

ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»
Навчально-науковий інститут психології та соціальних наук
Кафедра психології

Безпала Юлія Вікторівна
(прізвище, ім'я, по батькові здобувача в називному відмінку)

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на тему: «Специфіка психологічного статусу онкологічних хворих»

Група ІНЗ-8-22-Б1ПС(4.0з)
Спеціальність: 053 Психологія
Освітня програма: «Психологія»
Рівень вищої освіти: перший (бакалаврський)

Кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів, текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

(підпис)

Безпала Ю.В.
(прізвище та ініціали)

Науковий керівник
ст. викл., Маклюк О.В.
(посада, науковий ступінь, вчене звання, прізвище та ініціали)

(підпис)

Київ 2026 р.

ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»
ПІВНІЧНОУКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ ІМЕНІ ГЕРОЇВ КРУТ
Навчально-науковий інститут психології та соціальних наук
Кафедра психології

Рівень вищої освіти: перший (бакалаврський) рівень
 Ступінь вищої освіти: бакалавр
 Галузь знань: 05 СОЦІАЛЬНІ ТА ПОВЕДІНКОВІ НАУКИ
 Спеціальність: 053 ПСИХОЛОГІЯ
 Освітньо-професійна програма: «ПСИХОЛОГІЯ»
 Освітня кваліфікація: бакалавр з психології

Завдання на кваліфікаційну роботу здобувача

Безпалої Юлії Вікторівни
(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема кваліфікаційної роботи:
Специфіка психологічного статусу онкологічних хворих
 Керівник кваліфікаційної роботи
старший викладач
 (посада, науковий ступінь, вчене звання)
Маклюк Олег Володимирович
 (прізвище, ім'я, по батькові)

2. Термін подання студентом кваліфікаційної роботи на попередній захист 08.05.2026 року
3. Вихідні дані до кваліфікаційної роботи (рекомендовані науковим керівником та відповідним методичним забезпеченням (окремі аспекти роботи, обсяги роботи): проаналізувати теоретичні основи психологічного статусу онкологічних хворих; провести емпіричне дослідження впливу емоційних реакцій онкологічних хворих на зміст внутрішньої картини їх хвороби; розробити психологічні рекомендації для родичів та медичного персоналу стосовно ефективного спілкування і взаємодії з онкологічними хворими.
4. Необхідний графічний та аналітичний матеріал за темою дослідження:
рисунки, таблиці, графіки, формули, розрахунки.
5. Календарний план виконання кваліфікаційної роботи

№ п/п	Назва етапів виконання кваліфікаційної роботи	Строки виконання		Примітки
		Планові	Фактичні	
1	2	3	4	5
1	Вступ	02.02.26 – 15.02.26		
2	Розділ 1.	16.02.26-16.03.26		
3	Розділ 2.	17.03.26– 20.04.26		
4	Висновки	До 30.04.2026		

6. Дата видачі завдання 02.02.2026 р.

Здобувач (ка) _____
(підпис)

Безпала Ю.В.
(прізвище та ініціали)

Науковий керівник _____
(підпис)

Маклюк О.В.
(прізвище та ініціали)

АНОТАЦІЯ

Юлія Безпала. «Специфіка психологічного статусу онкологічних хворих» – Рукопис.

Кваліфікаційна робота на здобуття першого (бакалаврського) рівня вищої освіти – Північноукраїнський інститут імені Героїв Крут ПрАТ «ВНЗ «МАУП». – Чернігів, 2026.

Актуальність теми дослідження

Значне розповсюдження онкологічних захворювань в сучасному світі сприяє актуалізації питання про психічний, зокрема емоційний стан онкохворих та його специфіку. Адже є цілком очевидним, що всі злоякісні пухлини чи рак – це така патологія, що має наслідком значне стресове навантаження на людину. В цьому зв'язку, однією з ключових психологічних проблем сучасної онкології як науки і онкологічної клініки є збір, обробка, інтерпретація та вчасне використання вірогідної інформації стосовно індивідуальних реакцій індивіда на означену хворобу, бо від того, як пацієнт ставиться до власного захворювання, залежить підсумковий, загальний успіх всього лікування.

Мета роботи:

дослідити характерні особливості впливу емоційних станів та супутніх до них емоційних розладів онкологічних хворих на загальне їх ставлення до хвороби, а також розробити практичні психологічні рекомендації для рідних та медичних працівників стосовно ефективного спілкування і взаємодії з онкохворими.

У кваліфікаційній роботі були використані наступні методи: методи аналізу, узагальнення та систематизація психологічної і медичної наукової літератури щодо проблеми психологічного статусу онкохворих; емпіричні методи дослідження – спостереження, анкетування, бесіди, а також психологічне тестування з метою виявлення особливостей емоційної реакції пацієнтів онкологічної клініки; математико-статистичні методи дослідження – обробка й аналіз отриманих результатів проведеного дослідження задля визначення основних закономірностей, а також тенденцій.

Ключові слова онкологічна патологія, онкологічний хворий, психологічний статус, емоційний стан, страх, тривожність, внутрішня картина хвороби.

ANNOTATION

Yulia Bezpala. “Specifics of the Psychological Status of Cancer Patients” – Manuscript.

Qualifying work for obtaining the second (master's) level of higher education - North Ukrainian Institute named after Heroes Krut PJSC «Interregional Academy of Personnel Management»- Chernihiv, 2026.

Relevance of the research topic.

The significant spread of cancer in the modern world contributes to the actualization of the issue of the mental, in particular, emotional state of cancer patients and its specifics. After all, it is quite obvious that all malignant tumors or cancer are such a pathology that results in a significant stress load on a person. In this regard, one of the key psychological problems of modern oncology as a science and oncology clinic

is the collection, processing, interpretation and timely use of reliable information regarding the individual reactions of an individual to a given disease, because the overall success of the entire treatment depends on how the patient treats his own disease.

The purpose of the work: to investigate the characteristic features of the influence of emotional states and accompanying emotional disorders of cancer patients on their general attitude to the disease, as well as to develop practical psychological recommendations for relatives and medical workers regarding effective communication and interaction with cancer patients. The following methods were used in the qualification work: methods of analysis, generalization and systematization of psychological and medical scientific literature on the problem of the psychological status of cancer patients; empirical research methods - observation, questionnaires, interviews, as well as psychological testing in order to identify the features of the emotional reaction of patients of the oncology clinic; mathematical and statistical research methods - processing and analysis of the results of the study to determine the main patterns and trends.

The **following methods** were used in the qualification work: methods of analysis, generalization and systematization of psychological and medical scientific literature on the problem of the psychological status of cancer patients; empirical research methods - observation, questionnaires, interviews, as well as psychological testing to identify the features of the emotional reaction of patients in the oncology clinic; mathematical and statistical research methods - processing and analysis of the results of the study to determine the main patterns and trends.

Keywords: *oncological pathology, oncological patient, psychological status, emotional state, fear, anxiety, internal picture of the disease.*

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ	
ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ	
ОНКОХВОРИХ.....	9
1.1 Аналіз наукової літератури стосовно специфіки	
онкологічного захворювання	9
1.2 Перебіг онкологічної хвороби та типи психологічних	
реакцій на неї	17
1.3 Процес переживання захворювання та провідні компоненти	
психологічного статусу онкохворих.....	24
Висновки до першого розділу.....	41
РОЗДІЛ 2 ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ЕМОЦІЙНИХ РЕАКЦІЙ	
ОНКОХВОРИХ НА СУТНІСТЬ ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ	
ЗАХВОРЮВАННЯ.....	42
2.1 Характеристика вибірки досліджуваних.....	42
2.2 Обґрунтування і опис методів та методик дослідження.....	50
2.3 Процедура обстеження та аналіз і інтерпретація результатів	
дослідження	55
2.4 Рекомендації для родичів та медичних працівників щодо	
ефективного спілкування і плідної взаємодії з онкохворими.....	65
Висновки до другого розділу.....	70
ВИСНОВКИ.....	71
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	74
ДОДАТКИ.....	79

ВСТУП

Актуальність дослідження. Психічний стан індивіда суттєво залежить від частоти і інтенсивності емоційних впливів, яким сприяє ряд наступних умов сучасного буття: карколомна зміна політичної ситуації у світі, соціально-економічного кризи та незадовільний стан природного середовища, значне підвищення темпів і ціни життя. Індивід досить часто реагує на життєві процеси переляком, тривогою, певною безпорадністю, тугою і навіть відчаєм. Такі емоційні вибухи, які спочатку були направлені на мобілізацію її психологічного захисту, згодом все частіше гальмуються та постійно накопичуються, не знаходячи власне природного виходу, що може стати однією з ключових причин руйнації як психіки, так і фізичного тіла людини в цілому.

Не секрет, що емоційний стан індивіда є причиною багатьох соматичних хвороб. Ще в давнину науковці помітили тенденцію до неподільності тілесного і психічного в людині. Тобто хвороби фізичного тіла людини впливають на її емоційний стан, а емоції, в свою чергу, істотно впливають на здоров'я тіла. В сучасних умовах дослідженням взаємовпливів психічних та соматичних явищ і процесів здійснюється в рамках психосоматичної медицини (читай психосоматики). Її поширення бере свій початок з етапу, коли пацієнт в цілому перестає бути тільки носієм хвороби фізичного тіла. Розглядаючи індивіда комплексно, як системно-цілісну істоту, психосоматика відкриває можливості до розуміння психологічних причин цілого ряду фізичних захворювань.

Значне розповсюдження онкологічних хвороб в сучасному світі сприяє актуалізації питання про психічний, зокрема емоційний стан онкохворих та його специфіку. Адже є цілком очевидним, що всі злоякісні пухлини чи рак – це таке захворювання, що має наслідком значне стресове навантаження на людину. Найбільш обтяжливим нюансом тут є факт того, що для значної кількості пацієнтів та їх близьких родичів слово «рак» є, нажаль, прямим синонімом

смертного вироку або приреченості на біль та страждання. Звідси однією з ключових психологічних проблем сучасного онкологічного диспансеру є збір інформації стосовно індивідуальних реакцій індивіда на означену хворобу, бо від того, як пацієнт ставиться до власного захворювання, залежить підсумковий загальний успіх всього лікування. Таким чином, актуальність означеної проблеми не викликає сумнівів.

Об'єктом дослідження є психологічний статус онкологічних хворих.

Предметом дослідження є специфіка психологічного статусу (емоційного стану) онкохворих.

Мета роботи: дослідити характерні особливості впливу емоційних станів та супутніх до них емоційних розладів онкохворих на загальне їх ставлення до хвороби.

Завдання роботи:

1. Здійснити ґрунтовний огляд загальних теоретичних засад і принципів щодо поставленої проблеми через аналіз вітчизняної та зарубіжної наукової літератури.
2. Провести емпіричне дослідження та оцінити характер впливу емоційних станів, а також емоційних розладів онкологічних хворих на специфіку їх психологічного статусу.
3. Розробити загальні рекомендації для медичного персоналу онкологічних диспансерів та родичів пацієнтів цих клінік щодо належного спілкування та їх психологічної підтримки.

Методи дослідження: методи аналізу, узагальнення та систематизації психологічної і медичної наукової літератури щодо проблеми психологічного статусу онкохворих; емпіричні методи дослідження – спостереження, анкетування, бесіди, клінічне інтерв'ю, а також психологічне тестування з метою виявлення особливостей емоційної реакції пацієнтів онкологічної клініки; математико-статистичні методи дослідження – обробка й аналіз отриманих результатів проведеного дослідження задля визначення основних закономірностей, а також тенденцій.

База дослідження: Комунальне некомерційне підприємство Чернігівський центр сучасної онкології Чернігівської обласної ради.

Новизна теми пояснюється відносно незначним числом наукових праць стосовно означених аспектів проблеми, потребою в нових методичних розробках та рекомендаціях.

Результати роботи мають *практичне значення* і можуть бути використані в діяльності медичних працівників, психологів, а також для просвітницької роботи з онкологічними хворими, їх рідними й близькими, та при викладанні окремих спецкурсів з медичних та психологічних предметів в закладах вищої освіти.

Структура роботи. Робота складається зі вступу, двох розділів, дев'яти підрозділів, висновків, додатків та списку використаних джерел. Загальний обсяг роботи складає 83 сторінки. Список використаних джерел - 59 найменувань та п'ять додатків.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ ОНКОХВОРИХ

1.1 Аналіз наукової літератури стосовно специфіки онкологічного захворювання

Онкологічні хвороби в сучасному світі продовжують залишатись однією з фундаментально невирішених проблем цивілізації. На злоякісні новоутворення страждають мешканці усіх континентів і держав, без огляду на їх суспільний статус, расу, стать, освіту, вік та рівень добробуту.

Для повного усвідомлення рівня і масштабу проблеми, наведемо ряд вражаючих статистичних даних.

Згідно даних статистики, наша держава відрізняється досить високим рівнем онкологічних хвороб і входить до перших десятків країн світу щодо цього показника, маючи близько 180 тисяч хворих на рік.

