

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ ПАЦІЄНТАМИ ОНКОЛОГІЧНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ

PSYCHOLOGICAL FEATURES OF THE EXPERIENCE OF ONCOLOGY PATIENTS

Статтю присвячено дослідженню психологічних особливостей переживання онкохворими пацієнтами свого діагнозу. Обґрунтовано актуальність дослідження шляхом наведення статистичних даних щодо зростання кількості онкологічних захворювань в Україні та світі, акцентування уваги щодо комплексного характеру лікування онкологічних захворювань, який включає як медичний, так і психологічний складник. Показано, що психогенно зумовлені форми нервово-психічних розладів є головним чинником дезадаптації у пацієнтів онкологічної клініки.

Здійснено теоретико-методологічний аналіз останніх досліджень та публікацій із проблеми дослідження, який показав, що емоційний стан онкохворих пов'язаний із механізмами психологічного захисту, когнітивними, емоційними та поведінковими реакціями на кризову та стресову ситуацію. При онкологічному захворюванні людина стикається зі складними психологічними проблемами, які висувають підвищені вимоги до її адаптивного потенціалу.

Досліджено особливості психоемоційного стану та особливості стрес-долаючої поведінки в онкохворих пацієнтів різного віку, здійснено їх порівняння. Отримані під час емпіричного дослідження дані показали підвищені показники тривожності та депресії в онкохворих пацієнтів на стадії лікування, зниження показників фізичного та особливо психологічного компоненту якості життя. Дослідження способів стрес-долаючої поведінки показало, що в більшості пацієнтів яскраво вираженими є неадаптивні деструктивні копінг-стратегії, які мають прямий кореляційний зв'язок із показниками тривожності та депресії та зворотний зв'язок із показниками якості життя. Адаптивні конструктивні копінг-стратегії виражені значно менше і мають протилежний кореляційний зв'язок із зазначеними показниками.

Ключові слова: психоемоційний стан онкохворих, переживання онкологічного діа-

гнозу, якість життя, тривожність, депресія, копінг-стратегії, стрес-долаюча поведінка.

The article is devoted to the study of the psychological features of cancer patients' experience of their diagnosis. The relevance of the research is substantiated by providing statistical data on the increase in the number of oncological diseases in Ukraine and the world, emphasizing the complex nature of the treatment of oncological diseases, which includes both medical and psychological components. It is shown that psychogenically determined forms of neuropsychiatric disorders are the main factor of maladjustment in patients of the oncology clinic.

A theoretical and methodological analysis of the latest research and publications on the research problem was carried out, which showed that the emotional state of cancer patients is related to psychological defense mechanisms, cognitive, emotional and behavioral reactions to crisis and stressful situations. With oncological disease, a person faces complex psychological problems that place increased demands on his adaptive potential.

Peculiarities of psycho-emotional state and peculiarities of stress-overcoming behavior in cancer patients of different ages were studied, and their comparison was made. The data obtained during the empirical study showed increased rates of anxiety and depression in cancer patients at the stage of treatment, a decrease in the indicators of the physical and especially the psychological component of the quality of life. The study of methods of stress-overcoming behavior showed that maladaptive destructive coping strategies are pronounced in most patients, which have a direct correlation with indicators of anxiety and depression and an inverse relationship with indicators of quality of life. Adaptive constructive coping strategies are expressed much less and have an opposite correlation with the indicated indicators.

Key words: psychoemotional state of cancer patients, experiences of cancer diagnosis, quality of life, anxiety, depression, coping strategies, stress-coping behavior.

УДК 159.942.6:616-006

DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.58.47>

Татьянчиков А.О.

к.психол.н., доцент,
доцент кафедри психології
Національний університет
«Одеська юридична академія»

Цільмак О.М.

д.юрид.н., професор,
завідувачка кафедри психології
Національний університет
«Одеська юридична академія»

Яковенко В.Ю.

