

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

СТАНОВСЬКИЙ БОГДАН ОЛЕКСАНДРОВИЧ

УДК [159.944.4-022.258-029:3]:616-006

ДИСЕРТАЦІЯ

ОСОБЛИВОСТІ СТРЕС-ДОЛАЮЧОЇ ПОВЕДІНКИ ПАЦІЄНТОК З ВПЕРШЕ
ДІАГНОСТОВАНОЮ ОНКОПАТОЛОГІЄЮ В УМОВАХ ХРОНІЧНОГО
СОЦІАЛЬНОГО СТРЕСУ

225 «Медична психологія»

22 «Охорона здоров'я»

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело
_____ Становський Б.О.

Науковий керівник: Мухаровська Інна Романівна, доктор медичних наук, доцент.

Київ – 2024

АНОТАЦІЯ

Становський Б.О. Особливості стрес-долаючої поведінки пацієнток з вперше діагностованою онкопатологією в умовах хронічного соціального стресу – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 225 «Медична психологія». – Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, 2024.

Зміст анотації

В Україні кожного року виявляється більше 150 тисяч нових випадків злоякісних новоутворень і рівень захворюваності зростає. Встановлення онкологічного діагнозу для людини стає складним випробуванням та спричиняє різноманітні психологічні реакції, що можуть впливати на звернення за медичною допомогою та поведінку пацієнтів в процесі лікування і відповідно відображаються на ефективності терапії (L. Grassi, J. C. Holland et al. 2005).

Адаптація до онкологічного захворювання є етапним процесом, що потребує залучення різних ресурсів: від інформаційної підтримки до комплексної психологічної та психіатричної допомоги. Важливим аспектом є забезпечення пацієнту доступу до достовірної інформації про його захворювання та методи лікування, що може пом'якшити психологічний стрес і сприяти більш активній участі у процесі лікування (Zabora J., et al. , 2001; Watson M., Kissane D.W., 2011; Carlson L.E., Waller A., Mitchell A.J., 2012). У контексті онкології, копінг-стратегії відіграють критично важливу роль, допомагаючи пацієнтам адаптуватися до діагнозу, процесу лікування та його наслідків.

Особливості стрес-долаючої поведінки та копінг-стратегії відіграють важливу роль на етапі звернення за медичною допомогою та в процесі лікування, так як відображають дієву, проблемно-орієнтовану складову протидії стресовій ситуації. В тому числі і пандемія covid-19 значно ускладнила звернення у медичні заклади, проведення діагностики та лікування, що потребує розробки нових підходів до організації як медичної так і психологічної допомоги.

Розуміння зв'язку між діагнозом, вибором копінг-стратегій та їх впливом на психологічне благополуччя є важливим для розробки цілісних програм підтримки, які враховують як медичні, так і психологічні аспекти лікування онкологічних захворювань. Важлива інтеграція зусиль медичних фахівців та спеціалістів у сфері психічного здоров'я для надання комплексної допомоги онкологічним пацієнтам. Інтеграція психотерапевтичних підходів у комплексне лікування онкологічних захворювань відіграє вирішальну роль у покращенні якості життя пацієнтів, дозволяючи їм ефективніше впоратися з емоційними викликами, пов'язаними з хворобою та лікуванням.

Встановлення реалістичних цілей, зосередження на тому, що можна контролювати, наприклад, ведення здорового способу життя, та позитивне переосмислення ситуації можуть сприяти почуттю контролю над своїм життям (Treanor C. J., McMenamin U. C., 2016).

Рання інтервенція має значний вплив на хід лікування та реабілітацію онкопацієнтів. За допомогою вчасної психологічної підтримки можна запобігти загостренню психічних проблем, зменшити ризик виникнення депресії та тривожності, а також покращити пристосування до нової життєвої ситуації (Spiegel D., Classen C. 2000). Однією з ключових переваг ранньої психологічної діагностики та інтервенції є також можливість ідентифікації потреб та проблем пацієнтів на ранніх етапах захворювання. Це дозволяє адаптувати підходи та програми психологічної підтримки до конкретних потреб та характеристик кожного пацієнта.

Однією з ключових переваг ранньої психологічної діагностики та інтервенції є також можливість ідентифікації потреб та проблем пацієнтів на ранніх етапах захворювання. Це дозволяє адаптувати підходи та програми психологічної підтримки до конкретних потреб та характеристик кожного пацієнта (Сергент І.В., 2020).

Об'єкт дослідження: стрес-долаюча поведінка у пацієнок з вперше діагностованою онкологічною патологією сфери жіночого здоров'я в умовах хронічного соціального стресу.

Предмет дослідження: взаємозв'язки стрес-долаючої поведінки, психоемоційного стану та якості життя у пацієнок з вперше діагностованою

онкологічною патологією сфери жіночого здоров'я в умовах хронічного соціального стресу.

Мета дослідження: підвищити ефективність медико-психологічної допомоги пацієнткам з вперше діагностованою онкологічною патологією сфери жіночого здоров'я в умовах хронічного соціального стресу на основі комплексного вивчення взаємозв'язків стрес-долаючої поведінки, психоемоційного стану та якості життя, а також особливостей прояву та впливу стрес-долаючої поведінки на психологічну відповідь на захворювання у даного контингенту, шляхом розробки комплексу заходів медико-психологічної допомоги.

Завдання:

1. Визначити особливості психологічної відповіді на захворювання у пацієнок з вперше діагностованою онкологічною патологією сфери жіночого здоров'я.

2. Провести кількісний та змістовний аналіз стрес-долаючої поведінки у пацієнок з вперше діагностованою онкологічною патологією сфери жіночого здоров'я.

3. Дослідити взаємозв'язки стрес-долаючої поведінки, психоемоційного стану та якості життя у пацієнок з вперше діагностованою онкологічною патологією сфери жіночого здоров'я.

4. Науково обґрунтувати комплекс заходів медико-психологічної допомоги для пацієнок з вперше діагностованою онкологічною патологією сфери жіночого здоров'я в умовах хронічного соціального стресу.

У ході роботи впродовж 2020-2024 рр. проведено комплексне психодіагностичне обстеження 120 пацієнок з вперше діагностованою онкологічною патологією сфери жіночого здоров'я (рак молочної залози, рак шийки матки, рак тіла матки, рак яєчників) на різних етапах захворювання, які були розподілені методом простої рандомізації або до групи втручання (n=60), яка отримувала медико-психологічну допомогу за розробленою програмою психокорекції, або до групи порівняння (n=60), яка отримувала психологічну допомогу у вигляді психологічних бесід. Психодіагностичне обстеження проводилося тричі: перед рандомізацією та

одразу після перших проведених психологічних інтервенцій, та через 3 місяці від початку.

Дослідження включало 4 етапи:

Етап 1 полягав у аналізі актуальної наукових статей та актуальної наукової літератури, присвячених темам копінгу, психонкології. На цьому етапі нами було проведено оцінку наявних даних щодо психологічних аспектів лікування та супроводу пацієнток онкологічного профілю з вперше виявленою онкологічною патологією жіночої сфери здоров'я

Етап 2 полягав у вивченні особливостей вибору, застосування та напруженості копінг-стратегій, формування копінгового профілю та стану копінг-ресурсів, а також особливостей прояву та впливу стрес-долаючої поведінки на формування психологічної дезадаптації у даного контингенту.

Головною задачею обраних психодіагностичних методик було висвітлення основних аспектів комплексності психологічних особливостей пацієнток у формуванні адаптивності копінг-стратегій та підвищення ефективності медико-психологічної допомоги пацієнткам з вперше діагностованою онкологічною патологією сфери жіночого здоров'я в умовах хронічного стресу на основі комплексного вивчення проблеми психологічної адаптації до онкологічного діагнозу.

Під час **Етапу 2** відбувався скрінінг на відповідність критеріям включення/виключення, підписання поінформованої згоди, первинне психодіагностичне обстеження та визначення клініко-психологічних показників учасниць дослідження. Всі види взаємодії з учасниками (скрінінгова оцінка відповідності критеріям включення та підписання поінформованої згоди, психодіагностичне обстеження та психокорекція) на всіх етапах дослідження відбувалися у хірургічному, гінекологічному хірургічному, поліклінічному та хіміотерапевтичних відділеннях Комунального Некомерційного Підприємства «Київський Міський Клінічний Онкологічний Центр»

Етап 3 полягав у розробці власної програми медико-психологічної допомоги на основі аналізу отриманих даних із попередніх етапів та її проведенні. Після проведення Етапу 2 усіх учасників було поділено на дві групи – групу втручання та

групу порівняння. Учасники *групи втручання (n=60)* проходили стандартну стаціонарну медико-психологічну реабілітацію згідно протоколів і гайдлайнів і додатково залучалися до розробленої програми медико-психологічної допомоги. Учасники *групи втручання (n=60)* проходили стандартну стаціонарну медико-психологічну допомогу та були включені до листа очікування та мали можливість залучитись до програми психокорекції після групи дослідження. Стандартна медико-психологічна допомога включала в себе клінічне та психодіагностичне обстеження, фармакотерапію.

Етап 4 полягав в оцінці ефективності розробленої програми медико-психологічної допомоги шляхом повторної психодіагностичної оцінки та клініко-психологічних особливостей і порівняння результатів груп між собою та з початковими рівнями показників за допомогою методів аналітичної статистики. Повторна психодіагностична оцінка відбувалася по завершенню перебування в стаціонарі і проходженню всіх сесій програми психокорекції.

Дисертаційне дослідження присвячене підвищенню ефективності медико-психологічної допомоги пацієнткам з вперше діагностованою онкологічною патологією сфери жіночого здоров'я в умовах хронічного стресу на основі комплексного вивчення особливостей вибору, застосовування та напруженості копінг-стратегій, формування копінгового профілю та стану копінг-ресурсів, а також особливостей прояву та впливу стрес-долаючої поведінки на формування психологічної дезадаптації у даного контингенту, та відновлення психічного здоров'я шляхом удосконалення комплексу психокорекції.

Концептуалізовано, що медико-психологічна допомога, базована на актуальних проблемах пацієнток, які можуть бути виявлені за допомогою відповідних методик на визначення особливостей стрес-долаючої поведінки призводить до значного зниження рівнів тривоги й депресивних проявів, сприяє трансформації дезадаптивних копінг-стратегій в більш адаптивні та сприяє істотному покращенню показників якості життя.

За допомогою математичного біостатистичного аналізу було проаналізовано взаємозв'язок між показниками психоемоційного благополуччя в пацієнток

онкологічного профілю жіночої сфери здоров'я а також закономірність змін цих показників при застосуванні багатофакторної програми психокорекції. Згідно отриманих результатів пацієнтки, які проходили програму психокорекції мали значно кращі результати динаміки змін психоемоційного стану, а також більш адаптивні копінги, ніж пацієнтки, які отримували допомогу тільки в форматі психологічних бесід.

Наукова новизна отриманих результатів. В результаті проведеної роботи було вирішено наукову задачу, яка поглиблює знання про особливості формування і закріплення адаптивного стилю подолання онкологічного захворювання через опору на навички психостабілізації і самодопомоги, ресурсорієнтованість, розвиток конструктивних стратегій копінгу з урахуванням стадії онкологічного захворювання, в умовах хронічного соціального стресу (пандемії COVID-19 та повномасштабної війни).

Вперше була розроблена програма медико-психологічної допомоги, орієнтованої на пацієнток з онкологічними захворюваннями жіночої сфери здоров'я, які вперше зіштовхуються з діагнозом, як основи формування адаптивного стилю копінгу в процесі лікування.

Вперше були визначені мішені медико-психологічної допомоги та зроблений підбір медико-психологічних заходів як на рівні самодопомоги, так і фахових інтервенцій саме під час протипухлинної терапії. Також був розроблений комплекс психоосвітніх матеріалів для пацієнток онкологічного профілю з урахуванням наявної психологічної проблематики та медико-психологічного статусу, а також умов психосоціального контексту.(пандемії COVID-19 та повномасштабної війни).

Вперше здійснено аналіз особливостей факторів стрес-долаючої поведінки у пацієнток онкологічного профілю в рамках медико-психологічного підходу в психоонкології. А саме, виявлено, що показники психодіагностичних шкал, такі як «бойовий дух» та «позитивне переосмислення» є ознаками формування адаптивних стратегій стрес-долаючої поведінки. В цей самий час, показники «безпомічність-безпорадність» та «когнітивне уникнення» є прогностичними факторами формування

дезадаптивних копінг стратегій, які, в свою чергу, значно знижують якість життя пацієнток.

Виявлено, що показники за опитувальником MiniMAC корелюють із показниками за опитувальниками COPE та HADS. Завдяки цьому, MiniMAC можна застосовувати для оцінки прогностичних факторів розвитку дезадаптивних копінгів а також для оцінки якості проведених психологічних інтервенцій. MiniMAC має менше питань і тому підрахунок результатів займає значно менше часу, а отже, є зручним інструментом для лікаря.

Підтверджено, що в пацієнток онкологічного профілю жіночої сфери здоров'я, при застосуванні багатофакторних психологічних інтервенцій в рамках медико-психологічної програми допомоги можна досягнути позитивних змін в аспектах стрес-долаючої поведінки.

Розширено і доповнено уявлення про особливості взаємозв'язків між показниками адаптивності копінгів, тривоги, депресії. Згідно отриманих результатів, ці зв'язки зумовлюють формування адаптивних чи дезадаптивних копінг-стратегій. При цьому, впливаючи на аспекти психоемоційного благополуччя пацієнток, завдяки відповідним методам психологічних інтервенцій стає можливо змінити дезадаптивний копінг в більш адаптивний.

Деталізовано інформацію про зв'язок психоонкологічних показників пристосованості до онкологічного захворювання із показниками психодіагностичних шкал, які оцінюють схильність до певних копінг-стратегій людини, показників клінічних проявів тривоги та депресії та якості життя.

Проведене дослідження розглядає психоонкологію не тільки як суто психологічний напрямок, а й як напрямок теоретичних та практичних посліджень в галузі медицини. Завдяки цьому, в рамках дослідження, було розширено уявлення про психоонкологію, зокрема, в аспекті клінічної роботи лікаря-психолога.

Практичне значення дослідження полягає у тому, що викладені у роботі положення, висновки та рекомендації мають прикладне застосування – вони можуть бути використані в клінічній практиці для впровадження у лікувальних процес програм медико-психологічної допомоги пацієнткам з вперше діагностованою

онкологічною патологією сфери жіночого здоров'я з урахуванням психосоціального контексту, що дозволить поліпшити якість надання медичної допомоги даній категорії пацієнтів. Окремі частини програми можуть бути використані як складові елементи нових психологічних втручань, а математичні моделі – при побудові прогнозу зміни копінгу в клінічних умовах під впливом різних значущих факторів.

Практичне застосування має розроблений «Психологічний путівник онкоодужуючої», що може застосовуватися фахівцем при роботі з пацієнтами та ними самостійно у випадку недоступності очної допомоги.

Розроблений клініко-психологічний протокол медико-психологічної допомоги для пацієток з вперше діагностованою онкологічною патологією сфери жіночого здоров'я дозволяє структурувати етапи та задачі допомоги.

Розроблена й успішно апробована програма медико-психологічної допомоги для пацієток з вперше діагностованою онкопатологією жіночої сфери здоров'я в умовах хронічного соціального стресу є дієвим засобом для встановлення адаптивних стратегій стрес-долаючої поведінки в пацієток онкологічного профілю. Застосування таких програм сприяє трансформації дезадаптивних копінгів в більш адаптивні, та, разом із тим, сприяє підвищенню якості життя пацієток.

Отримані результати дисертаційного дослідження призначені для застосування в роботі лікарів-психологів, психотерапевтів та клінічних психологів, а також у навчальній підготовці студентів та інтернів за спеціальністю 225 «Медична психологія», а також студентів за спеціальністю 053 «Психологія» та спеціалізацією «Нейропсихологія» та «Клінічна психологія».

Результати дослідження впроваджено у практику роботи КНП «Київський міський клінічний онкологічний центр» (м. Київ), акт впровадження від 27.09.2023.

Отримані наукові результати впроваджено в навчальному процесі на кафедрі медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Навчально-наукового інституту психічного здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (м. Київ) під час викладання дисциплін «Медична психологія», «Психологія стресу та травми», «Основи психоонкології», «Психологія життєвої кризи, вмирання та смерті».

Ключові слова: психоонкологія, копінг, стрес, стрес-долаюча поведінка, онкологія, жіноче здоров'я, психокорекція, медична психологія, якість життя, тривога, депресія, COVID-19, війна, психосоматична медицина, стресорні розлади.

SUMMARY

Stanovsky B.O. Peculiarities of stress-overcoming behavior of patients with newly diagnosed oncology in conditions of chronic social stress - Qualifying research paper with manuscript rights.

Dissertation for obtaining the scientific degree of Doctor of Philosophy in specialty 225 "Medical psychology. – Bogomolets National Medical University, Kyiv, 2024.

Abstract content

More than 150,000 new cases of malignant neoplasms are detected in Ukraine every year, and the incidence rate is increasing. Establishing an oncological diagnosis for a person becomes a difficult test and causes a variety of psychological reactions that can affect the seeking of medical help and the behavior of patients during treatment and, accordingly, are reflected in the effectiveness of therapy (L. Grassi, J. C. Holland et al. 2005).

Adaptation to cancer is a staged process that requires the involvement of various resources: from informational support to comprehensive psychological and psychiatric care. An important aspect is providing the patient with access to reliable information about his disease and treatment methods, which can alleviate psychological stress and promote more active participation in the treatment process (Zabora J., et al. , 2001; Watson M., Kissane D.W., 2011 ; Carlson L.E., Waller A., Mitchell A.J., 2012). In the context of oncology, coping strategies play a critical role in helping patients adapt to the diagnosis, treatment process, and its consequences.

Features of stress-overcoming behavior and coping strategies play an important role at the stage of seeking medical help and in the treatment process, as they reflect an effective, problem-oriented component of combating a stressful situation. Including the covid-19 pandemic, it has made it much more difficult to go to medical institutions, carry out

diagnostics and treatment, which requires the development of new approaches to the organization of both medical and psychological care.

Understanding the relationship between diagnosis, the choice of coping strategies, and their impact on psychological well-being is important for the development of holistic support programs that take into account both the medical and psychological aspects of cancer treatment. It is important to integrate the efforts of medical and mental health professionals to provide comprehensive care to cancer patients. The integration of psychotherapeutic approaches into the comprehensive treatment of oncological diseases plays a crucial role in improving the quality of life of patients, allowing them to cope more effectively with the emotional challenges associated with the disease and treatment.

Setting realistic goals, focusing on what can be controlled, such as leading a healthy lifestyle, and positive reframing of the situation can promote a sense of control over one's life (Treanor C. J., McMenamin U. C., 2016).

Early intervention has a significant impact on the course of treatment and rehabilitation of cancer patients. With the help of timely psychological support, it is possible to prevent exacerbation of mental problems, reduce the risk of depression and anxiety, as well as improve adaptation to a new life situation (Spiegel D., Classen C. 2000). One of the key advantages of early psychological diagnosis and intervention is also the possibility of identifying the needs and problems of patients in the early stages of the disease. This allows to adapt approaches and programs of psychological support to the specific needs and characteristics of each patient.

One of the key advantages of early psychological diagnosis and intervention is also the possibility of identifying the needs and problems of patients in the early stages of the disease. This makes it possible to adapt approaches and programs of psychological support to the specific needs and characteristics of each patient (Sergent I.V., 2020).

The object of the study: stress-overcoming behavior in patients with newly diagnosed oncological pathology in the field of women's health in conditions of chronic social stress.

The subject of the study: relationships between stress-overcoming behavior, psycho-emotional state and quality of life in patients with newly diagnosed oncological pathology in the field of women's health in conditions of chronic social stress.

The purpose of the study: to increase the effectiveness of medical and psychological care for patients with newly diagnosed oncological pathology in the field of women's health in conditions of chronic social stress based on a comprehensive study of the interrelationships of stress-overcoming behavior, psycho-emotional state and quality of life, as well as the characteristics of the manifestation and impact of stress - overcoming behavior on the psychological response to the disease in this contingent, by developing a set of medical and psychological assistance measures.

Tasks:

To determine the peculiarities of the psychological response to the disease in patients with a newly diagnosed oncological pathology in the field of women's health.

2. To conduct a quantitative and meaningful analysis of stress-overcoming behavior in patients with newly diagnosed oncological pathology in the field of women's health.

3. To investigate the relationship between stress-overcoming behavior, psycho-emotional state and quality of life in patients with newly diagnosed oncological pathology in the field of women's health.

4. Scientifically substantiate a complex of medical and psychological care measures for patients with newly diagnosed oncological pathology in the field of women's health in conditions of chronic social stress.

In the course of work during 2020-2024, a comprehensive psychodiagnostic examination of 120 patients with newly diagnosed oncological pathology in the field of women's health (breast cancer, cervical cancer, uterine body cancer, ovarian cancer) at various stages of the disease, which were divided by the method simple randomization either to the intervention group (n=60), which received medical and psychological assistance according to the developed psychocorrection program, or to the comparison group (n=60), which received psychological assistance in the form of psychological interviews. Psychodiagnostic examination was conducted three times: before randomization and immediately after the first psychological interventions, and 3 months after the start.

The study included 4 stages:

Stage 1 consisted in the analysis of current scientific articles and current scientific literature devoted to the topics of co-op and psycho-oncology. At this stage, we evaluated the available data on the psychological aspects of treatment and support of oncology patients with newly detected oncological pathology in the field of women's health

Stage 2 consisted in studying the features of the choice, application and intensity of coping strategies, the formation of a coping profile and the state of coping resources, as well as the features of the manifestation and influence of stress-overcoming behavior on the formation of psychological maladaptation in this contingent.

The main task of the selected psychodiagnostic methods was to highlight the main aspects of the complexity of the psychological characteristics of female patients in the formation of the adaptability of coping strategies and to increase the effectiveness of medical and psychological care for patients with newly diagnosed oncological pathology in the field of women's health in conditions of chronic stress based on a comprehensive study of the problem of psychological adaptation to oncological diagnosis

During Stage 2, there was screening for compliance with the inclusion/exclusion criteria, signing of the informed consent, initial psychodiagnostic examination and determination of clinical and psychological indicators of the study participants. All types of interaction with participants (screening assessment of compliance with the inclusion criteria and signing of the informed consent, psychodiagnostic examination and psychocorrection) at all stages of the study took place in the surgical, gynecological surgical, polyclinic and chemotherapy departments of the Municipal Non-Commercial Enterprise "Kyiv City Clinical Oncology Center"

Stage 3 consisted in the development of an own program of medical and psychological care based on the analysis of the data obtained from the previous stages and its implementation. After Stage 2, all participants were divided into two groups - an intervention group and a comparison group. Participants of the intervention group (n=60) underwent standard inpatient medical and psychological rehabilitation according to protocols and guidelines and were additionally involved in the developed medical and psychological care program. Participants in the intervention group (n=60) received standard

inpatient medical and psychological care and were included in the waiting list and had the opportunity to join the psychocorrection program after the study group. Standard medical and psychological care included clinical and psychodiagnostic examination, pharmacotherapy.

Stage 4 consisted in evaluating the effectiveness of the developed medical and psychological care program through repeated psychodiagnostic assessment and clinical and psychological characteristics and comparing the results of the groups with each other and with the initial levels of indicators using analytical statistics methods. Repeated psychodiagnostic assessment took place at the end of the hospital stay and completion of all sessions of the psychocorrection program.

The dissertation study is devoted to increasing the effectiveness of medical and psychological care for patients with newly diagnosed oncological pathology in the field of women's health in conditions of chronic stress, based on a comprehensive study of the features of the choice, application and intensity of coping strategies, the formation of a coping profile and the state of coping resources, as well as features the manifestation and influence of stress-overcoming behavior on the formation of psychological maladaptation in this contingent, and the restoration of mental health by improving the psychocorrection complex.

It is conceptualized that medical and psychological assistance based on the actual problems of patients, which can be identified with the help of appropriate methods for determining the features of stress-overcoming behavior, leads to a significant decrease in the levels of anxiety and depressive manifestations, promotes the transformation of maladaptive coping strategies into more adaptive ones, and promotes significant improvement of quality of life indicators.

With the help of mathematical biostatistical analysis, the relationship between indicators of psycho-emotional well-being in women's health oncology patients was analyzed, as well as the regularity of changes in these indicators when applying a multifactorial psychocorrection program. According to the obtained results, the patients who underwent the psychocorrection program had significantly better results in the dynamics of

changes in the psycho-emotional state, as well as more adaptive coping, than the patients who received help only in the format of psychological interviews.

Scientific novelty of the obtained results. As a result of the work carried out, a scientific problem was solved, which deepens knowledge about the peculiarities of the formation and consolidation of an adaptive style of overcoming cancer through reliance on psycho-stabilization and self-help skills, resource orientation, the development of constructive coping strategies taking into account the stage of cancer, in conditions of chronic social stress (the COVID pandemic -19 and full-scale war).

For the first time, a program of medical and psychological care was developed, aimed at patients with oncological diseases in the field of women's health, who are faced with the diagnosis for the first time, as the basis for the formation of an adaptive coping style during treatment.

For the first time, the targets of medical and psychological care were determined and a selection of medical and psychological measures was made both at the level of self-help and professional interventions during anticancer therapy. A set of psychoeducational materials for oncology patients was also developed, taking into account the existing psychological problems and medical and psychological status, as well as the conditions of the psychosocial context (the COVID-19 pandemic and full-scale war).

For the first time, an analysis of the features of factors of stress-overcoming behavior in oncology patients was carried out within the framework of the medical and psychological approach in psycho-oncology. Namely, it was revealed that indicators of psychodiagnostic scales, such as "fighting spirit" and "positive rethinking" are signs of the formation of adaptive strategies of stress-overcoming behavior. At the same time, indicators of "helplessness-helplessness" and "cognitive avoidance" are prognostic factors for the formation of maladaptive coping strategies, which, in turn, significantly reduce the quality of life of patients.

MiniMAC scores were found to correlate with COPE and HADS scores. Thanks to this, MiniMAC can be used to evaluate prognostic factors for the development of maladaptive coping, as well as to evaluate the quality of psychological interventions.

MiniMAC has fewer questions and therefore takes much less time to calculate the results and is therefore a convenient tool for the physician.

It has been confirmed that positive changes in aspects of stress-overcoming behavior can be achieved in women's oncology patients with the application of multifactorial psychological interventions as part of a medical and psychological care program.

The idea of the peculiarities of the relationships between the indicators of coping adaptability, anxiety, and depression has been expanded and supplemented. According to the obtained results, these connections lead to the formation of adaptive or maladaptive coping strategies. At the same time, by influencing the aspects of psycho-emotional well-being of patients, thanks to appropriate methods of psychological interventions, it becomes possible to change maladaptive coping into a more adaptive one.

Detailed information on the connection of psycho-oncological indicators of adaptation to cancer with indicators of psychodiagnostic scales that assess a person's predisposition to certain coping strategies, indicators of clinical manifestations of anxiety and depression, and quality of life.

The conducted research considers psycho-oncology not only as a purely psychological direction, but also as a direction of theoretical and practical consequences in the field of medicine. Thanks to this, within the framework of the study, the idea of psycho-oncology was expanded, in particular, in the aspect of the clinical work of a psychologist.

The practical significance of the research lies in the fact that the provisions, conclusions and recommendations presented in the work have practical application - they can be used in clinical practice to introduce into the treatment process programs of medical and psychological assistance to patients with newly diagnosed oncological pathology in the field of women's health, taking into account psychosocial context, which will improve the quality of medical care for this category of patients. Individual parts of the program can be used as components of new psychological interventions, and mathematical models can be used to predict changes in coping in clinical settings under the influence of various significant factors.

The developed "Psychological guide of a cancer patient" has a practical application, which can be used by a specialist when working with patients and by them independently in case of unavailability of eye care.

The developed clinical and psychological protocol of medical and psychological care for patients with newly diagnosed oncological pathology in the field of women's health allows to structure the stages and tasks of care.

The developed and successfully tested program of medical and psychological care for patients with newly diagnosed oncology in the field of women's health in conditions of chronic social stress is an effective tool for establishing adaptive strategies of stress-overcoming behavior in oncology patients. The use of such programs contributes to the transformation of maladaptive coping into more adaptive ones, and, at the same time, improves the quality of life of patients.

The obtained results of the dissertation research are intended for use in the work of psychologists, psychotherapists and clinical psychologists, as well as in the training of students and interns in the specialty 225 "Medical Psychology", as well as students in the specialty 053 "Psychology" and the specialization "Neuropsychology" and "Clinical psychology".

The results of the study have been implemented into the work practice of the KNP "Kyiv City Clinical Oncology Center" (Kyiv), act of implementation dated 09/27/2023.

The obtained scientific results were implemented in the educational process at the Department of Medical Psychology, Psychosomatic Medicine and Psychotherapy of the Educational and Scientific Institute of Mental Health of the Bogomolets National Medical University (Kyiv) while teaching the disciplines "Medical Psychology", "Psychology of Stress and Trauma", "Fundamentals of Psycho-Oncology", "Psychology of Life Crisis, Dying and Death".

Keywords: psycho-oncology, coping, stress, stress-relieving behavior, oncology, women's health, psychocorrection, medical psychology, quality of life, anxiety, depression, COVID-19, war, psychosomatic medicine.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА

Публікації, в яких опубліковані основні результати дисертації:

1. Становський, Б. (2023). Оцінка ефективності програми психокорекції для пацієнток із вперше діагностованою онкологічною патологією. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 8(4), e0804503. <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v8i4.503>
2. Stanovskiy, B. (2023). Mechanisms of stress-overcoming behavior in women with oncopathology. *Journal of Education, Health and Sport*, 50(1), 181–190. <https://doi.org/10.12775/JEHS.2023.50.01.015>
3. Stanovskiy, B. (2024). Psychological help for patients with cancer. *Journal of Education, Health and Sport*, 52, 242–253. <https://doi.org/10.12775/JEHS.2024.52.110>

Праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

1. Мухаровська, І., & Становський, Б. (2022). Телемедичні засоби у наданні медико психологічної допомоги онкологічним пацієнтам в умовах війни. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 7(2). <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v7i2.387>
2. Становський, Б. (2021). Стратегія медико-психологічної допомоги в роботі лікаря-психолога з онкологічними пацієнтами. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 6(4), e0604319. <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v6i4.319>
3. Становський, Б. (2021). Проблеми психологічного дистанційного супроводу онкологічних пацієнтів в умовах пандемії COVID-19. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 6(2), e0602279. <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v6i2.279>
4. Khaustova O, Mukharovska I, Stanovskyi B. Coping Styles in patients with breast cancer according to the Mini-Mental Adjustment to Cancer scale. Khaustova O. <https://www.eapm.eu.com/2022-eapm-conference-vienna/>, page 110., 2022

ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ	1
СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА	18
ЗМІСТ	19
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ	20
ВСТУП	21
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ НАДАННЯ МЕДИКО- ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В ОНКОЛОГІЇ	
1.1. Медико-психологічні аспекти в онкології	34
1.2. Копінг та стрес-долаюча-поведінка	48
1.3. Психоонкологія як галузь медицини	60
1.4. Принципи медико-психологічної допомоги пацієнтам онкологічного профілю	
Висновки до розділу 1.	83
РОЗДІЛ 2. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДИЗАЙНУ, КОНТИНГЕНТУ І МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ	
2.1. Дизайн та етапи організації дослідження.	86
2.2. Характеристика досліджуваної вибірки та процедура залучення	88
2.3. Методи дослідження	94
Висновки до розділу 2	99

РОЗДІЛ 3. КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТРЕС-ДОЛАЮЧОЇ ПОВЕДІНКИ ПАЦІЄНТОК ІЗ ВПЕРШЕДІАГНОСТОВАНОЮ ОНКОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ЖІНОЧОЇ СФЕРИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Використані методики в дослідженні стрес-долаючої поведінки	100
3.2. Багатофакторний аналіз за результатами шкал COPE, HADS та miniMAC	103
Висновки до розділу 3	114

РОЗДІЛ 4. ПРОГРАМА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДЛЯ ПАЦІЄНТОК З ПЕРШЕДІАГНОСТОВАНОЮ ОНКОПАТОЛОГІЄЮ

4.1. Розробка комплексу заходів програми медико-психологічної допомоги	116
4.2. Оцінка ефективності розробленої програми психокорекції	133
Висновки до розділу 4	1149

ВИСНОВКИ	151
----------	-----

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ	154
------------------------	-----

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	156
----------------------------	-----

ДОДАТОК А	185
-----------	-----

ДОДАТОК Б	186
-----------	-----

ДОДАТОК В	187
-----------	-----

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ

COPE – Опитувальник впорання зі стресом COPE (Coping Orientation to Problems Experienced Inventory);

HADS – Госпітальна шкала тривоги та депресії;

Mini M.A.C. – Опитувальник пристосування до онкологічного діагнозу mini-Mental Adjustment to Cancer Scale;

CQLS – Опитувальник якості життя О.С. Чабана;

Me – медіана;

SD – стандартне відхилення для основної змінної результату;

α – альфа Кронбаха;

β – стандартизований коефіцієнт регресії;

PCA – метод головних компонентів;

ДІ – довірчий інтервал;

n - розмір вибірки для кожної групи;

DIFF - клінічно важливий ефект;

A – рівень значущості;

B – потужність;

КПТ – когнітивно-поведінкова терапія

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження.

В Україні кожного року виявляється більше 150 тисяч нових випадків злоякісних новоутворень і рівень захворюваності зростає.

Встановлення онкологічного діагнозу для людини стає складним випробуванням та спричиняє різноманітні психологічні реакції, що можуть впливати на звернення за медичною допомогою та поведінку пацієнтів в процесі лікування і відповідно відображаються на ефективності терапії (L. Grassi, J. C. Holland et al. 2005).

Порушення у психічній сфері у онкологічних хворих включають широкий спектр афективних, невротичних розладів та психотичних станів (Shaheen Al Ahwal M et al. 2015), проте саме психологічні реакції доклінічного рівня, які характеризують стан психологічної дезадаптації визначають найбільшу потребу у психологічній допомозі.

Порушення клініко-психологічної адаптації у онкологічних хворих проявляються через збільшення тривалості перебування в лікарні; дезадаптивну та анормальну поведінку, пов'язану з хворобою; зниження комплаєнсу - дотримання режиму лікування пацієнтом; підвищений ризик суїциду; погіршення якості життя; зниження ефективності хіміотерапії в наслідок передчасного закінчення та відмов від повторних курсів; підвищення ризику рецидиву та смерті в наслідок погіршення турботи про себе; підвищення психосоціальної захворюваності в родині хворого та “ускладнене горе” серед членів родини онкологічного хворого. Тобто, стан психологічної адаптації онкологічного пацієнта представляє собою багатофакторний комплекс, що включає показники особистісного та психосоціального благополуччя самого пацієнта і його ближнього оточення, поведінку хворого у лікувальному процесі (J. Bernhard, P. Butow, J. Aldridge et al., 2012; S. Otis-Green, G. Juarez, 2012).

Для хворих на онкологічні захворювання характерний обмежений репертуар стрес-долаючої поведінки, знижений рівень соціально-особистісних компетенцій, особливо в сфері тілесності, соціальної активності, креативності та ціннісного осмислення дійсності, а також низький рівень задоволеності соціальною підтримкою,

що утруднює психологічну адаптацію до ситуації, коли захворювання становить загрозу для життя. Поведінковими індикаторами ризику розвитку психологічної дезадаптації у онкологічних хворих виступають копінг стратегії уникнення, соціальної замкнутості, «заїждженої пластинки», безпомічності, жалості до себе, самозвинувачення, агресії, прийому заспокійливих препаратів.

Окрему групу медико-психологічних проблем становить прихильність онкологічних пацієнтів до лікування. У практиці лікарів-онкологів зустрічаються випадки відмови від лікування, зниження суб'єктивної перспективи терапії, звернення до нетрадиційної медицини, що має негативні наслідки для хворого. Відповідно, важливим завданням медико-психологічної допомоги постає психокорекція емоційної, когнітивної та поведінкової сфери з метою адаптації хворого до протипухлинного лікування.

Візуальні локалізації онкопатології та їх раннє виявлення на планових лікарських оглядах, мають особливе значення для лікування та профілактики у зв'язку з більш сприятливим прогнозом. Проте часто захворювання діагностується на пізніх стадіях, що погіршує загальний прогноз і якість життя.

Адаптація до онкологічного захворювання є етапним процесом, що потребує залучення різних ресурсів: від інформаційної підтримки до комплексної психологічної та психіатричної допомоги. Важливим аспектом є забезпечення пацієнту доступу до достовірної інформації про його захворювання та методи лікування, що може пом'якшити психологічний стрес і сприяти більш активній участі у процесі лікування (Zabora J., BrintzenhofeSzoc K., Curbow B., Hooker C., Piantadosi S. , 2001; Watson M., Kissane D.W., 2011; Carlson L.E., Waller A., Mitchell A.J., 2012).

Емоційний добробут пацієнта безпосередньо впливає на його здатність дотримуватися рекомендацій лікаря, сприймати інформацію про лікування та, в кінцевому підсумку, на його загальний фізичний стан і якість життя. Дослідження показують, що психологічна підтримка може знижувати рівень тривоги та депресії у пацієнтів, покращувати їхнє загальне самопочуття та навіть впливати на виживаність (Breitbart W., Poppito S., 2014; Федоренко З. П., Гулак Л. О., Михайлович Ю. Й., 2021)

Особливості стрес-долаючої поведінки та копінг-стратегії відіграють важливу роль на етапі звернення за медичною допомогою та в процесі лікування, так як відображають дієву, проблемно-орієнтовану складову протидії стресовій ситуації. В тому числі і пандемія covid-19 значно ускладнила звернення у медичні заклади, проведення діагностики та лікування, що потребує розробки нових підходів до організації як медичної так і психологічної допомоги.

Активна участь пацієнта у процесі лікування, що часто залежить від його психологічного стану, є ще одним ключовим факторів, що впливає на успіх терапії. Мотивація, відчуття контролю над ситуацією, та готовність співпрацювати з лікарською командою можуть покращити дотримання медичних рекомендацій та лікувальних процедур (Lundin E.S., Wodlin N.B., 2019; Samami E., Elyasi F. , 2020; Ośmiałowska, E., Misiąg, W., Chabowski, M., & Jankowska-Polańska, B., 2021).

Виявлення онкологічного захворювання може стати важким викликом і зумовлює широкий спектр психологічних реакцій, які суттєво впливають на вибір копінг-стратегій, що пацієнти застосовують для впорядкування зі стресом, викликаним діагнозом та подальшим лікуванням. Вид онкологічного захворювання, його стадія, перспективи лікування, а також індивідуальні особливості пацієнта, його попередній досвід впорядкування зі стресовими ситуаціями та доступні соціальні ресурси можуть суттєво вплинути на вибір копінг-механізмів (Ісаєнко С. В., 2017, 2020).

У контексті онкології, копінг-стратегії відіграють критично важливу роль, допомагаючи пацієнтам адаптуватися до діагнозу, процесу лікування та його наслідків. Зв'язок між копінг-стратегіями та психологічним благополуччям онкологічних пацієнтів є предметом численних досліджень в області психоонкології. Розуміння цього зв'язку має вирішальне значення для розробки ефективних методів психологічної підтримки та втручань, які можуть допомогти пацієнтам краще адаптуватися до викликів, пов'язаних з їхнім захворюванням і лікуванням.

Таким чином, розуміння зв'язку між діагнозом, вибором копінг-стратегій та їх впливом на психологічне благополуччя є важливим для розробки цілісних програм підтримки, які враховують як медичні, так і психологічні аспекти лікування

онкологічних захворювань. Важлива інтеграція зусиль медичних фахівців та спеціалістів у сфері психічного здоров'я для надання комплексної допомоги онкологічним пацієнтам. Інтеграція психотерапевтичних підходів у комплексне лікування онкологічних захворювань відіграє вирішальну роль у покращенні якості життя пацієнтів, дозволяючи їм ефективніше впоратися з емоційними викликами, пов'язаними з хворобою та лікуванням.

Також важливим аспектом є розробка адаптивних копінг-стратегій, які допомагають пацієнтам ефективно впоратися зі стресом та труднощами, пов'язаними з хворобою. Розвиток позитивних стратегій реагування на стресові ситуації допомагає підтримувати психічне здоров'я та зміцнювати резилієнтність (Armes J., Crowe M., Colbourne L., Morgan H., Murrells T., Oakley C. et al., 2009).

Розвиток особистісної резилієнтності, або психологічної стійкості, у онкохворих є ключовим аспектом психологічної підтримки та реабілітації.

Встановлення реалістичних цілей, зосередження на тому, що можна контролювати, наприклад, ведення здорового способу життя, та позитивне переосмислення ситуації можуть сприяти почуттю контролю над своїм життям (Treanor C. J., McMenamin U. C., 2016).

Роль психолога у формуванні адаптивних копінг-механізмів у пацієнтів з онкологічними захворюваннями є визначальною у процесі їх адаптації та психологічної підтримки. Психологи виконують важливу роботу, допомагаючи пацієнтам ідентифікувати та розвивати ефективні стратегії впорядкування зі стресом, пов'язаним з хворобою, діагнозом та лікуванням.

Психологічна підтримка та інтервенції можуть відігравати ключову роль у сприянні використанню адаптивних копінг-стратегій. Програми психоедукації, індивідуальна та групова психотерапія, а також тренінги навичок стрес-менеджменту можуть допомогти пацієнтам розробити ефективні стратегії впорядкування зі стресом та підвищити їхнє психологічне благополуччя.

Рання психологічна діагностика та інтервенція в онкологічному контексті є надзвичайно важливими елементами у підтримці та поліпшенні якості життя пацієнтів. Ці аспекти впливають на багато сфер життя онкопацієнта, включаючи

психологічний стан, фізичне здоров'я та соціальне функціонування. Діагностика та інтервенція на ранніх стадіях дозволяють вчасно виявити та ефективно управляти психологічними та емоційними переживаннями, що супроводжують онкологічну патологію.

Однією з ключових переваг ранньої психологічної діагностики є здатність вчасно виявляти емоційні та психічні проблеми, з якими можуть зіткнутися пацієнти з онкологічними захворюваннями. Це дозволяє швидше та ефективніше реагувати на ці проблеми, забезпечуючи адекватну підтримку та допомогу в найбільш критичний період (Grassi L., Johansen C., Annunziata M.A., Capovilla E., Costantini A., Gritti P. et al., 2013; Pitman A., Suleman S., Hyde N., Hodgkiss A., 2018).

Рання діагностика дозволяє також виявляти ризик розвитку психологічних розладів та емоційних проблем, що дозволяє попереджувати їх та вживати відповідні заходи.

Безперечно, рання інтервенція має значний вплив на хід лікування та реабілітацію онкопацієнтів. За допомогою вчасної психологічної підтримки можна запобігти загостренню психічних проблем, зменшити ризик виникнення депресії та тривожності, а також покращити пристосування до нової життєвої ситуації (Spiegel D., Classen C., 2000).

Однією з ключових переваг ранньої психологічної діагностики та інтервенції є також можливість ідентифікації потреб та проблем пацієнтів на ранніх етапах захворювання. Це дозволяє адаптувати підходи та програми психологічної підтримки до конкретних потреб та характеристик кожного пацієнта (Сергент І.В., 2020). Такий індивідуальний підхід може значно підвищити ефективність та результативність психологічної допомоги.

Крім того, рання психологічна діагностика та інтервенція важлива для покращення взаємодії з медичним персоналом та сприяє формуванню цілісного підходу до лікування онкологічних пацієнтів. Психологічна підтримка на ранніх етапах лікування може сприяти збереженню емоційного комфорту та покращенню співпраці між медичними та психологічними службами (Armes J., Crowe M., Colbourne L., Morgan H., Murrells T., Oakley C. et al., 2009; Литвиненко Л.О., Петрушко

О.І., 2018). Таке партнерство між різними фахівцями забезпечує комплексний підхід до догляду та підтримки пацієнтів з онкологічними захворюваннями.

Узагальнюючи, рання психологічна діагностика та інтервенція відіграють важливу роль у підтримці та поліпшенні якості життя пацієнтів з онкологічними захворюваннями. Ці аспекти дозволяють вчасно виявляти, попереджувати та ефективно управляти психологічними та емоційними проблемами, що сприяє загальному здоров'ю та благополуччю пацієнтів.

Профілактика психологічних розладів у онкологічних хворих є критично важливою складовою комплексного підходу до лікування, що дозволяє зменшити ризик розвитку тривоги, депресії та інших психоемоційних проблем, які можуть вплинути на якість життя пацієнтів та ефективність лікувального процесу. Ефективна профілактика включає в себе ряд заходів, спрямованих на підтримку психологічного благополуччя та зміцнення внутрішніх ресурсів хворих (Постевка І. Д., 2016; Тітова А.Ю., 2016; Romaniv, M. P., 2017).

Розуміння впливу онкологічних захворювань на психіку пацієнтів та розробка ефективних стратегій психологічної підтримки є ключовими для підвищення якості життя онкологічних пацієнтів. Це підкреслює необхідність подальших досліджень у галузі психоонкології та розробки комплексних підходів до допомоги пацієнтам, що включають як медичне лікування, так і психологічну підтримку (Stanton A.L., Danoff-Burg S., Sworowski L.A., Collins C.A., Branstetter A.D., Rodriguez-Hanley A. et al., 2002; Vehling S., Koch U., Ladehoff N., Schön G., Wegscheider K., Heckl U. et al., 2012).

Поряд зі значними здобутками у сфері психоонкології на сьогодні у клінічній практиці питання надання психологічної допомоги залишається відкритим. Практичними проблемами медико-психологічної служби в онкології є відсутність стратегії медико-психологічної допомоги, стандартів, протоколів, цілеспрямованої підготовки спеціалістів з психічного здоров'я та медичних працівників у сфері психоонкології, координації психологічної та медичної служби, практичних заходів, спрямованих на збільшення доступності та наближення психологічної допомоги до пацієнтів.

Через відсутність протоколів медико-психологічної допомоги пацієнти онкологічного профілю найчастіше не отримують належної психологічної підтримки.

Крім того, на даний момент досі не встановлений порядок надання такої допомоги населенню України. Через це, значна кількість спеціалістів з ментального здоров'я (психологів, лікарів-психологів, психіатрів тощо) надають таку допомогу без розуміння контексту лікування, особливостей перебігу онкологічних захворювань, особливостей побічних дій препаратів, які використовуються під час лікування онкологічних захворювань, на психоемоційний та фізичний стан тощо. Важливим аспектом надання медико-психологічної допомоги онкологічним хворим є те, що фактор онкологічного захворювання не можна відділити від факторів, які погіршують психоемоційний стан пацієнта «тут і зараз», аде ці захворювання є хронічними і, навіть, якщо лікування основного захворювання сприяло настанню стійкої ремісії, фактор ймовірного рецидиву захворювання завжди залишається.