За прогностичними матеріалами, до 2030 року загальна кількість онкохворих в Україні може перейти рівень 200 тисяч людей щорічно. Так, статистичні дані, надані МОЗ України, переконливо свідчать: щороку майже 100 тисяч мешканців нашої держави вмирають від раку і при цьому 35% померлих – це особи молодого, працездатного віку. Нажаль, через пізню діагностику означених захворювань залишається доволі високою частка тих онкохворих, які помирають протягом першого року після підтвердження діагнозу (38-40%). В порівнянні, у провідних країнах світу цей сумний показник не перевищує 30% [1, с. 8].

В свою чергу, статистика переконливо свідчить, що за останнє століття за загальним рівнем захворюваності та смертністю саме онкопатологія з десятого

місця піднялась на друге, незначно поступаючись тільки серцево-судинним хворобам.

За прогнозними даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), до 2030 року рак вийде на перше місце, а за матеріалами Американської асоціації госпіталів, це відбудеться ще швидше. На думку науковців, якщо протягом найближчих 15–20 років не буде організовано ефективної і потужної профілактики, кількість онкохворих зросте до 20 млн, а число смертних випадків – до 12 млн.

Щодо України, то за останнє десятиліття кількість хворих збільшилась на 25 %, при загальному скороченні чисельності населення на 4 млн людей. Тобто, онкозахворюваність має постійну тенденцію до зростання на 2,6–3 % щорічно, і нажаль, рак продовжує "молодіти". З першого погляду, за наведеними показниками ми не дуже відрізняємося від провідних розвинених країн світу але треба не забувати, що середня тривалість життя наших громадян на 10–20 років менша і захворюваність на онкологію у осіб суттєво зростає саме після 50 років. Звідси, далеко не кожен мешканець нашої країни доживає до так би мовити "свого раку", помираючи від інших ускладнень.

В свою чергу, аналіз показників переконливо свідчить, що міське населення переважно частіше страждає на рак, ніж сільське [1, с. 11].

Разом з генетичною зумовленістю, суттєву роль у розвитку раку відіграють спосіб життя індивіда та загальні екологічні чинники: вплив Чорнобильської катастрофи на АЕС, значні забруднення атмосферного повітря викидами та відходами промислового виробництва, особливо хімічного і радоном у незадовільною вентильованих житлових і робочих будинках [58].

Загалом. рак, як хвороба, що вражає особу, відома з давніх часів. Зокрема, науковці знайшли пухлинні зміни навіть у первісної людини, яка мешкала близько півмільйона років до нашої ери. Рак також описується в стародавніх єгипетських папірусах. Але чому проблема раку стала такою актуальною саме в останнє століття?

Цьому сприяв соціально-економічний прогрес і потужні досягнення медицини щодо подолання тяжких інфекцій, зокрема в боротьбі з дитячою смертністю й туберкульозом. Все це сприяло тому, що збільшилась тривалість життя. В наш час індивідам більше загрожують саме ті хвороби, які найбільше зустрічаються в літньому віці, і однією з таких хвороб є онкологія[23, с. 84].

Проблема раку є багатовекторною, у її подоланні беруть участь як медичні працівники різного фаху, так і достойники інших наукових галузей: біології, генетики, біохімії, фармакології, психологи і навіть етнографії. На даний час накопичено значний обсяг наукових матеріалів з різних питань, що стосуються з'ясування причин виникнення, обсягу захворюваності й смертності від онкологічних хвороб. Також, за останні роки медицина збагатилася новітніми технологіями і головне, досвідом у лікуванні раку.

Зокрема, сучасній науці відомо багато різних форм пухлинних захворювань, значну частину з яких складають онкологічні, тобто злоякісні пухлини, які поступово розвиваються з епітеліальної тканини людського організму.

З поширенням онкологічних хвороб в Україні і світі, особливо гостро постало питання про психоемоційний статус онкологічних хворих та про вплив на нього.

Важкі захворювання загалом і онкологічні зокрема, у багатьох хворих викликають потужний психологічний стрес, який поступово переходить у хронічну стадію. Особу постійно хвилюють думки про те, як буде проходити перебіг хвороби і головне, наскільки вона небезпечна для шансів вижити, бо серед більшості людей панує в цілому помилкова думка, що онкологічні хвороби – хвороби невиліковні. Поряд з психологічним стресом, негативні емоції, такі як відстороненість чи депресія цілком можуть погіршити стан хворого та перебіг його хвороби. Присутні у світовій психологічній науковій літературі дані про роль і вплив психологічного стресу на онкохворих переконливо свідчать, що не тільки перебіг самого захворювання, але й його соціально-психологічна реабілітація та повернення до активного способу життя і зниження ризику рецидиву захворювання, принципово залежить від ставлення особи до хвороби,

його волі, активної життєвої позиції, чітко спрямованої на боротьбу з тяжким недугом.

Тут треба зазначити, що однією з важливих психологічних проблем зафіксованих у онкологічній клініці є питання реакції особистості на саму хворобу. Звісно, що від того, як хворий відноситься до свого захворювання, залежить весь успіх лікування.

На початку II сторіччя нашої ери римський філософ Гален вже підкреслював значення типологічних властивостей характеру при виникненні ракової пухлини. Він зазначав, що жінки-меланхоліки доволі частіше хворіють на рак, ніж жінки сангвіністичного типу [31, с. 23].

У 1783 р. Барроуз говорячи про причини онкологічної хвороби акцентував на тому, що вони швидше нагадують риси хронічного стресу: «...неприємні переживання душі довгі роки непокоять пацієнта» [31, с. 28].

Як ми зазначали, дослідженням означеної проблеми в наш час займається такий цікавий міждисциплінарний напрям у медичній науці, як психоонкологія, одним із фундаторів якого є С. Грір. Особистість хворої особи розглядається ним з точки зору наступних аспектів:

- якість життя онкохворого;
- характерні риси характеру хворого;
- власне ставлення до хвороби;
- якісні зміни, які відбуваються з онкохворим пацієнтом [15].

Звідси можна стверджувати, що цілісне уявлення про особу може губитись серед окремих її структурних проявів.

До 70-х років XX століття позитивні результати лікування пухлин пов'язувались насамперед з виживанням без рецидивів хвороби протягом 5 років але при цьому переважно забували говорити про якість життя онкохворих.

Але до початку нашого століття відбулись важливі зміни, що сприяли появі нового, більш компетентного і ґрунтового погляду, а саме:

- все більше онкохворих бажають бути поінформованим про свій діагноз і все більша кількість лікарів (найчастіше в Європі) відверто та чесно обговорюють діагноз і можливі методи лікування з пацієнтами.

- оскільки значні успіхи у лікуванні раку суттєво продовжили життя пацієнтам, більше уваги стали приділяти якості життя хворих.

Нажаль, дослідження у цій площині проводяться в більшості за межами України. Зокрема, доволі відомими є дослідження під егідою EORTC (Європейська асоціація дослідження та лікування онкохворих. Д. Патер, Н. Аронсон), яка продукує методи вивчення таких елементів якості життя, як соціальний статус, здоров'я в цілому, рівень активності, сімейний та психологічний показники [26].

В цьому зв'язку, Т.І. Іонова, В.М. Герасименко, С. Монгомері стверджують, що весь медичний прогноз перебігу раку обумовлений якістю життя хворого і характером психологічного пристосування до хвороби [26].

Завдячуючи дослідженням, здійсненим у форматі такої нової школи сучасної психосоматики як "психоонкологія" (С. Грір., Ю. Холанд, Т. Левін), було визначено, що якість життя хворих на рак має більшу прогностичну значущість для ефективності всього комплексу лікувальних заходів, ніж загальні клінічні дані щодо стадії захворювання та первинну відповідь пухлини на курс лікування (Н. Блінов, Т. Іонова, В. Горбунова) [13;15].

Дещо інший напрям досліджень, що здійснюють психоонкологи – це визначення характерних рис онкохворих, тобто тих особливостей, які вже раніше діагностувалися при хворобі.

Однак, варто зазначити, що значна більшість подібних досліджень швидше носить психіатричний характер, ніж суто психологічний. Зокрема, у низці досліджень описується лише ступінь поширеності психіатричних порушень серед довільно відібраних амбулаторних та стаціонарних онкохворих, які були виявлені через структуровані опитування у деяких дослідницьких центрах США (Дерогатіс). Як результат, було визначено, що 47 % онкохворих мали певні, доведені психіатричні розлади, а саме: 68 % – вади адаптації, 8 % – органічні

порушення ЦНС, і лише 11 % страждали тими самими психіатричними розладами, які спостерігалися у них задовго до онкохвороби [26].

Починаючи з комплексного дослідження Морріса і низки його колег, проведеного у 1977 році (перше цілком контрольоване і суто психологічне дослідження жінок з пухлинами грудей), було накопичено чималий обсяг інформації стосовно психологічних наслідків для хворих на окремі різновиди раку, (рак грудей -Меджир, Кемней, Ірвін, рак шлунку та підшлункової залози-Холанд)[26].

На їх підставі можна виокремити наступні причини психіатричних та психологічних проблем онкологічних хворих (розділені на чотири групи):

- 1) суто емоційний вплив первинного діагнозу або наступного першого рецидиву хвороби;
- 2) можлива побічна дія курсу лікування;
- 3) процес прогресування хвороби, до якого доєднані такі суто фізичні симптоми, як сильний біль, загальна слабкість, анорексія;
- 4) органічні симптоми з боку мозку.

Повертаючись до дослідження жінок на рак грудей (проведено у Великій Британії), треба зупинитись на його підсумках. Зокрема, було встановлено і доведено, що тривога і депресія у хворих тісно пов'язані з почуттям загального нещастя, фаталізмом, надмірним занепокоєнням щодо власної долі. В той самий час розум всіх досліджуваних (притаманна "пошукова активність"), мав цілком негативну кореляцію із станом занепокоєння і депресії (Ватсон) [15]. Зазначені висновки були підтверджені у незалежному італійському дослідженні хворих на конкретні різновиди раку (Грассі) [26]. Американське ж дослідження хворих на рак грудей жінок показало, що в цілому активний стиль копінг-поведінки тісно пов'язаний з кращим пристосуванням до онкологічних захворювань (Фрідман). Нажаль, поки що майже нема досліджень стосовно виявлення ступеня співвідношення головних стилів копінг-поведінки онкохворих та якості їх життя.

До речі, дослідження іноземних фахівців показали, що суттєвою психологічною проблемою онкохворих була цілковита втрата почуття контролю

[31, с. 57]. Було доведено, що відчуття контролю чітко корелює з подальшою психологічною адаптацією у хворих на рак грудей, легенів, кишківника.

Зокрема А. Тхостов виокремлює наступні особистісні характеристики онкохворих:

- суто реактивна, але в цілому неглибока депресія;
- певна поміркованість, деяке збідніння емоційної сфери та оптимізм, що пояснюється надією на позитивний результат;
- тенденція до загального спрощення ситуації, що виникла, і схильність до витіснення зі свідомості особи важких переживань;
- ґрунтовна ретроспективна переоцінка власного здоров'я при певній недооцінці об'єктивної симптоматики;
- одночасно з більш низькою, ніж у нормативах, оцінкою негативних об'єктів простежується більш висока оцінка позитивних об'єктів [39].

В свою чергу, результати досліджень (А.. Вейсман) свідчать, що онкохворим властиві ще й такі специфічні риси, як зниження загального рівня мотивації, певна емоційна глухість [26].

Треба зазначити, що деякі дослідження відношення людини до власної хвороби, зокрема ті, які ще в минулому столітті проводив Р. Лурія, не втратили своєї актуальності і дотепер [39].

Психосоматика поступово сформувала свій понятійний апарат. Зокрема, В. Ніколаєва досліджуючи рівні ВКХ визначила наступні: сенситивний (тобто тілесні відчуття з приводу самого захворювання), емоційний (загальний настрій, емоції), когнітивний (переважаючі думки та прогнози щодо хвороби), поведінковий (способи і засоби подолання хвороби, зокрема навички життя в ситуації усвідомлення важкого захворювання) [15].

До речі, щодо цього поняття дослідники А. Квасенко та Ю. Зубарев застосовують такий термін як "соматозогнозія", тобто "самопізнання через власну хворобу". Зокрема, автори виокремлюють наступні типи соматозогнозій: нормасоматозогнозія, що відповідає за правильну оцінку власного стану, побудову вірогідних перспектив, що в цілому збігається з

трактуванням медиків, зрозумілих реакціях на можливі больові відчуття; гіперсоматозогнозія, що проявляється у певній переоцінці значення захворювання, нав'язливій тривозі, необґрунтованій депресії, повній пасивності, іпохондрії; гіпосоматозогнозія з відверто несерйозним ставленням до хвороби при загальному її прийнятті; діссоматозогнозія, що проявляється в категоричному неприйнятті захворювання, у повній невірі в його наявність, дисимуляції [49].