психолог-консультант,
здобувачка II курсу магістратури
Національний університет
«Одеська юридична академія»

Онкологічні захворювання є однією з основних причин смертності у світі. За даними ВООЗ, за наступні 20 років у людства може збільшитися кількість ракових захворювань на 60%. Уже сьогодні кількість захворювань сягає 30 млн випадків на рік. Україна посідає друге місце у Європі за темпами поширення раку. За статистикою понад 1,3 млн осіб перебуває на обліку в медичних закладах країни з онкозахворюваннями. Щороку ця цифра зростає більше ніж на 100 тис осіб. Війна в Україні різко порушила глобальні плани щодо профілактики раку в країні та створила передумови для зростання захворюваності у найближчому майбутньому.

Людина, у якої діагностовано онкологічне захворювання, стикається зі складними психологічними проблемами. Переживання, пов'язані з установленням діагнозу, травматичним лікуванням, необхідністю звернення до спеціалізованих медичних установ, труднощами спілкування з оточуючими, втратою працездатності, можуть призводити до соціально-психологічної дезадаптації, суттєво знижують якість життя, можуть ставати додатковою перепоною на шляху до відновлення здоров'я.

Лікування онкохворих має бути реалізоване у комплексному міждисциплінарному підході за участі лікарів, клінічних психологів, реабілітологів, соціальних працівників. Розуміння

психологічного статусу хворого (наявність ознак дезадаптації, тип реагування на хворобу, особливості соціальної взаємодії, домінуючі психоемоційні стани) може відігравати ключову роль у визначенні фокусу психологічної допомоги, підтримки та реабілітації. Психологічний супровід пацієнтів на різних стадіях лікування забезпечує поліпшення емоційного стану, зниження інтенсивності больових відчуттів, актуалізацію цінностей життя та стосунків із близькими.

Метою дослідження було визначення особливостей переживання онкохворими свого діагнозу з подальшим розробленням практичних рекомендацій щодо вироблення адаптивних стратегій поведінки.

Проблемі особливостей психоемоційного стану, різним аспектам психологічної адаптації, способів подолання стресу онкохворих присвячено чимало праць дослідників у галузі психології. У цьому напрямі проводили дослідження Н. Родіна, К. Хак, Д. Спют, І. Сергет, С. Лукомська, О. Власова-Чмерук, О. Долгова, В. Березянська, Н. Тавровецька, А. Чиж, В. Green, J. Rowland, В. Зливков, О. Кирилова, Є. Кирилова, І. Вострокнутов, П. Боднар, І. Мухаровська, Ю. Мартинова та ін.

Дослідження, проведені в межах нового напрямку сучасної психосоматики «психоонкології» (С. Грір, М. Давидов, Т. Левін, В. Кисан, Д. Спют, К. Хак, Дж. Холланд), показали, що якість життя онкологічних хворих має велику прогностичну значущість щодо виживання [7].

Як зазначають дослідники та практичні фахівці, у цілому онкологічні захворювання сприймаються людьми набагато важче, ніж будь-які інші. Часто це пов'язано з негативними установками, що рак є важким невиліковним захворюванням, а онкологічний діагноз ототожнюється з неминучою смертю [3; 5; 7].

Однією з особливостей онкологічного захворювання є те, що вже на етапі постановки діагнозу людина сприймає ситуацію свого захворювання як екстремальну. Характерним для екстремальної ситуації є відчуття надсильного стресу, потужний тиск зовнішніх обставин, який часто перевищує внутрішні адаптаційні можливості людини. Таке сприйняття важкої хвороби створює можливість для зниження відповідальності людини за своє здоров'я, яке створює можливість для погіршення якості її життя. Отже, онкологічне захворювання, починаючи з факту встановлення діагнозу, є важкою психічною травмою [5; 7].

У сучасній медико-психологічній літературі виділяють низку психологічних особливостей онкохворих. Зокрема, зазначається, що онкохворих об'єднує пригнічення своїх емоцій, приховування своїх потреб, відчуття власної недосконалості. Характерними особливостями онкохворих є збіднення емоційної

сфери, утрата важливих соціальних стосунків, їх холодність [1].

