



# ПСИХОЛОГІЧНІ РЕСУРСИ ОНКОЛОГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ НА ПАЛІАТИВНОМУ ЕТАПІ ЛІКУВАННЯ

Олександра Нечитайло  
Інна Мухаровська

Студентка  
доцент кафедри медичної психології, психосоматичної  
медицини та психотерапії – Національний медичний  
університет імені О.О. Богомольця

Онкологічні захворювання є провідною причиною смертності у світі та в Україні. Ця проблема вимагає розробки комплексних стратегій боротьби та вдосконалення медичної й психосоціальної підтримки пацієнтів. Прогрес у галузі медицини дозволяє більшій кількості людей з тяжкими недугами отримувати паліативну допомогу на завершальному етапі життя. Вивчення та розуміння психологічних ресурсів, які сприяють поліпшенню якості життя онкохворих на паліативному етапі, є критично важливим для забезпечення їхнього комфорту та розробки ефективніших методів психологічної підтримки в паліативній сфері.

**Мета роботи.** Розробити психоосвітню складову програми медико-психологічної допомоги для онкологічних пацієнтів на паліативному етапі лікування на основі аналізу психологічних ресурсів у їх взаємозв'язку з психоемоційним станом та якістю життя даного контингенту хворих.

**Матеріали та методидослідження.** Для розв'язання поставлених завдань був використаний комплекс теоретичних та емпіричних методів, до якого увійшли: анкетування, спостереження, співбесіди, психометричні тести, а саме шкала PHQ-9, шкала GAD-7, Basic Ph або «Місток над прірвою», шкала оцінки якості життя Чабан О.С., кількісний та якісний аналіз даних, експертні оцінки та системний аналіз.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Крос-секційне дослідження було проведено на базі відділення паліативної допомоги КНП «Київський міський клінічний онкологічний центр» у період з 2023 по 2024 роки. Вибірка складалася з 30 онкологічних пацієнтів на етапі паліативної медичної допомоги.

На момент дослідження усі респонденти перебували у медичному закладі більше 5-7 днів. Для цього періоду характерна стабілізація фізичного стану, адаптація до умов перебування у стаціонарі, полегшення болю, емоційна лабільність, тривога, депресія, потреба в психологічній підтримці та виникнення питань щодо подальшого лікування, реабілітації, соціальної допомоги. Робота з пацієнтом тривала близько 30 хвилин і здійснювалася за принципами конфіденційності. Після проведення психодіагностичного дослідження та аналізу первинних даних, результати обстежень були узагальнені та інтерпретовані згідно інструкцій опитувальників.

**Таблиця 1 . Результати дослідження за опитувальником PHQ-9**

Показник за шкалою PHQ-9	Кількісний результат	Рівень середньої похибки результатів
--------------------------	----------------------	--------------------------------------

0-4 бали - відсутність симптомів депресії	6,7%	±2,5
5-9 балів - легка («субклінічна») депресія	43,3%	±5,0
10-14 балів - депресія помірної тяжкості	26,7%	±4,4
15-19 балів - депресія середньої тяжкості	23,3%	±4,2
20-27 балів - тяжка депресія	0%	±0

Отримані результати свідчать, що лише 6,7% учасників не мали жодних проявів депресії на момент обстеження. Найбільш поширеною серед пацієнтів була легка/субклінічна форма депресії і складала 43,3%. Це свідчить про наявність певних депресивних тенденцій, проте без вираженої клінічної симптоматики. Помірна депресія була діагностована у 26,7% респондентів і кожен п'ятий респондент (23,3%) мав симптоми депресії середнього ступеня важкості. Водночас, випадків тяжкої депресії в рамках даного дослідження зафіксовано не було (0%).

Емпіричні дані, отримані з використанням одновибіркового t-критерію, демонструють, що середній показник за шкалою PHQ-9 у дослідженій вибірці становить 9,94, що відповідає помірному рівню депресивних проявів. Рівень статистичної значущості ( $p=0,0000000338$ ) свідчить про клінічну релевантність та високий ступінь достовірності та валідності результатів.

#### **Таблиця 2 . Результати дослідження за опитувальником GAD-7**

Показник за шкалою GAD-7	Кількісний результат	Рівень середньої похибки результатів
0-відсутність тривожної симптоматики	23,3%	±4,2
1-4 - мінімальна тривога	26,7%	±4,4
5-9 - легка тривога	40%	±4,9
10-14 - помірне занепокоєння	10%	±3,0
15-21 - сильна тривога	0 %	0

Згідно результатів дослідження рівня тривожності виявлено, що 23,3% респондентів не мали жодних проявів тривоги на момент обстеження. Найбільш поширеною була легка форма тривоги - вона діагностувалася у 40% досліджуваних. 10% пацієнтів зазначили, що відчувають тривогу помірного ступеня вираженості, яка створює їм дискомфорт та порушує функціонування особистості. У 26,7% респондентів спостерігалися мінімальні прояви тривоги, що є нормальною реакцією на стресові обставини.

На основі емпіричних даних, здобутих шляхом застосування одновибіркового t-критерію, можна констатувати, що середній показник 4,8 за шкалою GAD-7 у досліджуваній вибірці онкологічних пацієнтів відповідає легкому ступеню тривоги. Разом із тим, вкрай низьке значення рівня статистичної значущості ( $p=0,000172$ ) засвідчує клінічну релевантність отриманих результатів, гарантуючи високий ступінь достовірності й валідності емпіричних даних.

