регуляції.

Отримані результати підтвердили важливість комплексного підходу у психологічній допомозі онкохворим і їхнім родинам, дозволивши розробити практичні рекомендації з підтримки, представлену в роботі.

Таким чином, результати дослідження підтвердили гіпотезу про те, що ефективна психологічна допомога, яка враховує індивідуальні потреби та специфіку онкологічних захворювань, сприяє зниженню рівня тривожності, покращенню адаптації та якості життя онкопацієнтів і їхніх родин. Впровадження запропонованих рекомендацій у практику дозволить суттєво підвищити ефективність психологічної допомоги в онкології.

Дослідження підтвердило важливість інтеграції психологічної допомоги в комплексний підхід до лікування онкологічних захворювань. Впровадження розроблених рекомендацій дозволить не лише покращити якість життя пацієнтів, але й забезпечити психологічне здоров'я членів їхніх родин, що, у свою чергу, сприятиме підвищенню ефективності лікування та зниженню соціально-економічних витрат.

Зазначені результати можуть стати основою для подальших досліджень у сфері психологічної підтримки пацієнтів із хронічними онкологічними захворюваннями.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бережна І.В., Ткаченко В.В. Психологічна допомога онкологічним хворим: український контекст : Психологія і суспільство. 2015. № 1. С. 85-95.
2. Березянська В.В. Психологічні особливості онкологічних хворих у ремісії. Транзакційний підхід. Науковий вісник Херсонського державного університету. Випуск 5. Т. 2. 2017. С. 181-187.
3. Будкіна Н. В., Волинець О. В. Особливості психоемоційних станів онкологічних хворих. Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету "Україна". 2017. № 14. С. 184–188.
4. Беспалова К.О. Мотиваційні аспекти волонтерства: досвід західних країн. Вісник НТУУ «КПІ». Політологія. Соціологія. Право : збірник наукових праць. 2012. № 3 (15). С. 67–71.
5. Бюлетень Національного канцер-реєстру України «Рак в Україні, 2020–2021». – 2022. – № 23. – С. 4–18.
6. Вінс В.А. Переживання кризових станів у перехідні періоди як проблема наукового пізнання. В.А. Вінс. Гуманітарний вісник Переяслав-Хмельницького державного педагогічного інституту імені Григорія Сковороди: Науково-теоретичний збірник. Вип. 1. Переяслав-Хмельницький. 2000. С. 153–259.
7. Вплив супровідної терапії на психоемоційний стан хворих на рак молочної залози. Журн. АМН України. – 2008. – Т. 14. – № 2. – С. 390-398.
8. Горелов Д.М. Волонтерський рух: світовий досвід та українські громадянські практики : аналіт. доп. Д.М. Горелов, О.А. Корнієвський. К. : НІСД. 2015. 36 с.
9. Грицюк Н. Особливості розвитку емпатії у лікарів-дерматовенерологів. Студентський науковий вісник. 2014. № 35. С. 85-87.
10. Децик О. З., Золотарьова Ж. М. Аналіз частоти та детермінант синдрому «емоційного вигорання» медичних працівників онкодиспансерів. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції «Соціальна

політика щодо невиліковних хворих» (15-16 березня 2012 р.). К. : Університет «Україна», 2012. С. 167-169.

11. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2022 році : Постанова Кабінету Міністрів України від 29 грудня 2021 р. № 1440 (редакція від 01.07.2022 р.). – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1440-2021-%D0%BF#Text>

12. Драпушко Р., Ілюк О. Формування філософії волонтерського руху як теоретичної основи особливого розуміння свободи. Мультиверсум. Філософський альманах. 2023. № 1 (1). С. 40–56. URL: <https://doi.org/10.35423/2078-8142.2023.1.1.3> (дата звернення: 28.11.2024).

13. Дузь О. Етапи становлення механізмів державного регулювання трансформації медичної допомоги хворим зі злоякісними новоутвореннями в Україні. Публічне урядування, 2020, 24 (4), С. 110—124.

14. Заболотних Н.І., Петленко В.П., Шматко В.І. Сучасні аспекти психологічної реабілітації онкологічних хворих : Український медичний часопис. 2015. № 1 (107). С. 46-49.

15. Зварич І., Чаплак Я. Хаотизація кіберпростору як засіб абсурдизації та прояв суспільної кризи. Психологічна допомога особистості в складних обставинах життєдіяльності: тези доповідей всеукраїнського науково-практичного семінару / ред. кол.: Т. М. Титаренко та ін. Чернівці: ЧНУ ім. Ю. Федьковича, 2018. С. 36–40.

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

17. Зливков В., Лукомська С., Котух О., Копилов С., Краєва О. Психологічна підтримка онкопацієнтів під час війни: метод. рекомендації. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2022. 195 с.

18. Зуб В. О. Аналіз онкоепідеміологічної ситуації впродовж останні 10 років : Львівський мед. часопис. 2021. Т. 27. № 3–4. С. 126–142. URL: <https://doi.org/10.25040/am12021.3-4.126> (дата звернення: 13.11.2024).

19. Зубцов Д. Депресія: визначення та симптоматика. Науковий вісник МНУ імені В. О. Сухомлинського. Психологічні науки. 2016. № 1 (16). С. 77–81.
20. Іванчук К.П., Лях Т.Л. Проблеми підготовки волонтерів неурядових організацій до роботи з онкохворими дітьми. Наукові здобутки студентів Інститут людини. № 1(3), 2015. URL: <http://studscientist.kubg.edu.ua/index.php/journal/article/view/18>.
21. Калька Н., Ковальчук З. Практикум з арт-терапії. Музикотерапія. Навчально-методичний посібник. С. 63. URL: <https://dspace.lvduvs.edu.ua/bitstream/1234567890/3301/1/%D0%90%D1%80%D1%82%D0%A2%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BF%D1%96%D1%8F-19-10-20.pdf>
22. Ключов О.М. Сучасні підходи до організації надання онкологічної допомоги. Онкологія. 2017. 19 (4), 275-281
23. Колісник О.П. Траєкторії духовного саморозвитку особистості. Наука практиці. 2013. №1(8). С 29–37.
24. Конструктор тестів. Опитування: ТЕСТ життєстійкості С. Мадді. URL: <https://vseosvita.ua/test/test-zhyttiostiikosti-s-maddi-4236618.html> (дата звернення: 26.11.2024).
25. Костюк Г.П., Чопенко В.В. Психологічна реабілітація онкологічних хворих: проблеми та перспективи : Наукові праці. Серія: Психологія. 2014. Вип. 4. С. 182-186.
26. Кривоніс Т.Г. Гендерні аспекти сприйняття психосоціальної підтримки у пацієнтів на різних етапах перебігу онкологічного захворювання. Вінницький національний медичний університет імені І.М. Пирогова. Експериментальна і клінічна медицина. 2019. С. 41-45.
27. Кужель І. Р. Медико-психологічна допомога особам, які здійснюють догляд за інкурабельними онкологічними хворими в умовах паліативної медицини : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : 19.00.04 / І. Р. Кужель. – Харків, 2011. – 26 с.

