

СТРУКТУРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ОНКОЛОГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ З РАКОМ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

FEATURES OF PSYCHOLOGICAL WELL-BEING STRUCTURE IN BREAST CANCER PATIENTS

У статті представлена комплексна теоретична модель психологічного благополуччя онкопацієнтів з раком молочної залози, створена на основі аналізу сучасної наукової літератури. Психологічне благополуччя є складним багатовимірним конструктом, що вміщує в себе різні аспекти, починаючи з соціального і закінчуючи фізичним. Під психологічним благополуччям розуміють взаємодію з екзистенційними викликами життя. Таке визначення є близьким до шестифакторної концепції Керол Ріфф, яка включає позитивні стосунки з іншими людьми, самоприйняття, цілі життя, автономію, контроль навколишнього середовища та особистісне зростання. Онкологічне захворювання згубно позначається на всіх сферах благополуччя індивіда. Своєю чергою психологічне благополуччя пов'язане з суб'єктивною оцінкою пацієнтом таких симптомів, як тривога, стрес та депресія. Контролюючи фактори, що можуть впливати на психологічне благополуччя онкопацієнтів, можна значно покращити рівень їхнього психологічного благополуччя та збільшити адаптацію до захворювання. Для жінок з раком молочної залози ця проблема є особливо актуальною, адже на їх психологічний стан впливає не тільки онкозахворювання, але і наслідки його лікування, зокрема методом радикальної мастектомії. На відміну від інших методів операційних втручань або ад'ювантної терапії, радикальна мастектомія залишає помітний післяопераційний дефект, що може суттєво вплинути на самооцінку жінки. Водночас доволі складно в межах одного дослідження охопити всю множину факторів, які можуть впливати на різні аспекти психологічного благополуччя онкопацієнтів. Тому до цього часу психологічне благополуччя онкопацієнтів вивчалось переважно фрагментарно. До того ж не всі науковці досліджують психологічне благополуччя в межах однієї концепції – доволі часто цей конструкт вважають синонімом суб'єктивного. Ці дві проблеми – відсутність єдиної парадигми досліджень та фрагментарний підхід – зумовлюють недостатню кількість робіт, в яких психологічне благополуччя онкопацієнтів розглядається комплексно. Саме тому наявні дані потребують ґрунтовного теоретичного аналізу та систематизації. В цій статті запропоновано інтегровану теоретичну модель, що вміщує основні аспекти психологічного благополуччя онкопацієнтів з РМЗ та чинники впливу на них.

Ключові слова: психологічне благополуччя, особистість, суб'єктивне благополуччя, рак молочної залози, онкологічний пацієнт, психологічні чинники, дистрес.

The article presents a complex theoretical model of psychological well-being of breast cancer patients based on the analysis of scientific literature. Psychological well-being is a complex and multidimensional construct that includes various aspects, ranging from the social to the physical. Psychological well-being indicates whether and to what extent an individual is dealing with the existential challenges of life. This definition is close to Carol Riff's six-factor concept, which includes positive relationships with others, self-acceptance, purpose in life, autonomy, environmental mastery and personal growth. Cancer is detrimental to all spheres of an individual's well-being. In turn, psychological well-being is associated with the patient's subjective assessment of such symptoms as anxiety, stress, and depression. Controlling the factors that can influence the psychological well-being of cancer patients can significantly improve their adaptation to the disease. This problem is particularly urgent for women with breast cancer, because their psychological well-being is affected not only by the cancer itself but also by the consequences of its treatment, in particular by a radical mastectomy. Unlike other methods of surgical intervention or adjuvant therapy, a radical mastectomy leaves a noticeable postoperative defect, which can significantly affect a woman's self-esteem. At the same time, it is quite difficult to capture all the many factors that can affect various aspects of psychological well-being of cancer patients in the framework of a single study. Therefore, until now the psychological well-being of cancer patients has been studied mostly by a fragmented approach. Moreover, not all researchers explore psychological well-being within the framework of a single concept, quite often this construct is considered synonymous with the subjective well-being. These two problems (the lack of a single research paradigm and fragmented approach) are responsible for the insufficient number of studies that address the psychological well-being of cancer patients in a comprehensive way. That is why the existing data require a substantive theoretical analysis and systematization. This article presents an integrated theoretical model, which includes the main aspects of psychological well-being of breast cancer patients and the factors influencing them.

Key words: psychological well-being, personality, subjective well-being, breast cancer, cancer patients, psychological factors, distress.

УДК 618.19-006.6:159.9

DOI <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2021.28.14>

Нефедова Т.О.

аспірантка
Київський інститут сучасної психології
та психотерапії

Постановка проблеми. Визначення та структура психологічного благополуччя протягом багатьох століть були предметом роздумів філософів-моралістів. Станом на сьогоднішній день ця тема стала ключовою у позитивній психології – науці, що вивчає оптимальне функціонування людини та спря-

мована на виявлення та посилення факторів, які призводять до підвищення благополуччя як окремих індивідів, так і цілих спільнот [38].

