

**МІНІСТЕРСТВО ЮСТИЦІЇ УКРАЇНИ
ПЕНІТЕНЦІАРНА АКАДЕМІЯ УКРАЇНИ**

Кафедра психології

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

**ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА ОСІБ З ОНКОЛОГІЧНИМИ
ЗАХВОРЮВАННЯМИ**

Виконала:

Здобувач другого (магістерського) рівня
вищої освіти за спеціальністю 053

Психологія

_____ Коломієць Ангеліна Аланівна
(підпис)

Науковий керівник:

доцент кафедри психології, кандидат
психологічних наук, доцент

_____ Волеваха Ірина Борисівна
(підпис)

Нормоконтролер:

доцент кафедри психології, кандидат
психологічних наук, доцент

_____ Волеваха Ірина Борисівна
(підпис)

Оцінка:

Національна шкала _____

Кількість балів: _____ Оцінка ECTS _____

Робота допущена до захисту в ЕК

« ____ » _____ 20__ року, протокол № _____
засідання кафедри психології

АНОТАЦІЯ

Коломієць А.А. «Психологічна підтримка осіб з онкологічними захворюваннями». – Кваліфікаційна робота магістра на здобуття ступеня вищої освіти магістра за спеціальністю 053 Психологія (галузь знань 05 Соціальні та поведінкові науки). – Пенітенціарна академія України, Чернігів, 2025.

У дослідженні проаналізовано сучасні психологічні теорії канцерогенезу та підходи до психологічної допомоги особам із онкологічними захворюваннями, акцентуючи увагу на вплив вихідного психоемоційного стану на вірогідність встановлення діагнозу онкопатології у процесі дообстеження, якість життя та вихідний рівень стресу пацієнтів лікарів-онкологів. Особливу увагу приділено емпіричному вивченню фонового превалюючого психоемоційного стану пацієнтів, що супроводжував їх протягом життя до моменту встановлення підозри на онкологічну патологію і направлення їх на дообстеження у високоспеціалізований заклад охорони здоров'я (ЗОЗ) онкологічного профілю з використанням сучасних методик, що дозволяє краще зрозуміти специфіку роботи з цією категорією пацієнтів.

Результати дослідження можуть вказувати на те що ефективність та обсяг наданої психологічної допомоги особам, у яких не підтверджено онкологічний діагноз, є нижчою ніж у осіб із підтвердженим онкологічним діагнозом. Поряд із тим, особи, у яких у процесі дообстеження в умовах високоспеціалізованих ЗОЗ онкологічного профілю не підтверджено онкологічний діагноз, мають значно вищу перманентну потребу у психологічній допомозі, яка залишається незадоволеною після завершення медичного обстеження та спростування онкологічного діагнозу.

Ключові слова:

Психологічна допомога, канцерогенез, онкопсихологія, охорона здоров'я, психоемоційне благополуччя, ядерний афект, стрес, тривожність, адаптація

Список публікацій здобувача за темою роботи:

1. Коломієць А.А. Сучасні психологічні теорії канцерогенезу. *Інтеграція теорії у практику: проблеми, пошуки, перспективи в умовах євроінтеграційних процесів*: матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (м. Чернігів, 22 листопада 2024 р.); Пенітенціарна академія України. Чернігів, ПАУ.
2. Коломієць А.А. Психоемоційне благополуччя як чинник ефективного використання ресурсів високоспеціалізованими закладами охорони здоров'я онкологічного профілю. *Місьєве самоврядування в умовах війни та повоєнного відновлення*: матеріали круглого столу (м. Київ, 10 грудня 2024 р.); Київський національний університет імені Тараса Шевченка. Київ, КНУТШ.
3. Коломієць А.А. Кримінально-виконавча система та високоспеціалізовані заклади охорони здоров'я онкологічного профілю: що спільного? *XIV Всеукраїнська заочна науково-практична конференція» Кримінально-виконавча система України та її роль у розбудові правової і соціальної держави* (м. Чернігів, 13 грудня 2024 р.); Пенітенціарна академія України. Чернігів, ПАУ.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	3
ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ ІЗ ОНКОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ	12
1.1. Поняття психологічної підтримки та її значення для осіб з онкологічними захворюваннями.....	12
1.2. Психологічні особливості осіб, які мають онкологічні захворювання.....	16
1.3. Сучасні психологічні теорії канцерогенезу.....	21
1.4. Сучасні підходи до психологічної допомоги особам із онкологічними захворюваннями	25
1.5. Роль психотерапії та консультування у покращенні якості життя осіб із онкологічними захворюваннями.....	29
1.6. Кримінально-виконавча система та високоспеціалізовані заклади охорони здоров'я онкологічного профілю: що спільного?.....	33
1.7. Психотерапія як спосіб покращення комплаєнсу «лікар-пацієнт».....	37
РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ	43
2.1. Процедури та методики дослідження.....	43
2.2. Характеристика вибірки.....	47
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ	53
3.1. Аналіз результатів емпіричного дослідження.....	53
3.2. Інтерпретація результатів дослідження, практичні рекомендації	70
ВИСНОВКИ	80
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	86
ДОДАТКИ	100

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

- dMMR – (mismatch repair-deficient) молекулярний фенотип дефектної системи репарації помилково спарених нуклеотидів що виражається у дефіциті репарації генетичного апарату пухлинної маси клітин
- ECOG – шкала оцінки загального стану та повсякденного функціонування пацієнта із онкологічним захворюванням
- eMBCT – (eMindfulness-Based Cognitive Therapy) онлайн-версія когнітивно-поведінкової терапії на основі усвідомленості
- MBCT – (Mindfulness-Based Cognitive Therapy) когнітивно-поведінкова терапія на основі усвідомленості
- MSI-H – (microsatellite instability-high) мікросателітна нестабільність генетичного апарату пухлинної маси клітин
- PMH-scale – (positive mental health scale) «Шкала позитивного ментального здоров'я»
- WeCHAT – онлайн-платформа з надання дистанційної психологічної допомоги
- WHO-5 - (WHO-5 Well-being Index) «Індекс Благополуччя ВООЗ-5»
- MSI-H – (microsatellite instability-high) мікросателітна нестабільність генетичного апарату пухлинної маси клітин
- ДКВСУ – Державна кримінально-виконавча система України
- Емо-С15 – методика оцінки ядерного афекту
- ЗМІ – засоби масової інформації
- ЗОЗ – заклад охорони здоров'я
- ІМТ – індекс мас тіла
- КПТ – когнітивно-поведінкова терапія
- ОЗ – охорона здоров'я
- РМЗ – рак молочної залози
- УВС – установи виконання покарань
- ЦНС – центральна нервова система

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження. Воєнний стан в Україні значно ускладнив психологічний клімат для всього населення країни, пацієнти із онкологічною патологією опинилися в особливо критичній ситуації. Лікувально-діагностичний процес боротьби із онкологічними захворювання є складним, тривалим та виснажливим випробуванням для людини, яка не лише бореться із фізичними наслідками хвороби, але й стикається із інтенсивним неперервним психологічним тиском. В умовах воєнного стану цей тиск зростає багатократно. Пацієнти з онкологічними захворюваннями, окрім свого основного діагнозу, змушені переживати вплив нових додаткових стресових факторів, які значно погіршують їх психологічний стан та якість життя.

Воєнні дії, перманентне усвідомлення загрози життю та здоров'ю, вимушена міграція, втрата дому, робочого місця, погіршення побутових умов та загального добробуту, постійне транслювання воєнної повістки у засобах масової інформації (ЗМІ) – всі ці обставини є факторами, що створюють додатковий емоційний тягар, із яким важко впоратися навіть здоровим людям. Пацієнти із онкологічною патологією, які і без цього є фізично ослабленими та емоційно вразливими через боротьбу з хворобою, стикаються із надмірним стресом, що посилює їхню вразливість.

Особливо гостро це питання постає у випадках, коли хворі змушені залишати свої домівки та переїжджати в інші регіони або країни, втрачаючи зв'язок із близькими, який раніше надавав стабільну емоційну підтримку, покращував комплаєнс «лікар-пацієнт», сприяв кращій організації та прихильності пацієнтів до лікування. Вимушена міграція також ускладнює доступ до медичних і психологічних послуг, що є критичним для людей, які потребують постійного медичного нагляду та підтримки фахівців.

Ситуація ускладнюється ще й тим, що через воєнний стан система охорони здоров'я (ОЗ) у багатьох регіонах України зазнала значних фізичних та організаційних руйнувань, що суттєво обмежує можливості для надання медичної та психологічної допомоги особам із онкологічними захворюваннями.

У деяких районах через постійні бойові дії заклади охорони здоров'я (ЗОЗ) припинили свою діяльність або зазнали значних пошкоджень, що створює додаткові перешкоди на шляху до отримання необхідного обсягу допомоги та підтримки. Багато пацієнтів залишилися без доступу до спеціалізованих психологів та психотерапевтів, які могли б допомогти подолати тривогу, страх та депресію, що є типовими для осіб, які проходять лікування у специфічних закладах охорони здоров'я онкологічного профілю.

Психологічна підтримка, що є важливим аспектом лікування осіб із онкологічною патологією, також зазнала значних кількісних і якісних змін. Через дезорганізацію системи охорони здоров'я (відтік кваліфікованих кадрів до закордонних клінік, пошкодження майна через воєнні дії, недостатнє фінансування і т.д.) багато пацієнтів втратили доступ до кваліфікованих психологів та психотерапевтів. Окрім того, загальна перевантаженість медичної системи в умовах воєнних дій вплинула на можливість своєчасного надання психологічної підтримки, що є особливо критичним для осіб із онкологічною патологією, які потребують комплексної допомоги.

Неможливість вчасно проконсультуватися зі спеціалістом та тривалі періоди перерв між курсами лікування через відсутність доступу до ЗОЗ можуть суттєво погіршити як фізичний так і психічний стан пацієнтів, а також негативно вплинути на тривалість виживаності та прогноз для осіб із онкологічною патологією, які й без того зазнають значного емоційного тиску через свій діагноз.

Варто також відзначити зусилля українських та міжнародних організацій гуманітарного профілю, спрямовані на підтримку осіб із онкологічними захворюваннями. Незважаючи на обмежені ресурси, в Україні створюються програми дистанційної психологічної допомоги, які дозволяють пацієнтам із онкопатологією отримувати необхідну підтримку в умовах воєнного стану. Також міжнародні гуманітарні організації надають допомогу у вигляді медикаментів, обладнання та підтримки для психологів, що працюють з особами із онкопатологією. Ці заходи є важливими кроками для мінімізації впливу

наслідків війни на здоров'я пацієнтів та забезпечення хоча б базового необхідного рівня допомоги. Проте, в умовах постійної загрози життю і здоров'ю та нестабільної ситуації із забезпеченням населення навіть елементарними побутовими благами, такими як світло, тепло, вода, зв'язок та ін., надання комплексної психологічної допомоги залишається викликом, що потребує додаткової уваги та ресурсів.

Огляд наукових джерел.

Актуальність питання психологічної допомоги особам із онкологічними захворюваннями підтверджується багатьма науковими дослідженнями, що зосереджуються на важливості такої підтримки для покращення якості життя пацієнтів. Так, у своїй роботі Є. О. Іщенко [80] акцентує увагу на теоретичних аспектах психологічної підтримки пацієнтів із онкологічною патологією, підкреслюючи роль індивідуального підходу до таких пацієнтів. Дослідження демонструє, що специфіка емоційних станів онкохворих потребує спеціальних інтервенцій, спрямованих на зменшення тривоги та депресії [80]. Аналогічно, Б. Становський [104] зазначає, що стратегія медико-психологічної допомоги повинна враховувати різні аспекти роботи з онкологічними пацієнтами, зокрема необхідність психологічної підтримки для полегшення емоційних навантажень, викликаних хворобою [104].

Значна увага в сучасній науці приділяється також психотерапії у паліативній допомозі. Так, В.С. Булига та О.В. Голозубова [71] підкреслюють важливість використання психотерапії на пізніх стадіях онкологічних захворювань для підтримки пацієнтів, зменшення емоційного дискомфорту та покращення їхнього психічного здоров'я [71]. Крім того, важливу роль відіграє впровадження телемедичних технологій у психологічну підтримку осіб із онкопатологією, особливо в умовах війни в Україні [71]. Дослідження І.Р. Мухаровської [97-98] та Б. Становського [98; 104] демонструє ефективність дистанційних засобів надання психологічної допомоги, що дозволяє підтримувати пацієнтів навіть у складних соціально-політичних умовах [97-98; 104].

Зарубіжні дослідження також підтверджують важливість психологічної допомоги онкохворим. S.-Y. Park та J.-W. Lim [46] у своєму огляді стратегій когнітивно-поведінкових терапій для жінок із онкопатологією молочної залози зазначають, що ці методи допомагають значно зменшити страх перед рецидивом, що є критичним фактором для якості життя пацієнтів [46]. L.Fu [25] та інші [25] досліджують впровадження практичних рекомендацій для подолання психологічного дистресу у пацієнтів із онкологічною патологією, що підкреслює важливість постійної психологічної підтримки під час лікування [25].

Попри значний обсяг досліджень, тема психологічної підтримки осіб із онкологічними захворюваннями в Україні залишається недостатньо вивченою, особливо у контексті воєнного стану. Це обґрунтовує актуальність подальших досліджень, спрямованих на дослідження змін психоемоційного стану осіб із онкологічною патологією, розробку ефективних інтервенцій для пацієнтів, які стикаються з унікальними викликами в сучасних умовах.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити ефективність психологічної підтримки осіб із онкологічними захворюваннями або без таких, що звертаються на дообстеження та лікування до високоспеціалізованих закладів охорони здоров'я онкологічного профілю.

Об'єктом дослідження є психоемоційний стан осіб із онкологічними захворюваннями або без таких, що звертаються на дообстеження та лікування до високоспеціалізованих закладів охорони здоров'я онкологічного профілю.

Предметом дослідження є динаміка зміни психоемоційного стану осіб із онкологічними захворюваннями і без таких у процесі дообстеження у високоспеціалізованих закладах охорони здоров'я онкологічного профілю.

Завдання дослідження:

1. Провести аналіз наукових джерел з проблематики сучасних психологічних теорій канцерогенезу та підходів до психологічної підтримки осіб із онкологічними захворюваннями;

2. Розробити дизайн емпіричного дослідження та обґрунтувати вибір процедур та методик дослідження;

3. Провести емпіричне дослідження для вивчення ефективності психологічної допомоги особам із онкологічними захворюваннями та без таких, що звертаються на дообстеження та лікування до високоспеціалізованих закладів охорони здоров'я онкологічного профілю;

4. Проаналізувати та інтерпретувати результати емпіричного дослідження, розробити рекомендації щодо організації психологічної допомоги для осіб із онкологічними захворюваннями та без таких, що звертаються на дообстеження та лікування до високоспеціалізованих закладів охорони здоров'я онкологічного профілю.

Методи дослідження складаються з теоретичних, емпіричних та математико-статистичних:

теоретичні – аналіз, синтез та узагальнення наукових джерел з проблематики дослідження;

емпіричні – «Шкала позитивного ментального здоров'я» (Positive Mental Health Scale, РМН-scale), опитувальник «Індекс благополуччя ВООЗ-5» (WHO-5 Well-being Index), методика виміру ядерного афекту (ЕмоС-15);

математико-статистичні – описова статистика, частотний аналіз, критерії відмінностей (u-критерій Мана-Уїтні), кореляційний аналіз (rho-коефіцієнт Спірмена).

Емпірична база дослідження – у дослідженні прийняли участь 50 осіб, з них 21 чоловік та 29 жінок, які зверталися за медичною допомогою до лікаря первинного онколога Державного некомерційного підприємства «Національний інститут раку» (м. Київ). Середній вік вибірки склав 50,9 років, загальний віковий діапазон від 19 до 83 років. Респонденти були поділені на дві групи, а саме: перша група – пацієнти, яким у процесі обстеження підтвердили онкологічний діагноз та друга група – пацієнти, яким у процесі обстеження не підтвердили онкологічний діагноз.

Всі респонденти дали згоду на участь у дослідженні та подальшу обробку результатів дослідження. Критерії невключення респондентів: відмова від участі у дослідженні; наявність первинного злоякісного процесу та/або вторинного

метастатичного ураження із локалізацією у структурах головного мозку та ЦНС; соматичний статус пацієнта за шкалою ECOG – 3 і більше балів; індекс маси тіла (ІМТ) менше 18 кг/м²; наявність в анамнезі психіатричних захворювань; наявність в анамнезі енцефалопатії (у т.ч. екзогенно- та ендогенноінтоксикаційного генезу), гідроцефалії, тиреотоксикозу, гіпо- та гіпертиреозу, гострих порушень мозкового кровообігу, внутрішньочерепної гіпертензії, хронічних неврологічних захворювань.

Наукова новизна дослідження полягає в тому, що воно вперше комплексно аналізує сучасні психологічні теорії канцерогенезу та підходи до психологічної підтримки осіб із онкологічною патологією, акцентуючи увагу на впливі вихідного психоемоційного стану на вірогідність встановлення онкологічного діагнозу у процесі дообстеження, якість життя та рівень стресу пацієнтів. Особливу увагу приділено емпіричному вивченню фонового превалюючого психоемоційного стану пацієнтів, що супроводжував їх протягом життя до моменту встановлення підозри на онкологічне захворювання і направлення їх на дообстеження у специфічній ЗОЗ онкологічного профілю з використанням сучасних методик, що дозволяє краще зрозуміти специфіку роботи з цією категорією пацієнтів.

Результати дослідження можуть також вказувати на те що ефективність та обсяг наданої психологічної допомоги особам, у яких не підтверджено онкологічний діагноз, є нижчою ніж у осіб із підтвердженим онкологічним діагнозом. Поряд із тим, особи, у яких у процесі дообстеження в умовах високоспеціалізованих закладів охорони здоров'я онкологічного профілю не підтверджено онкологічний діагноз, мають значно вищу перманентну потребу у психологічній допомозі, яка залишається незадоволеною після завершення медичного обстеження та спростування попереднього діагнозу онкопатології. Це може бути пояснено тим, що особи із підтвердженим онкологічним діагнозом перебувають у стані психологічної адаптації, яка допомагає стабілізувати їхній емоційний стан, тоді як особи зі спростованим онкологічним діагнозом все ще переживають наслідки стресових переживань. Задекларована причина, до якої їм

треба адаптуватися (онкологічне захворювання) – спростована результатами об'єктивного медичного обстеження у онколога. Поряд із тим, справжня причина первинного фонового стресу у таких пацієнтів залишається не детектованою, а отже – не усвідомлюється, через що і адаптації до неї в повному обсязі не відбувається

Практичне значення отриманих результатів дослідження полягає в можливості їх застосування для оптимізації роботи психологічної служби у закладах охорони здоров'я всіх ланок надання медичної допомоги, психологічних центрах та організаціях, покращенні доступності та своєчасності надання психологічної підтримки особам із онкологічними захворюваннями та пацієнтам без онкологічних захворювань, що звертаються до лікарів-онкологів через тривогу, стрес, іпохондрію, соматизовану депресію та інші психоемоційні розлади, не маючи при цьому об'єктивних показань до призначення високоспецифічного обстеження та лікування онкологічного спрямування.

Результати можуть бути використані для розробки тренінгів і програм підготовки практичних психологів, що працюють у високоспеціалізованих закладах охорони здоров'я онкологічного профілю, а також для вдосконалення практичних підходів до психологічної допомоги особам із онкологічними захворюваннями і без таких на різних етапах діагностики та лікування.

Апробація матеріалів кваліфікаційної роботи магістра

1. Коломієць А.А. Сучасні психологічні теорії канцерогенезу. *Інтеграція теорії у практику: проблеми, пошуки, перспективи в умовах євроінтеграційних процесів*: матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (м. Чернігів, 22 листопада 2024 р.); Пенітенціарна академія України. Чернігів, ПАУ.
2. Коломієць А.А. Психоемоційне благополуччя як чинник ефективного використання ресурсів високоспеціалізованими закладами охорони здоров'я онкологічного профілю. *Місьцеве самоврядування в умовах війни та повоєнного відновлення*: матеріали круглого столу (м. Київ, 10 грудня 2024 р.); Київський національний університет імені Тараса Шевченка. Київ, КНУТШ.

3. Коломієць А.А. Кримінально-виконавча система та високоспеціалізовані заклади охорони здоров'я онкологічного профілю: що спільного? *XIV Всеукраїнська заочна науково-практична конференція» Кримінально-виконавча система України та її роль у розбудові правової і соціальної держави* (м. Чернігів, 13 грудня 2024 р.); Пенітенціарна академія України. Чернігів, ПАУ.

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи магістра *Кваліфікаційна робота* складається з анотації, вступу, трьох розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (108 найменувань, з них 68 – іноземними мовами), 3 додатків. Загальний обсяг кваліфікаційної роботи складає 102 сторінки, із них основного тексту - 84 сторінки. Робота проілюстрована 17 таблицями та 4 рисунками.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ОСОБАМ ІЗ ОНКОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

1.1. Поняття психологічної підтримки та її значення для осіб з онкологічними захворюваннями

Психологічна допомога є невід'ємною частиною комплексного лікування осіб із онкологічними захворюваннями, і її визначення охоплює низку ключових аспектів. Основною метою психологічної допомоги є підтримка емоційного стану пацієнтів, допомога у подоланні стресу, тривоги та психологічного дистресу, що часто супроводжують діагноз онкологічного захворювання. За результатами дослідження І. Сивопляс, О. Кузьо та О. Христюк [102], психологічна підтримка осіб із онкологічною патологією передбачає комплексні заходи, які включають не лише підтримку емоційної стабільності, а й допомогу в адаптації до нових життєвих реалій [102]. Ефективність психологічного супроводу значно впливає на загальний стан пацієнтів, що полегшує процес лікування та реабілітації [102].

Інноваційні підходи до психологічної підтримки також набувають все більшої ваги в сучасній практиці. Як зазначають М.С. Дворник та К.В. Мирончак [76], сучасні технології та інструменти, розроблені у відповідь на виклики гібридної війни, також можуть бути ефективно адаптовані для підтримки пацієнтів із онкологічною патологією. Вони дозволяють зменшити тривожність та стрес, які виникають через обмежений доступ до традиційних форм психологічної допомоги під час кризових ситуацій [76].

Особливу увагу слід приділяти не лише пацієнтам із онкологічною патологією, а і їхнім сім'ям, зокрема батькам дітей, які страждають на онкологічні захворювання. Я.О. Курило [89] підкреслює важливість інтерактивних засобів соціальної підтримки, що допомагають батькам не лише краще розуміти емоційні потреби своїх дітей, а й долати власний стрес [89]. Психологічна допомога батькам дітей із онкологічною патологією дозволяє

створити сприятливі умови для психологічного відновлення як дітей, так і дорослих [89].

Психологічна реабілітація є важливим етапом лікування, що сприяє не лише поліпшенню психічного здоров'я пацієнтів із онкологічними захворюваннями, але і їх соціальній адаптації після завершення лікування [94]. А. П. Мельник [94] звертає увагу на важливість реабілітаційної психології в контексті довготривалої підтримки пацієнтів. Психологічний супровід допомагає пацієнтам адаптуватися до змін у їхньому фізичному стані та покращити якість життя [94].

Крім того, важливо враховувати специфіку роботи із особами з обмеженими можливостями, які стикаються з онкологічними захворюваннями [75]. І.М. Грицюк [75] підкреслює, що такі пацієнти потребують особливого підходу, оскільки їхня психосоціальна адаптація є складнішою через подвійне навантаження – фізичні та емоційні обмеження [75].

Сучасні виклики, зокрема пандемія COVID-19, також значно вплинули на психоемоційний стан пацієнтів із онкологічними захворюваннями [105]. С. Харченко [105] зазначає, що емоційна регуляція пацієнтів під час пандемії набуває особливого значення, оскільки пацієнти не лише борються з онкологічним захворюванням, а й відчують додатковий тиск через ризик захворіти на вірус, соціальну ізоляцію та страх перед майбутнім [105]. С.О. Лукомська у своїх роботах [90-92] пропонує ресурсний підхід до психологічної підтримки пацієнтів із онкопатологією, що включає розвиток внутрішніх ресурсів пацієнтів для подолання життєвих викликів. Вона підкреслює важливість розвитку життєстійкості та психологічної адаптації, що дозволяє пацієнтам тривало зберігати комплаєнс «лікар-пацієнт» та прихильність до лікування [90-92].