Всі ці незначні, на перший погляд, нюанси можусь суттєво впливати на обрання найбільш ефективної та пацієнт-центрованої тактики медико-психологічного лікування та психофармакотерапії.

Саме ці проблеми актуалізують дослідження направлені на вивчення психологічних особливостей онкологічних хворих задля встановлення основних критеріїв допомоги, підтверджених дієвих напрямів медико-психологічної допомоги та стандартизації допомоги цьому контингенту хворих.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертацію виконано в рамках науково-дослідної роботи «Динамічна біопсихосоціальна модель медико-психологічної допомоги пацієнтам багатопрофільних лікарень у швидко мінливому асоціативно-кризовому соціумі (діагностика, лікування, реабілітація, профілактика)», що виконувалась на кафедрі медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (реєстраційний № 0119U103910).

Об'єкт дослідження: стрес-долаюча поведінка у пацієнток з вперше діагностованою онкологічною патологією сфери жіночого здоров'я в умовах хронічного соціального стресу.

Предмет дослідження: взаємозв'язки стрес-долаючої поведінки, психоемоційного стану та якості життя у пацієнок з вперше діагностованою онкологічною патологією сфери жіночого здоров'я в умовах хронічного соціального стресу.

Мета дослідження: підвищити ефективність медико-психологічної допомоги пацієнткам з вперше діагностованою онкологічною патологією сфери жіночого здоров'я в умовах хронічного соціального стресу на основі комплексного вивчення взаємозв'язків стрес-долаючої поведінки, психоемоційного стану та якості життя, а також особливостей прояву та впливу стрес-долаючої поведінки на психологічну відповідь на захворювання у даного контингенту, шляхом розробки комплексу заходів медико-психологічної допомоги.

Завдання:

1. Визначити особливості психологічної відповіді на захворювання у пацієнок з вперше діагностованою онкологічною патологією сфери жіночого здоров'я.
2. Провести кількісний та змістовний аналіз стрес-долаючої поведінки у пацієнок з вперше діагностованою онкологічною патологією сфери жіночого здоров'я.
3. Дослідити взаємозв'язки стрес-долаючої поведінки, психоемоційного стану та якості життя у пацієнок з вперше діагностованою онкологічною патологією сфери жіночого здоров'я.
4. Науково обґрунтувати комплекс заходів медико-психологічної допомоги для пацієнок з вперше діагностованою онкологічною патологією сфери жіночого здоров'я в умовах хронічного соціального стресу.

На основі інформованої згоди було обстежено 120 жінок із впершедіагностованою онкологічною патологією сфери жіночого здоров'я (рак молочної залози, рак шийки матки, рак яєчників тощо) на базі КНП «Київський Міський Клінічний Онкологічний Центр» впродовж 2022-2023 років.

Методи дослідження: теоретичні, соціально-демографічні, клініко-психологічні, психодіагностичні, статистичні методи.

Теоретичні методи: теоретико-методологічний аналіз проблеми, систематизація інформації з літературних джерел, контент-аналіз, аналіз прототипів, порівняння та узагальнення даних. **Соціально-демографічний:** вивчення розподілу обстежуваних за віком, статтю, рівнем освіти, сімейним станом. **Клініко-психологічний метод:** структуроване інтерв'ю, проведення психологічних бесід при кризових станах та аналіз медичної документації з метою визначення анамнестичних особливостей життя та здоров'я пацієнта, якісних характеристик психічного стану обстежуваних.

Психодіагностичний метод: адаптація до онкологічного діагнозу за шкалою Mini-MAC; визначення превалюючих копінг-стратегій поведінки за шкалою COPE; визначення рівня загальної тривоги за шкалою HADS підшкалою «А»; визначення рівня депресії за шкалою HADS підшкалою «В»; визначення оцінки якості життя за шкалою оцінки рівня якості життя CQLS (Чабан та ін., 2016).

Методи статистичної обробки даних застосовані в ході дослідження: нормальність розподілу даних оцінювали за допомогою тестів Колмогорова-Смірнова та Шапіро-Вілکا. Для перевірки рівності дисперсій груп використовувався тест Бартлетта. У випадках, коли дані підпорядковувались нормальному закону розподілу, для порівняння груп використовувався двосторонній t-критерій Ст'юдента для незалежних вибірок (з модифікацією Велча у випадках неоднакових дисперсій). У випадках, якщо закон розподілу був відмінний від нормального, або у випадку невеликих груп ($n \leq 5$) для порівняння груп використовувався U-критерій Манна-Уїтні. Кореляційний аналіз було проведено з використанням критеріїв Пірсона та Спірмена у відповідних випадках. Для розмежування ефектів різних факторів на резилієнс було проведено багатофакторний лінійний регресійний аналіз (включаючи стандартизовані β , St. β для визначення вагових коефіцієнтів різних факторів). Всі дані зберігалися в Microsoft Excel 2019 і проаналізовані в програмі для статистичного аналізу медичних досліджень на основі мови програмування R «EzR» v1.54 (Kanda, 2013). Рівень статистичної значущості був встановлений на рівні $p < 0.05$, а рівень довірчого інтервалу – 95%.

Наукова новизна отриманих результатів. В результаті проведеної роботи було вирішено наукову задачу, яка поглиблює знання про особливості формування і закріплення адаптивного стилю подолання онкологічного захворювання через опору на навички психостабілізації і самопомоги, ресурсорієнтованість, розвиток конструктивних стратегій копіngu з урахуванням стадії онкологічного захворювання, в умовах хронічного соціального стресу (пандемії COVID-19 та повномасштабної війни).

Вперше була розроблена програма медико-психологічної допомоги, орієнтованої на пацієток з онкологічними захворюваннями жіночої сфери здоров'я, які вперше зіштовхуються з діагнозом, як основи формування адаптивного стилю копіngu в процесі лікування.

Вперше були визначені мішені медико-психологічної допомоги та зроблений підбір медико-психологічних заходів як на рівні самопомоги, так і фахових інтервенцій саме під час протипухлинної терапії. Також був розроблений комплекс психоосвітніх матеріалів для пацієток онкологічного профілю з урахуванням наявної психологічної проблематики та медико-психологічного статусу, а також умов психосоціального контексту.(пандемії COVID-19 та повномасштабної війни).

Вперше здійснено аналіз особливостей факторів стрес-долаючої поведінки у пацієток онкологічного профілю в рамках медико-психологічного підходу в психоонкології. А саме, виявлено, що показники психодіагностичних шкал, такі як «бойовий дух» та «позитивне переосмислення» є ознаками формування адаптивних стратегій стрес-долаючої поведінки. В цей самий час, показники «безпомічність-безпорадність» та «когнітивне уникнення» є прогностичними факторами формування дезадаптивних копіng стратегій, які, в свою чергу, значно знижують якість життя пацієток.

Виявлено, що показники за опитувальником MiniMAC корелюють із показниками за опитувальниками COPE та HADS. Завдяки цьому, MiniMAC можна застосовувати для оцінки прогностичних факторів розвитку дезадаптивних копіngів а також для оцінки якості проведених психологічних інтервенцій. MiniMAC має менше

питань і тому підрахунок результатів займає значно менше часу, а отже, є зручним інструментом для лікаря.

Підтверджено, що в пацієток онкологічного профілю жіночої сфери здоров'я, при застосуванні багатофакторних психологічних інтервенцій в рамках медико-психологічної програми допомоги можна досягнути позитивних змін в аспектах стрес-долаючої поведінки.

Розширено і доповнено уявлення про особливості взаємозв'язків між показниками адаптивності копінгів, тривоги, депресії. Згідно отриманих результатів, ці зв'язки зумовлюють формування адаптивних чи дезадаптивних копінг-стратегій. При цьому, впливаючи на аспекти психоемоційного благополуччя пацієток, завдяки відповідним методам психологічних інтервенцій стає можливо змінити дезадаптивний копінг в більш адаптивний.

Деталізовано інформацію про зв'язок психоонкологічних показників пристосованості до онкологічного захворювання із показниками психодіагностичних шкал, які оцінюють схильність до певних копінг-стратегій людини, показників клінічних проявів тривоги та депресії та якості життя.

Проведене дослідження розглядає психоонкологію не тільки як суто психологічний напрямок, а й як напрямок теоретичних та практичних досліджень в галузі медицини. Завдяки цьому, в рамках дослідження, було розширено уявлення про психоонкологію, зокрема, в аспекті клінічної роботи лікаря-психолога.

Практичне значення дослідження полягає у тому, що викладені у роботі положення, висновки та рекомендації мають прикладне застосування – вони можуть бути використані в клінічній практиці для впровадження у лікувальних процес програм медико-психологічної допомоги пацієнткам з вперше діагностованою онкологічною патологією сфери жіночого здоров'я з урахуванням психосоціального контексту, що дозволить поліпшити якість надання медичної допомоги даній категорії пацієнтів. Окремі частини програми можуть бути використані як складові елементи нових психологічних втручань, а математичні моделі – при побудові прогнозу зміни копінгу в клінічних умовах під впливом різних значущих факторів.

Практичне застосування має розроблений «Психологічний путівник онкоодужуючої», що може застосовуватися фахівцем при роботі з пацієнтами та ними самостійно у випадку недоступності очної допомоги.

Розроблений клініко-психологічний протокол медико-психологічної допомоги для пацієнок з вперше діагностованою онкологічною патологією сфери жіночого здоров'я дозволяє структурувати етапи та задачі допомоги.

Розроблена й успішно апробована програма медико-психологічної допомоги для пацієнок з вперше діагностованою онкопатологією жіночої сфери здоров'я в умовах хронічного соціального стресу є дієвим засобом для встановлення адаптивних стратегій стрес-долаючої поведінки в пацієнок онкологічного профілю. Застосування таких програм сприяє трансформації дезадаптивних копінгів в більш адаптивні, та, разом із тим, сприяє підвищенню якості життя пацієнок.

Впровадження результатів дослідження. Результати дослідження впроваджено у практику роботи КНП «Київський міський клінічний онкологічний центр» (м. Київ), акт впровадження від 27.09.2023.

Отримані наукові результати впроваджено в навчальному процесі на кафедрі медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Навчально-наукового інституту психічного здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (м. Київ) під час викладання дисциплін «Медична психологія», «Психологія стресу та травми», «Основи психоонкології», «Психологія життєвої кризи, вмирання та смерті».

Особистий внесок здобувача. Дисертація є самостійною науковою працею здобувача. Всі розділи дисертації було написано автором. Автором обрано напрям наукового дослідження, сформульовано мету та задачі дослідження, розроблено дизайн, виконано огляд літературних джерел та теоретичний аналіз проблеми (контент-аналіз та аналіз прототипів), здійснено відбір пацієнтів для участі в дослідженні, проведено психодіагностичне обстеження пацієнтів, проведено статистичний аналіз результатів дослідження, сформульовано висновки та практичні рекомендації. Усі подані в дисертації наукові результати отримано автором самостійно. Дисертантом оформлено статті, тези та наукові доповіді по темі

дисертації. Із наукових праць, опублікованих в співавторстві, у дисертації використано тільки ідеї, розробки, положення та пропозиції, що належать автору та становлять його індивідуальний внесок в такі праці.

- **Апробація матеріалів дисертації.** Положення дисертаційної роботи оприлюднено та обговорено на наступних конференціях, конгресах, симпозіумах та семінарах: Науково-практична конференція з міжнародною участю «Сучасна парадигма раціональної терапії неврологічних захворювань» 2021, Харків – стендова доповідь; III Науково-практична конференція з міжнародною участю «Психосоматична медицина: наука та практика» 2021, Київ - стендова доповідь; IV Науково-практичній конференції з міжнародною участю “Психосоматична медицина: наука та практика” 2021 - стендова доповідь; Науково-практична конференція «Війна і люди: як зберегти психічне здоров'я» 2022 р. - стендова доповідь; V Науково-практична конференція з міжнародною участю «Психосоматична медицина: наука та практика» 2023 р.- доповідь, стендова доповідь; VI науково-практична конференція з міжнародною участю «Психосоматична медицина: наука та практика» 2023 р.- доповідь, стендова доповідь. (ДОДАТОК Б)

Структура та обсяг дисертації. Дисертацію викладено українською мовою на 188 сторінках, з яких основну частину 133 сторінках друкованого тексту, який включає: вступ; розділ, що містить теоретичний аналіз проблеми надання медико-психологічної допомоги в онкології (огляд літератури, контент-аналіз, аналіз-прототипів); розділ з описанням дизайну дослідження, контингенту, матеріалів і методів дослідження; розділ з описанням клініко-психологічних особливостей пацієнток з вперше діагностованою онкологічною патологією сфери жіночого здоров'я в залежності від етапу захворювання; розділ, що містить опис процесу розробки програми медико-психологічного втручання щодо пацієнток з вперше діагностованою онкологічною патологією сфери жіночого здоров'я в залежності від етапу захворювання та результати оцінки її ефективності; висновки; практичні рекомендації. Список використаних джерел містить 234 найменувань. Робота містить 17 таблиць, 11 рисунків та має 3 додатки.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ НАДАННЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В ОНКОЛОГІЇ

1.1. Медико-психологічні аспекти в онкології

Онкологія, галузь медицини, що займається вивченням, діагностикою, лікуванням та профілактикою злоякісних новоутворень, є одним із найскладніших і найважливіших напрямків у сучасній медичній науці. Встановлення онкологічного діагнозу стає важким випробуванням не лише для фізичного здоров'я пацієнта, але й для його психічного стану [1]. Реакція пацієнта на діагноз раку може бути різноманітною і залежить від багатьох факторів, включаючи тип захворювання, стадію виявлення, індивідуальні психологічні особливості, а також від системи підтримки, що її оточує.

Психологічна реакція на онкологічне захворювання часто включає стани тривоги, депресії, страху перед невідомим і навіть перед можливою смертю. Ці реакції є природними та зрозумілими, але важливо, щоб вони були адекватно адресовані медичними працівниками [2, 3, 4]. Особливе місце в цьому процесі займає психоонкологія, галузь, що спеціалізується на підтримці онкологічних пацієнтів та їх адаптації до життя з діагнозом раку.

Адаптація до онкологічного захворювання не є одномоментним процесом. Вона вимагає часу та може потребувати залучення різних ресурсів: від інформаційної підтримки до комплексної психологічної допомоги. Важливим аспектом є забезпечення пацієнту доступу до достовірної інформації про його захворювання та методи лікування, що може пом'якшити психологічний стрес і сприяти більш активній участі у процесі лікування [5, 6, 7].

Роль психологічної підтримки в лікуванні онкологічних захворювань не може бути переоцінена. Емоційний добробут пацієнта безпосередньо впливає на його здатність дотримуватися рекомендацій лікаря, сприймати інформацію про лікування та, в кінцевому підсумку, на його загальний фізичний стан і якість життя. Дослідження показують, що психологічна підтримка може знижувати рівень тривоги

та депресії у пацієнтів, покращувати їхнє загальне самопочуття та навіть впливати на виживаність [8, 9].

Іншим важливим аспектом є взаємодія психоонкологічної підтримки з іншими видами лікування. Інтеграція психоонкологічної допомоги у загальний план лікування може сприяти кращому взаєморозумінню між пацієнтом і лікарською командою, забезпечити більш гармонійний підхід до лікування та зміцнити довіру пацієнта до медичних працівників [11, 12, 13].

Розуміння впливу онкологічних захворювань на психіку пацієнтів та розробка ефективних стратегій психологічної підтримки є ключовими для підвищення якості життя онкологічних пацієнтів. Це підкреслює необхідність подальших досліджень у галузі психоонкології та розробки комплексних підходів до допомоги пацієнтам, що включають як медичне лікування, так і психологічну підтримку [14, 15].

Враховуючи вищевказане, можна зробити висновок, що онкологічні захворювання ставлять перед пацієнтами не лише фізичні виклики, але й психологічні. Адекватна психоонкологічна підтримка є важливою частиною комплексного лікування, що вимагає глибокого розуміння психологічних потреб пацієнтів, а також розвитку ефективних методів їх задоволення. Подальше вдосконалення психоонкологічної допомоги буде сприяти підвищенню якості життя онкологічних пацієнтів, їхній адаптації до життя з діагнозом та загальній ефективності лікування.

Психологічні реакції на діагноз онкологічного захворювання варіюють від індивіда до індивіда, але часто включають широкий спектр емоційних станів, від шоку та невіри до гніву, страху, тривоги та депресії. Виявлення раку може сприйматися як значний життєвий стрес та викликати кризу ідентичності, почуття втрати контролю над власним життям і майбутнім [16, 17, 18]. Етапи психологічної адаптації до діагнозу часто порівнюють із етапами впорядкованої жалоби, описаної Кюблер-Росс: заперечення, гнів, торг, депресія та прийняття [19, 20].

На початковому етапі, заперечення слугує захисним механізмом, що допомагає індивіду поглинути первинний шок від діагнозу. Втім, тривале заперечення може перешкоджати ефективному лікуванню, оскільки пацієнт може відкладати необхідні

медичні процедури або відмовлятися від них [21, 22]. Гнів може бути спрямований на себе, медичний персонал, близьких або навіть на вищі сили. Це почуття часто є відображенням безсилля та страху перед невизначеним майбутнім.

Торг може проявлятися у формі спроб знайти "виправдання" за своє захворювання або в переговорах із самим собою або з вищими силами про "додатковий час" або "шанс на вилікування" в обмін на певні обіцянки чи зміни у життєвому стилі. Цей етап може допомогти пацієнту почуватися більш контрольованим над ситуацією, хоча такий контроль і є ілюзорним [23, 24].

Депресія - це реакція на втрату здоров'я, звичного способу життя, професійних і соціальних ролей. Вона може проявлятися у формі суму, втрати інтересу до звичних активностей, почуття втоми та безнадійності. Важливо, щоб цей етап був ідентифікований і адекватно адресований медичними працівниками, оскільки він може суттєво впливати на якість життя пацієнта та його мотивацію до лікування [25, 26].

Етап прийняття не обов'язково означає відсутність страху або горя, але вказує на готовність пацієнта працювати зі своїм діагнозом, зосереджуватися на лікуванні та знаходити новий сенс у своєму житті попри хворобу. На цьому етапі підтримка близьких і професіоналів є критично важливою [27, 28].

Слід зазначити, що цей процес адаптації не є лінійним і може варіюватися залежно від індивідуальних особливостей пацієнта, його психологічної стійкості, наявності підтримки та інших факторів. Кожен пацієнт унікальний, і його шлях через ці етапи буде відрізнятися. Важливою є роль медичних працівників у наданні інформаційної, емоційної та психологічної підтримки на кожному з цих етапів.

З психологічного погляду, діагноз раку може сприйматися як величезний виклик особистісному зростанню. Деякі люди можуть виявити в собі невідомі резерви сили, вивчити нові способи справляння зі стресом та знайти новий сенс життя. Осмислення досвіду хвороби може спонукати до переоцінки життєвих цінностей, поглиблення відносин з близькими та зміцнення духовності [29, 30, 31].

Стадії психологічної адаптації до онкологічного захворювання представляють складний і індивідуальний процес, який кожна людина переживає по-своєму,

відповідаючи на виклик, який ставить перед нею діагноз. Цей процес можна розглядати через призму кількох послідовних етапів, кожен з яких відіграє ключову роль у формуванні адаптивної відповіді на хворобу. Розуміння цих стадій допомагає медичним працівникам та психологам забезпечити адекватну підтримку на кожному етапі шляху пацієнта.

Перший етап – шок та заперечення. Новина про діагноз раку часто приходить як шок для пацієнтів. На цій стадії може домінувати відчуття нереальності того, що відбувається, пацієнти можуть сподіватися на помилку у діагнозі. Заперечення є природним захисним механізмом, що дозволяє людині поступово адаптуватися до стресової інформації [32, 33, 34]. Важливо, щоб медичні працівники підтримували пацієнтів на цій стадії, надаючи їм час для поступового прийняття діагнозу.

Другий етап – гнів та агресія. Після початкового шоку та заперечення, пацієнти можуть відчути гнів на обставини, інших людей або навіть на себе. Гнів може бути спрямований на медичну систему, близьких або життєві обставини, що, на думку пацієнта, призвели до захворювання [35, 36]. Надання можливості виразити ці почуття у безпечному середовищі є важливим для подальшої адаптації.

Третій етап – переговори та торг. На цій стадії пацієнти можуть шукати способи впоратися з діагнозом через "торг" зі своїми віруваннями або навіть з долею. Вони можуть обіцяти змінити свій спосіб життя, якщо це допоможе їм подолати хворобу [37, 38, 39]. Це також час, коли пацієнти активно шукають інформацію та можливі шляхи лікування.

Четвертий етап – депресія та відчай. Усвідомлення повної серйозності ситуації та обмежень, які накладає хвороба, може призвести до почуття глибокої смутку або депресії. На цьому етапі підтримка близьких та професійна допомога психологів є критично важливими для підтримки психологічного здоров'я пацієнта [40, 41, 42].

П'ятий етап – прийняття. Прийняття не означає втрату надії або здавання. Це означає, що пацієнт знаходить спосіб жити зі своїм діагнозом, знаходячи новий сенс і цінності в житті. На цьому етапі люди часто виявляють внутрішні ресурси та резилієнтність, які допомагають їм адаптуватися до нових обставин [43, 44].

Важливо пам'ятати, що процес адаптації не є лінійним і може супроводжуватися поверненнями до попередніх стадій у відповідь на нові виклики або інформацію. Кожна людина переживає цей процес унікальним чином, і підтримка повинна бути індивідуалізована та враховувати особисті потреби пацієнта.

На особисте переконання, глибоке розуміння цих стадій та їх особливостей дозволяє медичним працівникам і психологам більш ефективно надавати підтримку онкологічним пацієнтам, допомагаючи їм адаптуватися до життя з діагнозом і підтримувати якість життя на високому рівні. [45, 46, 47] Психологічна адаптація до онкологічного захворювання є ключовим компонентом комплексного підходу до лікування раку, що включає не тільки боротьбу з фізичними проявами хвороби, але й підтримку емоційного благополуччя пацієнта.

Роль психологічного супроводу в лікуванні онкологічних захворювань стає все більш визнаною і важливою у сучасній медичній практиці. Вона охоплює широкий спектр інтервенцій, спрямованих на покращення якості життя пацієнтів, допомогу в адаптації до життя з діагнозом, а також підтримку у процесі лікування та реабілітації. Ефективний психологічний супровід може знижувати рівень тривожності, депресії, поліпшувати емоційний стан пацієнтів, що, у свою чергу, може позитивно вплинути на результати лікування [47, 48, 49].

Психологічний супровід допомагає пацієнтам краще розуміти інформацію про своє захворювання та лікування, сприяє розвитку ефективних стратегій впорядкування зі стресом і викликами, пов'язаними з хворобою та її лікуванням [50, 51, 52]. Така підтримка може бути особливо важливою на ранніх стадіях захворювання, коли пацієнти та їх сім'ї ще намагаються адаптуватися до нової реальності.

Важливою частиною психологічного супроводу є робота з емоціями. Онкологічні захворювання часто викликають сильні емоційні реакції не тільки у пацієнтів, але й у їхніх близьких. Психологи допомагають пацієнтам висловлювати свої почуття, розуміти їх і знаходити адаптивні способи впорядкування зі стресом і тривогою [53, 54, 55]. Такий підхід сприяє кращому емоційному самопочуттю і може зменшити психологічний тиск, пов'язаний з лікуванням.

Для багатьох пацієнтів важливо також мати можливість обговорити питання своєї ідентичності та змін у житті, які принесло захворювання. Психологічний супровід може допомогти людям знайти нові способи самореалізації та адаптуватися до змінених обставин [56, 57]. Це також включає підтримку у відновленні відносин з близькими, роботі та соціальній інтеграції.

Особлива увага в рамках психологічного супроводу приділяється і роботі з сім'ями пацієнтів. Онкологічне захворювання одного з членів сім'ї часто стає випробуванням для всієї родини. Родичі можуть відчувати безсилля, тривогу, горе, які потребують розуміння та підтримки [58, 59, 60]. Психологічний супровід допомагає сім'ям краще розуміти один одного, вчить ефективної комунікації та допомозі, сприяючи тим самим зміцненню сімейних зв'язків.

Інтеграція психологічного супроводу в загальний план лікування онкологічних пацієнтів є ключовою для покращення якості життя та ефективності медичного втручання. Врахування психологічного аспекту дає змогу підходити до лікування більш комплексно, забезпечує більшу відданість процесу лікування з боку пацієнта, знижує ризик розвитку психологічних ускладнень та сприяє швидшому відновленню. Усвідомлення цього та відповідна підготовка медичних працівників до надання психологічної підтримки може суттєво покращити результати лікування онкологічних захворювань і зробити процес боротьби з хворобою менш болісним для пацієнтів та їх сімей. [61, 62, 63]

Вплив психологічного стану на ефективність лікування онкологічних захворювань стає дедалі очевиднішим у сучасній медицині. Дослідження показують, що психологічний добробут пацієнтів може суттєво впливати на результати лікування, тривалість життя, а також на якість життя під час і після лікування онкологічних захворювань [64, 65]. Оптимістичний настрій, позитивне ставлення до лікування, і віра в успіх можуть сприяти кращому прийняттю терапії, зменшенню побічних ефектів і, в кінцевому підсумку, підвищенню шансів на одужання.

Психологічний стан пацієнта впливає на імунну систему, що є важливим аспектом у боротьбі з раком. Стрес, депресія, і тривога можуть пригнічувати імунні відповіді, тим самим знижуючи ефективність лікування [66, 67]. Натомість,

позитивний емоційний стан і високий рівень психологічного благополуччя можуть сприяти оптимізації імунної відповіді та покращити загальний стан здоров'я.

Активна участь пацієнта у процесі лікування, що часто залежить від його психологічного стану, є ще одним ключовим фактором, що впливає на успіх терапії. Мотивація, відчуття контролю над ситуацією, та готовність співпрацювати з лікарською командою можуть покращити дотримання медичних рекомендацій та лікувальних процедур [68, 69, 70]. Психологічна підтримка, яка допомагає знизити тривогу та підвищити мотивацію, може бути важливою частиною комплексного підходу до лікування.

Комунікація між пацієнтом та лікарською командою також грає важливу роль у лікуванні онкологічних захворювань. Відкрите обговорення страхів, очікувань, і побічних ефектів може сприяти кращому розумінню та прийняттю лікувального процесу, що позитивно впливає на психологічний стан пацієнта [71, 72].

Психологічний супровід має стати невід'ємною частиною онкологічного лікування. Він дозволяє не тільки поліпшити якість життя пацієнтів під час лікування, але й може впливати на загальні результати терапії. Інтеграція психологічного супроводу в стандартні протоколи лікування може сприяти розвитку більш холистичного підходу до догляду за онкологічними пацієнтами, зосереджуючись не тільки на фізичному, але й на емоційному та психологічному здоров'ї.

Забезпечення психологічної підтримки, розвиток комунікаційних навичок серед медичного персоналу, і залучення пацієнтів до активної участі в лікуванні – ключові аспекти, які можуть підвищити ефективність лікування онкології та сприяти покращенню загального стану пацієнтів.[73, 74, 75]

Методи психологічної діагностики в онкології є ключовими для ідентифікації емоційних і психологічних потреб онкологічних пацієнтів, визначення рівня їх стресу, тривожності, депресії, а також для планування індивідуалізованого психологічного супроводу та підтримки. Ефективне використання цих методів може значно покращити якість життя пацієнтів, сприяти їхньому психологічному відновленню та адаптації до життя після діагнозу або під час лікування.

Одним з основних інструментів психологічної діагностики є структуровані психологічні інтерв'ю, які дозволяють отримати детальну інформацію про емоційний стан пацієнта, його переживання, страхи та сподівання. Це допомагає виявити потенційні психологічні проблеми та визначити напрямки подальшої психологічної допомоги [76, 77, 78].

Стандартизовані опитувальники і шкали, такі як Шкала депресії та тривожності Госпіталю (HADS), Шкала емоційного благополуччя FACIT (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy) та інші, є ефективними інструментами для оцінки психологічного стану пацієнтів. Вони дозволяють кількісно оцінити рівень тривожності, депресії, емоційного благополуччя та адаптації до хвороби [56, 79, 80].

Проектні методи, такі як малюнок "Дерево життя" або методика "Незакінчені речення", можуть використовуватися для глибшого розуміння внутрішнього світу пацієнта, його страхів, надій та ставлення до захворювання. Ці методи сприяють встановленню довірчих відносин між пацієнтом і психологом, дозволяючи пацієнтам висловлювати свої переживання в безпечній атмосфері [81, 82, 83].

Психодіагностичні інструменти, такі як тест на визначення рівня стресу або адаптації, допомагають виявити специфічні аспекти психологічного стану пацієнта, які можуть вимагати особливої уваги або інтервенції. Вони дозволяють психологам оцінювати ефективність втручань та коригувати підхід до кожного пацієнта індивідуально [84, 85, 86].

Оцінка якості життя пацієнтів за допомогою спеціалізованих опитувальників, як-от QLQ-C30 Європейської організації дослідження та лікування раку (EORTC), є невід'ємною частиною психологічної діагностики в онкології. Це дозволяє оцінити, як захворювання і лікування впливають на різні аспекти життя пацієнта, включаючи фізичне самопочуття, емоційний стан, соціальні функції та інші [87, 88].

Інтеграція психологічної діагностики в стандартну практику лікування онкологічних захворювань може значно сприяти покращенню якості медичного обслуговування. Це дозволяє медичним працівникам не тільки зосередитися на фізичному здоров'ї пацієнта, але й враховувати його психологічні потреби, що є критично важливим для повноцінного відновлення та покращення якості життя.

Психотерапевтичні підходи в лікуванні онкологічних пацієнтів відіграють важливу роль, спрямовану на поліпшення якості життя, зменшення психоемоційного навантаження та підвищення ефективності загального лікування. Ці підходи охоплюють широкий спектр технік і методик, кожна з яких має свої цілі та механізми впливу на психологічний стан пацієнта.[89, 90, 100]

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є одним з найбільш ефективних психотерапевтичних підходів у роботі з онкологічними пацієнтами. Вона спрямована на ідентифікацію та корекцію деструктивних думок та переконань, які можуть сприяти стресу, тривозі та депресії. КПТ допомагає пацієнтам розвивати адаптивні стратегії впорядкування зі стресом і покращувати загальний емоційний стан [101, 102].

Екзистенційна терапія зосереджується на проблемах, пов'язаних зі смыслом життя, самотністю, свободою вибору та необхідністю відповідальності. У контексті онкології, цей підхід може допомогти пацієнтам знайти особистісний зміст у своєму досвіді хвороби, впоратися зі страхом смерті та підтримати психологічний благополуччя [103, 104].

Системна сімейна терапія важлива для роботи з сім'ями онкологічних пацієнтів, допомагаючи їм краще розуміти емоційний вплив хвороби на кожного члена сім'ї та вдосконалювати комунікаційні навички. Цей підхід сприяє ефективнішій підтримці пацієнта і зміцненню сімейних зв'язків у важкий період [105, 106].

Групова терапія є ще одним ефективним методом психотерапії. Вона дозволяє пацієнтам поділитися своїми досвідами з іншими, хто переживає подібні труднощі, що може сприяти зниженню відчуття ізоляції, розвитку взаємопідтримки та знаходженню нових способів адаптації [107, 108].

Арт-терапія та музикотерапія використовують творчі методи як засіб вираження емоцій та переживань, які можуть бути важкими для словесного опису. Ці методи сприяють емоційному розрядженню, зниженню рівня стресу та покращенню настрою [109, 110].

Інтеграція психотерапевтичних підходів у комплексне лікування онкологічних захворювань відіграє вирішальну роль у покращенні якості життя пацієнтів,

дозволяючи їм ефективніше впоратися з емоційними викликами, пов'язаними з хворобою та лікуванням. Важливо, щоб психотерапевтична допомога була доступною та адаптованою до індивідуальних потреб кожного пацієнта, що вимагає від медичних працівників глибокого розуміння різноманіття психотерапевтичних методів та їхнього застосування.

Значення сімейної підтримки та соціального оточення у контексті лікування онкологічних захворювань не можна переоцінити. Сім'я та друзі відіграють критично важливу роль у забезпеченні емоційної підтримки, допомагають у подоланні психологічних труднощів, пов'язаних з хворобою та лікуванням, і можуть значно покращити якість життя пацієнта.[111, 112, 113]

Сімейна підтримка допомагає зменшити рівень стресу, тривоги та депресії у онкологічних пацієнтів. Почуття близькості, любові та приналежності, яке надають сім'я та друзі, може надати пацієнтам відчуття безпеки та стабільності у непростий період їхнього життя. Дослідження показують, що сильні соціальні зв'язки та позитивні міжособистісні взаємодії можуть покращити психологічний стан пацієнтів і навіть мати позитивний вплив на їх фізичне здоров'я [114, 115].

Соціальне оточення також відіграє ключову роль у наданні практичної допомоги та підтримки, що може включати догляд за пацієнтом, допомогу у вирішенні побутових завдань, супровід до лікаря або навіть фінансову підтримку. Підтримка соціального оточення дозволяє пацієнтам більш впевнено впоратися з лікуванням, знижує рівень втоми та може сприяти швидшому відновленню [116, 117, 118].

Окрім цього, інтеграція в соціальні групи, спілкування з однодумцями чи участь в спеціалізованих програмах підтримки для онкологічних пацієнтів можуть надати додаткові ресурси для ефективної адаптації до життя з діагнозом. Такі групи підтримки надають можливість обмінюватися досвідом, отримувати корисну інформацію щодо лікування, вчитися новим способам впорядкування зі стресом і знаходити нові джерела натхнення та надії [119, 120].

Сімейна підтримка та взаємодія з соціальним оточенням є невіддільною частиною комплексного підходу до лікування онкологічних захворювань. Вони

допомагають створити сприятливе емоційне середовище для пацієнта, знижують ризик розвитку психологічних проблем і сприяють кращій адаптації до викликів, які ставить перед людиною онкологічне захворювання. Тому важливо, щоб медичні працівники визнавали значення сімейної підтримки та активно залучали родичів пацієнтів і їхнє соціальне оточення у процес догляду та лікування.[121, 122]

Профілактика психологічних розладів у онкологічних хворих є критично важливою складовою комплексного підходу до лікування, що дозволяє зменшити ризик розвитку тривоги, депресії та інших психоемоційних проблем, які можуть вплинути на якість життя пацієнтів та ефективність лікувального процесу. Ефективна профілактика включає в себе ряд заходів, спрямованих на підтримку психологічного благополуччя та зміцнення внутрішніх ресурсів хворих.[123, 124, 125]

По-перше, важливим елементом профілактики є раннє виявлення та оцінка психологічного стану пацієнтів. Регулярна діагностика дозволяє своєчасно ідентифікувати ознаки психологічних розладів та надати необхідну допомогу до їх переростання в більш серйозні проблеми. Використання стандартизованих опитувальників і шкал може допомогти медичному персоналу в цьому процесі [127, 126].

По-друге, забезпечення адекватної інформаційної підтримки пацієнтам є ключовим у профілактиці психологічних розладів. Правильне інформування про хворобу, лікувальні процедури та можливі побічні ефекти може зменшити тривогу та допомогти пацієнтам відчувати себе більш контрольованими над ситуацією [128, 129].

По-третє, програми психоосвіти, що навчають пацієнтів та їхніх родичів ефективним стратегіям впорядкування зі стресом, технікам релаксації, навичкам вирішення проблем та управління емоціями, є важливими для попередження психологічних розладів. Такі програми можуть сприяти розвитку адаптивних стратегій справляння, які допоможуть пацієнтам ефективніше управляти стресовими ситуаціями [130].

По-четверте, включення в програму лікування фізичних вправ та рекомендацій щодо здорового способу життя може мати позитивний вплив на психологічне

благополуччя онкологічних пацієнтів. Регулярні фізичні навантаження покращують фізичне самопочуття, сприяють виробленню ендорфінів («гормонів щастя») та можуть знижувати рівень тривожності та депресії [131, 132].

Профілактика психологічних розладів в онкологічних хворих є важливою частиною комплексного підходу до лікування, що дозволяє не тільки покращити якість життя пацієнтів, але й збільшити ефективність медичних втручань. Важливо, щоб медичні заклади мали доступ до кваліфікованих психологів та інших спеціалістів, готових надати комплексну психологічну підтримку онкологічним пацієнтам і їхнім сім'ям.

Реабілітація та психосоціальна адаптація після лікування онкологічних захворювань є важливим етапом у поверненні пацієнтів до повноцінного життя. Цей процес спрямований не тільки на відновлення фізичної функції та зменшення фізичних наслідків хвороби та лікування, але й на підтримку емоційного благополуччя, соціальної інтеграції та якості життя загалом. [133, 134]

Психосоціальна реабілітація включає роботу з психологічними наслідками хвороби, такими як тривога, депресія, проблеми з самооцінкою та ідентичністю. Вона також спрямована на відновлення соціальних зв'язків, адаптацію до змін у зовнішності та функціонуванні, а також на допомогу в поверненні до роботи чи інших соціальних активностей. Підтримка груп самопомоги, індивідуальна та групова психотерапія, програми психоосвіти для пацієнтів та їхніх сімей можуть бути корисними у цьому процесі [135, 136].

Фізична реабілітація має на меті відновлення фізичної функції, зменшення болю та поліпшення загального фізичного стану. Це може включати фізичні вправи, фізіотерапію, масаж, а також програми, спрямовані на зменшення втоми, один з найбільш поширених побічних ефектів лікування раку [137]. Також важливим аспектом є навчання пацієнтів самостійно управляти своїм фізичним здоров'ям після завершення активної фази лікування.

Соціальна реабілітація включає заходи, спрямовані на відновлення ролі пацієнта у суспільстві, його залучення до професійної діяльності, відновлення хобі та інших соціальних активностей. Допомога у працевлаштуванні, консультування з

питань кар'єри, соціальне супроводження та залучення до громадського життя є важливими аспектами соціальної реабілітації [138, 139].

Освітня реабілітація допомагає пацієнтам навчатися жити з хворобою, розуміти та управляти можливими фізичними та психологічними наслідками лікування. Це включає навчання здоровому способу життя, дієті, самоконтролю за симптомами рецидиву та підтримці фізичного здоров'я [140].

Комплексний підхід до реабілітації та психосоціальної адаптації, який включає підтримку в різних аспектах життя пацієнта, є ключем до покращення якості життя після лікування онкологічних захворювань. Важливо, щоб медичні та соціальні служби працювали разом, надаючи індивідуалізовану допомогу та підтримку, спрямовану на задоволення унікальних потреб кожного пацієнта.

Психоедукація для пацієнтів та їх сімей відіграє важливу роль у процесі лікування та реабілітації онкологічних захворювань. Це форма психологічної підтримки, яка передбачає надання інформації про захворювання, його наслідки, можливості лікування, а також стратегії впорядкування з психологічними та соціальними викликами, пов'язаними з хворобою. Мета психоедукації - не тільки інформувати, але й навчити пацієнтів та їхніх близьких ефективним методам самопомоги, підвищити їхню самостійність у прийнятті рішень щодо лікування та покращити загальне сприйняття ситуації. [141, 142, 143]

Освітні сесії можуть проводитися як у форматі індивідуальних консультацій, так і у вигляді групових занять. Вони охоплюють різні теми, від фізіології та етапів лікування онкологічних захворювань до психологічних стратегій адаптації до нового стану життя [144]. Це дає можливість пацієнтам та їхнім родичам краще розуміти процеси, які відбуваються, та зменшує рівень стресу, пов'язаний з невідомістю.

Важливість психоедукації полягає також у формуванні навичок копінг, що допомагають ефективно впоратися з емоційним навантаженням. Навчання технікам релаксації, медитації, ведення денників самопочуття та позитивного мислення сприяє покращенню емоційного стану пацієнтів і зменшенню відчуття ізоляції [145, 146].

Залучення сімей до процесу психоедукації має велике значення, оскільки підтримка з боку близьких є критично важливою для пацієнтів. Освітні програми

допомагають родичам краще розуміти, через що проходить їхній близький, та надають інструменти для ефективної емоційної та практичної підтримки [147, 148]. Таке залучення сприяє зміцненню сімейних зв'язків та підвищує загальну адаптивність сім'ї до викликів, пов'язаних з хворобою.

Психоедукаційні матеріали, такі як брошури, відеоматеріали, онлайн-курси, можуть бути корисними для самостійного вивчення інформації пацієнтами та їх сім'ями. Доступність таких ресурсів дає можливість отримувати важливу інформацію у зручний для пацієнта час [150, 152, 153].

Психоедукація є невіддільною частиною комплексного підходу до лікування онкологічних захворювань. Вона сприяє не лише покращенню розуміння хвороби та процесу лікування, але й підвищує ефективність самого лікування через оптимізацію психологічного стану пацієнтів і їх сімей, підвищуючи їхню залученість та мотивацію до боротьби з хворобою.

Етичні аспекти медико-психологічної допомоги в онкології займають ключове місце в забезпеченні якісної та ефективної допомоги пацієнтам. Оскільки онкологічні захворювання часто супроводжуються складними емоційними, фізичними та соціальними викликами, важливо забезпечити, щоб допомога, яка надається пацієнтам, була не тільки ефективною, але й етично обґрунтованою.[154, 155]

Конфіденційність є одним з основних етичних принципів в медицині та психології. Це означає, що всі особисті дані, медична інформація, а також факти з життя пацієнта, які стають відомими лікарю або психологу в процесі лікування, повинні залишатися конфіденційними. Ця конфіденційність забезпечує довіру між пацієнтом та лікарем, що є критично важливим для ефективної взаємодії та лікування [156, 157].

Автономія пацієнта є ще одним важливим етичним принципом. Це означає, що пацієнти мають право приймати рішення щодо свого лікування на основі повної та зрозумілої інформації про свій стан, можливі варіанти лікування та їхні наслідки. Врахування бажань пацієнта, його цінностей та переконань є обов'язком медичних працівників [158, 159].

Не заподіяння шкоди також є фундаментальним етичним принципом. В контексті медико-психологічної допомоги, це означає, що підходи до лікування та психологічної підтримки повинні бути обрані таким чином, щоб мінімізувати ризик негативних наслідків для психічного та фізичного здоров'я пацієнта [160].

Справедливість передбачає рівний доступ до медичної та психологічної допомоги для всіх пацієнтів, незалежно від їх соціального статусу, фінансових можливостей, раси, віросповідання або будь-яких інших факторів. Важливо забезпечити, щоб кожен пацієнт мав можливість отримати якісну допомогу [162].

Етичні аспекти медико-психологічної допомоги в онкології вимагають від медичних працівників не тільки професійних знань та навичок, але й глибокого розуміння етичних принципів та їх застосування в практиці. Це дозволяє створити середовище, в якому пацієнти відчують себе поважаними, забезпеченими та підтриманими на всіх етапах лікування та реабілітації.

1.2 Копінг та стрес-долаюча поведінка

Копінг (від англ. "coping" – справлятися, впоратися) – це комплекс стратегій та методів, які індивід використовує для ефективного впорядкування зі стресовими ситуаціями, труднощами або викликами [163]. Це можуть бути як свідомі зусилля, так і несвідомі механізми, спрямовані на мінімізацію, уникнення або трансформацію стресу та емоційного дискомфорту, що виникає внаслідок зіткнення з проблемою або загрозою.

Копінг має важливе значення у стрес-долаючій поведінці, оскільки ефективні копінг-стратегії дозволяють індивіду адаптуватися до змінених обставин життя, знизити рівень психологічного та фізичного стресу, а також підтримувати або відновлювати психологічне благополуччя [164, 165]. Виділяють два основних типи копінг-стратегій:

- 1. Проблемно-орієнтований копінг** спрямований на вирішення проблеми або зміну ситуації, що викликає стрес. Цей тип копінгу включає такі дії, як планування, пошук альтернативних рішень, пряме вирішення проблеми та

пошук інформації. Це активний спосіб впоратися зі стресом, що дозволяє контролювати ситуацію та зменшувати її вплив на індивіда [166, 167].

2. **Емоційно-орієнтований копінг** зосереджений на регуляції емоційного відгуку на стресову ситуацію. Цей тип включає такі дії, як пошук емоційної підтримки, відволікання, релаксація, використання гумору, заперечення та прийняття. Хоча цей підхід не вирішує проблему безпосередньо, він допомагає зменшити емоційний дискомфорт і покращує психологічний стан [168, 169].

Обидва типи копінг-стратегій є важливими і можуть використовуватися одночасно залежно від ситуації та індивідуальних особливостей особи. Важливо розуміти, що ефективність копінг-стратегій може варіюватися залежно від контексту та особистісних ресурсів індивіда. Тому підтримка в розвитку адаптивних копінг-стратегій є ключовим аспектом психологічної допомоги онкологічним пацієнтам, сприяючи їхній адаптації та психологічному благополуччю під час лікування та реабілітації [170].

У контексті онкології, копінг-стратегії відіграють критично важливу роль, допомагаючи пацієнтам адаптуватися до діагнозу, процесу лікування та його наслідків. Ефективність конкретних копінг-стратегій може значно варіювати, залежно від індивідуальних особливостей пацієнта, його соціального оточення, стадії захворювання та інших факторів. Розглянемо декілька типів копінг-стратегій та їх потенційну ефективність у контексті онкології.

Цей тип копінгу зосереджений на ідентифікації та розв'язанні конкретних проблем, пов'язаних з захворюванням або його лікуванням. Він може включати активні дії, такі як пошук інформації про захворювання, обговорення опцій лікування з лікарем, планування медичних візитів або адаптацію способу життя для зменшення побічних ефектів лікування. Проблемно-орієнтований копінг часто вважається ефективним, оскільки він дозволяє пацієнтам відчувати більший контроль над своїм життям та здоров'ям [171, 172, 173].

Цей тип включає стратегії, спрямовані на регуляцію емоційної відповіді на стрес або труднощі. До нього можуть належати такі методи, як медитація, глибоке дихання, арт-терапія, участь в групах підтримки або пошук емоційної підтримки від

друзів та сім'ї. Хоча цей тип копінгу не вирішує проблему безпосередньо, він може допомогти пацієнтам краще справлятися з емоційними наслідками захворювання, зменшуючи відчуття тривоги, стресу та депресії [174, 175].

Соціальний копінг включає звернення по допомогу та підтримку до інших людей, наприклад, до членів сім'ї, друзів, колег або учасників груп підтримки. Взаємодія з іншими, хто зіткнувся з подібними викликами, може надати цінну емоційну підтримку, втіху та практичні поради. Цей тип копінгу допомагає зменшити відчуття ізоляції та підвищити загальний оптимізм [176].

Медіативний копінг полягає в застосуванні релігійних або духовних практик, таких як молитва, медитація або участь в релігійних обрядах, для знаходження втіхи, сенсу та емоційної стабільності. Для багатьох людей духовність стає джерелом сили та надії в боротьбі з онкологічним захворюванням [177, 178].