28. Лазоренко Б.П. Методологічні засади соціально-психологічного дослідження самоздійснення проблемної молоді. Теорет.-методол. проблеми розвитку особистості в системі неперервної освіти: Матеріали методол. семінару АПН України 16 грудня 2004 р. За ред. С.Д. Максименка. К. 2005. С. 388–393.

29. Лисник К. А., Мілютіна К. Л. Сучасні підходи до надання психологічної допомоги онкохворим. VI міжнародна науково-практична конференція “Science and education: problems, prospects and innovations”, Кіото, Японія, 2021 р. / CPN Publishing Group, 2021. С. 419-422. <https://sci-conf.com.ua/vi-mezhdunarodnaya-nauchnoprakticheskaya-konferentsiya-science-and-education-problems-prospects-and-innovations3-5-marta-2021-goda-kioto-yaponiya-arhiv/>

30. Лукомська С.О. Ресурсний підхід до подолання особистістю кризових ситуацій. Науковий вісник ХДУ Серія «Психологічні науки».2020.URL:<https://pj.journal.kspu.edu/index.php/pj/article/view/1044/995>

31. Максименко С.Д. Прогнозування психічного розвитку особистості у генетичній психології. Актуальні проблеми психології. 2015. Вип. 38. С. 13–23.

32. Максименко С. Д., Пасічник І. Д. До питання методології когнітивної психології. Наукові записки Національного університету “Острозька академія”. Психологія й педагогіка. 2013. Вип. 24. С.3-6.

33. Маркова М. В. Проблеми повідомлення діагнозу і спілкування з онкохворою дитиною та її батьками. Медична психологія. 2013. Т. 8, № 1 (29). С. 7-13.

34. Маркова М. В. Стан та перспективи розвитку сучасної психоонкології. Український вісник психоневрології. 2012. Т. 20, вип. 4 (73). С. 86-91.

35. Мулик К. В., Скалій О., Рубан Л. А. Формування культури профілактики захворюваності на рак молочної залози шляхом

самоспостереження та самодослідження : Міжнар.наук. журн. «Інтернаука». 2021. № 13. URL: <https://doi.org/10.25313/2520-2057-2021-13-7540>

36. Мухаровська І. Р. Клініко-психологічна характеристика психоемоційних порушень та система медико-психологічної корекції і підтримки в онкологічній практиці (феноменологія, механізми психопатогенезу та адаптаційна модель психоонкологічної допомоги) : дис. ... доктора мед. наук : 19.00.04. – Харків, 2017. – 343 с

37. Мухаровська І. Особливості психоемоційного стану онкологічних хворих на діагностичному етапі. Медична психологія. 2016. Вип. 3. С. 44–47.

38. Мухаровська І. Р. Особливості психологічного стану членів сім'ї онкологічного хворого на різних етапах лікувального процесу. ScienceRise. Medicalscience. – 2016. – № 12 (8). – С. 21–26.

39. Олійник О. П. Сучасні дослідження у психоонкології. Журнал психіатрії та медичної психології. 2019. №1 (21). С. 50-55

40. Онкомедіка. Психологічна підтримка. Психологічні проблеми у онкохворих та професійна підтримка онкопацієнта. URL: <https://oncomedica.ua/psychological-support>

41. Отрощенко Н. П. Особливості нециркулярних депресій у онкологічних хворих. Психічне здоров'я. – 2015. – № 1 (46). – С. 20–24.

42. Отрощенко Н. Проблеми депресії та аутоагресивних проявів в онкохворих. Оригінальні дослідження. 2019. Вип. 4. С. 23–27.

43. Паліативна допомога: акцент на знеболюванні. URL: <https://health-ua.com/onkologiya-i-gematologiya/dopomizna-terapiia/69058-palativna-dopomoga-aktcent-naznebolyuvann>

44. Панькова О.В., Касперович О.Ю., Іщенко О.В. Розвиток волонтерської діяльності в Україні як прояв активізації соціальних ресурсів громадянського суспільства: специфіка, проблеми та перспективи. Науковий журнал «Українське суспільство». Укр. соціум. 2016. № 2(57). С. 25–40. URL: <https://doi.org/10.15407/socium2016.02.025>.