За даними дослідження І. Сергет, онкологічне захворювання призводить до трансформації життєвих цінностей особистості, що проявляється зміною спрямованості інтересів та сенсу життя на цінності, які сконцентровані навколо комфорту власного «Я» [6].

Важливу роль у вивченні внутрішньої картини хвороби відіграє виявлення домінуючих механізмів психологічного захисту, стратегій подолання та пристосування (копінг-механізмів) із боку пацієнта. У найбільш широкому розумінні копінг-механізми реалізуються через стратегії вирішення проблеми, пошук соціальної підтримки, уникнення [9].

Різними аспектами вивчення копінг-стратегій в онкохворих займалися Н. Родіна, Ю. Мартинова, С. Лютгendorф (S. Lutgendorf), М. Антоні (M. Antoni), М. Кумар (M. Kumar) та ін.

Як зазначає Н. Родіна, яка досліджувала особливості копінг-поведінки жінок із раком молочної залози, у структурі копінг-поведінки пацієнтів виділяються дві групи копінг-стратегій: «копінг, що уникає» і «копінг, що потребує зусиль». Найбільш виразною стратегією подолання, характерною для онкохворих жінок, виступав пошук соціальної підтримки [4]. Ю. Мартинова визначає маркери психічної дезадаптації, які міцно пов'язані з особливостями стилю захисної і стрес-долаючої поведінки [2]. С. Лютгendorф (S. Lutgendorf), М. Антоні (M. Antoni), М. Кумар (M. Kumar) пов'язують зниження адаптивності онкологічних хворих із захисними стратегіями, спрямованими на уникнення стресу (відмова, уникнення, самозвинувачення). Тривога, пов'язана з актуальним станом, та занепокоєність майбутнім лікуванням є причинами сповільненої адаптації пацієнта [8].

Емпіричне дослідження проводилося на базі онкологічного відділення одного з лікувальних закладів м. Одеси. Вибірку дослідження становили 42 особи у віці від 25 до 74 років (25 жінок та 17 чоловіків), які проходили лікування в умовах денного стаціонару. Середній вік представників вибірки становив $57,6 \pm 12,3$ року. Середній вік жінок у вибірці – $55,7 \pm 12,2$, чоловіків – $60,5 \pm 12,4$ року. Усі представники вибірки мали онкологічне захворювання I–IV стадій різної локалізації.

Для дослідження рівня тривожності та депресії використовувалася госпітальна шкала тривоги і депресії HADS, яка дає змогу отримати дані за двома підшкалами, – тривоги (Т) та депресії (D). Для оцінки якості життя пацієнтів з онкологічними захворюваннями використовувався опитувальник неспецифічної якості життя MOS SF-36, який визначає фізичний компонент здоров'я (фізичне функціонування, рольове фізичне функціонування,

інтенсивність болю, загальний стан здоров'я) та психологічний компонент здоров'я (життєва активність, соціальне функціонування, рольове емоційне функціонування, психічне здоров'я). Копінг-стратегії, які домінують в онкохворих, досліджувалися за допомогою опитувальника «Способи долаючої поведінки» (WCQ) Р. Лазаруса в адаптації Т. Крюкової. Опитувальник дає змогу визначити рівень вираженості таких копінг-стратегій: конфронтаційний копінг, пошук соціальної підтримки, планування вирішення проблеми, самоконтроль, дистанціювання, позитивна переоцінка, прийняття відповідальності, втеча-уникнення.

Результати попереднього анкетування за спеціально розробленою анкетой показали, що більшість респондентів оцінює свій психоемоційний стан як задовільний. Значна частина пацієнтів указує на тривогу (62%), депресію (43%), втрату сенсу життя (38%), небажання жити далі (7%), апатію до всього (36%). Натомість певна кількість пацієнтів описує свій стан як добрий (24%), відчуває творче піднесення та сили боротися і жити далі (14%).