Пошук чинників, що впливають на рівень психологічного благополуччя, є особливо важливим завданням у психотерапії онкопацієнтів, зокрема для жінок з раком молочної

залози (РМЗ). Характерним для цього виду раку є необхідність у хірургічному втручанні, яке часто залишає видимий післяопераційний дефект. Це може призвести до проблем з самооцінкою та сприйняттям власного тіла у жінок з РМЗ [14]. Іншими словами, на психологічний стан онкопацієнтів з РМЗ впливає як сама хвороба, так і наслідки її лікування. Слабкою стороною більшості досліджень з теми психологічного благополуччя онкопацієнтів з РМЗ є фрагментарний підхід. Тобто до розгляду беруться не всі аспекти благополуччя, а лише один або декілька з них. Саме тому наявні дані потребують інтеграції в єдину теоретичну модель, яка б включала в себе всі основні аспекти психологічного благополуччя онкопацієнтів з РМЗ.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Дослідники конструкту благополуччя зазвичай зосереджені або безпосередньо на психологічному благополуччі, або на подібному до нього конструкті суб'єктивного благополуччя. Визначення терміну суб'єктивного благополуччя пролягає через його структуру. В суб'єктивних судженнях людини про задоволеність власним життям виділяють афективний (емоційний) компонент, баланс між позитивним та негативним афектом та когнітивний компонент [9]. Під психологічним благополуччям, в свою чергу, розуміють «взаємодію з екзистенційними викликами життя». В цьому ключі визначення психологічного благополуччя є близьким до шестифакторної концепції Керол Ріфф [37]. Вона включає позитивні стосунки з іншими людьми, самоприйняття, цілі життя, автономію, контроль навколишнього середовища та особистісне зростання.

Варто зазначити, що представлені вище дослідницькі концепції часто перетинаються з евдемонічною (психологічне благополуччя)

та гедоністичною (суб'єктивне благополуччя) філософією. І хоча психологічне благополуччя тісно пов'язане з суб'єктивним (в одному з досліджень показник кореляції становив 0,84 [18]), ці конструкти не слід ототожнювати. Також, на думку деяких вчених, суб'єктивне благополуччя може бути одним з аспектів психологічного благополуччя, оскільки останнє є більш широким поняттям [29].

У наукових працях, присвячених психологічному благополуччю онкопацієнтів, окрім суб'єктивного аспекту, виділяють також фізичний, економічний, соціальний, функціональний, емоційний та духовний аспекти благополуччя. У Н. Каргіної [1] також згадуються культурологічний, особистісний та екзистенційний аспекти. Проте вони нечасто фігурують у дослідженнях психологічного благополуччя онкопацієнтів і до того ж є схожими за змістом з вищеперерахованими.

Постановка завдання. Метою дослідження є створення інтегрованої моделі психологічного благополуччя онкопацієнтів з РМЗ.

Виклад основного матеріалу дослідження. Наявність онкозахворювання негативно відображається на якості життя та рівні психологічного благополуччя індивіда. Психологічне благополуччя своєю чергою суттєво впливає на суб'єктивну оцінку симптомів тривоги та депресії у онкопацієнтів [45]. Цю систему взаємозв'язків можна зобразити у вигляді простої схеми: онкозахворювання → рівень благополуччя → психологічний стан онкопацієнта.

У наукових роботах, присвячених темі психологічного благополуччя індивіда в умовах онкозахворювання, часто розглядають не благополуччя в цілому, а лише окремий його аспект. Подібна методологія обумовлена тим, що при вивченні впливу раку на рівень

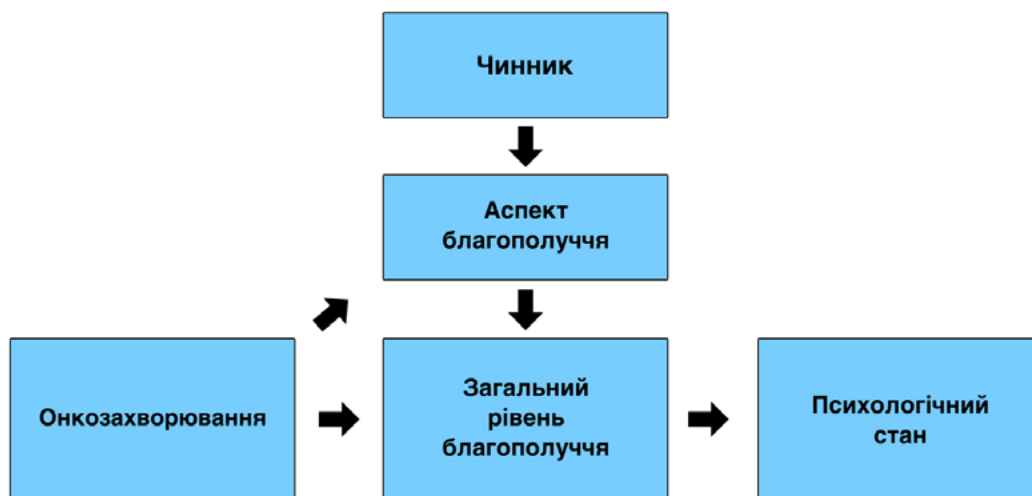


Рис. 1. Схема впливу онкозахворювання на психологічний стан онкопацієнта через зниження рівня психологічного благополуччя