В той же час, А.Гнезділов відслідковує динаміку ВКХ на різних рівнях лікування: на 1-му рівні (поліклінічному), коли існує тільки підозра в наявності онкологічного захворювання, індивіди намагаються не думати про нього взагалі; на 2-му, коли діагноз встановлено і хворий направляється на стаціонарне лікування до лікарні, частими проявами є страх смерті, сильна тривога, суто реактивна депресія; на 3–4-му, у онкохворих, йде пристосування до лікарні і коли вже призначена підготовка до операції або після операції загальний настрій стає більш бадьорим. Тут, все залежить від загального результату операції, від зміни зовнішнього вигляду після операції (якщо це була травмуюча операція з ампутацією, то може спостерігатись підвищена емоційна збудливість хворого і подальше подолання онкологічної хвороби відбувається досить складно). Зазвичай, названі вище хворі, після остаточної виписки з лікарні намагаються відокремитись від оточення, значно обмежують свої зовнішні контакти [21].

Не можна не згадати ще одного напрямку при дослідженні психологічних особливостей онкологічних хворих, а саме вивченні рівня та ступеня змін особистості онкохворого. В цьому зв'язку В. Ніколаєва стверджує: "Людина, що потрапляє в ситуацію тяжкої хвороби, стикається з ламанням стереотипів колишньої ситуації розвитку, що склалася в преморбіді" [15, с. 132]. Тобто, індивід зустрічається з суттєвою кризою, результатом якої можуть бути наступні психологічні новоутворення: 1) певне падіння активності або довільне обмеження; 2) повна зміна всієї структури і ієрархії мотиваційної сфери (різкі іпохондричні реакції); 3) самоскорочення загальної часової перспективи

(майбутнє повністю заперечується, епізоди минулого довільно забуваються, життя самообмежується).

В той же час, В. Ніколаєва акцентує, що в певних випадках онкохвороба може бути навіть поштовхом для подальшого саморозвитку, і «...тільки тоді людина усвідомлює життя у всій часовій перспективі» [15, с. 89]. Звідси, одне із важливих завдань психолога – допомогти індивіду знайти себе, звернутися до своєї власної особистості.

1.2 Перебіг онкологічної хвороби та типи психологічних реакцій на неї

Сірійський лікар середньовіччя Абуль Фарадж (жив у XIII ст.), наголошував звертаючись до хворого:

«Нас троє — ти, хвороба і я. Якщо ти будеш з хворобою, вас буде двоє і я залишусь один — ви мене переможете. Якщо ти будеш зі мною, нас буде двоє, хвороба буде одна — ми її переможемо» [35, с.5].

«Онкологія не вирок» – постійно повторюють лікарі. Але інколи ці прості слова – щонеєдиний аргумент для пацієнта, який активізує боротьбу за життя.

Внутрішня картина хвороби (ВКХ) – це підсумок особистої внутрішньої творчої діяльності суб'єкта, який визріває у своїх більш-менш зрозумілих формах при будь-якому фізичному стражданні – починаючи від одномоментних епізодів болю, певного дискомфорту до значних проявів соматичної хвороби (особливо важкої хронічної). Пізнання сутності цього явища – важлива умова успішного дослідження особистості та її трансформації в умовах онкологічних хвороб. Вивчення ВКХ дає змогу ґрунтовно розглянути майже весь складний і важкий процес самопізнання хворого індивіда, виявити ті способи і засоби, які використовує особа для здійснення цього складного пізнавального процесу. До речі, саме вивчення ВКХ дає можливість зрозуміти особливі методи подолання, опанування власною поведінкою, які може використати індивід в складній та

емоційно важкій життєвій ситуації. Звідси, саме аналіз внутрішньої картини хвороби створює умови для проникнення в складний компенсаторний потенціал особи [39].

Треба зазначити, що хвороба як будь-який патологічний процес в тілі людини амбівалентно бере участь у побудові конструкції внутрішньої картини хвороби. Зокрема:

1. Тілесні прояви хвороби місцевого й загального рівня призводять до створення сенсорного відображення загальної картини захворювання. Тут, ступінь активності біологічного чинника у формуванні внутрішньої картини хвороби пояснюється тяжкістю всіх клінічних проявів, певною астеною й больовими відчуттями різного ступеню.

2. Сама хвороба створює для людини надважку психологічну ситуацію. Вона включає в себе значну кількість різнорідних моментів: медичні процедури й час прийому ліків, безпосереднє спілкування з лікарями, складну перебудову всіх відносин з рідними та колегами по роботі.

Звідси, усі вище зазначені моменти накладають суттєвий відбиток на особисту оцінку хвороби і визначають остаточне відношення до власного захворювання.

У психологічній науковій літературі для позначення суб'єктивної сторони хвороби використовується ціла низка термінів, які були введені в понятійний обіг різними авторами, але часто розуміються як синоніми. Так, дослідник Є.Краснушкін суб'єктивну частину хвороби розкриває через поняття «усвідомлення хвороби» [18], Р. Лурія називає це явище «внутрішньою картиною хвороби» [39], а науковець Є. Шевальов – «процесом переживання хвороби» [15]. В той же час, німецький дослідник Гольдшейдер виділяв «аутопластичну картину хвороби», виокремлюючи дві взаємозалежні сторони: сензитивну (тобто чуттєву) та інтелектуальну (відповідно розумову чи інтерпретативну) [25].

Накопичення і поглиблення знань про психічний бік захворювань у пострадянській теорії та практиці медичної психології призвело до формування (продовжується дотепер) безлічі різних концептуальних ідей, які розкривають будову внутрішнього світу хворої особи.

Зокрема, у більшості модерних психологічних праць щодо вивчення внутрішньої картини хвороби, при абсолютно різних нозологічних формах, у її внутрішній будові виділяється декілька взаємопов'язаних сторін або рівнів:

1. Больовий рівень хвороби (у сфері відчуттів, тобто чуттєвий рівень) – локалізація больових відчуттів та інших незручностей та їх інтенсивність.

2. Емоційний рівень хвороби – пов'язаний з багатьма видами емоційного реагування на певні сторони, конкретні симптоми, тобто захворювання в цілому і його можливі наслідки.

3. Інтелектуальний рівень хвороби або раціонально-інформаційна стадія – пов'язаний з уявою та знаннями власне хворого про його стан хвороби, роздумами про її можливі причини і наслідки.

4. Вольовий рівень хвороби або мотиваційна стадія – пов'язаний з певним відношенням хворого до своєї недуги, необхідністю трансформації поведінки й усталеного способу життя, активізацією діяльності щодо відновлення здоров'я [30].

Саме на підставі означених вище сторін у хворого формується модель захворювання, тобто виникають чіткі уявлення про її етіопатогенез, перебіг, лікування й подальший прогноз, яка фіксує «масштаб переживань» та визначає поведінку загалом. При цьому, відстань між дійсним станом здоров'я і створеною «моделлю хвороби» може як перебільшуватися хворим, так і значно применшуватися, аж до загального заперечення її існування. При цілком адекватному виді реагування (нормонозогнозія) хворі в головному правильно оцінюють свій стан і можливі перспективи, їх оцінка практично збігається з оцінкою лікаря. В свою чергу, при гіпернозогнозії хворі особи схильні перебільшувати значимість певних симптомів і хвороби загалом, а при гіпонозогнозії – мають схильність їх суттєво недооцінювати.

До речі, дослідники виділяють наступні головні типи реагування хворого на свій стан: стенічний, астенічний й раціональний. Зокрема:

1. При активному ставленні хворого до процесу лікування й обстеження можна говорити про стенічну реакцію на недуг. До речі, є і негативний бік цієї

поведінки, зокрема хворий може бути недостатньо спроможним до проведення необхідних змін стереотипу життя, які диктуються захворюванням.

2. При астеничній реакції на недуг у онкохворих є прояви песимізму і певної підозрілості, але такі пацієнти значно легше, ніж онкохворі з стеничною реакцією, суто психологічно адаптуються до захворювання.

3. При чисто раціональному типі реакції хворого фіксується адекватна оцінка ситуації й повний та раціональний вихід з фрустрації [30, с. 153].

В той же час, ряд науковців, таких як Н. Рейнвальд, П. Якубов, А. Степанов, Л. Лежепекова, окреслюють типи відношення до хвороби, беручи за основу характер взаємодії, що виникає при цьому між лікарем і хворим.

Зокрема, П.. Якубов повно і детально описує та наводить таку класифікацію типів особистісної реакції людини на хворобу:

1. Взаємна дружня реакція. Ця реакція помітна у хворих з досить розвиненим інтелектом. Ці пацієнти з перших днів онкохвороби стають немовби помічниками чи «асистентами» лікаря, проявляючи не просто повну слухняність, але й певну пунктуальність, увагу, обов'язкову доброзичливість, тобто безмежно довіряють власному лікареві і вдячні йому за прагнення допомогти.

2. Досить спокійна реакція, яка характерна для людей зі стійкими та контрольованими емоційно-вольовими процесами. Такі пацієнти пунктуальні, точно реагують на всі рекомендації лікаря, чітко виконують призначені лікувально-оздоровчі маніпуляції. Вони не тільки спокійні, а навіть прагнуть виглядати «солідними» або «статечними», доволі легко контактують з медичним персоналом. Вони, можуть інколи не повністю усвідомлювати свою хворобу, що звичайно заважає лікарю зафіксувати вплив психіки на хворобу.

3. Цілковито несвідома реакція, яка маючи суто патологічну основу, виконує в певних випадках роль наче психологічного захисту, і цей прояв захисту не завжди треба усувати, особливо коли має місце важке захворювання з негативним результатом.

4. Слідова реакція, коли хворі знаходяться під впливом певних упереджень, тенденційності, вони доволі підозрілі, недовірливі, важко вступають в контакт з

безпосередньо лікуючим лікарем, не уважно ставляться до його вказівок і порад. Тут мають місце часті конфлікти з медичним персоналом диспансеру.

5. Панічний вид реакції, коли хворі перебувають під повною владою страху, доволі непослідовні, намагаються лікуватись одночасно в різних лікувальних закладах, немовби перевіряючи і порівнюючи одного лікаря з іншим. Вони досить часто звертаються до знахарів, ворожок та екстрасенсів. Їхні дії є нелогічними і навіть неадекватними, суто помилковими, для них в цілому є характерною афективна реакція.

6. Суто руйнівна реакція. Хворі ведуть себе неадекватно, неуважно, ігноруючи практично всі вказівки лікаря. Такі індивіди не бажають змінювати усталений спосіб життя, корегувати професійне навантаження. Як наслідок такої поведінки, відмова від прийому ліків та в цілому від стаціонарного лікування. Наслідки такого ставлення звісно бувають несприятливими [15].

Треба зазначити, що з метою подолання змін самопочуття і різноманітних проявів хвороби особистість намагається виробити комплекс пристосувальних прийомів. Науковці Є.. Шевальов та Щ. Кербіков називають це реакцією адаптації, яка може бути як компенсаторною (свідоме обмеження всіх контактів, підсвідоме приховування симптомів, свідомо корекція режиму власного життя), так і псевдокомпенсаторного характеру (повне заперечення або навіть ігнорування хвороби). Тобто хворий на основі власної концепції хвороби корегує та змінює усталений спосіб життя, свою професійну діяльність і в такому випадку відносно різні соматичні хвороби можуть створити однакові життєві обставини для осіб [15].

Зокрема, науковець Р. Баркер виділяє такі типи ставлення до онкохвороби:

- уникнення певного дискомфорту і деяка аутизація (помітна у пацієнтів з невисоким рівнем інтелекту);
- заміна, тобто знаходженням нових способів і засобів досягнення мети та життєвих цілей (властива для осіб з високим рівнем інтелекту);
- ігнорування, коли свідомо витісняють визнання факту присутності дефекту (в індивідів із середнім рівнем інтелекту, але високим загальним освітнім рівнем);

- В цілому компенсаторна поведінка (помітні чіткі тенденції агресивної трансляції неадекватних переживань на інших людей);

- Суто невротичні реакції [13].

У складі внутрішньої картини хвороби знаходять прояв не тільки актуальні життєві події (тобто ситуація хвороби), але й преморбідні (тобто дохворобні) унікальні особливості особистості онкохворого, його риси характеру і темпераменту. Саме преморбідні особливості особи переважно можуть пояснити чому проявляються у хворих ті чи інші форми реакції на захворювання. Щодо патологічної форми реагування на онкохворобу (тобто переживання хвороби), то вони описуються науковцями в таких психіатричних термінах і дефініціях: депресивний, суто фобічний, чисто істеричний, іпохондричний та відносно ейфорійно-анізогностичний (у працях науковців Є. Шевальова, Л. Рохла, В. Ковальова) [15]. Зокрема, саме у цьому аспекті доволі широко відомою є класифікація видів ставлення до хвороби, запропонована вченими А. Лічко та М.Я. Івановим:

1. Гармонійний тип – адекватна, твереза оцінка власного стану, небажання ускладнювати життя іншим через догляд за собою.

2. Ергопатичний тип – «відхід від онкохвороби в професію», прагнення зберегти працездатність.

3. Анізогностичний тип– енергійне і активне відкидання самої думки про наявність хвороби («якось минеться»).

4. Тривожний тип – безперервне хвилювання, занепокоєння, віра в амулети, прикмети та дивні ритуали.

5. Іпохондричний тип – тобто крайня зосередженість на особистих відчуттях і певне перебільшення їх значення, переляк та боязнь побічної дії призначених ліків та процедур.