Як зазначають R. Caruso et al. [10], психологічна підтримка пацієнтів із онкопатологією включає допомогу в адаптації до нового соматичного стану, зміцнення почуття самодостатності та надії, а також регуляцію емоцій, таких як тривога та розгубленість, що часто виникають у процесі лікування [10].

Психосоціальна допомога також відіграє важливу роль у відновленні психологічних ресурсів, які втрачаються через фізичний і психологічний тиск, з яким стикаються пацієнти на різних етапах лікування [10], [38]. Як підкреслює Т. Krivonis Т. [38], така підтримка допомагає пацієнтам зберігати внутрішню стійкість, що є важливим компонентом подальшого відновлення особистісних ресурсів та якості життя [38].

У контексті підтримки пацієнтів із онкологічними захворюваннями важливо також враховувати різноманітність підходів, які можуть варіюватися в залежності від стадії захворювання і стану пацієнта [2]. М. Aghaei et al. [2] стверджують, що гнучкість у підходах до психологічної підтримки має вирішальне значення, оскільки на різних етапах захворювання (діагностика, лікування, паліативна, хоспісна допомога) психологічні потреби можуть суттєво різнитися [2].

Психологічна допомога особам із онкологічною патологією є важливим елементом мультидисциплінарної підтримки, що включає взаємодію між різними фахівцями з метою надання комплексної допомоги. Мультидисциплінарний підхід охоплює не тільки медичну допомогу, а і підтримку емоційного та психічного здоров'я, оскільки пацієнти із онкопатологією стикаються зі значними психологічними викликами на різних етапах лікування [10].

У таких командах працюють різні спеціалісти, зокрема лікарі-онкологи, психоонкологи, медичні психологи, соціальні працівники, медсестри та інші професіонали [10], [17]. Як показує дослідження Т. Deshields et al. [17], міждисциплінарні команди об'єднують зусилля, щоб забезпечити пацієнтам інтегральний підхід до лікування, що включає управління не тільки фізичними, але і психологічними аспектами канцерогенезу [17].

Одним із ключових аспектів мультидисциплінарної допомоги є врахування психологічних потреб пацієнтів на різних етапах захворювання. Автоматизація та стандартизація психологічної підтримки в процесі прийняття клінічних рішень може не тільки допомогти в управлінні стресом, але і сприятиме

підвищенню якості життя пацієнтів [30]. Дослідження Hendriks et al. [30], підкреслює важливість психологічної підтримки як частини загального плану лікування, який включає співпрацю лікарів та психологів [30].

Психологічна допомога особам із онкологічними захворюваннями відіграє вирішальну роль у забезпеченні їхньої емоційної стабільності, підтримці соціальних зв'язків та допомозі в екзистенційних питаннях. Емоційна підтримка є важливим аспектом, оскільки діагноз онкопатології викликає глибокі емоційні реакції, включаючи страх, тривогу та депресію [50]. Ruiz-Rodríguez et al. [50] стверджують, що емоційна підтримка, особливо з боку партнера, значно покращує здатність пацієнтів справлятися з хворобою, що безпосередньо впливає на їхню якість життя [50]. Цей аспект стає особливо важливим для пацієнтів, які проходять активне лікування і стикаються з високим рівнем стресу [50].

Соціальна підтримка також є критично важливою для пацієнтів із онкопатологією, оскільки вона не лише сприяє полегшенню симптомів, але й допомагає зберегти зв'язки із оточуючими та суспільством [47]. Pasek et al. [47] підкреслюють, що соціальна підтримка дозволяє пацієнтам зберігати почуття належності та самоповаги, що є важливим фактором у процесі одужання [47]. Взаємодія з близькими, друзями та медичними працівниками створює міцну основу для соціальної інтеграції пацієнта, що сприяє покращенню його загального психічного стану [47].

Крім того, екзистенційна підтримка допомагає пацієнтам осмислювати глибокі життєві питання, такі як пошук сенсу життя, прийняття важких рішень, пов'язаних із лікуванням і підготовка до можливого завершення життєвого шляху [58]. Вивчення цього аспекту підтверджує, що багато пацієнтів потребують не лише фізичного полегшення, але й підтримки у вирішенні складних моральних та духовних питань, які виникають під час хвороби [58]. Екзистенційний стрес, такий як страх смерті чи відчуття втрати контролю над власним життям, часто потребує спеціальної уваги, зокрема через психотерапію та консультивання [58].

1.2. Психологічні особливості осіб, які мають онкологічні захворювання

Емоційні реакції пацієнтів, яким поставлено діагноз онкологічного захворювання, включають широкий спектр почуттів, таких як страх, тривога, депресія та почуття безнадії. Ці реакції можуть варіювати залежно від стадії захворювання, його прогнозу, доступних опцій лікування, наявності побічних дій та особистих життєвих обставин пацієнта. Страх перед смертю та невизначеністю майбутнього є одними з найпоширеніших емоційних станів, що виникають після встановлення та підтвердження діагнозу онкопатології [70]. Як зазначає В. Білик [70], превентивна освіта може допомогти подолати психологічні бар'єри у ставленні до онкопатології, що знижує рівень тривоги серед пацієнтів. Такий підхід дозволяє пацієнтам краще підготуватися до діагнозу та зменшити емоційне навантаження, пов'язане з невизначеністю майбутнього [70].

Чинники дистресу, що впливають на батьків онкохворих дітей також є важливим аспектом, який слід враховувати у плануванні інтервенцій з психологічної підтримки пацієнтів [101]. І.Ю. Семенець [101] вказує на те, що дистрес батьків часто викликається невизначеністю щодо можливих опцій лікування та прогнозу для їхніх дітей, страхом за життя та соціальними викликами, з якими вони стикаються під час лікувально-діагностичного процесу [101]. Цей емоційний дистрес є додатковим навантаженням для членів сімей пацієнтів із онкологічною патологією і може значно впливати на загальний психоемоційний стан онкохворих дітей [101].

Окрім батьків, специфічні емоційні переживання виникають і в інших групах оточення особи і онкопатологією, зокрема у вчителів, які працюють із онкохворими учнями [81]. Т. Кардаш [81] зазначає, що вчителі часто відчують тривогу та емоційну напруженість, стикаючись із труднощами підтримки учнів із онкологічними захворюваннями. Це призводить до необхідності спеціальної психологічної підготовки, щоб вчителі могли більш ефективно справлятися з такими викликами і надавати належну підтримку своїм учням [81].

Соматичні зміни, викликані онкологічними захворюваннями, є ще одним важливим фактором, що впливає на емоційний стан пацієнтів. Особливо актуальним цей аспект є серед жінок із онкопатологією репродуктивної системи (наприклад, коли лікування передбачає хірургічне видалення молочної залози або матки; коли єдина можлива опція хіміотерапії серед побічних ефектів має неможливість зберегти фертильність і т.д.) [106]. Т. Хомуленко, І. Кислова та Н. Лесніченко [106] підкреслюють, що соматичні зміни можуть викликати у жінок почуття втрати своєї жіночності, що призводить до глибоких емоційних проблем, включаючи депресію та зниження самооцінки. Це вимагає додаткової психологічної підтримки, спрямованої на роботу із тілесним сприйняттям та емоційною адаптацією пацієток до нових реалій [106].

Медико-психологічна допомога також є важливим компонентом підтримки осіб із онкологічними захворюваннями [80]. Іщенко Є.О. [80] зазначає, що такі підходи включають як медичну, так і психологічну підтримку, яка допомагає пацієнтам долати не лише фізичні, але й психологічні труднощі, пов'язані з лікуванням [80]. Психологічна підтримка допомагає пацієнтам краще зрозуміти свій діагноз і впоратися зі страхами щодо свого [80] стану та перспектив.

Соціально-психологічні засоби управління також відіграють важливу роль у процесі лікування пацієнтів із онкологічною патологією [95]. О.А. Мельниченко та ін. [95] вказують на те, що ці засоби допомагають пацієнтам впоратися з емоційними викликами, пов'язаними із соціальними змінами та ізоляцією, які часто супроводжують лікування онкологічних захворювань [95]. Це дає змогу пацієнтам зберегти соціальні зв'язки та адаптуватися до нових умов життя під час і після лікування [95].

Дослідження Niknamian [44] підкреслює, що високі рівні стресу та тривоги можуть погіршувати психічний стан пацієнтів із онкологічними захворюваннями і навіть негативно впливати на результати лікування [44].

Відповідно до М. Нoma et al. [32], пацієнти, які раніше стикалися з серйозними захворюваннями, мають підвищений рівень емоційного стресу та більш негативне сприйняття свого захворювання [32].

Депресія є ще однією поширеною емоційною реакцією серед осіб із онкопатологією. Вона часто пов'язана із почуттям безнадії та втрати контролю над життям. За даними М. Krishnasamy et al. [37], емоційна турбота є важливою складовою комплексного догляду за пацієнтами з онкопатологією, оскільки вона знижує психологічний тягар, пов'язаний із діагнозом та лікувально-діагностичним процесом та допомагає покращити психічне здоров'я таких пацієнтів (Krishnasamy M. et al., 2023) [37].

Тривога також є типовою реакцією на діагноз онкопатології. Пацієнти часто стикаються з тривожними думками, пов'язаними із майбутнім, можливим прогресуванням захворювання та невизначеністю щодо прогнозу та результатів лікування [1]. Afrasiabi et al. [1] описують стан емоційної «підвішеності», коли пацієнти переживають нестабільний емоційний стан у ранньому періоді після діагностики онкопатології, що може тривати доти, доки не буде досягнуто певної стабільності в прийнятті свого захворювання (Afrasiabi et al., 2020) [1].

Психологічні механізми адаптації до діагнозу онкологічного захворювання відіграють вирішальну роль у процесі емоційного, когнітивного та поведінкового пристосування пацієнтів до нових реалій їхнього життя. Діагноз онкопатології викликає глибокі емоційні реакції, і пацієнти вдаються до різних копінг-стратегій поведінки для подолання емоційного дискомфорту та відновлення психічної рівноваги [26].

Одна із основних стратегій — активна боротьба із захворюванням, яка передбачає мобілізацію ресурсів для проходження лікування, залучення до активних дій для подолання хвороби та підтримку позитивного настрою [26]. Дослідження Gidron Y. et al. [26] підтверджує, що активне управління стресом через спеціалізовані психологічні інтервенції може покращити якість життя пацієнтів із онкологічними захворюваннями та позитивно вплинути на прогноз щодо результатів лікування (Gidron Y. et al., 2019) [26].

Інші пацієнти можуть обирати стратегії уникання, такі як заперечення факту наявності у себе захворювання та/або відсторонення від проблем, які виникають у процесі його лікування [26]. Ці механізми на перших етапах можуть допомогти захистити психіку від надмірного стресу, однак у довгостроковій перспективі вони можуть призводити до негативного впливу на емоційний стан пацієнта та його здатність адаптуватися до хвороби [26]. Дослідження Di Giuseppe et al. [26] показує, що заперечення і придушення емоцій частіше спостерігаються у пацієнтів з онкологічними захворюваннями, особливо на ранніх стадіях після діагностики, що може впливати на їхнє фізичне та психічне благополуччя (Di Giuseppe et al., 2020) [26].

Прийняття діагнозу є ще одним важливим механізмом адаптації, який допомагає пацієнтам зберегти емоційну стабільність та полегшити процес лікування [60]. Wieder-Huszla et al. [60] зазначають, що пацієнти, які приймають свою хворобу та використовують конструктивні методи адаптації, демонструють вищий рівень психологічного благополуччя та краще справляються зі стресом, пов'язаним із лікувально-діагностичним процесом (Wieder-Huszla et al., 2022) [60]. Таким чином, прийняття діагнозу дозволяє пацієнтам зменшити емоційне навантаження та адаптуватися до нових життєвих умов [60].

Механізми адаптації варіюються серед пацієнтів залежно від індивідуальних особливостей, досвіду, ступеня соціальної підтримки, стадії захворювання, кількості доступних опцій лікування та прогнозу. Кожен із цих механізмів має свій вплив на емоційний стан пацієнтів та їхнє загальне самопочуття під час лікування.

Онкологічні захворювання мають виражений вплив на соціальні взаємовідносини пацієнтів та їхню самооцінку [24]. Пацієнти часто стикаються із соціальною ізоляцією, що може виникати через страх суспільного осуду або через тривогу, пов'язану із фізичними змінами, спричиненими хворобою [24]. Як зазначає G. Eva [24], пацієнти із онкопатологією можуть відчувати соціальне стигматизування через зміну зовнішності, що призводить до погіршення самооцінки і соціальної взаємодії, а також до психологічної ізоляції (G. Eva,

2019) [24]. Така ізоляція може поглиблювати почуття самотності та негативно впливати на загальний психоемоційний стан пацієнта [24].

Зниження самооцінки у пацієнтів з онкологією також значною мірою пов'язане з психологічними наслідками, такими як депресія та тривожність [45]. Результати дослідження N. Niveau et al. [45] показують, що низька самооцінка є значущим фактором ризику розвитку депресивних розладів серед онкохворих, що впливає на їхню здатність ефективно адаптуватися до хвороби (N. Niveau et al., 2021) [45]. Крім того, соціальна підтримка, яка часто є критичним ресурсом для пацієнтів, може допомогти підтримати їхню самооцінку. X. Chen et al. [12] підкреслюють, що достатня соціальна підтримка з боку близьких осіб сприяє зменшенню депресії і підвищенню самооцінки, що, у свою чергу, полегшує емоційне навантаження та покращує і пришвидшує адаптацію до лікування (X. Chen et al., 2019) [12].

Крім того, наявність онкопатології значно впливає на сімейні відносини, викликаючи зміни у динаміці сім'ї [4]. Хвороба може створювати нові ролі та межі відповідальності для членів сім'ї пацієнта із онкологічним захворюванням, що іноді супроводжується відчуттям невідповідності до цих змін [4]. Як відзначає Н. Ataman [4], сімейна підтримка є ключовим фактором у підтримці психосоціального благополуччя пацієнтів із онкопатологією, тісна взаємодія з родиною може значно поліпшити їхню самооцінку та загальний емоційний стан (Н. Ataman, 2023) [4].

Онкологічне захворювання впливає на фізичний і психологічний стан пацієнта а також на якість його соціальних взаємодій та самооцінку. Соціальна підтримка та позитивні міжособистісні стосунки можуть значно зменшити відчуття ізоляції та допомогти пацієнтам із онкопатологією зберегти почуття власної гідності, що є важливим аспектом їхнього психічного благополуччя.

1.3. Сучасні психологічні теорії канцерогенезу

Онкологічні захворювання залишаються однією з найгостріших медико-соціальних проблем сучасності. Психологічний аспект канцерогенезу відкриває додаткові перспективи як для профілактики, так і для лікування цієї групи захворювань. Зростання поширеності та поліетіологічність онкопатології створюють необхідність вивчення факторів ризику та психологічних передмов розвитку захворювань. Вивчення психологічних механізмів, пов'язаних із канцерогенезом, стає фундаментальним завданням для розробки комплексних підходів до профілактики та лікування онкологічних захворювань у сучасній медичній практиці [86].

Значний внесок у розвиток психоонкології зробили такі видатні дослідники як К. Саймонтон., Л. Темошок, Д. Спігель, Р. Гросарт-Матічек, Г. Айзенк та Л. Лешан. Їхні фундаментальні праці заклали базис для розуміння складних взаємозв'язків між психологічним станом людини та розвитком онкопатології. Систематизація та критичний аналіз існуючих психологічних теорій розвитку онкологічних захворювань стає ключовим завданням для подальшого розвитку цього напрямку досліджень [67, 68], [86]. Сучасні дослідження у галузі психоонкології продовжують розвивати та поглиблювати розуміння цих взаємозв'язків, створюючи нові теоретичні моделі та практичні підходи до профілактики та лікування онкопатології [67, 68, 86].

Хронічний стрес як провідний фактор канцерогенезу привертає особливу увагу дослідників у галузі психоонкології [108]. Тривала психологічна напруга призводить до суттєвих змін у функціонуванні імунної системи через підвищення рівня кортизолу та інших гормонів стресу, що може створювати сприятливі умови для розвитку злоякісних новоутворень [108]. Дослідження демонструють, що порушення рівноваги природних механізмів протипухлинного захисту організму часто пов'язане саме із довготривалим впливом стресових факторів [108, 86]. Сучасні наукові дані підтверджують, що хронічний стрес може впливати на процеси апоптозу, неоангіогенезу та метастазування, створюючи сприятливе середовище для розвитку онкопатології.

Особлива роль у цьому процесі належить змінам в експресії генів, пов'язаних із імунною відповіддю та потенціюванням запалення [86, 108], ремоделюванням пухлинного мікрооточення (як клітинного так і мікробного пейзажу – паратуморального та інтратуморального онкобіому).

Концепція особистісного типу «С», розроблена Л. Темошок, розкриває важливість індивідуальних психологічних характеристик у розвитку онкологічних захворювань [108]. Особистості цього типу відрізняються схильністю до придушення негативних емоцій, надмірною пристосовуваністю та самопожертвою, що може створювати додаткове навантаження на психофізіологічні системи організму [86, 108]. Численні дослідження підтверджують кореляцію між такими особистісними характеристиками та підвищеним ризиком розвитку онкологічних захворювань [86, 108]. Важливим аспектом цієї теорії є розуміння механізмів, через які особистісні особливості впливають на фізіологічні процеси в організмі, включаючи імунну регуляцію та гормональний баланс [86, 108]. Дослідження показують, що особистості типу «С» часто демонструють знижену активність природних лімфоцитів Т-кілерів та інші імунологічні порушення [86, 108].

Психонейроімунологічні механізми канцерогенезу розкривають складну взаємодію між психічним станом, нервовою, ендокринною та імунною системами організму [86, 108]. Депресивні стани, тривожні розлади та інші психологічні порушення можуть суттєво впливати на активність природних лімфоцитів Т-кілерів та інших компонентів імунної системи через нейроендокринні механізми [108]. Сучасні дослідження в галузі психонейроімунології демонструють, що психологічний стрес може модулювати експресію генів, пов'язаних із запаленням та імунною відповіддю, через епігенетичні механізми. Це відкриває нові перспективи для розуміння молекулярних механізмів впливу психологічних факторів на канцерогенез та створює основу для розробки нових превентивних та терапевтичних стратегій [86, 108].

Втрата життєвих смислів та глибока екзистенційна криза, згідно з теорією Л. Лешана, можуть виступати тригерами розвитку онкологічних захворювань [97]. Руйнування значущих соціальних зв'язків, втрата професійної ідентичності або життєвої мети створюють специфічний психологічний стан, який може сприяти розвитку патологічних процесів в організмі [97]. Дослідження показують, що втрата сенсу життя часто супроводжується значними змінами взаємодії між імунною та нейроендокринною регуляцією [97]. Важливим аспектом цієї теорії є розуміння механізмів, через які екзистенційна криза може впливати на фізіологічні процеси в організмі, включаючи активацію запальних процесів та порушення механізмів репарації ДНК [86, 97].

Емоційна експресія та супресія відіграють ключову роль у розвитку онкологічних захворювань, що підтверджується численними дослідженнями в галузі психоонкології. Хронічне придушення емоцій, особливо негативних, може призводити до значних змін у функціонуванні імунної та ендокринної систем [86, 97]. Особистості, які систематично пригнічують свої емоції, мають підвищений ризик розвитку різних захворювань, включаючи онкологічні. Важливим аспектом цієї теорії є розуміння механізмів, через які емоційна регуляція впливає на фізіологічні процеси в організмі [86, 97]. Сучасні дослідження демонструють, що способи вираження емоцій можуть модулювати активність симпатичної нервової системи та впливати на рівень прозапальних цитокінів [86, 97].

Соціальна підтримка та якість міжособистісних відносин виступають важливими факторами у профілактиці та лікуванні онкологічних захворювань. Міцні соціальні зв'язки та емоційна підтримка можуть значно покращувати прогноз захворювання та якість життя пацієнтів [66]. Дослідження показують, що соціальна ізоляція та відсутність підтримки асоційовані із підвищеним ризиком розвитку онкопатології та нижчими показниками виживаності. Механізми впливу соціальної підтримки на здоров'я включають зниження рівня стресу, покращення імунної та нейроендокринної взаєморегуляції та активацію захисних психофізіологічних механізмів. Особливу роль відіграє якість

соціальних взаємодій та здатність використовувати доступні ресурси підтримки [66, 86].

Травматичний досвід, особливо у ранньому віці, має довготривалий вплив на розвиток онкологічних захворювань через стійкі зміни у функціонуванні нейроендокринної та імунної систем [66]. Психологічні травми можуть викликати каскад біохімічних реакцій, які потенційно впливають на процеси канцерогенезу. Сучасні дослідження в галузі епігенетики демонструють, що травматичний досвід може призводити до стійких змін у експресії генів, пов'язаних із регуляцією стресу та імунною відповіддю [66]. Особливу увагу привертають механізми, через які рання травматизація впливає на розвиток різних типів онкопатології у дорослому віці [66]. Розуміння цих механізмів відкриває нові можливості для профілактики та раннього виявлення онкологічних захворювань у людей із травматичним досвідом [66, 86].

Практичне застосування психологічних теорій у онкології сприяє розробці комплексних стратегій та персоналізованих програм профілактики та лікування, що враховують індивідуальні психологічні особливості пацієнтів. Сучасні підходи включають програми управління стресом, психотерапевтичні інтервенції, групи підтримки та індивідуальне консультування.

Особлива увага приділяється розвитку навичок емоційної регуляції, покращенню копінг-стратегій та відновленню життєвих смислів [66]. Інтеграція психологічних інтервенцій у стандартні протоколи лікування сприятиме інтегральному поліпозиційному підходу і може значно покращувати прогноз захворювання та якість життя пацієнтів [66, 86].

Майбутнє психоонкологічних досліджень лежить у площині інтеграції психологічних теорій із сучасними досягненнями молекулярної біології, онкоморфології та генетики. Перспективними напрямками є вивчення молекулярних механізмів впливу психологічних факторів на процеси канцерогенезу, розробка точних методів оцінки психологічних факторів ризику онкопатології та проведення довгострокових проспективних досліджень. Особливу увагу слід приділити дослідженню культурних та соціальних факторів,

що впливають на взаємозв'язок між психологічним станом та розвитком різних типів онкопатології. Важливим завданням залишається розробка та валідація нових методів психологічної діагностики та інтервенцій, що враховують індивідуальні особливості пацієнтів та специфіку різних типів онкопатології[86].

1.4. Сучасні підходи до психологічної допомоги особам із онкологічними захворюваннями

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є одним із основних методів психологічної допомоги особам із онкологічними захворюваннями, спрямованих на покращення їхнього емоційного стану та адаптації до лікування [4]. Основна мета КПТ полягає в корекції негативних когніцій, які можуть підсилювати тривогу, депресію та стрес у пацієнтів з онкологічними захворюваннями. Згідно з дослідженням Б. Становського [4], стратегія медико-психологічної допомоги, зокрема через КПТ, дозволяє лікарям-психологам ефективно працювати з хворими на онкопатологію пацієнтами, допомагаючи їм зменшити тривожність і покращити психологічну адаптацію до хвороби. Цей підхід особливо ефективний на ранніх стадіях лікування, коли пацієнти найбільш вразливі до емоційних криз (Б. Становський, 2021) [4].

Сучасні дослідження показують, що програми психокорекції, такі як КПТ, допомагають пацієнткам з первинно виявленими онкологічними захворюваннями краще справлятися з емоційним навантаженням і стресом, що виникає через діагноз. Б. Становський [4] підтверджує, що застосування КПТ у пацієнок із вперше діагностованою онкопатологією значно покращує якість життя, допомагаючи знижувати рівень тривоги та депресії. Це сприяє не лише покращенню психологічного стану, а й швидшій та кращій адаптації до медичних процедур (Б. Становський, 2023) [4].