Серед ресурсів, на які спираються у своєму стані, респонденти найчастіше заявляють про сім'ю та рідних (71%), друзів (21%), роботу або бізнес (36%), хобі (захоплення) (24%), творчість або книги (26%). 12% респондентів зізналися, що зловживають алкоголем, палінням, зануренням до комп'ютерних ігор. Про відсутність ресурсів для підтримки заявили 10% респондентів.

Проаналізувавши відповіді онкохворих пацієнтів, ми виявили закономірність: пацієнти, у яких є певний ресурс та підтримка (близькі, друзі, робота, захоплення), набагато рідше вказують на несприятливі емоційні стани та втрату сенсу життя.

Серед найбільш виражених проблем, з якими стикаються онкохворі, найчастіше відзначаються такі: матеріальні (76%), самотність (40%), відсутність соціальної підтримки (38%), втрата працездатності (40%), фізичні страждання (33%).

Для дослідження показників тривожності, депресії, якості життя, а також домінуючих копінг-стратегій ми вирішили поділити вибірку за віковим критерієм з огляду на різне реагування на хворобу пацієнтів різного віку. Так, загальна вибірка була поділена нами відповідно до класифікації віку ВООЗ

на три групи: 20–44 роки (молодий вік, 17%), 45–59 років (середній вік, 31%), 60–74 роки (похилий вік, 52%).

Аналіз отриманих даних показав, що тривога та депресія дещо по-різному проявляються у пацієнтів із різних вікових груп (табл. 1).

Найвищі середні показники тривоги спостерігаються у пацієнтів молодшої та середньої вікових груп, причому жінки виявляються тривожнішими за чоловіків у всіх виділених вікових групах. Переважна більшість представників усіх вікових груп має клінічно виражену тривогу помірного ступеня. Виняток становлять лише чоловіки найстаршої вікової групи – у ній більшість має субклінічно виражену тривогу. Якщо для молодого та зрілого віку тривожні переживання часто пов'язані з імовірністю втрати працездатності, то для похилого віку тривожні думки часто пов'язані зі страхом смерті. У похилому віці також часто зустрічається недооцінка важкості хвороби через зниження критики, інтелектуальної неспроможності, ейфорії, що з'являється унаслідок недостатності кровообігу.

Депресивні стани більш властиві пацієнтам молодого віку. Найменш вираженою депресія є у похилому віці. В основі депресивних проявів лежать втрата життєвої перспективи, крах планів, різка зміна звичного стилю життя. У середньому віці рівень депресії у чоловіків значно перевищує цей показник у жінок, що вказує на те, що чоловіки більше схильні до депресії, вони важче переносять хворобу та втрату працездатності. Найменш вираженою депресія є у похилому віці.

Життя з онкологічним захворюванням стає більш ускладненим як фізично, так і психологічно. Хворим стає важче обслуговувати себе, виконувати щоденні звичайні дії, підтримувати існуючі та встановлювати нові соціальні стосунки, підтримувати емоційну стійкість, активність, виконувати соціальні ролі. У таких ситуаціях часто йдеться про зниження якості життя. Під якістю життя розуміється інтегральний показник, який включає у себе задоволеність фізичним, психологічним та соціальним станом.

Дослідження якості життя онкохворих пацієнтів показало суттєве зниження фізичного та особливо психологічного компоненту здоров'я (табл. 2).

Як показують отримані дані, середній показник якості життя, зумовленої психоло-

Таблиця 1

Результати дослідження показників тривоги та депресії онкохворих (M ± σ)

Показник	20–44 роки		45–59 років		60–74 роки		Заг.рівень
	Жін.	Чол.	Жін.	Чол.	Жін.	Чол.	
Тривога	13,8±3,2	12,3±4,1	13,3±4,7	11,7±5,8	12,1±3,2	8,4±3,1	11,9±4,9
Депресія	14,5±1,8	14,7±2,6	13,7±2,7	15,9±3,1	11,1±2,2	7,3±1,6	12,9±3,9

Таблиця 2

Результати дослідження якості життя онкохворих (M ± σ)

Шкала	20–44 роки	45–59 років	60–74 роки	Загальний показник
Фізичний компонент здоров'я	69,5±4,1	64,6±5,2	45,1±4,6	59,7±4,5
Психологічний компонент здоров'я	32,8±3,9	59,3±5,4	42,5±3,6	44,9±4,4