6. Неврастенічний тип – поведінка за типом «дратівливої слабкості». Нетерплячість і спалахи роздратування на першого зустрічного (особливо при болях), потім – сльози і каяття.

7. Меланхолійний тип – повна зневіра в одужанні, певна пригніченість хворобою, в цілому депресивний настрій (існує загроза суїциду).

8. Апатичний тип – повна байдужість до власної долі, пасивне ставлення та покірність стосовно призначених процедур і лікування в цілому.

9. Сентизивний тип – особливо чутливий до міжособистісних дружніх відносин, має постійне побоювання, що люди його уникають через онкохворобу, існує страх стати тягарем для рідних.

10. Егоцентричний тип – «повний відхід в хворобу» із демонстративним виставлянням напоказ своїх страждань, вимогання особливого ставлення до себе.

11. Параноїдальний тип – повна впевненість, що онкохвороба є результатом чієгось злого умислу, а всі ускладнення хвороби пов'язані з недбалістю медичного персоналу.

12. Дисфоричний тип – переважає похмуро-озлоблений настрій, прояв заздрості і навіть ненависті до здорових. Постійні спалахи гніву з безальтернативною вимогою до рідних виконувати всі забаганки [13].

В свою чергу, цікавими є класифікації типів реакції на хворобу, які передбачають соціальні наслідки захворювання. Так, на думку науковця З. Липовські, психосоціальні реакції на онкохворобу є сумою всіх реакцій на інформацію про захворювання, тобто емоційних реакцій (тривоги, відвертого горя, депресії, певного сорому чи провини) та реакцій стосовно подолання хвороби [18].

Зокрема, реакції на інформацію про саме захворювання суттєво залежать від так би мовити «значення хвороби» для онкохворого, а саме:

1) «хвороба-погроза або певний виклик», вид реакцій – протидія, туга, тривога, відхід або відверта боротьба (іноді навіть параноїдальна);

2) «хвороба-втрата», від реакцій – депресія або повна іпохондрія, певна розгубленість, горе, постійна спроба привернути до себе увагу, систематичне порушення режиму.

3) «хвороба-виграш або навіть порятунок», тип реакцій – певна байдужість, незрозуміла життєрадісність, суттєва ворожість по відношенню до лікаря.

4) «хвороба як покарання», тип реакцій – пригніченість, певний сором, гнів.

В свою чергу, реакції подолання онкохвороби визначаються за переважанням у них таких компонентів: когнітивного (значне применшення значущості хвороби для самого себе або постійна увага до всіх її проявів) чи поведінкового (свідомий, активний опір або повна капітуляція і певні спроби «відходу» від хвороби) [28].

1.3 Процес переживання захворювання та провідні компоненти психологічного статусу онкохворих

В переживаннях і загальному відношенні людини до власної хвороби (будь-якої) можливо виділити наступні фази:

1. Передмедична фаза – продовжується до початку безпосереднього спілкування з лікарем, коли з'являються перші прояви хвороби і індивід стоїть перед вирішенням нагального питання про звернення за якісною медичною допомогою.

2. Фаза певного зламу життєвого стереотипу, тобто перехід в такий етап хвороби, коли індивід стає ізольованим від активної роботи, а часто і від родини при госпіталізації. У хворого нема впевненості в сутності і прогнозі свого захворювання і тому він сповнений переживаннями, сумнівами та тривогами.

3. Фаза пристосування до хвороби, коли відносно знижується відчуття напруженості й повної безвиході, тому що перші, гострі симптоми хвороби повільно зменшуються, хворий вже адаптується до самого факту захворювання.

4. Фаза «капітуляції» – хворий звикає наче змиряється з долею, не чинить активних зусиль щодо подолання хвороби та пошуку «новітніх» методів лікування і усвідомлює всю обмеженість можливостей сучасної медицини щодо себе. Він стає відверто байдужим чи постійно похмурим.

5. Фаза вироблення компенсаторних механізмів адаптації до життя, коли формуються установки на отримання будь-яких фінансових або інших дивідентів від хвороби (відверто рентні установки) [30].

Виходячи з цього, не є дивним, що онкологічні, як і загалом всі інші важкі хвороби, у переважної більшості осіб викликають хвилювання, певну тривогу, напруження, страх. Людей хвилюють думки про те, який буде перебіг хвороби і наскільки вона може завадити повноцінному життю або загалом небезпечна для життя, бо серед багатьох людей панує помилкова думка, що онкологія – хвороба абсолютно невиліковна. Як зазначалось, супутні психоемоційному стану в цілому негативні емоції, напруга чи депресія можуть суттєво погіршити перебіг самої хвороби. Це підтверджують наявні у світовій науковій літературі дані про вплив емоційних девіацій на онкологічних хворих. Тобто, не тільки перебіг самого захворювання, а й процес соціально-психологічної реабілітації хворого, повне повернення його до активного, плідного життя в сім'ї та соціумі, зниження ризику рецидиву захворювання, суттєво залежать від ставлення індивіда до хвороби, її загального душевного стану, стану волі, активної життєвої позиції, спрямованої на немилосердну боротьбу з недугою [13].

Треба зазначити, що психіка онкохворого в період розвитку захворювання практично є аналогічною психіці того хворого, який має будь-яке важке інше соматичне захворювання. Для початкового періоду хвороби властиві певні особливості психіки, пов'язані з самим болючим процесом усвідомлення. Під час уточнення діагнозу можуть бути психічні розлади, які обмежуються психогенними проявами. Тобто, спочатку це, як правило, переляк і страх перед самим діагнозом.

В цьому зв'язку, науковець Б. Петерсон говорить про чотири періоди в загальному психічному стані онкохворого: предмедичний, суто амбулаторний, безпосередньо стаціонарний і заключний період диспансерного спостереження [45].

Спочатку онкохворий прагне не надавати своїй хворобі великого значення, він просто не звертає на неї жодної уваги, тобто «біжить» від неї. При онкології, в її

початкових стадіях, практично нема людей з іпохондричною фіксацією на суто хворобливих відчуттях. Відповідно, ніхто з хворих не пишається хворобою, але і не вважає її ганьбою. У цьому періоді (до прикінцевого підтвердження діагнозу) суїцидальні спроби є дуже рідкісними. Тобто, знижений настрій не досягає рівня депресії, але при цьому відчуття повноти від життя суттєво втрачається. Всі успіхи на роботі, приємні колись життєві історії не викликають попередніх радощів. Увага хворого зосереджена на підозрах стосовно хвороби. Абсолютно все навколишнє і особисте оцінюється людиною, виходячи з цієї підозри. Як наслідок, з'являється певна відстороненість від оточуючих. Хворий стає відчутно більш вразливим до навіювань з боку інших людей. У його свідомості чітко фіксується різноманітна інформація про хворобу, особливо, що стосується оцінки симптомів і прогнозів. У названий період особливо загострюються й специфічні риси особистості. Так, за присутності психостенічних рис може бути так зване «бігання» онкохворого від одного лікаря до наступного, состерігатись то відчай, то певна надія. Відповідно, віддається на волю долі мрійник, зачинається і мовчить вольовий, «витісняє», тобто ігнорує рівень небезпеки істерик.

Поступово, початковий період хвороби, під час якого чітко простежуються зміни психіки, переходить у діагностичний період, коли онкохворий так чи інакше отримує інформацію про власне захворювання. У загальній картині психічних змін провідною темою стає афективність. Цей період продовжується декілька тижнів і згодом вираженість власне афективних переживань згладжується, онкохворий адаптується до нової для нього ситуації. Загалом, у діагностичний період хвороби психогенна реакція дуже рідко досягає по своїй виразності психотичної. Ця реакція може проявлятися через патологічний спокій, певну пасивність, фантазування, яскраву візуалізацію власних нав'язливих думок і побоювань, постійне аналізування загрозливих уявлень. Саме з цього часу розпочинається активна боротьба людської особи з грізною небезпекою недуги, що насувається. На цю непримиренну боротьбу мобілізуються інстинктивні сили людини, перебудовується вся інтелектуальна робота, суттєво змінюється відношення до зовнішнього і внутрішнього світу.

У так званій «розгорнутій» фазі захворювання у онкохворих є вже серйозні ураження і суттєві порушення функції органів тіла. Але у них цілком збережена здатність підтримувати на відносно належному рівні необхідний баланс обміну речовин, а лікарями визнана перспектива поправки та відсутні ознаки безнадійності. Вже деяким хворим зроблена операція, інші ще на стадії підготовки до неї та отримують належне, спеціальне лікування (зокрема променева терапія чи хіміотерапія), тобто на цій фазі – це вже хворі саме онкологічних диспансерів. Загальне тло астенічних переживань тужливе, спостерігається певна загальмованість. Саме такі онкохворі не терплять навіть слабкого болю, стійко не переносять ні ін'єкцій, ні крапельниць. Їх мова, весь зовнішній вигляд, пози та навіть обличчя стають наче монотонними або одноманітними [45, с. 23].

Деякі науковці (К. Скворцов, В. Ромасенко) відзначають та виокремлюють онірічні стани, тобто хворі, лежачи на лікарняному ліжку з заплющеними очима, бачать перед собою цілком рухомі образи та сцени. До речі, свідомість при цьому повністю збережена, тобто це своєрідне неактивне самоспоглядання наяву. Іноді трапляються елементарні прояви галюцинацій, якісь фігури осіб, закутані в простирадла, бурмотіння, дзюрчання води, запахи вогкості чи опалого листя в лісі. З'являються часто тривожність та певна підозрілість: їх «зовсім неправильно» лікують, «свідомо плутають ліки», «дають абсолютно шкідливі речовини», «проводять медичні експерименти», «сусіди постійно говорять щось недоброзичливе, натякають на хворобу, показують щось очима». Це з'ясовують при ретельному опитуванні і все це носить характер марення або маячні [30].

При довгій тривалості хвороби інколи помітним є зв'язок психічних розладів з чіткою локалізацією самого хворобливого процесу. Зокрема, після тривалого періоду часу без ознак розладів несподівано з'являється почуття переляку, тривоги і разом з тим апатії та млявості. Онкохворі лежать, зазвичай, мовчки, спрямувавши невідривний погляд у простір. На більш пізніх етапах на хворому вже наче лежить печатка відчуженості, але у глибині власної душі такий онкохворий сповнений надій на повне одужання. Період основного розвитку

хвороби характеризується вже наявністю соматогенних зрушень психіки. На перше місце виходить астено-депресивне тло переживань. Всі сили особи використовуються для реалізації істинного або суто символічного виходу з хвороби. На цьому етапі, суїцидальні спроби, зазвичай, не зустрічаються [30, с. 151].

Онкологічні психози можуть спостерігатись у вигляді так званого оніричного делірію, стану депресій, миттєвих параноїдальних спалахів. Часто зустрічаються маренняподібні сумніви, певні ілюзії, гіпноготичні яскраві галюцинації, тривожно-депресивна увага, загальне падіння вищих вольових функцій людини. При цьому, внутрішній світ онкохворого визначається бляклими фарбами. Частково змінюється і сприйняття часу, він, здається, йде швидше. До речі, особистість онкохворого в термінальній стадії в цілому залишається збереженою але інтелектуальна робота і цілеспрямованість зчтно падає. Мова часто змінюється у зв'язку з повним виснаженням. Афекти відносно слабшають. Зміст всього психічного світу чітко редукується, критика стає слабшою, наростає лавиною внутрішня ізоляція.

Передсмертна стадія у ряда онкохворих майже позбавлена переживань стосовно страху смерті. Уявлення власної загибелі піддається повному витісненню, тобто наче «відчужується сама хвороба». Можна констатувати, що страх, тривожність та напруга і інші явища мають чітке пояснення, якщо розглядати діагноз «онкологія» як беззаперечно психотравмуючий фактор, що обов'язково викликає глибокий психологічний стрес.

Тут, під психічною травмою впізнаємо шкоду, спричинену психічному здоров'ю індивіда в результаті потужного впливу несприятливих факторів зовнішнього середовища або гострих емоційних, суто стресових впливів інших осіб на його психіку [30].

Отже, такі різні емоційні реакції як: страх, тривожність, негативні переживання в цілому, формують єдиний масив емоційного стресу онкохворого та будують відповідну не привабливу основу його внутрішньої картини перебігу хвороби.

Тепер окреслимо провідні компоненти психологічного статусу онкохворих.

Стан тривоги – це звичайна і цілком нормальна реакція на якусь нову чи стресову ситуацію. Її відчуває будь-яка притомна людина у звичайному житті. Так, одні люди нервують і відчувають тривожність під час співбесіди при доленосному працевлаштуванні, другі, при публічних виступах на нарадах, треті, при розмові з відомими або значимими для них особистостями. Психологічний стан особи, яка дізналася про те, що у неї підтвердили діагноз онкологічного захворювання, відзначається особливо високим показником тривоги. У тих же епізодах, коли зміст діагнозу від хворого свідомо приховують, цей стан може досягати рівня чітко вираженого неврозу.

Загалом, стан тривожності визначається самими хворими як: знервованість, певна напруга, відчуття паніки, переляк, відчуття невідворотності смерті та відчуття на кшталт "я майже втратив контроль над самим собою"[7].