45. Пашукова Т.І., Допіра А.І., Дьяконов Г.В. Практикум із загальної психології / За ред. Т.І. Пашукової. К.: Знання, КОО, 2020. 204 с
46. Петелін Д. С. Феномен відкладання в онкології. Психічні розлади у спільній медицині. - 2015. - № 2-3. – С. 40–53.
47. Слабкий Г. О. Скринінгові дослідження в практиці сімейного лікаря: обстеження на схильність до самогубства та депресії: метод. реком. за ред. Г. О. Слабкого. К. 2011. 32 с.
48. Тавровецька Н.І., Чиж А.С. Методологічні особливості дослідження онкохворих. Інноваційні технології розвитку психологічних ресурсів особистості: колективна монографія / відпов. ред. Н.І. Тавровецька. Херсон : Вид-во ФОП Вишемирський В.С., 2019. С. 40-58.
49. Тухтарова К. Р. Вікові особливості внутрішньої картини хвороби як психологічний показник якості життя у онкохворих дітей. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції «Соціальна політика щодо невиліковних хворих» (15-16 березня 2012 р.). К. : Університет «Україна», 2012. С. 150-156.
50. Федоренко З. П., Гулак Л. О., Михайлович Ю. Й. Рак в Україні, 2019–2020. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. Бюл. Нац. канцер-реєстру України. 2021. № 22. URL: http://ncru.inf.ua/publications/BULL_22/PDF/BULL_22.pdf (дата звернення: 28.11.2024).
51. Age and gender are significant independent predictors of survival in primary cutaneous melanoma. K. Lasithiotakis, U. Leiter, F. Meier. Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society. – 2008. – Vol. 112 (8). – P. 1795–1804.
52. Ann-Yi, Sujin, and Eduardo Bruera. "Psychological aspects of care in cancer patients in the last weeks/days of life." Cancer Research and Treatment: Official Journal of Korean Cancer Association. 2022. – P. 651.
53. Armes J., Crowe M., Colbourne L., Morgan H., Murrells T., Oakley C. et al. Patients'supportive care needs beyond the end of cancer treatment: A

prospective, longitudinal survey. *Journal of Clinical Oncology*. 2009. Vol. 27, No. 36. P. 6172-6179

54. Beck A. T. et al. An Inventory for Measuring Depression. *Archives of general psychiatry*. 1961. T. 4. №. 6. С. 561-571.

55. Carlson L.E., Waller A., Mitchell A.J. Screening for distress and unmet needs in patients with cancer: Review and recommendations. *Journal of Clinical Oncology*. 2012. Vol. 30, No. 11. P. 1160-1177.

56. Cognitive behavioural therapy. Зміни свої думки - зміниш свою долю! Шкала депресії Бека. URL: <https://cbt-therapist.net/BDI> (дата звернення: 13.11.2024).

57. Desai P. Stress spectrum disorders in oncology / P. Desai, A. Ronson // *Current Opinion in Oncology*. 2018. Vol. 20. Issue 4. P. 378-385.

58. Faller H., Schuler M., Richard M., Heckl U., Weis J., Kuffner R. Effects of psychooncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Oncology*. 2013. Vol. 31, No. 6. P. 782-793.

59. Features of psychological condition of cancer patient's relatives in different stages of treatment process | ScienceRise: Medical Science. URL: https://journals.uran.ua/sr_med/article/view/86538 (date of access: 07.11.2024).

60. Grassi L., Johansen C., Annunziata M.A., Capovilla E., Costantini A., Gritti P. et al. Screening for distress in cancer patients: A multicenter, nationwide study in Italy. *Cancer*. 2013. Vol. 119, No. 9. P. 1714-1721.

61. Holland J.C., Andersen B., Breitbart W.S. et al. Distress management. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 2010. Vol. 8, No. 4. P. 448-485.

62. Kieman G. Psychosocial issues and care in pediatric oncology: medical and nursing professionals' perceptions / G. Kieman, E. Meyler, S. Guerin // *Cancer Nurs*. 2010. Vol. 33. Issue 5. P. 1012-1020.

63. Li H. C. The impact of cancer on children's physical, emotional, and psychosocial well-being / H. C. Li, O. K. Chung, S. Y. Chiu // *Cancer Nurs.* 2010. Vol. 33. Issue 1. P. 47-54.
64. Lukhmana, S. Family caregivers' burden: A hospital based study in 2010 among cancer patients from Delhi. *Indian Journal of Cancer.* – 2015. – Vol. 52, Issue 1. – P. 146–151.
65. Lysnyk K., Zelenin V. Virtual reality for the rehabilitation of patients with anxiety disorders after stressful events. *Horizons of Innovation: Conference on Multidisciplinary Trends in Science 2024.* P. 329–332/ *Futurity Research Publishing.* URL: <https://futuritypublishing.com/horizons-of-innovation-conference-on-multidisciplinary-trends-in-science2024-2/>
66. Predictors of psychological distress in advanced cancer patients under palliative treatments. D. Diaz-Frutos, E. Baca-Garcia, J. Garcia-Foncillas, J. Lypez-Castroman. *Eur J Cancer Care.* 2016. Vol. 25 (4). P. 608-615.
67. Psychological factors affecting oncology conditions. L. Grassi, B. Biancosino, L. Marmai et al. *Adv Psychosom Med.* 2007. Vol. 2. P. 57-71.
68. *Psycho-Oncology.* Ed. Holland J. C., Breitbart W.S., Jacobsen P. B. Oxford University press, 2020. 712 p.
69. Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. “Palliative care: the World Health Organization's global perspective”, *Journal of Pain and Symptom Management.* Vol. 24 No. 2, August 2002. – P. 91-96.
70. Watson M., Kissane D.W. *Handbook of psychotherapy in cancer care.* Wiley-Blackwell, 2011. 256 p.

ДОДАТКИ

Додаток А

Опитування: ТЕСТ життєстійкості С. Мадді

Американський психолог С. Мадді визначає життєстійкість (hardiness) як систему переконань людини про себе, світ і відносинах з ним. Згідно з його поглядами, людина в своєму житті постійно здійснює вибір між «вибором минулого» (звичного і знайомого) або «вибором майбутнього» (нового, невизначеного і непередбачуваного).

Діагностична мета: оцінка здатності і готовності людини активно і гнучко діяти в ситуації стресу і труднощів, ступінь його уразливості до переживань стресу і депресивності.

Вміст тесту: На кожне питання є 4 варіанта відповідей: «ні», «більше ні, ніж так», «більше так, ніж ні», «так». Вибирайте ту відповідь, яка найкращим чином відображає Вашу думку. Тут немає правильних або неправильних відповідей. Працювати варто в темпі, подовгу не замислюючись над відповідями і не пропускаючи питань. При необхідності можна повернутися назад і виправити те, в чому маєте сумніви, поки не пройдено останнього 12-го питання.

