

## **ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАТУС ХВОРИХ НА РІЗНИХ СТАДІЯХ ОНКОЗАХВОРЮВАННЯ**

Розповсюдженість онкозахворювань серед дорослого населення України складає більше 317 випадків на 100 тис. населення [3]. Лікування онкохворих має бути реалізоване у комплексному міждисциплінарному підході за участі лікарів, клінічних психологів, реабілітологів, соціальних працівників.

Розуміння психологічного статусу хворого (наявність ознак адаптації/деадаптації, тип реагування на хворобу, ставлення до підтримки близьких, домінуючі психоемоційні стани) може відігравати ключову роль у визначенні фокусу психологічної допомоги, підтримки та реабілітації. Психологічний супровід пацієнтів на різних стадіях лікування забезпечує покращення емоційного стану, зниження інтенсивності больових відчуттів, актуалізацію цінностей життя та стосунків з близькими.

Метою дослідження було виявлення психологічних особливостей ставлення до хвороби онкохворих залежно від стадії.

Матеріали і методи дослідження. Експериментальною базою дослідження стали 46 онкохворих, що знаходяться на реабілітації та обліку в Київській міській клінічній лікарні №2, відділенні паліативної допомоги. Перебіг хвороби: 16 осіб мають 3 стадію розвитку новоутворень, 15 осіб – 2 стадія, 15 осіб – 1 стадія.

У дослідженні були використані психодіагностичні методики: 1) тест життєстійкості С. Мадді; 2) Методика «Тип ставлення до хвороби» (Особистісний опитувальник Бехтерєвського інституту); 3) Методика «Шкала депресії А.Т. Бека;

- 4) Методика визначення рівня тривожності Ч.Д. Спілберга, Ю.Л. Ханіна; 5) методика «Індекс життєвого стилю» Р. Плутчіка, Г. Келлермана, Х.Р. Конте. Додатково використовувалась анкета для оцінки соціально-демографічних показників респондентів. Використання методу статистичного аналізу було реалізовано з допомогою пакету аналізу SPSS 21.0. Для оцінки розбіжностей

між групами онкохворих був використаний критерій Крускала-Уолліса, який дає можливість порівняти три незалежні вибірки.

За результатами анкетування можна говорити про наступні тенденції: загрозу життю всі онкохворі оцінили як високу. Питання про турботу близьких по різному оцінюють хворі на різних стадіях: так хворі із першою стадією зазначили, що родичі турбуються про них у 100% випадків, із 2 стадією вже 97% респондентів підтвердили турботу близьких і 69% респондентів із 3 стадією підтвердили, що отримують турботи стільки, скільки потрібно.

На питання про турботу персоналу оцінки були очікувано більш негативними: хворі із 1 і 2 стадією в 73% випадків сказали, що персонал погано турбується про онкохворих, із 3 стадією зазначили в 44% персонал турбується погано, тобто ми бачимо, що чим важчий стан пацієнта, тим більше він цінував позитивне ставлення персоналу. Почуття самотності у зв'язку із діагнозом переживає 40% пацієнтів із 1 стадією раку, і 100% хворих на 2 і 3 стадії. Можна зробити припущення, що наявність онкології провокує серйозну особистісну і смислову кризу, перебуваючи в якій людина відчуває себе дуже самотньою і відірваною від життя і близьких.

Те, що після діагностики онкології життя змінилося помітили 40% хворих із 1 стадією, 33% із 2 стадією і 100% із 3 стадією раку.

За результатами методики «Тип ставлення до хвороби» для хворих на 1 стадії характерний ергопатичний тип ставлення до хвороби. Для хворих на 2 стадії характерний змішаний тип (одночасно проявлені дисфоричний, ергопатичний, агнозогнозичний і тривожний тип, без яскравої домінанти одного із них). Для хворих на 3 стадії характерний більш за все дисфоричний і тривожний тип реагування на хворобу.

За методикою виявлення депресії А.Бека було встановлено, що 75% онкохворих із 3 стадією мають тяжкий рівень депресії (на 2 стадії таких респондентів 14%, а на першій - 7%). У переважної більшості онкохворих 1 та 2 стадії виявлений помірний рівень депресії.

За методикою життєстійкості С.Мадді у 67% хворих на першій стадії діагностовано високий рівень життєстійкості. На

2 стадії вже 47% респондентів мають високий рівень життєстійкості, а на 3 стадії цей показник зменшується до 20%. Життєстійкість зберігається за рахунок високих показників за залученістю і контролем. За рахунок того, що хворі на 1 та 2 стадіях мають можливість зберігати повноту соціального та професійного життя, вони відчують залученість у події життя, які здаються контрольованими. Це є запорукою збереження життєстійкості.

За методикою самооцінки рівня тривожності Ч.Спілбергера і Ю.Ханіна за показниками особистісної тривожності виявлено наступне: на 1 стадії у більшості респондентів наявний низький рівень тривожності, на 2 та 3 стадіях це домінує помірний рівень. Показники за шкалою реактивної тривожності розподілилися наступним чином: на 1 стадії у більшості проявлений помірний рівень, на 2 стадії у 73% хворих зафіксований високий рівень, а на 3 стадії респондентів з високим рівнем тривожності є 94%.