Важливо зазначити, що ефективність копінг-стратегій залежить від багатьох факторів, включаючи особистісні особливості пацієнта, його ситуацію та доступні ресурси. Індивідуальний підхід у виборі та застосуванні копінг-стратегій є ключовим для максимальної ефективності в управлінні стресом та покращенні якості життя онкологічних пацієнтів.

Зв'язок між копінг-стратегіями та психологічним благополуччям онкологічних пацієнтів є предметом численних досліджень в області психоонкології. Розуміння цього зв'язку має вирішальне значення для розробки ефективних методів психологічної підтримки та втручань, які можуть допомогти пацієнтам краще адаптуватися до викликів, пов'язаних з їхнім захворюванням і лікуванням.

Використання адаптивних копінг-стратегій, таких як проблемно-орієнтований копінг, пошук соціальної підтримки та позитивне переосмислення, часто асоціюється з вищим рівнем психологічного благополуччя, нижчим рівнем тривоги та депресії [179, 180]. Такі стратегії дозволяють особам ефективно управляти стресом, знаходити сенс у випробуваннях, які вони переживають, та підтримувати позитивне ставлення до життя, незважаючи на важкі обставини.

Навпаки, використання менш адаптивних стратегій, як-от уникнення проблем, заперечення або самообман, може бути пов'язано з погіршенням психологічного

благополуччя. Такі стратегії можуть привести до збільшення відчуття безпорадності, ізоляції та емоційного вигорання [190, 191]. Тому важливо сприяти розвитку та використанню адаптивних копінг-механізмів серед онкологічних пацієнтів.

Психологічна підтримка та інтервенції можуть відігравати ключову роль у сприянні використанню адаптивних копінг-стратегій. Програми психоедукації, індивідуальна та групова психотерапія, а також тренінги навичок стрес-менеджменту можуть допомогти пацієнтам розробити ефективні стратегії впорядкування зі стресом та підвищити їхнє психологічне благополуччя [192]. Такі програми допомагають пацієнтам зрозуміти вплив стресу на їхнє здоров'я, навчитися ідентифікувати та модифікувати негативні думки та емоції, розвивати позитивне мислення та знаходити конструктивні способи вирішення проблем.

Соціальна підтримка від сім'ї, друзів та спільноти також має велике значення для психологічного благополуччя онкологічних пацієнтів. Вона не тільки забезпечує емоційну підтримку, але й може допомогти у формуванні адаптивних копінг-стратегій, надаючи моделі позитивної адаптації та ефективного впорядкування з проблемами [193, 194].

Розуміння та розвиток адаптивних копінг-стратегій є важливою частиною допомоги онкологічним пацієнтам. Це не тільки сприяє їхньому психологічному благополуччю, але й може мати позитивний вплив на загальний процес лікування та реабілітації. Важливо, щоб медичні та психологічні фахівці продовжували підкреслювати значення адаптивних копінг-стратегій та надавати комплексну підтримку для їх розвитку та застосування.

Виявлення онкологічного захворювання може стати важким випробуванням для будь-кого, і спосіб, яким люди реагують на цей діагноз, варіюється від особи до особи. Ці реакції суттєво впливають на вибір копінг-стратегій, які пацієнти застосовують для впорядкування зі стресом, викликаним діагнозом та подальшим лікуванням. Вид онкологічного захворювання, його стадія, перспективи лікування, а також індивідуальні особливості пацієнта, його попередній досвід впорядкування зі стресовими ситуаціями та доступні соціальні ресурси можуть суттєво вплинути на вибір копінг-механізмів.[195, 196]

Індивіди, які зіткнулися з онкологічними захворюваннями, часто звертаються до **емоційно-орієнтованих копінг-стратегій**, таких як пошук емоційної підтримки у родини та друзів, заняття хобі, що приносить задоволення, або відвідування психолога, які допомагають знизити емоційний тиск і почуття ізоляції. Водночас, вони можуть також активізувати **проблемно-орієнтовані стратегії**, як-от активне пошук інформації про своє захворювання та методи лікування, участь у прийнятті рішень стосовно лікувального плану або зміну способу життя для покращення свого загального здоров'я [197].

Залежно від індивідуальних особливостей особи та її соціального оточення, деякі пацієнти можуть звертатися до **стратегій уникнення**, спроб відволіктися або намагань не думати про своє захворювання. Хоча ці стратегії можуть тимчасово знизити рівень стресу, вони зазвичай не є ефективними в довгостроковій перспективі і можуть призвести до зниження психологічного благополуччя [198, 199].

Спілкування з іншими пацієнтами, які переживають подібні випробування, через групи підтримки або онлайн-спільноти, може допомогти розробити **адаптивні копінг-стратегії**. Це сприяє відчуттю зв'язку, розумінню того, що інші переживають схожі виклики, і може надихати на позитивне ставлення до життя та лікування [200].

Таким чином, розуміння зв'язку між діагнозом, вибором копінг-стратегій та їх впливом на психологічне благополуччя є важливим для розробки цілісних програм підтримки, які враховують як медичні, так і психологічні аспекти лікування онкологічних захворювань. Важливо, щоб медичні та психологічні фахівці працювали разом, щоб забезпечити пацієнтам доступ до інформації та ресурсів, які допоможуть їм ефективно впоратися з викликами, пов'язаними з їхнім захворюванням.

Роль психолога у формуванні адаптивних копінг-механізмів у пацієнтів з онкологічними захворюваннями є визначальною у процесі їх адаптації та психологічної підтримки. Психологи виконують важливу роботу, допомагаючи пацієнтам ідентифікувати та розвивати ефективні стратегії впорядкування зі стресом, пов'язаним з хворобою, діагнозом та лікуванням.

Одним з ключових аспектів роботи психолога є надання **психоедукації**, яка включає інформування пацієнтів про природу стресу, вплив емоцій на фізичний стан і зворотно, а також про різноманітні стратегії копіngu. Психоедукація допомагає пацієнтам зрозуміти важливість психологічної адаптації та сприяє свідомому вибору адаптивних методів впорядкування зі стресом [201].

Психологи також проводять **індивідуальні та групові терапевтичні сесії**, використовуючи різноманітні психотерапевтичні підходи, такі як когнітивно-поведінкова терапія, яка допомагає пацієнтам переосмислити негативні думки та змінити невігідні поведінкові патерни [202]. Така робота сприяє зменшенню тривожності, депресії та інших негативних емоційних станів, підвищуючи рівень психологічного благополуччя.

Залучення до **груп підтримки** дозволяє пацієнтам ділитися своїми досвідами, отримувати підтримку від однодумців і вчитися у них адаптивним копіng-стратегіям, що, в свою чергу, може позитивно впливати на їхню здатність впоратися з викликами, пов'язаними з хворобою [203].

Розвиток навичок саморегуляції через техніки релаксації, міндфулнес, глибокого дихання та медитації також є важливою частиною роботи психолога. Ці методи допомагають знижувати фізіологічний рівень стресу, сприяють емоційній рівновазі та покращують загальний стан здоров'я [204].

Роль психолога не обмежується лише наданням безпосередньої психотерапевтичної допомоги, але також включає сприяння у розвитку соціальної підтримки, консультування сім'ї пацієнта, навчання комунікаційним навичкам для покращення взаєморозуміння між пацієнтом і його оточенням. Всі ці заходи спрямовані на формування комплексної системи підтримки, яка допомагає пацієнтам ефективно впоратися з онкологічним захворюванням і підвищує їхнє психологічне благополуччя.

Копінг із побічними ефектами лікування онкологічних захворювань є важливим аспектом психологічної підтримки пацієнтів. Побічні ефекти, такі як втома, нудота, біль, зміни в зовнішності, та емоційні зміни, можуть суттєво вплинути на якість життя

і викликати значний стрес. Ефективні копінг-стратегії можуть допомогти зменшити цей вплив, сприяючи адаптації та відновленню.

Емоційний копінг передбачає роботу з власними почуттями та емоціями, які виникають у відповідь на побічні ефекти лікування. Це може включати методики релаксації, глибоке дихання, медитацію та використання арт-терапії для зменшення тривожності та покращення емоційного стану. Психологи можуть навчати пацієнтів технікам міндфулнес, що допомагає їм залишатися у фокусі на теперішньому моменті, зменшуючи тривогу та негативне мислення, пов'язані з побічними ефектами [205, 206, 207].

Активний пошук інформації про побічні ефекти та способи їх управління може бути важливим копінг-механізмом. Пацієнти, які інформовані про потенційні побічні ефекти та знають, як з ними впоратися, можуть відчувати більше контролю над своїм лікуванням та менший ступінь стресу.

Соціальна підтримка від сім'ї, друзів та спільнот може сприяти ефективному копінгу з побічними ефектами. Обговорення своїх переживань із близькими, участь у групах підтримки або спілкування з іншими, хто має схожий досвід, може допомогти зменшити відчуття ізоляції та знайти корисні поради щодо управління побічними ефектами [208].

Застосування фізичних та поведінкових стратегій, таких як регулярні фізичні вправи, здорове харчування, адаптація режиму дня, та використання методик контролю над болем, також може сприяти копінгу з побічними ефектами. Фізична активність, наприклад, доведено знижує втому та покращує настрій [209, 210].

Здатність ефективно впоратися з побічними ефектами лікування є ключовим фактором, що сприяє загальному благополуччю пацієнтів та їх адаптації до життя під час та після лікування онкологічних захворювань. Важливо, щоб медичні працівники, включаючи психологів, надавали пацієнтам інформацію, підтримку та інструменти для розробки та застосування адаптивних копінг-стратегій.

Страх перед рецидивом є одним з найбільш поширених та інтенсивних досвідів серед осіб, які пережили онкологічне захворювання. Цей страх може значно вплинути на якість життя, викликаючи постійну тривогу та невпевненість у майбутньому.

Розробка ефективних стратегій для подолання цього страху є важливою частиною психологічної підтримки пацієнтів після лікування.

Однією з ключових стратегій є психоедукація, яка передбачає надання інформації про природу страху перед рецидивом, його поширеність серед онкологічних пацієнтів та ефективні методики його управління. Розуміння того, що такі переживання є звичайною частиною процесу одужання, може допомогти знизити рівень тривожності [211].

Важливою є робота над розвитком навичок релаксації та майндфулнес. Техніки глибокого дихання, медитації, йоги та прогресивної м'язової релаксації можуть допомогти зменшити фізіологічні прояви стресу та навчити пацієнтів залишатися у теперішньому моменті, не фокусуючись надмірно на майбутніх "що якщо".

Спілкування з однодумцями через групи підтримки або онлайн-спільноти може стати ефективним засобом подолання страху. Поділ досвіду з іншими, хто має схожі переживання, дозволяє не лише знайти розуміння та підтримку, але й обмінятися корисними стратегіями копінгу [212].

Розвиток адаптивних копінг-стратегій, таких як позитивне переосмислення та планування, також може допомогти управляти страхом перед рецидивом. Встановлення реалістичних цілей, зосередження на тому, що можна контролювати, наприклад, ведення здорового способу життя, та позитивне переосмислення ситуації можуть сприяти почуттю контролю над своїм життям [213].

Регулярні медичні огляди та відкрита комунікація з лікарями можуть допомогти зменшити страх перед рецидивом, надаючи впевненість у тому, що будь-які майбутні проблеми зі здоров'ям будуть вчасно ідентифіковані та ефективно вирішені.

Праця над самооцінкою та самоприйняттям є важливою частиною процесу подолання страху перед рецидивом. Розвиток відчуття власної цінності та внутрішньої сили може допомогти пацієнтам відчувати себе більш стійкими перед обличчям невизначеності [214].

Залучення фахівців, таких як психологи та соціальні працівники, до розробки індивідуального плану підтримки може бути корисним у процесі подолання страху

перед рецидивом, допомагаючи пацієнтам ідентифікувати та розвивати найбільш ефективні для них стратегії копіngu.

Копінг зі змінами у зовнішності та самооцінці, що часто виникають у результаті онкологічного лікування, є значним викликом для багатьох пацієнтів. Втрати волосся, зміни ваги, рубці від операцій або зміни в шкірі після променевої терапії можуть суттєво вплинути на самопочуття та самосприйняття особи. Адаптація до цих змін та підтримка позитивної самооцінки вимагають застосування комплексного підходу.

Психоедукація може допомогти пацієнтам розуміти, що зміни у зовнішності є тимчасовими та часто піддаються корекції або поліпшенню з часом. Отримання інформації про можливості догляду за собою, використання спеціалізованої косметики для чутливої шкіри або носіння перук може зміцнити відчуття контролю над власним життям [215, 216].

Соціальна підтримка від сім'ї, друзів та груп підтримки відіграє важливу роль у підтримці позитивної самооцінки. Обговорення власних переживань із близькими або іншими, хто має схожий досвід, може допомогти зменшити відчуття ізоляції та підвищити самовпевненість [217].

Професійна психологічна допомога може бути корисною у вирішенні емоційних проблем, пов'язаних із змінами у зовнішності. Психологи можуть працювати з пацієнтами над розробкою стратегій психологічної адаптації, таких як підвищення самоцінності, розвиток позитивного самосприйняття та використання афірмацій [211, 212].

Техніки релаксації та майндфулнес можуть допомогти знижувати стрес і анксйозність, пов'язані зі змінами у зовнішності. Практика майндфулнес, йоги або медитації може сприяти кращій емоційній рівновазі та внутрішньому прийняттю.

Фізична активність також є важливою, оскільки вона може покращити загальне самопочуття, підвищити енергію та допомогти відновити позитивну самооцінку. Регулярні вправи, адаптовані до фізичного стану пацієнта, можуть зміцнити відчуття власної сили та контролю над власним тілом .

Застосування цих стратегій може допомогти особам, що пережили онкологічне захворювання, адаптуватися до змін у зовнішності та підтримувати позитивну

самооцінку. Важливо пам'ятати, що процес адаптації є індивідуальним, і підхід до кожного пацієнта має бути комплексним та враховувати його особисті потреби та переваги.

Використання групових та індивідуальних психотерапевтичних технік відіграє ключову роль у підтримці копінгу та психологічного благополуччя осіб, що стикаються з онкологічними захворюваннями. Ці техніки допомагають пацієнтам адаптуватися до стресу, пов'язаного з діагнозом та лікуванням, та покращують їх здатність впоратися з побічними ефектами та емоційними викликами.

Групова психотерапія пропонує унікальні переваги для онкологічних пацієнтів, зокрема можливість ділитися особистим досвідом та отримувати підтримку від інших, хто переживає схожі виклики. Це може сприяти зниженню відчуття ізоляції та покращенню соціальної підтримки, яка є важливим фактором у підтримці психологічного благополуччя [213, 214].

Групові сесії можуть включати навчання стратегіям копінгу, розвиток навичок управління стресом, а також вправи на підвищення самооцінки та самоефективності. Групова терапія також може включати елементи когнітивно-поведінкової терапії, які допомагають учасникам ідентифікувати та змінювати негативні думки та переконання, що впливають на їх емоційний стан [215].

Індивідуальна психотерапія надає простір для глибокого особистісного зростання та інтенсивної роботи над емоційними проблемами. Вона може бути особливо корисною для осіб, які відчувають високий рівень тривожності, депресії або мають складнощі з впорядкуванням з діагнозом або лікуванням.

Індивідуальна терапія може включати різноманітні підходи, зокрема когнітивно-поведінкову терапію для роботи з негативними думками, психодинамічну терапію для розуміння глибших емоційних конфліктів, а також методи майндфулнес та емоційно-фокусовану терапію для розвитку емоційної обізнаності та регуляції [216].

Техніки, засновані на мистецтві, музиці та руху, також можуть бути включені як в групову, так і в індивідуальну психотерапію. Ці підходи дозволяють виражати

емоції та переживання через творчість, що може сприяти емоційному розвантаженню та самовираженню .

Використання групових та індивідуальних психотерапевтичних технік є важливим у підтримці копіngu та психологічного благополуччя онкологічних пацієнтів. Важливо пам'ятати, що вибір та ефективність конкретних технік залежатимуть від індивідуальних потреб та переваг пацієнта, а також від його унікального досвіду онкологічного захворювання та лікування.

Сім'я та соціальна підтримка відіграють критично важливу роль у копіngовій поведінці осіб, що стикаються з онкологічними захворюваннями. Підтримка близьких може стати фундаментом, на якому пацієнти будують свою здатність впоратися з викликами, пов'язаними з діагнозом, лікуванням та його побічними ефектами.

Близькі можуть надавати емоційну підтримку, яка допомагає зменшити відчуття ізоляції, страху та тривоги. Поширення співчуття, розуміння та висловлення любові та підтримки можуть стати потужними засобами для підвищення морального духу пацієнта та його впевненості у власних силах [217].

Практична підтримка з боку сім'ї також має велике значення. Вона може включати допомогу у виконанні побутових завдань, супровід до лікаря, допомогу у веденні домашнього господарства чи догляд за дітьми. Така підтримка дозволяє пацієнту зосередитися на лікуванні та відновленні, зменшуючи стрес від щоденних обов'язків .

Соціальна підтримка не обмежується лише сім'єю; друзі, колеги, члени релігійних або спільнот, групи підтримки можуть також грати значну роль у копіngовій поведінці. Взаємодія з ширшим колом підтримки може надати додаткові перспективи, стратегії копіngu та відчуття зв'язку з іншими, що знаходяться в схожих ситуаціях [218].

Важливим аспектом є також наявність **інформаційної підтримки**, що включає доступ до надійної інформації про захворювання, лікування та способи впорядкування з його побічними ефектами. Близькі можуть допомогти в пошуку,

аналізі та інтерпретації медичної інформації, забезпечуючи тим самим більші шанси для прийняття обґрунтованих рішень щодо лікування [220].

Взаємодія та підтримка соціальної мережі можуть сприяти розвитку та застосуванню адаптивних копінг-стратегій, дозволяючи особам ефективніше впоратися з емоційними та фізичними викликами, пов'язаними з онкологічним захворюванням. Таким чином, роль сім'ї та соціальної підтримки у копінговій поведінці є незамінною, сприяючи покращенню якості життя та психологічного благополуччя пацієнтів.

Розвиток особистісної резиліентності, або психологічної стійкості, у онкохворих є ключовим аспектом психологічної підтримки та реабілітації. Резиліентність дозволяє індивідам ефективно впоратися з кризовими ситуаціями, адаптуватися до викликів та продовжувати рухатися вперед, незважаючи на пережиті труднощі та стрес.

Одним із способів розвитку резиліентності є психоедукація, яка включає навчання пацієнтів розумінню природи стресу, впливу емоцій на фізичне здоров'я та методів ефективного впорядкування з ними. Освіта зосереджується на розвитку навичок самодопомоги та саморегуляції, що сприяє почуттю контролю та самоефективності [221].

Підтримка та зміцнення соціальних зв'язків є важливим фактором розвитку резиліентності. Соціальна підтримка від сім'ї, друзів, спільноти, а також участь у групах підтримки надають емоційну підтримку та сприяють відчуттю зв'язку та приналежності.

Когнітивно-поведінкові техніки можуть бути застосовані для розвитку резиліентності шляхом ідентифікації та корекції негативних думок та переконань, які можуть підсилювати стрес або відчуття безпорадності. Навчання пацієнтів технікам раціонального аналізу думок, зміцнення позитивного мислення та розвиток навичок вирішення проблем сприяють більшій психологічній гнучкості [222].

Фізична активність визнана ефективним засобом для підвищення резиліентності. Регулярні фізичні вправи не тільки покращують фізичне здоров'я, але й сприяють виробленню ендорфінів, зменшуючи відчуття стресу та депресії.

Активність також сприяє покращенню самооцінки та позитивному самосприйняттю [223].

Практики міндфулнес та медитації сприяють розвитку уважності та присутності в теперішньому моменті, допомагаючи зменшити постійне переживання про майбутнє або румінації про минуле. Ці практики можуть покращити емоційну регуляцію та знизити рівень тривожності .

Розвиток особистісної резилієнтності у онкохворих вимагає інтегрованого підходу, що включає психоедукацію, підтримку соціальних зв'язків, психотерапевтичні інтервенції, фізичну активність та практики уважності. Такий підхід сприяє не тільки ефективному впорядкуванню з поточними викликами, але й покращує загальне психологічне благополуччя та якість життя.

1.3 Психоонкологія як галузь медицини

Психоонкологія як наукова дисципліна почала активно розвиватися у другій половині 20-го століття, хоча зацікавленість у взаємозв'язку між психічним станом людини та онкологічними захворюваннями має набагато давніші корені. Вже у 19 столітті були спроби зрозуміти, як стрес та емоційні стани впливають на розвиток та перебіг ракових захворювань. Однак лише з розвитком психології та медицини як наук, а також з підвищенням тривалості життя та зростанням уваги до якості життя пацієнтів, психоонкологія почала формуватися як окремий напрямок.

У 1970-ті роки з'явилися перші спеціалізовані дослідження та публікації, які зосереджувалися на психологічних аспектах онкологічних захворювань. Це стало поштовхом до розвитку психоонкології як дисципліни, що вивчає емоційні потреби пацієнтів, психологічні аспекти лікування, вплив раку на психічне здоров'я, а також розробку методів психологічної допомоги та підтримки пацієнтів і їх сімей [224].

У 1980-х роках з'явилися перші професійні організації, такі як Американське товариство психоонкології (APOS) та Міжнародне психоонкологічне товариство (IPOS), які сприяли обміну знаннями між фахівцями, стандартизації навчання та

досліджень у цій області. Вони також відіграли ключову роль у визнанні психоонкології як важливого напрямку в онкологічній допомозі [225].

З тих пір психоонкологія продовжує розвиватися, інтегруючи новітні дослідження з психології, медицини та соціальних наук для кращого розуміння та задоволення потреб онкологічних пацієнтів. Особливу увагу приділяють дослідженню стратегій копінгу, впливу раку на якість життя, методів психологічної реабілітації та розвитку програм підтримки, що включають як індивідуальну, так і групову психотерапію, а також співпрацю з сім'ями пацієнтів [226].

Сьогодні психоонкологія є невід'ємною частиною комплексної онкологічної допомоги, спрямованої на покращення не тільки фізичного, але й психологічного стану пацієнтів, підтримку їхньої резиліентності та сприяння адаптації до життя під час та після лікування.

Психоонкологія охоплює широкий спектр досліджень, спрямованих на розуміння та покращення психологічного благополуччя осіб, які стикаються з онкологічними захворюваннями. Основні напрямки досліджень у цій галузі включають:

1. **Вплив діагнозу та лікування на психологічне благополуччя.** Дослідники зосереджуються на вивченні емоційної реакції пацієнтів на діагноз раку, а також на психологічних наслідках різних видів лікування. Це дозволяє розробляти цільові психотерапевтичні та психоедукаційні програми для зменшення тривожності, депресії та інших емоційних проблем [227].
2. **Розвиток та оцінка психосоціальних інтервенцій.** Важливим напрямком є розробка та тестування різноманітних інтервенцій, які можуть допомогти пацієнтам та їхнім сім'ям краще справлятися з викликами, пов'язаними з онкологічним захворюванням. Це включає групові та індивідуальні психотерапії, програми самопомоги, стратегії розвитку резиліентності та копінгу [38, с.101].
3. **Вивчення якості життя онкохворих.** Особлива увага приділяється дослідженню факторів, що впливають на якість життя пацієнтів, з метою

ідентифікації можливостей для її покращення. Це включає аналіз фізичних, емоційних, соціальних та духовних аспектів добробуту [228].

4. **Соціальна підтримка та мережі.** Дослідження в цій області фокусуються на ролі сім'ї, друзів, спільноти та груп підтримки у процесі копінгу та реабілітації онкохворих. Вивчення ефективності соціальної підтримки дозволяє розробляти стратегії для її зміцнення.
5. **Роль способу життя та поведінкових факторів.** У цьому напрямку досліджують вплив фізичної активності, харчування, куріння, споживання алкоголю та інших поведінкових факторів на ризик розвитку раку, його перебіг та виживаність пацієнтів. Це допомагає в розробці рекомендацій для ведення здорового способу життя [229].
6. **Страх перед рецидивом та довготривала адаптація.** Дослідники активно вивчають стратегії подолання страху перед повторним захворюванням та методи довготривалої адаптації до життя після онкологічного лікування. Зосередження на цьому аспекті допомагає в розробці програм психологічної підтримки для зменшення тривожності та покращення адаптації [230].

Кожен із цих напрямків досліджень в психоонкології сприяє глибшому розумінню складної взаємодії між психологічними, соціальними та фізичними аспектами онкологічних захворювань, відкриваючи нові можливості для покращення допомоги пацієнтам та їх сім'ям.

Роль психоонкології у діагностиці та лікуванні онкологічних захворювань є мультидисциплінарною та охоплює широкий спектр взаємодій між пацієнтом, його психологічним станом та медичною системою. Психоонкологія зосереджується не лише на фізичному аспекті лікування раку, але й на емоційному, психологічному та соціальному добробуті пацієнтів та їх сімей. Важливість цієї дисципліни у діагностиці та лікуванні онкологічних захворювань проявляється в кількох ключових аспектах.

На етапі діагностики психоонкологія допомагає пацієнтам та їхнім родинам впоратися з емоційним стресом, пов'язаним з постановкою діагнозу. Психоонкологи надають інформаційну та емоційну підтримку, допомагаючи пацієнтам зрозуміти свій стан та налаштуватися на подальше лікування. Вони також працюють зі страхами та

тривогою, які можуть виникати у цей період, сприяючи розвитку ефективних стратегій копіngu [232].

Під час лікування психоонкологічна підтримка зосереджена на допомозі пацієнтам у впорядкуванні з побічними ефектами лікування, збереженні позитивної самооцінки та адаптації до змін у способі життя. Психоонкологи пропонують індивідуальні та групові консультації, програми релаксації та стрес-менеджменту, сприяючи таким чином зниженню емоційного навантаження та поліпшенню загального добробуту пацієнтів [233].

У період реабілітації психоонкологічна допомога спрямована на відновлення психічного здоров'я, покращення якості життя та сприяння соціальній адаптації після завершення основного курсу лікування. Робота з психоонкологом допомагає пацієнтам відновити впевненість у собі, розробити плани на майбутнє та знайти новий сенс життя після раку .

У довготривалій перспективі психоонкологія допомагає впоратися зі страхом рецидиву, психологічними наслідками хронічного захворювання та питаннями виживання. Психоонкологи надають підтримку в розвитку стратегій довготривалої адаптації та копіngu, що дозволяє пацієнтам вести активне та задовільне життя [34, 234].

Таким чином, психоонкологія відіграє життєво важливу роль на всіх етапах діагностики, лікування та реабілітації онкологічних захворювань. Вона сприяє не лише поліпшенню психологічного благополуччя та якості життя пацієнтів, але й підтримує їхню активну участь у лікуванні та рішеннях, пов'язаних з їх здоров'ям.

Взаємодія психоонкології з іншими галузями медицини є ключовою для забезпечення комплексного та ефективного лікування онкологічних пацієнтів. Психоонкологи співпрацюють з різними спеціалістами, щоб забезпечити повне задоволення психологічних, емоційних та соціальних потреб пацієнтів. Ось деякі з галузей медицини, з якими вони взаємодіють:

1. **Онкологія та хірургія.** Психоонкологи працюють у тісній співпраці з онкологами та хірургами, допомагаючи пацієнтам та їхнім сім'ям розуміти діагноз, операції та інші аспекти лікування. Вони сприяють зменшенню стресу,

тривожності та депресії, пов'язаних з лікуванням, та підтримують пацієнтів під час реабілітації [56, 67, 211].

2. **Паліативна допомога та госпісна служба.** Психоонкологи грають важливу роль у паліативній допомозі, працюючи з пацієнтами та їхніми сім'ями, щоб зменшити страждання та полегшити процес прийняття важких рішень. Вони допомагають у розробці планів догляду, сприяють комунікації між пацієнтами та медичним персоналом та підтримують емоційний стан у трудний час.
3. **Хіміотерапія та радіотерапія.** Психоонкологи працюють з пацієнтами, які проходять хіміотерапію та радіотерапію, щоб допомогти їм зрозуміти очікувані побічні ефекти та розвивати ефективні стратегії копінгю. Вони також надають підтримку пацієнтам у впорядкуванні зі змінами у зовнішності та самооцінці, пов'язаними з цими видами лікування.
4. **Психіатрія та медична психологія.** Психоонкологи співпрацюють з психіатрами та клінічними психологами для надання комплексної психічної допомоги пацієнтам з онкологічними захворюваннями. Вони проводять спільні консультації, розробляють та впроваджують індивідуалізовані плани лікування та психотерапії.
5. **Соціальна робота та психосоціальна підтримка.** Психоонкологи співпрацюють із соціальними працівниками та іншими фахівцями з психосоціальної підтримки для забезпечення повного спектру допомоги пацієнтам та їхнім сім'ям у важкий час. Вони спільно розробляють плани допомоги, координують роботу з різними аспектами життя пацієнтів та надають інформаційну підтримку [24, 201].

Взаємодія психоонкології з іншими галузями медицини є важливим чинником у забезпеченні повного та ефективного лікування онкологічних пацієнтів. Це сприяє не лише фізичному вилікуванню, але й психологічному та емоційному благополуччю пацієнтів у важкий період їхнього життя.

Психосоціальні аспекти онкологічних захворювань є важливою складовою комплексного підходу до лікування та догляду за пацієнтами з раком. Ці аспекти включають в себе широкий спектр фізичних, емоційних, психологічних та соціальних

впливів, які можуть виникнути внаслідок діагнозу та лікування онкологічного захворювання.

На фізичному рівні онкологічне захворювання може супроводжуватися болем, втомою, погіршенням фізичного стану та змінами у зовнішності. Ці фізичні симптоми можуть впливати на загальний стан самопочуття та якість життя пацієнтів [55, 93]. Наприклад, біль може спричиняти стрес та депресію, а втома може обмежувати можливості виконання звичайних щоденних дій.

На емоційному рівні пацієнти зіштовхуються зі стресом, тривогою, страхом перед майбутнім та емоційним виснаженням. Діагноз онкологічного захворювання може спричинити сильні емоційні реакції, такі як шок, відчуття втрати контролю або втрата надії [31]. Наявність емоційної підтримки та можливість висловлення своїх почуттів може відігравати ключову роль у покращенні психологічного благополуччя пацієнтів.

На психологічному рівні пацієнти можуть зіткнутися зі складнощами у впорядкуванні з діагнозом, розвитком стратегій копінгу та збереженням позитивної самооцінки. Психоонкологічна підтримка може допомогти пацієнтам виявити свої внутрішні ресурси та знайти шляхи подолання викликів, пов'язаних з лікуванням [200].

На соціальному рівні онкологічне захворювання може впливати на взаємодію з родиною, друзями та спільнотою, а також на соціальне функціонування та роботу. Страх відкидання або соціальної ізоляції може виникати у пацієнтів через стигматизацію або невпевненість у тому, як їхнє захворювання сприйматиметься оточуючими.

Отже, психосоціальні аспекти онкологічних захворювань відіграють важливу роль у загальному добробуті та якості життя пацієнтів. Розуміння та управління цими аспектами важливо для успішного лікування та реабілітації онкологічних пацієнтів.

Психоонколог має різноманітні методики роботи з пацієнтами та їхніми сім'ями, спрямовані на підтримку їхнього психологічного благополуччя та допомогу у впорядкуванні з діагнозом та лікуванням онкологічного захворювання. Ось деякі з найбільш поширених методик:

1. **Індивідуальна психотерапія:** Психоонколог може працювати з пацієнтами один на один, застосовуючи різні психотерапевтичні підходи, такі як когнітивно-поведінкова терапія, гештальт-терапія або психодинамічна терапія. Ці сесії дозволяють пацієнтам висловити свої емоції, розробити стратегії копінгу та змінити негативні психологічні патерни.
2. **Групова терапія:** Психоонколог може організувати групові сесії для пацієнтів, де вони можуть поділитися своїм досвідом, взаємно підтримувати один одного та вивчати стратегії копінгу. Групова терапія дозволяє пацієнтам відчувати себе менш самотніми та зрозуміти, що вони не одні у своїй боротьбі [12, 69].
3. **Сімейна терапія:** Психоонколог може працювати з пацієнтами та їхніми сім'ями, допомагаючи їм зрозуміти та підтримати один одного у цей важкий час. Сімейна терапія сприяє покращенню комунікації, розвитку родинної підтримки та вирішенню конфліктів, що можуть виникати внаслідок діагнозу [23, 50].
4. **Психоосвіта:** Психоонколог проводить сесії психоосвіти для пацієнтів та їхніх сімей, де вони можуть отримати інформацію про психологічні аспекти онкологічного захворювання, стратегії копінгу та ресурси підтримки. Це допомагає пацієнтам та їхнім близьким краще розуміти та управляти своїми емоціями та стресом [35, 40].
5. **Релаксаційні техніки:** Психоонколог вчить пацієнтів різним технікам релаксації, таким як дихальні вправи, медитація або йога. Ці техніки можуть допомогти зменшити рівень стресу, покращити сон та загальний стан самопочуття [42, 57].
6. **Підтримка при вирішенні практичних питань:** Психоонколог може надавати підтримку пацієнтам та їхнім сім'ям у вирішенні практичних питань, пов'язаних з лікуванням та реабілітацією. Це може включати узгодження термінів прийому, допомогу з організацією догляду та рекомендації щодо доступу до ресурсів підтримки [40, 149].

Ці методики роботи дозволяють психонкологам забезпечити комплексну підтримку та допомогу пацієнтам з онкологічними захворюваннями та їхнім сім'ям у складний період лікування та реабілітації.

Психонкологічна підтримка пацієнтів з онкологічними захворюваннями та їхніх сімей включає в себе багатоаспектні методи і стратегії, спрямовані на полегшення емоційного стану, покращення якості життя, а також на підвищення загального стану здоров'я.

Додатковою ефективною методикою роботи психонколога є використання мистецтва терапії. Мистецтво терапії є процесом вираження емоцій, думок і переживань через творчість. Під час сеансів мистецтва терапії пацієнти мають можливість виразити свої почуття та емоції шляхом малювання, ліплення, танцю, музики або інших творчих форм. Це допомагає пацієнтам звільнитися від стресу, зосередитися на позитивних аспектах та знайти внутрішні ресурси для подолання труднощів [22, 163].

До інших ефективних методик роботи психонколога належить використання технік когнітивно-поведінкової терапії (КПТ). Ці техніки спрямовані на зміну шкідливих мислених патернів та поведінкових звичок, що можуть призводити до збільшення стресу та погіршення емоційного стану. Психонколог може працювати з пацієнтами над ідентифікацією та переробкою негативних думок, вченням ефективних стратегій копіngu зі стресом, а також заохоченням позитивних змін у поведінці та життєвому стилі [132, 147].

У своїй роботі психонкологи також можуть використовувати техніки медитації та усвідомленості. Медитація допомагає пацієнтам зосередитися на теперішньому моменті, знизити рівень стресу та тривоги, покращити самопочуття та підвищити рівень емоційного благополуччя. Усвідомленість сприяє свідому сприйняттю власних почуттів, думок та фізичних відчуттів, що дозволяє пацієнтам краще управляти своїм емоційним станом та реагувати на стресові ситуації .

Психонкологічна підтримка також може включати в себе роботу зі стратегіями розслаблення та дихальних вправ. Ці техніки допомагають пацієнтам знизити напругу та тривогу, покращити якість сну та загальний стан здоров'я. Проведення регулярних

сеансів розслаблення може стати ефективним засобом підтримки пацієнтів під час лікування та після нього [117, 194].

Таким чином, психоонкологи використовують широкий спектр методик роботи з пацієнтами та їхніми сім'ями, спрямованих на полегшення емоційного стану, забезпечення психологічної підтримки та покращення якості життя. Використання різноманітних підходів дозволяє психоонкологам створити індивідуалізовані програми допомоги, враховуючи потреби та унікальні особливості кожного пацієнта.

Профілактика психічних розладів у онкопацієнтів є надзвичайно важливим аспектом інтегрованого підходу до їхнього догляду та лікування. У цьому процесі ключову роль відіграє психологічна та психосоціальна підтримка, яка допомагає пацієнтам змагатися з емоційними труднощами, що супроводжують онкологічні захворювання.

Надання психологічної підтримки та консультування пацієнтів та їхніх сімей є важливою складовою процесу. Психологічні консультації допомагають пацієнтам зрозуміти свої емоції та відчуття, виразити свої страхи та тривоги, а також знайти способи подолання стресу та підтримки свого психічного здоров'я [115].

Психотерапевтичні сесії можуть допомогти пацієнтам зрозуміти та прийняти нову реальність свого стану, зосередитися на позитивних аспектах життя та знаходити способи подолання складнощів. Крім того, важливою є можливість пацієнтів обговорювати свої страхи та тривоги в групових сесіях, де вони можуть знайти підтримку від інших, які переживають схожі труднощі [177].

Фізична активність також відіграє важливу роль у профілактиці психічних розладів. Регулярні фізичні вправи можуть покращити настрій, знизити рівень стресу та тривоги, підвищити самооцінку та підтримати загальне психічне благополуччя пацієнтів [50].

Однак, не менш важливою є доступність інформації про хворобу та можливі методи лікування. Інформованість про хворобу допомагає пацієнтам краще розуміти свою ситуацію, відчувати себе більш упевнено і контролювати своє лікування, що може позитивно вплинути на їхнє психічне здоров'я та загальний емоційний стан [38, 180].

Також важливим аспектом є розробка адаптивних копінг-стратегій, які допомагають пацієнтам ефективно впоратися зі стресом та труднощами, пов'язаними з хворобою. Розвиток позитивних стратегій реагування на стресові ситуації допомагає підтримувати психічне здоров'я та зміцнювати резилієнтність [13, 45].

У сучасному світі, інновації та технологічний прогрес відіграють ключову роль у розвитку різних галузей медицини, включаючи психоонкологію. Міждисциплінарний підхід та інтеграція цифрових технологій дозволяють створювати нові та більш ефективні методи психологічної підтримки для онкопацієнтів.

Однією з інноваційних практик є поєднання психоонкологічної підтримки з технологічними розробками, такими як мобільні додатки та онлайн-платформи. Ці інструменти дозволяють пацієнтам отримувати доступ до інформації та психологічної підтримки у будь-який час та в будь-якому місці. Наприклад, мобільні додатки можуть надавати поради щодо копінг-стратегій, допомагати в управлінні стресом та тривогою, а також забезпечувати можливість зв'язку з психологом у випадку екстрених ситуацій [36, 44].

Ще однією інноваційною практикою є використання віртуальної реальності (VR) у психоонкологічній практиці. VR-терапія може бути використана для зменшення болю, стресу та тривоги у пацієнтів з онкологічними захворюваннями. Вона надає можливість створення контрольованого середовища, де пацієнти можуть зануритися у спокійну та релаксуючу атмосферу, що сприяє зниженню емоційного стресу та покращенню самопочуття [21, 105].

Крім того, інтеграція штучного інтелекту (AI) в психоонкологічну практику відкриває нові можливості для персоналізованого та ефективного лікування. Системи AI можуть аналізувати великі обсяги даних про пацієнтів та надавати індивідуалізовані рекомендації щодо психологічної підтримки та копінг-стратегій. Вони також можуть служити інструментом для виявлення змін у психічному стані пацієнтів та вчасного реагування на емоційні труднощі [42, 91].

Таким чином, міждисциплінарний підхід та інтеграція цифрових технологій в психоонкологічну практику відкривають нові перспективи у підтримці та лікуванні

онкопацієнтів. Ці інноваційні методи дозволяють підвищити доступність та ефективність психологічної підтримки, зменшити емоційний стрес та покращити якість життя пацієнтів з онкологічними захворюваннями.

У сфері психоонкології етичні питання є надзвичайно важливими, оскільки вони стосуються не лише медичного лікування, але й психологічної підтримки та взаємовідносин між спеціалістами та пацієнтами. Однією з найважливіших етичних принципів є принцип автономії пацієнта, що означає повагу до його права на самовизначення та участь у процесі прийняття рішень щодо лікування та психологічної допомоги. Важливо, щоб психологи враховували індивідуальні побажання та переконання кожного пацієнта, дотримуючись принципу конфіденційності [13, 107].

Ще одним важливим аспектом є прозорість та правдивість у взаємодії з пацієнтами. Психоонколог повинен надавати інформацію про стан пацієнта, його прогноз та можливі методи лікування чесно та відкрито. Важливо уникати неправдивих обіцянок або заниження значення можливих ризиків, щоб пацієнт міг приймати обґрунтовані рішення щодо свого лікування [12, 33].

Також важливою є етика досліджень у психоонкології. Дослідники повинні дотримуватись принципів добровільності та згоди на участь у дослідженні, а також забезпечувати конфіденційність даних про учасників досліджень. Важливо також уникати будь-якої форми маніпуляції чи шкідливого впливу на психічний стан учасників досліджень [17, 82].

Окрім цього, етичність в психоонкології також означає повагу до культурних та етнічних особливостей пацієнтів. Психологи повинні бути чутливими до різних культурних контекстів та традицій, дотримуючись принципів культурної компетентності та безпеки взаємодії [24].

Загалом, етичні аспекти в психоонкології є невід'ємною складовою професійної практики та мають на меті забезпечення максимальної підтримки, безпеки та поваги до прав та гідності кожного пацієнта.

Освіта та тренінги для фахівців у галузі психоонкології відіграють важливу роль у підготовці кваліфікованих спеціалістів, які здатні надавати якісну

психологічну підтримку та допомогу онкологічним пацієнтам та їх родинам. Оскільки онкологічні захворювання мають значний психологічний вплив на пацієнтів, фахівці з психоонкології повинні мати відповідні знання та навички для ефективної роботи з ними.

Одним із ключових аспектів освіти у галузі психоонкології є отримання фахівцями поглиблених знань про психологічні аспекти онкології. Це включає вивчення психологічних реакцій пацієнтів на діагноз, стратегій копіngu зі стресом та тривогою, психотерапевтичних методик роботи з онкопацієнтами та їх родинами, а також етичних принципів взаємодії з ними [54].

Крім того, важливо, щоб фахівці з психоонкології мали практичний досвід у роботі з онкопацієнтами. Тренінги та практичні семінари надають можливість взаємодії з реальними пацієнтами, сприяючи розвитку навичок емпатії, слухання та співпраці. Такі практичні вправи допомагають фахівцям краще розуміти потреби та переживання онкопацієнтів та знаходити ефективні підходи до їхнього супроводу [23].

Не менш важливим є інтеграція психологічних та медичних знань у підготовці фахівців з психоонкології. Оскільки психоонкологи співпрацюють з медичним персоналом та іншими спеціалістами у процесі лікування онкопацієнтів, вони повинні мати розуміння медичних аспектів онкологічних захворювань, а також вміти взаємодіяти з медичними командами для досягнення оптимальних результатів лікування та підтримки пацієнтів .

Крім того, важливою частиною освіти для фахівців у галузі психоонкології є навчання навичкам самоопіки та запобігання вигоранню. Робота з онкопацієнтами може бути важкою та емоційно виснажливою, тому важливо навчитися ефективно впоратися зі стресом та зберігати психічне та емоційне благополуччя [16, 55].

Загалом, освіта та тренінги для фахівців у галузі психоонкології є ключовими для забезпечення якісної та ефективної психологічної підтримки онкопацієнтів та їх родин. Ці заходи допомагають розвивати не лише професійні навички, але й емпатію, співчуття та гуманістичний підхід до роботи з людьми, які зіткнулися з онкологічними захворюваннями.

1.4 Принципи медико-психологічної допомоги пацієнтам онкологічного профілю

Психологічна допомога в онкології є невід'ємною складовою комплексного лікування онкологічних захворювань. Основні принципи цієї допомоги визначаються як загальними етичними нормами психотерапевтичної практики, так і специфікою онкологічного контексту.

По-перше, одним з найважливіших принципів психологічної допомоги в онкології є індивідуалізація підходу до кожного пацієнта. Оскільки реакція на діагноз та процес лікування може бути дуже різним у кожного, психолог повинен враховувати унікальні особливості кожного пацієнта та створювати індивідуалізовані психологічні програми підтримки та терапії [5,73].

По-друге, важливим принципом є підтримка автономії та самовизначення пацієнта. Психолог повинен стимулювати участь пацієнта у процесі прийняття рішень щодо його лікування та психологічної підтримки, надаючи інформацію та ресурси для самостійного прийняття обґрунтованих рішень .

Крім того, принцип конфіденційності є важливою складовою психологічної допомоги в онкології. Психолог повинен забезпечити конфіденційність інформації, отриманої в процесі консультації та терапії, забезпечуючи пацієнту впевненість у захисті його особистої приватності [15, 37].

Для ефективної психологічної допомоги важливим є також принцип емпатії та співчуття. Психолог повинен виявляти розуміння та співчуття до емоційних переживань пацієнта, створюючи для нього безпечне середовище для висловлення своїх почуттів та емоцій [111].

Надто важливим принципом є також терапевтичне альянс - побудова відносини співпраці та довіри між психологом та пацієнтом. Створення підтримуючого та довірчого відносини є ключовим для успішного процесу психологічної допомоги [5].

Крім цього, важливим принципом є інтеграція психологічної допомоги в загальний медичний контекст лікування. Психолог повинен ефективно

співпрацювати з медичним персоналом та іншими спеціалістами для забезпечення комплексного підходу до лікування та підтримки пацієнта [203, 234].

Загалом, основні принципи психологічної допомоги в онкології базуються на етичних нормах, емпатії та індивідуальному підході до кожного пацієнта. Вони спрямовані на створення підтримуючого та довірчого середовища, де пацієнти можуть відчувати підтримку та знайти силу для подолання складнощів, пов'язаних із онкологічними захворюваннями.

В практиці психологічної допомоги в онкології особливу увагу приділяють індивідуальному підходу до кожного пацієнта, оскільки кожна людина має унікальні потреби, реакції та ресурси для подолання онкологічного діагнозу та лікування. Індивідуальний підхід полягає у врахуванні усіх аспектів життя та особистості пацієнта під час надання психологічної підтримки та допомоги.

У процесі індивідуалізованої роботи з пацієнтами психологи звертають увагу на їхні психологічні реакції на діагноз та лікування онкологічного захворювання. Деякі пацієнти можуть демонструвати високий рівень тривоги та страху, інші - пригніченість або відчуття втрати контролю. Залежно від індивідуальних особливостей, психологи розробляють індивідуальні психологічні стратегії та підходи для кожного пацієнта [7, 112].

Окрім того, важливим аспектом індивідуального підходу є урахування особистісних ресурсів та здібностей пацієнта до саморегуляції та копіngu зі стресом. Деякі люди можуть мати виражені психологічні стратегії, такі як позитивне мислення або релігійні переконання, які допомагають їм ефективно справлятися зі стресом. Психологи співпрацюють з пацієнтами, щоб визначити їхні індивідуальні механізми копіngu та розвивати їх для підтримки позитивного психічного стану [95, 110].