психологічного благополуччя онкопацієнтів, досліджуються також шляхи його підвищення, які є специфічними до низки аспектів. Наприклад, фактори позитивного впливу на соціальне благополуччя не завжди співпадають з факторами, що підвищують фізичне благополуччя [34]. Ми будемо керуватися саме даним підходом при створенні теоретичної моделі. Тобто ми розглядатимемо способи покращення психологічного стану онкопацієнтів через окремі аспекти психологічного благополуччя. Таким чином, представлена вище схема набуватиме дещо іншого вигляду (рис. 1).

Духовний аспект. Під впливом хвороби жінки з РМЗ, як і інші онкопацієнти, стикаються з екзистенційними даностями. Найчастіше вони переживають страх смерті та страх самотності [44, 21]. Причому останній людина може відчувати незалежно від кількості та якості соціальної підтримки з боку оточуючих. За Ірвіном Яломом, екзистенційна самотність – це не страх бути ізольованим від людей, нелюбимим, відторгнутим. Екзистенційний страх має більш глибоку природу і виникає через існування «нездоланної прірви» між особистостями, коли кожна людина знаходиться у своєму власному світі, який ніколи не буде повністю доступний для розуміння кимось іншим [48]. В умовах тяжкої хвороби ця уявна прірва відчувається особливо сильно. З підтримкою чи без людини проходить через негативні переживання та фізичний біль самотійно, і ніхто не може зробити це замість неї. Онкопацієнти часто почуваються так, наче живуть в іншій реальності, а оточуючі люди сприймаються ними дуже далекими та психологічно спрощеними, не здатними зрозуміти їхній досвід [44]. Внаслідок групової та індивідуальної психотерапії цей міжособистісний бар'єр частково долається. Іноді онкопацієнти вирішують екзистенційні проблеми релігією. І хоча релігійність не є синонімом духовності, віра в Бога для деяких онкопацієнтів виступає захистом від екзистенційних страхів та надає їм сенс життя [23].

Було виявлено, що у онкопацієнтів з РМЗ духовне благополуччя пов'язане з суб'єктивною оцінкою рівня як психологічних, так і фізіологічних симптомів, зокрема тривоги, стресу, депресії, втоми та болю [45]. Духовне благополуччя також позитивно корелює з показником якості життя [33] та іншими аспектами психологічного благополуччя, до яких належать функціональне, емоційне та фізичне [23]. На рівень духовного благополуччя також впливає багато факторів. Наприклад, в деяких дослідженнях повідомляється про такі чинники як освіта, частота госпіталізації, контакт з родиною, фізичний стан та час, протягом якого людина перебуває в лікарні тощо [15; 7]. Рівень духовного благополуччя у онкопацієнтів

з РМЗ також може залежати від часу, що минув після мастектомії [41]. Доволі часто в даному контексті досліджувалися також й демографічні характеристики, але з дещо суперечливими результатами. Так, в одних роботах стать, вік, сімейне положення та релігійна приналежність мали вплив на духовне благополуччя онкопацієнтів з РМЗ [26], а в інших дослідженнях зв'язок був відсутній [33]. Теж саме можна сказати про стадію раку як чинник духовного благополуччя. У більшості робіт суттєвого впливу не було зафіксовано, але деякі дослідники вважають, що термінальна стадія захворювання пов'язана з вищим духовним благополуччям [33]. Такої ж думки дотримується й Leung K. K. [22] та відмічає, що не знайдено зв'язку між віком, статтю, освітою, релігійною приналежністю пацієнтів та їхнім рівнем духовного благополуччя. Проте суттєвий вплив мали такі фактори, як проінформованість про термінальну стадію раку, прийняття своєї смерті та наявність заповіту. Результати інших досліджень вказують на те, що з гіршим духовним благополуччям пов'язані такі фактори, як молодший вік, сімейний статус (неодружений) та поганий контакт між пацієнтом та його сім'єю [15].

Складним питанням залишається й встановлення причинно-наслідкових зв'язків між духовним благополуччям та деякими аспектами відношення до життя у онкопацієнтів з РМЗ [41]. Згідно досліджень, рівень духовного благополуччя пов'язаний з волею до сенсу (will to meaning) за опитувальником Life Attitude Profile [35]. Воля до сенсу визначається як необхідність знайти сенс і мету свого життя. Вона є основою логотерапії та її фундаментальною мотивацією. З даних дослідження, неможливо визначити, що є першопричиною: зростання рівня духовного благополуччя призвело до необхідності пошуку сенсу в житті чи, навпаки, пошук сенсу в житті сприяв збільшенню духовного благополуччя?