Дослідження за допомогою Шкали оцінки якості життя показало вкрай несприятливу картину стосовно суб'єктивної оцінки якості життя пацієнтів. Абсолютна більшість (93,3%) оцінила якість свого життя як низьку або навіть критично низьку. 50% респондентів визначили рівень

якості життя як низький, що свідчить про наявність численних незадоволених потреб, проблем і обмежень у різних сферах життєдіяльності. Однак ще більш тривожним є факт, що 43,3% досліджуваних віднесли себе до категорії з дуже низьким рівнем якості життя. Для них характерна значна невдоволеність власним буттям, браком ресурсів і можливостей для повноцінної самореалізації. Високий рівень статистичної значущості ( $p=0,000000000032$ ) підтверджує достовірність та клінічну значущість отриманих даних.

Досліджуючи провідні ресурси особистості у подоланні стресових подій було визначено, що найвагомим є соціальний ресурс (26,7%), для жінок він більш значущий (16,7%). Це підкреслює вагомість соціальної підтримки, почуття приналежності та взаємодії для жінок у процесі боротьби з хворобою. Другим за значущістю є духовно-екзистенційна сфера (23,3%), де спостерігається перевага серед чоловіків (13,3%). Фізіологічні ресурси, ресурс діяльності, пізнання і думки є однаково важливими для чоловіків і жінок та складають по 16,7% кожен. Ресурс уяви - 10%, емоційний ресурс - 6,7%, обидва більш виражені у чоловіків. Разом із тим, саме для емоційного ресурсу та ресурсу уяви середня похибка була найнижчою ( $\pm 2,5$  для емоцій та  $\pm 3,0$  для уяви), що вказує на меншу мінливість цих показників.

Гендерні відмінності підкреслюють необхідність персоналізованого підходу до терапії та реабілітації з акцентом на провідні ресурси кожного пацієнта.

Основною метою розробки практичних рекомендацій для психологічної підтримки онкопацієнтів на паліативному етапі було забезпечити самих пацієнтів, членів їхніх сімей та медичних працівників дієвими інструментами для надання належної психологічної допомоги та підтримки. На основі комплексного аналізу потреб онкологічних пацієнтів було виокремлено чотири ключові сфери, що потребують спеціалізованого втручання:

- Робота в емоційній площині полягає у застосуванні релаксаційних технік, медитативних практик, забезпечення психологічної підтримки у процесі прийняття та адаптації до хвороби. Методами емоційної регуляції є техніки: «Безпечне місце», «Обійми метелика», «Заземлення».
- У когнітивній сфері ключовими є методики когнітивно-поведінкової терапії, спрямовані на трансформацію деструктивних думок і переконань, вправи для покращення уваги, пам'яті та інших когнітивних функцій, невід'ємною складовою є психоедукація. Відповідними техніками є: «Негативні когніції», техніка самогіпнозу Б.Еріксон.
- У поведінковій сфері основна увага приділяється формуванню навичок подолання болю, навчання технікам самопомоги та самоконтролю, створення здорових звичок. Для цього можна використати техніку "Крок за кроком до нових звичок", яка допомагає сформувати нові поведінкові моделі.
- Ціннісна складова передбачає духовну підтримку онкопацієнтів, роботу з екзистенційними питаннями, переоцінку життєвих цінностей, методики прощення та примирення з близькими. Одна з технік, що може застосовуватись для роботи у цій сфері - це "Листи життя".

Такий багатогранний підхід допомагає пацієнтам гідно пройти шлях боротьби з онкологічним захворюванням, впоратися з викликами, максимально підвищити якість життя та знайти сили для остаточного етапу. Гармонійна робота у всіх сферах особистості забезпечує цілісну підтримку паліативних пацієнтів.

**Висновки.** Паліативний етап лікування характеризується значними змінами у фізичному та психоемоційному стані, що обумовлює потребу у залученні психологічних ресурсів для адаптації. Психоемоційний стан онкологічних пацієнтів на паліативному етапі лікування має свої особливості: 94% особи мають депресивні прояви, переважно субклінічного рівня (44%). Основними проявами є: пригнічений настрій, постійне відчуття смутку, туги або порожнечі, втрата інтересу та задоволення, почуття безпорадності. У пацієнтів можна спостерігати



когнітивні порушення, емоційну нестійкість, що виявляється у дратівливості, схильності до нервозності та плачу. Тривожні стани визначаються у 78% онкологічних пацієнтів та мають переважно мінімальні (28%) чи легкі прояви (39%). Основними проявами тривожного симптомокомплексу виступають надмірне відчуття дратівливості та неспокою, нав'язливі побоювання щодо лікування, фізичне напруження м'язів, серцебиття та задишка, розлади сну та концентрації уваги.

Психологічні ресурси мають вагомий вплив на формування психоемоційного стану паліативних пацієнтів з онкологічним діагнозом. У структурі ресурсів провідна роль належить соціальному каналу (25%), духовно-ціннісному (23%), дещо меншою є частка тілесно-поведінкового (18%) і когнітивного (18%), та найменше каналу уяви (9%) та емоцій (7%). На паліативному етапі лікування визначаються низькі показники якості життя: 6% - середній, 50% - низький, 44% - дуже низький рівень, переважно через соматичну складову, пов'язану з фізичним благополуччям.

Психоосвіта, психологічний супровід та активізація психологічних ресурсів у онкологічних пацієнтів на паліативному етапі лікування є важливою складовою медико-психологічної допомоги в онкологічній практиці, та дозволяють через інформування та підтримку розширити персональний ресурсний репертуар та покращити якість життя.