Також важливо враховувати контекст та соціокультурний фон пацієнта. Культурні та соціальні цінності можуть впливати на спосіб, яким пацієнти розуміють свій діагноз та приймають лікування. Психологи стараються розуміти ці особливості та адаптувати свої методи та підходи до індивідуальних потреб та уподобань кожного пацієнта.

Крім того, важливо враховувати фізичний стан та специфіку хвороби кожного пацієнта. Деякі лікувальні процедури можуть мати значний вплив на психічний стан та емоційний комфорт, тому психологи співпрацюють з медичним персоналом для мінімізації негативних психологічних наслідків лікування [112, 130].

Отже, індивідуальний підхід до кожного пацієнта відображається в унікальних стратегіях та методах психологічної підтримки та терапії, спрямованих на задоволення конкретних потреб та побажань кожного клієнта в контексті онкологічного лікування.

Техніки психологічного консультування та психотерапії в контексті онкологічних захворювань є надзвичайно важливими для забезпечення підтримки та покращення якості життя пацієнтів. Ці техніки базуються на різноманітних підходах та методах, спрямованих на розвиток психологічних ресурсів, підвищення емоційного благополуччя та покращення адаптації до хвороби.

Однією з ключових технік є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ). Цей підхід базується на ідеї, що наші думки, почуття та поведінка взаємопов'язані, і змінюючи один із цих аспектів, можна впливати на інші. У контексті онкології, КПТ може бути використана для роботи зі стресом, депресією, тривогою та іншими емоційними проблемами, з якими стикаються пацієнти. Ця техніка допомагає пацієнтам розробляти більш адаптивні мисленнєві та поведінкові стратегії, а також ефективно копіювати зі стресом [115].

Іншою важливою технікою є інтерперсональна терапія (ІПТ). Цей підхід фокусується на взаємозв'язках та комунікації між людьми і може бути корисним для роботи з проблемами міжособистісної взаємодії, які можуть виникнути у пацієнтів з онкологічними захворюваннями. ІПТ сприяє покращенню взаємин та підтримується розвитком здорових комунікаційних навичок, що допомагає пацієнтам покращити якість їхнього життя та адаптуватися до змін, пов'язаних з хворобою [29, 60].

Також важливою технікою є міндфулнес (свідомість). Ця практика спрямована на увагу на теперішній момент та свідоме сприйняття власних думок, почуттів та фізичних відчуттів. У психологічній роботі з пацієнтами з онкологічними захворюваннями, міндфулнес може бути використана для зменшення стресу,

поліпшення емоційного самопочуття та підвищення рівня самосприйняття. Практика медитації, дихальних вправ та інших методів міндфулнесу може допомогти пацієнтам краще впоратися зі стресом та тривогою, пов'язаними з онкологічним діагнозом [15, 67].

До інших ефективних технік психотерапії, які можуть бути використані у роботі з онкопацієнтами, належать арт-терапія, групова терапія, схемоорієнтована терапія та інші. Кожна з цих технік має свої унікальні особливості та може бути ефективною у певних випадках. Важливо мати широкий спектр інструментів та підходів для роботи з різними потребами та характеристиками пацієнтів з онкологічними захворюваннями.

Подальший розвиток технік психологічного консультування та психотерапії у сфері онкології також орієнтується на інтеграцію нових підходів та технологій, що відображає сучасні тренди в клінічній практиці та дослідженнях. Наприклад, використання цифрових технологій, таких як мобільні додатки та віртуальні платформи, стає все більш поширеним для надання психологічної підтримки та проведення психотерапевтичних сесій для онкологічних пацієнтів [37, 127]. Це дозволяє забезпечувати доступну та зручну форму підтримки, особливо в умовах пандемічних обмежень, коли традиційний контакт у приміщенні може бути обмежений.

Іншим новаторським напрямком є розвиток технологій віртуальної реальності (VR) для застосування в психотерапії онкопацієнтів. Віртуальна реальність дозволяє пацієнтам взаємодіяти з іммерсивними середовищами, що можуть створювати специфічні ситуації та сценарії для роботи з фобіями, тривогами та стресом. Наприклад, використання VR для експозиційної терапії може бути корисним для пацієнтів, які мають панічний страх перед процедурами лікування [21, 203].

Поряд з технологічними інноваціями, важливим аспектом розвитку технік психологічного консультування та психотерапії є постійне вдосконалення професійної освіти фахівців у цій галузі. Сучасні тренди у психологічній практиці вимагають від психологів постійного оновлення знань та навичок, включаючи

ознайомлення з новими техніками та методологіями, розвиток навичок культурної компетентності та вміння працювати з різними популяціями [42, 57].

У психологічній практиці також зростає популярність інтегративного підходу, що полягає в комбінації різних методів та підходів у рамках однієї терапевтичної сесії або індивідуального плану лікування. Наприклад, поєднання когнітивно-поведінкової терапії з елементами міндфулнесу та техніками емоційної регуляції може забезпечити комплексну та ефективну підтримку пацієнтам з онкологічними захворюваннями [26, 56].

Отже, розвиток технік психологічного консультування та психотерапії у сфері онкології нерозривно пов'язаний з інноваціями в області технологій, постійним вдосконаленням професійної освіти та усвідомленням необхідності інтегративного підходу до надання підтримки онкопацієнтам.

Комунікація між лікарем та пацієнтом в сфері онкології відіграє важливу роль у побудові довірливих відносин та забезпеченні ефективного лікування та психологічної підтримки. Цей аспект є ключовим для покращення якості життя пацієнтів, зменшення стресу та покращення результатів лікування.

Однією з важливих складових успішної комунікації є емпатія з боку лікаря. Лікар, який виявляє співчуття та розуміння до емоційного стану пацієнта, допомагає зменшити тривогу та підвищує віру в успішний вигляд лікування. Емпатія також сприяє підвищенню рівня задоволеності пацієнтів від взаємодії з медичним персоналом та підтримує їхню психічну стійкість [66].

Дуже важливою є також відкрита та чесна комунікація з пацієнтом щодо його діагнозу, прогнозу та планів лікування. Лікар повинен бути здатним пояснити складні медичні терміни в доступній формі, враховуючи особливості рівня освіти та розуміння конкретного пацієнта. Такий підхід сприяє формуванню довіри та співпраці між лікарем та пацієнтом, що в свою чергу може позитивно вплинути на відносини та результати лікування [33, 38].

Крім того, важливо враховувати індивідуальні потреби та побажання пацієнта щодо процесу лікування. Це може включати участь пацієнта в процесі прийняття рішень, обговорення можливих побічних ефектів лікування та врахування його

особистих цінностей та побажань щодо якості життя. Лікар повинен бути готовий слухати пацієнта, його побоювання та питання, та надавати належні відповіді та підтримку [22, 53].

Для ефективної комунікації також важливо використовувати невербальні засоби спілкування, такі як жести, міміка та контакт очей. Ці засоби можуть допомогти створити атмосферу довіри та взаєморозуміння, а також допоможуть лікареві краще розуміти потреби та емоційний стан пацієнта.

Загалом, побудова довірливих відносин між лікарем та пацієнтом в онкології базується на емпатії, відкритості та індивідуальному підході до кожного пацієнта. Такий підхід дозволяє забезпечити ефективну підтримку та лікування, а також покращує якість життя онкопацієнтів.

Роль групової підтримки та самопомоги в контексті онкології не може бути недооцінена. Групова підтримка сприяє створенню сприятливого середовища, де пацієнти можуть відчувати підтримку, розуміння та співпереживання з боку однолітків та осіб, які знаходяться у подібній ситуації. Це допомагає зменшити почуття самотності та ізоляції, що часто виникають у пацієнтів з онкологічними захворюваннями [12, 54].

Участь у групах підтримки також може сприяти обміну досвідом та інформацією між учасниками, що дозволяє зрозуміти, що інші пацієнти також зіткнулися з подібними викликами та знайшли способи їх подолання. Це може збільшити самоповагу та впевненість у власних можливостях у пацієнтів [28, с. 102].

Однією з важливих переваг групової підтримки є можливість вираження емоцій та думок у безпечному середовищі. Учасники можуть ділитися своїми страхами, тривогами та переживаннями, отримуючи відповідь та підтримку з боку інших учасників та фахівців, що сприяє релаксації та зниженню рівня стресу [36, с. 248].

Групова підтримка також може сприяти розвитку соціальної підтримки та міжособистісних відносин. Учасники можуть встановити позитивні зв'язки, які перебувають поза рамками групових зустрічей, що сприяє підтримці та взаємопідтримці навіть поза групою [18, 57].

Нарешті, групова підтримка може сприяти підвищенню мотивації та заохоченню до активності. Підтримка з боку інших учасників, а також можливість відчувати, що вони не самі в своїй боротьбі, може надихнути пацієнтів на подальші зусилля у лікуванні та підтримці власного здоров'я [9, 59].

Отже, групова підтримка та самопомога відіграють важливу роль у психологічній підтримці онкологічних пацієнтів, сприяючи зменшенню почуття самотності, підвищенню рівня підтримки та співпраці, а також збільшенню мотивації та психологічного благополуччя.

Психоосвітні програми для пацієнтів та їх сімей в онкології відіграють важливу роль у наданні необхідної інформації, розвитку навичок управління емоціями та стресом, а також підвищенні рівня розуміння та підтримки. Ці програми можуть бути спрямовані на різні аспекти життя пацієнтів з онкологічними захворюваннями, включаючи психологічну підготовку до лікування, міжособистісні відносини, способи подолання стресу, психологічні наслідки хвороби та її лікування, а також засоби самопомоги для пацієнтів та їхніх близьких.

Однією з важливих складових психоосвітніх програм є надання інформації про онкологічні захворювання, їхні причини, симптоми, методи діагностики та лікування. Це дозволяє пацієнтам та їхнім сім'ям краще розуміти ситуацію та приймати обмірковані рішення щодо лікування та подальшого догляду [7, 67].

Крім того, психоосвітні програми можуть включати тренінги з управління емоціями та стресом. Ці тренінги надають учасникам навички релаксації, дихальні вправи, медитацію та інші техніки, які допомагають знизити рівень тривоги та стресу, покращити емоційний стан та загальний самопочуття [14, 22].

Психоосвітні програми також можуть включати сесії з психологічної підтримки, які дозволяють учасникам вільно висловлювати свої емоції, думки та страхи щодо хвороби та лікування. Ці сесії сприяють створенню підтримуючого середовища, де учасники можуть взаємодіяти, спілкуватися та ділитися досвідом з іншими людьми, які знаходяться у подібній ситуації [21, 78].

Крім цього, психоосвітні програми можуть включати навчання навичкам комунікації та спілкування з лікарями, родичами та іншими учасниками медичного

персоналу. Це допомагає пацієнтам та їхнім сім'ям ефективно спілкуватися з медичним персоналом, висловлювати свої потреби та отримувати необхідну допомогу [30, 200].

Важливо враховувати індивідуальні потреби та характеристики кожного пацієнта та його сім'ї під час розробки та реалізації психоосвітніх програм. Забезпечення доступності та індивідуалізація таких програм дозволяють максимально задовольняти потреби та вимоги різних груп пацієнтів та їхніх близьких [42].

Професійне вигорання, або бурн-аут, є серйозною проблемою для фахівців у галузі охорони здоров'я, зокрема тих, хто працює з онкопацієнтами. Це стан емоційного, психологічного та фізичного виснаження, який виникає в результаті тривалого стресу та перевантаження на роботі. Профілактика професійного вигорання у фахівців, що працюють з онкохворими, включає ряд стратегій та підходів для збереження їхнього фізичного та психічного здоров'я.

Однією з ключових стратегій є створення підтримуючого та сприятливого робочого середовища. Це включає в себе розробку політики організації, яка підтримує здоров'я та благополуччя працівників, встановлення режиму роботи, який дозволяє відпочивати та відновлюватися, а також створення можливостей для професійного розвитку та підтримки.

Далі, важливо навчити фахівців ефективно керувати стресом та відновлюватися після напруженого робочого дня. Це може включати в себе навчання технік релаксації, медитації, йоги або інших способів зниження рівня стресу. Важливо також стимулювати здоровий спосіб життя, включаючи правильне харчування, фізичну активність та відпочинок [107].

Одним з ефективних методів профілактики вигорання є регулярні психологічні консультації та підтримка. Фахівці, що працюють з онкохворими, часто зіткнуться з великим навантаженням емоційної роботи та стресом. Регулярні консультації з психологом або психотерапевтом можуть допомогти їм вирішувати емоційні труднощі та зберігати психічне здоров'я.

Крім того, важливо навчити фахівців ефективним стратегіям саморегулювання та самопідтримки. Це може включати в себе вміння визначати свої межі, вчасно просити допомоги та знаходити способи відпочинку та відновлення енергії. Також важливо навчити їх впевнено висловлювати свої потреби та обмеження перед керівництвом та колегами [189].

Узагальнюючи, профілактика професійного вигорання у фахівців, що працюють з онкохворими, вимагає комплексного підходу, який включає створення сприятливого робочого середовища, навчання стратегіям керування стресом та емоціями, підтримку психологічного здоров'я та навички саморегулювання. Важливою є також роль керівництва в організації, яке забезпечує підтримку та ресурси для збереження здоров'я та благополуччя працівників [175].

Розробка індивідуальних планів психологічної реабілітації для пацієнтів, що пережили онкологічні захворювання, є важливим етапом їхнього відновлення та адаптації після лікування. Цей процес має на меті забезпечити пацієнтам психологічну підтримку, допомогти їм змінити свій психологічний стан та адаптуватися до нової життєвої ситуації.

Першим кроком у розробці індивідуального плану реабілітації є оцінка потреб та ресурсів кожного конкретного пацієнта. Це включає в себе врахування психологічного стану пацієнта, його рівня фізичної та емоційної здатності до реабілітації, а також соціального та побутового контексту [12, 140]. Наприклад, якщо пацієнт відчуває психологічну тривогу або депресію після закінчення лікування, важливо включити в план реабілітації психотерапевтичні сесії та підтримку від психолога.

Далі, враховуючи індивідуальні потреби та можливості пацієнта, розробляється комплексний план дій. Цей план може включати різні види підтримки та інтервенцій, таких як індивідуальні або групові психологічні консультації, участь у психологічних тренінгах або реабілітаційних програмах [23, 204]. Крім того, важливо врахувати можливість залучення доцільних ресурсів зовнішньої підтримки, таких як підтримка родини, спільноти або професійних організацій.

Особливу увагу в індивідуальному плані реабілітації слід приділити відновленню психосоціальних навичок та підтримці у зміні життєвого стилю. Наприклад, якщо пацієнт втратив роботу через захворювання, важливо розробити план пошуку нової роботи або зайнятості, а також підтримати його у процесі адаптації до нової робочої ситуації [37, 201].

Не менш важливою частиною індивідуального плану реабілітації є навчання стратегіям саморегуляції та копіngu. Пацієнти повинні вміти ефективно впоратися зі стресом, розуміти свої емоції та вміти шукати підтримку, коли це необхідно. Тому в плані реабілітації можуть бути включені тренінги з навчання стратегіям релаксації, медитації, а також розвиток соціальних навичок та міжособистісних відносин [23].

У кінцевому результаті, індивідуальний план реабілітації має бути адаптований до конкретних потреб та можливостей кожного пацієнта, забезпечуючи комплексну та індивідуалізовану підтримку у відновленні психологічного благополуччя та соціальної адаптації [44, 78].

Впровадження інноваційних методів та технологій у практику медико-психологічної допомоги є ключовим аспектом в сучасній психоонкологічній практиці. Швидкий технологічний прогрес відкриває нові можливості для покращення якості та доступності психологічної допомоги пацієнтам з онкологічними захворюваннями.

Однією з інноваційних практик у психоонкології є використання телемедицини та віддалених консультацій. Це дозволяє пацієнтам отримувати консультації психолога безпосередньо у своєму домі, що особливо важливо для тих, хто перебуває у віддалених районах або має обмежений доступ до медичних установ [15, с. 203]. Технології віртуальної реальності також використовуються для створення іммерсивних терапевтичних середовищ, які можуть допомогти пацієнтам у релаксації та зниженні стресу [32, 87].

Другим важливим напрямком інновацій є використання штучного інтелекту та аналізу даних для персоналізації психологічної допомоги. Сучасні алгоритми можуть аналізувати великі обсяги клінічних даних та відповіді пацієнтів, щоб автоматично адаптувати терапевтичний підхід до конкретних потреб кожного пацієнта [22, 104].

Наприклад, системи машинного навчання можуть аналізувати мовні вирази та поведінкові ознаки пацієнтів для ідентифікації їхніх емоційних станів та потреб у підтримці.

Ще одним інноваційним підходом є використання віртуальної реальності для проведення терапевтичних сесій та тренування копінг-навичок. Пацієнти можуть бути піддані симуляціям стресових ситуацій та навчатися ефективно реагувати на них в безпечному середовищі [18, 92]. Це може допомогти пацієнтам розвинути стратегії саморегуляції та копінгу, які вони можуть використовувати в реальних життєвих ситуаціях.

Крім того, інноваційні методики включають в себе розробку мобільних додатків та онлайн-платформ для психологічної підтримки та навчання копінг-стратегій. Ці додатки можуть надавати пацієнтам доступ до різноманітних інструментів та ресурсів, таких як медитаційні вправи, онлайн-групи підтримки та інтерактивні програми для самонавчання [25, 100].

У цілому, впровадження інноваційних методів та технологій у практику медико-психологічної допомоги дозволяє забезпечити більш ефективну, доступну та персоналізовану підтримку для пацієнтів з онкологічними захворюваннями. Це допомагає знизити психологічний дистрес, поліпшити якість життя та підвищити результативність лікування [41, 49].

Співпраця з міжнародними організаціями та участь у дослідницьких проектах в сфері медико-психологічної допомоги є важливими складовими для покращення якості та ефективності лікування онкологічних захворювань. Сучасна психоонкологія активно співпрацює з різними міжнародними організаціями, такими як Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), Міжнародне агентство з дослідження раку (IARC), Міжнародне товариство психосоціальної онкології (IPOS) та іншими, для спільної розробки стратегій та стандартів у галузі психологічної підтримки онкологічних пацієнтів та їх сімей.

Участь у міжнародних дослідницьких проектах дозволяє отримувати доступ до передових методів та практик у психоонкології, а також обмінюватися досвідом з провідними фахівцями з усього світу. Спільні дослідження дозволяють виявляти

ключові проблеми та виклики у сфері психологічної підтримки онкопацієнтів та розробляти інноваційні підходи до їх вирішення.

Одним з прикладів такої співпраці є проект "Міжнародна ініціатива з психосоціальної підтримки онкопацієнтів", який об'єднує фахівців з усього світу для спільного вивчення психологічних аспектів онкологічних захворювань та розробки рекомендацій щодо підвищення якості психосоціальної підтримки [17, 55]. Цей проект включає участь у міжнародних конференціях, обмін досвідом та спільні дослідження в галузі психоонкології.

Крім того, співпраця з міжнародними організаціями дозволяє залучати до процесу психологічної підтримки онкопацієнтів різноманітних культурних та соціальних груп, забезпечуючи більш ефективну та доступну допомогу для всіх пацієнтів незалежно від їхнього походження та соціального статусу. Це особливо важливо у зв'язку з різноманітністю культурних переконань та психологічних потреб у різних регіонах світу.

В цілому, співпраця з міжнародними організаціями та участь у міжнародних дослідницьких проектах стають важливими інструментами для покращення якості медико-психологічної допомоги та забезпечення оптимального психосоціального благополуччя для онкопацієнтів та їхніх сімей [133].

Висновки до розділу 1.

Узагальнення теоретико-методологічного аналізу, систематизації інформації з наукових джерел, контент-аналізу, аналізу існуючих програм медико-психологічної допомоги, описаних в даному розділі, дозволяє сформулювати наступні висновки:

1. Медико-психологічні аспекти в онкології пов'язані із психологічним супроводом пацієнтів онкологічного профілю на всіх етапах лікування. Завдяки мультидисциплінарному підходу до лікування онкологічних пацієнтів, де, окрім лікарів соматичного профілю, залучені ще й спеціалісти із ментального здоров'я, можна досягнути кращих результатів відносно психологічного стану пацієнта.

Завдяки цьому можна встановити довірчі взаємовідносини із пацієнтом, допомогти пацієнту не втрачати надію на лікування, що значно підвищує комлаєнс.

2. Згідно опрацьованих джерел, копінг становить ядро стрес-долаючої поведінки. Таким чином, дослідивши схилоності конкретного індивіда до певних моделей копінгу, та оцінивши їх адаптивність, можна спрогнозувати динаміку психологічної дезадаптації пацієнтів до онкологічного діагнозу. У свою чергу це дозволяє виявити психологічні проблеми під час, на, навіть, до формування значної дезадаптації в пацієнта.

3. Психоонкологія є комплексною міждисциплінарною галузю знань, що поєднує в собі дослідження психологічного, соціального, медичного, юридичного та багатьох інших профілів. В даному дослідженні зокрема розглядається психоонкологія в аспекті медичного знання. Це дозволяє структурувати психоонкологічну допомогу онкологічним хворим та вибудувати взаємозв'язки між різними аспектами психосоціального буття онкологічного пацієнта, а, отже, вплинути на розвиток можливих психологічних проблем комплексно та застосовувати методи психологічної профілактики, задля зменшення ризиків наростання дистресу.

4. Медико-психологічна допомога пацієнтам онкологічного профілю в Україні не має визначених обсягів та не має структурованого задіяння в комплекс лікувальних заходів. Через це значна кількість необхідної психологічної роботи може не проводитись в достатньому для пацієнта обсязі. Крім того, досліджуючи літературні джерела, можна побачити тенденцію, що більшість досліджень психологічної роботи на онкологічних пацієнтах несуть більше описовий характер. Дослідники значно частіше оцінюють психологічні феномени в цієї групи пацієнтів без втручання в процес, але рідше намагаються дослідити як психокорекційні заходи можуть вплинути на ці феномени.

Результати, викладені в даному розділі, опубліковано в наступних наукових працях автора:

1. Становський, Б. (2023). Оцінка ефективності програми психокорекції для пацієнток із вперше діагностованою онкологічною патологією. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 8(4), e0804503. <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v8i4.503>
2. Stanovskiy, B. (2023). Mechanisms of stress-overcoming behavior in women with oncopathology. *Journal of Education, Health and Sport*, 50(1), 181–190. <https://doi.org/10.12775/JEHS.2023.50.01.015>
3. Stanovskiy, B. (2024). Psychological help for patients with cancer. *Journal of Education, Health and Sport*, 52, 242–253. <https://doi.org/10.12775/JEHS.2024.52.110>

РОЗДІЛ 2. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДИЗАЙНУ, КОНТИНГЕНТУ І МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Дизайн та етапи організації дослідження.

Дослідження можна умовно поділити на 4 етапи, що відповідали вирішенню поставлених задач (Рис 2.1). Дані були зібрані шляхом заповнення опитувальників учасниками дослідження в два етапи: до початку психокорекційної програми та після її завершення.

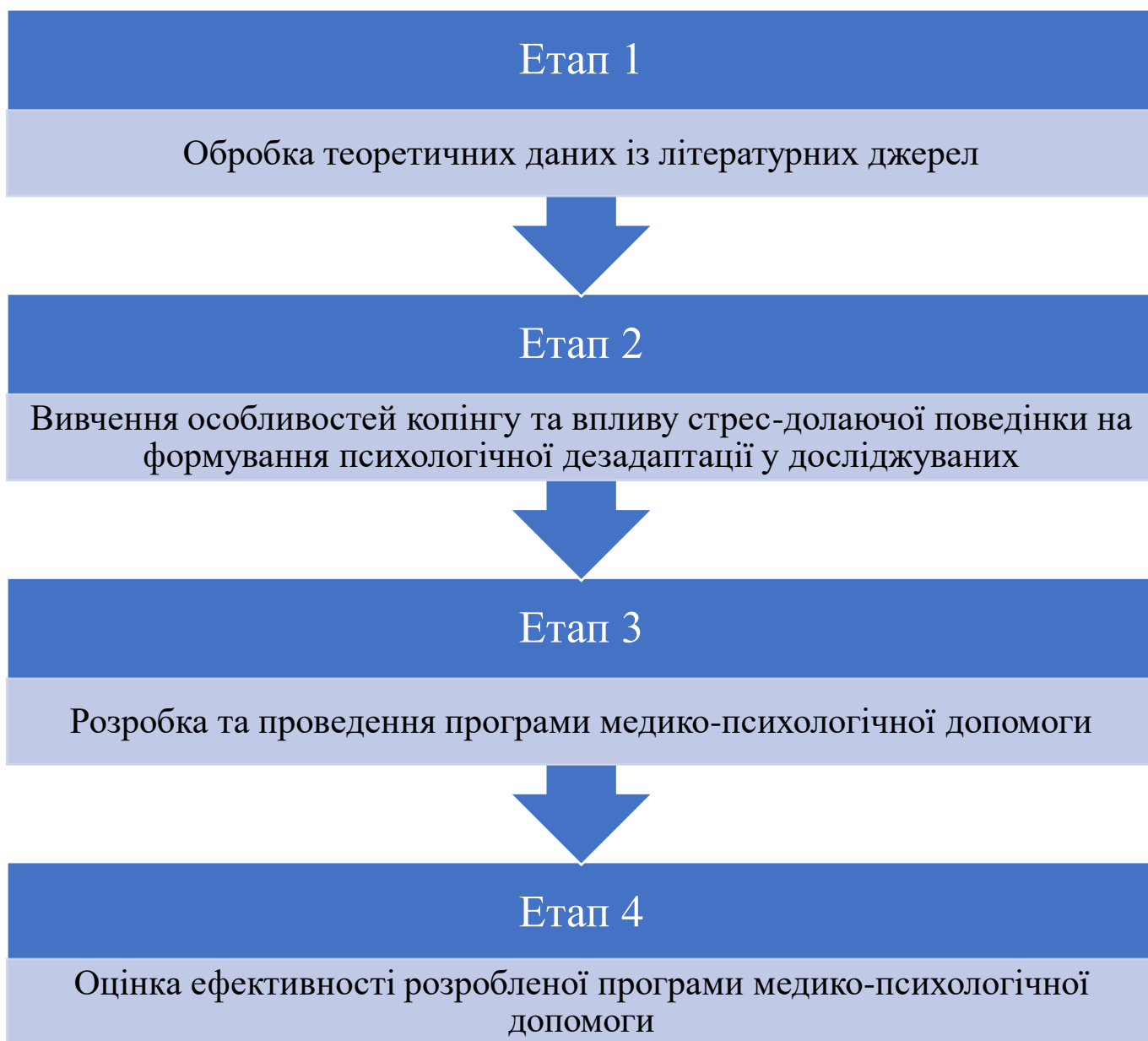


Рис. 2.1 Етапи дослідження

Етап 1 полягав у аналізі актуальної наукових статей та актуальної наукової літератури, присвячених темам копінгу, психонкології та представлений у Розділі 1.

Етап 2 полягав у вивченні особливостей вибору, застосування та напруженості копінг-стратегій, формування копінгового профілю та стану копінг-ресурсів, а також особливостей прояву та впливу стрес-долаючої поведінки на формування психологічної дезадаптації у даного контингенту за допомогою психодіагностичних методик, описової статистики, порівняння його особливостей у різних демографічних груп, кореляційного та регресійного аналізу, та відновлення психічного здоров'я шляхом удосконалення медико-психологічної допомоги пацієнткам з вперше діагностованою онкологічною патологією сфери жіночого здоров'я в умовах хронічного соціального стресу.

Під час **Етапу 2** відбувався скрінінг на відповідність критеріям включення/виключення, підписання поінформованої згоди, первинне психодіагностичне обстеження та визначення клініко-психологічних показників учасниць дослідження. Всі види взаємодії з учасниками (скрінінгова оцінка відповідності критеріям включення та підписання поінформованої згоди, психодіагностичне обстеження та психокорекція) на всіх етапах дослідження відбувалися у хірургічному, гінекологічному хірургічному, поліклінічному та хімотерапевтичних відділеннях Комунального Некомерційного Підприємства «Київський Міський Клінічний Онкологічний Центр» Аналіз результатів, отриманих на цьому етапі, представлений у Розділі 3.

Етап 3 полягав у розробці комплексу заходів медико-психологічної допомоги на основі аналізу отриманих даних із попередніх етапів, та її проведенні. Після проведення Етапу 2 усіх учасників було поділено на дві групи – групу втручання та групу порівняння. Учасники *групи втручання* проходили стандартну стаціонарну медико-психологічну реабілітацію згідно протоколів і гайдлайнів і додатково залучалися до розробленої програми медико-психологічної допомоги. Учасники *групи порівняння* проходили стандартну стаціонарну медико-психологічну допомогу та були включені до листа очікування та мали можливість залучитись до програми психокорекції після групи дослідження. Стандартна медико-психологічна допомога

включала в себе клінічне обстеження, фармакотерапію, психодіагностику, психологічні бесіди без специфічних психологічних інтервенцій. З практичних міркувань учасники та дослідник не були засліплені під час розподілу на групи.

Етап 4 полягав в оцінці ефективності розробленої програми медико-психологічної допомоги шляхом повторної психодіагностичної оцінки та клініко-психологічних особливостей і порівняння результатів груп між собою та з початковими рівнями показників за допомогою методів аналітичної статистики. Повторна психодіагностична оцінка відбувалася по завершенню перебування в стаціонарі і проходженню всіх сесій програми психокорекції.

2.2. Характеристика досліджуваної вибірки та процедура залучення

Всього було досліджено 120 пацієток із вперше діагностованою онкологічною патологією жіночої сфери здоров'я. Залучення учасників відбувалося в період з грудня 2022 по грудень 2023.

Вибірка для цього дослідження складалася з пацієнтів, які проходили лікування в КНП «Київський міський клінічний онкологічний центр».

Критерії включення були наступними: наявність підтвердженого діагнозу онкологічного захворювання, вік від 18 років та вище, та згоду на участь у дослідженні.

Критерії виключення включали наявність психічних розладів, які можуть вплинути на здатність адекватно відповідати на опитувальники, та наявність інших тяжких хронічних захворювань.

Пацієнти могли бути залучені в дослідження в разі відповідності всім критеріям включення та виключення (табл. 2.1) .

Таблиця 2.1.

Критерії включення та виключення учасників

Критерії	Включення	Виключення
Вік	Від 18 років і старше	-
Діагноз	Підтверджений онкологічний вперше виявлений	
Згода	Надана інформована згода	Відсутність згоди
Психічні розлади	Відсутні	Наявність психічних розладів
Хронічні захворювання	Немає, або не впливають на результати дослідження	Наявність тяжких хронічних захворювань

Етапи відбору учасників, які відповідали критеріям включення представлені на діаграмі (рис. 2.2) згідно Консолідованих стандартів звітності про дослідження CONSORT (Schulz та ін., 2010). На етапі відбору потенційних учасниць дослідження було проаналізовано 143 пацієнтки із впершедіагностованою онкологічною патологією жіночої сфери здоров'я на різних етапах захворювання. Після ретельної оцінки цих пацієнток на відповідність відносно критеріїв невключення/виключення було виявлено, що 13 пацієнток не проходять оцінку за цими критеріями. Крім того, 10 пацієнток виявили бажання покинути дослідження через сімейні та соціальні обставини (основними причинами були зміна місця проживання, погіршення соматичного стану тощо.). Таким чином у дослідженні взяли участь 120 пацієнток. Після рандомізації, пацієнтки були розподілені на дві групи: групу дослідження та групу контролю по 60 осіб в кожній.

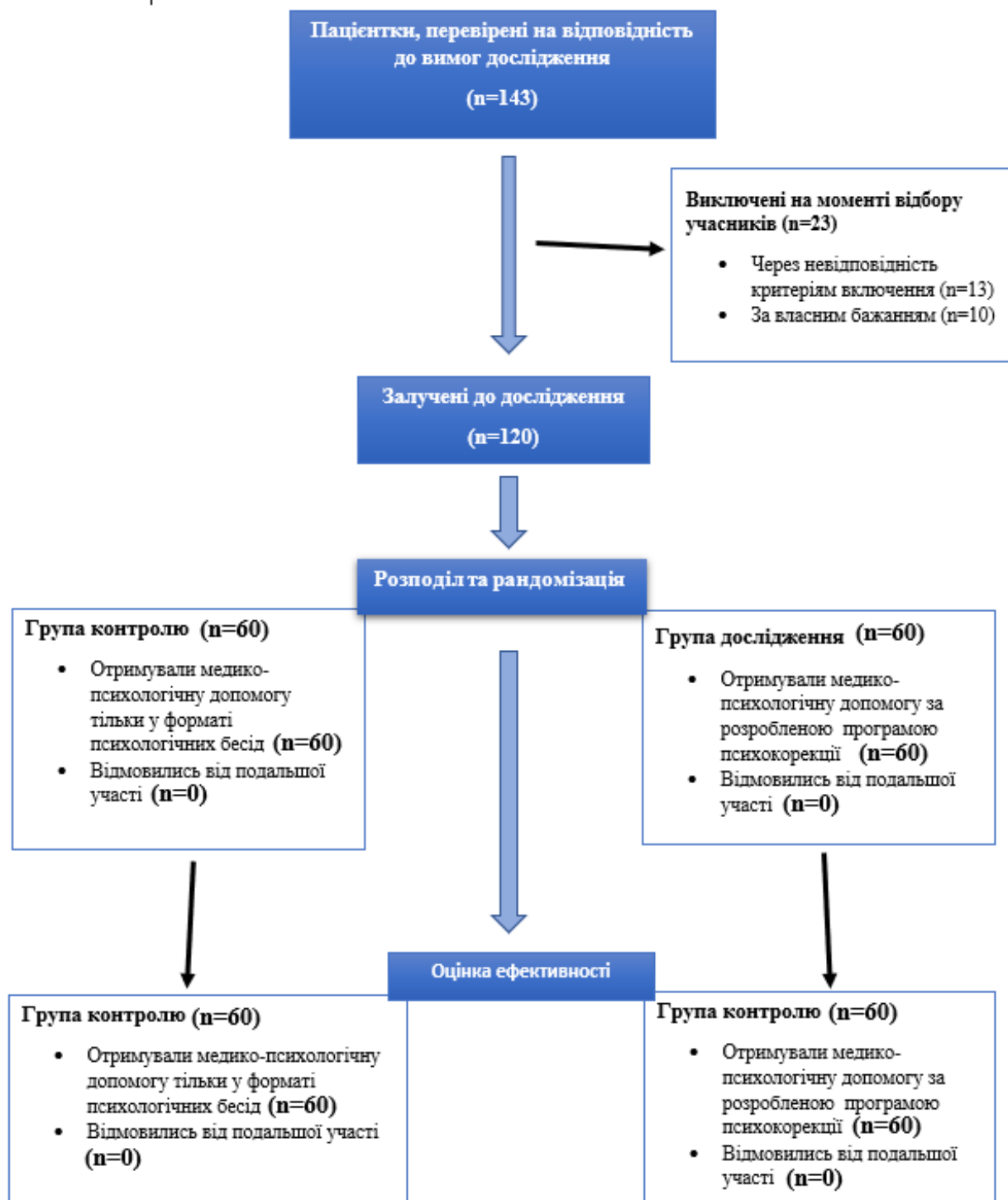


Рис. 2.2 Залучення/виключення учасників в дослідження згідно рекомендацій CONSORT

Усі учасниці надали свою інформовану згоду в письмовій формі після повного роз'яснення процедур дослідження. Дослідження відповідає Гельсінкській декларації та перед початком набору учасників Комісія з біоетичної експертизи та етики

наукових досліджень Національного медичного університету імені Богомольця зробила висновок, що дослідження не буде містити підвищеного ризику для суб'єктів дослідження та буде виконано з урахуванням існуючих біоетичних норм та наукових стандартів щодо проведення клінічних досліджень із залученням пацієнтів.

Особливості оформлення «Поінформованої згоди» під час залучення до дослідження. Пацієнти були запрошені до участі в дослідженні та проінформовані зрозумілою для них мовою щодо факторів, які могли впливати на їх рішення приймати участь. Після того, як вони були проінформовані, їхня згода була закріплена в письмовій формі. Оформлення “поінформованої згоди” відбувалось у відділенні, де проходили лікування учасниці дослідження, без відриву від процесу терапії. Для забезпечення психологічного комфорту оформлення поінформованої згоди відбувалось в окремому приміщенні при відсутності інших пацієнтів чи медичного персоналу, з можливістю задавати будь-які запитання.

Деякі питання інтерв'ю та діагностичних шкал, а також деякі обговорювані при психокорекції проблеми могли торкатися особистих та/або емоційно тяжких тем, що могло призвести до виникнення дистресу та негативних емоційних станів, наприклад таких, як тривожність чи пригніченість, проте такі ефекти зазвичай є минущими. Дане дослідження не передбачає надзвичайних ситуацій, однак у випадку виникнення таких пацієнтові була б надана необхідна допомога.

Користь для пацієнтів полягає в отриманні учасниками дослідження розгорнутої інформації про власні психологічні особливості; розвитку поведінки та способів мислення, що сприяли конструктивному подоланню труднощів та стресу, зменшенні проявів тривоги та депресії; покращенні когнітивного функціонування, зменшенні тяжкості симптомів стресу та нейроповедінкових симптомів, покращення якості життя. По завершенню дослідження учасниці мали змогу ознайомитися з його результатами, що було корисним для їхнього розуміння себе та інших.

Дане дослідження виконувалось в рамках науково-дослідної роботи на тему «Динамічна біопсихосоціальна модель медико-психологічної допомоги (діагностика, терапія, реабілітація, профілактика) пацієнтам багатопрофільних лікарень у швидко мінливому асоціативно-кризовому соціумі», що проводиться кафедрою медичної

психології, психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету імені Богомольця (№ державної реєстрації 0119U103910).

Медична та соціальна характеристика досліджуваної вибірки.

Середній вік учасників дослідження становив 36 ± 7 років (табл. 2.2). Мінімальний вік склав 24 роки, максимальний 64 роки. Всі учасники були жіночої статі. Більше половини були заміжні (98 учасниць / 81.6%), без пари були 22 учасниці (18.4%). Медіана кількості років освіти склала 12 .

Таблиця 2.2

Загальна соціальна характеристика досліджуваної вибірки пацієнток.

Соціальна характеристика	Показник
Середній вік	36 \pm 7 років
Заміжні	98 осіб
Незаміжні	22 осіб
В середньому років освіти	12 років

В рамках оцінки історій хвороби досліджуваних, було виявлено, що найбільша кількість пацієнток (n=40) мала рак молочної залози, що складає близько 40% від загальної кількості досліджуваних (n=120). Пацієнтки із раком яєчників склали 33 особи, що становить 28% від загальної кількості досліджуваних. Діагноз раку шийки матки був у 22 пацієнток, що складає 18% від загальної кількості. Решта пацієнток, 14% від загальної кількості (n=17), мали встановлений рак ендометрію. (табл 2.3)

Таблиця 2.3

Характеристика досліджуваної вибірки пацієток за видом онкологічного захворювання

Вид раку	Абсолютна кількість	Відсоткове відношення
Рак молочної залози	48	40%
Рак яєчників	33	28%
Рак шийки матки	22	18%
Рак ендометрію	17	14%
РАЗОМ	120	

Серед досліджуваної групи пацієток зустрічалися всі чотири стадії онкологічного захворювання. У 37 пацієток була I стадія захворювання (30.83%), у 53 – II стадія (44.17%). III стадія була виявлена у 26 пацієток, що становить 21.67% від загальної кількості досліджуваних. У решти пацієток (n=4), приблизно 3.33% від загальної кількості досліджуваних, була виявлена IV стадія онкологічного захворювання. (табл. 2.4)

Таблиця 2.4

Характеристика досліджуваної вибірки пацієток за стадіями захворювання

Стадія онкологічного захворювання	Абсолютна кількість	Відсоткове відношення
I	37	30.83%
II	53	44.17%
III	26	21.67%
IV	4	3.33%

За віковою характеристикою, усіх пацієток можна було розподілити на п'ять вікових груп (табл. 2.5). Вікова група від 36 до 45 років була найчисленнішою – 32 особи, що становить 26.67% від загальної кількості. Вікові групи від 26 до 35 років (n

=28) та від 46 до 55 років (n=23) становили 23.33% і 19.17% відповідно. Найменшими виявились групи від 18 до 25 років (n=20) та від 56 до 65 років (n=17) - 16.67% та 14.17% від загальної кількості відповідно.

Таблиця 2.5

Характеристика досліджуваної вибірки пацієнок за віком

Стадія онкологічного захворювання	Абсолютна кількість	Відсоткове відношення
від 18 до 25	17	14.17%
від 26 до 35	28	23.33%
від 36 до 45	32	26.67%
від 46 до 55	23	19.17%
від 56 до 65	20	16.67%

2.3. Методи дослідження

Теоретичні методи: теоретико-методологічний аналіз проблеми, систематизація інформації з літературних джерел, контент-аналіз, аналіз прототипів, порівняння та узагальнення даних.

Соціально-демографічний метод: вивчення розподілу досліджуваних пацієнок за віком, соціальним статусом, стадійністю захворювання та локалізацією онкологічного захворювання.

Клініко-психологічний метод: структуроване інтерв'ю та аналіз медичної документації метою визначення анамнестичних особливостей життя та здоров'я пацієнта, ранніх записів про його стан, якісних характеристик психічного стану обстежуваних.

Психодіагностичний метод:

Всі учасники були проінформовані про цілі дослідження та надали згоду на участь.

Виявлення стратегій адаптації до онкологічного діагнозу проводили за опитувальником MiniMAC, дані про загальну характеристику копінг-стратегій в досліджуваній вибірці були отримані за допомогою опитувальника подолання стресу COPE. Для оцінки рівнів тривоги та депресії було використано опитувальник HADS, якість життя оцінювали за школою якості життя Чабана О.С. (CQLS).

Опис психодіагностичного інструментарію:

Шкала Mini-MAC: Шкала використовується для оцінки стратегій адаптації, які пацієнти застосовують для впорядкування зі своїм захворюванням. Шкала Mini-MAC (Mini Mental Adjustment to Cancer) розроблена для оцінки психологічної адаптації до онкологічного діагнозу. Цей інструмент дозволяє виміряти копінг-стратегії, які пацієнти застосовують для впорядкування свого життя після діагнозу. Mini-MAC включає декілька підшкал, зокрема «Боротьба», «Стоїцизм», «Безпорадність/безнадійність» та «Занепокоєння». Кожна підшкала містить низку тверджень, до яких респонденти висловлюють свою згоду або не згоду за п'ятибальною шкалою. Результати дають уявлення про домінуючий тип адаптації пацієнта до хвороби, що є ключовим для розробки індивідуальних планів психологічної підтримки.

Шкала COPE: Шкала для оцінки загальних копінг-стратегій, які люди використовують для впорядкування зі стресом. Ця шкала охоплює широкий спектр стратегій, включаючи активне вирішення проблем, заперечення, прийняття, пошук соціальної підтримки, планування, позитивне переосмислення та інші. Оцінюючи, як пацієнти реагують на стрес пов'язаний з онкологічним діагнозом та лікуванням, можна виявити ефективні та неефективні стратегії подолання, що в свою чергу дозволяє направити пацієнтів на більш адаптивні форми поведінки.

Госпітальна шкала тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS). Розроблена Zigmond & Snaith (Zigmond & Snaith, 1983)

Шкала HADS призначена для оцінки рівнів тривоги та депресії у людей з соматичними захворюваннями. Цей інструмент складається з двох підшкал, кожна з яких містить 7 пунктів, що дозволяє окремо оцінити тривогу та депресію. Шкала

HADS корисна для виявлення психологічних проблем, які можуть потребувати подальшого втручання або лікування.

HADS є валідним інструментом ($\alpha=0.94$) для діагностики емоційних станів, таких як тривога та депресія. Шкала містить 14 тверджень і дві субшкали: субшкалу HADS-A (тривожність), яка включає непарні твердження 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13; і субшкалу HADS-D (депресія), яка включає парні твердження 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14. Кожне питання субшкал оцінюється від 0 до 3 (Voxley та ін., 2016). Мінімальний бал для кожної субшкали становить 0 балів, максимально можливим є 21 бал. Вищий бал означає тяжчі симптоми. Переклад та адаптація українською виконані Агаєвим Н.А. та ін. (Агаєв та ін., 2016).

Шкала оцінки якості життя CQLS, призначена для оцінки, як онкологічні захворювання впливають на загальне самопочуття пацієнтів та їхнє сприйняття якості життя. Цей інструмент дозволяє визначити, які аспекти життя найбільше постраждали від хвороби та лікування, що є важливим для розробки комплексних програм реабілітації.

Шкала оцінки рівня якості життя (CQLS) розроблена Чабаном О.С. та ін. шкала містить 10 питань щодо задоволеності різними аспектами життя, кожне з яких слід оцінити за 11-бальною шкалою від 0 (зовсім не задоволений) до 10 (надзвичайно задоволений) (Chaban та ін., 2016). Є самоопитувальником. Кількість балів по кожному твердженню підсумовується та вираховується загальний бал. Мінімально можливий бал – 0 б., максимально можливий – 100 б. Шкала має 5 ступенів задоволеності якістю життя: вкрай низький (0-56 балів), низький (57-66 балів), середній (67-75 балів), високий (76-82 бали), дуже високий (83-100 балів). Має гарну внутрішню узгодженість ($\alpha =0.905$), надійність ($r=0.923$), конвергентну та дискримінантну валідність (Chaban та ін., 2016). Для встановлення кількісної основи для оцінки рівня клінічної значущості для цієї шкали було недостатньо даних інших досліджень.

Розрахунок розміру вибірки. Для виявлення відмінностей в 3 бали за опитувальником Mini-MAC, приймаючи стандартне відхилення рівним 5 балів, було необхідно по 44 особи в основну групу і групу порівняння. Для виявлення

відмінностей в 7 балів за шкалою COPE, приймаючи стандартне відхилення рівним балів 10,86, було необхідно по 38 осіб в основну групу і групу порівняння. Для виявлення відмінностей в 2 бали за шкалою HADS, приймаючи стандартне відхилення рівним 3 бали, було необхідно по 35 осіб в основну групу і групу порівняння. Для виявлення відмінностей в 2 бали за шкалою HADS, приймаючи стандартне відхилення рівним 5 балів, було необхідно по 24 особи в основну групу і групу порівняння. Для виявлення відмінностей в 5 балів за шкалою CQLS, приймаючи стандартне відхилення рівним 7 балів, було необхідно по 34 особи в основну групу і групу порівняння.