Коли люди тривожні, у них можуть виникати наступні симптоми: пітніння, холодні долоні; розлади кишківника; відчуття важкості на рівні живота; тремтіння, тобто тремор; задишка; тахікардія; відчуття жару в тілі і особливо в обличчі.

Фізіологічні ж ефекти стану тривоги можуть визначатись вираженою гіпервентиляцією легень з наростаючим розвитком так званого вторинного респіраторного алкалозу, з обов'язково вираженим підвищенням всього тону м'язової системи разом з судомами. Звідси, стан тривоги може бути таким сильним, що він порушує нормальне функціонування всього організму людини. Звісно, у цьому випадку потрібна негайна, фахова психологічна допомога [6, с. 54].

Психічному явищу тривожності присвячена значна кількість експериментальних та теоретичних досліджень, що дають змогу, не дивлячись на все різноманіття, виявити єдину концептуальну форму даної дефініції. Цьому сприяє й факт того, що ряд науковців пропонують вже готові концепції тривожності, що відкриває можливість широкого використання запропонованих ними схем в якості підґрунтя для особистих уявлень про сутність феномену

тривоги. Зокрема, основоположні концепції щодо стану тривоги представлені в працях таких науковців як Ф.Березін, Т. Немчинов, В. Астапова, Спілбергера [9;16; 33: 38].

Так, досліджуючи природу тривожності, Ф. Березін стверджує, що при будь-якому порушенні балансу в системі «індивід – середовище», нестача психічних або фізичних ресурсів людини для задоволення головних потреб, а також неузгодженість в самій системі важливих потреб, постійні побоювання, пов'язані з можливою нездатністю задовольнити фундаментальні потреби в подальшому житті, є потужним джерелом тривоги. Звідси, тривога, що визначається як відчуття незрозумілої загрози, як почуття певного дифузійного побоювання і в цілому тривожного очікування, як нез'ясоване занепокоєння, являє собою найбільш потаємний і дуже важливий механізм психічного стресу. Важливість та необхідність саме цього механізму виводиться із вже згадуваного нами зв'язку психічного стресу з приєднанням загрози, відчуття якої є стрижневим елементом тривоги й пояснює її біологічне значення як постійний сигнал загального неблагополуччя й навіть небезпеки [9].

Згідно системної організації всієї нервово-психічної напруги, що запропонована науковцем Т. Немчиновим, основним джерелом, що приводить всю систему в діючий, активний стан, є повнота інформації про наявність дійсної ситуації. Поряд з цим до блоку афферентації людини йдуть мотиваційно-потребнісні імпульси та наявна інформація про минулий досвід особи, що переживала вже раніше відносно подібні ситуації. До того ж, на так званий рівень афферентного синтезу надходить певна інформація про початковий стан соматичних систем. Як підсумок відбувається первинна оцінка всієї ситуації, на підставі якої вже на рівні блоку керування приймаються всі рішення, й відбувається програмування бажаного для людини результату та оцінюються його основні показники, що уточнюють стратегію і тактику наступної діяльності системи. В той же час, ефекторна підсистема створює стимули для соматичних модальностей організму, робота яких реалізує всю програму та визначає факт отримання результату. Параметри саме цього реального результату й повна

інформація про якісні зміни у всьому організмі надсилаються знову на рівень афферентного синтезу, що призводить до замикання системи [38].

Звідси, одним з найбільш суттєвих відповідальних моментів у діяльності всієї системи є процес перевірка параметрів запрограмованого і отриманого реального результату. Так, якщо ці параметри наближаються один до одного, то можна стверджувати, що очікуваний результат досягнутий, тобто весь організм вийшов на необхідний і новий етап пристосування.

Отже, дана модель дає нам уявлення про те, що в штучних умовах експериментальної ситуації стартовим механізмом для всієї адаптаційної системи людини є зовнішня і постійна внутрішня стимуляція. Звідси, чинником, що підтримує постійну діяльність системи, виступає постійно випереджаюче відображення, а головним системоутворюючим фактором є програмований результат.

У науковій праці В.Астапова «Функціональний підхід до вивчення стану тривоги» запропонована так звана єдина концептуальна схема аналізу різноманітних аспектів прояву тривожності через її функціональне призначення.

Так, вихідна функціональна ознака тривоги полягає в тому, що стан тривожності має на увазі той чи інший тип небезпеки, прогнозує щось неприємне, сутнісно загрозливе і вчасно сигналізує про це особу. Ця характерна ознака була визначена як функція сигналу [16].

Розуміючи в цілому пристосувальне значення тривоги, В. Астапов виокремлює таку її важливу функцію: функцію діяльного пошуку джерел самої тривоги, яка проявляється так би мовити в «скануванні» існуючої ситуації, з метою визначити загрозливий предмет чи явище. Тут, тривога виступає як активний стан постійного цілеспрямованого пошуку, орієнтованого на зовні.

Загалом, форма реалізації функції постійного пошуку і знаходження може проявляти себе у вигляді поняття «надситуативної активності». Тобто, суб'єкт сам визначає процес продукування нових цілей і засобів їх досягнення, нерідко вступаючи при цьому в певну суперечність з головними цілями й мотивами всієї здійснюваної діяльності.

Отже пошук загрози суттєво впливає на характер здійснюваної роботи. Відповідно саме активно-пошуковий вектор тривоги може бути визнаний основним руйнівним чинником стосовно діяльності. Активність людини, яка проявляється в постійній пошуковій діяльності є єдиним шляхом зменшення тривоги.

Ще однією важливою ланкою є функція оцінки ситуації. При цьому важливе значення має те, який особистісний сенс їй надається. На цю особливість зокрема вказує дослідник Т. Немчин: «Зовнішні поведінкові реакції на ту чи іншу ситуацію у людини опосередковані тією оцінкою, яку дає людина самій ситуації», і далі: «... вирішальним чинником, що визначає механізми формування психічних станів, що відображають процес адаптації до складних умов у людини, є не стільки об'єктивна сутність «небезпеки» ситуації, скільки суб'єктивна, особиста оцінка людиною» [38, с. 69].

Звідси, оцінка ситуації веде до ініціації, тобто «запуску» адаптивних дій, загальних захисних механізмів та різних форм активності, що має своєю кінцевою метою усунення самого джерела потенційної небезпеки.

В свою чергу, дослідники традиційно виділяють наступні форми поведінкових відповідей на небезпечну по суті ситуацію: втеча, агресія, повний ступор. Кожна з них за власним шаблоном модифікує вектор поведінки суб'єкта: втеча відбувається через усунення будь-якої можливості зіткнення із потенційно загрозливим об'єктом; агресія реалізується через знищення самого джерела небезпеки; ступор характеризується через повну відмову від будь-якої активності.

Таким чином виникнення тривоги є певним «запусковим моментом» для формування і розвитку специфічного процесу щодо її остаточного подолання. Особа, яка знаходиться в стадії тривоги, не розуміє характеру самої загрози. Саме ця неможливість певної локалізації джерела небезпеки допомагає появі у індивіда внутрішнього стану напруження, передчуття невідворотності нещастя. Відповідно. пережитий людиною емоційний дискомфорт спрямовує її на активний пошук джерела можливої небезпеки і на контакт з нею; розвивається

активність, націлена на варіант саме позитивного вирішення ситуації і на чітке зняття реальної загрози [7].

Звідси, при прямій зустрічі суб'єкта із потенційно загрозливим об'єктом постає питання про рівень небезпеки цього об'єкта. Відповідь на це складне питання залежить від міри сумісності означеного об'єкта з оцінками реальних можливостей суб'єкта. Якщо в результаті аналізу ситуація характеризується суб'єктом як цілком безпечна, то вже раніше сформований людиною сигнал небезпеки повністю втрачає свою головну, тобто сигнальну функцію і побоювання повністю усуваються. І навпаки, коли суб'єкт визначає ситуацію як суто небезпечну, і вона, до речі, стає особистісно значущою, то з реально наявного у суб'єкта арсеналу засобів обирається найкращий з точки зору оптимального варіанту виходу з даної небезпечної ситуації.

В той же час, якщо ситуація є реальною перешкодою для задоволення потреб людини, формується тенденція до швидкого нападу (агресія). Але у випадку, коли небезпека в суб'єктивному плані оцінюється як завелика у порівнянні з реальними засобами її подолання, то починає переважати тенденція до стрімкого виходу з небезпечної життєвої ситуації. Нарешті у випадку, коли агресія і втеча суб'єктивно неможливі, індивід відмовляється від дій взагалі, тобто впадає у ступор [38].

Дослідник означеної проблеми Ф. Березін визначив стадії або рівні поступального розвитку тривоги через міру зростання її інтенсивності (тобто так звані «явища тривожного ряду»).

Звідси. відчуття внутрішньої напруженості – це все елементи тривожного ряду, що відображає саме найменшу інтенсивність тривожності, який стає сигналом можливого наближення більш складних і важких по суті тривожних явищ [9].

В цьому зв'язку, треба окреслити відомі реакції людини. Почнемо з Гіперстезичної реакції. При її прояві раніше відносно нейтральні стимули набувають ваги і значимості, а при значній їх вираженості, вони надають таким стимулам відверто негативного емоційного забарвлення. Саме з виникненням гіперстезичних реакцій пов'язаний окреслений дослідником П. Сімоновим перехід

від суто спеціалізованої поведінки до реакції на зразок так званої «домінанти Ухтомського», коли безліч ситуацій зовнішнього світу стають доволі значущими для суб'єкта. Підсилення реакцій на в цілому незначущі стимули і вкрай негативне емоційне тло нейтральних сприймань без врахування модальності посилюють стан тривоги, що має наслідком появу відчуття невизначеної остаточно загрози [54].

В свою чергу, безпосередньо або власне тривога – це стрижневий елемент аналізованого ряду, який характеризується відчуттям невизначеної повністю загрози. Важливою ознакою тривоги є неможливість чітко окреслити характер самої загрози і передбачити можливий час її виникнення. Певна неусвідомленість причин, що породили тривогу, на пряму пов'язана з повною відсутністю або браком інформації, з відвертою неадекватністю її логічної трансформації або неусвідомленням чинників, які викликають саму тривогу, через включення психологічних захисних механізмів. Як наслідок, інтенсивність тривожності, за визначенням, суттєво знижує можливість правильної оцінки масиву інформації.

Тепер охарактеризуємо страх. Саме відсутність будь-якого зв'язку тривоги з конкретним об'єктом роблять в цілому неможливою всю діяльність людини, спрямовану на недопущення або усунення загроз. Власне, психологічне неприйняття означеної ситуації породжує певний зсув тривоги до конкретних об'єктів. Як наслідок, невизначена загроза чітко окреслюється. І саме така, чітко конкретизована тривога є не що інше як страх.

Щодо відчуття невідворотності повної катастрофи, що швидко насувається, то треба зазначити, що саме зростання інтенсивності суто тривожних розладів формує у суб'єкта уявлення про фатальність ситуації і відсутність можливостей для уникнення загрози, без привязки до конкретного об'єкту чи певної ситуації. Можливість народження відчуття невідворотності самої катастрофи, що невпинно насувається повністю залежить від рівня інтенсивності тривоги, а не її сенсу, що передує страху.

З приводу тривожно-боязкого збудження, то варто зазначити, що воно проявляється через прагнення до рухової розрядки саме при відчутті

невідворотності смерті, що невпинно насувається і панічних але даремних пошуків допомоги. Відповідно, тривожно-боязкі порушення у онкохворих являють собою серед всіх розладів тривожного ряду найбільш характерним і вираженим. В умовах тривожно-боязкого порушення породжена тривогою дезорганізація всієї поведінки людини досягає свого максимуму, і здатність до цілеспрямованої діяльності просто зникає.

Отже, на підставі аналізу вищесказаного, ми прийшли до висновку, що при розгляді явища тривоги варто розрізняти:

- Тривогу як певну реакцію на існуючу небезпеку і тривогу як конкретний симптом;
- Тривогу як фіксований психічний стан і певну тривожність як суто особистісну характеристику;
- Загальні тривожні стани як фактори постійно зростаючого за інтенсивністю всього тривожного ряду.

В свою чергу, специфіка психічної дії та діяльності всієї соматичної системи в конкретних умовах нервово-психічного напруження (НПН) були ретельно досліджені науковцем Т. Нємчіновим. Зокрема, було виявлено, що високі рівні НПН в цілому є дезорганізуючим фактором впливу на всі функції уваги, пам'яті та ефективність когнітивної діяльності загалом. При цьому треба констатувати, що у зрілих людей та осіб похилого віку серцево-судинна система страждає більше від надмірної напруги, ніж у відносно молодих індивідів, а загальні компенсаторні можливості осіб жіночої статі значно вище, ніж у чоловічої.

Треба зазначити, що поряд з суто фізіологічними параметрами при характеристиці тривоги доволі широко використовуються чинники діяльності. Зокрема, стверджується, що стан тривоги визначається загальним зниженням стійкості всіх психічних і рухових функцій організму, аж до повної дезінтеграції діяльності [38].