Текст опитувальника

№	Питання	немає	скоріше ні, аніж так	скоріше так, аніж ні	так
1.	Я часто не впевнений в своїх рішеннях.				
2.	Іноді мені здається, що нікому немає до мене діла.				
3.	Часто, навіть добре виспавшись, я насилу змушую себе встати з ліжка.				
4.	Я постійно зайнятий, і мені це подобається.				
5.	Часто я віддаю перевагу «плисти за течією».				

6.	Я міняю свої плани в залежності від обставин.				
7.	Мене дратують події, через які я змушений змінювати свій розпорядок дня.				
8.	Непередбачені труднощі часом сильно стомлюють мене.				
9.	Я завжди контролюю ситуацію настільки, наскільки це необхідно.				
10.	Часом я так втомлююся, що вже ніщо не може зацікавити мене.				
11.	Часом все, що я роблю, здається мені марним.				
12.	Я намагаюся бути в курсі всього, що відбувається навколо мене.				
13.	Краще синиця в руках, ніж журавель у небі.				
14.	Увечері я часто відчуваю себе абсолютно розбитою.				
15.	Я вважаю за краще ставити перед собою важкодоступні цілі і досягати їх.				
16.	Іноді мене лякають думки про майбутнє.				
17.	Я завжди впевнений, що зможу втілити в життя те, що задумав.				
18.	Мені здається, я не живу повним життям, а тільки граю роль.				
19.	Мені здається, якби в минулому у мене було менше розчарувань і негараздів, мені було б зараз легше жити на світі.				
20.	Проблеми, що виникають часто здаються мені нерозв'язними.				
21.	Зазнавши поразки, я буду намагатися взяти реванш.				
22.	Я люблю знайомитися з новими людьми.				

23.	Коли хто-небудь скаржиться, що життя нудне, це означає, що він просто не вміє бачити цікаве.				
24.	Мені завжди є чим зайнятися.				
25.	Я завжди можу вплинути на результат того, що відбувається навколо.				
26.	Я часто шкодую про те, що вже зроблено.				
27.	Якщо проблема вимагає великих зусиль, я вважаю за краще відкласти її до кращих часів.				
28.	Мені важко зближуватися з іншими людьми.				
29.	Як правило, оточуючі слухають мене уважно.				
30.	Якби я міг, я багато чого змінив би в минулому.				
31.	Я досить часто відкладаю на завтра те, що важко здійснити, або те, в чому я не впевнений.				
32.	Мені здається, життя проходить повз мене.				
33.	Мої мрії рідко збуваються.				
34.	Несподіванки дарують мені інтерес до життя.				
35.	Часом мені здається, що всі мої зусилля марні.				
36.	Часом я мрію про спокійне розмірене життя.				
37.	Мені не вистачає завзятості закінчити розпочате.				
38.	Буває, життя здається мені нудною і безбарвною.				
39.	У мене немає можливості впливати на несподівані проблеми.				
40.	Навколишні мене недооцінюють.				
41.	Як правило, я працюю із задоволенням.				

42.	Іноді я відчуваю себе зайвим навіть в колі друзів.				
43.	Буває, на мене навалюється стільки проблем, що просто руки опускаються.				
44.	Друзі поважають мене за завзятість і непохитність.				
45.	Я охоче беруся втілювати нові ідеї.				

Обробка результатів. Для підрахунку результатів відповідей на прямі пункти присвоюються бали від 0 до 3 («ні» - 0 балів, «скоріше ні, ніж так» - 1 бал, «скоріше так, ніж ні» - 2 бали, «так» - 3 бали) , відповідям на зворотні пункти присвоюються бали від 3 до 0 («ні» - 3 бали, «так» - 0 балів). Потім підсумовується загальний бал життєстійкості і показники для кожної з 3 субшкал (залученості, контролю і прийняття ризику).

Прямі та зворотні пункти для кожної шкали представлені нижче:

	Прямі пункти	Зворотні пункти
Залученість	4, 12, 22, 23, 24, 29, 41	2, 3, 10, 11, 14, 28, 32, 37, 38, 40, 42
Контроль	9, 15, 17, 21, 25, 44	1, 5, 6, 8, 16, 20, 27, 31, 35, 39, 43
Прийняття ризику	34, 45	7, 13, 18, 19, 26, 30, 33, 36

**Середні і стандартні відхилення загального показника і шкал
Тесту життєстійкості**

Норми	Життєстійкість	Залученість	Контроль	Прийняття ризику
Середнє	80,72	37,64	29,17	13,91
Стандартне відхилення	18,53	8,08	8,43	4,39

Інтерпретація результатів. Значення за шкалами, що відповідають середнім і вище середнього свідчать про вираженість вимірюваних показників.

Залученість (Commitment) визначається як «переконаність в тому, що залученість в події дає максимальний шанс знайти щось достойне і цікаве для особистості». Людина з розвиненим компонентом залученості отримує задоволення від власної діяльності. На противагу цьому, відсутність подібної переконаності породжує відчуття відторгнутості, відчуття себе «поза» життям.

Контроль (Control) є переконаність в тому, що боротьба дозволяє вплинути на результат того, що відбувається, нехай навіть цей вплив не абсолютно і успіх не гарантований. Протилежність цьому - відчуття власної безпорадності. Людина з сильно розвиненим компонентом контролю відчуває, що сам вибирає власну діяльність, свій шлях.

Прийняття ризику (Challenge) - переконаність людини в тому, що все те, що з ним трапляється, сприяє його розвитку за рахунок знань, які з досвіду, - неважливо, позитивного або негативного. Людина, який розглядає життя як спосіб набуття досвіду, готовий діяти за відсутності надійних гарантій успіху, на свій страх і ризик, вважаючи прагнення до простого комфорту і безпеки збіднює життя особистості. В основі прийняття ризику лежить ідея розвитку через активне засвоєння знань з досвіду і використовувались.

Методика «Шкала депресії А.Т. Бека»

Опис методики.

Методика «Шкала депресії А.Т. Бека» є одним із найбільш визнаних інструментів для оцінки рівня депресивних станів і широко використовується в різних психологічних та клінічних дослідженнях. Вона була розроблена з метою виявлення та кількісного вимірювання депресивних симптомів серед широкого кола респондентів, включаючи як здорових осіб, так і пацієнтів з різними психологічними розладами. Методика є особливо корисною для обстеження онкохворих пацієнтів і членів їхніх родин, які часто стикаються з підвищеним рівнем стресу та емоційного напруження, що може призвести до розвитку депресивних станів.