Крім того, на етапі променевої терапії пацієнти із онкопатологією стикаються зі значним стресом і тривогою, що ускладнює їх лікування [82]. Як зазначають О. Кирилова, В. Старенький та Т. Золотарьова [82], система

психологічної допомоги, що включає КПТ, є надзвичайно ефективною у зниженні рівня стресу під час променевої терапії [82]. Це особливо актуально в умовах військового стану, коли зовнішні стресори підсилюють внутрішні переживання пацієнтів [82]. Таким чином, КПТ допомагає підтримувати емоційну стабільність пацієнтів під час тривалого лікувально-діагностичного процесу, що є критично важливим для успішного завершення терапії (Кирилова, Старенький, & Золотарьова, 2024) [82].

КПТ також виявляється ефективною у рамках заходів з паліативної допомоги, коли пацієнти стикаються із важкими емоційними навантаженнями через усвідомлення невиліковності своєї хвороби [71]. В.С. Булига та О.В. Голозубова [71] підкреслюють важливість психотерапевтичної підтримки для онкохворих на термінальних стадіях [71]. Використання КПТ у у рамках заходів з паліативної допомоги дозволяє пацієнтам краще справлятися з емоційними труднощами, знаходити новий сенс життя і підвищувати рівень життєстійкості на фінальних етапах хвороби (В.С. Булига О.В. Голозубова, 2024) [71].

Дослідження Х. Yuan et al. [64] показало, що КПТ може сприяти зменшенню рівня тривожності та депресії у пацієнтів, а також покращенню їхньої здатності до адаптації до нових життєвих умов, включаючи лікування та його побічні ефекти (Х. Yuan et al., 2021) [64].

КПТ також активно використовується для зменшення емоційного дистресу та поліпшення якості життя пацієнтів. За результатами досліджень G. Vizin et al. [57], КПТ показала значний вплив на зниження рівня психологічного дистресу у пацієнтів із онкопатологією, допомагаючи їм подолати страхи, пов'язані із майбутнім, та прийняти реалії захворювання [57]. Цей метод вважається ефективним для лікування депресії та тривоги, що часто виникають на різних етапах лікування онкопатологій (G. Vizin et al., 2020) [57].

Крім того, дослідження С. Lin et al. [42] підтверджує, що КПТ сприяє не тільки покращенню психічного здоров'я, але й підвищенню загальної якості життя пацієнтів із онкологічною патологією [42]. Це включає зниження рівня депресивних симптомів, а також покращення функціонування у соціальній сфері

та зменшення впливу негативних емоцій, спричинених захворюванням (С. Lin et al., 2022) [42].

Психоосвітні програми та тренінги для онкохворих та їхніх родичів є важливим інструментом підтримки пацієнтів, спрямованим на допомогу у розумінні природи захворювання, емоційних викликів та методів подолання стресу [18]. Ці програми забезпечують не лише інформаційну підтримку, але й сприяють розвитку навичок управління стресом і тривогою як для пацієнтів, так і для їхніх близьких [18]. Дослідження Dionne-Odom et al. [18] підкреслює, що психоосвіта є ключовим аспектом психотерапевтичної роботи із родинами онкохворих, допомагаючи їм краще розуміти свої ролі в процесі догляду та підготовці до психологічних викликів, що виникають під час лікувально-діагностичного процесу (Dionne-Odom et al., 2019) [18].

Ефективність психоосвітніх програм також полягає в їх здатності знижувати емоційне навантаження на пацієнтів та їхні сім'ї [18, 29]. Програми, такі як ENABLE, орієнтовані на навчання пацієнтів і доглядачів, дозволяють краще зрозуміти складність лікування онкопатології та підготувати їх до можливих труднощів [29].

Згідно із дослідженнями, психоосвітні втручання, що включають навчання навичкам подолання стресу та поліпшення комунікації, допомагають значно знизити рівень стресу і депресії серед пацієнтів та їхніх близьких (L. Hasanah, A. Allenidekania, 2022) [29]. Це підтверджує ефективність програм психоосвіти у поліпшенні якості життя та зміцненні психологічної стійкості у процесі лікування (L. Hasanah, A. Allenidekania, 2022) [29].

Крім того, сучасні психоосвітні програми використовують цифрові платформи, що підвищує їх доступність та зручність для пацієнтів. Наприклад, Q. Cheng et al. [13] досліджували ефективність програми, що реалізується через платформу WeChat для підтримки доглядачів підлітків з онкологічними захворюваннями. Виявлено, що така програма допомагає значно зменшити стрес та покращити якість життя учасників (Q. Cheng et al., 2023) [13].

Онлайн-консультування та цифрові технології стають все більш важливими методами надання психологічної допомоги пацієнтам із онкопатологією, завдяки їх доступності та гнучкості. Інтернет-консультації дозволяють пацієнтам отримувати допомогу, не виходячи з дому, що особливо важливо для людей з обмеженою мобільністю або тих, хто проживає у віддалених регіонах.

Цифрові технології також сприяють кращому моніторингу психоемоційного стану пацієнтів через мобільні додатки та інші платформи для самостійного управління психологічним станом [61]. Згідно з дослідженням R. Willems et al. [61], мобільні додатки та веб-платформи не тільки покращують доступ до психологічної підтримки, але й дозволяють пацієнтам активно брати участь у процесі власного лікування. Вони забезпечують можливість відстежувати симптоми, отримувати консультації та рекомендації щодо психологічної самопомоги, що сприяє покращенню якості життя пацієнтів із онкологічними захворюваннями (R. Willems et al., 2019) [61].

Однак, ефективність онлайн-консультацій залежить від рівня цифрової грамотності пацієнтів [41]. Дослідження S. Lepore et al. [41] вказує на те, що пацієнти з нижчим рівнем цифрової грамотності стикаються із труднощами у використанні таких платформ, що може негативно впливати на результати психологічної допомоги [41]. Незважаючи на ці обмеження, цифрові технології пропонують значний потенціал для покращення психосоціальної підтримки, особливо для пацієнтів, які не можуть регулярно відвідувати особисті консультації (S. Lepore et al., 2019) [41].

Онлайн-консультування та цифрові технології роблять психологічну допомогу доступнішою для осіб із онкологічною патологією, пропонуючи їм зручний та гнучкий спосіб отримання підтримки у важкі періоди лікування, проте мають недоліки, що не дозволяє розглядати їх як універсальний інструмент надання психологічної допомоги, позбавлений факторів ризику.

1.5. Роль психотерапії та консультування у покращенні якості життя осіб із онкологічними захворюваннями

Психотерапія є одним із ключових інструментів для зниження емоційного дистресу, депресії та тривоги у пацієнтів із онкологічними захворюваннями. Емоційний дистрес, який часто супроводжує пацієнтів протягом усього лікування, може мати негативний вплив на результати терапії та загальний рівень життя пацієнтів [94]. За даними А.П. Мельника [94], реабілітаційна психологія відіграє вирішальну роль у процесі відновлення психічного здоров'я пацієнтів після лікування, знижуючи рівень депресії та допомагаючи їм адаптуватися до нових життєвих реалій [94]. Важливо зазначити, що реабілітаційна психологія включає як індивідуальну, так і групову терапію, яка допомагає пацієнтам формувати життєстійкість та позитивне ставлення до майбутнього (А.П. Мельник, 2021) [94].

О.А. Гергало та Г.О. Хомич [74] дослідили психоемоційний стан онкохворих в умовах психологічного супроводу і виявили, що регулярна психотерапія дозволяє зменшити рівень тривожності та емоційної напруги. Це сприяє покращенню загального психічного здоров'я пацієнтів, знижує дистрес та покращує комунікацію з медичним персоналом і близькими людьми, що, своєю чергою, підвищує якість життя пацієнтів (О.А. Гергало, Г.О. Хомич, 2021) [74].

Консультативна робота з екзистенційними запитами є важливою частиною психотерапевтичної підтримки осіб із онкологічною патологією [93]. М.Я. Мавко [93] у своєму системному огляді літератури підкреслює, що психотерапія, зокрема когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), допомагає пацієнтам впоратися із глибокими екзистенційними питаннями, які часто виникають у процесі лікування [93]. Це сприяє прийняттю хвороби, допомагає знаходити сенс у житті та підвищує психологічну стійкість пацієнтів (М.Я. Мавко, 2022) [93].

Іншим важливим аспектом психологічної допомоги є профілактика суїцидальної поведінки серед онкохворих пацієнтів [79]. С.В. Ісаєнко [79] досліджує клініко-психопатологічні закономірності формування суїцидальної

поведінки у пацієнтів із онкологічними захворюваннями і робить висновок, що психологічна підтримка є ключовою для зниження ризиків суїцидальних думок та спроб. Завдяки регулярній терапії, пацієнти можуть навчитися контролювати свої емоції та знаходити альтернативні шляхи вирішення кризових ситуацій (С.В. Ісаєнко, 2020) [79].

Медико-психологічна допомога також є невід'ємною частиною комплексної терапії онкохворих [88]. Як зазначає Т. Г. Кривоніс [88], включення психологічних інтервенцій у стандартне лікування пацієнтів допомагає не лише покращити психоемоційний стан пацієнтів, але й підвищує комплаєнс «лікар-пацієнт» та ефективність лікування [88]. Пацієнти, які отримують психологічну підтримку, більш мотивовані дотримуватися рекомендацій лікарів, що позитивно впливає на прогноз лікування (Т.Г. Кривоніс, 2020) [88]. С.О. Лукомська [90-92] акцентує увагу на ресурсному підході в подоланні кризових ситуацій, зокрема у пацієнтів із онкологічними захворюваннями. Психотерапія допомагає таким пацієнтам активувати свої внутрішні ресурси та мобілізувати психологічні резерви для подолання кризи, що сприяє покращенню якості життя та адаптації до складних життєвих обставин (С.О. Лукомська, 2020) [90-92].

Важливу роль відіграє психологія в медичній реабілітації [72]. О.М. Візірякіна [72] підкреслює, що психологічна допомога є важливою складовою реабілітації, оскільки вона допомагає пацієнтам не лише фізично відновитися після лікування, але й зменшує психоемоційні наслідки, такі як тривога та депресія [72]. Реабілітаційні психологічні інтервенції дозволяють пацієнтам повернутися до повноцінного життя після лікування онкопатології (О.М. Візірякіна, 2023) [72].

Згідно із дослідженням А. Rossi et al. [49], короткотривала когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) демонструє значний вплив на зменшення рівня дистресу серед онкохворих, причому позитивні результати зберігаються протягом одного року після завершення терапії (А. Rossi et al., 2019) [49].

Крім КПТ, інші підходи, такі як підтримувальна терапія, також показують свою ефективність у зменшенні симптомів депресії та тривоги [35]. Дослідження

P. Karulkar [35] продемонструвало, що підтримувальна терапія суттєво знижує рівень депресії та тривоги у пацієнтів, які проходять лікування онкопатології. Рівень дистресу значно зменшується після кількох сеансів терапії, що свідчить про важливість включення психотерапевтичних інтервенцій у комплексне лікування пацієнтів із онкопатологією (P. Karulkar, 2020) [35].

Одним із новітніх підходів є застосування когнітивно-поведінкової терапії на основі усвідомленості (Mindfulness-Based Cognitive Therapy, МВСТ), яка також ефективно знижує рівень тривоги та депресії серед пацієнтів із онкопатологією [15]. F. Compen et al. [15] у своєму дослідженні показали, що як традиційна МВСТ, так і її онлайн-версія (eМВСТ) мають значний вплив на зменшення психологічного дистресу у пацієнтів із онкопатологією, що робить ці методи універсальними і доступними у сучасних умовах (F. Compen et al., 2019) [15].

Таким чином, психотерапія, зокрема КПТ і МВСТ, є ефективними методами для зменшення емоційного дистресу та депресії у пацієнтів із онкологічною патологією, допомагаючи пацієнтам справлятися з психологічними викликами та поліпшувати їхню якість життя під час лікувально-діагностичного процесу та реабілітації.

Консультування відіграє вирішальну роль у процесі психологічної адаптації пацієнтів із онкопатологією до змін, викликаних захворюванням, таких як фізичні обмеження та соціальні виклики. Пацієнти, що стикаються зі значними змінами у своєму фізичному стані, часто переживають труднощі у підтримці своєї самооцінки та сприйнятті свого тіла, що впливає на їхню здатність адаптуватися до нових умов життя [39]. Як зазначають M. Lauriola і M. Tomai [39], фізичні зміни, зокрема втрата функціональних можливостей або зміни зовнішності, можуть поглиблювати відчуття безпорадності та тривожності у пацієнтів, що ускладнює їхню психологічну адаптацію [39]. Консультування у таких випадках дозволяє пацієнтам краще справлятися із цими викликами, розвиваючи стратегії для збереження психологічної рівноваги та підвищення якості життя (M. Lauriola, M. Tomai, 2019) [39].

Значну увагу слід приділяти і соціальним аспектам адаптації пацієнтів. Соціальні взаємовідносини можуть суттєво змінюватися через обмеження, спричинені онкологічним захворюванням, що може призвести до ізоляції або конфліктів у відносинах [9]. Як стверджують А. Çal і І. Avcı [9], шлюбні стосунки пацієнтів можуть серйозно постраждати внаслідок захворювання, зокрема через психосоціальні труднощі, що виникають під час лікування [9]. Подружня підтримка є критично важливою для адаптації пацієнта, оскільки вона може суттєво полегшити емоційний тягар, який несе пацієнт під час хвороби (А. Çal, І. Avcı, 2023) [9]. У випадках, коли подружня підтримка відсутня або є недостатньою, пацієнти часто стикаються із емоційною ізоляцією, що поглиблює відчуття тривожності та депресії [9].

Консультації також допомагає пацієнтам приймати зміни у своєму соціальному становищі та підтримувати здорові міжособистісні відносини [19]. Дослідження Р. Dobříková et al. [19] підкреслює важливість соціальної підтримки під час лікування онкопатології, оскільки вона сприяє зменшенню соціальної ізоляції та допомагає пацієнтам краще адаптуватися до життя із онкологічним діагнозом. Соціальна підтримка з боку сім'ї, друзів та фахівців у сфері охорони здоров'я може мати значний позитивний вплив на емоційний стан пацієнтів і їхню здатність впоратися зі стресом (Р. Dobříková et al., 2021) [19].

Психотерапія відіграє ключову роль у підвищенні якості життя та розвитку життєвої стійкості у пацієнтів із онкопатологією, допомагаючи їм адаптуватися до нових реалій після отримання діагнозу. Пацієнти, які проходять психотерапевтичні інтервенції, здатні знайти новий сенс життя, що сприяє зменшенню стресу та підвищенню психологічної стійкості [62]. Дослідження Y.Wu et al. [62] показало, що психотерапія суттєво покращує якість життя пацієнтів із прогресуючою онкопатологією, хоча на тривалість їхнього життя вона безпосередньо не впливає [62]. Ці методи допомагають знижувати рівень тривоги, депресії та психологічного стресу, що безпосередньо пов'язано з покращенням загального самопочуття і підвищенням якості життя пацієнтів (Y. Wu et al., 2022) [62].

Розвиток життєстійкості через психотерапію стає важливою складовою психологічної реабілітації пацієнтів із онкопатологією [6]. E. Voškailo et al. [6] зазначають, що для пацієнтів із онкопатологією грудей важливим фактором покращення якості життя є здатність до психологічної стійкості [6]. Пацієнти, які демонструють високий рівень психологічної стійкості, краще адаптуються до лікування і виявляють вищий рівень психосоціальної стабільності [6]. Хоча прямого зв'язку між рівнем стійкості та якістю життя не виявлено, цей фактор залишається важливим аспектом під час розробки інтервенцій, спрямованих на покращення життя пацієнтів (E. Voškailo et al., 2021) [6].

Впровадження інтердисциплінарних програм, таких як запропонована B. Savaş et al. [51], також демонструє позитивні зміни в життєстійкості та якості життя пацієнтів під час або після терапії онкопатології [51]. Хоча зміни були помірними, пацієнти із низьким рівнем життєстійкості та помітними симптомами тривоги та депресії отримали найбільші переваги від програми [51]. Це підтверджує, що психотерапія може стати важливим інструментом для зниження психоемоційного навантаження та підвищення рівня адаптації пацієнтів до викликів, пов'язаних із хворобою (B. Savaş et al., 2022) [51].

1.6. Кримінально-виконавча система та високоспеціалізовані заклади охорони здоров'я онкологічного профілю: що спільного?

Кримінально-виконавча система в Україні представлена Державною кримінально-виконавчою службою України (ДКВСУ), що керується Законом України про Державну кримінально-виконавчу службу» та здійснює державну політику примусу у сфері виконання кримінальних покарань, що передбачає реалізацію позбавлення волі, обмеження волі, обмеження прав та ін. [83].

З огляду на значний вплив застосування каральних заходів на психологічний стан особистості, до якої вони були застосовані а також на перспективність використання психологічного впливу у якості виправного

інструменту сформувалася окрема галузь юридичної психології – пенітенціарна психологія [83].

Діяльність психолога у закладах кримінально-виконавчої системи потребує особливої професійної підготовки та власної психологічної готовності працювати зі спецконтингентами у місцях позбавлення волі. Поряд із тим, засуджені – це часто особистості, що на момент взаємодії із психологом установи знаходяться у надскладних життєвих ситуаціях, що супроводжуються тотальною недовірою до всіх і всього, гострою потребою у відчутті потрібності та необхідністю глибоких особистісних змін із примусовим виходом із зони комфорту [83]. Ці особистості, не завжди свідомо, часто потребують проявів піклування, але у особливій формі, такій, яка б не нашкодила шляху до виправлення минулих помилок [83].

З точки зору психологічної практики цікавим є той факт що пацієнти із онкологічними захворюваннями, що отримують лікування у високоспеціалізованих закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) онкологічного профілю, формують окремий, особливий контингент, що може потребувати психологічного супроводу, за певними ознаками, такими як необхідність боротися за своє життя і здоров'я шляхом проходження виснажливого лікувально-діагностичного процесу, що може тривати роками [83]. Їх воля не обмежена ні примусом, ні кримінально-виконавчою системою, але є необхідність у суворому дотриманні рекомендацій лікарів, проходженні інвазивних діагностичних та лікувальних процедур [83].

Спільними рисами психологічної моделі ситуації, у якій знаходяться пацієнт онколога та засуджений, що відбуває покарання в установі позбавлення волі є необхідність виходу із зони комфорту, що супроводжується тривалим впливом стресу та тривоги через різку зміну побутових умов, активні зовнішні втручання, що коригують особисте життя та обмежують прийняття рішень, різка зміна оточення на специфічне (атмосфера лікарняної палати, велика кількість важкохворих людей поряд або ж атмосфера колонії та оточення із засуджених, що тривало перебували у соціальній ізоляції і мають значні соціокультурні

відмінності), різко відмінне від звичного та обмеження спілкування із близькими [83]. Відрізняються першопричини, але внутрішні психологічні процеси, що виникають у відповідь, можуть мати аналогічні механізми реалізації та потребувати відповідних методів корекції [83].

У взаємодії пацієнта ЗОЗ онкологічного профілю із лікарем-онкологом є ряд критичних періодів, що можуть супроводжуватися швидкими та високоамплітудними змінами психологічного та психоемоційного стану. Зокрема, це момент первинного встановлення діагнозу і оголошення пацієнту про наявність у нього онкологічного захворювання. У цей момент переважна більшість пацієнтів потребують психологічної допомоги, але не всі це усвідомлюють [83].

Психологічну модель сприйняття особистістю цього моменту можна порівняти, наприклад, із моментом затримання особи або із оголошенням вироку, що містить суворе покарання [83]. Частина пацієнтів на цьому етапі намагається всіма способами спростувати діагноз і робить вигляд що не довіряє або ж дійсно не сприймає його серйозно. Аналогічні реакції можуть демонструвати особи під час затримання, під час оперативних слідчих дій чи оголошення вироку, але по відношенню до визнання провини [83].

Після проходження всіх стадій прийняття нової дійсності пацієнти із онкологічними захворюваннями поступово демонструють розвиток адаптаційних процесів, що виражається у відновленні здатності приймати рішення щодо лікування, активній участі у лікувально-діагностичному процесі, покращенні комплаєнсу «лікар-пацієнт», ініціації повторної консультації онколога для отримання відповідей на питання з приводу прогнозу і доступних опцій лікування, активній бесіді під час такої консультації, конспектуванні, відкритому вираженні свого ставлення до запропонованих методів лікування і обговоренні ризиків [83].

Психологічну модель цього процесу можна порівняти із процесом адаптації засуджених до перебування в установі виконання покарань (УВП), що може виражатися у зменшенні конфліктності, подоланні бар'єрів у спілкуванні та

активній участі засуджених у заходах психологічної підтримки, трудотерапії, навчанні [83].

Наступний критичний період взаємодії лікаря-онколога із пацієнтом може виникнути на етапі лікування, а саме під час виникнення першого важкого ускладнення, що значно погіршить якість життя пацієнта [83]. Більшість ускладнень від лікування є транзиторними, поряд із тим, період відновлення займає багато часу. Ця перспектива може дещо посилювати психологічні прояви дезадаптації під час виникнення такого ускладнення, але більшість пацієнтів долають її без перманентних психологічних наслідків [83].

Поряд із тим, якщо лікування супроводжується значним ступенем інвалідизації пацієнта (наприклад, ампутація кінцівки через злоякісне ураження трубчастої кістки або встановлення стоми після хірургічного лікування) – на цьому етапі часто необхідне психологічне консультування і терапія для забезпечення соціалізації пацієнта та адаптації до звичного життя [83].

Окремою причиною для настання чергового критичного з психологічної точки зору періоду взаємодії між лікарем і пацієнтом може бути встановлення ознак прогресування хвороби, таких як інвазія у поряд розташовані структури, місцевий рецидив, метастазування або інші ускладнення, що суттєво впливають на прогноз чи є показами до паліативного лікування [83]. На цьому етапі також можливе виникнення гострих психологічних та психоемоційних реакцій, але на цьому етапі більшість пацієнтів вже мають сформовані адаптаційні стратегії реагування за умов що протягом всього тривалого періоду лікування пацієнт мав стабільно задовільний чи добрий комплаєнс із лікарем та доступ до регулярних психологічних інтервенцій, спрямованих на підтримання цього комплаєнсу та зменшення тривоги [83].

Особливої уваги заслуговує той факт, що пацієнти, які тривало мають підвищений рівень стресу та тривоги, потребують більшої уваги лікаря у момент оголошення їм про те що хвороба вилікувана радикально (повністю). Такі пацієнти можуть необ'єктивно сприймати факти і продовжувати шукати у себе симптоми хвороби [83]. Така ситуація може потребувати психологічного

консультування та терапії для зменшення тривожності. Також на обстеження до онколога можуть звертатися пацієнти із іпохондрією, соматизованою депресією та іншими розладами, що не супроводжуються об'єктивними ознаками наявності онкологічної патології [83].

Згідно із теорією Лешана, тривале перебування пацієнта у такому психоемоційному стані саме по собі може стати тригером розвитку онкологічних захворювань, тому потребує комплексного підходу до надання допомоги із акцентом на психологічну корекцію [83].

Модель цієї психологічної ситуації можна порівняти із моделлю, що виникає коли засуджений визнає свою провину і не погоджується із покаранням оскільки вважає його не надто суворим і недостатнім для того щоб виправити свою провину [83]. Це може виражатися у замкнутості, депресії, схильності до надмірного аскетизму і самокритики, навмисному самопошкодженні, суїцидальних думках і спробах [83].

З огляду на деякі спільні риси психологічних моделей ситуацій, із якими стикаються пацієнти із онкологічними захворюваннями, що проходять лікування у високоспеціалізованих ЗОЗ онкологічного профілю та засуджені, що відбувають покарання в УВП, можна зробити висновок про те що прикладні аспекти досвіду пенітенціарної психології та онкопсихології можуть бути взаємнокорисними для практикуючих психологів, які працюють як із контингентами засуджених в УВП так і з пацієнтами високоспеціалізованих ЗОЗ онкологічного профілю [83].