У науковій літературі духовному аспекту благополуччя онкопацієнтів приділяється багато уваги, адже духовність дозволяє людині краще адаптуватися до хвороби, дає надійну опору, сенс життя та структуровану систему цінностей, допомагає впоратися із тривогою перед невизначеністю та екзистенційними страхами. Особливо важливим духовне благополуччя може бути на термінальній стадії раку.

Соціальний аспект. Відомо, що онкозахворювання знижує соціальне благополуччя у жінок з РМЗ. Особливо це стосується сімейних відносин [11]. При цьому, соціальні ресурси відіграють значну роль у соціальному благополуччі онкопацієнтів з РМЗ. Потужність соціальної підтримки зазвичай визначається за двома показниками: кількістю та якістю. Остання є більш важливою для онкопацієнтів,

адже її зменшення призводить до стрімкого розвитку депресивних симптомів та негативного афекту [12]. Було показано, що ефективна соціальна підтримка компенсує або пом'якшує вплив стресу, викликаного захворюванням [2].

Соціальне оточення може надавати людині з онкозахворюванням як емоційну, так і «технічну» підтримку [6]. Емоційна підтримка сприятливо впливає на психологічний стан онкопацієнта, адже індивід має можливість розділити свої переживання з близькими людьми або з тими, хто має схожий досвід. Встановлено, що ті онкопацієнти, що мають потужну соціальну підтримку, менше схильні шукати інформацію про захворювання в Інтернеті [19]. Технічна підтримка також є дуже важливою для онкопацієнтів. Вона у більшості випадків полягає у організації лікувального процесу (реєстрація, приїзд до лікарні, купівля медикаментів та ін.). Психологічний стан людини, яка дізнається про свій діагноз, може бути настільки пригніченим, що в неї можуть бути відсутні ресурси для цих дій. До того ж, значна частина онкопацієнтів відкладає візит до лікаря через страх перед наслідками лікувальних процедур [5].

Соціальне благополуччя пов'язане не тільки з психологічним станом, але з деякими фізіологічними показниками онкопацієнтів, що проходять лікування. Наприклад, в одному з досліджень було виявлено, що високий рівень соціального благополуччя корелює із зменшенням кількості медіаторів запалення та збільшенням періоду ремісії у жінок з РМЗ [43].

Відомо, що пандемія COVID-19 також вплинула та психосоціальне благополуччя пацієнтів з РМЗ [4]. Через COVID-19 онкохворі рідше звертаються до лікарів і переживають погіршення емоційного благополуччя. У пацієнтів, які проходять активне лікування, відзначають значне падіння соціального благополуччя. Кожен другий пацієнт повідомляє про важку самотність.

Емоційний аспект. Жінки з раком молочної залози переживають ряд емоційних та фізичних проблем, серед яких найчастіше зустрічаються тривога та депресія. Дослідження факторів впливу на емоційне благополуччя онкопацієнтів з РМЗ наразі зосереджені у двох напрямках: використанні пацієнтами копінг-стратегій та ефективності соціальної підтримки.

Відомо, що для підвищення якості життя та зменшення рівня дистресу жінки з РМЗ використовують спектр різноманітних копінг-стратегій, серед яких можна виділити позитивний рефреймінг та самозвинувачення. Під копінгом розуміють «когнітивні та поведінкові зусилля, спрямовані на зменшення стресових переживань» [10]. Існує багато способів класифікації копінг-стратегій. Однією з найбільш поширених категоризацій є розділення на

активні та пасивні копінги. Позитивний рефреймінг належить до активних копінг-стратегій, тоді як самозвинувачення - до пасивних. Активні зусилля спрямовані безпосередньо на взаємодію з проблемою та пошук можливих рішень для зменшення впливу стресору, в той час як пасивний копінг передбачає уникання стресорів. Відомо, що використання онкопацієнтами активних копінг-стратегій призводить до більш сприятливих результатів у порівнянні з пасивними. До таких результатів відносять зменшення болю, депресії, тривоги та підвищення якості життя [19].

Інша лінія досліджень виявила позитивний вплив соціальної підтримки на емоційне благополуччя онкопацієнтів з РМЗ. Але механізм, за допомогою якого соціальна підтримка покращує емоційне благополуччя жінок з РМЗ, поки що вивчений недостатньо. Припускають, що ефективність соціальної підтримки пов'язана з використанням онкопацієнтами певних копінг-стратегій [19].