Структура шкали.

Шкала депресії А.Т. Бека складається з 21 запитання, кожне з яких спрямоване на оцінку конкретного аспекту психоемоційного реагування респондентів на стресові або травматичні події. Питання охоплюють різні елементи депресивної симптоматики, такі як:

- Емоційні симптоми (відчуття суму, апатії, тривоги);
- Когнітивні симптоми (втрата надії, відчуття власної незначущості, знижена самооцінка);
- Соматичні симптоми (порушення сну, зміни в апетиті, втома);
- Мотиваційні аспекти (зниження інтересу до діяльності, труднощі в прийнятті рішень).

Кожне запитання включає чотири варіанти відповідей, які відображають різні рівні вираженості симптому, відсутність симптоматики або мінімальну вираженість до важкої депресії. Наприклад, на питання про настрій варіанти відповідей можуть варіюватися від «я не відчуваю суму» до «я відчуваю безперервний сум і не можу позбутися цього стану». Завдяки чотирибальній шкалі (від 0 до 3 бали) стає можливим розрізняти різні ступені прояву депресивних симптомів.

Текст опитувальника:

1. Притуплення почуттів, печіння та поколювання в тілі.
2. Відчуття жару.
3. Тремтіння в ногах, мимовільні рухи ногами.
4. Неможливість заспокоїтися.
5. Страх, що станеться найгірше.
6. Запаморочення або затуманена свідомість.
7. Прискорене серцебиття.
8. Неврівноваженість.
9. Відчуття паніки.
10. Нервозність.
11. Відчуття задухи.
12. Тремтіння в руках.
13. Слабкість (ватні ноги).
14. Страх втратити самовладання.
15. Утруднене дихання.
16. Страх смерті
17. Переляк
18. Розлад травлення (відчуття дискомфорту в животі).
19. Відчуття неприємності.
20. Почервоніння обличчя (жар).
21. Холодний піт.

Інтерпретація результатів.

Методика дозволяє визначити не лише загальний рівень депресії, але й окремі її компоненти, що має важливе значення для дослідження психоемоційного стану онкохворих і членів їхніх родин. За підсумковим балом визначається загальний рівень депресії, який класифікується за такими категоріями:

1. Відсутність або мінімальна депресія (0–9 балів). Цей рівень свідчить про те, що у респондента або зовсім відсутні ознаки депресії, або вони

виражені мінімально. Людина може відчувати певні легкі прояви пригніченості, які не мають суттєвого впливу на її повсякденне життя.

2. Легка депресія (10–18 балів). Легка депресія характеризується незначними емоційними труднощами, такими як періодичні відчуття смутку, зниженням інтересу до певних видів діяльності або легкими порушеннями сну. У більшості випадків цей рівень депресії може не впливати на функціонування особистості, однак він може посилюватися при тривалому емоційному напруженні, наприклад, внаслідок тривалої хвороби близької людини.

3. Помірна депресія (19–29 балів). Помірний рівень депресії включає більш виражені симптоми, такі як почуття безнадії, втому, постійну пригніченість, що суттєво впливає на соціальне та професійне функціонування. Респонденти з таким рівнем депресії можуть відчувати труднощі в щоденних діях, ухилення від соціальних контактів, проблеми з прийняттям рішень, що потребує більшої уваги з боку фахівців.

4. Важка депресія (30–63 бали). Високий рівень депресії свідчить про наявність серйозних психологічних розладів, які включають постійний сум, відчуття безвихідності, суїцидальні думки та значну втрату інтересу до життя. Люди з важкою депресією можуть страждати на глибокі емоційні розлади, відчувати сильну ізоляцію і тривогу, що робить їх вразливими та потребує негайної психологічної допомоги.

Застосування методики в дослідженні. Застосування шкали депресії А.Т. Бека в цьому дослідженні дозволяє отримати комплексну оцінку депресивних симптомів як серед онкохворих, так і серед членів їхніх родин. Методика допомагає визначити найбільш поширені компоненти депресивного стану, такі як відчуття безнадійності, втрата інтересу до життя, труднощі у прийнятті рішень, знижена самооцінка, які є особливо актуальними для цих категорій респондентів.

Додаток В**Методика визначення рівня тривожності Ч.Д. Спілберга, Ю.Л.****Ханіна (СХ)**

Опитувальник СХ призначений для оцінки реактивної та особистісної тривожності. Особистісна тривожність розглядається авторами як відносно стійка індивідуальна якість особистості, яка характеризує ступінь її занепокоєння, турботи, емоційної напруги внаслідок дії стресових факторів.

Реактивна тривожність - це стан спеціаліста, який характеризує ступінь його занепокоєння, турботи, емоційної напруги та розвивається за конкретною стресовою ситуацією. Якщо особистісна тривожність є стійкою індивідуальною характеристикою, то стан реактивної тривожності може бути достатньо динамічним і за часом, і за ступенем вираженості.

Опитувальник складається з 40 питань-суджень, з котрих 1-20 призначені для оцінки реактивної тривожності (шкала «Як ви себе відчуваєте в даний момент?») та 21-40 - для визначення особистісної тривожності (шкала «Як Ви себе відчуваєте звичайно?»). На кожне запитання можливі 4 відповіді за ступенем інтенсивності (зовсім ні, мабуть так, вірно, цілком вірно) - для шкали реактивної тривожності, та 4 відповіді за частотою (майже ніколи, іноді, часто, майже завжди) - для шкали особистісної тривожності. Одні питання-судження в опитувальнику сформульовані так, що відповідь (1) означає відсутність чи легку ступінь тривожності. Це в шкалі реактивної тривожності так звані прямі запитання: № 3, 4, 6, 77, 9, 12, 13, 14, 17, 19, а в шкалі особистісної тривожності - № 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40. В інших, так званих зворотних запитаннях відповідь (1) означає високий ступінь тривожності, а відповідь (4) - низьку тривожність: № 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 - в шкалі реактивної тривожності; № 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39 - в шкалі особистісної тривожності. Обробка проводиться у такий спосіб. Спочатку окремо складаються результати за зворотними та прямими запитаннями, потім із сум прямих віднімається сума зворотних запитань і до одержаного числа

додається постійне число 50 для шкали реактивної тривожності та 35 - для шкали особистісної тривожності.