1.7. Психотерапія як спосіб покращення комплаєнсу «лікар-пацієнт»

Психотерапія відіграє ключову роль у зміцненні довіри між лікарем і пацієнтом, що є основою для ефективного лікування онкологічних захворювань. Довіра є важливою складовою терапевтичного альянсу, який забезпечує взаєморозуміння і сприяє більш продуктивній співпраці [83]. Психотерапія

допомагає лікарям краще розуміти потреби, страхи і емоційні переживання пацієнтів, що значно покращує їхню комунікацію [83].

Як зазначають І.В. Кіреєв і Н.В. Жаботинська [83], фактори комплаєнсу пацієнтів багато в чому залежать від рівня комунікації між лікарем та пацієнтом, де важливу роль відіграють емпатія та активне слухання. Це підвищує комплаєнс пацієнтів до терапії, що, в свою чергу, покращує результати лікування (І.В. Кіреєв, Н.В. Жаботинська, 2021) [83].

Значну увагу також приділено медичній комунікації, А.С. Бідучак [69] зазначає, що якісна комунікація в системі «керівник-лікар-пацієнт» суттєво впливає на загальний стан пацієнтів, сприяючи зменшенню їхнього стресу та підвищенню рівня довіри до медичного персоналу. Це особливо важливо для пацієнтів із онкологічними захворюваннями, оскільки для них емоційна підтримка з боку медичних працівників є особливо значущою (А. С. Бідучак, 2023) [69].

Дослідження О. Гайворонської [73] підкреслює, що сприйняття пацієнтами комунікації з лікарем безпосередньо впливає на їхню комплаєнтність до терапії. Пацієнти, які мають можливість відкрито обговорювати свої емоційні та фізичні проблеми із лікарем, виявляють вищий рівень довіри до лікування, що покращує результати терапії (О. Гайворонська, 2022) [73].

Крім того, дослідження М.В. Красносельського та співавторів [87] показало, що під час променевої терапії пацієнти часто відчують високий рівень дистресу, що може впливати на їхню комплаєнтність до лікування. Завдяки використанню психотерапевтичних методів, зокрема когнітивно-поведінкової терапії, вдалося знизити рівень дистресу та підвищити якість життя пацієнтів, що покращило результати променевої терапії (М. В. Красносельський та співавт., 2022) [87].

Як зазначають R. Caruso et al. [10], сеанси підтримувальної психотерапії допомагають пацієнтам не тільки справлятися зі стресом і тривогою, але й зміцнюють їхню впевненість у лікарях, полегшуючи процес прийняття лікування (R. Caruso et al., 2021) [10].

Психотерапія також сприяє кращій адаптації пацієнтів до терапевтичних процедур, знижуючи рівень тривожності та підвищуючи мотивацію до співпраці з лікарями [62]. Пацієнти, які проходять психотерапевтичні сеанси, відчують більше розуміння щодо своїх емоційних станів, що дозволяє їм бути більш відкритими і чесними у спілкуванні з лікарями [62]. Дослідження Y. Wu et al. [62] підтверджує, що психотерапія допомагає зменшити рівень депресії, тривожності та болю у пацієнтів, що, в свою чергу, покращує їхнє ставлення до лікарів і процесу лікування (Y. Wu et al., 2022) [62].

Крім того, довіра, яка виникає під час психотерапевтичного процесу, допомагає лікарям і пацієнтам формувати більш ефективний терапевтичний план. Психотерапія дозволяє пацієнтам краще зрозуміти важливість дотримання рекомендацій лікаря, що зменшує ризик неправильного застосування медикаментів або уникнення терапії. Це також сприяє зниженню емоційних бар'єрів, які можуть виникати під час лікування, та покращенню якості життя пацієнтів.

Психотерапія може відігравати важливу роль у підвищенні мотивації пацієнтів до виконання медичних рекомендацій, допомагаючи їм краще усвідомлювати свою відповідальність за результат лікування та важливість дотримання терапевтичного режиму [8].

Одним із основних підходів є використання технік мотиваційного інтерв'ювання, що, згідно з дослідженням N. Çakmak та S. Карису [8], значно підвищує рівень прихильності до медикаментозної терапії та рівень самооцінки пацієнтів із онкопатологією. Вони показали, що освітні консультації з мотиваційним інтерв'юванням, які проводилися через телефонні дзвінки, допомогли значно покращити якість дотримання пацієнтами рекомендацій щодо хіміотерапевтичного лікування та підвищити самовпевненість пацієнтів щодо своїх можливостей виконувати медичні вказівки (N. Çakmak, S. Карису, 2021) [8].

Крім того, дослідження I. Durosini et al. [20] підкреслює, що психологічні втручання можуть змінювати мотивацію пацієнтів протягом лікування. Пацієнти

часто починають терапію з індивідуалістичними цілями, такими як самодопомога або фізичне здоров'я, але поступово їх мотивація змінюється на колективну підтримку через спілкування з іншими пацієнтами, що також сприяє підвищенню їхньої залученості до терапевтичного процесу та дотримання медичних рекомендацій (I. Durosini et al., 2021) [20].

Психотерапія також сприяє зниженню емоційного бар'єру та тривожності, що покращує розуміння пацієнтами важливості дотримання призначеного лікування. Під час сеансів пацієнти можуть працювати над своїми страхами та занепокоєннями щодо лікування, що дозволяє їм більш усвідомлено та активно брати участь у терапії. Це, у свою чергу, підвищує їх мотивацію та прихильність до виконання медичних рекомендацій.

Психотерапія є важливим засобом зниження емоційних бар'єрів у комунікації між лікарем та пацієнтом, особливо в умовах онкологічного лікування, де пацієнти часто стикаються з високими рівнями тривоги, стресу та страху перед медичними процедурами [48]. Психотерапевтичні методи дозволяють зменшити ці емоційні бар'єри, допомагаючи пацієнтам краще справлятися зі своїми емоціями і відкрито обговорювати свої переживання з лікарями [48].

Дослідження Rene C. та Kissane D. [48] підкреслює, що психотерапія, яка включає методи управління стресом та психоосвітні втручання, зменшує прояви тривожності та страху у пацієнтів з онкологією, тим самим покращуючи їхню комунікацію з медичним персоналом та лікарями (Rene C., Kissane D., 2019) [48].

Також важливим є роль психотерапії в подоланні страхів пацієнтів, пов'язаних з їхньою хворобою та лікуванням. Згідно з дослідженням A. Tsiouris et al. [53], використання онлайн-платформ для психотерапевтичної допомоги допомогло пацієнтам покращити емоційну стабільність, зменшити рівень стресу та тривожності, а також полегшити обговорення медичних процедур та лікування з лікарями [53]. Цей підхід є ефективним для зниження емоційного бар'єру навіть у випадках, коли пацієнти мають обмежений доступ до особистих консультацій (A. Tsiouris et al., 2021) [53].

Психотерапевтичні втручання також допомагають лікарям краще зрозуміти емоційний стан пацієнта, що сприяє побудові більш ефективних терапевтичних взаємин [31]. Дослідження V. Неџ et al. [31] вказує на те, що пацієнти, які проходять психотерапію, стають більш відкритими до обговорення своїх страхів і питань, пов'язаних з хворобою, що значно покращує якість комунікації між ними та лікарями (V. Неџ et al., 2020) [31].

Таким чином, психотерапія ефективно знижує емоційні бар'єри в комунікації між лікарем і пацієнтом, сприяючи більш відкритому обговоренню медичних процедур, страхів та питань, що, у свою чергу, покращує комплаєнс та сприяє більш успішному лікуванню.

Висновок до розділу 1

Сучасні підходи до реалізації психологічної допомоги пацієнтам із онкопатологією ґрунтуються на результатах спеціальних прикладних досліджень та сформованих на їх основі сучасних теоріях канцерогенезу. Використання даних сприяє таргетизації підходів до корекції психоемоційного стану пацієнтів із онкологічною патологією не лише на етапі встановлення діагнозу, але і під час супроводу таких пацієнтів на всіх етапах проходження ними специфічного діагностично-лікувального процесу та наступної реабілітації.

Розуміння фундаментальних основ змін психоемоційного стану пацієнтів із онкопатологією а також критичних періодів, коли ці зміни можуть відбуватися більш стрімко і відрізнятися високою амплітудністю та фатальністю (наприклад, момент коли пацієнт вперше дізнається про свій діагноз; момент оголошення результатів цитоморфологічного та імуногістохімічного дослідження біопсійного матеріалу новоутворення, що кардинально впливає на методи, способи, тривалість та ступінь радикальності лікування, на яке може розраховувати пацієнт а також на прогноз щодо виживання; момент оголошення про встановлення наявності прогресування хвороби, метастазування або важкого

ускладнення; момент оголошення результатів спеціальних досліджень які дозволяють або не дозволяють включити пацієнта у клінічне дослідження із безкоштовним отриманням ним дороговартісного лікування надсучасними експериментальними інноваційними препаратами та інші) дозволяють покращити якість та своєчасність надання психологічно допомоги таким пацієнтам а також розробляти персоналізовані підходи з урахуванням особливостей особистості кожного окремого пацієнта та його клінічної ситуації, стадії лікувально-діагностичного процесу та прогнозу для подальшого життя, а також сприяти швидшій та якіснішій реабілітації пацієнта до нових умов звичного життя.

РОЗДІЛ 2

ОРГАНІЗАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Процедури та методики дослідження

Організація емпіричного дослідження базується на використанні валідних та надійних методик, що дозволяють охопити різні аспекти психологічного стану пацієнтів із онкологічною патологією. У цьому підрозділі наведено детальний опис інструментів дослідження, які були застосовані для досягнення поставлених цілей, а також обґрунтовано їх вибір та застосування. Особлива увага приділяється відповідності обраних методик специфіці досліджуваної проблематики.

Таблиця 2.1

Інструменти дослідження

№	Назва	Мета	Шкали
1	Шкала позитивного ментального здоров'я (Positive Mental Health Scale, PMH-scale)	Визначення психоемоційного стану, який переважно супроводжує пацієнта протягом життя до початку обстеження в онколога (тривалий період)	Показник позитивного ментального здоров'я
2	Індекс благополуччя ВООЗ-5 (WHO-5 Well-being Index)	Виявити стан протягом останніх 2 тижнів (протягом періоду обстеження у онколога, коли онкологічний діагноз тільки підозрюється)	Показник благополуччя
3	Методика виміру ядерного афекту (Емо-С15)	Відображає стан коли пацієнт почув діагноз (у другій групі діагноз онкології спростували, у першій – підтвердили)	Показник ядерного афекту

Шкала позитивного ментального здоров'я (Positive Mental Health Scale, PMH-scale), розроблена J. Lukat, J. Margraf, R. Lutz, W. M. van der Veld та E. S. Becker, є інструментом для оцінки позитивного психічного здоров'я (див.

додаток А) [96]. Ця методика ґрунтується на концепції, що акцентує увагу на позитивній складовій психоемоційного стану, яка забезпечує життєстійкість та здатність встановлювати соціальні контакти. Такий підхід дозволяє оцінити не лише відсутність негативних проявів у психічному стані, але й загальну спрямованість людини до гармонійного та активного життя [96].

Методика Positive Mental Health Scale складається з 9 тверджень, кожне з яких оцінюється за чотирибальною шкалою (див. додаток А) [96]. Показник позитивного ментального здоров'я є інтегральним індикатором психоемоційного стану людини, що відображає її здатність адаптуватися до життєвих викликів [96]. Шкала Positive Mental Health Scale, РМН-scale є особливо актуальною для дослідження стану пацієнтів з онкологічними захворюваннями, оскільки такі пацієнти стикаються зі значними емоційними навантаженнями, що можуть негативно впливати на їхню життєву активність та якість життя [96].

Результати оцінки за цією шкалою варіюються від 9 до 36 балів. Інтервали інтерпретації показників розподіляються наступним чином: низький рівень позитивного ментального здоров'я відповідає діапазону 9-24 балів, середній рівень – 25-29 балів, а високий рівень – 30-36 балів [96]. Така градація дозволяє точно визначити рівень психоемоційного благополуччя, що є важливим для подальшої розробки індивідуальних рекомендацій для психологічної підтримки [96].

Застосування РМН-scale у дослідженні пацієнтів з онкологічними захворюваннями дозволяє оцінити тривалий психоемоційний стан до початку обстеження [96]. Це забезпечує унікальну можливість вивчити базові фонові емоційні та психічні ресурси пацієнтів, які впливають на їхню здатність адаптуватися до діагнозу та подальшого лікування. Шкала позитивного ментального здоров'я Positive Mental Health Scale, РМН-scale таким чином стає не тільки діагностичним інструментом, але й індикатором для прогнозування ефективності психологічної допомоги [96].

Індекс благополуччя ВООЗ-5 (WHO-5 Well-being Index) є інструментом, спрямованим на оцінку рівня психологічного благополуччя особистості за

короткий період (див. додаток Б) [96]. Ця методика використовується для аналізу стану пацієнтів протягом двох тижнів, які включають період медичного обстеження у онколога, коли діагноз онкологічного захворювання підозрюється, але його ще не підтверджено [96]. Особливість методики полягає у її здатності виявляти зміни у психологічному стані пацієнта в умовах невизначеності, що є критичним для розуміння емоційної динаміки на цьому етапі [96].

Методика включає 5 тверджень (див. додаток Б [96]), які оцінюються за кількісними показниками, дозволяючи отримати інтегральний показник благополуччя [96]. Результати обчислюються шляхом підсумування балів за всіма пунктами, а отриманий показник може варіюватися від 0 до 25 балів. Для отримання відсоткового еквіваленту результат множиться на 4, що дозволяє масштабувати дані у діапазоні від 0% до 100% [96]. Така шкала дозволяє чітко визначити рівень благополуччя: низький (0–40%), середній (41–62%) та високий (63–100%) [96].

Особлива цінність цього інструменту полягає у його здатності швидко і ефективно вимірювати емоційний стан, зокрема рівень психологічного благополуччя, що має ключове значення для пацієнтів, які перебувають в стані очікування остаточного діагнозу [96]. Це дозволяє оцінити, наскільки пацієнт зберігає психологічну рівновагу в ситуації стресу та невизначеності. Крім того, методика враховує суб'єктивне сприйняття благополуччя, яке є важливим індикатором для підбору методів та методик для надання подальшої психологічної допомоги [96].

Індекс благополуччя WOO3-5 (WHO-5 Well-being Index) є важливим інструментом для дослідження емоційної динаміки пацієнтів з онкологічними захворюваннями, оскільки дозволяє виявити базовий рівень їхнього благополуччя у період обстеження у онколога. Отримані дані сприяють розумінню, як процес обстеження впливає на їхній емоційний стан, і допомагають адаптувати психологічну підтримку та персоналізувати її відповідно до індивідуальних потреб пацієнтів.

Методика виміру ядерного афекту Емо-С15 (див. додаток В) є важливим інструментом для аналізу емоційного стану пацієнтів безпосередньо після отримання діагнозу [96]. Концепція ядерного афекту ЕмоС-15, впроваджена Джеймсом Расселом, слугує основою для дослідження базового, елементарного емоційного переживання, яке є центральним компонентом будь-якого емоційного явища [96]. Ця методика дозволяє оцінити емоційний стан без прив'язки до конкретної події, що надає можливість вимірювати фундаментальні афективні реакції пацієнтів у моменти значних життєвих змін, таких як отримання онкологічного діагнозу [96].

Методика базується на використанні шкали ЕмоС-15, яка включає 15 тверджень, що описують різні емоційні стани (див. додаток В [96]), такі як радість, тривога, пригніченість, хвилювання, натхнення та інші [96]. Респонденти оцінюють ступінь відповідності цих тверджень їхньому поточному емоційному стану за п'ятибальною шкалою, де 1 бал означає «зовсім не підходить», а 5 балів — «повністю підходить». Такий підхід дозволяє отримати кількісні дані, які є основою для визначення показника ядерного афекту [96].

Особливістю методики є її універсальність, адже вона враховує як позитивні, так і негативні аспекти емоційного стану [96]. Це важливо для дослідження як пацієнтів з онкологічними захворюваннями, так і пацієнтів, що направлені на таке обстеження без наявності об'єктивних медичних показань, а лише через їх активне наполягання, що засноване на стійкому глибокому вихідному порушенні психоемоційного стану, що може супроводжуватися вираженою тривогою і страхом онкологічного захворювання у себе, іпохондричним синдромом, соматизованою депресією та іншими станами, що утруднюють сприйняття об'єктивної дійсності пацієнтом [96]. Їхні емоції можуть коливатися від полегшення до пригніченості залежно від результатів діагностики. Наприклад, пацієнти, у яких діагноз підтвердився, часто демонструють складну комбінацію емоцій, таких як тривога і смуток, тоді як у пацієнтів, у яких діагноз спростовано, можуть домінувати радість і натхнення.

Ядерний афект слугує важливим індикатором для розуміння психологічної адаптації пацієнтів до життєвих викликів [96]. Зміни у цьому показнику сигналізують про активацію когнітивних процесів, пов'язаних з адаптацією до нових обставин. Дані, отримані за допомогою методики ЕмоС-15, забезпечують глибокий аналіз емоційної динаміки, що дозволяє розробити індивідуальні стратегії психологічної допомоги для онкохворих [96]. Це робить методику ЕмоС-15 виміру ядерного афекту ефективним інструментом для моніторингу та підтримки психологічного стану пацієнтів на різних етапах діагностики та лікування [96].

Використання обраних методик дозволяє отримати комплексні інтегральні дані про психоемоційний стан пацієнтів з онкологічними захворюваннями та без таких не статично, а в динаміці, що є важливим для подальшого аналізу та розробки рекомендацій. Їх поєднання забезпечує глибокий погляд на психологічну динаміку, спричинену процесом діагностики та лікування, і слугує фундаментальною основою для реалізації наступних етапів дослідження.

2.2. Характеристика вибірки

Характеристика вибірки є ключовим етапом організації емпіричного дослідження, оскільки дозволяє отримати детальне уявлення про склад досліджуваних груп та врахувати їхні демографічні та інші особливості. Аналіз таких параметрів, як статевий розподіл та вікова структура, є важливим для розуміння взаємозв'язку між психоемоційним станом пацієнтів та впливом соціальних і біологічних факторів. Це дозволяє забезпечити достовірність та об'єктивність отриманих результатів, а також виявити специфічні особливості, які можуть впливати на їхнє емоційне благополуччя у процесі діагностування онкологічного захворювання.

У емпіричному дослідженні взяли участь 50 респондентів з числа пацієнтів, які у період із червня 2024 по жовтень 2024 року зверталися до лікаря первинного онколога Державного некомерційного підприємства «Національний

інститут раку» у м. Київ для дообстеження з метою підтвердження чи спростування онкологічного діагнозу.

Всі респонденти дали згоду на участь у дослідженні та подальшу обробку результатів дослідження. Критерії невключення респондентів: відмова від участі у дослідженні; наявність первинного злоякісного процесу та/або вторинного метастатичного ураження із локалізацією у структурах головного мозку та ЦНС; соматичний статус пацієнта за шкалою ECOG – 3 і більше балів; індекс маси тіла (ІМТ) менше 18 кг/м^2 ; наявність в анамнезі психіатричних захворювань; наявність в анамнезі енцефалопатії (у т.ч. екзогенно- та ендогенноінтоксикаційного генезу), гідроцефалії, тиреотоксикозу, гіпо- та гіпертиреозу, гострих порушень мозкового кровообігу, внутрішньочерепної гіпертензії, хронічних неврологічних захворювань.

Статевий розподіл, представлений у табл. 2.2, демонструє різницю між чоловіками та жінками в обох досліджуваних групах. Було встановлено (див. рис. 2.1), що у групі №1, де пацієнтам підтвердили онкологічний діагноз, переважають чоловіки – 13 осіб, що становить 26% від загальної вибірки, тоді як жінок у цій групі було лише 8 осіб (16%).

Таблиця 2.2

Статевий розподіл

Група	Чоловіки		Жінки		Всього	
	Абсолютна частота	Відсоткова частота	Абсолютна частота	Відсоткова частота	Абсолютна частота	Відсоткова частота
Група №1 (пацієнти, яким у процесі обстеження підтвердили онкологічний діагноз)	13	26%	8	16%	21	42%
Група №2 (пацієнти, яким у процесі обстеження не підтвердили онкологічний діагноз)	12	24%	17	34%	29	58%

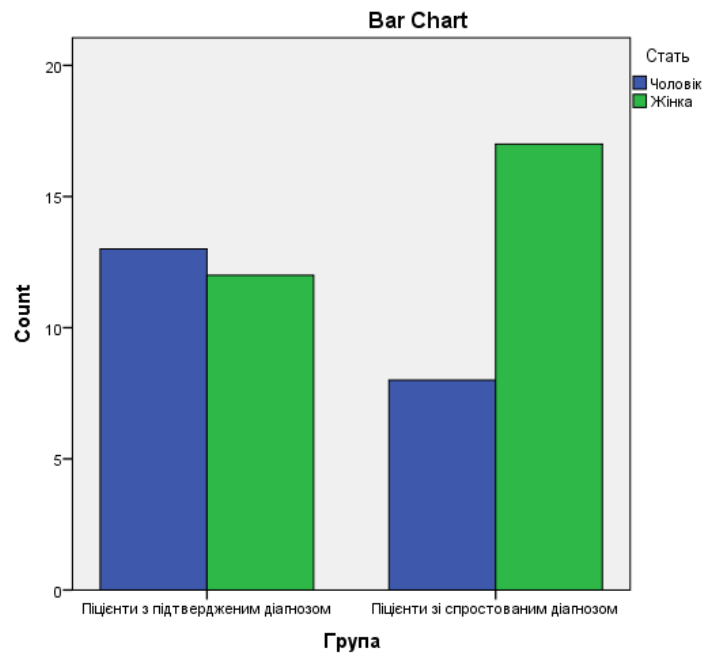


Рис. 2.1. Розподіл за статтю

Загальна частка цієї групи в дослідженні складає 42%. У групі №2, де діагноз не був підтверджений, спостерігається протилежна тенденція: жінки становили 34% (17 осіб), тоді як чоловіки – 24% (12 осіб). Загалом, ця група склала 58% від вибірки.

Вікова характеристика досліджуваних груп, наведена у табл. 2.3, також надає важливу інформацію. У групі №1 медіанний вік становив 56 років, а середній вік – 55,12 років із стандартним відхиленням 16,71. Це вказує на те, що більшість пацієнтів, яким підтвердили онкологічний діагноз, належали до середнього або старшого віку, однак існує певна вікова варіативність.

У групі №2, де діагноз не був підтверджений, медіанний вік становив 48 років, середній вік – 46,80 років, а стандартне відхилення – 14,55. Таким чином, середній вік у цій групі був нижчим, а розкид даних – дещо меншим, що може вказувати на певну демографічну гомогенність.

Вікова характеристика

Група	Медіана	Середнє	Стандартне відхилення
Група №1	56	55,12	16,71
Група №2	48	46,80	14,55
Всі	53	50,96	16,07

Загальна вікова характеристика всієї вибірки демонструє медіану в 53 роки, середній вік – 50,96 років та стандартне відхилення – 16,07. Це свідчить про широкий віковий діапазон, що охоплює як молодших, так і старших пацієнтів. Співставлення медіани та середнього віку дозволяє зробити висновок, що розподіл віку є відносно симетричним.