Суперечливі дані існують про зв'язок між духовним та емоційним аспектами психологічного благополуччя у онкопацієнтів з РМЗ. В одних дослідженнях повідомляється про позитивну кореляцію між конструктами, в інших – про негативний вплив духовного благополуччя на емоційне [17]. Цікаво, що освіта має позитивний зв'язок з емоційним благополуччям онкопацієнтів [8], тоді як високе духовне благополуччя переважно пов'язане з низьким рівнем освіти.

У деяких роботах був продемонстрований вплив на емоційне благополуччя онкопацієнтів таких демографічних показників як вік, раса та етнічна приналежність [17].

Профінформованість про захворювання є дуже важливим фактором впливу на емоційне благополуччя жінок з РМЗ. Показано, що обмін інформацією серед онкопацієнтів [30] та адекватна оцінка ризику рецидиву [17] значною мірою пов'язані з рівнем їхнього емоційного благополуччя.

Фізичний аспект. Як вже було зазначено вище, жінки з раком молочної залози можуть особливо тяжко переживати наслідки лікування захворювання у порівнянні з іншими онкопацієнтами через наявність помітного післяопераційного дефекту при застосуванні радикальної мастектомії. Як наслідок, у багатьох жінок з РМЗ, лікування яких передбачало операційне втручання, порушується образ тіла, страждає самооцінка, підвищується рівень тривоги та депресії [14]. До того ж на самопочуття онкопацієнтів значно впливає і ад'ютантна терапія. Саме тому фізичне благополуччя є надзвичайно значущим компонентом психологічного благополуччя жінок з РМЗ. В той же час, даний аспект благополуччя доволі складно підвищити. Психотерапія біль-

шою мірою працює над психологічним станом онкопацієнтів, але цей метод допомоги не так суттєво, як, наприклад, фізичні вправи, впливає на втому, біль, менструальний цикл, фертильність та ін. [11].

Як і для інших аспектів благополуччя, на фізичне благополуччя жінок з РМЗ впливає соціальна підтримка та групова терапія [24]. Онкопацієнти, яким надають належну технічну підтримку під час лікування, характеризуються вищим рівнем фізичного благополуччя, ніж ті, хто мусить займатися організацією процесу лікування самостійно. Навіть приїзд до лікарні може потребувати чимало зусиль від людини, яка виснажена фізично та емоційно. До того ж, фінансова забезпеченість онкопацієнта, або, іншими словами, його соціоекономічний статус, значно впливає на процес лікування, а отже і на фізичне благополуччя [25].

Життя людини, яка стикається з тяжким захворюванням, часто змінюється кардинально. Доводиться відмовитися від звичних занять, по-іншому планувати майбутнє, змінювати цілі. Здатність до переформування цілей є вагомим фактором впливу на фізичне благополуччя жінок з РМЗ [47].

Правильно організовані фізичні вправи можуть впливати не тільки на психологічний стан онкопацієнтів, але і на фізичні показники, такі як втома та інтенсивність больових відчуттів. Доведено, що контрольоване навантаження у вигляді аеробних тренувань декілька разів на тиждень по 2,5 години мають сприятливий ефект на якість життя та фізичне благополуччя жінок з РМЗ, які проходять ад'ювантну терапію [34]. Сидячі вправи також є доволі ефективними [13]. В той же час, низьку фізичну активність пацієнтів з РМЗ пов'язують із зниженням рівня фізичного та психосоціального благополуччя та більшою втомою [31].

Функціональний аспект. Під функціональним благополуччям розуміють здатність індивіда функціонувати у соціумі та вирішувати повсякденні завдання. Цей аспект благополуччя є тісно пов'язаним з емоційним, і в наукових публікаціях на тему психологічного благополуччя онкопацієнтів вони часто фігурують разом. Наприклад, в одній з робіт було показано, що знижене функціональне благополуччя корелює з меншим емоційним благополуччям [3]. Також при зниженні функціонального благополуччя, онкопацієнти можуть переживати труднощі у виявленні та вираженні емоцій [49], причому цей зв'язок опосередковується негативним афектом. Рівні емоційного, фізичного та функціонального благополуччя можуть передбачати оцінку якості життя онкопацієнтів з РМЗ [42].

Середчинників, що здатні впливати на функціональне благополуччя, досліджували демографічні показники, такі як вік, раса та етнічна при-

належність [17]. Окрім того, доведено, що інші аспекти благополуччя, наприклад духовність та соціальне благополуччя, можуть передбачати рівень функціонального благополуччя [23].

Економічний аспект. Онкозахворювання може значною мірою впливати на економічне благополуччя жінок з РМЗ. По-перше, лікування потребує значних додаткових витрат, починаючи від візитів до лікаря, обстежень, аналізів і закінчуючи безпосередньо медичними процедурами та купівлею ліків. По-друге, онкопацієнти можуть бути змушені купувати новий одяг через коливання ваги, змінювати раціон харчування, наймати робітників для допомоги у побутових справах (наприклад, прибирання, догляд за дітьми), оплачувати послуги психотерапевта. Багато онкопацієнтів беруть відпустку на час лікування, що іноді призводить до значного падіння доходів [39]. Деяким доводиться заощаджувати кошти або позичати їх, щоб вчасно пройти лікування. У жінок з РМЗ додаткових фінансових витрат може потребувати реконструкція молочної залози після радикальної мастектомії (операційне втручання, що дозволяє штучним шляхом надати молочним залозам їх первісний вигляд після операції з видалення грудей).