Таблиця 3

Дані щодо рівня вираженості копінг-стратегій в онкохворих (M ± σ)

Копінг-стратегія	Загальний показник	20–44 роки	45–59 років	60–74 роки
Конфронтація	50,7±4,5	45,7±4,2	50,8±4,1	55,7±3,9
Дистанціювання	60,2±4,9	64,3±3,9	62,1±3,5	54,2±2,7
Самоконтроль	47,4±4,3	47,2±3,3	49,8±4,2	45,4±3,8
Пошук соціальної підтримки	65,3±3,7	57,8±3,1	68,7±3,3	69,3±3,2
Прийняття відповідальності	42,0±4,1	40,1±3,6	47,4±3,8	38,4±3,1
Утеча-уникнення	60,3±4,2	62,7±3,5	65,1±4,1	53,2±4,0
Планування рішень	40,0±3,9	42,1±3,4	45,3±3,8	32,6±2,7
Позитивна переоцінка	41,1±5,4	35,5±3,1	47,9±4,9	41,8±3,3

гічними чинниками, значно нижче, отже, при онкологічному захворюванні саме психологічні чинники найбільше знижують якість життя та суб'єктивне переживання хвороби. Водночас низький рівень психічного здоров'я суттєво знижує задоволення життям, адаптаційні резерви організму, здатність як протидіяти захворюванню, так і протистояти життєвим труднощам, стресовим ситуаціям.

Якість життя за фізичним компонентом є найвищою у молодому віці та найнижчою – у похилому. Це пояснюється фізіологічними процесами старіння в організмі, наявністю супутніх хронічних захворювань та їх ускладнень, зниженням загальної опірності організму. Окрім того, у похилому віці найчастіше хворі мають онкозахворювання III або IV стадії, що також негативно відбивається на їхньому фізичному стані, вони також набагато важче переносять лікування.

Щодо психологічного компоненту якості життя, то найнижчі середні результати фіксуються у молодому віці, а найвищі – у середньому. Це зумовлюється тим, що тривожність та депресія більше властиві молодим пацієнтам та менше характерні для людей похилого віку. У середньому віці більш високі показники якості життя, вочевидь, можуть зумовлюватися тим, що люди дієздатного віку виробили способи задоволення потреби в спілкуванні та знаходять можливість взаємодіяти із соціумом навіть у стані хвороби або під час лікування.

Наступним етапом нашого дослідження стало вивчення домінуючих копінг-стратегій в онкохворих. У результаті обробки отриманих емпіричних даних було виділено середні показники представленості копінг-стратегій,

обчислено стандартне відхилення для визначення рівня розсіювання показників навколо середніх значень (табл. 3).

Дослідження способів долаючої поведінки показало, що в більшості пацієнтів яскраво вираженими є неадаптивні деструктивні копінг-стратегії «конфронтація», «утеча-уникнення», «дистанціювання». Також сильно вираженою є умовно адаптивна копінг-стратегія «пошук соціальної підтримки». Найменше проявляються адаптивні копінг-стратегії «планування рішень», «прийняття відповідальності», «позитивна переоцінка».

Так, було встановлено, що найбільш тривожними є пацієнти з яскраво вираженими копінг-стратегіями «самоконтроль» ($r=0,38$; $p\leq 0,05$), «пошук соціальної підтримки», ($r=0,53$; $p\leq 0,01$) «конфронтація» ($r=0,37$; $p\leq 0,05$). Найменше тривожність проявляється за вираження копінг-стратегій «планування рішень» ($r=-0,47$; $p\leq 0,01$), «позитивна переоцінка» ($r=-0,51$; $p\leq 0,01$). Депресивні стани прямо пропорційно пов'язані з копінг-стратегіями «дистанціювання» ($r=0,36$; $p\leq 0,05$), «утеча-уникнення» ($r=0,43$; $p\leq 0,01$), натомість значущий зворотний зв'язок виявлено зі стратегіями «пошук соціальної підтримки» ($r=-0,35$; $p\leq 0,05$), «планування рішень» ($r=-0,62$; $p\leq 0,01$), «позитивна переоцінка» ($r=-0,6$; $p\leq 0,01$).