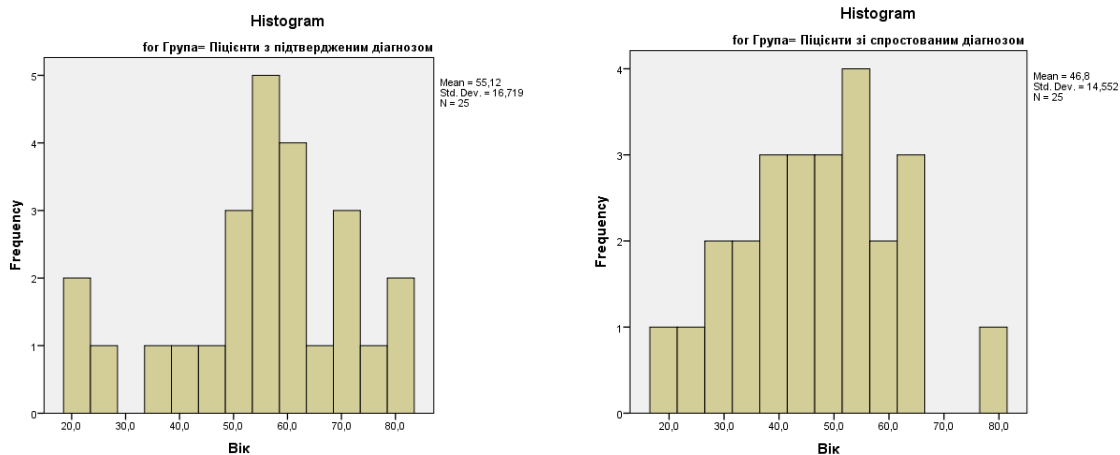


Рис. 2.2. Розподіл за віком

Висновок до розділу 2

У другому розділі було обґрунтовано вибір та використання валідних методик (*шкала позитивного ментального здоров'я* (Positive Mental Health Scale, РМН-scale), *індекс благополуччя ВООЗ-5* (WHO-5 Well-being Index) *методика виміру ядерного афекту* Емо-С15), які дозволяють комплексно оцінити психоемоційний стан пацієнтів із онкопатологією на різних етапах діагностичного процесу. Кожна з методик була ретельно підібрана для

забезпечення точності та об'єктивності отриманих результатів не статично, а у динаміці.

Шкала позитивного ментального здоров'я (Positive Mental Health Scale, РМН-scale) була обрана для визначення тривало превалюючого протягом життя психоемоційного стану пацієнтів до початку медичного обстеження з приводу підозри на онкологічне захворювання. Ця методика акцентує увагу на позитивних аспектах ментального здоров'я, які є критичними для збереження стресостійкості та адаптації до складних життєвих ситуацій. Її використання дозволило отримати інтегральний показник, який відображає базові ресурси психічного благополуччя респондентів.

Індекс благополуччя ВООЗ-5 (WHO-5 Well-being Index) став основним інструментом для оцінки стану психологічного благополуччя пацієнтів протягом двох тижнів медичного обстеження. Ця методика дозволила проаналізувати динаміку емоційного стану у ситуації невизначеності, яка характерна для періоду очікування результатів діагностики. Використання індексу дало змогу оцінити рівень благополуччя та виявити пацієнтів, які потребують додаткової психологічної підтримки.

Методика виміру ядерного афекту ЕмоС-15, заснована на концепції базового емоційного переживання, була застосована для аналізу емоційного стану пацієнтів після отримання діагнозу. Вона забезпечила можливість оцінити як позитивні, так і негативні аспекти емоційного стану, що є важливим для розуміння психологічної адаптації пацієнтів до нових обставин. Результати дослідження за цією методикою сприяли визначенню основних емоційних реакцій, характерних для кожної з груп пацієнтів.

Аналіз демографічних характеристик вибірки показав гендерні та вікові особливості, які могли впливати на результати дослідження. Чоловіки переважали у групі пацієнтів із підтвердженим діагнозом, тоді як у групі, де онкологічний діагноз не підтвердився домінували жінки. Середній вік пацієнтів із підтвердженим онкологічним діагнозом був вищим порівняно з тими, у кого діагноз онкологічного захворювання не був підтверджений. Ці фактори

підкреслюють важливість врахування демографічних особливостей при аналізі психоемоційного стану пацієнтів із онкологічною патологією.

Отже, використання комплексу методик дозволило отримати багатовимірний аналіз психоемоційного стану пацієнтів не статично, а у динаміці. Такий підхід сприяє розумінню емоційних реакцій пацієнтів на різних етапах діагностичного процесу та створенню ефективних рекомендацій для забезпечення їхньої психологічної підтримки.

РОЗДІЛ 3

АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

3.1. Аналіз результатів емпіричного дослідження

Було проведено аналіз результатів за методикою «Шкала позитивного ментального здоров'я» (Positive Mental Health Scale, PMH-scale), що дало змогу оцінити рівень ментального благополуччя учасників дослідження залежно від їхньої належності до різних груп (див. табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Результати за методикою «Шкала позитивного ментального здоров'я»

Група	Медіана	Середнє	Стандартне відхилення
Група №1	32	29,7	3,85
Група №2	26	26,4	4,63
Всі	29,5	28,1	4,52

Встановлено, що медіанний показник у пацієнтів, яким було підтверджено онкологічний діагноз (група №1), становить 32, тоді як у пацієнтів із групи №2, яким діагноз не підтвердився, цей показник є нижчим і складає 26. Загальний медіанний рівень позитивного ментального здоров'я у вибірці дорівнює 29,5. Це свідчить про певний розподіл показників між групами, що вказує на специфічні психологічні особливості залежно від діагнозу.

Аналіз середніх значень демонструє, що середній показник у групі №1 становить 29,7, що є вищим за аналогічний показник у групі №2, який дорівнює 26,4. Середнє значення для всієї вибірки – 28,1, що свідчить про тенденцію до помірного рівня позитивного ментального здоров'я у більшості респондентів. Водночас, стандартне відхилення у групі №1 складає 3,85, що свідчить про меншу варіативність результатів у порівнянні з групою №2, де стандартне відхилення є більшим і досягає 4,63. Загальний стандартний розкид по вибірці становить 4,52, що свідчить про певну гетерогенність даних у дослідженні.

Отримані результати можуть вказувати на те, що пацієнти, яким підтверджено онкологічний діагноз, демонструють вищі показники позитивного ментального здоров'я у порівнянні з тими, кому діагноз не підтвердився. Це може бути пояснено мобілізацією психологічних ресурсів у момент боротьби з хворобою або впливом підтримки з боку медичного персоналу чи близьких. Натомість пацієнти, яким діагноз не підтвердився, можуть демонструвати нижчі показники через тривалий стрес, пов'язаний з процесом очікування результатів обстеження, що поєднується із більшою вихідною психологічною реактивністю.

Було також проведено аналіз розподілу рівнів позитивного ментального здоров'я серед респондентів із різними діагностичними статусами (див. табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Розподіл за рівнем позитивного ментального здоров'я

Група	Низький рівень		Середній рівень		Високий рівень	
	Абсолютна частота	Відсоткова частота	Абсолютна частота	Відсоткова частота	Абсолютна частота	Відсоткова частота
Група №1	2	4%	7	14%	16	32%
Група №2	9	18%	9	18%	7	14%

Згідно з отриманими даними, у групі пацієнтів, яким було підтверджено онкологічний діагноз (група №1), домінує високий рівень позитивного ментального здоров'я, який спостерігається у 16 респондентів, що становить 32% від загальної кількості. Середній рівень був зафіксований у 7 осіб (14%), тоді як низький рівень виявлено лише у 2 респондентів (4%). Ці результати можуть свідчити про те, що пацієнти з підтвердженим діагнозом онкологічного захворювання, попри психологічну складність ситуації, часто демонструють мобілізацію емоційних ресурсів або адаптивні механізми.

Водночас у групі пацієнтів, яким діагноз не підтвердився (група №2), спостерігається значно інший розподіл. Низький рівень позитивного ментального здоров'я характерний для 9 осіб (18%), що відповідає найвищому показнику в цій категорії для цієї групи.

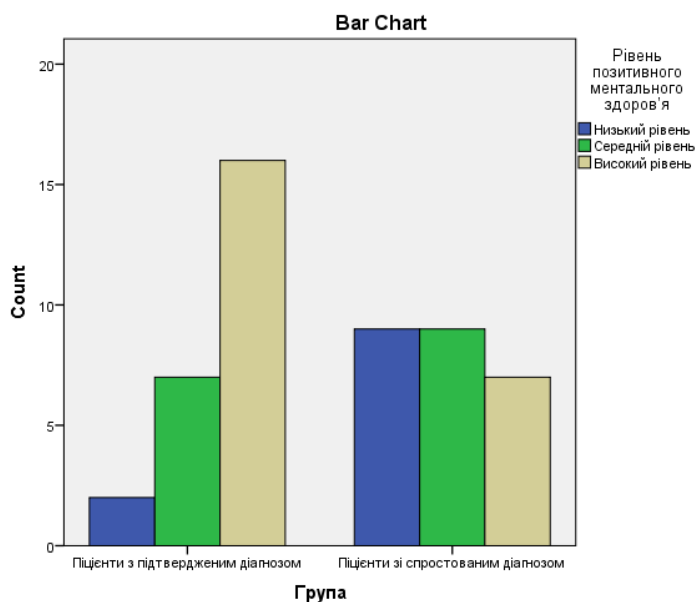


Рис. 3.1. Розподіл за рівнем позитивного ментального здоров'я

Середній рівень також зафіксовано у 9 осіб (18%), тоді як високий рівень виявлено лише у 7 респондентів (14%). Така картина може бути пояснена тривалим стресом, пов'язаним із очікуванням результатів діагностики, який потенційно посилює відчуття невизначеності та тривоги, впливаючи на загальний рівень психологічного благополуччя а також вищий рівень особистісної психологічної реактивності, через який обстеження для виключення онкологічного захворювання у таких пацієнтів було призначено не стільки через наявність об'єктивних медичних показів для призначення такого обстеження, скільки через активне наполягання пацієнта.

Пацієнти з підтвердженим онкологічним діагнозом значно частіше демонструють високий рівень, що може вказувати на формування стійкості або наявність психологічної підтримки у зв'язку з активною медичною допомогою. Пацієнти зі спростованим діагнозом, натомість, мають вищі показники низького та середнього рівнів ментального здоров'я, що свідчить про необхідність забезпечення їм додаткової психологічної підтримки навіть після завершення діагностичних процедур.

Також було проведено аналіз результатів за методикою «Індекс благополуччя ВООЗ-5» (WHO-5 Well-being Index), який дозволяє оцінити

загальне психоемоційне благополуччя респондентів залежно від їхнього діагностичного статусу (див. табл. 3.3) [85].

Таблиця 3.3

Результати за методикою «Індекс благополуччя ВООЗ-5»

Група	Медіана	Середнє	Стандартне відхилення
Група №1	13	11,7	5,08
Група №2	11	10,3	4,92
Всі	12	11	5

У групі пацієнтів із підтвердженим онкологічним діагнозом (група №1) медіанний показник становив 13, тоді як середнє значення дорівнювало 11,7 із стандартним відхиленням у 5,08. Ці результати свідчать про помірний рівень благополуччя, який, хоча й залишається в межах норми, демонструє суттєву індивідуальну варіативність серед респондентів [85]. Такий рівень може бути пов'язаним із психологічною адаптацією до діагнозу, а також із потенційною підтримкою, яку пацієнти отримують під час лікування або обстеження [85].

У групі пацієнтів, яким діагноз не підтвердився (група №2), медіанний показник склав 11, а середнє значення – 10,3 зі стандартним відхиленням 4,92. У порівнянні з першою групою, ці показники є дещо нижчими, що може свідчити про знижений рівень психоемоційного благополуччя у пацієнтів цієї категорії [85]. Можливо, це пов'язано із тривалим стресом, викликаним очікуванням результатів діагностики, а також з емоційною напругою, яка могла зберігатися навіть після спростування діагнозу а також із підвищеною персональною психологічною реактивністю особистості. Незначна різниця в стандартних відхиленнях між групами свідчить про те, що обидві групи демонструють схожу варіативність рівнів благополуччя, що, ймовірно, залежить від індивідуальних психологічних особливостей учасників [85].

Для всієї вибірки медіанний показник склав 12, а середнє значення – 11 зі стандартним відхиленням 5. Загальні результати вказують на середній рівень благополуччя серед респондентів, однак очевидно, що групові розбіжності є

значущими, особливо у контексті різних клініко-діагностичних ситуацій [85]. Пацієнти з підтвердженим діагнозом демонструють дещо вищі показники благополуччя, ніж пацієнти зі спростованим діагнозом. Це може бути пояснено тим, що перша група отримує більш чітке розуміння свого стану та, ймовірно, має доступ до додаткових ресурсів підтримки, таких як медична допомога чи психотерапія [85].

Натомість пацієнти другої групи можуть стикатися з психологічними наслідками невизначеності, стресу та емоційного виснаження, які впливають на їхній рівень благополуччя та значно потенціюються фоновими психологічними особливостями особистості, такими як акцентуації, що за певних обставин набувають масштабу психопатій аж до розвитку перманентних важких психологічних розладів психіатричних захворювань [85].

Було досліджено розподіл рівня благополуччя серед пацієнтів залежно від їхнього діагностичного статусу, що дозволило виявити специфічні відмінності між групами (див. табл. 3.4) [85].

Таблиця 3.4

Розподіл за рівнем благополуччя

Група	Низький рівень		Середній рівень		Високий рівень	
	Абсолютна частота	Відсоткова частота	Абсолютна частота	Відсоткова частота	Абсолютна частота	Відсоткова частота
Група №1	8	16%	10	20%	7	14%
Група №2	12	24%	9	18%	4	8%

У групі пацієнтів із підтвердженим онкологічним діагнозом (група №1) найбільшу частку займають респонденти із середнім рівнем благополуччя, який було зафіксовано у 10 осіб, що складає 20% вибірки [85]. Низький рівень благополуччя у цій групі виявлено у 8 осіб, що становить 16%, тоді як високий рівень благополуччя мали лише 7 пацієнтів, що відповідає 14% вибірки. Такий розподіл може вказувати на те, що значна частина пацієнтів із підтвердженим діагнозом перебувають у стані психологічної адаптації, хоча частина респондентів все ще демонструє низький рівень емоційного благополуччя, ймовірно, через стрес, викликаний хворобою [85].

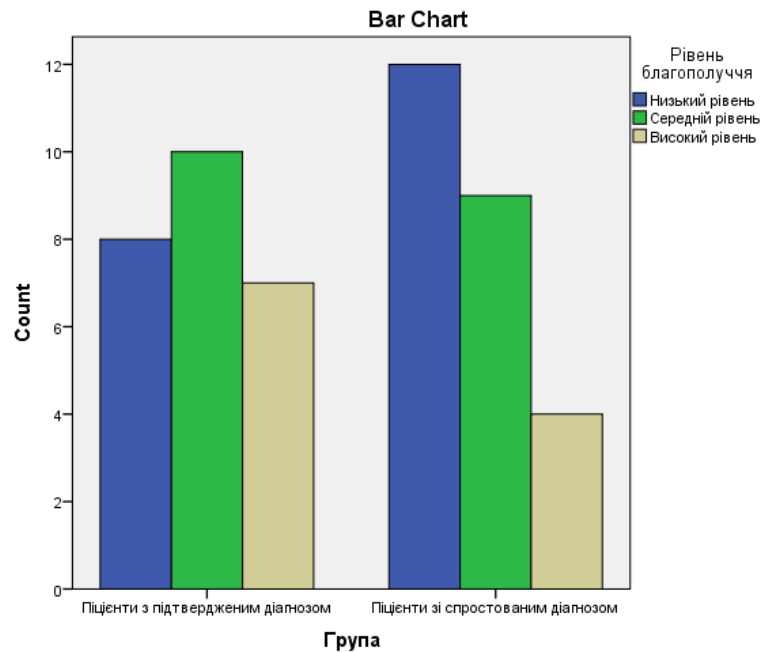


Рис. 3.2. Розподіл за рівнем благополуччя

У групі пацієнтів, яким онкологічний діагноз не було підтверджено (група №2), спостерігається більш виражений розподіл низького рівня благополуччя. У цій групі низький рівень благополуччя виявлено у 12 осіб, що становить 24%, що є найвищим показником серед усіх категорій. Середній рівень благополуччя у групі №2 виявлено у 9 респондентів (18%), тоді як високий рівень благополуччя зафіксовано лише у 4 осіб (8%) [85].

Ці результати демонструють, що пацієнти зі спростованим діагнозом онкологічного захворювання частіше відчувають емоційний дискомфорт та знижений рівень психологічного благополуччя, що може бути наслідком пережитого стресу та невизначеності не лише під час процесу дообстеження у онколога [85].

Аналіз сукупних даних свідчить про те, що група пацієнтів із підтвердженим діагнозом демонструє дещо вищі показники благополуччя, ніж група пацієнтів зі спростованим діагнозом. Це може бути пов'язано з тим, що перша група респондентів отримує доступ до медичної допомоги та, ймовірно, більшої емоційної підтримки від близьких чи лікарів, тоді як друга група, хоча й звільнена від страху перед онкологічним діагнозом, все ще відчуває наслідки стресових переживань [85].

Слід зазначити що як респондентам із першої, так і респондентам із другої групи в рамках лікувально-діагностичного процесу у ДНП «Національний інститут раку» було проведено ряд лабораторних та інструментальних обстежень а також надано консультації вузьких спеціалістів відповідно до профілю скарг кожного окремого пацієнта, що передбачало значний об'єм витрат матеріальних, технічних, кадрових ресурсів та часу [85].

Поряд із цим, якщо респонденти першої групи переважно мали медичні покази до призначення повного пакету обстежень, то більше 70% респондентів із другої групи були скеровані на проходження обстеження за тим самим пакетом не через наявність стійких медичних показів а через наполягання конкретного пацієнта, яке часто пояснювалося його занепокоєнням щодо стану свого здоров'я, тривожністю і страхом захворіти на онкопатологію [85].

Звідси можна зробити висновок про те що в умовах воєнного стану рівень загальної фонові тривожності населення зростає і набуває нових форм і виражень у різні відповідні дії, що можуть залежати від вихідних особистісних акцентуацій. За таких умов впровадження нових форм надання психологічної допомоги та збільшення доступності такої допомоги для населення з одного боку потребує залучення ресурсів[85].

З іншого боку, вчасно надана психологічна допомога може розглядатися як превентивний захід щодо необгрунтованого призначення обстеження пацієнтам у закладах третинної (високоспеціалізованої) ланки медичної допомоги, таких як ДНП «Національний інститут раку», що зменшить неефективне використання ними ресурсів і сприятиме зосередженню співробітників закладів охорони здоров'я третинної ланки на наданні якісної високоспеціалізованої медичної допомоги тим пацієнтам які об'єктивно її потребують [85].

Було також досліджено результати методики виміру ядерного афекту ЕмоС-15 серед респондентів із різними діагностичними статусами, що дозволило оцінити рівень їхнього емоційного стану та афективної стабільності.

Таблиця 3.5

Результати за методикою виміру ядерного афекту ЕмоС-15

Група	Медіана	Середнє	Стандартне відхилення
Група №1	48	49	4,5
Група №2	40	41,7	8,13
Всі	47	45,4	7,47

У групі пацієнтів із підтвердженим онкологічним діагнозом (група №1) медіанний показник становить 48, тоді як середнє значення дорівнює 49 із відносно низьким стандартним відхиленням у 4,5. Такі результати вказують на високий рівень емоційної стабільності серед більшості респондентів цієї групи. Це може бути пов'язано з мобілізацією психологічних ресурсів для подолання стресу, пов'язаного із серйозним діагнозом, або з отриманням підтримки у вигляді медичних консультацій, психотерапії чи соціального оточення.

У групі пацієнтів, яким онкологічний діагноз не підтвердився (група №2), медіанний показник становить 40, тоді як середнє значення – 41,7. При цьому стандартне відхилення дорівнює 8,13, що вказує на значно більшу варіативність показників у цій групі. Це свідчить про те, що респонденти цієї категорії демонструють більш нестабільний емоційний стан, що може бути наслідком тривалого стресу, невизначеності або очікування результатів діагностики. Такі результати підтверджують, що пацієнти, які перебувають у стані невизначеності щодо свого здоров'я, значно частіше мають менш стійкий емоційний стан, що може впливати на їхню загальну якість життя та благополуччя.

Аналіз усієї вибірки показав, що загальний медіанний показник становить 47, а середнє значення дорівнює 45,4 зі стандартним відхиленням 7,47. Ці результати вказують на те, що респонденти загалом демонструють середній рівень афективної стабільності, однак групові відмінності є значущими. Пацієнти з підтвердженим діагнозом мають помітно вищі показники емоційної стабільності, ніж ті, кому діагноз не підтвердився, що може бути пояснено різними емоційними реакціями на ситуацію. Пацієнти першої групи, ймовірно,

вже перейшли етап невизначеності та страху і можуть бути зосереджені на пошуку шляхів вирішення своєї проблеми, тоді як друга група залишається в стані емоційного виснаження через стрес.

Було проведено порівняння груп за показником позитивного ментального здоров'я з використанням рангового критерію Мана-Уїтні, що дозволило оцінити статистичну значущість різниці між двома досліджуваними групами (див. табл. 3.6).

Таблиця 3.6

Порівняння груп за показником позитивного ментального здоров'я

Змінна	Ранг Мана-Уїтні	р значущість	Сила ефекту	Середнє група №1	Середнє група №2
Позитивне ментальне здоров'я	180	0,010*	0,424	3,85	4,63

Примітка: «» - статистична значущість на рівні $p < 0,05$*

Результати аналізу показали, що значення рангу становить 180, а рівень значущості p дорівнює 0,010, що вказує на статистично значущу різницю між групами при рівні значущості 0,05. Сила ефекту, яка дорівнює 0,424, демонструє помірний ефект, що підтверджує суттєві відмінності у позитивному ментальному здоров'ї між двома групами.

Аналіз середніх значень показав, що у групі пацієнтів із підтвердженим онкологічним діагнозом (група №1) середній показник позитивного ментального здоров'я становить 3,85. Це свідчить про те, що, попри складну життєву ситуацію, пацієнти цієї групи демонструють стабільний емоційний стан, можливо, завдяки підтримці, яку вони отримують від медичного персоналу або оточення. У пацієнтів із другої групи, яким діагноз не підтвердився, середній показник позитивного ментального здоров'я становить 4,63, що є дещо вищим. Це може вказувати на те, що після спростування діагнозу пацієнти другої групи відчувають полегшення, що позитивно впливає на їхній емоційний стан. Також це може підтверджувати гіпотезу про те що пацієнти із особистісними особливостями у вигляді підвищеної психологічної реактивності під час реакції на стрес часто направляються на лообстеження у високоспецифічні ЗОЗ

онкологічного профілю без наявності об'єктивних показань до призначення таких обстежень.

У групі з підтвердженим діагнозом можна припустити, що емоційна стабільність є наслідком адаптації до стресової ситуації або активізації психологічних ресурсів. У другій групі, хоча середнє значення є дещо вищим, варто враховувати, що рівень стресу міг мати короткотривалий вплив, оскільки спростування діагнозу часто супроводжується відчуттям полегшення.

Було проведено аналіз даних за методикою «Індекс благополуччя ВООЗ-5» (WHO-5 Well-being Index), що дозволило оцінити відмінності у рівні благополуччя між пацієнтами з підтвердженим та спростованим онкологічним діагнозом (див. табл. 3.7).

Таблиця 3.7

Результати за методикою «Індекс благополуччя ВООЗ-5»

Змінна	Ранг Мана-Уїтні	р значущість	Сила ефекту	Середнє група №1	Середнє група №2
Благополуччя	260	0,306	0,170	13	11

Примітка: «*» - статистична значущість на рівні $p < 0,05$

Застосування рангового критерію Мана-Уїтні виявило значення рангу 260 із рівнем значущості ($p = 0,306$). Це свідчить про відсутність статистично значущих відмінностей між двома групами при стандартному рівні значущості 0,05. Сила ефекту дорівнює 0,170, що вказує на слабкий ефект різниці між групами за рівнем благополуччя.

Аналіз середніх значень показав, що у групі пацієнтів із підтвердженим онкологічним діагнозом (група №1) середнє значення благополуччя становить 13, тоді як у групі зі спростованим діагнозом (група №2) – 11. Хоча середнє значення в першій групі є дещо вищим, це перевищення не є статистично значущим, що підтверджується результатами критерію Мана-Уїтні. Це може свідчити про те, що різниця у благополуччі між групами не є достатньо вираженою, щоб говорити про чіткі розбіжності.

Значення середніх показників можуть відображати різні емоційні реакції на діагностичну ситуацію. Пацієнти з підтвердженим діагнозом, попри складний

характер їхнього стану, можуть демонструвати вищий рівень благополуччя завдяки активній підтримці з боку медичних фахівців або соціального оточення. Натомість у пацієнтів із другої групи нижчий показник благополуччя може бути пов'язаний із тривалим стресом під час очікування діагнозу або психологічним виснаженням після пережитої невизначеності а також потребу у увазі оточуючих, яку вони перестають отримувати взагалі або отримують у значно зменшеному обсязі оскільки діагноз онкологічного захворювання спростовано, а цей факт сам по собі може сприйматися оточенням пацієнтів як сигнал про те що підтримка більше не потрібна (хоча насправді це не так).