Опираючись на опрацьовані джерела, очікуємо, що покращення психоемоційного стану доліджуваних без психологічних інтервенцій відбувається в 30% випадків, для підтвердження гіпотези потрібно отримати відповідний результат для групи дослідження в 70% випадків. Таким чином, було необхідно 44 особи в основну групу та групу порівняння. Це число було збільшено до 60 для того, щоб компенсувати втрати при спостереженні, що за літературними даними складають близько 30%. Мінімальна загальна кількість пацієнтів для проведення дослідження - 120 осіб.

Методи статистичної обробки даних. Перед аналізом дані були перевірені на нормальність та наявність відсутніх значень. Відсутність значень зазначалася у випадках, де це необхідно. Нормальність розподілу даних оцінювали за допомогою тесту Шапіро-Вілка. Дані з нормальним розподілом були представлені як середнє значення та стандартне відхилення [$\mu \pm SD$]. Дані з розподілом, відмінним від нормального, були представлені як медіана, перший і третій квартилі, Me [Q1-Q3]. При оцінці якісних ознак розраховуватиметься частота та %. Критерій χ^2 використовувався для порівняння частотних ознак між групами. Для перевірки рівності дисперсій використовувався тест Бартлетта. У випадках, коли дані підпорядковувались нормальному закону розподілу, для порівняння груп використовувався двосторонній t-критерій Стьюдента (t) для незалежних вибірок (з модифікацією Велча у випадках неоднакових дисперсій). У випадках, якщо закон розподілу був відмінний від нормального, або у випадку невеликих груп ($n \leq 5$) для

порівняння груп використовувався U-критерій Манна-Уїтні (De Winter, 2013; Adusah, та ін., 2011). Кореляційний аналіз було проведено з використанням критеріїв Пірсона та Спірмена у відповідних випадках. (Табл 2.6)

Для аналізу даних були використані наступні статистичні методи:

- Описова статистика для оцінки загальних тенденцій у даних.
- Перевірка нормальності розподілу за допомогою тесту Шапіро-Уїлка.
- Порівняльний аналіз між групами за допомогою U-критерію Манна-Уїтні.
- Множинна регресія для визначення впливу незалежних змінних на залежні.
- Кластерний аналіз та PCA для ідентифікації патернів у даних.

Таблиця 2.6

Статистичні методи аналізу даних

Метод аналізу	Опис
Описова статистика	Оцінка середніх значень, стандартних відхилень
Тест Шапіро-Уїлка	Перевірка на нормальність розподілу
U-критерій Манна-Уїтні	Порівняння між групами
Множинна регресія	Оцінка впливу незалежних змінних на залежні
Кластерний аналіз	Групування учасників за схожими характеристиками
PCA	Зменшення розмірності даних та виявлення основних патернів

Всі дані зберігалися в Microsoft Excel 2019 і проаналізовані в програмі для статистичного аналізу медичних досліджень на основі мови програмування R «EzR» та MedStat. Рівень статистичної значущості був встановлений на рівні $p < 0.05$, а рівень довірчого інтервалу – 80%.

Висновки до розділу 2

Для досягнення мети та вирішення поставлених завдань дослідження було поділене на 4 етапи та було застосовано наступні метод:

1. Теоретико-методологічні методи дозволили комплексно та структурно оцінити наявні літературні джерела, прослідкувати аспекти уявлень про копінг різними вченими, дослідити аспекти психоонкології як частини медичної галузі та оцінити потреби пацієток онкологічного профілю в медико-психологічній допомозі ;
2. Обрані методи дослідження були спрямовані на створення багатофакторної комплексної характеристики пацієток онкологічного профілю із вперше виявленою онкологічною патологією жіночої сфери здоров'я, а також необхідні компоненти та ефективність спеціально створеної програми медико-психологічної допомоги задля підвищення рівня адаптації в пацієток;
3. Методи статистичної обробки одержаних даних відповідають характеру статистичних даних, дозволили систематизувати дані, встановити ступінь вірогідності та підтвердити отримані результати;
4. Таким чином, застосовані методи відповідають меті та завданням дослідження, та обрані згідно них.

Результати, викладені в даному розділі, опубліковано в наступних наукових працях автора:

1. Становський, Б. (2023). Оцінка ефективності програми психокорекції для пацієток із вперше діагностованою онкологічною патологією. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 8(4), e0804503. <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v8i4.503>
2. Stanovskiy, B. (2023). Mechanisms of stress-overcoming behavior in women with oncopathology. *Journal of Education, Health and Sport*, 50(1), 181–190. <https://doi.org/10.12775/JEHS.2023.50.01.015>
3. Stanovskiy, B. (2024). Psychological help for patients with cancer. *Journal of Education, Health and Sport*, 52, 242–253. <https://doi.org/10.12775/JEHS.2024.52.110>

РОЗДІЛ 3. КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТРЕС-ДОЛАЮЧОЇ ПОВЕДІНКИ ПАЦІЄНТОК ІЗ ВПЕРШЕДІАГНОСТОВАНОЮ ОНКОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ЖІНОЧОЇ СФЕРИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Використані методики в дослідженні стрес-долаючої поведінки

Дослідження «Особливості стрес-долаючої поведінки пацієнток з вперше діагностованою онкопатологією в умовах хронічного соціального стресу» здійснено з використанням різноманітних методик, що дозволяють оцінити стрес-долаючу поведінку, копінг-стратегії, рівень тривоги, депресії та якість життя пацієнток. Нижче представлено детальний опис кожної з використаних методик.

1. Шкала адаптації до онкологічного діагнозу Mini-MAC
2. Шкала COPE
3. Шкала госпітальної тривоги та депресії (HADS)
4. Шкала оцінки якості життя CQLS

У дослідженні використовувалась комбінація зазначених методик для отримання багатогранної картини психологічного стану пацієнток. Аналіз отриманих даних дозволив ідентифікувати ключові проблеми та потреби цільової групи, а також виявити зв'язки між різними аспектами психологічного благополуччя. Результати дослідження підкреслили важливість індивідуального підходу у психологічній підтримці пацієнток з онкопатологією, а також наголосили на потребі в розробці спеціалізованих програм психокорекції, що враховують особливості стрес-долаючої поведінки та копінг-стратегій.

Після перевірки розподілу на нормальність ми отримали результати результати, отримані за шкалою COPE по 15 субшкалах ghb «Позитивне перевизначення та особистісний ріст» 9,967(95% ВІ 9,16-10,77) , «Психічне уникнення» 11,2 (95% ВІ 10,39-12,01), «Фокусування на емоціях та їх вентиляція» 9,967 (95% ВІ 9,155-10,78) , «Інструментальна соціальна підтримка» 9,667 (95% ВІ 8,868-10,47) , «Активний копінг» 8,967 (95% ВІ 8,297 - 10,47), «Заперечення» 10,3 (95% ВІ 9,594-11,01) , «Релігійний копінг» 10,1 (95% ВІ 9,299 -10,9) , «Гумор» 7,767 (95% ВІ 7,045 -8,48) ,

«Поведінкове уникнення» 10,8 (95% ВІ 10,04 -11,56), «Самообмеження» 9,833 (95% ВІ 9,044- 10,62), «Емоційна соціальна підтримка» 8,333 (95% ВІ 7,592 -9,075), «Вживання ПАР» 9,433 (95% ВІ 8,727 -10,14), «Прийняття» 9,267 (95% ВІ 8,439-10,09), «Відгальмовування інших занять» 9,333 (95% ВІ 8,509-10,16), «Планування подолання» 9,7 (95% ВІ 8,895-10,5) $p=0.05$. Ці результати представлені у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Результати по субшкалам за методикою COPE

Назва субшкали	Середнє	С.к.в.	Пох. середнього	Мін.	Макс.	Лів. (95% ВІ)	Прав. (95% ВІ)
Позитивне перевизначення та особистісний ріст	9,967	4,461	0,4072	4	16	9,16	10,77
Психічне уникнення	11,2	4,479	0,4089	4	16	10,39	12,01
Фокусування на емоціях та їх вентиляція	9,967	4,491	0,4099	4	16	9,155	10,78
Інструментальна соціальна підтримка	9,667	4,418	0,4033	4	16	8,868	10,47
Активний копінг	8,967	3,703	0,338	4	16	8,297	9,636
Заперечення	10,3	3,903	0,3563	4	16	9,594	11,01
Релігійний копінг	10,1	4,429	0,4044	4	16	9,299	10,9
Гумор	7,767	3,993	0,3645	4	16	7,045	8,488
Поведінкове уникнення	10,8	4,2	0,3834	4	16	10,04	11,56
Самообмеження	9,833	4,366	0,3986	4	16	9,044	10,62

Емоційна соціальна підтримка	8,333	4,102	0,3745	4	16	7,592	9,075
Вживання ПАР	9,433	3,908	0,3568	4	16	8,727	10,14
Прийняття	9,267	4,579	0,418	4	16	8,439	10,09
Відгальмовування інших занять	9,333	4,56	0,4163	4	16	8,509	10,16
Планування подолання	9,7	4,451	0,4063	4	16	8,895	10,5

Після перевірки розподілу на нормальність ми отримали результати результати, отримані за методиками CQLS та HADS які сумарно налічують 3 субшкали: «Якість життя» 53,67 (95% ВІ 49,83-57,5), яка описує загальну задоволеність пацієток своїм життям, «HADS-A» 10,31 (95% ВІ 9,699-10,92), яка визначає клінічні прояви тривоги та «HADS-B» (95% ВІ 6,675-7,242), яка визначає клінічні прояви депресії, наведені в Таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Результати по субшкалам за методиками CQLS та HADS

Назва шкали/субшкали	Середнє	С.к.в.	Пох. середнього	Мінімум	Максимум	Лів.(95% ВІ)	Прав.(95% ВІ)
Якість життя	53,67	21,21	1,936	17	89	49,83	57,5
HADS A	10,31	3,373	0,3079	2	14	9,699	10,92
HADS D	6,675	3,136	0,2863	1	14	6,108	7,242

Після перевірки розподілу на нормальність ми отримали результати результати, отримані за методикою MiniMAC, яка налічує 5 субшкал: «Безпомічність» 20,07 (95% ВІ 19.17-20.96), «Тривожна стурбованість» 19,44 (95% ВІ 18,48 -20,4), «Бойовий дух»

5,117 (95% ВІ 4,636-5,598), «Когнітивне уникнення» 7,127 (95% ВІ 6,463-7,787) та «Фаталізм» 9,504 (95% ВІ 8,845-10,16), наведені в Таблиці 3.3.

Таблиця 3.3

Результати по субшкалам за методиками miniMAC

Назва шкали/субшкали	Середнє	С.к.в.	Пох. середнього	Мінімум	Максимум	Лів.(95% ВІ)	Прав.(95% ВІ)
Безпомічність	20,07	4,953	0,4522	6	24	19,17	20,96
Тривожна стурбованість	19,44	5,328	0,4863	6	24	18,48	20,4
Бойовий дух	5,117	2,661	0,2429	1	12	4,636	5,598
Когнітивне уникнення	7,125	3,661	0,3342	1	15	6,463	7,787
Фаталізм	9,504	3,633	0,3331	1	15	8,845	10,16

На основі аналізу даних, отриманих за шкалами Mini MAC, COPE та HADS (Рис 3.1), а також шкалою оцінки якості життя, було проведено порівняльний аналіз результатів. Візуалізації у вигляді боксплотів та гістограм демонструють розподіл оцінок за кожною шкалою, дозволяючи глибше зрозуміти поведінкові та психологічні характеристики пацієток з вперше діагностованою онкопатологією.

3.2. Багатофакторний аналіз за результатами шкал COPE, HADS та miniMAC

На основі аналізу даних, отриманих за шкалами Mini MAC, COPE та HADS (Рис 3.1), а також шкалою оцінки якості життя, було проведено порівняльний аналіз результатів. Візуалізації у вигляді боксплотів та гістограм демонструють розподіл оцінок за кожною шкалою, дозволяючи глибше зрозуміти поведінкові та психологічні характеристики пацієток з вперше діагностованою онкопатологією.

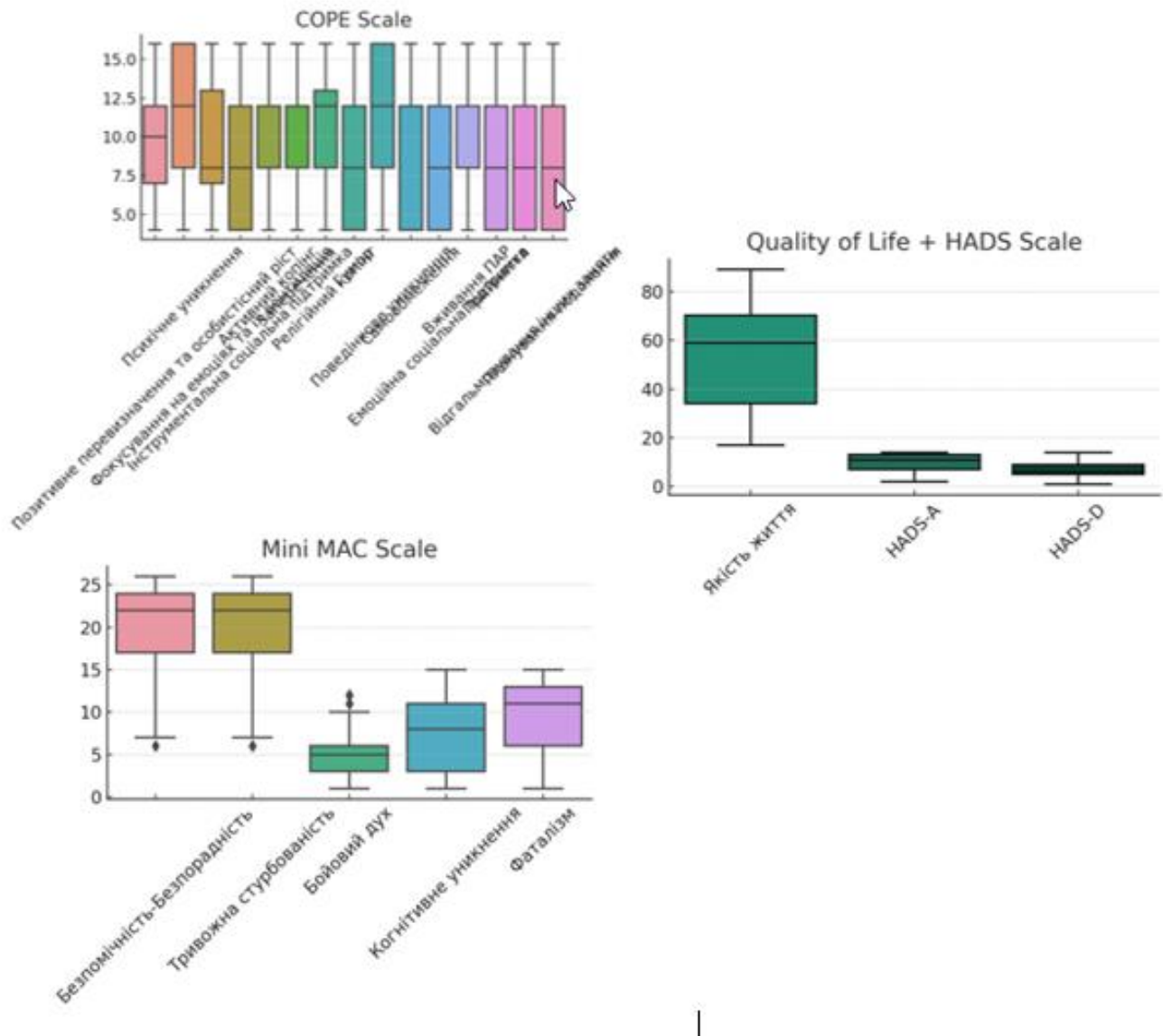


Рис 3.1 Результати за методиками MiniMAC, COPE, HADS та QSOL.

Шкала Mini MAC дозволяє виявити рівні «Безпомічності-Безпорадності», «Тривожної стурбованості», «Бойового духу», «Когнітивного уникнення» та «Фаталізму». Боксплоти і гістограми відображають значне розмаїття в оцінках, що вказує на індивідуальні відмінності в стратегіях адаптації пацієток до онкологічного діагнозу. Особливу увагу слід звернути на високі оцінки у підшкалі «Безпомічність-Безпорадність», що може свідчити про ризик розвитку депресивних станів (Рис. 3.2).

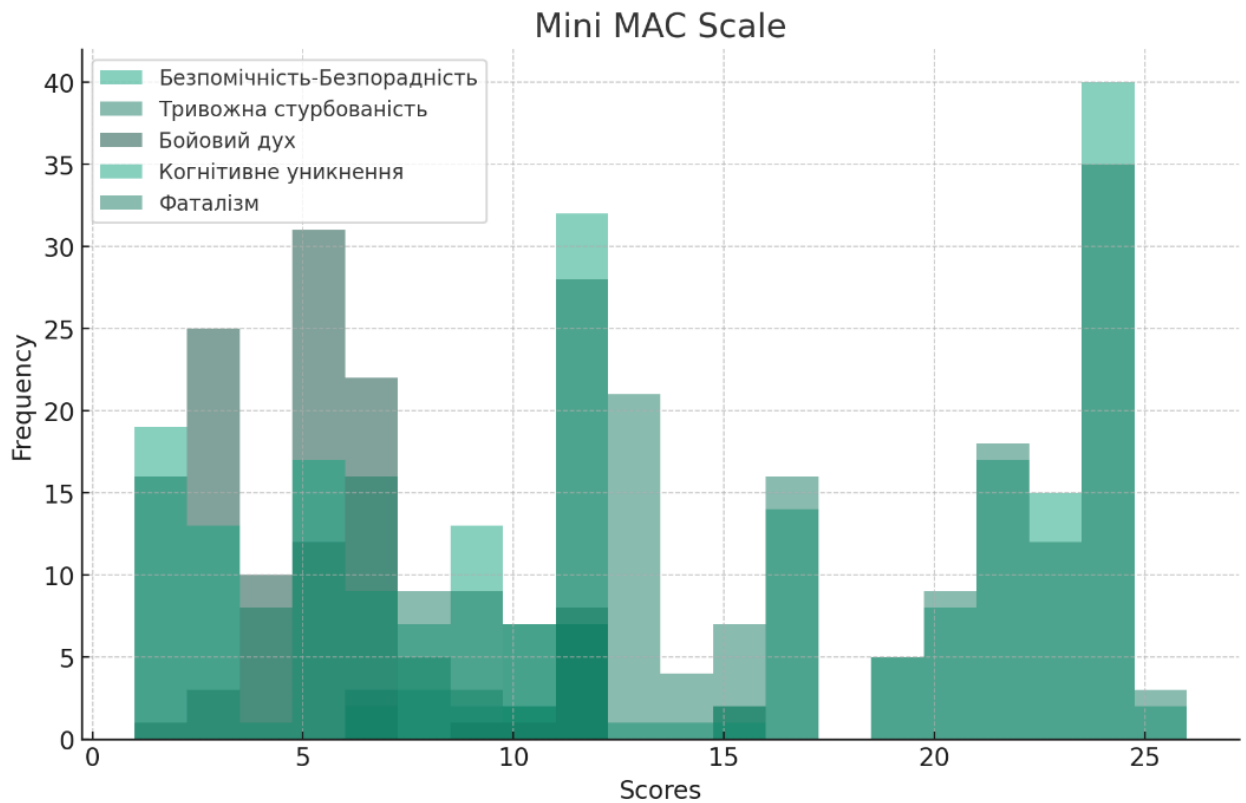


Рис. 3.2. Порівняльний аналіз за шкалою Mini MAC

Дані, отримані за шкалою COPE (Рис. 3.3)., дозволяють оцінити різноманітність копінг-стратегій. Високі показники в категоріях «Позитивне перевизначення та особистісний ріст», «Активний копінг» та «Емоційна соціальна підтримка» свідчать про наявність ресурсів для ефективною адаптації. Водночас, значення в категоріях «Психічне уникнення» та «Заперечення» можуть вказувати на менш адаптивні стратегії, що потребують уваги з боку медичних та психологічних фахівців.

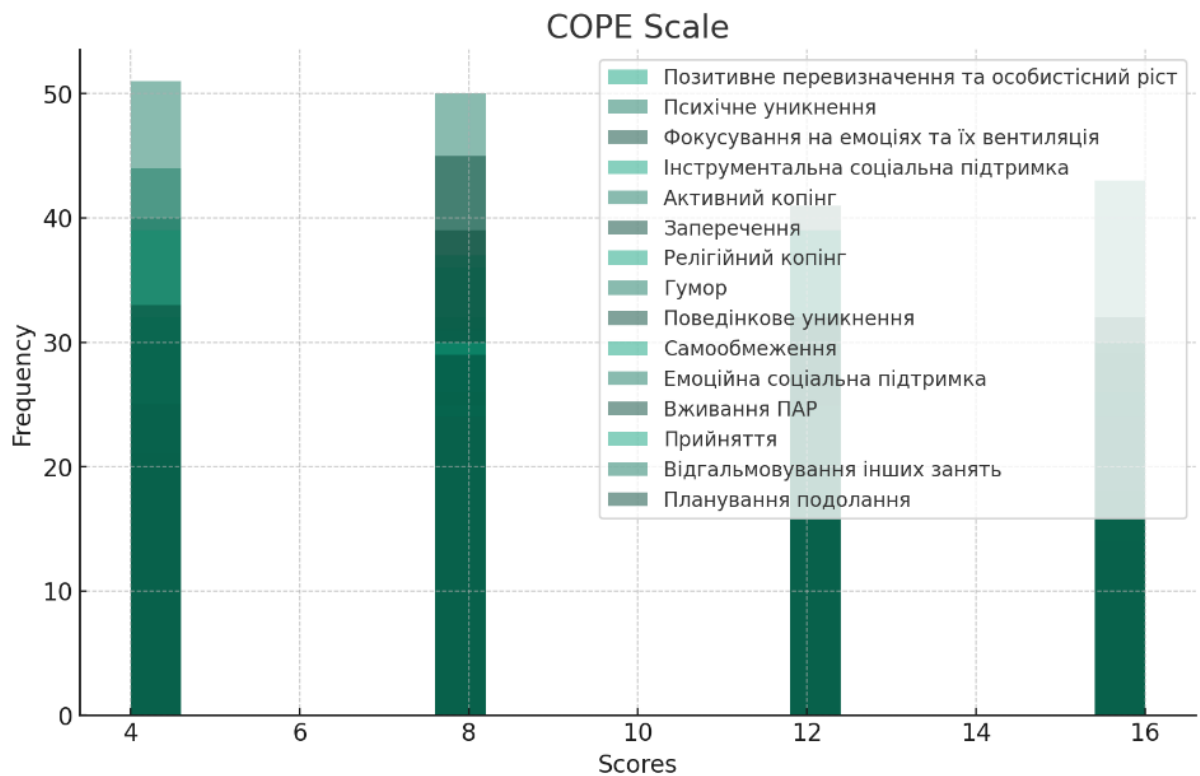


Рис. 3.3 Аналіз за шкалою COPE

Шкала HADS (Рис. 3.4). разом із оцінкою якості життя виявила високі рівні тривожності та депресії серед пацієнок, що впливає на їхню загальну якість життя. Аналіз показав, що значні психоемоційні виклики, з якими стикаються пацієнтки, можуть суттєво впливати на їх сприйняття якості життя, підкреслюючи важливість комплексного підходу до лікування, що включає психологічну підтримку.

Порівняльний аналіз результатів за шкалами COPE, HADS та Mini MAC, а також оцінка якості життя, надає цінну інформацію про психологічний стан пацієнок з онкопатологією. Розмаїття стратегій адаптації, копіngu, рівні тривожності, депресії та якість життя підкреслюють необхідність індивідуалізованого підходу в наданні психологічної підтримки. Виявлення ключових зон ризику дозволяє зосередити зусилля на найбільш вразливих аспектах психологічного благополуччя пацієнок, сприяючи ефективнішій адаптації до хвороби та покращенню якості життя.

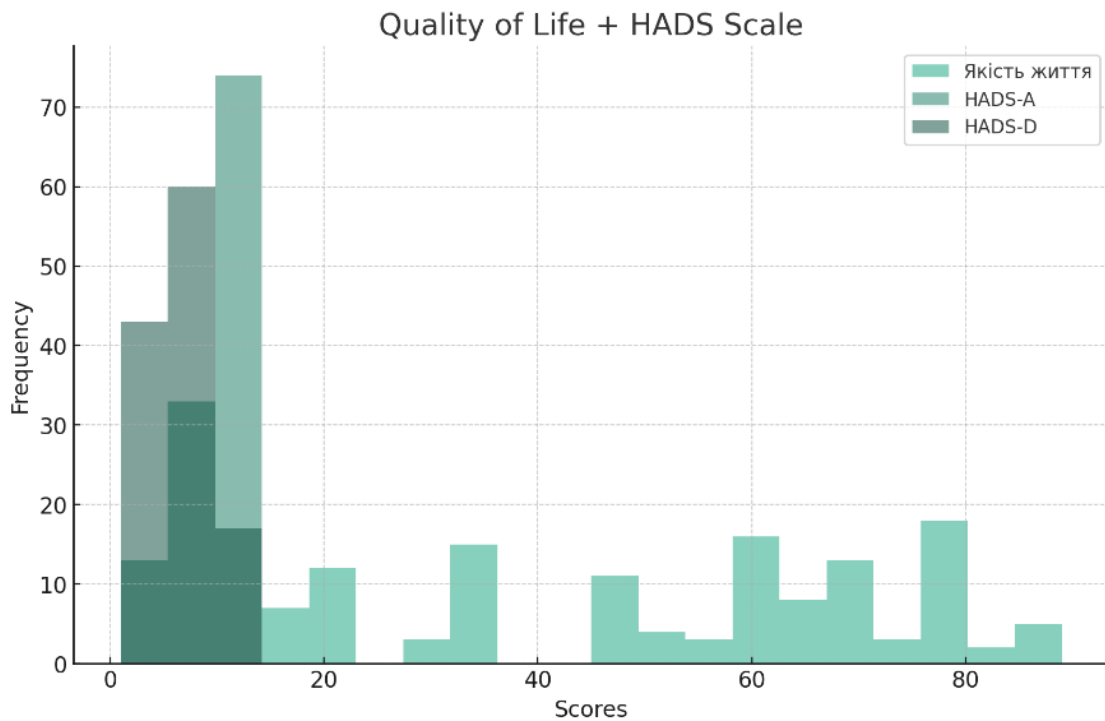


Рис. 3.4. Результати за шкалою якості життя та HADS

Порівняння результатів мініMAC з шкалою якості життя CQLS та HADS

Проведено статистичний аналіз взаємозв'язків між показниками шкал Mini MAC, якості життя та HADS. Результати аналізу відображені у вигляді теплової карти кореляцій, яка демонструє ступінь зв'язку між різними показниками в цих шкалах. (Рис. 3.5)

Аналіз кореляцій показав, що існують значущі взаємозв'язки між показниками психологічної адаптації, виміряними шкалою Mini MAC, і показниками тривожності та депресії за шкалою HADS, а також якості життя. Зокрема, було виявлено наступне:

- **Безпомічність-Безпорадність** має позитивну кореляцію з показниками HADS-A (тривожність) та HADS-D (депресія), що свідчить про те, що вищий рівень безпомічності та безпорадності асоційований з більш високими рівнями тривожності та депресії.
- **Когнітивне уникнення та Фаталізм** демонструють сильну кореляцію з HADS-A, що підкреслює зв'язок між стратегіями уникнення та вищими рівнями тривожності.

- **Якість життя** має негативну кореляцію з HADS-A та HADS-D, що вказує на те, що вищі рівні тривожності та депресії асоційовані з нижчою оцінкою якості життя.

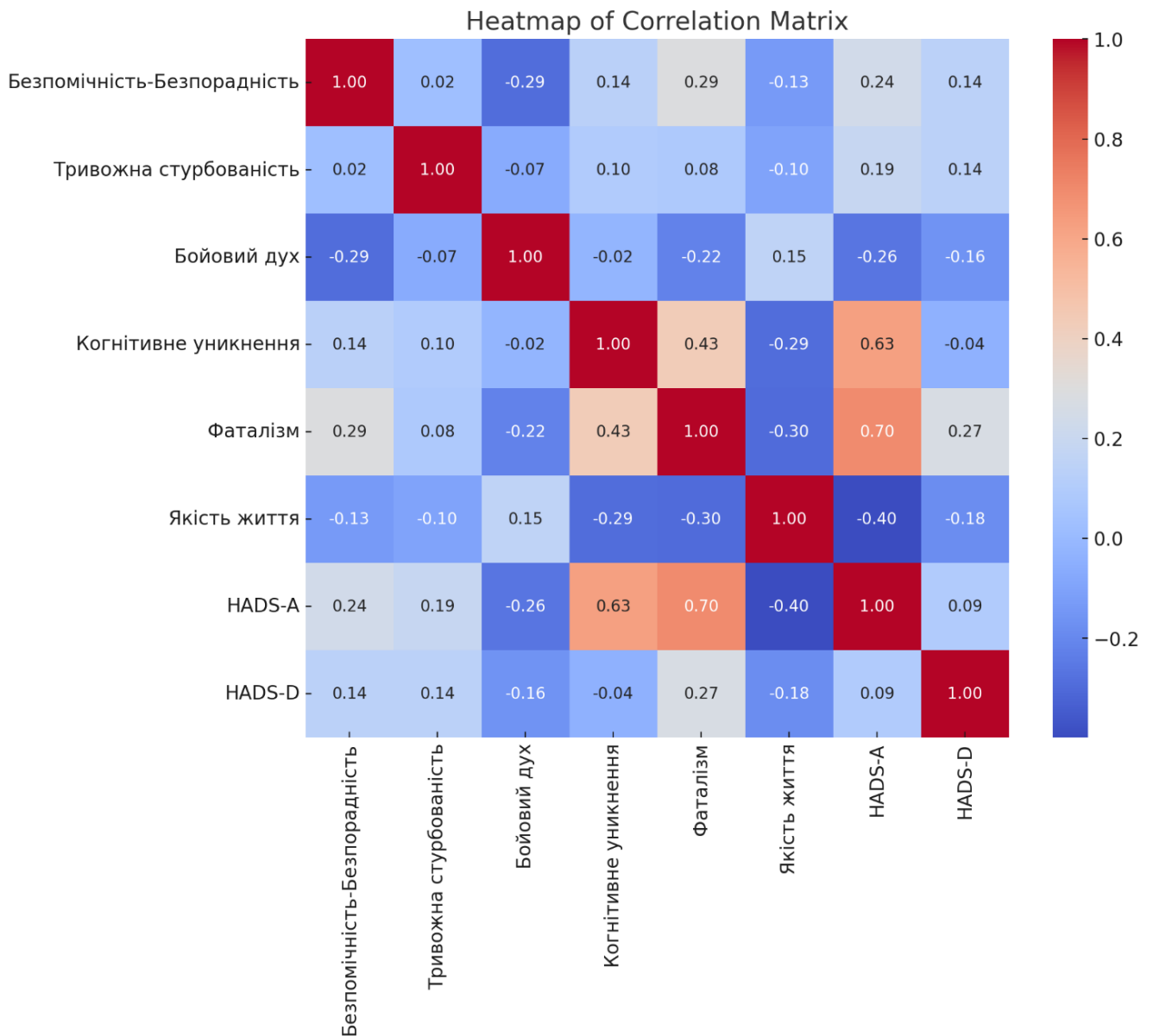


Рис. 3.5 Теплова карта кореляцій між показниками шкал Mini MAC, якості життя та HADS.

Ці знахідки підкреслюють важливість врахування психологічних аспектів в процесі діагностики та лікування пацієток з онкопатологією. Вони також підтверджують необхідність інтегрованого підходу до психологічної підтримки, що

включає в себе адресацію питань, пов'язаних з тривожністю, депресією та способами адаптації до хвороби.

Статистичний аналіз кореляцій між шкалами Mini MAC, HADS (Тривожність та Депресія) та якості життя дозволяє глибше зрозуміти взаємодію психологічних факторів і їх вплив на самопочуття пацієнток. Ключові кореляції представлені в Таблиці 3.4.

Таблиця 3.4

Кореляційний аналіз між шкалами методик Mini MAC та HADS

Показник	Безпомічність- Безпорадність	Тривожна стурбованість	Бойовий дух	Когнітивне уникнення	Фаталізм	Якість життя	HADS-A (Тривожність)	HADS-D (Депресія)
Безпомічність- Безпорадність	1	0.02	-0.29	0.14	0.29	-0.13	0.24	0.14
Тривожна стурбованість	0.02	1	-0.07	0.10	0.08	-0.10	0.19	0.14
Бойовий дух	-0.29	-0.07	1	-0.02	-0.22	0.15	-0.26	-0.16
Когнітивне уникнення	0.14	0.10	-0.02	1	0.43	-0.29	0.63	-0.04
Фаталізм	0.29	0.08	-0.22	0.43	1	-0.30	0.70	0.27
Якість життя	-0.13	-0.10	0.15	-0.29	-0.30	1	-0.40	-0.18
HADS-A (Тривожність)	0.24	0.19	-0.26	0.63	0.70	-0.40	1	0.09
HADS-D (Депресія)	0.14	0.14	-0.16	-0.04	0.27	-0.18	0.09	1

З таблиці видно, що існує сильна кореляція між показниками **Когнітивне уникнення** та **Фаталізм** з показником **HADS-A (Тривожність)**, що свідчить про значний вплив цих стратегій уникнення на рівень тривожності у пацієток. Також зазначимо негативний вплив високих рівнів тривожності та депресії на **Якість життя**, що підкреслює важливість психологічної підтримки в комплексному лікуванні онкопатологічних захворювань жіночої сфери здоров'я.

Аналіз взаємозв'язків показує, що психологічні фактори, такі як тривожність, депресія, способи адаптації та стратегії уникнення, відіграють ключову роль у формуванні загального самопочуття та якості життя пацієток з онкологічними захворюваннями. Ці дані підкреслюють необхідність інтеграції психологічних інтервенцій в стандартні протоколи лікування, щоб допомогти пацієнткам ефективніше адаптуватися до діагнозу, знизити рівень психологічного дискомфорту та покращити загальну якість життя. Аналіз взаємозв'язків між шкалами Mini MAC, HADS та якості життя вказує на тісний зв'язок між психологічним благополуччям пацієток та їх сприйняттям якості життя. Виявлені кореляції дозволяють зрозуміти, як різні психологічні фактори взаємодіють між собою та впливають на загальний стан здоров'я пацієнтів.

Результати цього аналізу мають важливе значення для клінічної практики, оскільки вони надають підстави для розробки та впровадження цілеспрямованих програм психологічної підтримки та інтервенцій, спрямованих на поліпшення якості життя пацієнтів з онкопатологією. Зокрема, це може включати розробку стратегій для зниження тривожності та депресії, а також сприяння адаптивному копінгу з викликами, пов'язаними з хворобою.

Для більш глибокого розуміння взаємозв'язків між показниками шкал Mini MAC, HADS, та якості життя було проведено детальний аналіз з використанням графічних методів аналізу даних. Це допоможе нам візуалізувати зв'язки між різними психологічними параметрами та їх впливом на загальне самопочуття пацієток. Ми проаналізували, як рівень тривожності та депресії, визначені за шкалою HADS, впливають на якість життя пацієток. Для цього використовувати розсіяні діаграми, які дозволяють виявити зв'язок між цими показниками, припускаючи, що існує

негативний зв'язок між рівнем тривожності та депресії і якістю життя, тобто зі зростанням рівнів тривожності та депресії якість життя знижується. Для визначення зв'язку між зазначеними параметрами було використано метод кореляції Пірсона. Цей метод дозволяє оцінити ступінь лінійної залежності між двома кількісними змінними.

Розсіяні діаграми, створені на основі даних шкал HADS та оцінки якості життя, виявили чітку тенденцію: зі збільшенням показників тривожності та депресії спостерігається зниження оцінок якості життя пацієнок. Це підтверджує нашу гіпотезу про негативний вплив психологічного дискомфорту на сприйняття якості життя пацієнтками онкологічного профілю з вперше виявленою онкологічною патологією. (Рис. 3.6)

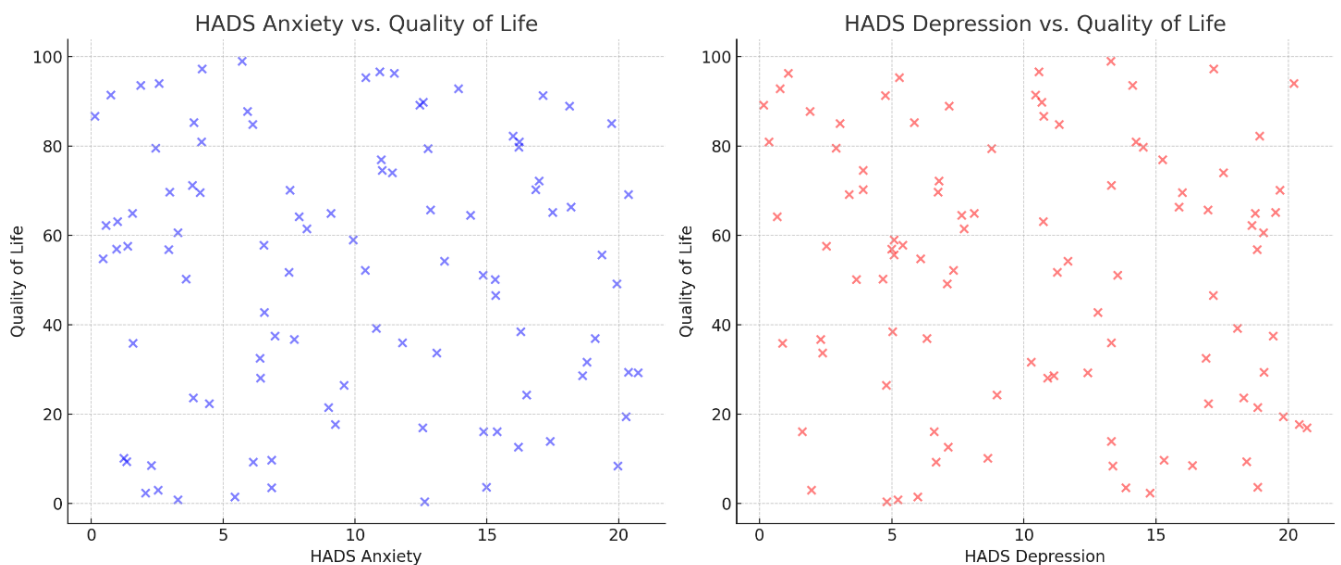


Рис. 3.6. Розсіяні діаграми на основі даних шкал HADS та оцінки якості життя

Наступним кроком аналізу була оцінка того, як різні стратегії адаптації, виявлені за шкалою Mini MAC, асоціюються з рівнями тривожності та депресії. Ми припускали, що адаптивні стратегії адаптації, такі як "Бойовий дух", мають негативний зв'язок з тривожністю та депресією, тоді як менш адаптивні стратегії, такі як "Безпомічність-Безпорадність", корелюють з вищими рівнями цих психологічних станів.

Для перевірки наших припущень ми використали кореляційний аналіз для оцінки зв'язків між стратегіями адаптації та рівнями тривожності та депресії. Було

виявлено, що стратегії "Бойовий дух" демонстрували негативний зв'язок з тривожністю та депресією, вказуючи на їх адаптивний характер. Навпаки, показники за шкалою "Безпомічність-Безпорадність" мали позитивну кореляцію з цими станами, що свідчить про потенційно деструктивний вплив таких стратегій на психологічне благополуччя пацієнток.

Проведений аналіз підтверджує тісний зв'язок між психологічним станом пацієнток, їх стратегіями адаптації до онкопатології, та сприйняттям якості життя. Результати аналізу вказують на необхідність інтеграції психологічної підтримки в комплексний підхід до лікування онкологічних захворювань, з метою не тільки покращення фізичного стану пацієнтів, але й оптимізації їх психологічного благополуччя та якості життя.

Аналіз даних виявив, що високі рівні тривожності та депресії, визначені за шкалою HADS, мають негативний вплив на сприйняття якості життя пацієнток. Це підтверджує важливість емоційного благополуччя для загального самопочуття та вказує на потребу в інтегрованих підходах до лікування, які включають психологічну підтримку.

Адаптивні стратегії адаптації, такі як "Бойовий дух", асоціюються з нижчими рівнями тривожності та депресії, що свідчить про їх позитивний вплив на психологічне благополуччя пацієнток. Водночас, стратегії, пов'язані з "Безпомічністю-Безпорадністю", корелюють з вищими рівнями цих станів, що вказує на потребу в розробці інтервенцій, спрямованих на зміцнення психологічної резиліентності.

Результати цього дослідження узгоджуються з висновками інших авторів, які також виявили значний вплив психологічних факторів на якість життя онкопацієнтів. Зокрема, дослідження, проведене Мухаровською І.Р. (2017), також підкреслює роль медико-психологічної підтримки у покращенні якості життя пацієнтів з онкологічними захворюваннями.

Крім того, важливість розробки програм психологічної реабілітації та психоосвітніх матеріалів для онкопацієнтів підтверджується результатами дослідження Klusov O. et al. (2021), яке вказує на важливість індивідуального підходу

до кожної пацієнтки та необхідність залучення медико-психологічних інтервенцій для поліпшення результатів лікування та якості життя.

Порівнюючи отримані результати з даними інших досліджень, можна зазначити, що впровадження комплексних програм медико-психологічної допомоги, які враховують специфіку стрес-долаючої поведінки та психоемоційного стану пацієнтів з онкологією, сприяє зменшенню рівня тривожності, депресії, а також покращенню адаптації до діагнозу та загального самопочуття. Такий підхід знайшов підтвердження у дослідженнях Мухаровської І.Р. та співавторів (2017, 2021), де акцентується увага на необхідності інтеграції психологічної допомоги в загальний план лікування та реабілітації онкопацієнтів.

На основі аналізу отриманих даних та їх порівняння з існуючими дослідженнями можна зробити наступні висновки:

1. Емоційний стан пацієнток з онкологічними захворюваннями тісно пов'язаний з їх сприйняттям якості життя, де вищі рівні тривожності та депресії спричиняють гіршу адаптацію до хвороби.
2. Адаптивні стратегії справляння зі стресом, такі як активне вирішення проблем і позитивне переосмислення, мають позитивний вплив на психологічне благополуччя та якість життя пацієнток.
3. Результати підтверджують необхідність інтеграції психологічної підтримки в комплексний підхід до лікування онкологічних захворювань для поліпшення психоемоційного стану та загального самопочуття пацієнтів.

Подальші напрямки дослідження могли б зосередитися на розробці та тестуванні специфічних програм медико-психологічної допомоги, спрямованих на зменшення рівня тривожності та депресії серед онкопацієнтів. Важливим аспектом є вивчення довгострокового впливу таких інтервенцій на якість життя та загальне самопочуття пацієнтів, а також адаптація психологічної підтримки до індивідуальних потреб кожного пацієнта. Враховуючи зростаючу потребу в психологічній підтримці онкопацієнтів, подальше дослідження в цій області має критичне значення для розширення знань та розробки ефективних стратегій допомоги цій категорії пацієнтів.

Висновки до розділу 3

Дослідження, проведене на основі даної роботи, спрямоване на вивчення стрес-долаючої поведінки у пацієнок з вперше діагностованою онкопатологією, дало змогу отримати цінні дані щодо психологічної адаптації до хвороби. Ці висновки мають важливе значення для практики медичної психології та подальших досліджень у галузі психоонкології.

1. Виявлено, що стратегії адаптації, такі як "Бойовий дух" та позитивне переосмислення, сприяють кращій психологічній адаптації та зниженню рівня тривожності та депресії. Водночас, стратегії, пов'язані з уникненням та безпомічністю, погіршують психоемоційний стан та сприйняття якості життя.
2. Встановлено, що психологічний стан пацієнок має прямий вплив на їхнє сприйняття якості життя. Зниження психологічного дискомфорту через адаптивні стратегії справляння зі стресом веде до покращення загального самопочуття.
3. Результати підкреслюють важливість впровадження комплексних програм медико-психологічної допомоги, які включають елементи психоедукації, психотерапії та розвитку копінг-стратегій для ефективної підтримки онкопацієнтів.
4. Практична користь від отриманих результатів дозволяє доповнити практики медико-психологічного супроводу онкологічних пацієнок, включаючи розвиток індивідуальних планів психологічної підтримки та інтервенцій, спрямованих на поліпшення адаптації до хвороби та зниження психоемоційного навантаження. Це має велике значення для покращення якості медичного обслуговування та сприяє зменшенню тривалості лікування та покращенню загального прогнозу захворювання.

Подальші напрямки досліджень

Результати, викладені в даному розділі, опубліковано в наступних наукових працях автора:

1. Становський, Б. (2023). Оцінка ефективності програми психокорекції для пацієнток із вперше діагностованою онкологічною патологією. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 8(4), e0804503. <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v8i4.503>
2. Stanovskiy, B. (2023). Mechanisms of stress-overcoming behavior in women with oncopathology. *Journal of Education, Health and Sport*, 50(1), 181–190. <https://doi.org/10.12775/JEHS.2023.50.01.015>

РОЗДІЛ 4. ПРОГРАМА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДЛЯ ПАЦІЄНТОК З ПЕРШЕДІАГНОСТОВАНОЮ ОНКОПАТОЛОГІЄЮ

4.1. Розробка комплексу заходів програми медико-психологічної допомоги

Обґрунтування принципів побудови комплексу заходів медико-психологічної допомоги в умовах хронічного стресу. Рання психологічна діагностика та інтервенція в онкологічному контексті є надзвичайно важливими елементами у підтримці та поліпшенні якості життя пацієнтів. Ці аспекти впливають на багато сфер життя онкопацієнта, включаючи психологічний стан, фізичне здоров'я та соціальне функціонування. Діагностика та інтервенція на ранніх стадіях дозволяють вчасно виявити та ефективно управляти психологічними та емоційними переживаннями, що супроводжують онкологічну патологію.

Однією з ключових переваг ранньої психологічної діагностики є здатність вчасно виявляти емоційні та психічні проблеми, з якими можуть зіткнутися пацієнти з онкологічними захворюваннями. Це дозволяє швидше та ефективніше реагувати на ці проблеми, забезпечуючи адекватну підтримку та допомогу в найбільш критичний період [2, 13]. Рання діагностика дозволяє також виявляти ризик розвитку психологічних розладів та емоційних проблем, що дозволяє попереджувати їх та вживати відповідні заходи.

Безперечно, рання інтервенція має значний вплив на хід лікування та реабілітацію онкопацієнтів. За допомогою вчасної психологічної підтримки можна запобігти загостренню психічних проблем, зменшити ризик виникнення депресії та тривожності, а також покращити пристосування до нової життєвої ситуації [10]. Крім того, рання інтервенція дозволяє пацієнтам вчасно отримувати необхідну підтримку та навички копіngu зі стресом, що сприяє збереженню психічного здоров'я та покращенню якості життя.