Показник результату за кожною шкалою може знаходитись в діапазоні від 20 до 80 балів. Чим він більший, тим вищий рівень тривожності (реактивної або особистісної). Оцінка рівнів реактивної та особистісної тривожності за результатами показників здійснюється в таких межах: до 30 балів - низький рівень тривожності, від 31-45 балів - середній, більше 45 балів - високий рівень тривожності.

Шкала реактивної тривожності

Інструкція: уважно прочитайте наведені твердження й оберіть відповідь залежно від того, як ви себе почуваете в цей момент. Над питаннями довго не замислюйтеся. Перша відповідь, зазвичай, яка приходить у голову, є найбільш правильною, адекватною Вашому стану. Виберіть одну з відповідей: ні, це не так (1 бал); напевно так (2 бали); правильно (3 бали); справді правильно (4 бали).

Текст опитувальника:

1. Я спокійний.
2. Мені нічого не загрожує.
3. Я відчуваю себе напружено.
4. Я відчуваю жаль.
5. Я відчуваю себе вільно.
6. Я розчарований.
7. Мене хвилюють можливі невдачі.
8. Я відчуваю себе відпочилим.
9. Я стурбований.
10. Я відчуваю внутрішнє задоволення.
11. Я впевнений у собі.
12. Я нервую.
13. Я не знаходжу собі місця.
14. Я напружений.

15. Я не відчуваю скованості.
16. Я задоволений.
17. Я заклопотаний.
18. Я занадто збуджений і мені не по собі.
19. Мені радісно.
20. Мені приємно.

Якщо РТ не перевищує 30, то, особа, яку опитували, не відчуває особливої тривоги, тобто у неї в даний момент виявляється низька тривожність. Якщо сума знаходиться в інтервалі 31-45, то це означає помірну тривожність. При 46 і більше – тривожність висока.

Дуже висока тривожність (> 46) прямо корелює з наявністю невротичного конфлікту, з емоційними і невротичними зривами і з психосоматичними захворюваннями. Низька тривожність (< 12), навпаки, характеризує стан як депресивний, ареагивний, з низьким рівнем мотивацій. Але іноді дуже низька тривожність у показниках тесту є результатом активного витіснення особою високої тривоги з метою показати себе в «кращому світлі».

Шкала особистісної тривожності

Інструкція: Уважно прочитайте кожне з наведених тверджень й оберіть відповідь залежно від того, як Ви себе почуваєте зазвичай. Над питаннями довго не замислюйтеся. Виберіть одну з відповідей: ніколи (1 бал); іноді (2 бали); часто (3 бали); майже завжди (4 бали).

Текст опитувальника:

1. Я відчуваю задоволення.
2. Я швидко втомлююся.
3. Я легко можу заплакати.
4. Я б хотіла бути такою щасливою людиною, як інші.
5. Буває, що я програю через те, що недостатньо швидко приймаю рішення.
6. Я відчуваю себе бадьорою людиною.
7. Я спокійна, холоднокровна й зібрана.

8. Очікування труднощів дуже турбує мене.
9. Я занадто переживаю через дрібниці.
10. Я буваю цілком щаслива.
11. Я приймаю все занадто близько до серця.
12. Мені бракує впевненості у собі.
13. Я відчуваю себе в безпеці.
14. Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів.
15. Я відчуваю нудьгу, тугу.
16. Я буваю задоволена.
17. Будь-які дрібниці відволікають і хвилюють мене.
18. Я так сильно переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них забути.
19. Я врівноважена людина.
20. Мене охоплює сильне занепокоєння, коли я думаю про свої справи й турботи.

Результати оцінюються зазвичай, у градаціях: До 30 балів – низька; 31 – 45 балів – середня; 46 балів і більше – висока тривожність. Якщо РТ не перевищує 30, то, особа, яку опитували, не відчуває особливої тривоги, тобто у неї в даний момент виявляється низька тривожність. Якщо сума знаходиться в інтервалі 31-45, то це означає помірну тривожність. При 46 і більше – тривожність висока.

Додаток Г**Методика «Індекс життєвого стилю» Р. Плутчіка, Г. Келлермана,
Х.Р. Конте.**

Опитувальник Плутчіка Келлермана Конте - Методика Індекс життєвого стилю (Life Style Index, LSI) був розроблений Р.Плутчіком в співавторстві з Г.Келлерманом і Х.Р.Контом в 1979 році. Тест використовується для діагностики різних механізмів психологічного захисту.

Інструкція: Уважно прочитайте наведені нижче твердження, що описують почуття, поведінку і реакції людей в певних життєвих ситуаціях, і якщо вони мають до Вас відношення, то відзначте відповіді на запитання «так» або «ні», якщо твердження не має відношення до Вас особисто.

Запитання тесту:

1. Зі мною ладити дуже легко.
2. Я сплю більше, ніж більшість людей, яких я знаю.
3. У моєму житті завжди була людина, на яку мені хотілося бути схожим.
4. Якщо мене лікують, то я намагаюся дізнатися, яка мета кожної дії.
5. Якщо я чогось хочу, то не можу дочекатися моменту, коли моє бажання здійсниться.
6. Я легко червонію.
7. Одна з найбільших моїх чеснот - це вміння володіти собою.
8. Іноді у мене з'являється наполегливе бажання пробити стіну кулаком.
9. Я легко виходжу з себе.
10. Якщо мене в натовпі хтось штовхне, то я готовий його вбити.
11. Я рідко запам'ятовую свої сни.
12. Мене дратують люди, які командують іншими.
13. Я часто буваю не в своїй тарілці.
14. Я вважаю себе виключно справедливою людиною.
15. Чим більше я здобуваю речей, тим стаю щасливішим.
16. У своїх мріях я завжди в центрі уваги оточуючих.
17. Мене засмучує навіть думка про те, що мої домочадці можуть

розгулювати вдома без одягу.