Звідси, тривога виявляється у зростанні активності роботи соматичних модальностей всього організму людини, зокрема, таких елементів системи енергопостачання як: артеріальний тиск, тахікардія або брадікардія, а також має

дезорганізуючий вплив на перебіг всієї психічної діяльності і в першу чергу на параметри уваги, пам'яті і, як висновок, на ефективність когнітивної діяльності індивіда в цілому.

На думку науковця К. Ізарда (підтверджених результатами цілої низки ґрунтовних досліджень) необхідно чітко розрізняти страх і тривогу, та не забувати, що провідною емоцією при тривозі є саме страх.

Одним з перших, хто запропонував розрізняти терміни «тривога» і «страх» був З. Фрейд, констатує, що тривога «належить до стану і не висловлює уваги до об'єкта, тим часом як страх вказує саме на об'єкт» [33, с. 56].

Його послідовники, зокрема К. Хорні стверджувала, що обидва із зазначених понять позначають загальні емоційні реакції на існуючу небезпеку, які мають супроводжуватися болісними фізичними відчуттями. Але між тривогою і чистим страхом є суттєва розбіжність. На початку своїх досліджень Хорні робила акцент на адекватності (чи пропорційності елементів небезпеки) реакції людини. Вона говорила, що страх є певною реакцією, пропорційною наявній небезпеці, а тривога в цей час є відносно невідповідною реакцією на існуючу небезпеку або навіть реакцією на цілком уявну небезпеку. Але в подальших своїх експериментах при розгляді означеного питання, К. Хорні виявляє суттєву деталь, а саме. що таке розмежування понять має важливий недолік. Вона робить висновок про те, що загальна пропорційна реакція людини, залежить від існуючої культури, до якої вона належить, а також обов'язково від власного сприйняття особою факту адекватності реагування на реальну небезпеку. Ці ідеї змушують Хорні внести суттєві зміни до загального визначення. Отже, остаточний варіант визначення відмінності полягає в тому, що як поняття страху так і тривоги є точними реакціями на існуючу небезпеку, але щодо страху, маємо на увазі очевидну небезпеку, тобто реальну, а у випадку тривоги, небезпека латентна і суб'єктивна [33, с. 127].

В свою чергу, у роботі, що узагальнює головні психоаналітичні теорії тривоги, науковець Р. Мей констатує, що основна різниця між тривогою і страхом криється в тому, що сам страх є певною реакцією на спеціальну (конкретну) небезпеку,

тоді як тривожність по суті є неспецифічною, розсіяною, часто безпредметною реакцією на неї. Звідси, важливою особливістю тривожності є відчуття невизначеності та певної безпорадності в умовах реальної небезпеки [33, с. 24].

В свою чергу варто сказати і про важкий психоемоційний стрес, який є наслідком вперше почутого від медичних працівників діагнозу можливого онкологічного захворювання [33, с. 49].

Власне поняття «стрес» у сучасній психології та медицині (якщо взяти за основу клінічні дослідження Г. Сельє) передбачає уявлення про його прямі зв'язки з навантаженням на головні системи людини (біологічні, суто психологічні, соціальні) і з суттєвим опором факту цього навантаження. Віходячи з цього розуміння, стрес виглядає як синдром, що представляє собою неспецифічну реакцію всього організму на виклики і вимоги життєвих ситуацій. Сутність самого синдрому відносно незалежна від чинників, що його викликали (стресорів), що дає змогу говорити про існування загального синдрому пристосування, який має наступні стадії:

- реакція виразної тривоги, коли опір організму на початковому етапі знижується (тобто «фаза певного шоку»), а з часом включаються важливі захисні механізми (тобто «фаза протидії шоку»);
- стадія певної стійкості або резистентності, тобто за умов значної напруги функціонуючих систем організму досягається його повна адаптація до нових умов життя;
- стадія повного виснаження, коли фіксується неспроможність основних захисних механізмів організму і накопичуються порушення в сфері узгодження всіх життєвих функцій [50, с. 154].

Уявлення науковців про повний психічний стрес окреслились завдяки тому, що в загальних міждисциплінарних дослідженнях була чітко визначена роль всіх психічних факторів у становленні і розвитку самого стану стресу.

В той же час, було доведено дослідниками означеної проблеми (Р. Лазарус), що фізіологічний і психічний стреси суттєво відрізняються один від одного за специфікою впливу таких чинників як стимули, безпосередній механізм

виникнення і характер реакції. Відповідно, фізіологічний стрес формується у зв'язку з конкретним фізичним впливом, а емоційний стрес тільки під впливом суто психічних чинників (чи цілісної стрессогенної ситуації), які опосередковуються через вплив складних психічних явищ та процесів [50, с. 155]. Звідси, стимул стає стресором, якщо в підсумку його психічної оцінки виникає стійке відчуття загрози. Як правило це буває в тому випадку, якщо власне психологічна оцінка проявляє очевидний дисонанс між вимогами навколишнього середовища і особистими потребами суб'єкта, його наявними психічними й фізичними ресурсами, які потрібні для реалізації цих потреб. Власне ставлення до стимулу, таким чином, є важливим психологічним механізмом і в решті решт визначає всю індивідуальну вагу стресора.

Отже, індивідуальна оцінка та власна інтерпретація певного впливу визначають роль психічних факторів у визріванні стресу, викликаного конкретним фізичним стимулом, бо такий вплив як правило доповнюється ґрунтовною психічною переробкою.

При цьому, вага індивідуальної схильності знижується при надзвичайних, тобто екстремальних ситуаціях, зокрема природних чи антропогенних аваріях, довготривалих війнах, тяжкому кримінальному насильстві. В свою чергу, також необов'язково і не завжди у всіх осіб, хто зіткнувся з травматичною подією формується посттравматичний стрес [51, с. 64].

З іншої сторони, звичні життєві події, через силу їхньої особистої значущості, можуть бути істотними для формування емоційного стресу, що веде до розладів стану здоров'я. Саме серед таких життєвих ситуацій виокремлюють події, що прямо сприймаються людиною як загрозові (у цьому ряду і хвороби).

Отже, можна впевнено сказати про те, що формування загального адаптаційного синдрому викликано як специфікою впливу стимулу (фізичного або психічного), так і власною вагою, тобто значимістю стресової ситуації для людини. Саме через це створюється взаємодія суто фізичних та конкретних психологічних факторів при формуванні стресу.

Науковці достеменно встановили, що при гострому стресі активізується вся центральна нервова система, яка включає відповідну стресову реакцію: реагує периферична нервова система і в першу чергу залози внутрішньої секреції, які негайно виділяють різноманітні гормони (кортізол). В цей час, в організмі людини відбуваються суттєві порушення всіх біохімічних процесів, що має наслідком абсолютно небажані зміни в багатьох органах і тканинах тіла. Удар припадає в першу чергу на ті органи, які відповідальні за імунітет індивіда. В період стресу в крові людини суттєво зростає показник гормонів-глюкокортикоїдів, значна концентрація яких гальмує імунну систему всього організму, створюючи сприятливі умови для виникнення онкохвороб.

Акцентуючи на походженні й розвитку раку, варто приділити особливу увагу їх в головному психосоматичному аспекту. У осіб, хворих на онкологію, доволі часто зустрічаються такі емоційних фактори:

- повна нездатність виражати свій гнів або обурення і одночасно проявляти «зовнішню добродушність»;
- значне емоційне напруження, як наслідок смерті дуже рідної або близької людини;
- суттєва втрата «сенсу до існування» через стан глибокого відчаю, викликаний довгим переліком невдач.

Значне коло науковців виділяють наступні специфічні риси особистості, що впливають на виникнення й подальший розвиток онкологічного захворювання: певна інфантильність, повна алекситимічність, тобто неможливість адекватно оцінити й розповісти про свій стан), відносна закритість емоційної сфери, значний рівень неефективних (застарілих) психологічних захисних механізмів, малодоступність ефективних в принципі копінг-стратегій. Звідси, захворювання на рак треба розглядати разом з власною диспозицією особи (переважно придушення емоцій, повна безпорадність і певна пригніченість [51, с. 84].

В той же час, більшість дослідників означеної проблеми довели, що сам факт розуміння онкохворим свого захворювання обов'язково веде до змін в структурі особистості. Так, серед головних факторів, які суттєво впливають на психіку

онкохворих, можна назвати: загалом фатальний характер діагнозу, без огляду на успіхи онкології як науки; в цілому травматичні операції та складне лікування, певна відсутність чітких гарантій щодо виникнення рецидивів хвороби і метастазів [51, с. 96].

В цьому зв'язку, науковці визначили послідовність етапів, на яких проявляються конкретні особистісні зміни у онкохворих, а саме:

1) суто діагностичний; 2) етап диспансеризації до стаціонару; 3) лікувально - передопераційний; 4) реабілітаційно-післяопераційний; 5) етап виписки з лікарні; 6) заключний катамнестичний етап [12].

Зокрема, два перші етапи – фундаментальні в плані демонстрації реакцій, які дають змогу прогнозувати їхню подальшу динаміку. Яскравість реакцій викликана певною новізною ситуації. Тобто хворий дійсно вперше зустрічається безпосередньо з ситуацією підозри чи доведеної наявності у нього онкохвороби. Звідси, незалежно від локалізації та стадії хвороби, вікових характеристик, статі, освітнього рівня, можна зафіксувати присутність у хворих вираженої емоційної напруги, яка впливає на утворення психогенних реакцій, в основному тривожно-депресивного та дисфоричного спрямування. В результаті саме вторинної психологічної реакції, як правило, присутні пригнічення психічних функцій у онкохворого, певна астения й можуть бути навіть різного роду психози, аж до суїцидальних намірів [12, с. 92]. За цих обставин, значну роль у яскравості емоційно-особистісних реакцій грає ступінь поінформованості онкохворих про власне захворювання та оцінка їх особистої психологічної підготовленості до отримання істинної інформації про діагноз. В цьому зв'язку, науковці констатують пряме бажання і певну потребу значної більшості онкохворих мати справжню інформацію щодо природи захворювання, а також вони хочуть знати необхідні подробиці стосовно лікування вже на цих двох етапах [12, с. 93]. Поінформований про власний діагноз, хворий послідовно може проходити ряд стадій, які визначають всю специфіку емоційно-психологічної реакції на хворобу. Зокрема, науковець Е. Коблер-Росс виділяє наступні фази, які можуть бути пройдені онкохворим: 1) повне заперечення та певна ізоляція (онкохворий не

бажає прийняти власну хворобу), 2) відвертий гнів і навіть агресія, 3) фаза як би мовити «торгівлі» (тобто пошук оптимальних методів лікування); 4) повна депресія й стан відчуження; 5) покірність, тобто прийняття хвороби і прагнення виробити нову життєву стратегію [13].

На наступних, означених нами вище етапах, вже пов'язаних безпосередньо з операцією, помітна пряма залежність характеру травматизму самої операції з виразністю і обсягом емоційних розладів [12].

Висновки до першого розділу.

Таким чином, можна впевнено сказати, що онкологічне захворювання потрібно вважати важким, яке варто віднести до багаточисельного класу психосоматичних захворювань, тобто таких де простежується чіткий взаємозв'язок різноманітних психічних і фізичних процесів.

Стрижневою і важливою психологічною проблемою в онкологічному диспансері є питання реакції (та їх специфіка) особи на хворобу. Наукоці-дослідники довели, що від того, як індивід в цілому ставиться до власного захворювання, повністю залежить загальний успіх всього лікування.

Грунтовний аналіз сучасного стану досліджень означеної проблеми (на основі наукових джерел) дозволив стверджувати, що специфіка особистісної реакції хворого індивіда на складну ситуацію онкозахворювання найбільш чітко та яскраво представлені саме в емоційній сфері і що відношення до власної хвороби вирішальним чином залежить переважно від емоційного стану онкохворого.

В свою чергу, онкологічні, та інші важкі соматичні захворювання, у більшості хворих викликають певну тривогу і наслідком мають потужний руйнівний психологічний стрес. Пов'язані із психологічним стресом суто негативні емоції, певна відчуженість від соціуму можуть значно погіршити перебіг самої хвороби, фатально вплинути на ефективність лікування і прогноз на майбутнє життя.

РОЗДІЛ 2.

ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ЕМОЦІЙНИХ РЕАКЦІЙ ОНКОХВОРИХ НА СУТНІСТЬ ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ ЗАХВОРЮВАННЯ

2.1 Характеристика вибірки досліджуваних

Жодне інше захворювання не створює стільки страху як онкологія і навіть при відносно доброму прогнозі, напруга залишається.

Натепер продовжує існувати певна небезпека ізоляції онкохворих пацієнтів замість спеціального і професійного поводження з ними. В свою чергу, означена проблема актуалізується ще й потребою в кваліфікованій професійній лікарській та психологічній допомозі як хворим так і їх близьким родичам стосовно інформування й подальших рекомендацій.

Як зазначалось, стартовими чинниками у розвитку онкозахворювань частіше стають такі: психосоціальні стресори: соціальна нестабільність, зміна певного соціального статусу, активна урбанізація, географічна та професійна мобільність, загальна незадоволеність займаною посадою, різноманітні драматичні життєві ситуації (смерть близьких, важка депресія, повна безвихідь). Рівень реакції пацієнта на існуючі психосоціальні стресори має залежність від того, яке загальне значення він приділяє події, від вміння в цілому адекватно реагувати та долати стрес, від його можливостей пристосування.