Якість життя за фізичним компонентом здоров'я має прямі значущі кореляційні зв'язки з копінг-стратегіями «планування рішень» ($r=0,35$; $p\leq 0,05$) та «позитивна переоцінка» ($r=0,38$; $p\leq 0,05$), зворотні – зі стратегією «конфронтація» ($r=-0,42$; $p\leq 0,01$).

Якість життя за психологічним компонентом здоров'я має прямі значущі кореляційні

зв'язки з копінг-стратегіями «пошук соціальної підтримки» ($r=0,51$; $p\leq 0,01$), «планування рішень» ($r=0,32$; $p\leq 0,05$) «позитивна переоцінка» ($r=0,35$; $p\leq 0,05$), зворотні – зі стратегіями «втеча-уникнення» ($r=-0,44$; $p\leq 0,01$) та «прийняття відповідальності» ($r=-0,33$; $p\leq 0,05$).

Додатково досліджено кореляційні зв'язки віку з копінг-стратегіями. Так, встановлено, що вираженість копінг-стратегій «конфронтація» ($r=0,35$; $p\leq 0,05$) та «пошук соціальної підтримки» ($r=0,37$; $p\leq 0,05$) зростає з віком, а вираженість копінг-стратегії «дистанціювання», навпаки, спадає ($r=-0,38$; $p\leq 0,05$).

Таким чином, найбільш адаптивними та конструктивними способами долаючої поведінки при онкологічних захворюваннях є «пошук соціальної підтримки», «позитивна переоцінка», «планування рішень». Неадаптивними та деструктивними виявилися стратегії «дистанціювання», «втеча-уникнення», «конфронтація». Отже, у результаті спрямованої корекційної роботи можна розвивати в пацієнтів більш адекватні поведінкові стратегії, які можуть суттєво полегшити психологічний та частково фізичний стан онкохворих, підвищити ефективність процесу лікування.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Березянська В.В. Психологічний портрет онкохворих. Транзакційний підхід. *Молодий вчений*. 2018. № 10(62). С. 20–24.
2. Мартинова Ю.Ю. Особливості психологічних компенсаторно-адаптаційних механізмів у жінок, які перенесли мастектомію. *Український вісник психоневрології*. 2013. Т. 21. Вип. 2(75). С. 81–87.
3. Мухаровська І.Р. Якість життя онкологічних хворих на етапах лікувального процесу. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2017. № 1(7). Т. 4. С. 91–95.
4. Родіна Н.В. Копінг-поведінка пацієнтів із раком молочної залози. Структура та детермінанти. *Наука і освіта*. 2012. № 3. С. 86–91.
5. Сергет І.В. Переживання особистістю онкологічного захворювання як кризової ситуації. *Одинадцять Сіверянські соціально-психологічні читання : матеріали Міжнародної наукової онлайн-конференції*, м. Чернігів, 27 листопада 2020 р. / за наук. ред. О.Ю. Дроздова, І.І. Шлімакової. Чернігів : НУЧК імені Т.Г. Шевченка, 2021. С. 229–231.
6. Сергет І.В. Трансформація життєвих цінностей осіб, хворих на онкологію. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. 2022. № 2. С. 35–40.
7. Holland J.C., Breitbart W.S., Jacobsen P.B. and al. *Psycho-Oncology*. Oxford: Oxford University press, 2015. 772 p.
8. Lutgendorf S., Antoni M., Kumar M., Schneiderman N. Changes in cognitive coping strategies predict EBV-antibody titre change following a stressor disclosure induction. *Journal of Psychosomatic Research*. 1994. № 38(1). P. 63–78.
9. Spiegel D. Mind matters: Coping and cancer progression. *Journal of psychosomatic research*. 2001. Vol. 50(5). P. 287–290.