Поряд із цим, незначний рівень розбіжностей між групами свідчить про те, що загальний рівень благополуччя респондентів обох груп знаходиться в подібних межах.

Було проведено аналіз показників ядерного афекту серед пацієнтів із різними діагностичними статусами, що дало змогу виявити значущі розбіжності між двома групами (див. табл. 3.8).

Таблиця 3.8

Результати за методикою виміру ядерного афекту ЕмоС-15

Змінна	Ранг Мана-Уїтні	р значущість	Сила ефекту	Середнє група №1	Середнє група №2
Ядерний афект	158	0,003*	0,496	4,50	8,13

Примітка: «» - статистична значущість на рівні $p < 0,05$*

Результати рангового критерію Мана-Уїтні продемонстрували значення рангу 158 при рівні значущості ($p = 0,003$), що свідчить про наявність статистично значущих відмінностей між групами. Сила ефекту дорівнює 0,496, що вказує на середню до високу ступінь впливу, підкреслюючи суттєвість виявлених розбіжностей.

Аналіз середніх значень показав, що у групі пацієнтів із підтвердженим онкологічним діагнозом (група №1) середній рівень ядерного афекту становив 4,50. Це відносно низьке значення може вказувати на стабільність емоційного стану та знижену варіативність емоційних реакцій у пацієнтів, які вже адаптуються до діагнозу та отримують підтримку як із боку медичних фахівців,

так і від свого соціального оточення. У цій групі, ймовірно, активізуються психологічні механізми подолання стресу, які допомагають зменшити емоційну напругу та забезпечують більш стабільний афективний стан.

Натомість у групі пацієнтів із непідтвердженим діагнозом (група №2) середній рівень ядерного афекту становив 8,13, що є значно вищим показником. Це може свідчити про більш інтенсивні емоційні реакції, які могли виникати внаслідок стресу, пов'язаного з очікуванням діагнозу та емоційною напругою протягом цього періоду. Підвищений рівень ядерного афекту може також вказувати на нестабільність емоційного стану в пацієнтів цієї групи, яка зберігається навіть після спростування діагнозу. Така реакція може бути пов'язана з пережитим емоційним виснаженням, яке впливає на здатність до регуляції емоцій а також у незадоволеності потреби в увазі оточуючих, оскільки із спростуванням онкологічного діагнозу з одного боку такі пацієнти відчують полегшення через гарний прогноз для власного життя і здоров'я, з іншого - в очах родичів і близьких факт зняття підозри на онкологічний діагноз автоматично зміщує пріоритети, увага до хворого родича більше не є основним вектором прикладання сил. Отже, такий пацієнт більше не може розраховувати на отримання уваги оточуючих у цей спосіб і починає тривожно шукати новий.

Пацієнти з підтвердженим діагнозом, хоча й стикаються з серйозними життєвими викликами, демонструють більш стабільний емоційний фон, що може бути наслідком активної психологічної та соціальної підтримки. Водночас пацієнти зі спростованим діагнозом виявляють вищу емоційну напругу, що свідчить про необхідність додаткових заходів психологічної допомоги для зменшення їхнього стресу та відновлення емоційної рівноваги. З цього можна зробити висновок про необхідність оптимізації роботи психологічних служб на рівні первинної та вторинної ланки надання медичної допомоги та збільшення доступності до такої допомоги, особливо пацієнтам, що часто звертаються до сімейних лікарів та вимагають від них направлень на специфічні обстеження, не маючи для цього об'єктивних медичних показів.

Було проведено кореляційний аналіз взаємозв'язку між показниками позитивного ментального здоров'я та благополуччя серед пацієнтів із підтвердженим і спростованим онкологічним діагнозом (див. табл. 3.9).

Таблиця 3.9

Кореляційний аналіз показника позитивного ментального здоров'я та благополуччя серед групи №1

Змінна	Позитивне ментальне здоров'я	
	р значущість	rho-коефіцієнт
Благополуччя	0,001*	0,612

Примітка: «» - статистична значущість на рівні $p < 0,05$*

У групі №1, яка включає пацієнтів із підтвердженим діагнозом, встановлено статистично значущий зв'язок між двома змінними на рівні ($p = 0,001$). Значення коефіцієнта кореляції Спірмена rho становить 0,612, що вказує на позитивну кореляцію середньої сили. Це свідчить про те, що у пацієнтів із цієї групи підвищення рівня позитивного ментального здоров'я супроводжується зростанням загального благополуччя. Такий зв'язок може бути пояснений впливом емоційної стабільності та психологічної підтримки, які сприяють загальному поліпшенню якості життя в умовах боротьби з хворобою.

Таблиця 3.10

Кореляційний аналіз показника позитивного ментального здоров'я та благополуччя серед групи №2

Змінна	Позитивне ментальне здоров'я	
	р значущість	rho-коефіцієнт
Благополуччя	0,001*	0,680

Примітка: «» - статистична значущість на рівні $p < 0,05$*

У групі №2, яка включає пацієнтів із спростованим діагнозом, також виявлено статистично значущий зв'язок між цими змінними на рівні ($p = 0,001$). Значення коефіцієнта кореляції Спірмена rho у цій групі є дещо вищим і становить 0,680, що вказує на сильний позитивний зв'язок між рівнем позитивного ментального здоров'я та благополуччям. Це може свідчити про те, що для цієї категорії пацієнтів відчуття емоційного балансу й оптимізму відіграють ще більш важливу роль у формуванні загального благополуччя. Така

залежність, ймовірно, пов'язана з тим, що пацієнти зі спростованим діагнозом переживають емоційну перебудову після періоду невизначеності й стресу, а зростання ментального здоров'я допомагає стабілізувати їхній стан. Також це може свідчити про те що такі пацієнти навіть після спростування підозри на онкологічне захворювання продовжують (свідом чи ні) потребувати уваги та психологічно допомоги.

Порівняння двох груп демонструє, що у пацієнтів зі спростованим діагнозом зв'язок між позитивним ментальним здоров'ям і благополуччям є сильнішим, ніж у пацієнтів із підтвердженим діагнозом. Це може бути обумовлено тим, що пацієнти другої групи більше залежать від емоційних чинників, які впливають на їхнє самопочуття.

Водночас, у пацієнтів із підтвердженим діагнозом цей зв'язок, хоча й значний, може бути послаблений через об'єктивні обставини, пов'язані з хворобою. Це може бути пов'язано, наприклад, із органічними та функціональними ураженнями, що самі по собі призводять до порушень соціального функціонування особистості через фізичне обмеження можливостей (неможливість пересуватися самостійно через ураження злоякісним процесом опорно-рухового апарату, неможливість розмовляти при первинній локалізації злоякісного процесу у органах ротової порожнини, значні зміни психічної активності, викликані порушенням балансу гормональних факторів через гормонсекретуючі та нейроендокринні злоякісні новоутворення або гормонзалежні пухлини, що розвиваються вторинно на тлі первинного персистуючого гормонального дисбалансу, такі як злоякісні новоутворення молочної залози, пухлини яєчників та ін.).

Особлива роль в цьому може належати також генетичним факторам (наприклад, пацієнти із колоректльними злоякісними новоутвореннями, онкопатологією шлунка, яєчників та іншими новоутвореннями, що морфологічно та імуногістохімічно відрізняються високим рівнем мікросателітної нестабільності (MSI-H – microsatellite instability-high) генетичного апарату пухлинної маси клітин у комбінації із молекулярним

фенотипом дефектної системи репарації помилково спарених нуклеотидів що виражається у дефіциті репарації (dMMR - mismatch repair-deficient) та/або із наявністю гермінативних мутацій у ряді генів, що характерні для синдрому Лінча та ін.) з одного боку мають більше опцій для лікування (зокрема, доступна надсучасна таргетна імунотерапія) із значно кращим прогнозом.

З іншого боку – саме ці пацієнти часто відмовляються від лікування через значні зміни психоемоційного стану, що супроводжуються погіршенням комплаєнсу «лікар-пацієнт» за зниженням прихильності пацієнта до лікування, через що часто мають гірші результати лікування та гірший прогноз щодо очікуваної тривалості та якості життя.

Було проведено кореляційний аналіз взаємозв'язку між показниками позитивного ментального здоров'я та ядерного афекту серед пацієнтів із підтвердженим і спростованим онкологічним діагнозом (див. табл. 3.11).

Таблиця 3.11

Кореляційний аналіз показника позитивного ментального здоров'я та ядерного афекту серед групи №1

Змінна	Позитивне ментальне здоров'я	
	p значущість	rho-коефіцієнт
Ядерний афект	0,853	-0,039

Примітка: «*» - статистична значущість на рівні $p < 0,05$

У групі №1, що включає пацієнтів із підтвердженим діагнозом, результати показали відсутність статистично значущого зв'язку між цими змінними, що підтверджується значенням ($p = 0,853$). Значення коефіцієнта кореляції Спірмена ($\rho = -0,039$) свідчить про практично нульовий взаємозв'язок між рівнем позитивного ментального здоров'я та показниками ядерного афекту у цій групі. Це може вказувати на те, що емоційні реакції пацієнтів із підтвердженим діагнозом є відносно стабільними та не мають прямого впливу на загальний рівень їхнього позитивного ментального здоров'я. Ймовірно, у цій групі сильнішим є вплив інших факторів, таких як підтримка з боку медичного персоналу чи соціального оточення, які допомагають стабілізувати їхній

емоційний стан, зменшуючи залежність позитивного ментального здоров'я від афективної варіативності.

Таблиця 3.12

Кореляційний аналіз показника позитивного ментального здоров'я та ядерного афекту серед групи №2

Змінна	Позитивне ментальне здоров'я	
	p значущість	rho-коефіцієнт
Ядерний афект	0,020*	-0,461

Примітка: «» - статистична значущість на рівні $p < 0,05$*

У групі №2, до якої входять пацієнти зі спростованим діагнозом, було встановлено статистично значущий негативний зв'язок між позитивним ментальним здоров'ям і ядерним афектом на рівні ($p = 0,020$). Значення коефіцієнта кореляції ($\rho = -0,461$) свідчить про помірно сильний зворотний зв'язок, що вказує на те, що вищі показники ядерного афекту (які можуть включати інтенсивність емоційних переживань) асоціюються зі зниженням рівня позитивного ментального здоров'я. Це свідчить про те, що в цій групі емоційні реакції, такі як тривожність або емоційна нестабільність, значною мірою впливають на загальне психоемоційне благополуччя. Такий результат може бути обумовлений емоційним виснаженням, яке виникало через стрес під час очікування результатів діагностики та яке продовжує впливати на психологічний стан навіть після спростування діагнозу.

У пацієнтів із підтвердженим діагнозом ядерний афект практично не впливає на рівень позитивного ментального здоров'я, тоді як у пацієнтів зі спростованим діагнозом він є важливим фактором, який чинить значний негативний вплив.

Це може бути пояснено тим, що пацієнти першої групи перебувають у стані психологічної адаптації, яка допомагає стабілізувати їхній емоційний стан, тоді як пацієнти другої групи все ще переживають наслідки стресових переживань. Задекларована причина, до якої треба адаптуватися (онкологічне захворювання) – спростована. Поряд із тим, справжня причина первинного

фонового стресу залишається не детектованою, а отже – не усвідомлюється, через що і адаптації до неї в повному обсязі не відбувається.

Таблиця 3.13

Кореляційний аналіз показника благополуччя та ядерного афекту серед групи №1

Змінна	Благополуччя	
	p значущість	rho-коефіцієнт
Ядерний афект	0,788	-0,057

Примітка: «» - статистична значущість на рівні $p < 0,05$*

Було проведено кореляційний аналіз для визначення взаємозв'язку між показниками благополуччя та ядерного афекту серед пацієнтів із підтвердженим і спростованим онкологічним діагнозом. У групі №1, яка включає пацієнтів із підтвердженим діагнозом, результати не виявили статистично значущого зв'язку між цими показниками, що підтверджується рівнем значущості ($p = 0,788$). Значення коефіцієнта кореляції Спірмена ($\rho = -0,057$) вказує на практично повну відсутність взаємозв'язку між благополуччям і рівнем ядерного афекту у цій групі. Це може свідчити про те, що для пацієнтів із підтвердженим діагнозом ядерний афект, який відображає емоційні реакції, не є вирішальним фактором, що впливає на їхнє загальне благополуччя. Ймовірно, у цій групі рівень благополуччя більше залежить від інших чинників, таких як доступ до медичної допомоги, соціальна підтримка або психологічні стратегії адаптації.

Таблиця 3.14

Кореляційний аналіз показника благополуччя та ядерного афекту серед групи №2

Змінна	Благополуччя	
	p значущість	rho-коефіцієнт
Ядерний афект	0,006*	-0,538

Примітка: «» - статистична значущість на рівні $p < 0,05$*

У групі №2, яка включає пацієнтів зі спростованим діагнозом, було виявлено статистично значущий зв'язок між показниками благополуччя та ядерного афекту ($p = 0,006$). Значення коефіцієнта кореляції Спірмена ($\rho = -$

0,538) вказує на помірно сильний негативний зв'язок. Це свідчить про те, що у пацієнтів цієї групи підвищений рівень ядерного афекту, який може характеризуватися інтенсивністю емоційних реакцій, асоціюється зі зниженим рівнем благополуччя. Такий результат може бути пов'язаний із тривалим стресом, емоційною напругою та виснаженням, які пацієнти зазнавали під час процесу діагностики. У спростованій групі ядерний афект є вагомим емоційним фактором, що негативно впливає на загальний стан благополуччя, відображаючи залишковий ефект пережитого стресу.

У пацієнтів із підтвердженим діагнозом відсутність значущого взаємозв'язку може свідчити про стабільність емоційних реакцій, які не впливають істотно на їхнє загальне самопочуття. Натомість у пацієнтів зі спростованим діагнозом взаємозв'язок між ядерним афектом і благополуччям є суттєвим, що вказує на значний вплив емоційних переживань на їхній стан не лише у процесі обстеження у онколога, але і перманентно протягом життя.

3.2. Обговорення результатів дослідження, практичні рекомендації

Аналіз результатів дослідження виявив, що пацієнти з підтвердженим онкологічним діагнозом демонструють вищі показники позитивного ментального здоров'я порівняно з групою зі спростованим діагнозом. Ця різниця може бути пояснена кількома ключовими психологічними механізмами, які активуються в умовах серйозного діагнозу, включаючи адаптаційні стратегії та мобілізацію ресурсів психіки.

Одним із провідних механізмів є мобілізація психологічних і фізіологічних ресурсів, яка дозволяє пацієнтам з онкологічним діагнозом адаптуватися до нових життєвих обставин [67]. Згідно з сучасними психонейроімунологічними дослідженнями, стрес, викликаний серйозною загрозою для здоров'я, може запускати комплексний процес психологічної адаптації, що супроводжується активацією стійких копінг-стратегій (В.В. Бернацька, 2020) [67]. Зокрема, у таких пацієнтів часто спостерігається підвищення рівня підтримки з боку

соціального оточення, що слугує буфером від негативного впливу стресу та сприяє збереженню емоційного балансу [67].

Механізми мобілізації можна також розглянути в контексті психонейроімунології, яка досліджує зв'язок між психічними станами та імунною відповіддю організму [97]. Дослідження показали, що при гострому стресі, пов'язаному з діагностуванням онкологічного захворювання, у пацієнтів може активуватися короткочасна імунна відповідь, що потенційно сприяє зміцненню психологічної резистентності (І.Р. Мухаровська, 2018) [97]. У свою чергу, ця мобілізація зменшує ризик психологічного виснаження та депресії, що часто асоціюється з тривалим хронічним стресом у групі зі спростованим діагнозом [97].

Крім того, теорія стресу Ганса Сельє, адаптована до контексту онкопатологій, пояснює, що початковий «шоковий» етап стресової реакції може слугувати тригером для активізації захисних систем організму (Б.В. Плєскач, 2009) [99]. У випадку онкологічного діагнозу, психологічна мобілізація виражається у формуванні специфічних емоційних реакцій, таких як прийняття ситуації, фокусування на лікуванні та зміцнення міжособистісних зв'язків. Особливу роль у цьому процесі відіграють особистісні ресурси пацієнта, включаючи рівень емоційного інтелекту та здатність до гнучкої адаптації (В.В. Березянська, 2017) [66].

Сучасні психологічні теорії канцерогенезу також наголошують на важливості регуляції емоцій та їхньому впливі на рівень ментального здоров'я. Дослідження в галузі психоонкології підтверджують, що пацієнти, які стикаються з підтвердженим діагнозом, частіше використовують адаптивні емоційні стратегії, такі як прийняття ситуації та підтримка соціальних зв'язків (Темошок, 2017). Ці механізми допомагають зменшити рівень хронічного стресу, який може негативно впливати на імунну функцію організму через підвищення рівня кортизолу та прозапальних цитокінів, таких як ейкозаноїди, інтрлейкін-6, С-реактивний білок та ін.

З огляду на отримані результати, можна стверджувати, що пацієнти з підтвердженим діагнозом часто виявляють вищий рівень психологічної адаптації, що позитивно впливає на їхнє ментальне здоров'я. Це узгоджується із сучасними концепціями психосоматичних захворювань, які підкреслюють роль адаптаційних процесів у протистоянні хронічним стресовим факторам (І.Р. Мухаровська, 2018) [97]. У цьому контексті результати дослідження підтримують доцільність інтеграції психологічних втручань у стандартні протоколи лікування онкопатологій, спрямованих на зміцнення адаптаційних можливостей пацієнтів.

Результати розподілу благополуччя між групами пацієнтів із підтвердженим та спростованим діагнозом вказують на значущі відмінності, що можуть бути пояснені концепціями емоційної регуляції та соціальної підтримки. Пацієнти з підтвердженим діагнозом демонстрували вищі середні показники благополуччя, що можна пов'язати з більшою мобілізацією внутрішніх ресурсів, зокрема адаптивними емоційними стратегіями, та активним отриманням підтримки з боку соціального оточення. У пацієнтів зі спростованим діагнозом нижчі рівні благополуччя можуть бути пов'язані з тривалим впливом стресу та недостатньою соціальною підтримкою в процесі очікування діагностичних результатів.

Соціальна підтримка є одним із ключових факторів, що впливають на психологічне благополуччя пацієнтів із онкологічними захворюваннями. Дослідження Masoumi S. [43] показало, що високий рівень соціальної підтримки та емоційної саморегуляції значно покращує психологічне благополуччя через механізми самоспівчуття. Це підтверджує, що здатність отримувати підтримку від інших і застосовувати адаптивні стратегії емоційної регуляції є вирішальними для зміцнення психологічної стійкості пацієнтів (Masoumi et al., 2022) [43]. Інше дослідження I. Unal та C. Ordu [54] також акцентує на ролі самоспівчуття та когнітивної емоційної регуляції у зниженні депресивних та тривожних симптомів, підкреслюючи значущість емоційної підтримки у пацієнтів із пізньою стадією онкологічного процесу (I. Unal, C. Ordu, 2023) [54].

Соціальна підтримка також виявилася критичним чинником у забезпеченні якості життя пацієнтів із онкопатологією. А. Hurtado-de-Mendoza et al. [33] виявили, що емоційна та інформаційна підтримка позитивно впливає на емоційне, функціональне та соціальне благополуччя пацієнтів незалежно від етнічних груп. Це підкреслює універсальність потреби в соціальній підтримці серед пацієнтів із різним діагностичним статусом (А. Hurtado-de-Mendoza et al., 2021) [33]. З іншого боку, недоліки в емоційній підтримці, як вказано в роботі D. Elmawla та S. Ali [23], можуть збільшувати рівень тривоги й депресії, що негативно впливає на загальне благополуччя, особливо у літніх пацієнтів (D. Elmawla, S. Ali, 2020) [23].

У групі зі спростованим діагнозом емоційна регуляція та соціальна підтримка грають навіть більшу роль, ніж у пацієнтів із підтвердженим діагнозом. Дослідження R. Bottaro et al. [7] демонструє, що між соціальною підтримкою та копінг-стратегіями існує двонаправлений зв'язок, що дозволяє пацієнтам ефективніше адаптуватися до діагностичних труднощів і мінімізувати наслідки емоційного виснаження. У цьому контексті підтримка з боку родини та медичних працівників є ключовою для забезпечення стабільного емоційного стану (M Bottaro. et al., 2022) [7].

Аналіз отриманих даних підкреслює важливість емоційної регуляції та соціальної підтримки як основних механізмів покращення благополуччя пацієнтів. Пацієнти з підтвердженим діагнозом мають більше можливостей мобілізувати ці ресурси, тоді як пацієнтам зі спростованим діагнозом необхідно забезпечити додаткову підтримку для мінімізації негативних наслідків стресу.

Аналіз афективної стабільності та її варіативності між групами пацієнтів із підтвердженим і спростованим діагнозом виявив суттєві відмінності, що можуть бути пояснені психологічними концепціями особистісного типу «С» та впливом тривалого стресу. Пацієнти з підтвердженим діагнозом демонстрували вищу афективну стабільність, що може бути наслідком їхньої психологічної адаптації та активного використання механізмів емоційної регуляції. Навпаки, пацієнти зі спростованим діагнозом частіше зазнавали емоційної нестабільності через

тривалий період невизначеності та стресу, що зумовлювало більшу варіативність показників.

Тип особистості «С», який характеризується тенденцією до пригнічення емоцій, підвищеною тривожністю та самокритикою, вважається предиктором афективної стабільності в онкопацієнтів [21]. Пацієнти з таким типом особистості можуть демонструвати меншу варіативність емоцій, компенсуючи стрес через когнітивні стратегії адаптації, як-от сприйняття діагнозу як виклику, а не кризи (S. Ebrahimi et al., 2021) [21]. Водночас дослідження М. Karadia et al. [34] показало, що пацієнти зі спростованим діагнозом, які не отримують достатньої соціальної підтримки, частіше стикаються з емоційною нестабільністю через стійкий вплив стресових факторів, таких як страх перед рецидивом чи невизначеністю (М. Karadia et al., 2020) [34].

Тривалий стрес, зумовлений невизначеністю діагнозу, може негативно впливати на афективну стабільність. Згідно з дослідженнями О. Da'ar et al. [16], емоційна нестабільність часто посилюється через недостатній рівень підтримки з боку близьких і медичних працівників, що створює додатковий психологічний тиск. Водночас наявність сильних соціальних зв'язків допомагає знижувати рівень тривоги та стабілізувати емоційний стан пацієнтів (О. Da'ar et al., 2023) [16].

Пацієнти з підтвердженим діагнозом частіше мобілізують свої внутрішні ресурси для подолання стресу, що пояснює їхню вищу афективну стабільність. У дослідженні А. Sayilan та М. Doğan [52] зазначено, що позитивне сприйняття соціальної підтримки та здатність регулювати емоції сприяють зменшенню психологічного дистресу (А. Sayilan, М. Doğan, 2020) [52]. Крім того, результати N. Yeung et al. [52] свідчать, що труднощі в ідентифікації та вираженні емоцій можуть знижувати функціональне благополуччя, зокрема у пацієнтів зі спростованим діагнозом, де ці труднощі є більш вираженими. Підтримка механізмів емоційної регуляції та активізація соціальних ресурсів можуть суттєво знизити вплив тривалого стресу на афективну стабільність, особливо в групі пацієнтів зі спростованим діагнозом (N. Yeung et al., 2020) [52].

Результати кореляційного аналізу між показниками позитивного ментального здоров'я, благополуччям та афективною стабільністю демонструють складний взаємозв'язок, що відповідає сучасним теоріям психосоматичного впливу. У пацієнтів із підтвердженим діагнозом вищі рівні позитивного ментального здоров'я та благополуччя часто супроводжуються більш стабільним афективним станом, що пояснюється механізмами психологічної адаптації до хронічного стресу. Натомість у пацієнтів зі спростованим діагнозом спостерігається негативна кореляція між афективною стабільністю та іншими показниками, що свідчить про вплив тривалого емоційного виснаження та невизначеності.