18. Мені кажуть, що я хвалько.

19. Якщо хтось мене відкидає, то у мене може з'явитися думка про самогубство.

20. Майже всі мною захоплюються.

21. Буває так, що я в гніві що-небудь ламаю або б'ю.

22. Мене дуже дратують люди, які брешуть.

23. Я завжди звертаю увагу на кращу сторону життя.

24. Я докладаю багато старань і зусиль, щоб змінити свою зовнішність.

25. Іноді мені хочеться, щоб атомна бомба знищила світ.

26. Я людина, у якої немає забобонів.

27. Мені кажуть, що я буваю занадто імпульсивним.

28. Мене дратують люди, які манірничаять перед іншими.

29. Дуже не люблю недобррозичливих людей.

30. Я завжди намагаюся випадково когось не образити.

31. Я з тих, хто рідко плаче.

32. Мабуть, я багато курю.

33. Мені дуже важко розлучатися з тим, що мені належить.

34. Я погано пам'ятаю особи.

35. Я іноді займаюся онанізмом.

36. Я насилу запам'ятовую нові прізвища.

37. Якщо мені хто-небудь заважає, то я його не ставлю до відома, а скаржуся на нього іншим.

38. Навіть якщо я знаю, що я маю рацію, я готовий слухати думки інших людей.

39. Люди мені ніколи не набридають.

40. Я можу з працею всидіти на місці навіть незначний час.

41. Я мало, що можу згадати зі свого дитинства.

42. Я тривалий час не помічаю негативні риси інших людей.

43. Я вважаю, що не варто даремно злитися, а краще спокійно все обміркувати.
44. Інші вважають мене занадто довірливим.
45. Люди, які скандалом домагаються своїх цілей, викликають у мене неприємні почуття.
46. Погане я намагаюся викинути з голови.
47. Я не втрачаю ніколи оптимізму.
48. Їдучи подорожувати, я намагаюся все спланувати до дрібниць.
49. Іноді я знаю, що серджуся на іншого надміру.
50. Коли справи йдуть не так, як мені потрібно, я стаю похмурим.
51. Коли я сперечаюся, то мені подобається вказувати іншому на помилки в його міркуваннях.
52. Я легко приймаю кинутий іншим виклик.
53. Мене виводять з рівноваги непристойні фільми.
54. Я засмучуюся, коли на мене ніхто не звертає уваги.
55. Інші вважають, що я байдужа людина.
56. Що-небудь вирішивши, я часто, проте, в рішенні сумніваюся.
57. Якщо хтось засумнівається в моїх здібностях, то я з духу протиріччя буду показувати свої можливості.
58. Коли я веду машину, то у мене часто виникає бажання розбити чужий автомобіль.
59. Багато людей мене виводять з себе своїм егоїзмом.
60. Їдучи відпочивати, я часто беру з собою якусь роботу.
61. Від деяких харчових продуктів мене нудить.
62. Я гризу нігті.
63. Інші кажуть, що я уникаю проблем.
64. Я люблю випити.
65. Непристойні жарти призводять мене в замішання.
66. Я іноді бачу сни з неприємними подіями і речами.
67. Я не люблю кар'єристів.

68. Я багато говорю неправди.
69. Фільми для дорослих викликають у мене огиду.
70. Неприємності в моєму житті часто бувають через мій кепський характер.
71. Найбільше не люблю лицемірних нещирих людей.
72. Коли я розчарувався, то часто впадаю у відчай.
73. Новини про трагічні події не викликають у мене хвилювання.
74. Торкаючись до чого-небудь липкого і слизькому, я відчуваю огиду.
75. Коли у мене гарний настрій, то я можу вести себе як дитина.
76. Я думаю, що часто сперечаюся з людьми марно через дрібниці.
77. Покійники мене не «чіпають».
78. Я не люблю тих, хто завжди намагається бути в центрі уваги.
79. Багато людей викликають у мене роздратування.
80. Митися не в своїй ванні для мене велика катування.
81. Я насилу вимовляю непристойні слова.
82. Я дратуюся, якщо не можна довіряти іншим.
83. Я хочу, щоб мене вважали чуттєво привабливим/ою.
84. У мене таке враження, що я ніколи не закінчую розпочату справу.
85. Я завжди намагаюся добре одягатися, щоб виглядати більш привабливим/ою.
86. Мої моральні правила краще, ніж у більшості моїх знайомих.
87. У суперечці я краще володію логікою, ніж мої співрозмовники.
88. Люди, позбавлені моралі, мене відштовхують.
89. Я приходжу в лютю, якщо хтось мене зачепить.
90. Я часто закохуюся.
91. Інші вважають, що я занадто об'єктивний.
92. Я залишаюся спокійним, коли бачу закривавлену людину.

Ключ до методики:

Вісім механізмів психологічного захисту особистості формують вісім окремих шкал, чисельні значення яких виводяться з числа позитивних

відповідей на певні, зазначені вище твердження, розділені на число тверджень в кожній шкалі.

Напруженість кожної психологічного захисту підраховується за формулою $n / N \times 100\%$, де n - число позитивних відповідей по шкалі цього захисту, N - число всіх тверджень, які стосуються цієї шкалою.

Тоді загальна напруженість всіх захистів (ЗНЗ) підраховується за формулою $n / 92 \times 100\%$, де n - сума всіх позитивних відповідей за опитувальником.