За результатами тестування за методикою діагностики механізмів захисту Р. Плутчика, Г.Келермана, Х. Конте були отримали наступні результати: для 1 стадії характерними механізмами захисту є заперечення, витіснення, компенсація, інтелектуалізація. Для 2 стадії для онкохворих характерними є заперечення, витіснення, компенсація. Для хворих на 3 стадії онкології характерними є витіснення і заміщення. Таким чином, можна констатувати, з перебігом 1 стадії онкохворі можуть справлятися з тривогою, дізнаючись про новітні методи лікування, фокусуються на позитивних прикладах одужання, відкидаючи інші приклади. Для другої стадії характерне витіснення переживань, їх заперечення і відхід у роботу у вигляді компенсації. Проте для третьої стадії особливо актуальними є витіснення і заміщення, тобто психологічна напруга від переживання захворювання витісняється або зсувається на інший об'єкт. Найбільший діапазон психологічних механізмів характерний для 1 стадії, скоріше за все тому що ця стадія найкраще піддається лікуванню і людина не тривалий час знає про свій діагноз.

Для перевірки припущення про відмінності у ставленні до хвороби онкохворих був використаний критерій Крускала-

Уолліса. Після обробки даних були виявлені значимі відмінності, представлені в табл.1. Проаналізуємо виявлені відмінності.

Відмінність спостерігається за шкалою ергопатичного ставлення до хвороби: хворі на 1 стадії більше схильні «тікати» в роботу для подолання негативних переживань через захворювання. На 1 стадії онкології практично відсутні симптоми і пухлина практично не впливає на самопочуття, тому людина може продовжувати вести активний спосіб життя і таким чином долати недугу.

Тривожне ставлення до хвороби більше характерне для хворих на 3 стадії, оскільки із перелічених це найтяжча і

Таблиця 1

Значимі відмінності в показниках ставлення до хвороби на різних стадіях онкозахворювання

	1 стадія (середнє значення)	2 стадія (середнє значення)	3 стадія (середнє значення)	Значимість критерію
Ергопатичний	33,4	13,4	13,69	0,048
Тривожний	13,70	13,90	34,13	0,038
Життєстійкість	34,67	27,90	8,91	0,0001
Залученість	35,47	25,03	10,84	0,021
Контроль	39,70	32,13	9,59	0,020
Реактивна тривожність	13,10	17,10	24,25	0,041
Заперечення	34,03	21,30	15,69	0,005
Компенсація	28,0	27,8	14,63	0,002
Інтелектуалізація	37,67	29,90	13,59	0,001

найскладніша стадія, на якій вже складно прогнозувати успішність лікування.

Загальна життєстійкість, залученість, контроль найвищі на 1 стадії і найменші на 3 стадії. Вони пов'язані із фактичною тяжкістю захворювання, чим більше проявляється патологічна симптоматика, тим більше людина втрачає здатність справлятися з психотравмуючими ситуаціями, зневірюється у

своїй здатності вижити.

Реактивна тривожність на високому рівні більше характерна для 3 стадії онкології: вона поступово зростає синхронно із збільшенням тяжкості захворювання.

Заперечення, інтелектуалізація, компенсація вищі на 1 стадії і їх дія поступово зменшується, чим тяжчим стає захворювання. Це пояснюється тим, що людина не може більше не стикатися із правдою про свою хворобу і настає важке усвідомлення складності стану.

Висновки. Ставлення онкохворих до хвороби має відмінності у пацієнтів на різних стадіях. З ускладненням симптоматики у пацієнтів домінує тривожний тип ставлення до хвороби, зменшується життєстійкість (особливо в аспектах залученості і контролю), посилюється реактивна тривожність. Змін зазнають і домінуючі механізми психологічного захисту. Дані відмінності необхідно враховувати при розробці спеціалізованих програм психосоціальної підтримки для онкохворих.

### Література

1. Маркова М. В. Стан та перспективи розвитку сучасної психоонкології / М. В. Маркова, О. В. Піонтковська, І. Р. Кужель // Укр. вісн. психоневрології. – 2012. – Т. 20, вип. 4 (73). – С. 86–91.
2. Мухаровська І.Р. Медико-психологічний паспорт захворювання онкологічного профілю [Електронний ресурс] / І.Р.Мухаровська // Медична психологія. - 2015. - Т.10, № 4. - С. 15-19. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mpsl\\_2015](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mpsl_2015)
3. Рак в Україні, 2015–2016 [Електронний ресурс] / З.П. Федоренко, О. Л. Гулак, Ю.Й. Михайлович [та ін.] // Бюлетень Національного канцер-реєстру України. – 2017. – №18. Режим доступу: <http://www.ncru.inf.ua/publications/index.htm>