В загальних рисах назвемо етапи особистісного реагування на хвороби з акцентом саме на психологічні особливості специфічних пацієнтів онкодиспансерів. Зазначимо, що усвідомлення пацієнтом загалом несприятливого прогнозу перебігу онкологічного захворювання досить часто призводить до тяжкої і затяжної депресії. При цьому свідомо неповна вербальна інформація з

обов'язковою трагічною мімікою рідних та так званою уникаючим поведінням медичного персоналу має наслідком негативного вплив, який погіршує загальну реакцію пацієнта на онкохворобу. Існуючий страх чи свідоме відкидання власного захворювання веде до того, що пацієнт часто відкладає візит до спеціаліста, всіляко затягує цей процес, і як правило сам візит реалізується після прояву реальних, загрозливих симптомів.

Пацієнт, який вже має інформацію про існування у нього онкологічного захворювання, яке загрожує життю, переживає цілу низку послідовних психологічних фаз. Ступінь та тривалість дії цих фаз залежить від індивідуальності хворого, конкретної ситуації та від специфіки психіки особи пацієнта [4]. Від того в якій фазі знаходиться пацієнт на момент лікування, залежить корегування лікарем власної психотерапевтичної тактики.

Розглянемо ці фази-стадії детально.

Першою є так звана «шокова» фаза (як правило короткострокова). Сам діагноз-онкологія викликає завжди бурхливі негативні емоції. Звідси емоційна шокова реакція має прояв в тривожності, сильному страху, повній депресії або бажанні швидше померти. Оскільки походження онкологічного захворювання достеменно не вивчено, іноді самі пацієнти починають думати, що це вони винні у виникненні раку. Такі хворі також постійно занепокоєні можливим впливом захворювання на професійну кар'єру та щасливе сімейне життя.

Як правило пацієнт повністю охоплений афектом та важко піддається суто раціональному психотерапевтичному втручанню. Навіть при відносно оптимістичному прогнозі з боку медичного працівника, це захворювання в цілому формує чітку негативну реакцію

Звідси інформацію про хворобу треба надавати дозовано, по невеликим частинах. Звісно, що саме слово «рак» сприймається вже як певний синонім слова «смерть», звідси в першій розмові з онкохворим (а краще завжди) варто вживати інші поняття але не приховуючи в цілому серйозності захворювання та будуючи «рожевих» прогнозів. При бурхливій реакції пацієнта потрібно дати йому можливість вихлюпнути всі емоції (до речі, тут варто бути присутніми

родичам людини) аби пом'якшити удар і подальші переживання хворого. Варто спробувати привернути увагу онкопацієнта до інших, менш турбуючих проблем, попередити про необхідність проведення більш ретельних додаткових досліджень та проб, тобто чим-небудь його відволікти від жахливих думок. Важливо також розуміти, коли надана інформація, не треба поспішати й йти, а треба залишитись з онкохворим стільки часу, скільки йому буде треба для оговтання. Звідси, необхідно надати час пацієнту для певного «прийняття» гіркої правди. Тому саме в цей час для пацієнта дуже важливою є повна емоційна підтримка лікаря, котра ґрунтується на емпатійному прояві співчуття та розуміння. Варто підтримати надію людини на одужання, звернути увагу онкохворого на важливість для процесу вдалого лікування позитивної психологічної установки, яка в цілому залежить від нього самого.

На другій стадії «повного заперечення» у пацієнта вже підключаються механізми суто психологічного захисту свого власного «Я». Так, хворий наполегливо заперечує факт захворювання, переконуючи себе та рідних, що «все минеться». Тобто, власною поведінкою він вперто переконує оточення прийняти саме його позицію, позбавляючи тим самим особистий розум необхідності усвідомити та оцінити рівень хвороби. Він ніби забуває про сам діагноз, продовжуючи власне жити так, наче нічого страшного не сталося. В свою чергу, є хворі, які починають орієнтуватись на нетрадиційні методи лікування, шукають різного роду знахарів або намагаються створити власну систему лікування. Процес заперечення хвороби інколи приймає вигляд «гри для рідних».

Таким чином, стадія заперечення самої хвороби може тривати доволі довго, зокрема у деяких пацієнтів навіть до кінця життя або захворювання. Часті вимоги онкохворого про перерив у лікуванні та виписку з диспансеру хоч на декілька днів має наслідком вже повторне (суто вимушене) звернення за рятівною медичною допомогою аж через декілька місяців, коли час втрачено і радикальне втручання вже не можливе. Тому, коли відкладення оперативного лікування чи хіміотерапії є неприпустимим (ризик бурхливого росту пухлини), від онколога потрібна продумана розумна аргументація потреби в такому лікуванні. Варто

враховувати також, що на стадії «повного заперечення» необережне слово лікаря про можливий поганий прогноз як наслідок може мати гнів та навіть агресію з боку пацієнта. Саме в таких випадках не варто вдаватись до залякувань хворого тим и аргументами, що у разі порушення режиму лікування він фатально погіршить власний стан. Тут, певну допомогу може надати плідне співробітництво з близькими хворого, які продовжують зберігати раціональне ставлення до даної ситуації.

На третій стадія «певна агресія» (бунт та протест) реальність хвороби стає частково усвідомленою та формується нова хвиля афекту. Тут, досить часто можемо чути звинувачення у бік лікарів і персоналу, що мають захистити пацієнта від загалом внутрішнього конфлікту. Можуть спостерігатись параноїдальні ідеї якогось магічного впливу, наговору або зурочення. Звісно, що не виключеним тут є й суїцид. Тобто у цей складний період можлива відверта відмова онкохворого від продовження лікування та будь-якої співпраці з лікарем, що звісно болісно сприймається ним, оскільки суттєво впливає на зниження його професійної самооцінки.

Важливо дати онкохворому можливість вихлюпнути свої негативні емоції, але треба тут і зберегти керування всією ситуацією. Варто не суперечити та не потрібно переконувати. Можна до певної міри розділити настрої хворого, якщо він адекватний, але краще буде відволікти пацієнта конкретною діяльністю (викласти всі скарги детально на папері), створити можливість для суто фізичної розрядки (помірне навантаження у спорзалі, дихальна гімнастика тощо).

Розуміючи, що ця стадія як правило є нетривалою, варто застосовувати певну очікувальну тактику. Зокрема, після зниження емоційної напруги та агресії необхідно (проявляючи доброзичливість і впевненість) спробувати добитись взаємодії з онкохворим та прагнути з'ясувати, які ще проблеми непокоять його, тобто лікарю треба не жаліти час на доведення власної діагностичної та лікувальної програми.

На четвертій стадії – «повна депресія», розгортається типова клінічна картина реактивної та глибокої депресії. У пацієнта постійно поганий настрій та похмурий

вигляд. Хворий вже не намагається чинити спротив недугу, стає апатичним, зазвичай байдужим (повна відсутність будь-якого інтересу до себе і рідних, навіть апатія до власних дітей). Тут, цілком вірогідною є спроба суїциду. До речі, ця вірогідність суїциду у пацієнтів в період активної агресії та повної депресії є максимальною. Саме цей період також може бути досить тривалим. Варто всіляко підтримувати пацієнта, бо йому життєво важливим є співрозмовник. Коли фіксуються тривожні фантазії щодо прогнозів майбутнього треба переорієнтувати пацієнта на сьогоднішнє. В цей час досить важливою є здатність відволіктись на щось: радіопередачі, телефільм, перегляд родинних фото, які допоможуть хворому згадати про щасливі моменти з минулого життя.

На п'ятій стадії, тобто «повного прийняття» помітними є тенденції до примирення з волею долі, орієнтація онкохворого не на майбутнє і можливі перспективи, а на життя тут і зараз. Суттєво змінюється сприйняття онкохворим перебігу часу. Тобто плин часу наче сповільнюється, бо він вже визначається пацієнтом як найцінніший. Хворому за прогнозами залишається, скажімо, один місяць життя, а він стверджує: «Як це багато і довго!». Доволі часто саме на цій стадії пацієнти помічають, що у них присутнє особливе відчуття свободи. Загальна зміна відношення до факту смерті має наслідком зміну у пацієнта ставлення до власного життя, він починає усвідомлювати, що по суті смерть – це частина циклу життя.

Звідси нестійкість означеного стану потребує постійної присутності біля пацієнта медичного працівника або рідних людей [16].

В свою чергу, для розуміння специфіки психологічних реакцій на онкохворобу лікар має обов'язково враховувати наступні особистісні та типологічні особливості хворих:

- 1) Синтонні пацієнти – характеризуються певною емоційною відкритістю, відвертою життєрадісністю, легше пристосовуються до травмуючої ситуації. Для цієї категорії людей досить важливим фактором є встановлення відкритих, цілком довірливих стосунків з іншими, тому вони легко співпрацюють з лікарем.

2) Люди з циклотимним різновидом емоційного реагування в будь-якій психотравмуючій ситуації відзначаються постійною зміною настрою, тому легко впадають в депресивний стан. При медичній роботі з ними варто робити головний акцент на повну мобілізацію всіх позитивних емоцій, організацію вільного часу та доступних в цілому розваг.

3) У пацієнтів шизоїдного типу помітною є загальна емоційна недостатність, певна замкнутість, аж до аутизації, вони менш фактично не потребують спілкування. Для них треба організувати такі види розваг, як читання вголос, творчі заняття, тощо.

4) У хворих збудливого типу, які в цілому недостатньо контролюють свій афект і часто вступають у конфлікти з медичним персоналом та родичами, доволі важливим є завдання не допустити провокування таких реакцій, а якщо вони виникли – відносно спокійно реагувати на прояв емоцій.

5) Пацієнтів з доведено істероїдними рисами варто мобілізувати через акцент на їх «видатні» якості. Звісно, що не варто вступати з ними у відкриту конфронтацію, треба грати на їх бажанні бути в центрі уваги всіх без винятку.

6) Тривожні ж пацієнти досить легко впадають в стан паніки, відповідно схильні до повного виснаження й депресії, тому потребують винятково обережного відношення. Для перемоги над тривогою тут також варто організувати максимально доступну діяльність [18, с. 29].

В свою чергу необхідно також не забувати і про види психічних компенсаторних реакцій, які властиві онкохворим, а саме:

- повне заперечення, витіснення будь-якої інформації про онкологічне захворювання характерне для істероїдних осіб;
- невизначена повністю позиція стосовно ставлення до діагнозу з абсолютною покірністю долі, властива пацієнтам з тривожним видом реагування;
- лише часткове визнання онкологічного діагнозу є властивим для шизоїдів;
- повністю реалістичне, адекватне ставлення переважає у синтоніх пацієнтів.

Тут, прийняття факту самого захворювання поєднується з установкою на дієве і активне лікування з міцною вірою в одужання [49].

Наше емпіричне дослідження проводилося на базі Комунального некомерційного підприємства Чернігівський центр сучасної онкології Чернігівської обласної ради. У дослідженні брали участь пацієнти з онкологічними захворюваннями різного характеру.

Обсяг вибірки склав 40 осіб, з них: 24 чоловіки (60%) і 16 жінок (40%).

Вік досліджуваних склав: 45-76 років, середній вік по групі – 53,5 років. Середня тривалість захворювання – півроку-3 роки.

Освітній рівень досліджуваних: середню освіту мають 18 осіб (45%), середню спеціальну – 17 осіб (42,5%), вищу освіту мають 5 осіб (12,5%).

Характеристика бази дослідження. Онкологічна допомога населенню Чернігівщини надається спеціалізованим закладом, який є середовищем, де знаходиться досліджувана група.

Комунальне некомерційне підприємство Чернігівський центр сучасної онкології Чернігівської обласної ради є одним з провідних лікувальних закладів нашої області. Він був відкритий у січні 1970 року, а також у 1996 році були відкриті сучасні 6-ти поверховий та 3-поверховий технічні корпуси.

У центрі впроваджені стандарти діагностики та лікування онкологічних хвороб, облаштована нова лікувально-діагностична апаратура, впроваджуються нові лікувально-діагностичні методики та оперативні втручання на стравоході, шлунку, підшлунковій залозі, печінці, нирках, наднирниках, молочній залозі, пухлинах жіночої статеві сфери, голови та ший. Організований мамологічний центр для профілактики й лікування раку та передпухлинної патології молочної залози. Активно проводиться мамографічний скринінг на рак молочної залози.