Економічне благополуччя може сильно позначитися на психологічному стані онкопацієнтів з РМЗ, особливо якщо людина має нестабільний або низький дохід. Жінки з РМЗ, які мають низький соціоекономічний статус, схильні гірше пристосовуватися до захворювання, у них вище психологічний дистрес, низькі показники фізичного та суб'єктивного благополуччя і якості життя в цілому [25]. Цікаво, що ті онкопацієнти, які мають низький соціо-економічний статус, не адаптуються до захворювання повільніше. Натомість, для них характерні більш гострі психосоціальні реакції [40].

Онкопацієнти з РМЗ, що вирішували продовжувати працювати на час лікування, характеризувалися нижчим показниками стресу та вищою якістю життя, на відміну від тих, хто тимчасово або повністю залишав роботу [46]. Але в даному випадку складно встановити вірний причинно-наслідковий зв'язок. Можливо, жінки, що були змушені залишити роботу, мали більш складне протікання захворювання, що і викликало більш сильне стресове навантаження та знизило їхню якість життя.

Суб'єктивний аспект. Діагностований рак молочної залози може суттєво знижувати суб'єктивне благополуччя онкопацієнтів. Тим не менше, у емоційних реакціях жінок з РМЗ спостерігаються індивідуальні відмінності, що позначається на рівні суб'єктивного благополуччя і здатності адаптуватися до захворювання. У наукових публікаціях, присвячених вивченню психологічного благополуччя онкопацієнтів з РМЗ, виділяють наступні



Рис. 2. Теоретична модель взаємозв'язків між аспектами психологічного благополуччя та чинниками впливу на них у онкопацієнтів з РМЗ

індивідуальні характеристики, які можуть сприяти кращій адаптації до раку: оптимізм, самооцінка, відчуття контролю над хворобою та сенсу життя. Крім того, соціальні ресурси, такі як наявність та використання соціальної підтримки, можуть становити ще один важливий фактор впливу на суб'єктивне благополуччя онкопацієнтів. Але зв'язки з суб'єктивним благополуччям були виявлені лише для соціальної підтримки, самооцінки і, в меншій мірі, оптимізму та сенсу життя [32]. Подібні результати отримали і в іншому дослідженні: із високим суб'єктивним благополуччям онкопацієнтів з РМЗ корелювала соціальна підтримка і низький рівень стресу [27]. Повідомляли також про позитивний вплив творчої діяльності на суб'єктивне благополуччя жінок з РМЗ [36]. Натомість, страх перед прогресуванням захворювання, рецидивом, операційними

втручаннями та медичними процедурами обумовлюють зниження суб'єктивного благополуччя онкопацієнтів з РМЗ [11].

Виходячи із викладеного вище матеріалу, нами було побудовано теоретичну модель психологічного благополуччя онкопацієнтів з РМЗ (рис. 2).

Висновки з проведеного дослідження. Психологічне благополуччя є складним та багатовимірним конструктом. В його структурі виділяють чимало аспектів: фізичний, економічний, соціальний, функціональний, емоційний, духовний, суб'єктивний. Як і будь-яке інше важке захворювання, рак молочної залози згубно впливає на психологічне благополуччя індивіда, а отже і на його психологічний стан. Більшість досліджень спрямовані на аналіз конкретних аспектів благополуччя, які можуть змінюватися в контексті онкозахворювання.