Норма значень тесту:

<i>№ n/n</i>	<i>Назва захистів</i>	<i>Номери тверджень</i>	<i>n</i>
1	Пригнічення	6, 11, 31, 34, 36, 41, 55, 73, 77, 92	10
2	Регресія	2, 5, 9, 13, 27, 32, 35, 40, 50, 54, 62, 64, 68, 70, 72, 75, 84	17
3	Заміщення	8, 10, 19, 21, 25, 37, 49, 58, 76, 89	10
4	Заперечення	1, 20, 23, 26, 39, 42, 44, 46, 47, 63, 90	11
5	Проекція	12, 22, 28, 29, 45, 59, 67, 71, 78, 79, 82, 88	12
6	Компенсація	3, 15, 16, 18, 24, 33, 52, 57, 83, 85	10
7	Реактивне утворення	17, 53, 61, 65, 66, 69, 74, 80, 81, 86	10
8	Інтелектуалізація	4, 7, 14, 30, 38, 43, 48, 51, 56, 60, 87, 91	12

Інтерпретація Індексу життєвого стилю:

Пригнічення. З. Фрейд вважав цей механізм (його аналогом є витіснення) головним способом захисту інфантильного «Я», нездатного опиратися спокусі. Іншими словами, витіснення - механізм захисту, за допомогою якого неприйнятні для особистості імпульси: бажання, думки, почуття, що викликають тривогу, - стають несвідомими. На думку більшості

дослідників, цей механізм лежить в основі дії і інших захисних механізмів особистості. Витіснені (пригнічені) імпульси, не знаходячи виходу у поведінці, проте зберігають свої емоційні і психо-вегетативні компоненти. В опитувальнику в цю шкалу автори включили і питання, які стосуються менш відомому механізму психологічного захисту - ізоляції. При ізоляції психотравмуючий і емоційно підкріплений досвід індивіда може бути усвідомлений, але на когнітивному рівні, ізолювано від афекту тривоги.

Регресія. У класичних уявленнях регресія розглядається як механізм психологічного захисту, за допомогою якого особистість в своїх поведінкових реакціях прагне уникнути тривоги, шляхом переходу на більш ранні стадії розвитку лібідо. При цій формі захисної реакції особистість, піддається дії фруструючих факторів, замінює собою рішення суб'єктивно більш складних завдань на відносно більш прості і доступні в сформованих ситуаціях.

Заміщення. Поширена форма психологічного захисту, яка в літературі нерідко позначається поняттям «зміщення». Дія цього захисного механізму проявляється в розрядці пригнічених емоцій (як правило, ворожості, гніву), які направляються на об'єкти, що становлять меншу небезпеку або більш доступні, ніж ті, що викликали негативні емоції і почуття.

Заперечення. Механізм психологічного захисту, за допомогою якого особистість або заперечує деякі фруструючі, що викликають тривогу, обставини, або будь-який внутрішній імпульс, або сторона заперечує саму себе. Як правило, дія цього механізму проявляється в запереченні тих аспектів зовнішньої реальності, які, є очевидними для оточуючих, проте не приймаються, не визнаються самою особистістю. Іншими словами, інформація, яка турбує і може привести до конфлікту, не сприймається. Мається на увазі конфлікт, що виникає при прояві мотивів, суперечать основним настановам особистості, чи інформація, яка загрожує її самозбереження, самоповазі або соціальному престижу. Як процес, спрямований назовні, заперечення часто протиставляється витіснення як психологічний захист проти внутрішніх, інстинктивних вимог і спонукань.

Примітно, що автори методики ІЖС пояснюють наявність підвищеної сугестивності і довірливості у істероїдних особистостей дією саме механізму заперечення, за допомогою якого у соціального оточення заперечуються небажані, внутрішньо неприйнятні риси, властивості або негативні почуття до суб'єкта переживання. Як показує досвід, заперечення як механізм психологічного захисту реалізується при конфліктах будь-якого роду і характеризується зовні виразним спотворенням сприйняття дійсності.

Проекція. В основі проекції лежить процес, за допомогою якого неусвідомлювані і неприйнятні для особистості почуття і думки локалізуються зовні, приписуються іншим людям і таким чином стають ніби вторинними. Негативний, соціально мало схвалюваний відтінок випробовуваних почуттів і властивостей, наприклад, агресивність нерідко приписується оточуючим, щоб виправдати свою власну агресивність або недоброзичливість, яка проявляється

як би в захисних цілях. Добре відомі приклади святенництва, коли людина постійно приписує іншим власні аморальні прагнення. Рідше зустрічається інший вид проекції, при якому значущим особам (частіше з мікросоціального оточення) приписуються позитивні, соціально схвалювані почуття, думки або дії, які здатні підняти.

Компенсація. Цей механізм психологічного захисту нерідко об'єднують з ідентифікацією. Він проявляється в спробах знайти відповідну заміну реальної чи уявної нестачі, дефекту нестерпного почуття іншою якістю, найчастіше за допомогою фантазування або привласнення собі властивостей, достоїнств, цінностей, поведінкових характеристик іншої особистості. Часто це відбувається при необхідності уникнути конфлікту з цією особистістю і підвищення почуття самодостатності. При цьому запозичені цінності, установки або думки приймаються без аналізу і переструктурування і тому не стають частиною самої особистості. Люди, для яких компенсація є найбільш характерним типом психологічного захисту, часто виявляються мрійниками, які шукають ідеали у різних сферах життєдіяльності.

Реактивне утворення. Цей вид психологічного захисту нерідко ототожнюють з гіперкомпенсацією. Особистість запобігає виразу неприємних або неприйнятних для неї думок, почуттів або вчинків шляхом перебільшеного розвитку протилежних прагнень. Іншими словами, відбувається як би трансформація внутрішніх імпульсів в суб'єктивно зрозумілу їх протилежність. Наприклад, жалість або дбайливість можуть розглядатися як реактивні утворення по відношенню до несвідомої черствості, жорстокості або емоційного байдужості.

Інтелектуалізація. Цей захисний механізм часто позначають поняттям «раціоналізація». Автори методики об'єднали ці два поняття, хоча їх сутнісне значення дещо відрізняється. Так, дія інтелектуалізації проявляється в заснованому на фактах надмірно «розумовому» способі подолання конфліктної або фруструючої ситуації без переживань. Іншими словами, особистість припиняє переживання, викликані неприємною або суб'єктивно непринятною ситуацією, за допомогою логічних установок і маніпуляцій, навіть при наявності переконливих доказів на користь протилежного. При цьому способі захисту нерідко спостерігаються очевидні спроби знизити цінність недоступного для особистості досвіду.