Дослідження М. Cerezo et al. [11] підкреслює ключову роль афективного благополуччя як медіатора між резилієнтністю та загальним психологічним станом у пацієнтів із злоякісними новоутвореннями грудей. Результати свідчать, що сильні позитивні кореляції між афектом і благополуччям значною мірою визначають загальний рівень психологічної адаптації (М. Cerezo et al., 2022) [11]. Водночас L. Wang et al. [59] встановили, що симптоматичний дистрес є незалежним фактором ризику, що погіршує ментальне здоров'я пацієнтів. Це пояснює значну емоційну варіативність у групі зі спростованим діагнозом, де рівень стресу часто залишається високим навіть після завершення діагностичних процедур (L. Wang et al., 2020) [59].

Інше дослідження Н. Verduzco-Aguirre et al. [55] підтверджує, що невизначеність діагностичного процесу має суттєвий вплив на емоційний стан та якість життя пацієнтів. У старших пацієнтів із онкопатологією невизначеність корелює зі зниженим рівнем емоційного благополуччя та посиленням тривоги й депресії. Ці результати підкреслюють важливість інтеграції стратегій управління невизначеністю в психологічний супровід онкопацієнтів (Н. Verduzco-Aguirre et al., 2020) [55].

Сучасні психосоматичні концепції також акцентують увагу на зв'язку між екзистенційною тривогою та деморалізацією у пацієнтів із онкологією. Е. Kouhras et al. [36] продемонстрували, що екзистенційні переживання, такі як

страх смерті та абсурдність, мають значний негативний вплив на ментальне здоров'я та психологічне благополуччя. Ці фактори можуть посилюватися у пацієнтів зі спростованим діагнозом, які залишаються у стані невизначеності, попри відсутність підтвердження онкології (E. Kouhras et al., 2020) [36].

Таким чином, результати кореляційного аналізу свідчать, що позитивне ментальне здоров'я, благополуччя та афективна стабільність є взаємопов'язаними, однак цей зв'язок варіюється залежно від діагностичного статусу пацієнта. Інтеграція психосоматичних підходів у процес лікування може сприяти стабілізації емоційного стану пацієнтів і покращенню їхнього загального психологічного благополуччя.

Результати дослідження створюють основу для розробки практичних рекомендацій із вдосконалення психологічної підтримки пацієнтів із онкологічними захворюваннями через інтеграцію сучасних підходів та моделей психологічного супроводу. Одним із ключових аспектів є акцент на персоналізованому підході до пацієнтів, який враховує діагностичний статус, емоційну стабільність і рівень соціальної підтримки. Дані, отримані в дослідженні, підтверджують важливість інтегративного підходу, що об'єднує психосоматичні, емоційні та соціальні аспекти.

Важливим також є:

- Покращення доступності професійної психологічної допомоги (організація психологічного супроводу пацієнтів не лише на етапі обстеження у високоспеціалізованих ЗОЗ онкологічного профілю, а і на етапі звернення до закладів первинної та вторинної ланки надання медичної допомоги);
- Наближення психологічної допомоги до тих хто її потребує шляхом розробки нових цифрових інструментів для її надання в умовах воєнного стану та обмеження фізичних можливостей (у т.ч. через наявність онкологічного захворювання) потенційних споживачів такої допомоги (веб-платформи, анонімні чати, мобільні додатки, контекстна реклама у ЗОЗ, дистанційне консультування, відеосесії у групах та ін.);

- Особлива увага на контингент жінок фертильного віку, що звертаються на консультацію та обстеження до онколога без об'єктивних медичних показів та направлення від лікарів первинної та вторинної ланки МД;
- Популяризація мережевої гігієни, гігієни соціальних мереж, заборона розповсюдження контенту що містить демонстрацію насилля у ЗМІ;
- Розробка курсів професійного вдосконалення для практичних психологів що працюють у ЗОЗ онкологічного профілю із акцентом на психосоматику канцерогенезу та псевдоканцерогенезу, оволодіння методами психологічних інтервенцій для зменшення стресу, невизначеності та тривожності, саморегуляцію;
- Розробка персоналізованих програм психологічної та психосоціальної (із закріпленням у площині державної політики) підтримки осіб із онкологічними захворюваннями, що включала б не лише психодіагностику, але і психопрофілактику, інтервенції та та консультування протягом усього періоду лікування та реабілітації.

Важливою рекомендацією є активізація стратегій емоційної регуляції та підтримки афективної стабільності, особливо для пацієнтів зі спростованим діагнозом, які демонструють більшу варіативність емоційного стану. Як зазначають Т. Aho et al. [3], психологічні інтервенції, спрямовані на розвиток самостійності та кооперативності, можуть значно покращити якість життя пацієнтів із хронічними захворюваннями (Т. Aho et al., 2023) [3]. У цьому контексті важливу роль відіграє розвиток резилієнтності, яка є критичним фактором для зниження впливу стресу та покращення загального психологічного благополуччя (X. Zhao et al., 2022) [65].

Практичні заходи мають також включати впровадження програм управління невизначеністю, які сприятимуть зниженню тривоги та деморалізації серед пацієнтів. Як показує дослідження Н. Verduzco-Aguirre et al. [56], невизначеність щодо діагнозу значною мірою впливає на якість життя та рівень емоційного благополуччя, що підкреслює важливість розробки інтервенцій для контролю цього чинника (Н. Verduzco-Aguirre et al., 2020) [56].

Інтеграція соціальної підтримки є ще одним ключовим елементом, оскільки її дефіцит може значно посилювати емоційну напругу та дистрес. F. Barbhuiya [5] наголошує на необхідності посилення соціальних мереж та підтримки пацієнтів, щоб мінімізувати їхнє психосоматичне навантаження. Таким чином, розширення взаємодії між медичним персоналом, сім'єю пацієнта та психологами є невід'ємною частиною вдосконалення супроводу (F. Barbhuiya, 2020) [5].

Зв'язок із інтегративними моделями психологічного супроводу пацієнтів із онкопатологією полягає у створенні цілісного підходу, який враховує психоемоційні, соціальні та фізіологічні аспекти стану пацієнта. Н. Lee [40] підкреслює важливість взаємодії ментального та фізичного здоров'я через психосоматичні механізми, що має стати основою для побудови індивідуалізованих терапевтичних стратегій (Н. Lee, 2023) [40]. Результати також свідчать про необхідність створення мультидисциплінарних команд, які можуть забезпечити комплексну допомогу пацієнтам. Отримані дані дозволяють сформулювати ефективні підходи до вдосконалення психологічного супроводу осіб із онкопатологією через інтеграцію сучасних моделей та індивідуалізацію допомоги.

Висновок до розділу 3

Результати проведеного емпіричного дослідження продемонстрували, що пацієнти з підтвердженим онкологічним діагнозом мають вищий рівень позитивного ментального здоров'я та емоційної стабільності у порівнянні з пацієнтами, у яких діагноз не підтвердився. Це можна пояснити мобілізацією їхніх психологічних ресурсів, активізацією адаптивних механізмів та отриманням значної підтримки від соціального оточення і медичного персоналу. Натомість пацієнти зі спростованим діагнозом часто перебувають у стані емоційної нестабільності, що зумовлено тривалим впливом стресу та невизначеністю в період очікування результатів діагностичних процедур. Їхній нижчий рівень благополуччя, ймовірно, відображає наслідки цього стресу та

недостатню емоційну підтримку після завершення діагностичного процесу. Крім того, пацієнти цієї групи відрізняються більш молодим віком та переважанням жінок, що можна розглядати як додатковий фактор, що може відображати більшу психологічну вразливість респондентів цієї групи.

Зіставлення отриманих даних із сучасними психологічними теоріями канцерогенезу дозволяє краще зрозуміти ці результати. Зокрема, хронічний стрес, як відзначається у психоонкологічних дослідженнях, може суттєво впливати на імунну систему через підвищення рівня кортизолу, що створює сприятливі умови для патологічних процесів. У контексті дослідження це підкреслює важливість своєчасної психологічної допомоги для пацієнтів зі спростованим діагнозом, які часто залишаються без належної підтримки після стресу діагностичного періоду. Крім того, концепція особистісного типу «С», що характеризується схильністю до самопожертви та придушення емоцій, дозволяє зрозуміти більшу емоційну стабільність пацієнтів з підтвердженим діагнозом, які можуть використовувати копінг-стратегії як спосіб зосередження на лікуванні та взаємодії з лікарями. Водночас, психонейроімунологічні підходи пояснюють, як психологічний стан може впливати на фізіологічні процеси, такі як регуляція запалення та імунної відповіді, що є особливо важливим для пацієнтів із онкологічними захворюваннями.

ВИСНОВКИ

1. Проведено аналіз наукових джерел з проблематики сучасних психологічних теорій канцерогенезу та підходів до психологічної допомоги особам із онкологічними захворюваннями.

Сучасні підходи до реалізації психологічної допомоги пацієнтам із онкологічною патологією ґрунтуються на результатах спеціальних прикладних досліджень та сформованих на їх основі сучасних теоріях канцерогенезу. Використання даних, отриманих у ході таких досліджень, сприяє таргетизації підходів до корекції психоемоційного стану осіб із онкологічними захворюваннями не лише на етапі встановлення діагнозу, але і під час супроводу онкохворих пацієнтів на всіх етапах проходження ними специфічного діагностично-лікувального процесу та наступної реабілітації.

Розуміння фундаментальних основ змін психоемоційного стану пацієнтів із онкологічними захворюваннями а також критичних періодів, коли ці зміни можуть відбуватися більш стрімко і відрізнятися високою амплітудністю та фатальністю (наприклад, момент коли пацієнт вперше дізнається про свій діагноз; момент оголошення результатів цитоморфологічного та імуногістохімічного дослідження біопсійного матеріалу новоутворення, що кардинально впливає на методи, способи, тривалість та ступінь радикальності лікування, на яке може розраховувати пацієнт а також на прогноз щодо виживання; момент оголошення про встановлення наявності прогресування хвороби, метастазування або важкого ускладнення; момент оголошення результатів спеціальних досліджень які дозволяють або не дозволяють включити пацієнта у клінічне дослідження із безкоштовним отриманням ним дороговартісного лікування надсучасними експериментальними інноваційними препаратами та інші) дозволяють покращити якість та своєчасність надання психологічно допомоги таким пацієнтам а також розробляти персоналізовані підходи з урахуванням особливостей особистості кожного окремого пацієнта та його клінічної ситуації, стадії лікувально-діагностичного процесу та прогнозу

для подальшого життя, а також сприяти швидшій та якіснішій реабілітації пацієнта до нових умов звичного життя.

2. Розроблено дизайн емпіричного дослідження із обґрунтуванням вибору процедур і валідних методик дослідження (Шкала позитивного ментального здоров'я (Positive Mental Health Scale, PMH-scale); Індекс благополуччя ВООЗ-5 (WHO-5 Well-being Index); Методика виміру ядерного афекту Емо-С15), які дозволяють комплексно оцінити психоемоційний стан пацієнтів із онкопатологією на різних етапах діагностичного процесу. Кожна з методик була ретельно підібрана для забезпечення точності та об'єктивності отриманих результатів не статично, а у динаміці.

Шкала позитивного ментального здоров'я (Positive Mental Health Scale, PMH-scale) була обрана для визначення тривало превалюючого протягом життя психоемоційного стану пацієнтів до початку медичного обстеження з приводу підозри на онкологічне захворювання. Ця методика акцентує увагу на позитивних аспектах ментального здоров'я, які є критичними для збереження стресостійкості та адаптації до складних життєвих ситуацій. Її використання дозволило отримати інтегральний показник, який відображає базові ресурси психічного благополуччя респондентів.

Індекс благополуччя ВООЗ-5 (WHO-5 Well-being Index) став основним інструментом для оцінки стану психологічного благополуччя пацієнтів протягом двох тижнів медичного обстеження. Ця методика дозволила проаналізувати динаміку емоційного стану у ситуації невизначеності, яка характерна для періоду очікування результатів діагностики. Використання індексу дало змогу оцінити рівень благополуччя та виявити пацієнтів, які потребують додаткової психологічної підтримки.

Методика виміру ядерного афекту ЕмоС-15, заснована на концепції базового емоційного переживання, була застосована для аналізу емоційного стану пацієнтів після отримання діагнозу. Вона забезпечила можливість оцінити як позитивні, так і негативні аспекти емоційного стану, що є важливим для розуміння психологічної адаптації пацієнтів до нових обставин. Результати

дослідження за цією методикою сприяли визначенню основних емоційних реакцій, характерних для кожної з груп пацієнтів.

Аналіз демографічних характеристик вибірки показав гендерні та вікові особливості, які могли впливати на результати дослідження. Чоловіки переважали у групі пацієнтів із підтвердженим діагнозом, тоді як у групі, де онкологічний діагноз не підтвердився домінували жінки. Середній вік пацієнтів із підтвердженим онкологічним діагнозом був вищим порівняно з тими, у кого діагноз онкологічного захворювання не був підтверджений. Ці фактори підкреслюють важливість врахування демографічних особливостей при аналізі психоемоційного стану осіб із онкопатологією.

3. Проведено емпіричне дослідження для вивчення ефективності психологічної допомоги особам із онкологічними захворюваннями та без таких, що звертаються на дообстеження та лікування до високоспеціалізованих закладів охорони здоров'я онкологічного профілю із використанням комплексу методик, що дозволило отримати багатовимірний аналіз психоемоційного стану пацієнтів не статично, а у динаміці. Такий підхід сприяє розумінню емоційних реакцій пацієнтів на різних етапах діагностичного процесу та створенню ефективних рекомендацій для забезпечення їхньої психологічної підтримки.

4. Проаналізовано та інтерпретовано результати проведеного емпіричного дослідження та запропоновано практичні рекомендації щодо психологічної допомоги для осіб із онкологічними захворюваннями та без таких, що звертаються на дообстеження та лікування до високоспеціалізованих закладів охорони здоров'я онкологічного профілю.

Результати проведеного емпіричного дослідження продемонстрували, що пацієнти з підтвердженим онкологічним діагнозом мають вищий рівень позитивного ментального здоров'я та емоційної стабільності у порівнянні з пацієнтами, у яких діагноз не підтвердився. Це можна пояснити мобілізацією їхніх психологічних ресурсів, активізацією адаптивних механізмів та отриманням значної підтримки від соціального оточення і медичного персоналу. Натомість пацієнти зі спростованим діагнозом часто перебувають у стані

емоційної нестабільності, що зумовлено тривалим впливом стресу та невизначеністю в період очікування результатів діагностичних процедур. Їхній нижчий рівень благополуччя, ймовірно, відображає наслідки цього стресу та недостатню емоційну підтримку після завершення діагностичного процесу. Крім того, пацієнти цієї групи відрізняються більш молодим віком та переважанням жінок, що можна розглядати як додатковий фактор, що може відбрасувати більшу психологічну вразливість респондентів цієї групи.

Зіставлення отриманих даних із сучасними психологічними теоріями канцерогенезу дозволяє краще зрозуміти ці результати. Зокрема, хронічний стрес, як відзначається у психоонкологічних дослідженнях, може суттєво впливати на імунну систему через підвищення рівня кортизолу та норадреналіну із поступовим виснаженням депо для подальшого достатнього синтезу цих гормонально активних речовин, що створює сприятливі умови для патологічних процесів. У контексті дослідження це підкреслює важливість своєчасної психологічної допомоги для пацієнтів зі спростованим діагнозом, які часто залишаються без належної підтримки після стресу діагностичного періоду. Крім того, концепція особистісного типу «С», що характеризується схильністю до самопожертви та придушення емоцій, дозволяє зрозуміти більшу емоційну стабільність пацієнтів з підтвердженим діагнозом, які можуть використовувати копінг-стратегії як спосіб зосередження на лікуванні та взаємодії з лікарями. Водночас, психонейроімунологічні підходи пояснюють, як психологічний стан може впливати на фізіологічні процеси, такі як регуляція запалення та імунної відповіді, що є особливо важливим для пацієнтів із онкологічними захворюваннями.

Слід зазначити що загальний фоновий рівень стресу, що зберігається у населенні через воєнний стан, погіршення умов побуту (відсутність світла, тепла, води, мобільного і стаціонарного зв'язку) та участь воєнних дійх (безпосередньо або участь родичів чи близьких друзів), втрату рідних сприяє також підсиленню наявних раніше акцентуацій особистості та часто – трансформацію таких акцентуацій у психопатії і навіть у психічні захворювання. Зокрема, пацієнти з

групи, де онкологічний діагноз підтверджений не був, під час лікувально-діагностичного процесу частіше демонстрували прояви соматизованої депресії, страху, тривожності, іпохондричного та аграваційного синдрому та ін. З огляду на результати дослідження можна зробити висновок що особливу групу ризику для цього можуть складати жінки переважно фертильного віку, що може бути пов'язано із анатомо-фізіологічними особливостями жіночого організму та гендерно зумовленими особливостями психоемоційних реакцій жінок на зовнішні впливи.

Сприяють цьому такі фактори як щоденний потік інформації у ЗМІ за воєнною тематикою, що супроводжується акцентуванням уваги на проявах агресії, та насилля, деталізацією методів і способів їх вираження а також активною візуалізацією процесу і наслідків агресивних та насильницьких дій (фото, подкасти, відеоконтент, що використовується для популяризації воєнної тематики у вигляді, постів у соціальних мережах та інших інтернет-ресурсах, на ТБ, радіо) сприяє розвитку таких станів як іпохондрія, агравація з метою привернення до себе уваги, соматизована депресія та ін.

Це призводить до призначення обстеження на предмет виявлення онкологічної патології пацієнтам, що не мають об'єктивних медичних показів до проведення такого обстеження, але наполягають на його проведенні через особливості свого психоемоційного стану на момент звернення до лікаря.

У результаті окрім психологічної складової впливу воєнного стану на систему охорони здоров'я бачимо появу нової – економічної складової, що виражається у додатковому нецільовому перевантаженні високоспеціалізованих закладів охорони здоров'я пацієнтами, що об'єктивно не мають підозри на онкологічну патологію, поряд із тим, проходять обстеження за загальними клінічними протоколами, що спроводжується значними витратами часу, кадрових та матеріальних ресурсів високоспеціалізованих ЗОЗ онкологічного профілю.

Отримання таких неочікуваних на перший погляд результатів може бути пояснено і тим, що пацієнти із підтвердженим онкологічним діагнозом

перебувають у стані психологічної адаптації, яка допомагає стабілізувати їхній емоційний стан, тоді як пацієнти другої групи все ще переживають наслідки стресу. Адже задекларована причина, до якої треба адаптуватися (онкологічне захворювання) – спростована об'єктивними результатами обстеження у онколога. Поряд із тим, справжня причина первинного фонового стресу залишається не детектованою, а отже – не усвідомлюється, через що і адаптації до неї в повному обсязі не відбувається.

Звідси можна зробити висновок про необхідність покращення доступу до психологічної допомоги для пацієнтів що звертаються за високоспеціалізованою медичною допомогою, але не мають об'єктивних показів до проведення таких обстежень. Це сприятиме мінімізації інвазивного впливу непоказаних діагностичних та лікувальних процедур на організм пацієнта, покращенню рівня його загального благополуччя та якості життя, зниження рівня стресу та тривоги, обмеження дії факторів що можуть спровокувати розвиток психопатій, стійких психічних порушень та психіатричних захворювань, оскільки надана психологічна допомога буде мати ефективну точку прикладання – буде впливати на справжню, (а не задекларовану) першопричину скарг таких пацієнтів. Також наближення психологічної допомоги до населення та розширення спектру її послуг оптимізує використання обмежених ресурсів третинної ланки медичної допомоги, що надається у високоспеціалізованих ЗОЗ, у тому числі і онкологічного профілю.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Afrasiabi, H., & Barzideh, K. Emotion Suspension: Emotional Experience of Cancer Patients. *Psychosomatic Medicine and General Practice*, № 5(3), 2020.
2. Aghaei, M., Aghdash, S., Ebrahimoghli, R., & Bodaghi, S. Healthcare Providers' Experiences of Psychological Support for People With Cancer in Ardabil, Iran; A content Analysis Study. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 27(1), 2023. P. 12-22.
3. Aho, T., Harno, H., Lipsanen, J., Kalso, E., & Sipilä, R. Pain-related and psychological factors mediate the effect of personality on health-related quality of life. A study in breast cancer survivors with persistent pain. *Frontiers in Psychology*, 14, 2023. P. 872-882.
4. Ataman, H., & Tuna, R. The effect of the social support perceived by the women receiving chemotherapy on functional and psychosocial conditions: A cross-sectional, descriptive and correlational study. *Indian journal of cancer*, 60(2), 2023. P. 123-129.
5. Barbhuiya, F. Psychosocial health of patients with tobacco-related cancers in Assam, India. *European journal of cancer care*, 2020, P. 13-391.
6. Boškailo, E., Franjić, D., Jurić, I., Kiseljaković, E., Marijanović, I., & Babic, D. Resilience and Quality of Life of Patients with Breast Cancer. *Psychiatria Danubina*, 33 Suppl 4, 2021. P. 572-579.
7. Bottaro, R., Craparo, G., & Faraci, P. What is the direction of the association between social support and coping in cancer patients? A systematic review. *Journal of Health Psychology*, 28, 2022. P. 524 - 540.
8. Çakmak, H., & Kapucu, S. The Effect of Educational Follow-Up with the Motivational Interview Technique on Self-Efficacy and Drug Adherence in Cancer Patients Using Oral Chemotherapy Treatment: A Randomized Controlled Trial. *Seminars in oncology nursing*, 2021. P. 140-151.

9. Çal, A., & Avcı, İ. (2023). Changes in Spousal Relationships in the Period After Cancer. *Journal of Academic Research in Nursing*. 2023.
10. Caruso, R., Nanni, M., & Grassi, L. Supportive Psychotherapy in Cancer. *European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of European Oncology Nursing Society*, № 44, 2021. P. 409-415.
11. Cerezo, M., Álvarez-Olmo, A., & Rueda, P. General Health and Resilience of Breast Cancer Patients: The Mediator Role of Affective Well-Being. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2022. P. 19.
12. Chen, X., & Lou, F. The relationships among insecure attachment, social support and psychological experiences in family caregivers of cancer inpatients. *European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of European Oncology Nursing Society*, № 44, 2019. P. 101-691
13. Cheng, Q., Ng, M., Chen, Y., Li, X., Liu, G., Zhang, M., & So, W. The Feasibility and Acceptability of a Needs-Oriented Psychoeducational Intervention Among Caregivers of Adolescent and Young Adult Cancer Patients: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Cancer Nursing*. 2023.
14. Cipolletta, S., Simonato, C., & Faccio, E. The effectiveness of psychoeducational support groups for women with breast cancer and their caregivers: A mixed methods study. *Frontiers in Psychology*, № 13, 2022. P. 435-441.
15. Compen, F., Bisseling, E., Schellekens, M., Donders, R., Carlson, L., Lee, M., & Speckens, A. [RCT about mindfulness-based cognitive therapy for psychological distress in cancer patients]. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 61(9), 2019. P. 605-616.

16. Da'ar, O., Jradi, H., Alkaiyat, M., Alolayan, A., & Jazieh, A. (2023). Social Distress among Cancer Patients: Differential Effects of Risk Factors and Attenuating Role of Culturally Specific Social Support. *Healthcare*, №11, 2023.
17. Deshields, T., Kaplan, J., & Rynar, L. Psychological Approaches to Cancer Care. *Psycho-oncologie*. 2022.
18. Dionne-Odom, J., Bakitas, M., & Ferrell, B. Psychoeducational Interventions for Cancer Family Caregivers. *Cancer Caregivers*. 2019.
19. Dobříková, P., Stachurová, D., West, D., Hegde, M., & Ramirez, B. External support factors utilized by patients in coping with cancer: a European perspective. *Supportive Care in Cancer*, 2021.
20. Durosini, I., Savioni, L., Triberti, S., Guidi, P., & Pravettoni, G. The Motivation Journey: A Grounded Theory Study on Female Cancer Survivors' Experience of a Psychological Intervention for Quality of Life. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, №18, 2021.
21. Ebrahimi, S., Foruzande, N., Hosseini, S., Pakdin, M., & Ebrahimi, A. The need for social support in adult patients with cancer. *International Journal of Nursing*, №7, 2021. P. 1-17.
22. Ehlers, S. L., Davis, K., Bluethmann, S. M., Quintiliani, L. M., Kendall, J., Ratwani, R. M., Diefenbach, M. A., & Graves, K. D. Screening for psychosocial distress among patients with cancer: Implications for clinical practice, healthcare policy, and dissemination to enhance cancer survivorship. *Translational Behavioral Medicine*, №12(2), 2022. P. 282-292.
23. Elmawla, D., & Ali, S. Psychological Distress of Elderly Cancer Patients: The Role of Social Support and Coping Strategies. *International Journal of Nursing*, №10, 2020. P. 38-47.
24. Eva, G. The social experience of cancer. *Oxford Handbook of Cancer Nursing*, 2019.