Але наразі у науковій літературі бракує робіт, в яких психологічне благополуччя онкопацієнтів розглядається комплексно, з урахуванням всіх аспектів. *По-перше*, це зумовлено відсутністю у дослідників єдиної концепції психологічного благополуччя. Для деяких суб'єктивне благополуччя входить в структуру психологічного, а інші вважають його близьким за змістом, але окремим конструктом. Духовне благополуччя часто ототожнюється з релігійністю, проте в багатьох дослідженнях цей конструкт представлений ширше, і більшою мірою пов'язаний з сенсом життя. *По-друге*, всю множину факторів, які впливають на аспекти психологічного благополуччя, складно охопити в межах одного дослідження. Тому оптимальним варіантом є інтеграція вже наявних даних з теми в єдину теоретичну модель. Розуміння структури психологічного благополуччя онкопацієнтів дозволить точніше підбирати оптимальні методи допомоги для покращення якості життя та психологічного стану жінок з РМЗ.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Каргіна Н.В. Основні підходи до вивчення психологічного благополуччя особистості: теоретичний аспект. *Наука і освіта: наук.-практ. журнал*. 2015. № 3. С. 48–55.
2. Aro H., Hänninen V., Paronen O. Social support, life events and psychosomatic symptoms among 14–16-year-old adolescents. *Social science & medicine*. 1989. Vol. 29. Issue 9. P. 1051–1056.
3. Ashing-Giwa K. T., Lim J. W. Exploring the association between functional strain and emotional well-being among a population-based sample of breast cancer survivors. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*. 2010. Vol. 19. Issue 2. P. 150–159.
4. Bargon C. et al. The impact of the COVID-19 pandemic on quality of life, physical and psychosocial wellbeing in breast cancer patients—a prospective, multicenter cohort study. *European Journal of Cancer*. 2020. Vol. 138. P. 17.
5. Bish A. et al. Understanding why women delay in seeking help for breast cancer symptoms. *Journal of psychosomatic research*. 2005. Vol. 58. Issue 4. P. 321–326.
6. Bloom J.R. et al. Sources of support and the physical and mental well-being of young women with breast cancer. *Social science & medicine*. 2001. Vol. 53. Issue 11. P. 1513–1524.
7. Cheng Q. et al. Improving spiritual well-being among cancer patients: implications for clinical care. *Supportive Care in Cancer*. 2019. Vol. 27. Issue 9. P. 3403–3409.
8. Clough-Gorr K. M., Ganz P. A., Silliman R. A. Older breast cancer survivors: factors associated with change in emotional well-being. *Journal of clinical oncology*. 2007. Vol. 25. Issue 11. P. 1334–1340.
9. Diener E. Subjective well-being. The science of well-being. 2009. P. 11–58.
10. Drageset S., Lindstrøm T. C., Underlid K. Coping with breast cancer: between diagnosis and surgery. *Journal of advanced nursing*. 2010. Vol. 66. Issue 1. P. 149–158.
11. Ferrell B.R. et al. Quality of life in breast cancer. *Cancer practice*. 1996. Vol. 4. Issue 6. P. 331–340.
12. Fong A. J. et al. Changes in social support predict emotional well-being in breast cancer survivors. *Psycho-oncology*. 2017. Vol. 26. Issue 5. P. 664–671.
13. Headley J.A., Ownby K.K., John L.D. The effect of seated exercise on fatigue and quality of life in women with advanced breast cancer. *Oncology nursing forum*. 2004. Vol. 31. Issue 5.
14. Helms R.L., O'Hea E.L., Corso M. Body image issues in women with breast cancer. *Psychology, Health and medicine*. 2008. Vol. 13. Issue 3. P. 313–325.
15. Hiratsuka Y. et al. Factors influencing spiritual well-being in terminally ill cancer inpatients in Japan. *Supportive Care in Cancer*. 2021. Vol. 29. Issue 5. P. 2795–2802.
16. Janz N. K. et al. Emotional well-being years post-treatment for breast cancer: prospective, multi-ethnic, and population-based analysis. *Journal of Cancer Survivorship*. 2014. Vol. 8. Issue 1. P. 131–142.
17. Janz N.K. et al. Racial/ethnic differences in quality of life after diagnosis of breast cancer. *Journal of Cancer Survivorship*. 2009. Vol. 3. Issue 4. P. 212–222.
18. Keyes C.L.M., Shmotkin D., Ryff C.D. Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of personality and social psychology*. 2002. Vol. 82. Issue 6. P. 1007.
19. Kim J. et al. The roles of social support and coping strategies in predicting breast cancer patients' emotional well-being: testing mediation and moderation models. *Journal of health psychology*. 2010. Vol. 15. Issue 4. P. 543–552.
20. Kim S. C. et al. Predictors of online health information seeking among women with breast cancer: the role of social support perception and emotional well-being. *Journal of Computer-Mediated Communication*. 2013. Vol. 18. Issue 2. P. 212–232.
21. Kissane D. W. et al. Cognitive-existential group therapy for patients with primary breast cancer—techniques and themes. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*. 1997. Vol. 6. Issue. 1. P. 25–33.
22. Leung K.K., Chiu T.Y., Chen C.Y. The influence of awareness of terminal condition on spiritual well-being in terminal cancer patients. *Journal of pain and symptom management*. 2006. Vol. 31. Issue 5. P. 449–456.
23. Levine E.G., Targ E. Spiritual correlates of functional well-being in women with breast cancer. *Integrative Cancer Therapies*. 2002. Vol. 1. Issue 2. P. 166–174.
24. Lindemalm C., Strang P., Lekander M. Support group for cancer patients. Does it improve their physical and psychological wellbeing? A pilot study. *Supportive Care in Cancer*. 2005. Vol. 13. Issue 8. P. 652–657.
25. Mahar K.K., BrintzenhofeSzoc K., Shields J.J. The impact of changes in employment status on psychosocial well-being: a study of breast cancer survivors. *Journal of psychosocial oncology*. 2008. Vol. 26. Issue 3. P. 1–17.
26. Martins H., Dias Domingues T., Caldeira S. Spiritual well-being in cancer patients undergoing chemotherapy in an outpatient setting: A cross-sectional study. *Journal of Holistic Nursing*. 2020. Vol. 38. Issue 1. P. 68–77.