Однією з ключових переваг ранньої психологічної діагностики та інтервенції є також можливість ідентифікації потреб та проблем пацієнтів на ранніх етапах

захворювання. Це дозволяє адаптувати підходи та програми психологічної підтримки до конкретних потреб та характеристик кожного пацієнта [100]. Такий індивідуальний підхід може значно підвищити ефективність та результативність психологічної допомоги.

Крім того, рання психологічна діагностика та інтервенція важлива для покращення взаємодії з медичним персоналом та сприяє формуванню цілісного підходу до лікування онкологічних пацієнтів. Психологічна підтримка на ранніх етапах лікування може сприяти збереженню емоційного комфорту та покращенню співпраці між медичними та психологічними службами [13, 26]. Таке партнерство між різними фахівцями забезпечує комплексний підхід до догляду та підтримки пацієнтів з онкологічними захворюваннями.

Узагальнюючи, рання психологічна діагностика та інтервенція відіграють важливу роль у підтримці та поліпшенні якості життя пацієнтів з онкологічними захворюваннями. Ці аспекти дозволяють вчасно виявляти, попереджувати та ефективно управляти психологічними та емоційними проблемами, що сприяє загальному здоров'ю та благополуччю пацієнтів.

Моделі психологічної підтримки та реабілітації у контексті онкологічних захворювань є ключовими для забезпечення повного та комплексного підходу до пацієнтів з онкологічною патологією. Ці моделі враховують різноманітні аспекти психосоціальної допомоги, починаючи від виявлення психологічних потреб пацієнтів до надання практичних стратегій для покращення їхнього фізичного, емоційного та соціального благополуччя.

Одна з моделей психологічної підтримки та реабілітації - інтегративна модель. Ця модель базується на ідеї інтеграції психологічних послуг у медичний контекст лікування онкологічних захворювань. У рамках цієї моделі психологи працюють у тісній співпраці з медичним персоналом, а також з іншими фахівцями, такими як соціальні працівники та фізіотерапевти, для надання комплексної підтримки пацієнтам [6, 44]. Ця модель передбачає індивідуальний підхід до кожного пацієнта, а також використання різних методів та технік психологічної допомоги в залежності від потреб та характеристик кожного випадку.

Інша модель, яка використовується у психологічній підтримці онкопацієнтів, - це модель інтервенційного планування та співпраці. Ця модель покликана забезпечити систематичний та структурований підхід до розробки та впровадження індивідуальних планів психологічної підтримки для кожного пацієнта. Зазвичай ця модель включає в себе кілька етапів: оцінку потреб та ресурсів пацієнта, визначення цілей та завдань психологічної підтримки, розробку індивідуального плану допомоги, а також систематичне відстеження та оцінку ефективності цього плану.

Крім того, існують моделі психологічної підтримки, які акцентують увагу на специфічних потребах груп пацієнтів. Наприклад, модель групової психологічної підтримки передбачає організацію групових сесій, під час яких пацієнти можуть ділитися своїми досвідами, отримувати підтримку від однодумців та використовувати різні групові техніки для покращення свого психічного стану [24, 122]. Ця модель сприяє формуванню підтримуючого спільного середовища та підвищенню самосвідомості та емоційної самообізнаності учасників групи.

Усі ці моделі базуються на індивідуальному підході до кожного пацієнта, а також на урахуванні його унікальних потреб та контексту. Вони спрямовані на надання ефективної та комплексної психологічної підтримки та реабілітації для пацієнтів з онкологічними захворюваннями, сприяючи їхньому фізичному, емоційному та соціальному відновленню та адаптації.

Загалом, ефективна профілактика психічних розладів у онкологічних пацієнтів вимагає комплексного підходу, що включає в себе психологічну підтримку, психотерапію, фізичну активність, інформаційну підготовку та групову підтримку. Тільки за умови цілеспрямованої та індивідуалізованої допомоги пацієнти можуть краще засвоювати стрес, зберігати оптимістичний погляд на життя та зберігати психічне здоров'я.

Розвиток резиліентності у пацієнтів з онкологічними захворюваннями є важливою складовою процесу адаптації та подолання труднощів, пов'язаних з хворобою. Резиліентність - це здатність особистості відновлюватися після стресових ситуацій та виходити з них з посиленою силою. В контексті онкологічних

захворювань розвиток резилієнтності допомагає пацієнтам зберегти психічне здоров'я, підвищити якість життя та покращити прогноз лікування.

Одним з методів розвитку резилієнтності є психологічна підтримка та психотерапія. Психологи допомагають пацієнтам виявити їхні внутрішні ресурси, здатності та можливості для подолання стресу та адаптації до нової життєвої ситуації. Це може включати розвиток позитивного мислення, відмову від негативних патернів поведінки та зосередження на здоровому способі життя [17, 24, 92].

Також важливою складовою розвитку резилієнтності є підтримка соціального оточення. Сім'я, друзі та колеги можуть стати важливим джерелом емоційної підтримки та позитивного впливу на психічний стан пацієнта. Спільні заходи, розваги та спілкування можуть допомогти зберегти оптимізм та життєвий натхнення.

Крім того, важливе значення має самоствердження пацієнтів у процесі лікування. Прагнення досягти мети, визначення особистих цілей та перспективи на майбутнє допомагають пацієнтам зберегти позитивний настрій та відчуття контролю над ситуацією. Реалізація власних можливостей та здатностей сприяє підвищенню рівня резилієнтності [32, 70].

Отже, розвиток резилієнтності у пацієнтів з онкологічними захворюваннями є складним, але важливим процесом, що включає в себе психологічну підтримку, соціальну підтримку, самоствердження та розвиток адаптивних копінг-стратегій. Розуміння цих аспектів дозволяє пацієнтам зберігати оптимізм та позитивний настрій у боротьбі зі своєю хворобою.

Важливого значення набуває психопрофілактика. По-перше, важливим елементом профілактики є раннє виявлення та оцінка психологічного стану пацієнтів. Регулярна діагностика дозволяє своєчасно ідентифікувати ознаки психологічних розладів та надати необхідну допомогу до їх переростання в більш серйозні проблеми. Використання стандартизованих опитувальників і шкал може допомогти медичному персоналу в цьому процесі [127, 126].

По-друге, забезпечення адекватної інформаційної підтримки пацієнтам є ключовим у профілактиці психологічних розладів. Правильне інформування про хворобу, лікувальні процедури та можливі побічні ефекти може зменшити тривогу та

допомогти пацієнтам відчувати себе більш контрольованими над ситуацією [128, 129].

По-третє, програми психоосвіти, що навчають пацієнтів та їхніх родичів ефективним стратегіям впорядкування зі стресом, технікам релаксації, навичкам вирішення проблем та управління емоціями, є важливими для попередження психологічних розладів. Такі програми можуть сприяти розвитку адаптивних стратегій справляння, які допоможуть пацієнтам ефективніше управляти стресовими ситуаціями [130].

Важливою складовою побудови програми допомоги є врахування соціального контексту, в якому вона реалізується. Пандемія COVID-19 значно вплинула на всі сфери медичної практики, включаючи психоонкологічну допомогу онкопацієнтам. Цей непередбачуваний та надзвичайний період створив численні виклики та труднощі для психологічної підтримки хворих на онкологічні захворювання.

По-перше, обмеження у рухах та соціальному контакті призвели до значного зменшення можливостей для особистої зустрічі з психологами або участі у групових терапевтичних сесіях. Це може призвести до відчуття соціальної відчуженості та відсутності підтримки, що негативно впливає на психічне становище онкопацієнтів [17, 21].

По-друге, пандемія призвела до значного психологічного стресу через загрозу зараження коронавірусом, особливо серед пацієнтів з імунодепресією, що може бути спричинено самим онкологічним захворюванням або лікуванням. Це може призвести до погіршення загального психічного стану та збільшення ризику виникнення психічних розладів [54, 113].

По-третє, пандемія COVID-19 спричинила важкі економічні та соціальні наслідки, такі як втрата роботи, фінансові труднощі та загальне погіршення якості життя. Це може збільшити рівень стресу та тривоги у пацієнтів з онкологічними захворюваннями, особливо серед тих, хто вже мав складну економічну ситуацію перед початком пандемії [14, 122].

Попри ці труднощі, пандемія також викликала інновації у психоонкологічній практиці. Впровадження телемедицини та віртуальних психологічних консультацій

дозволило забезпечити психологічну підтримку онкопацієнтам на відстані. Це дозволяє пацієнтам отримувати необхідну допомогу, не покидаючи домівку, що особливо важливо в умовах пандемії [130].

Крім того, велике значення набули онлайн-групові терапевтичні сесії та підтримувальні спільноти для онкопацієнтів, де вони можуть обмінюватися досвідом, підтримувати один одного та знаходити позитивні способи подолання труднощів.

Отже, пандемія COVID-19 має значний вплив на психоонкологічну практику, але також створює нові можливості для інновацій та розвитку онлайн-форм психологічної підтримки. Важливою є адаптація психологічної практики до нових реалій та надання ефективної підтримки онкопацієнтам у цей непростий період.

Війна, як феномен, завжди має глибокий психологічний вплив на суспільство та окремих людей. Особливо вразливі до її наслідків - люди, які стикаються з онкологічними захворюваннями. На тлі військових дій, стрімкої зміни умов життя та загрози безпеки, вони відчують особливо гострий стрес, який може вплинути на перебіг їх хвороби та психічний стан.

Однією з ключових проблем є доступ до медичної допомоги. Війна часто призводить до обмеження доступу до медичних закладів через руйнування інфраструктури, перекриття шляхів та інші обставини. Це особливо загрожує тим, хто потребує систематичного медичного спостереження та лікування, таким як онкопацієнти. Ізоляція від доступу до необхідної медичної допомоги може призвести до загострення ситуації та погіршення стану хвороби [28, 54].

Крім того, важливо враховувати вплив емоційного стресу на онкопацієнтів. Вони вже перебувають у складній психологічній ситуації через діагноз онкологічного захворювання, а військовий конфлікт може ще більше підвищити їхню тривогу та страх перед майбутнім. Стрімка зміна умов життя, розриви з рідними, втрата майна - усе це може поглибити емоційний стрес та призвести до розвитку психічних розладів [9, 34].

Проте важливо враховувати і позитивні аспекти. Військові конфлікти часто зближують людей, мобілізують соціальні ресурси та сприяють розвитку громадської підтримки. Люди стають більш схильними допомагати один одному, що може стати

джерелом підтримки для онкопацієнтів. Громадські та гуманітарні організації активізуються, надаючи допомогу в разі надзвичайних ситуацій та забезпечуючи медичну та психологічну підтримку онкопацієнтам у цей непростий період [25].

Таким чином, вплив війни на психоонкологічну практику має багатогранний характер, включаючи негативний ефект обмеження доступу до медичної допомоги та погіршення психічного стану пацієнтів. Однак водночас військові конфлікти можуть створити нові можливості для мобілізації громадської підтримки та надання допомоги онкопацієнтам в складний період війни і небезпеки.

Основними принципами для розробки відповідної програми психокорекції для пацієнток онкологічного профілю були комплексність, пацієнтоорієнтованість, відповідність клінічним задачам, переформування дезадаптивних копінг-моделей в більш адаптивні та уніфікованість психокорекційних заходів для пацієнток.

Комплексність медико—психологічних заходів базувалась на:

- Наданні психологічної допомоги відносно актуальних психологічних запитів пацієнток.
- Психокорекційні заходи були включені в лікувальних процес та відбувались паралельно лікувальному процесу основного захворювання.
- Було використано різні психологічні техніки та вправи, відносно протреб пацієнток.

Пацієнтоорієнтованість заключалась у:

- Визначені актуальних психологічних проблем для кожної із досліджуваних пацієнток.
- Перед проведенням психокорекції проводилось тестування за чотирма психодіагностичними методиками, задля всебічної оцінки психологічного стану пацієнток.
- Проведення дослідження виконувалось лише за згодою пацієнток.
- Пацієнтки були проінформовані щодо можливості в будь-який момент вийти із дослідження.

Відповідність клінічним задачам спиралась на:

- Підвищенні комплаєнсу пацієнок відносно лікування онкологічного захворювання.
- Зниження рівня тривоги.
- Зниження депресивних проявів.
- Формування адаптивних моделей подолання стресу.
- Підвищення психологічної «ресурсності» пацієнок.

Переформування дезадаптивних копінг-моделей в більш адаптивні відбувалось завдяки:

- Попередньому визначенню актуальних копінгів у кожної із досліджуваних.
- Визначення джерел стресу.
- Формування аспектів адаптивних (в т.ч. умовно-адаптивних) копінгів.
- Вихідний контроль за допомогою тестувань.

Забезпечення уніфікованості психокорекційних заходів виконувалось завдяки:

- Виконання психологічних тестувань, які мінімізували вплив дослідника на отримані результати.
- Для пацієнок використовувались однакові психологічні інтервенції.
- Психологічні інтервенції проводились за однаковими схемами в кожному випадку.

Вибір пацієнок для проведення психокорекційної роботи проводився за трьома шляхами:

- 1) Самостійне звернення онкологічної пацієнтки;
- 2) направлення пацієнтки лікуючим лікарем;
- 3) виявлення змін психологічному стані під час планових психологічних зустрічей.

Стрес, яких діє на пацієнок, у яких було виявлено онкологічний діагноз можна умовно розділити на три групи чинників: соматичні, психологічні та соціальні.

Соматичні чинники:

- загальний соматичний стан організму
- зміни самопочуття на фоні прогресування захворювання
- значна фіксація уваги пацієнок на тілесних відчуттях

- зміни самопочуття на фоні лікування
- особливості перебігу онкологічного захворювання в кожному окремому випадку
- симптоми із значним дистрес-потенціалом (нудота, задишка, больові відчуття, застійні явища, діарея тощо)

Психологічні чинники:

- вплив соматичного стану на психічне здоров'я
- психологічна дезадаптація
- формування дезадаптивних копінгів
- зниження комплаєнсу із медичним персоналом
- ймовірність суїцидальних тенденцій в поведінці пацієнток
- формування тривожно-депресивних розладів
- відстороненість в поведінці та незацікавленість в лікуванні, відчуття безперспективності лікування

Соціальні чинники:

- ускладнення сімейних відносин у родинах пацієнток
- соціальна стигматизація щодо онкологічного захворювання
- розрив соціальних зв'язків та звуження кола спілкування
- неможливість повноцінного відпочинку через тривалість та частоту лікувальних заходів
- значна потреба в соціальній підтримці

Завдяки попередньому тестуванню за допомогою психодіагностичних методик (разом більше 20 психодіагностичних шкал) було визначено психологічні мішені роботи для кожної пацієнтки.

Основні засади вибору мішеней психокорекційного впливу, поставлених задач, згідно виявлених мішеней та застосовані методи психокорекції наведено у Табл.4.1.

В якості наочно-практичного інструменту у наданні психологічної допомоги онкологічним пацієнтам було розроблено «Психологічний путівник онкоодужуючого», який містив психоосвітню частину та практичну – техніки, які пацієнти могли застосовувати для закріплення інформації.

Структура «Психологічного путівника онкоодужуючого» була наступною:

1. Перший крок. Усвідомлення та прийняття діагнозу.
2. Другий крок. Психоемоційний стан та навички саморегуляції.
 - a. Як справлятися з сильними емоціями;
 - b. Як справлятися зі страхом, тривогою;
 - c. Як справлятися з гнівом;
 - d. Тілесні відчуття та техніки роботи з тілом.
3. Третій крок. Прийняття рішень та нові сенси.
 - a. Навички усвідомленості;
 - b. Етапи прийняття ефективних рішень, проблемно-орієнтовані техніки;
 - c. Техніки когнітивної рескрипції.
 - d. Техніки, орієнтовані на цінності та сенси.
4. Четвертий крок. Комунікація.
 - a. Навички комунікації з родиною;
 - b. Навички комунікації з медичними працівниками.

Табл.4.1

Опис вибору методів психокорекції згідно виявленим мішеням впливу.

Мішень психологічного впливу	Напрямок психологічних інтервенцій	Застосовані методи та техніки
Клініко-феноменологічний рівень психологічної проблематики		
Усвідомлення загрози для життя	<ul style="list-style-type: none"> - визначення загального уявлення пацієнтки про лікування та захворювання; - зниження психоемоційного напруження. - переключення до більш адаптивного, відносно хвороби, напрямку оцінки ситуації 	<p>Техніки КПТ</p> <p>Техніки екзистенційного аналізу та логотерапії.</p> <p>Проблемно-орієнтована техніка</p>

Мішень психологічного впливу	Напрямок психологічних інтервенцій	Застосовані методи та техніки
Клініко-феноменологічний рівень психологічної проблематики		
Уявлення про лікування та подальше життя	<ul style="list-style-type: none"> - зниження психоемоційного напруження - оцінка життєвих потреб та формування нових пріоритетів - психоедукаційні заходи щодо формування знань про хворобу та її лікування - робота з дезадаптивними думками 	<p>Техніки релаксації</p> <p>Психоедукація</p> <p>Техніки КПТ</p> <p>Проблемно-орієнтовані техніки</p>
Зміна стилю життя	<ul style="list-style-type: none"> - адаптація до нового патерну життя - пристосування до нової ролі «пацієнт» для пацієнток - необхідність освоєння нових навичок та отримання нових знань відносно онкологічного захворювання 	<p>Техніки КПТ</p> <p>Техніки, орієнтовані на цінності та сенси</p>
Зміна в соціальних зв'язках	<ul style="list-style-type: none"> - пристосування до нової соціальної ролі «пацієнт» - робота із відношенням до стигматизації онкологічних захворювань - підвищення соціальної адаптації 	<p>Техніки КПТ</p>
Негативні очікування щодо лікування	<ul style="list-style-type: none"> - корекція дезадаптивних думок - підвищення знань щодо хвороби та її лікування 	<p>Психоедукація</p> <p>Техніки КПТ</p>

Клінічні прояви тривоги	<ul style="list-style-type: none"> - стабілізація психоемоційного стану - виявлення стресових тригерів - встановлення режиму харчування, сну та відпочинку - встановлення рівня можливої та необхідної фізичної активності - опанування технікам саморегуляції 	Техніки КПТ Техніки релаксації
Клінічні прояви депресії	<ul style="list-style-type: none"> - оцінка джерел психосоціального впливу - формування адаптивного реагування на психологічну проблему - контроль емоційних проявів - встановлення нових життєвих орієнтирів 	Техніки КПТ Техніки релаксації
Низький рівень якості життя	- модифікації факторів фізичного, психологічного та соціального дистресу.	Техніки КПТ Психоедукація

Всі обрані методики для роботи в рамках програми психокорекції були загальновідомими та визнаними іншими фахівцями. Дані методики, застосовані на онкологічних пацієнтах, зокрема, згадуються у роботах Мухаровської І.Р.

Медико-психологічна допомога надавалася у двох режимах – очному та дистанційному з врахуванням соціальної ситуації в країні – на початку дослідження – панпідемія covid-19, та надалі – війна в Україні.

Активний етап медико-психологічної допомоги проводився в умовах стаціонару, де пацієнтки проходили лікування, підтримуючий – дистанційно. Дистанційна психологічна допомога проводилася з використанням телемедичних засобів, та іноді була єдиним способом продовжити психологічну роботу з онкопацієнтами.

Було розроблено **клініко-психологічний протокол медико-психологічної допомоги для онкопацієнок з вперше виявленою онкологією.**

Мета протоколу: зниження психоемоційного стресу та покращення стрес-долаючої поведінки задля кращої адаптації онкопацієнтів до умов нової життєвої ситуації.

Показання: пацієнтки з вперше виявленою онкопатологією жіночої сфери.

Протипоказання: відмова від участі в медико-психологічних заходах, психотичні психічні розлади.

Завдання протоколу:

- 1) виявлення психологічної проблематики та потреб у зв'язку з діагностуванням онкологічного захворювання, в урахуванням локалізації;
- 2) стабілізація психоемоційного стану через навчання навикам саморегуляції та самопідтримки;
- 4) формування адаптивного стилю стрес-долаючої поведінки під час лікування;
- 5) навчання навикам ефективної комунікації;
- 6) розширення персональних ресурсів.

Форми надання медико-психологічної допомоги: психоосвіта, індивідуальне психологічне консультуванн.

Формат: очний, дистанційний, інформації матеріали («Психологічний путівник онкоодужуючого»), записи вебінарів.

Процедура:

- 1) інформована згода та психоосвіта з приводу заходів, що будуть проводитися;
- 2) визначення медико-психологічних мішеней допомоги;
- 3) формування запиту, задач та цілей психологічної допомоги;;
- 4) складання плану психологічної допомоги;
- 5) проведення інтервенцій: активний етап – психоосвіта та психокорекція коротким курсом (4-5 сесій), підтримуючий – психоосвіта та ведення по ; («Психологічний путівник онкоодужуючого»);

б) оцінка результатів психологічної допомоги, надання рекомендацій.

Когнітивно-поведінкова психотерапія (КПТ) – направлення психотерапії, яке базується на змінах в психологічному стані пацієнта через зміну в когнітивному усвідомленні проблеми та свого реагування на неї. Когнітивний компонент виявляє невідповідності мислення, а поведінковий – передбачає вирішення проблем шляхом закріплення бажаних форм поведінки. Дані техніки використовувались для корекцій дисфункціональних думок у пацієнток. Найчастіше ці думки стосувались перспектив лікування, прийняття діагнозу та прогресування соціальної дезадаптації.

До технік роботи в рамках КПТ-підходу нами використовувались такі техніки:

Техніка запису власних думок та щоденника думок. Пацієнтки записували думки, які у них виникали до та після певної дії чи ситуації думки мали бути зафіксовані по порядку виникнення. На початкових етапах психологічної взаємодії пацієнткам також пропонувалось вести запис цих думок на папері для кращої фіксації та зручності опрацювання та наступний аналіз.

Техніка віддалення від нефункціональних думок. Спочатку виявлялися дисфункціональні думки, до яких у людини мало сформуватися критичне ставлення. Для віддалення від дисфункціональної думки пацієнткам було потрібно визначити тригери появи даних думок, усвідомити їх автоматичний характер та оцінити невідповідність цих думок до ситуації.

Техніка вивчення аргументів «за» і «проти» щодо стереотипних думок. До дисфункціональної думки потрібно було підібрати аргументи «за» і «проти», бажано записавши на аркуш паперу задля кращої фіксації, і потім кожного дня переглядати список. В процесі виконання вправи закріплювалися більш адаптивні аргументи.

Сократичний метод («сократівський діалог»). Цей метод було застосовано для виявлення логічних помилок і протиріччя в роздумах пацієнта шляхом ведення активної психологічної бесіди, суттю якої є спроба лікаря-психолога дістатись до глибинних мотивів діяльності пацієнток та обговорення логічних помилок у судженнях пацієнток.

Техніка пом'якшення інтенсивності емоцій. Якщо пацієнтки зазначали, що якість ситуації та події (в т.ч. гіпотетичні) мали на них особливий психотравмуючий

вплив, призводячи до появи виражених негативних емоцій, було застосовану дану техніку шляхом емоційної переоцінки психотравмуючої події, для зниження активності переживань.

Техніка зміни ролей. Лікар-психолог та пацієнка мінялися ролями у діалозі, де пацієнтці самій потрібно переконати лікаря у дисфункціональності думок, в той же час лікар-психолог виступав умовним опонентом. Дана техніка потребує від пацієнтки розуміння психологічної концепції дисфункціональних думок, тому ця техніка застосовувалась не раніше 4-5 психологічної бесіди.

Техніка припинення. Дана техніка була направлена на збільшення контролю пацієнтки за настроєм її думок і навчанні, де для переривання негативних думок пацієнтці було потрібно промовити умовну команду, такі як «Припини!», «Досить!» та «Стоп!»

Техніка повторення. Якщо техніка припинення була направлена на зупинку неприємних думок, то дана методика була направлена на закріплення позитивних. Пацієнткам пропонувалось відслідковувати приємні думки та постійно активно згадувати їх.

Техніка позитивної уяви була направлена на заміну негативних образів в уяві пацієнтки та неприємних спогадів на умовний образ, з яким можна було виконувати певні дії. Наприклад, відкинути від себе «м'яч із негативних думок».

Екзистенційна психотерапія – особистісно-орієнтована психотерапія, спрямована на оцінці людиною глибинних смислів свого життя та та прийняття відповідальності щодо своїх рішень, які впливають на життя людини. Використано:

Техніка зайняття персональної позиції.

Що пацієнтка думає стосовно свого діагнозу? На що він вплинув? Яким є сприйняття життя зараз? За готова пацієнта стояти? На які опори опиратися?

Техніка екзистенційного повороту. Зміна сприйняття питання: не що я можу взяти від світу, а який виклик світ ставить переді мною?

Техніка тренування волі. Зміцнення волі як важливої складової психологічної стійкості, внутрішньої опірності.

Техніки релаксації є простими та дієвими загальноприйнятими методами роботи із напруженням, яке могло бути викликане психологічним станом пацієнта, таким як тривога та зниженням адаптації. Застосовані нами техніки релаксації, були обрані спираючись на простоту їх виконання та можливість самостійного закріплення отриманих навичок пацієнтками:

Дихальні техніки. Дихання у впливає на психоемоційний стан, так само як і зрушення у емоційній сфері змінюють функцію дихання. Тому, ідея, покладена в застосування дихальних технік базується на можливості психологічного заспокоєння через виконання дихальних рухів у певному, достатньо повільному ритмі. Ціллю застосування дихальних технік є вплив на психоемоційний стан з метою його трансформації до заданого стану.

Дана техніка виконувалась тільки після перевірки типу дихання. Пацієнтки повинні були розмістити одну долоню на животі, а іншу - грудній клітині на рівні сонячного сплетення. Після цього вони виконували кілька дихальних рухів. Тип дихання визначався шляхом порівняння положення долоней під час дихання. Якщо долоня на животі була вища – це свідчило про абдомінальний тип дихання, якщо вище була долоня, розміщення на грудній клітині – це свідчило про грудний тип дихання. У випадках, коли долоні займали однакове положення, тип дихання визначався як змішаний.

Нами було застосовано стандартну інструкцію виконання цієї техніки: «Пацієнткам пропонувалось зайняти зручне положення, випрямити спину, сісти рівно, ноги і руки мали бути розслаблені, але не схрещені. Далі, пацієнткам пропонувалось згадати психотравмуючу подію та сконцентрувати увагу на своєму диханні. Важливим аспектом було відчуття пацієнтками змін у диханні, під час згадування неприємних подій із наступною стабілізацією ритму дихальних рухів. Дана техніка була розрахована на 10 хвилин».

Динамічне дихання для розслаблення. Пацієнткам пропонувалось уявити своє дихання у вигляді хвиль. На вдиху потрібно було уявляти як ця хвиля накриває тіло. Якщо пацієнтки відчували напруження в якісь частині тіла, потрібно було

концентрувати їх у вагу на тому, що це напруження відходить разом із «відпливом хвилі» на видиху.

Інструкція симетричного дихання для поліпшення сну. Ця техніка застосовувалась для пацієток, які зазначали, що мають проблеми зі сном. Пацієткам було потрібно самостійно виконувати цю вправу вдома перед сном, тому спочатку пацієток навчали виконувати правильні дихальні рухи для цієї вправи: лежачи, попередньо розмістивши одну долоню на животі, а іншу на грудях (для кращого відчуття типу дихання), після чого потрібно було виконати послідовно 4 чотиритактних вдихи та вдохи животом, імітуючи абдомінальний тип дихання. Ця вправа виконувалась на 6 повторень.

Техніка дробного дихання для сну. Зробивши чотиритактний вдих, пацієнтки мали затримати дихання такий самий час, який зайняв вдих, а потім зробити чотиритактний видих. Після чого виконувались 3 звичайні дихальні рухи. Вправа повторювалась 4 рази.

Важливою умовою досягнення ефекту від застосування дихальних технік є регулярні тренування по 5-10 хв. кожного дня в один і той же час, тому ефект був поступовим. Ми налаштовували пацієток, що одразу ці вправи могли не виходити правильно і що результат буде приходити поступово, в залежності із швидкістю та дослідом виконання ними цих методик.

Техніка прогресивної м'язової релаксації за Джейкобсоном потребує певного часу для навчання правильного виконання вправи. Дана техніка базується на ідеї прогресивної м'язової релаксації. Ця ідея полягає в тому, що після значного м'язового напруження, на якому людина фіксує свою увагу та контролює його, людина повинна швидко розслабитись, зосереджуючи увагу на різниці «напруження-розслаблення» кожної із ділянок тіла.

Загальноприйнята інструкція до техніки релаксації виглядає так: пацієнта просять прийняти зручне положення та починати глибоко дихати. Це має тривати кілька хвилин, після цього починається процес послідовного напруження груп м'язів, яка має тривати не менше 5 секунд, під час чого потрібно глибоко дихати. Після чого

пацієнт має розслабити цю групу м'язів із видихом та проговорити про себе «Розслабся», після кожної групи м'язів потрібно робити паузу до 20 секунд.

1. М'язи передпліч (потрібно стиснути кулаки та зігнути кисті).
2. М'язи плеч (стиснути корпус ліктями з обох сторін)
3. М'язи гомілок (на витягнутих нозі потягнути гомілки до себе).
4. М'язи стегон (напружити ноги)
5. М'язи живота (сильно напружити м'язи пресу).
6. М'язи грудної клітини (на вдиху затримати дихання на 10 секунд)
7. М'язи плечового поясу (підняти плечі, притиснувши їх до шиї).
8. М'язи шиї (нахилити голову назад).
9. Губи (сильно стиснути губи, не рухаючи щелепою).
10. М'язи очей (почати сильно жмуритись).
11. Брови (сильно зморщити брови)
12. Лоб (підняти брови максимально наверх).

Під час виконання вправи: важливо концентруватися на різниці відчуттів під час напруження та розслаблення, відзначати, які групи м'язів більш напружені, наскільки це змінюється в процесі виконання, стежити за диханням.

4.2. Оцінка ефективності розробленої програми психокорекції

Після завершення першого етапу дослідження, на основі якого було здійснено глибокий аналіз стрес-долаючої поведінки, психологічної адаптації, а також взаємозв'язку між різними стратегіями справляння зі стресом та їх впливом на якість життя пацієнток з вперше діагностованою онкопатологією, ми приступили до другого етапу. Цей етап був спрямований на перевірку ефективності втручань, розроблених з урахуванням отриманих раніше висновків, для підвищення рівня психологічного благополуччя пацієнток та оптимізації їхньої адаптації до хвороби.

Основні цілі даного етапу дослідження включали:

1. **Порівняльний аналіз двох груп пацієнток:** перша група проходила традиційні психологічні бесіди, які не були специфічно адаптовані під

конкретні потреби пацієнтів з онкопатологією, тоді як друга група брала участь у комплексних психокоректуючих заходах на основі програми психологічної корекції, розробленої з урахуванням результатів першого етапу.

2. **Оцінка ефективності психокоректуючих заходів:** аналізувати зміни в психологічному стані, рівні адаптації та якості життя пацієнток після проведення втручань, спрямованих на зменшення тривожності, депресії та покращення стратегій справляння зі стресом.
3. **Виявлення специфіки впливу психологічної корекції:** визначити, які елементи програми психокорекції є найбільш ефективними для покращення психологічного стану та адаптації пацієнток, та як ці елементи взаємодіють з індивідуальними особливостями кожної учасниці.

На наступному етапі дослідження початкова вибірка була розділена на дві групи довільним чином. Таке розділення дозволило створити умови для об'єктивного порівняння ефектів стандартних психологічних бесід та індивідуалізованої програми психокорекції. Оцінка результатів включала аналіз змін у психоемоційному стані, рівні адаптації до хвороби та якості життя пацієнтів, заснований на кількісних та якісних методах психодіагностики.

Ми очікували, що комплексні психокоректуючі заходи покажуть більш виражений позитивний вплив на психологічне благополуччя пацієнток порівняно з традиційними психологічними бесідами. Зокрема, передбачалося, що учасниці другої групи продемонструють значне зниження рівня тривожності та депресії, а також покращення адаптації до хвороби та якості життя завдяки індивідуалізованому підходу, який враховує їхні особистісні особливості та потреби.

Таким чином, дослідження було спрямовано на практичне застосування знань, отриманих під час попередніх етапів, з метою вдосконалення методів медико-психологічної підтримки онкологічних пацієнток та забезпечення їх вищої якості життя.

На третьому етапі дослідження ми продовжили роботу, розпочату на першому етапі, з акцентом на практичному застосуванні отриманих знань для вивчення ефективності психологічних втручань у пацієнток з онкопатологіями. Основною

метою цього етапу було порівняти вплив стандартних психологічних бесід з комплексними психокоректуючими заходами, розробленими на основі даних, отриманих під час першого етапу дослідження.

Вибірка дослідження складалася з 120 жінок з вперше діагностованою онкопатологією жіночої сфери здоров'я. Ці учасниці були розділені на дві групи: контрольну та експериментальну. Розподіл учасників відбувався довільним чином з урахуванням критеріїв включення та виключення:

- **Група порівняння (n=60)** проходила стандартні психологічні бесіди. Ці сесії включали загальні психологічні консультації без застосування спеціалізованих методик або індивідуалізованих втручань.
- **Група втручання (n=60)** брала участь у комплексних психокоректуючих заходах за розробленою програмою психологічної корекції. Програма включала індивідуалізовані сесії з акцентом на розвиток стратегій справляння зі стресом, підвищення рівня ресилієнтності та оптимізацію адаптації до хвороби.

Для групи порівняння об'єм психологічної допомоги включав психологічні бесіди охоплювали загальну психоедукацію, обговорення емоційного стану та забезпечення емоційної підтримки без залучення спеціалізованих методик або індивідуалізованих планів втручань.

Для групи втручання психологічні інтервенції базувалися на спеціально розробленій програмі психокорекції, яка включала:

- **Індивідуалізовані сесії психотерапії:** Спрямовані на розробку персоналізованих стратегій справляння зі стресом, визначення та розвиток внутрішніх ресурсів пацієнтки.
- **Техніки когнітивно-поведінкової терапії:** Для модифікації негативних думок та переконань, що впливають на емоційний стан та поведінку.
- **Релаксаційні техніки та майндфулнес:** Для зниження рівня тривожності, підвищення стресостійкості та покращення загального самопочуття.

Ефективність втручань оцінювалася за допомогою перед- та після тестування а також за допомогою опитувальників, що оцінюють рівень адаптації до онкологічного діагнозу (MiniMAC) та якість життя (CQLS). Окрім кількісних мір, збиралися якісні

дані через індивідуальні інтерв'ю, що дозволило глибше зрозуміти вплив втручань на досвід пацієнтів.

Для показників в групі порівняння нами було отримані наступні результати по субшкалам: «Безпомічність» 19,53 (95% ВІ 18,22 - 20,85), «Тривожна стурбованість» 19,37 (95% ВІ 17,94- 20,79), «Бойовий дух» 6,9 (95% ВІ 5,985-7,815), «Когнітивне уникнення» 5,917 (95% ВІ 4,994- 6,839), «Фаталізм 9,283 (95% ВІ 8,19-10,38), «Якість життя 56,45 (95% ВІ 50,68-62,22). (Табл 4.2.).

Табл 4.2

Результати за методиками MiniMAC та CQLS для групи порівняння

Група порівняння							
Назва шкали/субшкали	Середнє	С.к.в.	Пох. середнього	Мінімум	Максимум	Лів.(95% ВІ)	Прав.(95% ВІ)
Безпомічність	19,53	5,081	0,6559	6	24	18,22	20,85
Тривожна стурбованість	19,37	5,508	0,7111	6	24	17,94	20,79
Бойовий дух	6,9	3,54	0,457	1	12	5,985	7,815
Когнітивне уникнення	5,917	3,572	0,4611	1	12	4,994	6,839
Фаталізм	9,283	4,231	0,5462	3	15	8,19	10,38
Якість життя	56,45	22,35	2,885	17	89	50,68	62,22

Для показників в групі втручання нами було отримані наступні результати по субшкалам: «Безпомічність» 13,82 (95% ВІ 12,41-15,22), «Тривожна стурбованість» 17,58 (95% ВІ 16,11-19,06), «Бойовий дух» 9,9 (95% ВІ 9,301-10,5), «Когнітивне уникнення» 3,817 (95% ВІ 3,377-4,256), «Фаталізм» 7,2 (95% ВІ 6,237 -8,163), «Якість життя» 71,07 (95% ВІ 66,94-75,19). (Табл. 4.3)

Таблиця 4.3

Результати за методиками MiniMAC та CQLS для групи втручання

Група втручання							
Назва шкали/субшкали	Середнє	С.к.в.	Пох. середнього	Мінімум	Максимум	Лів.(95% ВІ)	Прав.(95% ВІ)
Безпомічність	13,82	5,432	0,7013	3	24	12,41	15,22
Тривожна стурбованість	17,58	5,717	0,7381	6	24	16,11	19,06
Бойовий дух	9,9	2,319	0,2994	2	12	9,301	10,5
Когнітивне уникнення	3,817	1,702	0,2198	1	8	3,377	4,256
Фаталізм	7,2	3,727	0,4812	3	15	6,237	8,163
Якість життя	71,07	15,96	2,06	34	89	66,94	75,19

Цей етап дослідження забезпечив важливе продовження роботи, розпочатої на попередніх етапах, що дозволило не тільки теоретично, але й практично оцінити ефективність психологічних втручань. Результати, отримані в ході цього етапу, мають велике значення для розробки дієвих методів психологічної підтримки пацієнток з онкологічними захворюваннями, спрямованих на покращення їх якості життя та загального благополуччя.

Статистичний аналіз показав значущі відмінності між дослідною та контрольною групами за більшістю показників. При оцінці р-значень для кожного показника було виявлено наступні закономірності:

- **Безпомічність:** $p=0.00024$, що вказує на значущі відмінності між групами.
- **Тривожна стурбованість:** $p=0.08465$, тут відмінності не є статистично значущими на рівні 0.05.

- **Бойовий дух:** $p=2.478307e-14$, що свідчить про значущі статистичні відмінності.
- **Когнітивне уникнення:** $p=0.00000372$, також значущі відмінності.
- **Фаталізм:** $p=0.0002017$, значущі відмінності.
- **Якість життя:** $p=0.0000000238$, вказує на значущі відмінності.

На стовпчикових діаграмах показано середні значення для кожного показника між дослідною та контрольною групами, демонструючи візуальну відмінність між групами (табл. 4.4).

Таблиця 4.4

Розрахунок р-значень для кожного показника

Показник	р-значення
Безпомічність	0.00024
Тривожна стурбованість	0.08465
Бойовий дух	<0.00001
Когнітивне уникнення	0.00000372
Фаталізм	0.0002017
Якість життя	<0.00001

Ці результати вказують на те, що комплексні психокорекційні втручання мали позитивний вплив на показники, такі як бойовий дух, когнітивне уникнення, фаталізм та якість життя у дослідній групі порівняно з контрольною групою (Рис 4.1).

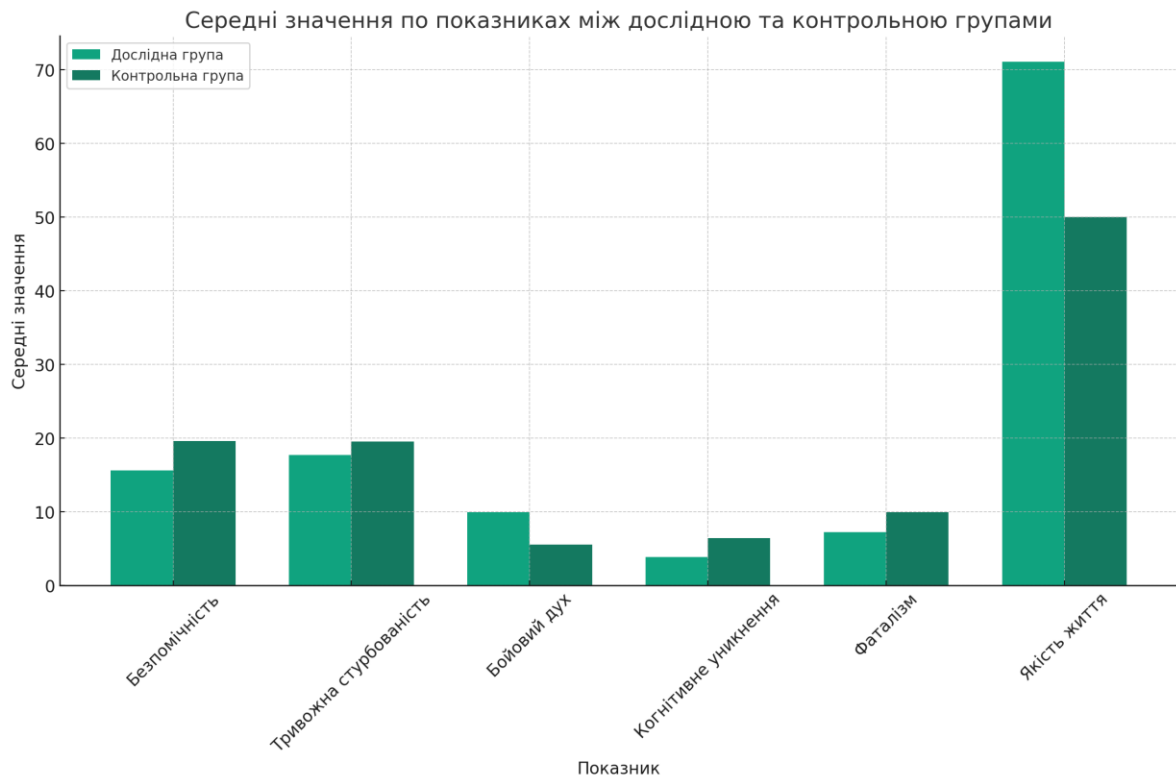


Рис 4.1 Різниця між групами за результатами опитувальників MiniMAC та HADS.

Статистичний аналіз ефективності психокорекційних втручань на основі даних, отриманих із дослідної та контрольної груп, відкриває значущі відмінності у впливі цих втручань на певні психологічні показники. В даному дослідженні використовувались t-тести для порівняння середніх значень кожного показника між групами, що дало можливість оцінити ефективність застосованих методик.

Значне зниження рівня безпомічності у дослідній групі ($p=0.00024$) вказує на ефективність психокорекційних втручань. Це свідчить про те, що учасники дослідної групи відчують більшу контрольованість над своїм життям та менше схильні до відчуття беспорядності перед обличчям труднощів. Хоча різниця за показником тривожної стурбованості не виявилася статистично значущою ($p=0.08465$), тенденція до зниження цього показника в дослідній групі може свідчити про потенційну користь комплексних психокорекційних заходів. Дуже низьке р-значення (<0.00001) для бойового духу ясно демонструє, що учасники дослідної групи показали значне поліпшення в цьому аспекті, що свідчить про збільшення їхньої мотивації, активності та оптимізму стосовно свого стану. Показник когнітивного уникнення також виявив

значні відмінності ($p=0.00000372$), підтверджуючи, що психокорекційні заходи допомагають зменшити негативні стратегії впорядкування, такі як уникнення проблем. Зниження рівня фаталізму ($p=0.0002017$) у дослідній групі вказує на те, що учасники менше схильні сприймати ситуації як неконтрольовані або невідворотні, що є важливим аспектом психологічної адаптації. Суттєве поліпшення якості життя у дослідній групі ($p<0.00001$) є найбільш важливим висновком, оскільки воно вказує на загальну ефективність втручань у покращенні добробуту учасників.

Аналіз показав, що комплексні психокорекційні втручання мають позитивний вплив на психологічний стан учасників, значно покращуючи такі показники, як бойовий дух, когнітивне уникнення, фаталізм та загальну якість життя. Ці результати підкреслюють важливість психологічної підтримки та втручань для людей, що переживають складні життєві обставини або стани. Однак, незважаючи на значні успіхи в більшості аспектів, відсутність статистично значущого впливу на тривожну стурбованість може вказувати на необхідність подальшого дослідження або адаптації методик втручання для кращого адресування цього аспекту. Таким чином, дані свідчать про те, що цільові психокорекційні заходи можуть бути ефективними для покращення психологічного благополуччя осіб, зокрема тих, хто стикається з психологічними труднощами або випробуваннями. Подальше дослідження та розвиток цих методик можуть сприяти їх ефективності та адаптивності до різноманітних потреб учасників.

Подальший аналіз було сконцентровано на двох ключових показниках: "Якість життя" та "Безпомічність", оскільки вони відіграють важливу роль у психологічному благополуччі осіб, що зіштовхнулися з важкими діагнозами, як-от онкологічні захворювання. Розподіл оцінок "Якості життя" у обох групах, висвітлює, як психокорекційні заходи вплинули на загальне сприйняття свого життя учасниками дослідження. Розподіл показника "Безпомічність", відображає, наскільки інтенсивно учасники відчували відсутність контролю над своїм життям та ситуацією, що є ключовим фактором стресу у пацієнтів з онкологічними захворюваннями. (Рис 4.2)

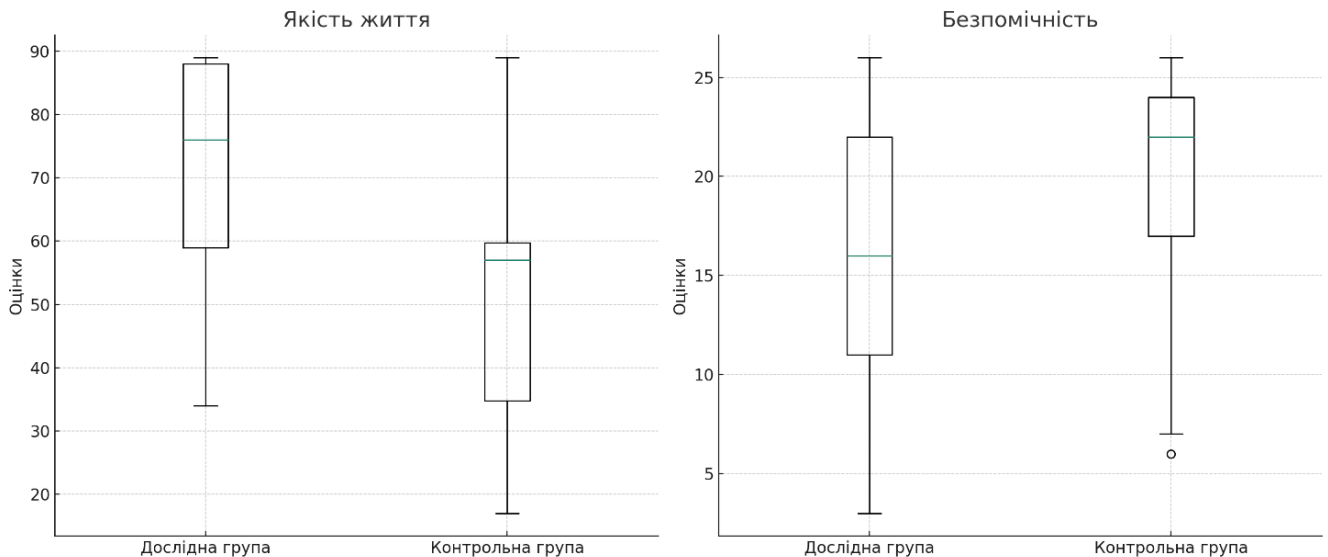


Рис. 4.2. Показники «Якості життя» та Безпомічності в обох групах.