25. Fu, L., Zhang, X., Hu, Y., Lu, Z., Yang, Y., Huang, M., Li, Y., Zhu, F., Wang, Y., & Huang, Z. Distress management in cancer patients: Guideline implementation based on CAN-IMPLEMENT. *International Journal of Nursing Sciences*, №9(2), 2022. P. 187-192.
26. Gidron, Y., Caton, L., & Reich, M. Stress, Inflammation and Cancer Prognosis: New Evidence-Based Effective Treatments. *Psycho-oncologie*, №13, 2019. P. 150-155.
27. Giuseppe, M., Miniati, M., Miccoli, M., Ciacchini, R., Orrú, G., Sterzo, R., Silvestre, A., & Conversano, C. Defensive responses to stressful life events associated with cancer diagnosis. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, № 8, 2020.
28. Grimmitt, C., Heneka, N., & Chambers, S. Psychological interventions prior to cancer surgery: A review of reviews. *Current Anesthesiology Reports*, №12(1), 2022. P. 78-87.
29. Hasanah, L., & Allenidekania, A. Psychoeducation in improving psychological support for caregivers of childhood cancer: literature review. *JNKI (Jurnal Ners dan Kebidanan Indonesia)* (Indonesian Journal of Nursing and Midwifery), 2022.
30. Hendriks, M., Ebben, K., Til, J., Jager, A., & Siesling, S. Clinical decision support systems for multidisciplinary team decision-making in patients with solid cancer: an implementation model based on a scoping review. *Cancer Research*, 2023.
31. Heß, V., Meng, K., Schulte, T., Neuderth, S., Bengel, J., Jentschke, E., Zoll, M., Faller, H., & Schuler, M. Unexpressed psychosocial needs in cancer patients at the beginning of inpatient rehabilitation: a qualitative analysis. *Journal of Psychosocial Oncology*, №39, 2020. P. 173 - 188.

32. Homa, M., Ziarko, M., & Litwiniuk, M. Coping with cancer and a history of health-related events. *Reports of Practical Oncology and Radiotherapy*, №28, 2023. P. 66 - 73.
33. Hurtado-De-Mendoza, A., Gonzales, F., Song, M., Holmes, E., Graves, K., Retnam, R., Gómez-Trillos, S., Lopez, K., Edmonds, M., & Sheppard, V. Association between aspects of social support and health-related quality of life domains among African American and White breast cancer survivors. *Journal of Cancer Survivorship*, №16, 2021. P. 1379 - 1389.
34. Kapadia, M., Veenstra, C., Davis, R., Hawley, S., & Morris, A. Unmet Emotional Support Needs Among Diverse Patients with Colorectal Cancer. *The American Surgeon*, №86, 2020. P. 695 - 702.
35. Karulkar, P. Impact of supportive therapy in reducing anxiety and depression in middle aged cancer patients. 2020.
36. Kouhpas, E., Karimi, Z., Rahmani, B., & Shoaee, F. The Relationship Between Existential Anxiety and Demoralization Syndrome in Predicting Psychological Well-Being of Patient With Cancer. *Practice in Clinical Psychology*, 2020.
37. Krishnasamy, M., Hassan, H., Jewell, C., Moravski, I., & Lewin, T. Perspectives on Emotional Care: A Qualitative Study with Cancer Patients, Carers, and Health Professionals. *Healthcare*, №11, 2023.
38. Krivonis, T. (2019). Assessment of psychosocial support in the family with cancer patient. 2019.
39. Lauriola, M., & Tomai, M. Biopsychosocial Correlates of Adjustment to Cancer during Chemotherapy: The Key Role of Health-Related Quality of Life. *The Scientific World Journal*, 2019.
40. Lee, H. Discussion of the Interconnection Between Mental and Physical Disorders From the Aspect of Oncology. *Journal of Student Research*. 2023.

41. Lepore, S., Rincon, M., Buzaglo, J., Golant, M., Lieberman, M., Bass, S., & Chambers, S. Digital literacy linked to engagement and psychological benefits among breast cancer survivors in Internet-based peer support groups. *European Journal of Cancer Care*, №28, 2019.
42. Lin, C., Tian, H., Chen, L., Yang, Q., Wu, J., Ji, Z., Zheng, D., Li, Z., & Xie, Y. The efficacy of cognitive behavioral therapy for cancer: A scientometric analysis. *Frontiers in Psychiatry*, №13, 2022.
43. Masoumi, S., Amiri, M., & Afrashteh, M. Self-Compassion: The Factor That Explains a Relationship between Perceived Social Support and Emotional Self-Regulation in Psychological Well-Being of Breast Cancer Survivors. *Iranian Journal of Psychiatry*, №17, 2022. P. 341 - 349.
44. Niknamian, S. The Impact of Stress, Anxiety, Fear and Depression in The Cause of Cancer in Humans. *American Journal of Biomedical Science & Research*. 2019.
45. Niveau, N., New, B., & Beaudoin, M.. How Should Self-Esteem Be Considered in Cancer Patients?. *Frontiers in Psychology*, №12, 2021.
46. Park, S.-Y., & Lim, J.-W. Cognitive-behavioral therapy for reducing fear of cancer recurrence (FCR) among breast cancer survivors: A systematic review of the literature. *BMC Cancer*, 22(1), 2022. P. 217.
47. Pasek, M., Suchocka, L., & Gašior, K. Model of Social Support for Patients Treated for Cancer. *Cancers*, №13, 2021. Retrieved from <https://doi.org/10.3390/cancers13144028>.
48. Pene, C., & Kissane, D. Communication in cancer: its impact on the experience of cancer care communicating with the angry patient and the patient in denial. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, №13, 2019. P. 46–52. doi: 10.1097/SPC.0000000000000396.

49. Rossi, A., Marconi, M., Mannarini, S., Minelli, I., Anderboni, M., Rossini, C., Lucca, G., & Verusio, C. Effectiveness of psychological distress reduction with cognitive behavioral therapy for oncological patients: A one-year follow-up study. *Journal of Clinical Oncology* 2019.. doi: 10.1200/JCO.19.01236
50. Ruiz-Rodríguez, I., Hombrados-Mendieta, I., Melguizo-Garín, A., & Martos-Méndez, M. The Association of Sources of Support, Types of Support and Satisfaction with Support Received on Perceived Stress and Quality of Life of Cancer Patients. *Integrative Cancer Therapies*, №20, 2021. doi: 10.1177/1534735420975631.
51. Savaş, B., Märten, B., Cramer, H., Voiss, P., Longolius, J., Weiser, A., Ziert, Y., Christiansen, H., & Steinmann, D. Effects of an Interdisciplinary Integrative Oncology Group-Based Program to Strengthen Resilience and Improve Quality of Life in Cancer Patients: Results of a Prospective Longitudinal Single-Center Study. *Integrative Cancer Therapies*, №21, 2022. doi: 10.1177/153473542211271.
52. Sayilan, A., & Doğan, M. Illness perception, perceived social support and quality of life in patients with diagnosis of cancer. *European Journal of Cancer Care*, №29, 2020. doi: 10.1111/ecc.13157.
53. Tsiouris, A., Mayer, A., Nölke, C., Ruckes, C., Labitzke, N., Wiltink, J., Beutel, M., & Zwerenz, R. An emotion-based online intervention for reducing anxiety and depression in cancer patients: Study protocol for a randomized controlled trial. *Internet Interventions*, №25, 2021. doi: 10.1016/j.invent.2021.100422.
54. Unal, I., & Ordu, Ç. Alexithymia, Self-Compassion, Emotional Resilience, and Cognitive Emotion Regulation: Charting the Emotional Journey of Cancer Patients. *Current Oncology*, №30, 2023. 8872 - 8887. doi: 10.3747/co.30.6185.
55. Verduzco-Aguirre, H., Babu, D., Mohile, S., Bautista, J., Xu, H., Culakova, E., Canin, B., Zhang, Y., Wells, M., Epstein, R., Duberstein, P., McHugh, C., Dale, W., Conlin, A., Bearden, J., Berenberg, J., Tejani, M., & Loh, K. Associations

- of uncertainty with psychological health and quality of life in older adults with advanced cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.06.027.
56. Verduzco-Aguirre, H., Babu, D., Mohile, S., Bautista, J., Xu, H., Culakova, E., Canin, B., Zhang, Y., Wells, M., Epstein, R., Duberstein, P., McHugh, C., Dale, W., Conlin, A., Bearden, J., Berenberg, J., Tejani, M., & Loh, K. Associations of uncertainty with psychological health and quality of life in older adults with advanced cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.06.027.
57. Vizin, G., & Farkas, K. [Possibilities of cognitive behavioral therapy in the oncological care]. *Magyar onkologia*, №64, 2020. P. 62-69.
58. Walbaum, C., Philipp, R., Oechsle, K., Ullrich, A., & Vehling, S. Existential distress among family caregivers of patients with advanced cancer: A systematic review and meta-analysis. *Psycho-oncology*, 2023. doi: 10.1002/pon.5967.
59. Wang, L., Li, M., Liu, H., Guo, J., Han, J., & Gao, Y. Correlation analysis between mental health and symptom distress in breast cancer patients. *Cancer Research and Clinic*, №32, 2020. P. 107-110.
60. Wieder-Huszla, S., Owsianowska, J., Chudecka-Głaz, A., Branecka-Woźniak, D., & Jurczak, A. The Significance of Adaptation and Coping with Disease among Patients with Diagnosed Gynaecological Cancer in the Context of Disease Acceptance. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, №19, 2022. P.. doi: 10.3390/ijerph19021132.
61. Willems, R., Bolman, C., Lechner, L., Mesters, I., Gunn, K., Ross, X., & Olver, I. Online interventions aimed at reducing psychological distress in cancer patients: evidence update and suggestions for future directions. *Current Opinion in Supportive & Palliative Care*, 2019. doi: 10.1097/SPC.0000000000000402.

62. Wu, Y., Pan, J., Lu, Y., Chao, J., & Yu, H. Psychotherapy for advanced cancer patients: A meta-analysis of the quality of life and survival assessments. *Palliative & Supportive Care*, 2022, P.1-7. doi: 10.1017/S1478951521000584.
63. Yeung, N., Wang, L., Ji, L., Lu, Q., & Lu, G. Difficulties in identifying and describing feelings, social constraints, affect, and functional well-being among Chinese breast cancer patients: A mediation model. *European Journal of Oncology Nursing*, №47, 2020. P. 101-760. doi: 10.1016/j.ejon.2019.101760.
64. Yuan, X., Peng, J., Hu, S., Yang, Y., & Bai, Y. (2021). Cognitive behavioral therapy on personality characteristics of cancer patients. *World Journal of Clinical Cases*, №9, 2021. P 86-94. doi: 10.12998/wjcc.v9.i34.9386.
65. Zhao, X., Tong, S., & Yang, Y. The Correlation Between Quality of Life and Positive Psychological Resources in Cancer Patients: A Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology*, №13, 2022. doi: 10.3389/fpsyg.2022.800588.
66. Березянська В. В. Стратегія особистої адаптації онкологічних хворих. *Актуальні проблеми психології*. Том. 7. Вип. 43, 2017. С. 10-20.
67. Бернацька І. Я. Психологічні чинники конструктивної зміни ставлення онкохворого до власної хвороби / І. Я. Бернацька // *Сучасна психологія*. 2020. № 5. С. 32–45.
68. Бернацька І.Я. Психологічні чинники конструктивної зміни ставлення онкохворого до власної хвороби. *Кваліфікаційна робота*. Тернопіль: ЗУНУ, 2020. URL: <http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/40310/1/%D0%B1%D0%B5%D1%80%D0%BD%D0%B0%D1%86%D1%8C%D0%BA%D0%B0.pdf>.
69. Бідучак А. С. Медична комунікація в системі відносин «керівник-лікар-пацієнт» *Інноваційна наука: пошук відповідей на виклики сучасності*. 2023. Вип. 461. С. 150–159.

70. Білик В. Вплив превентивної освіти на подолання психологічних бар'єрів відношення до онкохвороб. Наукові перспективи. 2024. № 3 (45). С. 23–29.
71. Булига В. С., Голозубова О. В. Психотерапія в паліативній допомозі онкохворим / В. С. Булига, О. В. Голозубова // Матеріали 8-ї міжнародної науково-практичної конференції «Сучасні дослідження в науці та освіті». Чикаго : VoScience Publisher, 2024. С. 67.
72. Візирякіна О. М. Психологія у медичній реабілітації / О. М. Візирякіна // Науковий вісник Ужгородського університету. Серія «Медицина», 2023. № 1 (67). С. 111–114.
73. Гайворонська О. Сприйняття онкологічними пацієнтами комунікації з лікарями в Україні. *Український медичний журнал*. 2022. № 12. С. 95–102.
74. Гергало О. А., Хомич Г. О. Психоемоційний стан онкохворих в умовах психологічного супроводу. *Психологічні аспекти медичної допомоги*. 2021. № 38. С. 22–28.
75. Грицюк І. М. Психологічний супровід осіб з обмеженими можливостями Київ, Основа, 2021. – 245 с.
76. Дворник М. С., Мирончак К. В. Інноваційні засоби психологічної допомоги особистості в умовах гібридної війни. *Психологія та інновації*. 2021. № 4. С. 90–98.
77. ДСТУ 8302:2015. Бібліографічне посилання. Загальні положення та правила складання, 2015, 5 с. (Інформація та документація).
78. Ісаєнко С. В. Клініко-психопатологічні закономірності формування суїцидальної поведінки у онкологічно хворих. *Сучасна система психопрофілактики*. 2020. № 2. С. 35–41.
79. Іщенко Є. О. Медико-психологічна допомога онкохворим. Теоретико-методологічні проблеми практичної психології та її перспективи розвитку. Кропивницький : НДУ ім. Гоголя, 2022. С. 82.
80. Кардаш Т. Особливості сприйняття вчителями онкохворих учнів : дис. ... канд. психол. наук. Т. Кардаш. Львів, ЛДУВС, 2023. 189 с.

81. Кирилова О., Старенький В., Золотарьова Т. Система психологічної допомоги на етапі променевої терапії в онкологічному закладі у Харкові під час військового стану / О. Кирилова, В. Старенький, Т. Золотарьова // *Перспективи та інновації науки*. 2024. № 7 (41). С. 45–52
82. Кіреєв І. В., Жаботинська Н. В. Аналіз факторів, що мають вплив на комплаєнс пацієнтів з артеріальною гіпертензією. *Кардіологія України*, 2021. № 3 С. 72–78.
83. Коломієць А.А. Кримінально-виконавча система та високоспеціалізовані заклади охорони здоров'я онкологічного профілю: що спільного? *XIV Всеукраїнська заочна науково-практична конференція» Кримінально-виконавча система України та її роль у розбудові правової і соціальної держави* (м. Чернігів, 13 грудня 2024 р.); Пенітенціарна академія України. Чернігів, ПАУ.
84. Коломієць А.А. Психоемоційне благополуччя як чинник ефективного використання ресурсів високоспеціалізованими закладами охорони здоров'я онкологічного профілю. *Місьцеве самоврядування в умовах війни та повоєнного відновлення: матеріали круглого столу* (м. Київ, 10 грудня 2024 р.); Київський національний університет імені Тараса Шевченка. Київ, КНУТШ.
85. Коломієць А.А. Сучасні психологічні теорії канцерогенезу. *Інтеграція теорії у практику: проблеми, пошуки, перспективи в умовах євроінтеграційних процесів*. Чернігів, Пенітенціарна академія України. 2024.
86. Красносельський М. В., Кирилова О. О., Рубльова Т. В., Свиначенко А. В., Артюх С. В. Оцінка динаміки дистресу та якості життя онкологічних хворих на етапі променевої терапії і можливості їх корекції. *Problems of Radiation Medicine & Radiobiology*. 2022. № 27. С. 102–108.
87. Кривоніс Т. Г. Медико-психологічна допомога в онкологічній практиці. *Медицина сьогодні і завтра*. 2020. Т. 86, № 1. С. 61–68.

88. Курило Я. О. Інтерактивні засоби соціального супроводу батьків онкохворих дітей. *Освітній простір*. 2020. № 4. С. 25–30.
89. Лукомська С. О. Ресурсний підхід до вивчення особистості у ситуації онкологічної хвороби. *Актуальні проблеми психології*. 2020. Т. 3, № 14. С. 190–195.
90. Лукомська С. О. Ресурсний підхід до подолання особистістю кризових ситуацій. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. 2020. № 1. С. 190–195.
91. Лукомська С. О. Ресурсний підхід у психологічній підтримці онкопацієнтів / С. О. Лукомська // Рекомендовано Вченою радою НДУ ім. Миколи Гоголя. 2020. 139 с.
92. Мавко, М. Я. Консультативна робота з екзистенційними запитами у моделі КПТ: системний огляд літератури. *Психотерапія*, №34(1), 2022. С. 45-57.
93. Медико-психологічна допомога в онкологічній практиці. *Psychosomatic Medicine and General Practice*, №2(2), 2017.
94. Мельник, А. П. Реабілітаційна психологія. *Український психологічний журнал*, №18(2), 2021. С. 103-118.
95. Мельниченко, О. А., Калмикова, І. В., Перепадя, С. В., Фінська, О. І. Особливості застосування соціально-психологічних засобів публічного управління при лікуванні онкохворих. Київський національний університет ім. Т. Шевченка, факультет психології, магістерська дисертація, 2021.
96. Методики дослідження психічного здоров'я та благополуччя персоналу організацій : психологічний практикум. Л. М. Карамушка, О. В. Креденцер, К. В. Терещенко, В. І. Лагодзінська, В. М. Івкін, О. С. Ковальчук ; за ред. Л. М. Карамушки. Київ : Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2023. 76 с.

97. Мухаровська І.Р. Медико-психологічна допомога в онкологічній практиці. *Нейронews: психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2018. № 7(99). С. 47-50.
URL: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2018/7%2899%29/pages-47-50/mediko-psihologichna-dopomoga-v-onkologichniy-praktici-#gsc.tab=0>.
98. Мухаровська, І., & Становський, Б. Телемедичні засоби у наданні медико-психологічної допомоги онкологічним пацієнтам в умовах війни. *Psychosomatic Medicine and General Practice*, №7(2), 2022.
99. Плєскач Б.В. Психологічні фактори в розвитку та перебігу онкологічного захворювання; гіпотези для психотерапії. *Актуальні проблеми психології*. Том. 3. Вип. 6. Інститут психології ім. Г.С. Костюка АПН України; Видавець ПП Лисенко М.М. 2009. С. 241-257.
100. Плєскач, Б. В. Психологічні фактори в розвитку та перебігу онкологічного захворювання; гіпотези для психотерапії. *Актуальні проблеми психології. Том. 3.: Консультативна психологія і психотерапія*, №(6), 2009. С. 241-257.
101. Семенець, І. Ю. Чинники дистресу та психологічні особливості батьків онкохворих дітей. *Modern ways of solving the latest problems in science*, 2022, С. 393.
102. Сивопляс, І., Кузьо, О., Христюк, О. Особливості психологічного супроводу онкохворих. *Психологічні перспективи*, №36, 2023. С. 65-75.
103. Скаковська, А.. Вивчення домінантних страхів у дітей з онкологічними захворюваннями на різних стадіях лікування. *Психологічні перспективи*, №36, 2020.
104. Становський, Б. Стратегія медико-психологічної допомоги в роботі лікаря-психолога з онкологічними пацієнтами. *Psychosomatic Medicine and General Practice*, №6(4), 2021. doi:e0604319-e0604319.

105. Харченко, С. Особливості емоційної регуляції онкохворих пацієнтів в умовах коронавірусної пандемії. *Актуальні проблеми психології*, №27(3), 2021. С. 81-92.
106. Хомуленко, Т., Кислова, І., Лесніченко, Н. Психологічні особливості тілесного я жінок, хворих на рак репродуктивної системи. *Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди» Психологія*, №63, 2021. С. 107-116.
107. Чабан, О. С. Пацієнт офтальмолога: психологічні особливості роботи у випадку «катастрофічних» діагнозів. *Психологічні перспективи*, (36).
108. Чи можна захворіти на рак «від нервів»? Чому я?. URL: <https://www.lissod.com.ua/ua/about/media/media/news/chi-mozhna-zakhvoriti-na-rak-%C2%ABvid-nerviv%C2%BB/>.

ДОДАТКИ

Додаток А

Шкала позитивного ментального здоров'я (Positive Mental Health Scale, РМН-scale) [96]

Оцініть свій стан за 4-ох бальною шкалою (поставте «+» у відповідній комірці).

Текст опитувальника:

Пункт	Не вірно	Скоріше не вірно	Скоріше вірно	Вірно
	1	2	3	4
1. Я часто почуваюся безтурботно і знаходжуся в гарному настрої				
2. Я насолоджуюся життям				
3. Загалом я відчуваю задоволеність від життя				
4. Загалом я відчуваю впевненість				
5. Я справляюся із задоволенням своїх потреб				
6. Я у гарній фізичній формі і у гарному емоційному стані				
7. Я відчуваю що здатний/здатна справлятися із життям та його труднощами				
8. Багато з того що я роблю приносить мені радість				
9. Я спокійна і врівноважена людина				

Додаток Б

Індекс благополуччя ВООЗ-5 (WHO-5 Well-being Index) [96]

Загальна характеристика методики:

Методика складається з 5 тверджень та вимірює рівень психологічного благополуччя особистості.

Інструкція для учасників опитування:

Будь ласка, вкажіть наскільки кожне з п'яти тверджень точно описує те, як Ви почувалися протягом останніх 2-х тижнів. Зверніть увагу, що чим вище бал, тим краще Ваше самопочуття (обведіть відповідну цифру).

Текст опитувальника:

1. Я відчував/відчувала бадьорість і був/була у гарному настрої	1	2	3	4	5
2. Я відчував/відчувала спокій і розслабленість	1	2	3	4	5
3. Я почувався/почувалася активним/активною і повним/повною енергії	1	2	3	4	5
4. Я прокидався/прокидалася свіжим/свіжою і відпочившим/відпочившою	1	2	3	4	5
5. Моє щоденне життя було наповнене цікавими речами	1	2	3	4	5

Додаток В

ЕмоС-15: самозвітна методика для виміру ядерного афекту (Д.В. Люсін, 2019) [96].

Інструкція: Перед Вами слова, які описують різні емоційні стани. Будь-ласка, прочитайте уважно кожне слово і позначте, наскільки воно відповідає Вашому емоційному стану в даний момент за п'ятибальною шкалою. 1 – зовсім не підходить; 2 – підходить в незначній мірі; 3 – в середньому підходить; 4 – підходить в значній мірі; 5 – повністю підходить.

1	Задоволення	1	2	3	4	5
2	Неспокій	1	2	3	4	5
3	Пригніченість	1	2	3	4	5
4	Хвилювання	1	2	3	4	5
5	Наснага	1	2	3	4	5
6	Спустошеність	1	2	3	4	5
7	Ніжність	1	2	3	4	5
8	Сум	1	2	3	4	5
9	Напруга	1	2	3	4	5
10	Стурбованість	1	2	3	4	5
11	Радість	1	2	3	4	5
12	Жаль	1	2	3	4	5
13	Туга	1	2	3	4	5
14	Захоплення	1	2	3	4	5
15	Тривога	1	2	3	4	5

Обробка результатів.

Позитивний афект з високою активацією: 1 5 7 11 14

середнє 2,73

Негативний афект з низькою активацією: 3 6 8 12 13

середнє 1,66

Напруга:

2 4 9 10 15

середнє 1,97