27. McDonough M. H., Sabiston C. M., Wrosch C. Predicting changes in posttraumatic growth and subjective well-being among breast cancer survivors: the role of social support and stress. *Psycho-Oncology*. 2014. Vol. 23. Issue 1. P. 114–120.
28. Morgan P.D., Gaston-Johansson F., Mock V. Spiritual well-being, religious coping, and the quality of life of African American breast cancer treatment: a pilot study. *ABNF Journal*. 2006. Vol. 17. Issue. 2. P. 73.
29. Moss B. et al. What is psychological wellbeing? URL: <https://www.robertsoncooper.com/blog/what-is-psychological-wellbeing/>.
30. Namkoong K. et al. Expression and reception of treatment information in breast cancer support groups: How health self-efficacy moderates effects on emotional well-being. *Patient education and counseling*. 2010. Vol. 81. P. 41–47.
31. Phillips S.M., McAuley E. Associations between self-reported post-diagnosis physical activity changes, body weight changes, and psychosocial well-being in breast cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*. 2015. Vol. 23. Issue 1. P. 159–167.
32. Pinquart M., Fröhlich C. Psychosocial resources and subjective well-being of cancer patients. *Psychology and Health*. 2009. Vol. 24. Issue 4. P. 407–421.
33. Rabow M. W., Knish S. J. Spiritual well-being among outpatients with cancer receiving concurrent oncologic and palliative care. *Supportive Care in Cancer*. 2015. Vol. 23. Issue 4. P. 919–923
34. Ramírez-Vélez R. et al. Evidence-Based Exercise Recommendations to Improve Mental Wellbeing in Women with Breast Cancer during Active Treatment: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cancers*. 2021. Vol. 13. Issue 2. P. 264.
35. Reker G.T., Peacock E.J. The Life Attitude Profile (LAP): A multidimensional instrument for assessing attitudes toward life. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*. 1981. Vol. 13. Issue 3. P. 264.
36. Reynolds F., Lim K. H. Contribution of visual art-making to the subjective well-being of women living with cancer: A qualitative study. *The Arts in Psychotherapy*. 2007. Vol. 34. Issue 1. P. 1–10.
37. Ryff C.D., Keyes C.L. M. The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*. 1995. Vol. 69. Issue. 4. P. 719.
38. Seligman M.E.P., Csikszentmihalyi M. Positive psychology: An introduction. Flow and the foundations of positive psychology. Springer, Dordrecht. 2014. P. 279–298.
39. Sharp L., Carsin A.E., Timmons A. Associations between cancer-related financial stress and strain and psychological well-being among individuals living with cancer. *Psycho-Oncology*. 2013. Vol. 22. Issue 4. P. 745–755.
40. Simon A.E., Wardle J. Socioeconomic disparities in psychosocial wellbeing in cancer patients. *European Journal of Cancer*. 2008. Vol. 44. Issue 4. P. 572–578.
41. So H.Y., Min H.S. Spiritual wellbeing and life attitude of breast cancer patients. *The Korean Journal of Rehabilitation Nursing*. 2006. Vol. 9. Issue 1. P. 5–14.
42. Suh Y.O. Predictors of quality of life in women with breast cancer. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2007. Vol. 37. Issue 4. P. 459–466.
43. Taub C. et al. Rage-associated S100a8/A9 levels associated with circulating proinflammatory cytokines and social well-being in patients with breast cancer over the first 12 months of treatment. *Brain, Behavior, and Immunity*. 2019. Vol. 76. P. 29.
44. Vos J. Meaning and existential givens in the lives of cancer patients: A philosophical perspective on psycho-oncology. *Palliative & supportive care*. 2015. Vol. 13. Issue 4. P. 885–900.
45. Wahyuningsih F.E., Sofro M.A.U., Dwidiyanti M. Spiritual well being of breast cancer patients undergoing chemotherapy through Mindfulness Based Spiritual. *Media Keperawatan Indonesia*. 2019. Vol. 2. Issue 3. P. 83–89.
46. Wingard J. R. et al. Health, functional status, and employment of adult survivors of bone marrow transplantation. *Annals of internal medicine*. 1991. Vol. 114. Issue 2. P. 113–118.
47. Wrosch C., Sabiston C.M. Goal adjustment, physical and sedentary activity, and well-being and health among breast cancer survivors. *Psycho-oncology*. 2013. Vol. 22. Issue 3. P. 581–589.
48. Yalom I.D. Existential psychotherapy. Hachette UK. 2020.
49. Yeung N.C.Y. et al. 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*. 2020. Vol. 47. P. 101760.