На представлених скринькових діаграмах висвітлено розподіл оцінок "Якості життя" та "Безпомічності" у дослідній та контрольній групах. Ці візуалізації відображають вплив психологічної корекції на вказані аспекти життя пацієнок з онкологічними захворюваннями. Скринькова діаграма "Якості життя" демонструє, що медіана та розмах оцінок у дослідній групі є вищими порівняно з контрольною групою. Це вказує на те, що пацієнтки, які брали участь у психокорекційних заходах, в цілому оцінюють свою якість життя краще, ніж учасниці контрольної групи. Відсутність значних викидів свідчить про відносну однорідність відповідей серед учасників кожної групи. Висновок про поліпшення якості життя учасників дослідної групи може вказувати на ефективність психологічної підтримки в контексті адаптації до життя з онкологічним захворюванням.

На скриньковій діаграмі "Безпомічності" ми бачимо, що хоча медіана оцінок між дослідною та контрольною групами має менш виражену різницю порівняно з "Якістю життя", розподіл у дослідній групі все ж вказує на меншу варіативність та нижчі значення "Безпомічності". Це може свідчити про те, що психокорекційні втручання допомагають зменшити відчуття безпомічності серед пацієнок, сприяючи розвитку впевненості у власних силах та здатності впоратися з хворобою.

Аналіз даних показує, що психологічна корекція має позитивний вплив на якість життя та зменшення відчуття безпомічності серед пацієнок з вперше

діагностованою онкопатологією. Важливість таких втручань не може бути переоцінена, адже вони не лише сприяють поліпшенню емоційного стану, але й підтримують активну участь пацієнток у лікуванні та їхню соціальну адаптацію. Враховуючи виклики, з якими стикаються жінки, що живуть з онкологічними захворюваннями, важливо продовжувати розвиток та імплементацію комплексних програм психологічної підтримки, заснованих на доказовій медицині.

Проаналізувавши кореляцію між "Безпомічністю" та "Якістю життя" в обох групах, стало можливо оцінити, чи існує зв'язок між відчуттям контролю над власним життям та загальною оцінкою якості життя учасників дослідження. Для цього було використано кореляційний коефіцієнт Пірсона, який є стандартним методом оцінки лінійної залежності між двома неперервними змінними. Значення кореляційного коефіцієнта варіюється від -1 до +1, де значення близькі до +1 або -1 вказують на сильну позитивну або негативну кореляцію відповідно, тоді як значення близькі до 0 свідчать про відсутність лінійної залежності. (Рис. 4.3).

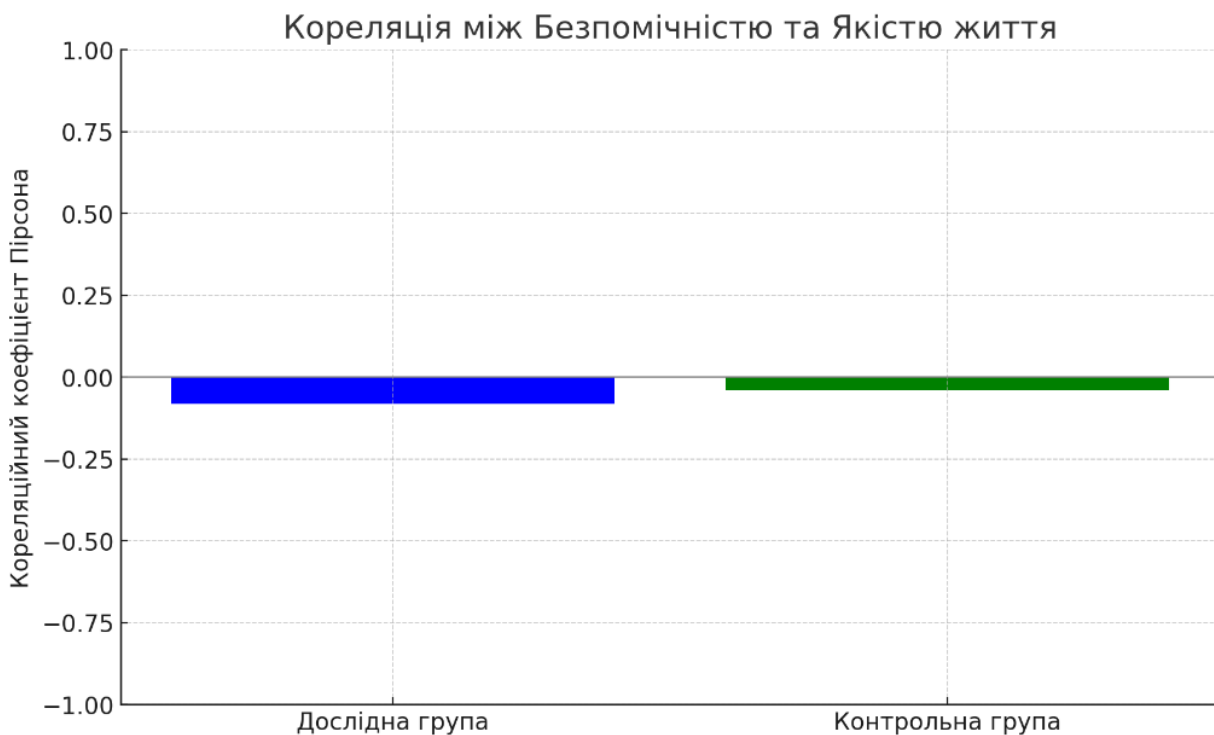


Рис. 4.3 Показники кореляції між якістю життя та безпомічністю в обох групах.

На візуалізації представлено кореляцію між "Безпомічністю" та "Якістю життя" в обох групах. Кореляційний коефіцієнт Пірсона для дослідної групи складає приблизно -0.083 , а для контрольної групи — приблизно -0.040 . Обидва коефіцієнти є негативними, що вказує на наявність негативної лінійної залежності між вказаними показниками, але вона є досить слабкою в обох групах. Незважаючи на те, що ми спостерігали негативну кореляцію, що теоретично може вказувати на те, що зниження відчуття безпомічності потенційно асоціюється з покращенням якості життя, сила цього зв'язку досить слабка. Це може свідчити про те, що фактори, які впливали на якість життя учасників, є багатогранними та не обмежуються лише відчуттям безпомічності. Слабка кореляція в обох групах також може вказувати на те, що психокорекційні втручання, спрямовані на зменшення відчуття безпомічності, необхідно поєднувати з іншими підходами для досягнення суттєвого покращення якості життя учасників. Це може включати зосередження на покращенні соціальної підтримки, розвитку позитивного мислення, та наданні інформації про хворобу та методи її лікування. Оскільки кореляційний аналіз не дозволяє встановити причинно-наслідкові зв'язки, важливо проводити подальші дослідження, що допоможуть краще зрозуміти, які конкретні аспекти психокорекційних втручань найефективніше впливають на покращення якості життя та зменшення відчуття безпомічності серед пацієнтів з онкологічними захворюваннями. Таким чином, результати нашого аналізу підкреслюють необхідність комплексного підходу до психологічної підтримки онкологічних пацієнтів, який враховує різноманіття факторів, впливаючих на їхнє психологічне та фізичне благополуччя.

Ми застосували PCA до стандартизованих даних, включаючи всі типи пристосування до онкологічного діагнозу (за шкалою MiniMAC), а також оцінку за шкалою CQLS. Це дозволить нам візуалізувати, як учасники групуються в багатовимірному просторі оснований на їхніх психологічних характеристиках.

Результати аналізу головних компонент (PCA) демонструють, як дані можуть бути проєкційовані на дві головні компоненти, що дозволяє візуалізувати багатовимірний датасет в двовимірному просторі. Кожна точка на графіку

представляє учасника дослідження, а колір відповідає кластеру, до якого цей учасник був віднесений у попередньому аналізі.

Внесок змінних у головні компоненти:

- **Перша головна компонента** в основному визначається високими позитивними внесками змінних "Безпомічність", "Когнітивне уникнення", "Фаталізм", та негативним внеском "Бойовий дух". Це може вказувати на те, що ця компонента уособлює боротьбу з негативними емоціями та стратегіями уникнення.
- **Друга головна компонента** має сильний позитивний внесок змінних "Когнітивне уникнення" та "Фаталізм", а також негативний внесок "Тривожна стурбованість". Це може вказувати на відмінності в емоційному стані учасників та їхньому сприйнятті ситуації.

Загалом, РСА дозволив ідентифікувати ключові взаємозв'язки між змінними та представити, як ці зв'язки впливають на розподіл учасників у багатовимірному просторі. Аналіз головних компонент разом з кластерним аналізом надає цінне уявлення про структуру даних та може допомогти в розробці більш ефективних стратегій психологічної підтримки. (Рис 4.4).

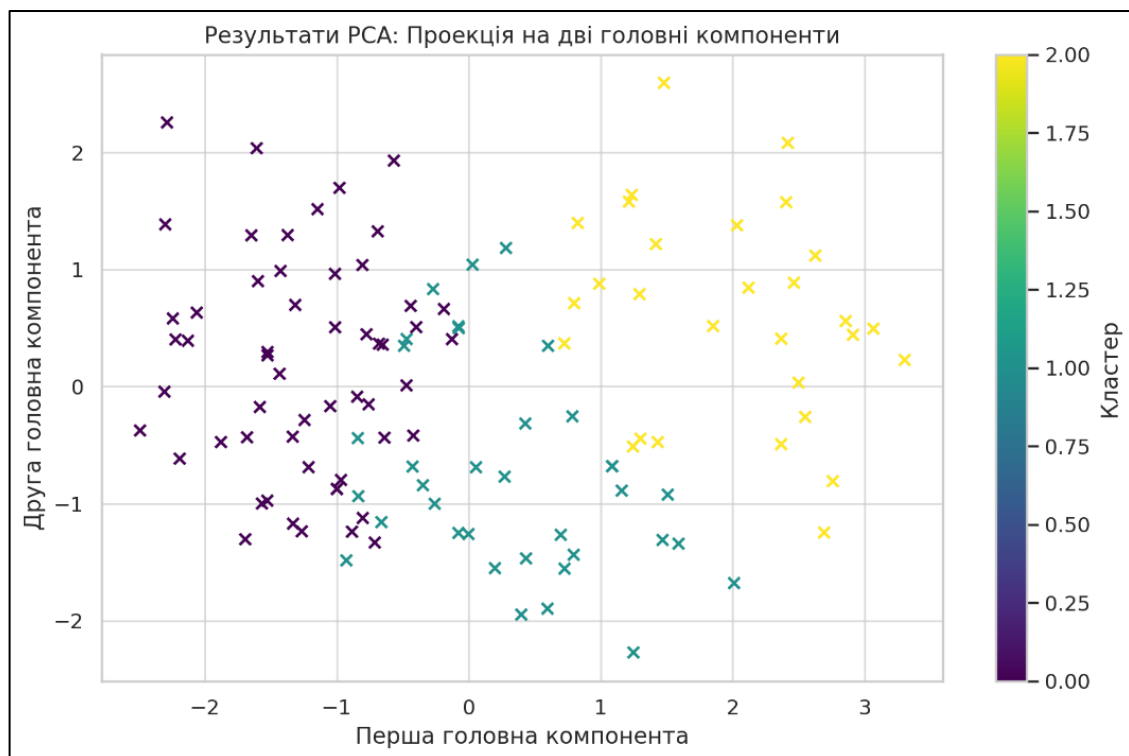


Рис 4.4. Результати аналізу головних компонент

На лінійних графіках представлено динаміку змін у показниках "Якість життя" та "Безпомічність" для дослідної та контрольної груп до застосування психологічної корекції, відразу після неї, та через певний час після застосування. (Рис. 4.5). До застосування психологічної корекції пацієнтки обох груп мали порівняно низькі показники "Якості життя" та високі показники "Безпомічності", що відображає загальний стресовий стан, пов'язаний з діагнозом. Відразу після застосування психологічної корекції у дослідній групі спостерігається поліпшення "Якості життя" та зниження "Безпомічності", тоді як у контрольній групі зміни не такі виразні.

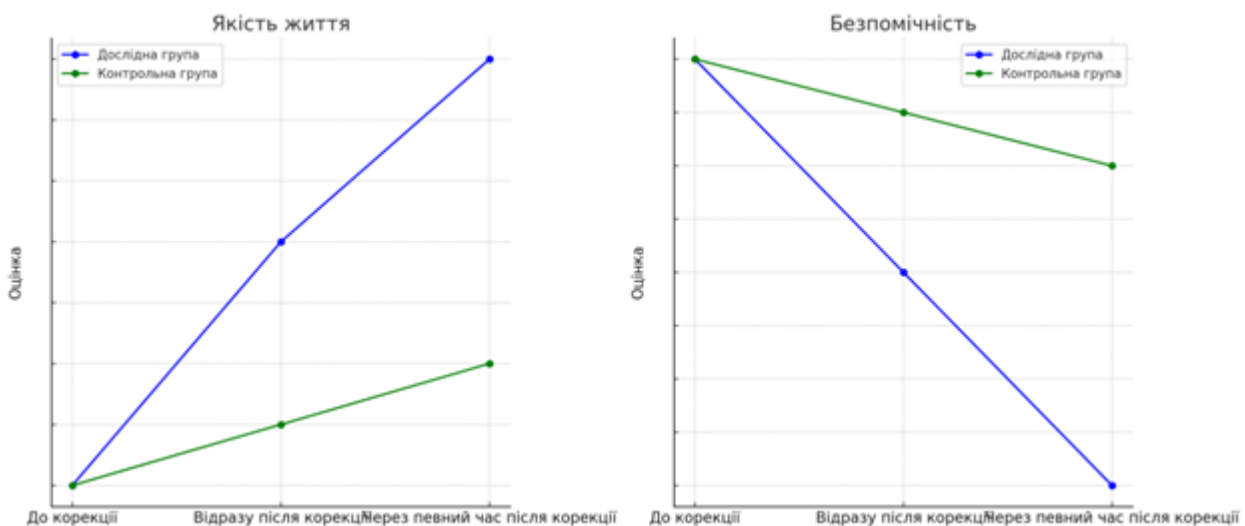


Рис. 4.5. Динаміка змін показників якості життя та безпомічності в обох групах

На графіку видно, що в групі втручання показник якості життя покращувався більш значно та стійко порівняно з контрольною групою, де зміни менш виражені. Це підкреслює ефективність психокорекційних втручань у поліпшенні загального добробуту пацієток. У групі втручання спостерігалось значне зниження відчуття безпомічності, що свідчило про збільшення відчуття контролю та здатності впоратися з власними проблемами. У контрольній групі зниження безпомічності було набагато менш вираженим, що може вказувати на обмежену ефективність відсутності спеціалізованих психологічних втручань. Цей аналіз демонструє, як психологічна корекція може мати значний вплив на покращення якості життя та зменшення відчуття безпомічності серед пацієнтів з онкологічними захворюваннями. Важливість

психологічної підтримки та розробка ефективних стратегій копінгу не можуть бути недооцінені в контексті комплексного лікування та реабілітації онкологічних пацієнтів.

Для оцінки динаміки змін в кожній із груп було проведене повторне дослідження, щоб оцінити зміни в типі психологічного пристосування до онкологічного діагнозу та показники якості життя, а також для оцінки стійкості ефектів після проведеної психокорекції.

Для показників в групі порівняння нами було отримані наступні результати по субшкалам: «Безпомічність» 19,5 (95% ВІ 18,17- 20,83), «Тривожна стурбованість» 17,6 (95% ВІ 16,04-19,16), «Бойовий дух» 6,9 (95% ВІ 5,985-7,815, «Фаталізм» 5,917 (95% ВІ 8,19-10,38), «Якість життя» 58,65 (95% ВІ 53,4 -63,9). (Табл.4.5).

Таблиця 4.5

Результати за методиками MiniMAC та CQLS для групи порівняння через 3 міс.

Група порівняння							
Назва шкали/субшкали	Середнє	С.к.в.	Пох. середнього	Мінімум	Максимум	Лів.(95% ВІ)	Прав.(95% ВІ)
Безпомічність	19,5	5,144	0,664	6	24	18,17	20,83
Тривожна стурбованість	17,6	6,032	0,7787	6	24	16,04	19,16
Бойовий дух	6,9	3,54	0,457	1	12	5,985	7,815
Когнітивне уникнення	5,917	3,572	0,4611	1	12	4,994	6,839
Фаталізм	9,283	4,231	0,5462	3	15	8,19	10,38
Якість життя	58,65	20,31	2,622	17	89	53,4	63,9

Для показників в групі дослідження нами було отримані наступні результати по субшкалам: «Безпомічність» 12,35 (95% ВІ 11,12-13,58), «Тривожна стурбованість» 17,58 (95% ВІ 16,11 - 19,06), «Бойовий дух» 10,87 (95% ВІ 10,43-11,3), «Фаталізм» 3,817 (95% ВІ 3,377 -4,256), «Якість життя» 75,2 (95% ВІ 71,64-78,76). (Табл.6)

Таблиця 4.6

Результати за методиками MiniMAC та CQLS для групи дослідження через 3 міс.

Група дослідження							
Назва шкали/субшкали	Середнє	С.к.в.	Пох. середнього	Мінімум	Максимум	Лів.(95% ВІ)	Прав.(95% ВІ)
Безпомічність	12,35	4,754	0,6138	3	24	11,12	13,58
Тривожна стурбованість	17,58	5,717	0,7381	6	24	16,11	19,06
Бойовий дух	10,87	1,692	0,2185	4	12	10,43	11,3
Когнітивне уникнення	3,817	1,702	0,2198	1	8	3,377	4,256
Фаталізм	6,817	3,417	0,4412	3	15	5,934	7,699
Якість життя	75,2	13,77	1,778	44	91	71,64	78,76

Узагальнюючи, можна стверджувати, що психологічна корекція є важливим компонентом в комплексному підході до лікування та реабілітації пацієнтів з онкологічними захворюваннями. Результати нашого дослідження підкреслюють необхідність подальшого впровадження та розвитку таких програм для покращення якості життя онкологічних пацієнтів та забезпечення їх ефективної психоемоційної підтримки.

У на цьому етапі дослідження було зосереджено увагу на вивченні ефективності психокорекційних заходів у пацієнок з вперше діагностованою онкопатологією. За

результатами аналізу даних, можна зробити важливі висновки щодо позитивного впливу психологічної корекції на якість життя та зниження відчуття безпомічності серед учасниць дослідження. Виявлено, що учасниці дослідної групи, які проходили комплексні психокорекційні втручання, демонстрували значне покращення у показниках "Якість життя" та зниження відчуття "Безпомічності" порівняно з контрольною групою. Це свідчить про важливість психологічної підтримки в комплексному лікуванні та реабілітації онкологічних пацієнтів. Кореляційний аналіз показав слабку негативну залежність між "Безпомічністю" та "Якістю життя", що вказує на складність взаємозв'язків між психологічним станом пацієнтів та їх загальним добробутом. Водночас, спостереження за динамікою змін у показниках дозволило ідентифікувати потенційно позитивний вплив психокорекційних заходів.

Аналізуючи результати нашого дослідження у контексті існуючих наукових робіт, можна зазначити, що наші висновки узгоджуються з даними літератури. Багато авторів вказують на значущість психологічної підтримки у лікуванні онкологічних захворювань, підкреслюючи її вплив на зниження рівня тривожності, депресії та покращення загального добробуту пацієнтів. Водночас, наше дослідження додає важливий аспект щодо впливу психокорекційних заходів на відчуття безпомічності, що не завжди є центральним об'єктом дослідження в інших роботах. Наші результати підтверджують гіпотезу про те, що зменшення відчуття безпомічності може сприяти загальному покращенню стану пацієнтів, підвищуючи їхню адаптаційну здатність та сприйняття якості життя.

Варто зазначити, що проведення подібних досліджень має певні методологічні обмеження, зокрема, стосовно вибірки учасників та оцінки довгострокових ефектів психокорекційних втручань. Отже, для поглиблення розуміння вивчених феноменів необхідні подальші дослідження з більшою кількістю учасників та тривалішим спостереженням за їх станом.

У підсумку, цей етап нашого дослідження підкреслює значення психологічної корекції у лікуванні онкологічних захворювань, демонструючи її позитивний вплив на якість життя та зниження відчуття безпомічності серед пацієнок. Результати нашого дослідження узгоджуються з загальноприйнятими поглядами в науковій

спільноті та вносять важливий вклад у розвиток психоонкології як важливої складової комплексного підходу до лікування та реабілітації онкологічних пацієнтів.

Висновки до розділу 4

1. Дослідження, що було спрямоване на аналіз ефективності програми психологічної корекції у пацієток з вперше діагностованою онкопатологією, продемонструвало значні покращення у показниках якості життя та зменшення рівня відчуття безпомічності серед учасниць дослідної групи. Ці результати вказують на важливість інтеграції психологічної підтримки в загальний план лікування та реабілітації онкологічних пацієнтів.
2. Аналіз даних підтвердив гіпотезу про те, що психологічна корекція може значно покращити психоемоційний стан пацієток, сприяти їх адаптації до хвороби, та покращити загальне сприйняття якості життя. Слід зазначити, що вплив психокорекційних втручань не обмежується лише короткотерміновими ефектами, але також має потенціал забезпечити довгострокову підтримку пацієнтів.
3. На основі отриманих результатів можна рекомендувати інтеграцію психологічної корекції як стандартної частини комплексного лікування онкологічних захворювань. Застосування таких програм може бути корисним не тільки для покращення психоемоційного стану пацієнтів, але й для підвищення ефективності медичних втручань, оскільки позитивний психологічний стан сприяє кращій адаптації до лікувального процесу.

Результати, викладені в даному розділі, опубліковано в наступних наукових працях автора:

1. Stanovskiy, B. (2024). Psychological help for patients with cancer. *Journal of Education, Health and Sport*, 52, 242–253. <https://doi.org/10.12775/JEHS.2024.52.110>
2. Становський, Б. (2023). Оцінка ефективності програми психокорекції для пацієнток із вперше діагностованою онкологічною патологією. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 8(4), e0804503. <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v8i4.503>

ВИСНОВКИ

1. У даному дослідженні проведено теоретичне обґрунтування та запропоновано нове практичне вирішення актуальної наукової задачі – підвищення результативності медико-психологічної допомоги для пацієнток онкологічного профілю із вперше виявленою онкологічною патологією жіночої сфери здоров'я в умовах хронічного соціального стресу, на основі дослідження взаємозв'язків стрес-долаючої поведінки, психоемоційного стану та якості життя.

2. Стрес-долаюча поведінка включає в себе особливості психологічної організації пацієнток з вперше діагностованою онкологічною патологією сфери жіночого здоров'я, зумовлених особливостями перебігу психологічних реакцій на психотравмуючі аспекти онкологічного діагнозу та протипухлинного лікування.

3. Копінг зумовлює основу стрес-долаючої поведінки у пацієнток з вперше діагностованою онкологічною патологією сфери жіночого здоров'я, а на основі аналізу персональних моделей копінгу можна прогнозувати зміни в динаміці їх психологічних характеристик. Показники, такі як «бойовий дух» та «позитивне переосмислення» є ознаками формування адаптивних стратегій стрес-долаючої поведінки, тоді як «безпомічність-безпорадність» та «когнітивне уникнення» є прогностичними факторами формування дезадаптивних копінг стратегій, які, в свою чергу, значно знижують якість життя пацієнток.

4. Формування стрес-долаючої поведінки пацієнток онкологічного профілю із вперше виявленою онкологічною патологією жіночої сфери здоров'я зумовлено психічними та психосоціальними факторами, серед яких можна виділити клінічні прояви тривоги та депресії, пристосування до онкологічного діагнозу, притаманні копінги та якість життя. Особливості взаємозв'язків між показниками адаптивності копінгів, тривоги, депресії зумовлюють формування адаптивних чи дезадаптивних копінг-стратегій.

5. Показники за MiniMAC корелюють із показниками за опитувальниками COPE та HADS, що можна застосовувати для оцінки прогностичних факторів розвитку

дезадаптивних копінгів а також для оцінки якості проведених психологічних інтервенцій.

5. Науково обгрунтовано, що за відсутності прийнятих психокорекційних програм, обсяг медико-психологічної допомоги пацієнткам онкологічного профілю нерегламентований. Таким чином для комплексної допомоги немає встановлених гайдлайнів, що створює невизначеність відносно необхідних психокорекційних заходів. Завдяки нашому дослідженню, було продемонстровано, що вивірена, багатофакторна програма медико-психологічної допомоги дозволяє вплинути на аспекти психологічної ресурсності пацієнток, що у свою позитивно впливає на психологічну адаптацію до онкологічного діагнозу, підвищує комплаєнс та дозволяє знизити негативні переживання.

Програма медико-психологічної допомоги для пацієнток з вперше діагностованою онкопатологією жіночої сфери здоров'я в умовах хронічного соціального стресу є дієвим засобом для встановлення адаптивних стратегій стрес-долаючої поведінки в пацієнток онкологічного профілю.

Сильними практичними сторонами дослідження є наявність групи порівняння, застосування рандомізації задля поділу на групи та забезпечення однорідності серед груп досліджуваних.

Жодне дослідження не може бути універсальним для будь-яких пацієнтів, тому дане дослідження має свої обмеження:

1. Результати дослідження можуть бути застосовані тільки для пацієнток онкологічного профілю із вперше виявленою онкологічною патологією жіночої сфери здоров'я, що виключає із списку пацієнтів чоловічої статі, або потребує зміни для пацієнток із іншими видами онкологічних захворювань.

2. Дослідження застосовувалось лише для пацієнток онкологічного профілю із вперше виявленою онкологічною патологією, що обмежує можливість використання отриманих результатів для пацієнток із рецидивами онкологічних захворювань.

3. Дослідження проводилось в умовах пандемії COVID-19 та війни, тому відокремити всі фактору стресу, окрім онкологічних, було неможливо.

Перспективою подальших досліджень є визначення, нових методів психокорекції, можливості додавання чи заміни вже досліджених нами методик, а також вивчення стійкості отриманих ефектів від психокорекції через більші часові проміжки, наприклад через 6 чи 12 місяців або 1-2 роки.

Завершуючи, це дослідження підкреслює критичну роль психологічної підтримки в комплексному лікуванні онкопатологій та закладає основу для подальших досліджень та розробки інноваційних підходів до психологічної реабілітації онкопацієнтів.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Пропонується проводити довгострокові дослідження для оцінки ефективності медико-психологічних інтервенцій на якість життя, тривожність, депресію та загальну адаптацію до хвороби.
2. Важливим напрямком є розробка та апробація спеціалізованих програм медико-психологічної підтримки, адаптованих до потреб різних груп онкопацієнтів, з урахуванням стадії захворювання, типу онкології та індивідуальних особливостей кожної пацієнтки.
3. Подальші дослідження має включати аналіз впливу соціальних, культурних та економічних факторів на стрес-долаючу поведінку та психологічну адаптацію онкопацієнтів для розробки більш ефективних стратегій психологічної підтримки.
4. Медичні установи можуть розглянути можливість інтеграції програм психологічної корекції в стандартні протоколи лікування та реабілітації онкологічних пацієнтів.
5. Важливо розробляти індивідуальні плани психологічної корекції, враховуючи особливості психоемоційного стану, потреби та вподобання кожного пацієнта.
6. Покращити допомогу онкологічним пацієнтам можна через проведення роботи серед медичних працівників та пацієнтів щодо підвищення обізнаності про важливість психологічної підтримки у лікуванні онкологічних захворювань, та формування адаптивного стилю копінгу.

Для поглиблення розуміння ефективності психокорекційних втручань необхідно проводити подальші дослідження з більшими вибірками та використанням довгострокових методів оцінки.

Отримані висновки дисертаційного дослідження пропонуються для застосування в роботі лікарів-психологів, психотерапевтів та клінічних психологів, а також у навчальній підготовці студентів та інтернів за спеціальністю 225 «Медична психологія», а також студентів за спеціальністю 053 «Психологія» та спеціалізацією «Нейропсихологія» та «Клінічна психологія».

Результати дослідження впроваджено у практику роботи КНП «Київський міський клінічний онкологічний центр» Міністерства охорони здоров'я України згідно Акту про впровадження від 27 вересня 2023 р. (ДОДАТОК В)

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Holland J.C., Andersen B., Breitbart W.S. et al. Distress management. // Journal of the National Comprehensive Cancer Network. – 2010. – Vol. 8, No. 4. – P. 448-485.
2. Grassi L., Johansen C., Annunziata M.A., Capovilla E., Costantini A., Gritti P. et al. Screening for distress in cancer patients: A multicenter, nationwide study in Italy. // Cancer. – 2013. – Vol. 119, No. 9. – P. 1714-1721.
3. Faller H., Schuler M., Richard M., Heckl U., Weis J., Kuffner R. Effects of psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: Systematic review and meta-analysis. // Journal of Clinical Oncology. – 2013. – Vol. 31, No. 6. – P. 782-793.
4. Mehnert A., Hartung T.J., Friedrich M., Vehling S., Brähler E., Härter M. et al. One in two cancer patients is significantly distressed: Prevalence and indicators of distress. // Psycho-Oncology. – 2018. – Vol. 27, No. 1. – P. 75-82.
5. Zabora J., BrintzenhofeSzoc K., Curbow B., Hooker C., Piantadosi S. The prevalence of psychological distress by cancer site. // Psycho-Oncology. – 2001. – Vol. 10, No. 1. – P. 19-28.
6. Carlson L.E., Waller A., Mitchell A.J. Screening for distress and unmet needs in patients with cancer: Review and recommendations. // Journal of Clinical Oncology. – 2012. – Vol. 30, No. 11. – P. 1160-1177.
7. Watson M., Kissane D.W. Handbook of psychotherapy in cancer care. – Wiley-Blackwell, 2011. – 256 p.
8. Федоренко З. П., Гулак Л. О., Михайлович Ю. Й. Рак в Україні, 2019–2020. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. Бюл. Нац. канцер-реєстру України. 2021. № 22. URL: http://ncru.inf.ua/publications/BULL_22/PDF/BULL_22.pdf
9. Breitbart W., Poppito S. Individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer: A treatment manual. – Oxford University Press, 2014. – 208 p.
10. Spiegel D., Classen C. Group therapy for cancer patients: A research-based handbook of psychosocial care. – Basic Books, 2000. – 272 p.

11. Armes J., Crowe M., Colbourne L., Morgan H., Murrells T., Oakley C. et al. Patients' supportive care needs beyond the end of cancer treatment: A prospective, longitudinal survey. // *Journal of Clinical Oncology*. – 2009. – Vol. 27, No. 36. – P. 6172-6179.
12. Fann J.R., Thomas-Rich A.M., Katon W.J., Cowley D., Pepping M., McGregor B.A., Gralow J. Major depression after breast cancer: A review of epidemiology and treatment. // *General Hospital Psychiatry*. – 2008. – Vol. 30, No. 2. – P. 112-126.
13. Pitman A., Suleman S., Hyde N., Hodgkiss A. Depression and anxiety in patients with cancer. // *BMJ*. – 2018. – Vol. 361, k1415.
14. Stanton A.L., Danoff-Burg S., Sworowski L.A., Collins C.A., Branstetter A.D., Rodriguez-Hanley A. et al. Randomized, controlled trial of written emotional expression and benefit finding in breast cancer patients. // *Journal of Clinical Oncology*. – 2002. – Vol. 20, No. 20. – P. 4160-4168.
15. Vehling S., Koch U., Ladehoff N., Schön G., Wegscheider K., Heckl U. et al. Prevalence of affective and anxiety disorders in cancer: Systematic literature review and meta-analysis. // *Psycho-Oncology*. – 2012. – Vol. 21, No. 9. – P. 899-908.
16. Jacobsen P.B., Jim H.S. Psychosocial interventions for anxiety and depression in adult cancer patients: Achievements and challenges. // *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. – 2008. – Vol. 58, No. 4. – P. 214-230.
17. Шевцова А.І., Морозова О.Г., Федоренко З.П. Медико-соціальні аспекти онкологічної допомоги в Україні. // *Онкологія*. – 2016. – Вип. 18, No. 2. – С. 144-148.
18. Костюк Г.П., Чопенко В.В. Психологічна реабілітація онкологічних хворих: проблеми та перспективи. // *Наукові праці [Національного університету Острозька академія]. Серія: Психологія*. – 2014. – Вип. 4. – С. 182-186.
19. Ковальчук Л.В. Психоонкологія в Україні: стан і перспективи розвитку. // *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: Медицина*. – 2020. – Вип. 2(70). – С. 90-93.
20. Васильєва Ю.О., Ковальова О.М. Роль психологічної підтримки в комплексному лікуванні онкологічних хворих. // *Здоров'я України*. – 2019. – № 21. – С. 30-32.

- 21.Мазур Л.М., Василенко О.Д. Особливості медико-психологічної допомоги онкологічним хворим. // Український медичний часопис. – 2018. – № 2(124). – С. 56-59.
- 21.Маркова М.В., Мухаровська І.Р., Кривоніс Т.Г. Психоонкологія в аспекті теорії та клінічної практики. // Медична психологія. – 2019. – Том 14, № 4. – С. 31-37.
- 22.Поляченко Н.В., Скрипникова І.В. Особливості копінг-стратегій у хворих на рак. // Український психоневрологічний журнал. – 2017. – № 5. – С. 56-59.
- 23.Литвиненко Л.О., Петрушко О.І. Психологічні механізми адаптації до онкологічних захворювань. // Наукові записки НаУКМА. Психологія. – 2018. – Вип. 1. – С. 23-30.
- 24.Greer S., Morris T., Pettingale K.W. Psychological response to breast cancer: Effect on outcome. // Lancet. – 1979. – Vol. 2, No. 8146. – P. 785-787.
- 25.Watson M., Haviland J.S., Greer S., Davidson J., Bliss J.M. Influence of psychological response on survival in breast cancer: A population-based cohort study. // Lancet. – 1999. – Vol. 354, No. 9187. – P. 1331-1336.
- 26.Fawzy F.I., Fawzy N.W., Arndt L.A., Pasnau R.O. Critical review of psychosocial interventions in cancer care. // Archives of General Psychiatry. – 1995. – Vol. 52, No. 2. – P. 100-113.
- 27.Lazarus R.S., Folkman S. Stress, Appraisal, and Coping. – New York: Springer, 1984. – 456 p.
- 28.Carver C.S., Scheier M.F., Weintraub J.K. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. // Journal of Personality and Social Psychology. – 1989. – Vol. 56, No. 2. – P. 267-283.
- 29.Holland J.C. History of psycho-oncology: Overcoming attitudinal and conceptual barriers. // Psychosomatic Medicine. – 2002. – Vol. 64, No. 2. – P. 206-221.
- 30.Бережна І.В., Ткаченко В.В. Психологічна допомога онкологічним хворим: український контекст. // Психологія і суспільство. – 2015. – № 1. – С. 85-95.
- 31.Folkman S. Stress: Appraisal and coping. // Encyclopedia of Behavioral Medicine. – New York: Springer, 2013. – P. 1913-1915.

32. Ковальчук Л.В., Маркова Н.В., Чепурко О.Б. Стратегії копінгу в пацієнтів з онкологічними захворюваннями. // Український журнал психоневрології. – 2017. – Том 25, № 3. – С. 57-62.
33. Левченко К.Ю., Петренко Т.В., Смірнов І.П. Вплив психологічної допомоги на якість життя онкологічних хворих. // Медицина неотложных состояний. – 2018. – № 9 (100). – С. 134-138.
34. Classen A.F., Gulati S., Watt L. et al. The health-related quality of life of children with cancer: A qualitative study. // *Psycho-Oncology*. – 2012. – Vol. 21, No. 11. – P. 1203-1211.
35. Watson M., Lucas C., Hoy A., Back I. *Oxford Handbook of Palliative Care*. – Oxford: Oxford University Press, 2009. – 1024 p.
36. Заболотних Н.І., Петленко В.П., Шматко В.І. Сучасні аспекти психологічної реабілітації онкологічних хворих. // Український медичний часопис. – 2015. – № 1 (107). – С. 46-49.
37. Бондаренко М. С. Особливості ставлення до здоров'я і хвороби жінок з онкопатологією, що хворіють на COVID-19 : кваліфікац. Робота. Харків. нац. пед. ун-т ім. Г. С. Сковороди, каф. психології. Харків, 2022. 60 с.
38. Циганенко Г. В., Великодна М. С. Надання психологічної допомоги вразливим групам населення під час та після карантину через пандемію Covid-19: Практичний посібник для психологів і фахівців соціальної роботи. Київ. Кривий Ріг. 2020. URL: <http://elibrary.kdpu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/3827>.
39. Шаповалов В. Мультидисциплінарне вивчення рівня доступності обігу лікарських засобів для онкохворих на принципах фармацевтичного права, доказової фармації, клінічної фармації, судової фармації та організації фармацевтичної справи. *Actual Problems of Medicine and Pharmacy*. 2023. С. 1-20. URL: <https://apmplmi.com/index.php/apmp/article/view/52>
40. Browall, M., Kenne Sarenmalm, E., Persson, L. O., Wengström, Y., & Gaston-Johansson, F. (2016). Patient-reported stressful events and coping strategies in postmenopausal women with breast cancer. *European journal of cancer care*, 25(2), 324–333. <https://doi.org/10.1111/ecc.12294>

41. Brunault, P., Champagne, A. L., Huguet, G., Suzanne, I., Senon, J. L., Body, G., Rusch, E., Magnin, G., Voyer, M., Réveillère, C., & Camus, V. (2016). Major depressive disorder, personality disorders, and coping strategies are independent risk factors for lower quality of life in non-metastatic breast cancer patients. *Psycho-oncology*, 25(5), 513–520. <https://doi.org/10.1002/pon.3947>
42. Cancer Today. Global Cancer Observatory. URL: <https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-table>
43. Maxwell-Smith C. Wearable Activity Technology And Action-Planning (WATAAP) to promote physical activity in cancer survivors: Randomised controlled trial protocol. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2018. P. 91-188. URL: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijchp.2018.03.003>
44. Mehrparvar S., Hajloo N. The Effectiveness of Holographic Reprocessing Therapy on Mental Adjustment to Cancer in Women with Cancer. *Studies in Medical Sciences*. 2017.
45. Mendoza M. E. Randomized controlled trial of the Valencia model of waking hypnosis plus CBT for pain, fatigue, and sleep management in patients with cancer and cancer survivors, *Psycho-Oncology*. 2016. P. 1-7. URL: <http://dx.doi.org/10.1002/pon.4232>
46. Yaman S. Psychological problems experienced by women with gynecological cancer and how they cope with it: a phenomenological study in turkey. *Health and social work*. 2016. URL: <http://dx.doi.org/10.1093/hsw/hlw030>
47. Ye M. A meta-analysis of the efficacy of cognitive behavior therapy on quality of life and psychological health of breast cancer survivors and patients. *Psychooncology*. Advanced online publication. 2018. P. 2-4. URL: <http://dx.doi.org/10.1002/pon.4687>
48. Коваленко К. О. Пренатальні результати вагітності і пологів у жінок з онкопаталогією в анамнезі. 2019.
49. Корнєєв О. В., Сахно Т. В. Фотодинамічна терапія в сучасних методологіях лікування раку молочної залози: Національний університет "Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка". 2019. URL: <http://repository.pdmu.edu.ua/handle/123456789/17291>

- 50.Лукомська, С. О. СОЦІАЛЬНА ПІДТРИМКА ЯК ЧИННИК ПРОФІЛАКТИКИ ПТСР У ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ ПІД ЧАС РОСІЙСЬКО-УКРАЇНСЬКОЇ ВІЙНИ. Методи та засоби психологічної допомоги постраждалим у подоланні ПТСР: тези доповідей науково-практичної конференції. Київ-Біла Церква: Інститут психології імені ГС Костюка НАПН України, 2023. 268 с.
- 51.Підбуцька Н. В. Психологічні особливості людей з онкологічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки». 2018. Вип. 2, Т. 2. С. 159–165.
- 52.Подольський В.В. Сучасні підходи до лікування мастопатій та корекції гіперестрогенних станів у жінок фертильного віку. ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України». Київ, 2021. С. 1-5.
- 53.Рак в Україні 2015–2016 / З. П. Федоренко, Л. О. Гулак, Ю. Й. Михайлович. Бюлетень національного канцер-реєстру України. 2017. № 18. 127 с.
- 54.Рафальська Я. Д., Косяченко К. Л. Аналіз захворюваності на рак молочної залози в Україні та місті Києві. 2023. DOI: 10.32352/0367-3057.3.23.04
- 55.Самохвалова О. О., Турчак О. В. Клінічні та морфологічні особливості пухлин зовнішніх статевих органів у жінок, що проходили лікування в Національному інституті раку. Клінічна онкологія. 2019. С.1-4. DOI: 10.32471/clinicaloncology.2663-466X.39.22668
- 56.Сергет І.В. Психологічні аспекти соціальної адаптації жінок з онкологічними хворобами. Херсонський державний університет. Збірник матеріалів конференції. 2019.
- 57.Хомуленко Т. Б., Крамченкова В. О., Туркова Д. М. Тілесний локус контролю як копінг. Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя: матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції. Суми: Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка. 2019. С. 361-363.

58. Шевченко А. І., Колеснік О. П., Каджоян А. В., Кузьменко В. О., Чернявський, Д. Є. Проблема онкологічної допомоги в умовах пандемії коронавірусу. 2020. URL: <http://dspace.zsmu.edu.ua/handle/123456789/12156>
59. Beckwee, D., Leysen, L., Meuwis, K., & Adriaenssens, N. (2017). Prevalence of aromatase inhibitor-induced arthralgia in breast cancer: A systematic review and meta-analysis. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 25(5), 1673–1686. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3613-z>.
60. Borgi, M., Collacchi, B., Ortona, E., & Cirulli, F. (2020). Stress and coping in women with breast cancer: unravelling the mechanisms to improve resilience. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 119, 406–421. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.10.011>
61. COVID-19 and Cancer. European Society for Medical Oncology. URL: <https://www.esmo.org/covid-19-and-cancer>.
62. Gilbertson-White, S., Campbell, G., Ward, S., Sherwood, P., & Donovan, H. (2017). Coping With Pain Severity, Distress, and Consequences in Women With Ovarian Cancer. *Cancer nursing*, 40(2), 117–123. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000376>
63. Henneghan A., Stuijbergen A., Becker H. Modifiable correlates of perceived cognitive function in breast cancer survivors up to 10 years after chemotherapy completion. *Journal of Cancer Survivorship: Research and Practice*. 2017. URL: <https://doi.org/10.1007/s11764-017-0661-9>.
64. Jedy-Agba, E., McCormack, V., Adebamowo, C., & Dos-Santos-Silva, I. (2016). Stage at diagnosis of breast cancer in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Global health*, 4(12), e923–e935. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(16\)30259-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(16)30259-5)
65. Konieczny, M., Cipora, E., Sygit, K., & Fal, A. (2020). Quality of Life of Women with Breast Cancer and Socio-Demographic Factors. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP*, 21(1), 185–193. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2020.21.1.185>

66. Kulpa, M., Ziętałewicz, U., Kosowicz, M., Stypuła-Ciuba, B., & Ziółkowska, P. (2016). Anxiety and depression and cognitive coping strategies and health locus of control in patients with ovary and uterus cancer during anticancer therapy. *Contemporary oncology (Poznan, Poland)*, 20(2), 171–175. <https://doi.org/10.5114/wo.2016.60074>
67. Luker G. D., Boettcher A. N. Impact of COVID-19 on Clinical Care and Research in Cancer Imaging: Where We Are Now. *Radiology: Imaging Cancer*. 2021.
68. Lundin E.S., Wodlin N.B. A prospective randomized assessment of quality of life between open and robotic hysterectomy in early endometrial cancer. *Int J Gynecol Cancer*. 2019. doi: 10.1136/ijgc-2019-000285
69. Ośmiałowska, E., Misiąg, W., Chabowski, M., & Jankowska-Polańska, B. (2021). Coping Strategies, Pain, and Quality of Life in Patients with Breast Cancer. *Journal of clinical medicine*, 10(19), 4469. <https://doi.org/10.3390/jcm10194469>
70. Samami E., Elyasi F. Coping strategies-oriented interventions in breast cancer women: A systematic scoping review of the quantitative evidence. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 14(2). 2020. DOI: <https://doi.org/10.5812/ijpbs.99884>
71. Selmani, E., Hoxha, I., Tril, O., Khan, O., Hrynkiv, A., Nogueira, L. Fighting cancer in Ukraine at times of war. *Hematology/Oncology Clinics*. 2024. P. 77-85. <https://doi.org/10.1016/j.hoc.2023.06.001>
72. Schmidt, M. E., Wiskemann, J., Schneeweiss, A., Potthoff, K., Ulrich, C. M., & Steindorf, K. (2017). Determinants of physical, affective, and cognitive fatigue during breast cancer therapy and 12 months follow-up. *International Journal of Cancer*. <https://doi.org/10.1002/ijc.31138>.
73. Silva A. V. D., Zandonade E. Anxiety and coping in women with breast cancer in chemotherapy. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25. 2017. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1722.2891>
74. Simcock, R., Thomas, T. V., Estes, C., Filippi, A. R., Katz, M. A., Pereira, I. J., & Saeed, H. (2020). COVID-19: Global radiation oncology's targeted response for

- pandemic preparedness. *Clinical and translational radiation oncology*, 22, 55–68. <https://doi.org/10.1016/j.ctro.2020.03.009>
75. Sehati Shafae, F., Mirghafourvand, M., Harischi, S., Esfahani, A., & Amirzehni, J. (2018). Self-Confidence and Quality of Life in Women Undergoing Treatment for Breast Cancer. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP*, 19(3), 733–740. <https://doi.org/10.22034/APJCP.2018.19.3.733>
76. Weeratunga, E., Senadheera, C., Hettiarachchi, M., & Perera, B. (2022). Validation of the Sinhalese Version of Brief COPE Scale for patients with cancer in Sri Lanka. *BMC psychology*, 10(1), 157. <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00863-z>
77. Boxley, L., Flaherty, J. M., Spencer, R. J., Drag, L. L., Pangilinan, P. H., & Bieliauskas, L. A. (2016). Reliability and factor structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale in a polytrauma clinic. *Journal of rehabilitation research and development*, 53(6), 873–880. <https://doi.org/10.1682/JRRD.2015.05.0088>
78. Shisler R., Sinnott J. Life after endometrial cancer: A systematic review of patient-reported outcomes. *Gynecologic oncology*. 2018. doi: 10.1016/j.ygyno.2017.11.007
79. Schmidt, M. E., Wiskemann, J., Ulrich, C. M., Schneeweiss, A., & Steindorf, K. (2017). Self-reported physical activity behavior of breast cancer survivors during and after adjuvant therapy: 12 months follow-up of two randomized exercise intervention trials. *Acta Oncologica*, 56(4), 618–627. <https://doi.org/10.1080/0284186X.2016.1275776>.
80. Steindorf, K., Wiskemann, J., Ulrich, C. M., & Schmidt, M. E. (2017). Effects of exercise on sleep problems in breast cancer patients receiving radiotherapy: A randomized clinical trial. *Breast Cancer Research and Treatment*, 162, 489–499. <https://doi.org/10.1007/s10549-017-4141-8>.
81. Малачинська М. Державна політика запобігання смертності від онкологічних захворювань у жінок: міжнародні підходи та українські реалії. Наукові перспективи. 2021. URL: <http://perspectives.pp.ua/index.php/np/article/download/5754/5787>

82. Миронюк, І. С., Голованова, І. А. Аналіз впливу пандемії COVID-19 на онкологічну ситуацію. 2023. URL: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/handle/lib/55679>
83. Фурса І. З. Фізична реабілітація жінок середнього віку після мастектомії у тренуючому періоді (Master's thesis, КПІ ім. Ігоря Сікорського). 2020. URL: https://ela.kpi.ua/bitstream/123456789/38812/1/Fursa_magistr.doc
84. Huang, H. P., He, M., Wang, H. Y., & Zhou, M. (2016). A meta-analysis of the benefits of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on psychological function among breast cancer (BC) survivors. *Breast cancer (Tokyo, Japan)*, 23(4), 568–576. <https://doi.org/10.1007/s12282-015-0604-0>
85. Liang W., Guan W., Chen R. Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. *Lancet Oncol.* 2020. P. 335–337. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30096-6](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30096-6).
86. Nagase S., Ohta T., Takahashi F. Committee on Gynecologic Oncology of the Japan Society of Obstetrics and Gynecology. Annual report of the committee on gynecologic oncology, the Japan Society of Obstetrics and Gynecology: annual patients report for 2015 and annual treatment report for 2010. *J Obstetr Gynaecol Rese.* 2019. P. 289-298. doi: [10.1111/jog.13863](https://doi.org/10.1111/jog.13863)
87. Podolsky VIV, Karpenko OP, Podolsky VV. Treatment of secondary oligomenorrhea with electroacupuncture after artificial abortion. *Reproductive endocrinology.* 2017;1(33):43-7.
88. Sung H. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. 2020. URL: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.3322/caac.21660>
89. Booth, K., Beaver, K., Kitchener, H., O'neill, J., & Farrell, C. Women's experiences of information, psychological distress and worry after treatment for gynaecological cancer. *Patient Education and Counseling*, 56(2). 2 225-232.
90. Carlson, L. E., Tamagawa, R., Stephen, J., Drysdale, E., Zhong, L., & Specia, M. (2016). Randomized-controlled trial of mindfulness-based cancer recovery versus supportive expressive group therapy among distressed breast cancer survivors

- (MINDSET): long-term follow-up results. *Psycho-oncology*, 25(7), 750–759.
<https://doi.org/10.1002/pon.4150>
91. Gonzalez-Hernandez E. Cognitively-Based Compassion Training (CBCT) in Breast Cancer Survivors: A Randomized Clinical Trial Study. *Integrative Cancer Therapies*. Advanced online publication. 2018. URL: <http://dx.doi.org/10.1177/1534735418772095>
92. Khoori E., Torklalebaq F., Reyhani M. Investigating the Relationship between Psychological Adjustment and the Quality of Marital Relationship Dimensions of Women with Breast Cancer in Golestan Province in 2022. *Clinical Epidemiology and Global Health*. 2024.
93. Maringe C. The impact of the COVID-19 pandemic on cancer deaths due to delays in diagnosis in England, UK: a national, population-based, modelling study. *The Lancet Oncology*. 2020. P. 1023–1034.
94. Ng, C. G., Mohamed, S., Kaur, K., Sulaiman, A. H., Zainal, N. Z., Taib, N. A., & MyBCC Study group (2017). Perceived distress and its association with depression and anxiety in breast cancer patients. *PloS one*, 12(3), e0172975. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172975>
95. Кочергіна І. Саморегуляція поведінки та діяльності особистості в умовах карантину. *Психологія: реальність і перспективи*. 2021. DOI <https://doi.org/10.35619/praprv.v1i15.188>
96. Ісаєнко С. В. Клінічні та психопатологічні особливості формування та перебігу депресивних розладів та суїцидальної поведінки у онкологічно хворих. // *ScienceRise: Medical Science*. 2017. № 9 (17). С. 7-10
97. Кожина Г. М., Зеленська К. О., Ісаєнко С. В. Механізми формування суїцидальної поведінки у онкологічно хворих з депресивними розладами залежно від статі // VI Міжнародна науково-практична конференція «Гендер. Екологія. Здоров'я.», м. Харків, 18-19 квітня 2019 р.: тези доповідей. – Харків, ХНМУ. 2019. С. 105-107.

- 98.Кривоніс Т.Г. Медико-психологічна допомога в онкологічній практиці : Психіатрія, наркологія та медична психологія. 2020. URL: <https://doi.org/10.35339/msz.2020.86.01.08>
- 99.Мулик К. В., Скалій О., Рубан Л. А. Формування культури профілактики захворюваності на рак молочної залози шляхом самостереження та самодослідження : Міжнар. наук. журн. «Інтернаука». 2021. № 13. URL: <https://doi.org/10.25313/2520-2057-2021-13-7540>
100. Сергент І.В. «Внутрішня картина» хвороби та її вплив на психологічну адаптацію до стресу під час онкологічного захворювання. Людина віртуальна: нові горизонти. Матеріали VII Міжнародної науково-практичної конференції «Людина віртуальна: нові горизонти»: зб.наукових праць (30-31 березня 2020 року) матеріали і тези доповідей. Монреаль: СРМ «ASF». 2021.
101. Carey, L. B., Cohen, J., Koenig, H. G., Gabbay, E., Carey, J. R., & Aiken, C. (2021). COVID-19, Mental Health and Cancer. *Journal of religion and health*, 60(4), 2191–2195. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01318-2>
102. Шушура, О. М., Тітова А.Ю. Розробка моделі аналізу термограм молочних залоз жінок на засадах нечіткої логіки. Вісник Національного технічного університету ХПІ. Серія: Інформатика та моделювання. 2016. С. 184-192. DOI: 10.20998/2411-0558.2016.21.20
103. Antoni, M. H., Jacobs, J. M., Bouchard, L. C., Lechner, S. C., Jutagir, D. R., Gudenkauf, L. M., Blomberg, B. B., Glück, S., & Carver, C. S. (2017). Post-surgical depressive symptoms and long-term survival in non-metastatic breast cancer patients at 11-year follow-up. *General hospital psychiatry*, 44, 16–21. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2016.10.002>
104. Berger, A. M., & Mooney, K. (2016). Dissemination and implementation of guidelines for cancer-related fatigue. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network: JNCCN*, 14(11), 1336–1338.
105. Berger, A. M., & Mooney, K. (2016). Dissemination and implementation of guidelines for cancer-related fatigue. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network: JNCCN*, 14(11), 1336–1338.

106. Bradford A., Fellman B., Urbauer D., Bevers T. Effect of routine screening for sexual problems in a breast cancer survivorship clinic. *Psycho-Oncology*. 2016. DOI: 10.1002/pon.3999.
107. Wang H., Zhang L. Risk of COVID-19 for patients with cancer. *Lancet*. 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30149-2](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30149-2).
108. Wu P.-H. Effects of a Psychoeducational Intervention in Patients With Breast Cancer Undergoing Chemotherapy. *Journal of Nursing Research*. 2018. P. 266-279. URL: <http://dx.doi.org/10.1097/jnr.0000000000000252>
109. Tardivon, A., El Khoury, C., Thibault, F., Wyler, A., Barreau, B., & Neuenschwander, S. (2007). Elastosonographie du sein: étude prospective de 122 lésions [Elastography of the breast: a prospective study of 122 lesions]. *Journal de radiologie*, 88(5 Pt 1), 657–662. [https://doi.org/10.1016/s0221-0363\(07\)89872-6](https://doi.org/10.1016/s0221-0363(07)89872-6)
110. Téllez, A., Rodríguez-Padilla, C., Martínez-Rodríguez, J. L., Juárez-García, D. M., Sanchez-Armass, O., Sánchez, T., Segura, G., & Jaime-Bernal, L. (2017). Psychological Effects of Group Hypnotherapy on Breast Cancer Patients During Chemotherapy. *The American journal of clinical hypnosis*, 60(1), 68–84. <https://doi.org/10.1080/00029157.2016.1210497>
111. Ungar N. A self-regulation-based intervention to increase physical activity in cancer patients. *Psychology, Health & Medicine*. 2016. P. 163-175. URL: <http://dx.doi.org/10.1080/13548506.2015.1081255>
112. Woodworth. Happy days: Positive psychology interventions effects on affect in a N-of-1 trial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2016. P. 21-29. URL: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.07.006>
113. Dinmohamed, A. G., Visser, O., Verhoeven, R. H. A., Louwman, M. W. J., van Nederveen, F. H., Willems, S. M., Merks, M. A. W., Lemmens, V. E. P. P., Nagtegaal, I. D., & Siesling, S. (2020). Fewer cancer diagnoses during the COVID-19 epidemic in the Netherlands. *The Lancet. Oncology*, 21(6), 750–751. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30265-5](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30265-5)

114. Dobrzycka B., Terlikowski R. Quality of life in long-term survivors of early stage endometrial cancer. *Ann Agric Environ Med.* 2017. doi: 10.5604/12321966.1232759
115. Fasano, J., Shao, T., Huang, Hh. *et al.* Optimism and coping: do they influence health outcomes in women with breast cancer? A systemic review and meta-analysis. *Breast Cancer Res Treat* **183**, 495–501 (2020). <https://doi.org/10.1007/s10549-020-05800-5>
116. Gibbons, A., & Groarke, A. (2018). Coping with chemotherapy for breast cancer: Asking women what works. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*, *35*, 85–91. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2018.06.003>
117. Nipp RD, El-Jawahri A, Traeger L, et al. Differential effects of early palliative care based on the age and sex of patients with advanced cancer from a randomized controlled trial. *Palliative Medicine.* 2018;32(4):757-766. doi:10.1177/0269216317751893
118. Jacobsen P. B. (2017). New Challenges in Psycho-Oncology Research II: A health care delivery, dissemination, and implementation research model to promote psychosocial care in routine cancer care. *Psycho-oncology*, *26*(4), 419–423. <https://doi.org/10.1002/pon.4428>
119. Kugbey, N., Meyer-Weitz, A., & Oppong Asante, K. (2019). Mental adjustment to cancer and quality of life among women living with breast cancer in Ghana. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, *54*(3), 217-230. <https://doi.org/10.1177/0091217418805087>
120. Mensah, A. , Yarney, J. , Nokoe, S. , Opoku, S. and Clegg-Lampsey, J. (2016) Survival Outcomes of Breast Cancer in Ghana: An Analysis of Clinicopathological Features. *Open Access Library Journal*, **3**, 1-11. doi: 10.4236/oalib.1102145.
121. Momenimovahed, Z., & Salehiniya, H. (2019). Epidemiological characteristics of and risk factors for breast cancer in the world. *Breast cancer (Dove Medical Press)*, *11*, 151–164. <https://doi.org/10.2147/BCTT.S176070>

122. Мігенько, Б. О., Мігенько, Л. М. Особливості надання допомоги пацієнтам з хірургічною патологією в поєднанні з коронавірусною інфекцією. практичний підхід до ведення онкологічних хворих під час пандемії covid-19. Бабінець ЛС. 2021. с. 690.
123. Постевка І. Д. Сучасний стан проблеми скринінгу раку молочної залози (огляд літератури). Буковинський медичний вісник. 2016. С. 199-203. doi <https://doi.org/10.24061/2413-0737.XX.2.78.2016.108>
124. Romaniv, M. P. (2017). ОНКОГІНЕКОЛОГІЧНА ПАТОЛОГІЯ В СТРУКТУРІ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ТА СМЕРТНОСТІ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ. *Вісник наукових досліджень*, (2). <https://doi.org/10.11603/2415-8798.2017.2.7871>
125. Інформаційна технологія діагностики онкологічних захворювань молочної залози на засадах нечіткої логіки / А.Ю. Тітова // Штучний інтелект. — 2016. — № 1. — С. 85-93. — Бібліогр.: 9 назв. — укр.
126. Шевченко А. И., Левик Е. Н., Алещенко А. С. Епідеміологія раку грудної залози в Запорізькій області з 2011 до 2016 р. // *Акт. питання фармацевтичної і медичної науки та практики*. 2018. Т. 11, № 2 (27). С. 220–224. URL: <https://doi.org/10.14739/2409-2932.2018.2.133191>
127. Bersanelli, M., Giannarelli, D., De Giorgi, U., Pignata, S., Di Maio, M., Verzoni, E., Clemente, A., Guadalupi, V., Signorelli, D., Tiseo, M., Giusti, R., Filetti, M., Di Napoli, M., Calvetti, L., Cappetta, A., Ermacora, P., Zara, D., Barbieri, F., Baldessari, C., Scotti, V., ... Buti, S. (2020). Symptomatic COVID-19 in advanced-cancer patients treated with immune-checkpoint inhibitors: prospective analysis from a multicentre observational trial by FICOG. *Therapeutic advances in medical oncology*, 12, 1758835920968463. <https://doi.org/10.1177/1758835920968463>
128. National Cancer Institute's PROSPR Consortium, Corley, D. A., Sedki, M., Ritzwoller, D. P., Greenlee, R. T., Neslund-Dudas, C., Rendle, K. A., Honda, S. A., Schottinger, J. E., Udaltsova, N., Vachani, A., Kobrin, S., Li, C. I., & Haas, J. S. (2021). Cancer Screening During the Coronavirus Disease-2019 Pandemic: A Perspective From the National Cancer Institute's PROSPR

Consortium. *Gastroenterology*, 160(4), 999–1002.

<https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.10.030>

129. Haller, H., Winkler, M. M., Klose, P., Dobos, G., Kümmel, S., & Cramer, H. (2017). Mindfulness-based interventions for women with breast cancer: an updated systematic review and meta-analysis. *Acta oncologica (Stockholm, Sweden)*, 56(12), 1665–1676. <https://doi.org/10.1080/0284186X.2017.1342862>
130. Jiralerspong, S., & Goodwin, P. J. (2016). Obesity and breast cancer prognosis: Evidence, challenges, and opportunities. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 34(35), 4203–4216. <https://doi.org/10.1200/JCO.2016.68.4480>.
131. Kalhor M, Fathi M, Ghaderi B, Roshani D, Ozairi S, Rashidi K. Effect of Five A Model Self-management on Quality of Life in Patients with Breast Cancer. *Avicenna J Nurs Midwifery Care* 2019; 27 (4) :269-280
URL: <http://nmj.umsha.ac.ir/article-1-1907-en.html>
132. Lengacher C.A. Examination of Broad Symptom Improvement Resulting From Mindfulness-Based Stress Reduction in Breast Cancer Survivors: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Oncology*. 2016. P. 2827-2834 URL: <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2015.65.7874>
133. Shalikari M, Mirzaian B, Abbasi G. The Comparative of Written Exposure Therapy (WET) Vs Mindfulness on Mental Adjustment and Quality of Life in women with Breast Cancer. *IJNR* 2023; 18 (1) :1-20 URL: <http://ijnr.ir/article-1-2766-en.html>
134. Neuhaus, M. L., Smith, A. W., George, S. M., Gibson, J. T., Baumgartner, K. B., Baumgartner, R., Duggan, C., Bernstein, L., McTiernan, A., & Ballard, R. (2016). Use of complementary and alternative medicine and breast cancer survival in the Health, Eating, Activity, and Lifestyle Study. *Breast cancer research and treatment*, 160(3), 539–546. <https://doi.org/10.1007/s10549-016-4010-x>
135. Park, S., Sado, M., Fujisawa, D., Sato, Y., Takeuchi, M., Ninomiya, A., Takahashi, M., Yoshimura, K., Jinno, H., & Takeda, Y. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy for Japanese breast cancer patients—a feasibility study. *Japanese journal of clinical oncology*, 48(1), 68–74. <https://doi.org/10.1093/jjco/hyx156>

136. Bellver-Pérez, A., Peris-Juan, C., & Santaballa-Beltrán, A. (2019). Effectiveness of therapy group in women with localized breast cancer. *International journal of clinical and health psychology : IJCHP*, 19(2), 107–114. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.02.001>
137. Подольський, В., & Подольський, В. (2021). Сучасні підходи до лікування мастопатій та корекції гіперестрогенних станів у жінок фертильного віку. *Репродуктивне здоров'я жінки*, (3), 65–70. <https://doi.org/10.30841/2708-8731.3.2021.234247>
138. Podolsky VIV. Clinical features of the state of health of women with changes in reproductive health against the background of disorders of autonomic homeostasis. *Reproductive health. Eastern Europe*.2017;7(6):1172-9 DOI:10.30841/2708-8731.3.2021.234247
139. Quinlan-Woodward J., Gode A. Assessing the impact of acupuncture on pain, nausea, anxiety, and coping in women undergoing a mastectomy. *Oncol Nurs Forum*. 2016. P. 725–32. doi: 10.1188/17.ONF.522-524
140. Rosen K. D. Quality of Life Among Women Diagnosed with Breast Cancer: A Randomized Waitlist Controlled Trial of Commercially Available Mobile App-Delivered Mindfulness Training. *Psychooncology*. Advanced online publication. 2018. URL: <http://dx.doi.org/10.1002/pon.4764>
141. Schmidt, M.E., Wiskemann, J. & Steindorf, K. Quality of life, problems, and needs of disease-free breast cancer survivors 5 years after diagnosis. *Qual Life Res* 27, 2077–2086 (2018). <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1866-8>
142. Sheykhan R., Ghadampour E., Aghabozorgi R. The Effect of Self Compassion Training on Body Image and Quality of Life in Women with Breast Cancer without Metastasis Under Chemotherapy. *Clinical Psychology Studies*. 2019. P. 131 -45 . <https://doi.org/10.22054/jcps.2019.42476.2137>
143. Serrano D., Gandini S., Guerrieri -Gonzaga A. Quality of Life in a Randomized Breast Cancer Prevention Trial of Low - Dose Tamoxifen and Fenretinide in Premenopausal Womenbreast Cancer Chemoprevention and Quality of Life. *Cancer Prevention Research*. 2018. P. 811 – 8

144. Suppli N.P., Johansen C., Kessing LV, et al. Survival after early-stage breast cancer of women previously treated for depression: a nationwide Danish cohort study. *J Clin Oncol*. 2017. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28095267/>
145. Paek, M. S., Ip, E. H., Levine, B., & Avis, N. E. (2016). Longitudinal Reciprocal Relationships Between Quality of Life and Coping Strategies Among Women with Breast Cancer. *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 50(5), 775–783. <https://doi.org/10.1007/s12160-016-9803-y>
146. Ісаєнко С. В. Психотерапевтична підтримка і профілактика суїцидальної поведінки у хворих з онкологічною патологією позамозкової локалізації. // Архів психіатрії. 2020. Том 22. № 1 (91). С. 85-88.
147. Мухаровська І. Р.(2017). Медико-психологічна допомога в онкологічній практиці. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 2(2), e020219. <https://doi.org/10.26766/pmgp.v2i2.19>
148. Vaz-Luis, I., Masiero, M., Cavaletti, G., Cervantes, A., Chlebowski, R. T., Curigliano, G., Felip, E., Ferreira, A. R., Ganz, P. A., Hegarty, J., Jeon, J., Johansen, C., Joly, F., Jordan, K., Koczwara, B., Lagergren, P., Lambertini, M., Lenihan, D., Linardou, H., Loprinzi, C., ... Pravettoni, G. (2022). ESMO Expert Consensus Statements on Cancer Survivorship: promoting high-quality survivorship care and research in Europe. *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology*, 33(11), 1119–1133. <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2022.07.1941>
149. Aquil A. Predictors of mental health disorders in women with breast and gynecological cancer after radical surgery: A cross-sectional study. *Cross-sectional Study*. 2021. URL: <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2021.102278>
150. Daboui P, Akbari M E, Khayamzadeh M, Moradi S, Nouri M, et al. Quality of Life and Hope Assessment in Women with Breast Cancer After Poetry Therapy as a Psychotherapy Method: A 6-Month Follow-Up Study. *Int J Cancer Manag*. 2020;13(1):e96069. <https://doi.org/10.5812/ijcm.96069>.

151. De la Torre-Luque. Psychological treatments to improve quality of life in cancer contexts: A meta-analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2016. P. 211-219. URL: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.07.005>
152. Fallah B., Fathi F., Fallahfaragheh A. Mental Adjustment to Cancer and its Effect on the Quality of Life of Women with Breast Cancer. *SSU_Journals*, 31(12). 2024. URL: https://jssu.ssu.ac.ir/browse.php?a_id=6117&sid=1&slc_lang=en
153. Ghahari S., Fallah R., Mazloumi Rad M. Effect of cognitive-behavioral therapy and spiritual-religious intervention on improving coping responses and quality of life among women with breast cancer in Tehran. *Bali Med J*. 2017. doi: 10.15562/bmj.v6i2.581
154. Ahmed, Y. Enhancing Cancer Care Amid Conflict: A Proposal for Optimizing Oncology Services During Wartime. *JCO Global Oncology*. 2023. URL: <https://ascopubs.org/doi/abs/10.1200/GO.23.00304>
155. Хомуленко Т. Б., Крамченкова В. О., Туркова Д. М., Лесніченко Н.П., Миронович Б.С. (2020). Методика діагностики тілесного локусу контролю. *Вісник ХНПУ імені Г.С. Сковороди. Психологія*. Харків: ХНПУ. 293-316. <https://doi.org/10.34142/23129387.2020.62.17>
156. American Cancer Society. *Cancer treatment & survivorship facts & figures*. 2016-2017. Atlanta: American Cancer Society. 2016.
157. Cheng, C. T., Ho, S. M. Y., Liu, W. K., Hou, Y. C., Lim, L. C., Gao, S. Y., Chang, W. Y., & Wang, G. L. (2019). Cancer-coping profile predicts long-term psychological functions and quality of life in cancer survivors. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 27(3), 933–941.
158. Brewer, J. R., Morrison, G., Dolan, M. E., & Fleming, G. F. (2016). Chemotherapy-induced peripheral neuropathy: Current status and progress. *Gynecologic Oncology*, 140(1), 176–183. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2015.11.011>.
159. Finck, C., Barradas, S., Zenger, M., & Hinz, A. (2018). Quality of life in breast cancer patients: Associations with optimism and social support. *International journal*

of clinical and health psychology : *IJCHP*, 18(1), 27–34.
<https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.11.002>

160. Tang, L., Fritzsche, K., Leonhart, R., Pang, Y., Li, J., Song, L., Fischer, I., Koch, M., Wuensch, A., Mewes, R., & Schaefer, R. (2017). Emotional distress and dysfunctional illness perception are associated with low mental and physical quality of life in Chinese breast cancer patients. *Health and quality of life outcomes*, 15(1), 231. <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0803-9>
161. Trudel-Fitzgerald C., Zhou E. S., Poole E. M. Sleep and survival among women with breast cancer: 30 years of follow-up within the Nurses' Health Study. *British Journal of Cancer*, 116(9). 2017. P. 1239–1246. URL: <https://doi.org/10.1038/bjc.2017.85>
162. Ukraine – International Agency for Research on Cancer. URL: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/804-ukraine-fact-sheets.pdf>
163. Yang, G. S., Kim, H. J., Griffith, K. A., Zhu, S., Dorsey, S. G., & Renn, C. L. Interventions for the treatment of aromatase inhibitor-associated arthralgia in breast cancer survivors: A systematic review and meta-analysis. *Cancer Nursing*. 2017. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000409>.
164. Xia, Y., Jin, R., Zhao, J., Li, W., & Shen, H. (2020). Risk of COVID-19 for patients with cancer. *The Lancet. Oncology*, 21(4), e180. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30150-9](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30150-9)
165. Yu J., Ouyang W., Chua M.L.K., Xie C. SARS-CoV-2 Transmission in Patients With Cancer at a Tertiary Care Hospital in Wuhan, China. *JAMA Oncol*. 2020. doi: 10.1001/jamaoncol.2020.0980
166. Oh W. COVID-19 infection in cancer patients: early observations and unanswered questions. *Ann. Oncol*. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.03.297>
167. Kenne S. Mindfulness and its efficacy for psychological and biological responses in women with breast cancer. *Cancer Medicine*. 2017. P. 1108-1122. URL: <http://dx.doi.org/10.1002/cam4.1052>

168. Hajian S., Mehrabi E., Simbar M. Coping strategies and experiences in women with a primary breast cancer diagnosis. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 18(1). 2017. p. 215. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5563103/>
169. Cramer, H., Lauche, R., Klose, P., Lange, S., Langhorst, J., & Dobos, G. J. (2017). Yoga for improving health-related quality of life, mental health and cancer-related symptoms in women diagnosed with breast cancer. *The Cochrane database of systematic reviews*, 1(1), CD010802. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010802.pub2>
170. Bijker, R., Duijts, S. F. A., Smith, S. N., de Wildt-Liesveld, R., Anema, J. R., & Regeer, B. J. (2018). Functional Impairments and Work-Related Outcomes in Breast Cancer Survivors: A Systematic Review. *Journal of occupational rehabilitation*, 28(3), 429–451. <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9736-8>
171. Cobeanu O. Alleviation of Side Effects and Distress in Breast Cancer Patients by Cognitive-Behavioral Interventions: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. Advanced online publication. 2018. URL: <http://dx.doi.org/10.1007/s10880-017-9526-7>
172. Cohee, A. A., Adams, R. N., Johns, S. A., Von Ah, D., Zoppi, K., Fife, B., Monahan, P. O., Stump, T., Cella, D., & Champion, V. L. (2017). Long-term fear of recurrence in young breast cancer survivors and partners. *Psycho-oncology*, 26(1), 22–28. <https://doi.org/10.1002/pon.4008>
173. Gonzales, F. A., Hurtado-de-Mendoza, A., Santoyo-Olsson, J., & Nápoles, A. M. (2016). Do coping strategies mediate the effects of emotional support on emotional well-being among Spanish-speaking Latina breast cancer survivors?. *Psycho-oncology*, 25(11), 1286–1292. <https://doi.org/10.1002/pon.3953>
174. Joaquín-Mingorance, M., Arbinaga, F., Carmona-Márquez, J., & Bayo-Calero, J. (2019). Estrategias de afrontamiento y autoestima en mujeres con cáncer de mama. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 35(2), 188–194. <https://doi.org/10.6018/analesps.35.2.336941>

175. Lowery-Allison A. E., Passik S. D. Sleep problems in breast cancer survivors 1-10 years posttreatment. *Palliative & Supportive Care*. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1478951517000311>
176. Matthews, H., Grunfeld, E. A., & Turner, A. (2017). The efficacy of interventions to improve psychosocial outcomes following surgical treatment for breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Psycho-oncology*, 26(5), 593–607. <https://doi.org/10.1002/pon.4199>
177. Mulder F., Kraaijpoel N., Di Nisio M. Edoxaban for treatment of venous thromboembolism in patient groups with different types of cancer: Results from the Hokusai VTE Cancer study. *Thrombosis research*. 2020. doi: 10.1016/j.thromres.2019.11.007
178. Ochoa C. Positive psychotherapy for distressed cancer survivors: Posttraumatic growth facilitation reduces posttraumatic stress. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2017. P. 28-37. URL: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijchp.2016.09.002>
179. Pato, M., Allahyari, A. A., Moradi, A. R., & Payandeh, M. (2015). Iranian Version of the Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale: Factor Structure and Psychometric Properties. *Journal of psychosocial oncology*, 33(6), 675–685. <https://doi.org/10.1080/07347332.2015.1082169>
180. Samami E., Elyasi F. Effect of non-pharmacological interventions on stress of women with breast cancer undergoing chemotherapy: A systematic review. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2019. P. 167–80.
181. Samami, E., Shahhosseini, Z., & Elyasi, F. (2022). The effects of psychological interventions on menopausal hot flashes: A systematic review. *International journal of reproductive biomedicine*, 20(4), 255–272. <https://doi.org/10.18502/ijrm.v20i4.10898>
182. Santen, R. J., Stuenkel, C. A., Davis, S. R., Pinkerton, J. V., Gompel, A., & Lumsden, M. A. (2017). Managing menopausal symptoms and associated clinical issues in breast cancer survivors. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 102(10), 3647–3661. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-011>

183. Yoo, G. J., Levine, E. G. Breast cancer and coping among women of color: a systematic review of the literature. *Supportive Care in Cancer*, 22. 2014. P. 811-824. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00520-013-2057-3>
184. Zhang, J. Y., Zhou, Y. Q., Feng, Z. W., Fan, Y. N., Zeng, G. C., & Wei, L. (2017). Randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on posttraumatic growth of Chinese breast cancer survivors. *Psychology, health & medicine*, 22(1), 94–109. <https://doi.org/10.1080/13548506.2016.1146405>
185. Zhang, J., Xu, R., Wang, B., & Wang, J. (2016). Effects of mindfulness-based therapy for patients with breast cancer: A systematic review and meta-analysis. *Complementary therapies in medicine*, 26, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2016.02.012>
186. Shisler, R., Sinnott, J. A., Wang, V., Hebert, C., Salani, R., & Felix, A. S. (2018). Life after endometrial cancer: A systematic review of patient-reported outcomes. *Gynecologic oncology*, 148(2), 403–413. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2017.11.007>
187. Zhang L., Zhu F., Xie L. Clinical characteristics of COVID19-infected cancer patients: a retrospective case study in three hospitals within Wuhan, China. *Ann. Oncol.* 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.03.296>.
188. Schrag, D., Hershman, D. L., & Basch, E. (2020). Oncology Practice During the COVID-19 Pandemic. *JAMA*, 323(20), 2005–2006. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.6236>
189. Partha B. Cancer Screening in the Coronavirus Pandemic Era: Adjusting to a New Situation. *JCO Global Oncology*. 2021. P. 416–424.
190. Pato M., Allahyari A. A. Studying the relation between mental adjustment to cancer and health-related quality of life in breast cancer patients. *International Journal of Cancer Management*, 11(7). 2018. URL: <https://brieflands.com/articles/ijcm-8407>
191. Добоні А. Б., Пропіснова В. В. Клініко-фармакологічний аналіз фармакотерапії раку грудної залози відповідно до міжнародних протоколів лікування. 2021. URL: <https://dspace.nuph.edu.ua/bitstream/123456789/26641/1/558-560.pdf>

192. Додаток до Порядку проведення моніторингу виконання (реалізації) програм (проектів, заходів) громадськими об'єднаннями осіб з інвалідністю, які отримують фінансову підтримку за рахунок бюджетних коштів (пункт б) наказу Мінсоцполітики № 579 від 18.08.2020. URL: <https://www.ispf.gov.ua/storage/app/sites/1/uploaded-files/579-zakhid-go-razom-proti-raku-koriya.doc>
193. Гандзюк, Н. М. Медико-соціальні проблеми поширеності та фактори ризику онкологічних захворювань в Україні. Тернопіль, 2021. URL: https://repository.tdmu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/17201/%D0%9C%D0%90%D0%93%D0%86%D0%A1%D0%A2%D0%95%D0%A0%D0%A1%D0%AC%D0%9A%D0%90_%D0%93%D0%B0%D0%BD%D0%B4%D0%B7%D1%8E%D0%BA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
194. Зливков В. Психологічна підтримка онкопацієнтів під час війни: методичні рекомендації. Інститут психології імені Г.С.Костюка НАПН України. Лабораторія методології і теорії психології. 2022. URL: https://www.researchgate.net/publication/361332514_Psihologicna_pidtrimka_onko_pacientiv_pid_cas_vijni_metodicni_rekomendacii_Institut_psihologii_imeni_GSKostuka_NAPN_Ukraini_Laboratoria_metodologii_i_teorii_psihologii
195. Ісаєнко С. В. Клініко-психопатологічні закономірності формування суїцидальної поведінки у онкологічно хворих. Сучасна система психопрофілактики : автореф. дис... канд. мед. наук : 14.01.16 / С. В. Ісаєнко ; Харківський національний медичний університет. – Харків, 2020. – 20 с.
196. Ісаєнко С. В. Феноменологія суїцидальної поведінки при депресивних розладах у хворих з онкологічною патологією. // Архів психіатрії. 2017. Том 23, № 3 (90). С. 174-176.
197. Коваленко, К. О. Пренатальні результати вагітності і пологів у жінок з онкопатологією в анамнезі. 2019. <https://doi.org/10.34142/23129387.2020.63.07>
198. Кривов'яз О. В., Щерба І. К., Томашевська Ю. О. Обізнаність студенток щодо факторів ризику раку молочної залози (результати соціологічного

- дослідження) : Фармац. журн. 2019. Т. 74, № 6. С. 14–21.
<https://doi.org/10.32352/10.32352/0367-3057.6.19.02>
199. Barrera M. A randomized control intervention trial to improve social skills and quality of life in pediatric brain tumor survivors. *Psychoonvology*. 2017. P. 91-98. URL: <http://dx.doi.org/10.1002/pon.4385>
200. Рокутова М. К., Мельник В. В. Абдомінальне ожиріння—фактор ризику онкологічних захворювань серед жінок. Актуальні питання внутрішньої медицини. Від клінічних досліджень до клінічної практики: тези наукових доповідей наук.-практ. конф. Дніпро: Герда, 2017. С. 38-42.
201. Al-Quteimat, O. M., & Amer, A. M. (2020). The Impact of the COVID-19 Pandemic on Cancer Patients. *American journal of clinical oncology*, 43(6), 452–455. <https://doi.org/10.1097/COC.0000000000000712>
202. Evangelista A.L., Santos E.M. Associations of Quality of Life, Physical Activity and Mood States in Women with Breast Cancer Treated with Curative Intent. *Applied Research in Quality of Life*. 2016. P. 445.
203. Harbeck, N., Penault-Llorca, F., Cortes, J., Gnant, M., Houssami, N., Poortmans, P., Ruddy, K., Tsang, J., & Cardoso, F. (2019). Breast cancer. *Nature reviews. Disease primers*, 5(1), 66. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0111-2>
204. Jang, S. H., Kang, S. Y., Lee, H. J., & Lee, S. Y. (2016). Beneficial Effect of Mindfulness-Based Art Therapy in Patients with Breast Cancer-A Randomized Controlled Trial. *Explore (New York, N.Y.)*, 12(5), 333–340. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2016.06.003>
205. Johannsen M., O'connor M. Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy on late post-treatment pain in women treated for primary breast cancer: a randomized controlled trial. *J Clin Oncol*. 2016. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27325850>
206. Paulo, T. R. S., Rossi, F. E., Viezel, J., Tosello, G. T., Seidinger, S. C., Simões, R. R., de Freitas, R., Jr, & Freitas, I. F., Jr (2019). The impact of an exercise program on quality of life in older breast cancer survivors undergoing aromatase inhibitor therapy: a randomized controlled trial. *Health and quality of life outcomes*, 17(1), 17. <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1090-4>

207. The Lancet Oncology (2020). Safeguarding cancer care in a post-COVID-19 world. *The Lancet. Oncology*, 21(5), 603. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30243-6](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30243-6)
208. Wong L.P., Lai L.L., See M.H. Psychological distress among cancer survivors during the implementation of a nationwide Movement Control Order over the COVID-19 pandemic. *Support Care Cancer*. 2021. doi: 10.1007/s00520-021-06182-0
209. Arndt V., Koch-Gallenkamp L. Quality of life in long-term and very long-term cancer survivors versus population controls in Germany. *Acta Oncologica*, 56(2), 190–197. 2017. URL: <https://doi.org/10.1080/0284186X.2016.1266089>.
210. Мартинова, Ю. Ю. Психологічні особливості компенсаторно-адаптаційного потенціалу жінок, які перенесли мастектомію. *Вісник наукових досліджень*. 2018. С. 55-58. DOI 10.11603/2415-8798.2018.1.8568
211. Лукомська С.О. Ресурсний підхід до подолання особистістю кризових ситуацій. *Науковий вісник ХДУ Серія «Психологічні науки»*. 2020. <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2020-1-26>
212. Klassen, O., Schmidt, M. E., Ulrich, C. M., Schneeweiss, A., Potthoff, K., Steindorf, K., et al. (2017). Muscle strength in breast cancer patients receiving different treatment regimes. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*, 8(2), 305–316. <https://doi.org/10.1002/jcsm.12165>.
213. Treanor C. J., McMenamin U. C. Non-pharmacological interventions for cognitive impairment due to systemic cancer treatment. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016. DOI: 10.1002/14651858.CD011325
214. Zaidi, S., Hussain, S., Verma, S., Veqar, Z., Khan, A., Nazir, S. U., Singh, N., Moiz, J. A., Tanwar, P., Srivastava, A., Rath, G. K., & Mehrotra, R. (2018). Efficacy of Complementary Therapies in the Quality of Life of Breast Cancer Survivors. *Frontiers in oncology*, 7, 326. <https://doi.org/10.3389/fonc.2017.00326>
215. Zub, V., Semenova, Y., Tolstanov, O., Kotuza, A., Gutor, T., Matsyura, O., ... Bjørklund, G. (2023). Provision of medical care to cancer patients in Ukraine during Russo-Ukrainian war: A survey of oncologists' perceptions. *International Journal of Healthcare Management*, 1–9. <https://doi.org/10.1080/20479700.2023.2261697>

216. Мігенько, Б. О., Мігенько, Л. М. Особливості надання допомоги пацієнтам з хірургічною патологією в поєднанні з коронавірусною інфекцією. практичний підхід до ведення онкологічних хворих під час пандемії covid-19. Бабінець ЛС. 2021. с. 690.
217. Cohee A.A. Relationship Between Depressive Symptoms and Social Cognitive Processing in Partners of Long-Term Breast Cancer Survivors. *Oncology Nursing Forum*. 2017. P. 44-51. URL: <https://doi.org/10.1080/0284186X.2017.1342862>
218. Desai A., Sachdeva S., Parekh T., Desai R. COVID-19 and Cancer: Lessons From a Pooled Meta-Analysis. *JCO Global Oncol*. 2020. DOI: 10.1200/GO.20.00097
219. Fisher A. Physical activity advice could become part of routine care for colorectal cancer survivors. *Future Oncology*. 2016. P. 139-141. <http://dx.doi.org/10.2217/fon.15.269>
220. Кривоніс Т.Г. Гендерні аспекти сприйняття психосоціальної підтримки у пацієнтів на різних етапах перебігу онкологічного захворювання. Вінницький національний медичний університет імені І.М. Пирогова. Експериментальна і клінічна медицина. 2019. С. 41-45.
221. Косяченко К. Л. Клініко-економічний аналіз фармацевтичного забезпечення хворих на рак молочної залози: ХНМУ. 2022. URL: <http://ir.librarynmu.com/handle/123456789/4665>
222. Ісаєнко С. В. Психосвіта у системі психотерапевтичної підтримки онкологічно хворих з депресивними розладами. // Вісник морської медицини. 2017. №4 (77). С. 25-29.
223. Ісаєнко С. В. Механізми формування суїцидальної поведінки у онкологічно хворих з депресивними розладами. // Український вісник психоневрології. 2017. Том 25, №4(93). С. 25-27.
224. Зуб В. О. Аналіз онкоепідеміологічної ситуації впродовж останні 10 років : Львівський мед. часопис. 2021. Т. 27, № 3–4. С. 126–142. URL: <https://doi.org/10.25040/aml2021.3-4.126>
225. Захарцева Л. Пухлино-інфільтруючі лімфоцити у тричі негативному раку молочної залози: кореляційний аналіз власних даних та огляд літератури. The

- Ukrainian Scientific Medical Youth Journal, 110(2). С. 31-42. URL: <https://mmj.nmuofficial.com/index.php/journal/article/view/68>
226. Досвід переживання пандемії covid-19: дистанційні психологічні дослідження, дистанційна психологічна підтримка: матеріали онлайн-семінарів 23 квітня 2020 року «Досвід карантину: дистанційна психологічна допомога і підтримка» та 15 травня 2020 року «Дистанційні психологічні дослідження в умовах пандемії covid-19 і карантину»/ М.М. Слюсаревський, Л.А. Найдьонова, О.Л. Вознесенська. 2020. URL: <http://doi.org/10.33120/QERPASProceeding-2020>
227. Ільїна С. К. Скринінг онкомаркерів для ранньої діагностики раку шийки матки, яєчників та молочних залоз. Журнал «Вісник Фармації». 2020. С. 211-212.
228. Klaassen Z, Wallis CJD. Assessing patient risk from cancer and COVID-19: Managing patient distress. Urol Oncol. 2021. P. 243–246.
229. Бровко А.Ю. Психологічні особливості жінок хворих на рак молочної залози. Київ, 2021. URL: <https://ir.library.knu.ua/server/api/core/bitstreams/446898ff-3ed5-4200-a3a9-4c49dba67fbc/content>
230. Березко І. В. В Україні онкопсихолог є швидше винятком, аніж частиною команди. Ваше здоров'я. 2017. URL: <http://www.vz.kiev.ua/ivanna-berezko-vukrayini-onkopsyholog-ye-shvydshe-vynyatkom-anizh-chastynoyu-komandy/>
231. Барська М., Савран В. Апоптоз лейкоцитів крові хворих на рак молочної залози. Вісник Львівського університету. Серія біологічна, (73). 2016. С. 17-21.
232. Будкіна О. В., Волинець Н. В. Особливості психоемоційних станів онкологічних хворих. 2017. URL: www.irbis-nbuv.gov.ua > [irbis_nbuv](http://irbis-nbuv.gov.ua/cgiirbis_64) > [cgiirbis_64](http://irbis-nbuv.gov.ua/cgiirbis_64)
233. Бондар П. Я. Оцінка якості життя онкогінекологічних хворих після проведеної гістероварієктомії, асоційованої з тромботичними ускладненнями. Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського. Медичні науки. 2021. URL: <https://jmbs.com.ua/pdf/6/3/jmbs0-2021-6-3-156.pdf>

234. Виноградова Н.Н. Статистика злоякісних новоутворень жіночих репродуктивних органів. Онкогінекологія. 2018. С. 64-78. URL: [10.52313/22278710_2018_3_64](https://doi.org/10.52313/22278710_2018_3_64)

ДОДАТОК А

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА

Публікації, в яких опубліковані основні результати дисертації:

3. Становський, Б. (2023). Оцінка ефективності програми психокорекції для пацієнток із вперше діагностованою онкологічною патологією. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 8(4), e0804503. <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v8i4.503>
4. Stanovskiy, B. (2023). Mechanisms of stress-overcoming behavior in women with oncopathology. *Journal of Education, Health and Sport*, 50(1), 181–190. <https://doi.org/10.12775/JEHS.2023.50.01.015>
5. Stanovskiy, B. (2024). Psychological help for patients with cancer. *Journal of Education, Health and Sport*, 52, 242–253. <https://doi.org/10.12775/JEHS.2024.52.110>

Праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

6. Мухаровська, І., & Становський, Б. (2022). Телемедичні засоби у наданні медико психологічної допомоги онкологічним пацієнтам в умовах війни. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 7(2). <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v7i2.387>
7. Становський, Б. (2021). Стратегія медико-психологічної допомоги в роботі лікаря-психолога з онкологічними пацієнтами. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 6(4), e0604319. <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v6i4.319>
8. Становський, Б. (2021). Проблеми психологічного дистанційного супроводу онкологічних пацієнтів в умовах пандемії COVID-19. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 6(2), e0602279. <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v6i2.279>
9. Khaustova O, Mukharovska I, Stanovskyi B. Coping Styles in patients with breast cancer according to the Mini-Mental Adjustment to Cancer scale. Khaustova O. <https://www.eapm.eu.com/2022-eapm-conference-vienna/>, page 110., 2022

ДОДАТОК Б

Положення виконаної дисертаційної роботи оприлюднено та обговорено на наступних конференціях, конгресах, симпозіумах та семінарах:

- Науково-практична конференція з міжнародною участю «Сучасна парадигма раціональної терапії неврологічних захворювань» 2021, Харків –стендова доповідь
- III Науково-практична конференція з міжнародною участю «Психосоматична медицина: наука та практика» 2021, Київ - стендова доповідь
- IV Науково-практичній конференції з міжнародною участю “Психосоматична медицина:наука та практика” 2021 - стендова доповідь
- Науково-практична конференція «Війна і люди: як зберегти психічне здоров'я» 2022 р. - стендова доповідь
- V Науково-практична конференція з міжнародною участю «Психосоматична медицина: наука та практика» 2023 р.- доповідь, стендова доповідь
- VI науково-практична конференція з міжнародною участю «Психосоматична медицина: наука та практика» 2023 р.- доповідь, стендова доповідь.



«ЗАТВЕРДЖУЮ»
 В.о. директора
 КНП «Київський міський
 клінічний онкологічний центр»
 «27» вересня 2023 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Назва пропозиції для впровадження:

Спосіб медико-психологічної корекції і підтримки в онкологічній практиці

2. Ким запропоновано, адреса виконавця: Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, 01601, м. Київ, бульвар Т.Шевченка, 13.
 Винахідники: Становський Богдан Олександрович

3. Джерела інформації:

Становський, Б. (2021). Стратегія медико-психологічної допомоги в роботі лікаря-психолога з онкологічними пацієнтами. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 6(4), e0604319. <https://doi.org/10.26766/pmpgr.v6i4.319>

Становський, Б. (2021). Проблеми психологічного дистанційного супроводу онкологічних пацієнтів в умовах пандемії COVID-19. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 6(2), e0602279. <https://doi.org/10.26766/pmpgr.v6i2.279>

Становський, Б. (2023). Оцінка ефективності програми психокорекції для пацієнток із вперше діагностованою онкологічною патологією. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 8(4), e0804503. <https://doi.org/10.26766/pmpgr.v8i4.503>

4. Де і коли було впроваджено: Комунальне некомерційне підприємство «Київський міський клінічний онкологічний центр», 2022-2023р.

5. Строки впровадження: за період з 2022 р. по 2023р.

6. Загальна кількість спостережень: 140 осіб

7. Результати використання методу: за період з 2022 р. по 2023р.
 позитивні (кількість спостережень) - 120; негативні (кількість спостережень) - 0;
 невизначені (кількість спостережень) - 20.

8. Ефективність впровадження підвищення ефективності медико-психологічної корекції і підтримки в онкологічній практиці

9. Відмітки і пропозиції: немає

«27» вересня 2023 року

(підпис)