Основними завданнями центру є:

- забезпечення у повному обсязі кваліфікованої консультативної та лікувальної допомоги онкологічним хворим, які живуть на території обслуговування диспансеру відповідно до стандартних схем;
- контроль за якістю лікування в тих лікувально-профілактичних закладах регіону, яким дозволено лікування онкологічних хворих;
- здійснення диспансерного спостереження за онкологічними хворими;

- організаційно-методичне керівництво та контроль за станом своєчасної діагностики злоякісних новоутворень лікувально-профілактичними закладами, а також вивчення причин пізньої діагностики;

- впровадження у практику сучасних засобів діагностики й лікування онкологічних хворих, аналіз ефективності лікування;

- проведення заходів щодо підвищення рівня онкологічної грамотності й настороженості лікарів, середнього медичного персоналу онкологічних і загальнолікувальних закладів, особливо з питань ранньої діагностики раку;

- здійснення й забезпечення повного обліку онкологічних хворих у регіонах на базі обласних (міських) канцер-реєстрів, контролю за своєчасністю та якістю надходження до реєстру первинних інформаційно-оперативних облікових документів на онкологічних хворих від усіх ланок лікувально-профілактичних закладів згідно з наказом МОЗ України № 10 від 21.01.96 “Про створення національного канцер-реєстру України”;

- постійне спостереження за станом захворюваності та смертності населення від злоякісних новоутворень на підставі даних канцер-реєстрів, інформування органів охорони здоров'я, визначення потреб населення в онкологічній допомозі, а також пріоритетів в організації протиракової боротьби у регіоні;

- проведення широкої санітарно-освітньої роботи серед усіх верств населення, роз'яснення переваг лікування раку на ранніх стадіях.

У 2000 році центр пройшов первинну акредитацію та отримав вищу акредитаційну категорію, підтвердив її у 2004, 2007, 2012, 2017 та 2022 роках. Ліжкова потужність центру складає 340 ліжок; у своїй структурі він об'єднує наступні відділення:

- приймальне відділення;
- абдомінальне відділення – 60 ліжок;
- мамологічне відділення – 60 ліжок;
- відділення пухлин голови та шиї – 30 ліжок;
- гінекологічне відділення – 60 ліжок;
- відділення променевої терапії – 60 ліжок;

- відділення хіміотерапії – 30 ліжок;
- гематологічне відділення – 40 ліжок; рентгенологічне відділення з кабінетами КТ та УЗД;
- відділення анестезіології з палатами інтенсивної терапії – 10 ліжок, та експрес – лабораторія;
- операційне відділення.

Також, у старому триповерховому корпусі розташовані адміністративне, поліклінічне відділення та клінічна лабораторія.

Комунальне некомерційне підприємство Чернігівський центр сучасної онкології Чернігівської обласної ради повністю укомплектований високопрофесійним персоналом (лікарями, медсестрами тощо).

2.2 Обґрунтування і опис методів та методик дослідження

Вибір методів дослідження зумовлений поставленими завданнями та логікою дослідження. Для дослідження особистісних диспозицій обстежуваних використовувалося клінічне інтерв'ю. Дана методика дозволяє верифікувати дані, отримані тестовими методиками, а також отримати загальну оцінку особистісних диспозицій учасників дослідження.

Для дослідження індивідуального ставлення піддослідних до свого «Я», «хвороби» і «здоров'я» використовувалася методика «Особистісний диференціал». Дана методика дозволяє кількісно оцінити три фактори: «оцінка» (О), «сила» (С), «активність» (А) і відповідним чином реалізує поставлені завдання.

Для дослідження вираженості особистісної та ситуативної тривожності, а також структури тривожності кожного досліджуваного використовувалася методика ІТТ (Інтегративний тест тривожності).

Для дослідження вихідного соціально-психологічного стресу хворих використовувався Метод колірних виборів (МКВ). Метод колірних виборів, що являє собою модифікований восьмиколірний тест М. Люшера, дозволяє визначити особистісні особливості людини у конкретній ситуації, а також характеризує ситуативну реакцію й ситуативний стан досліджуваного. Таким чином, призначення обох методик (ІТТ і МКВ) забезпечує реалізацію поставлених завдань.

Розкриємо більш детально сутність та особливості застосування кожного із зазначених методів і методик.

Клінічне інтерв'ю складалося на підставі огляду літературних матеріалів і переслідувало дві мети: верифікація даних, отриманих тестовими методиками, а також отримання загальної оцінки особистісних диспозицій учасників дослідження. Інтерв'ю складається з 5 блоків:

- знайомство, встановлення контакту, зняття напруженості у хворого;
- підтвердження анамнестичних даних;
- виявлення преморбідних особливостей особистості;
- виявлення наявності психологічних конфліктів та їх специфіки;
- виявлення особливостей внутрішньої картини хвороби.

Особливості реакції на діагноз «рак», який виявляється за допомогою інтерв'ю (див. Додаток А), були виділені на підставі огляду літературних матеріалів за психологічними особливостям онкологічних хворих.

Їх було виділено 15:

1. Чутливість;
2. Залежність;
1. Незалежність;
2. Активність;
3. Пасивність;
4. Агресивність;
5. Впевненість;
6. Дратівливість;

7. Алекситимія;
8. Інтрапунітивність;
9. Недовірливість;
10. Депресія;
11. Розлад сну;
12. Тривожність;
13. Потреба в емпатії.

Загальний час бесіди за клінічним інтерв'ю становив 40-60 хвилин.

Методика «Особистісний диференціал» застосовується в ситуації, коли потрібно кількісно описати індивідуальне ставлення досліджуваного до яких-небудь аспектів його оточення чи внутрішнього світу. Цей метод дозволяє моделювати особистість не як сукупність формальних вимірів, а як систему особистісних смислів або відносин. ОД являє собою набір біполярних тверджень, що оцінюються за семибальною шкалою й описують три фактори: «оцінка» (О), «сила» (С), «активність» (А). Для шкал (факторів) ОД характерне суттєве обмеження, яке у «розмитості» використовуваних сполучень, стимулів і шкал, складається таким чином, щоб не допустити такого поєднання, при якому відповіді досліджуваного були б буквральними, що відбивають об'єктивні якості, а не суб'єктивні ставлення до них.

Вимірювання проводяться відносно показників: «Я», «Хвороба» і «Здоров'я». Для розрахунку оцінки зсуву значень між показниками «Я» і «Хвороба», «Я» і «Здоров'я», а також «Хвороба» і «Здоров'я», рекомендується застосовувати формулу $D(ab)$ (див. формулу 2.1.):

$$D(ab) = \sqrt{(O1-O2)^2 + (C1-C2)^2 + (A1-A2)^2}, \quad (2.1.)$$

де

$O1$ і $O2$ – значення за фактором О;

C1 і C2 – значення за фактором C;

A1 і A2 – значення за фактором A.

Методика ІТТ (інтегративний тест тривожності) розроблена в лабораторії клінічної психології Психоневрологічного інституту ім. В.М. Бехтерева (автори: д. мед. наук, проф. Л.І. Вассерман, канд. псих. наук А.П. Бізюк, канд. мед. наук Б.В. Іовльов) [24].

Інтегративний тест тривожності являє собою експрес-діагностичний клініко-психологічний інструмент для виявлення рівня вираженості тривоги як ситуативної змінної і тривожності як особистісно-типологічної характеристики (основні шкали ІТТ) у підлітків і дорослих.

Однією з основних особливостей ІТТ є його багатомірність, яка реалізується шляхом виділення 6 додаткових субшкал, які розкривають змістовний характер самооцінки афективного стану, що визначається тестом: емоційний дискомфорт, астеничні і фобічні компоненти, тривожна оцінка перспектив та соціальний захист. Ці субшкали також оцінюються за ступенем їх вираженості поряд із загальною оцінкою ситуативної та особистісної тривожності, однак дають можливість розглядати останні як складні структури.

Субшкала «Емоційний Дискомфорт» (ЕД) відображає наявність емоційних розладів, знижений емоційний фон або незадоволеність життєвою ситуацією, емоційну напруженість, елементи ажитації.

Субшкала «Астеничний Компонент Тривожності» (АСТ) відображає наявність втоми, розладів сну, млявості й пасивності, швидкої стомлюваності.

Субшкала «Фобічний Компонент Тривожності» (ФОБ) відображає відчуття незрозумілої загрози, невпевненості в собі, власної непотрібності. Випробувані з піком по даній шкалі не завжди можуть сформулювати джерело своїх тривог і в бесіді апелюють, головним чином, до феноменології «хронічних» страхів, що періодично зростають в залежності від внутрішнього стану або загострення зовнішньої ситуації.

Четверта допоміжна шкала – «Тривожної Оцінки Перспектив» (ОП) – тісно пов'язана з попередньою, тут чітко простежується проекція страхів не на поточне

положення справ, а на перспективу, загальна заклопотаність майбутнім на тлі підвищеної емоційної чутливості.

П'ята допоміжна шкала позначена як «Соціальні Реакції Захисту» (СЗ), що пов'язані з проявами тривожності у сфері соціальних контактів або зі спробами досліджуваного розглядати соціальну сферу як основне джерело тривожних напруг та невпевненості в собі.

Протипоказань до застосування ІТТ практично не існує, за винятком тих, що є загальними для використання інших тестових методик.

Метод колірних виборів (МКВ) являє собою адаптований варіант колірного тесту Люшера. Розробник оригінального варіанту даного тесту – Макс Люшер. Методика адаптована Л.М. Собчик [54].

Метод відноситься до класу проєктивних методик і призначений для виявлення стану індивіда як реакції на конкретну ситуацію в рамках властивого йому типу реагування. Метод є ефективним також при вивченні неусвідомлюваних тенденцій і динаміки стану.

Тест Люшера в оригіналі представлений у двох варіантах: повне дослідження за допомогою 73 колірних таблиць і короткий тест з використанням восьмиколірного ряду. Лаконічність та зручність застосування восьмиколірного ряду є великою перевагою скороченого варіанту.

Кольори поділяються на основні (1 – темно-синій; 2 – синьо-зелений; 3 – помаранчево-червоний, 4 – світло-жовтий) і додаткові, серед яких 7 (чорний) і 0 (сірий) – ахроматичні, а 5 (фіолетовий) та 6 (коричневий) – змішані. Основні кольори символізують базисні психологічні потреби. Інтерпретація результатів здійснюється на підставі розбиття колірних виборів на функціональні пари.

Крім того, МКВ дозволяє оцінити інтенсивність тривоги випробуваного за шкалою від 0 до 12 балів. Інтенсивність тривоги вимірюється кількістю знаків «!». Наявність в колірному ряді 1, 2, 3 або 4 кольорів на 6-й позиції оцінюється як один знак «!», на 7 – як два «!!», на 8-й як три «!!!». Якщо 6, 7 або 0 колір знаходиться на 3-му місці – це «!», якщо на другому – «!!», на першому – «!!!». Таким чином, тривога в цілому оцінюється сумою знаків «!».

2.3 Процедура обстеження та аналіз і інтерпретація результатів дослідження

Першим етапом психодіагностичного обстеження було вивчення медичної карти стаціонарного хворого з метою з'ясування клінічного діагнозу, особливостей і тривалості перебігу хвороби, супутніх захворювань та інших анамнестичних даних.

Наступним етапом обстеження виступила клінічна бесіда, метою якої було встановлення емоційного контакту з пацієнтом та оцінка його індивідуально-особистісних особливостей саме у психодіагностичному контексті обстеження.

Оцінка початкового рівня соціально-психічного стресу та особливості емоційного реагування хворих на хворобу здійснювалася в перший-другий день надходження хворого в диспансер (у період додаткового обстеження, верифікації діагнозу) з використанням наступних методик: клінічне інтерв'ю, методика «Особистісний диференціал (ОД)», інтегративний тест тривожності (ІТТ) та метод колірних виборів Люшера (МКВ).

Задача оцінки емоційного реагування, яке, ймовірно, впливає на ставлення досліджуваного до своєї хвороби, реалізовувалася у перші два дні надходження його у якості хворого в диспансер. Вибір зазначеного періоду обумовлений тим, що у хворого в цей час можна спостерігати всю гаму емоційних проявів, тому що, по-перше, він відірваний від звичного оточення й залишається ніби один на один з хворобою. По-друге, минув час паніки, і пацієнт з більшою вірогідністю може розповісти про свої почуття. По-третє, це період, коли перед хворим стоїть нелегке завдання пройти увесь об'єм лікування (можлива операція, хіміотерапія, променева терапія).

Особливості психодіагностичного дослідження визначалися умовами його проведення, характерними для стаціонарного режиму. Крім того, враховуючи особливості пацієнтів обласного онкологічного диспансеру, їх невисокий освітній рівень, підвищену астенизацію, в тому числі, і в силу вікових особливостей

(середній вік досліджуваних становить 53 роки), ми визнали за необхідне скомпонувати набір психодіагностичних методик таким чином, щоб вони, відповідаючи вимогам адекватності поставленим завданням, одночасно були доступними для виконання саме даною категорією досліджуваних. Це й визначило вибір методів переважно експрес-діагностики.

Таким чином, логіка реалізації завдань дослідження визначила послідовність етапів проведення нашого емпіричного дослідження:

- 1) вивчення історії хвороби;
- 2) встановлення емоційного контакту за допомогою клінічної бесіди;
- 3) діагностичний етап дослідження, що включає використання методик ОД, ІТТ та МКВ.

Особливості дослідження визначалися умовами стаціонарного режиму перебування пацієнтів у відділенні.

Аналіз та інтерпретація результатів дослідження

Результати проведення методу клінічного інтерв'ю.

Даний метод використовувався для вивчення особливостей емоційного реагування на хворобу у пацієнтів з онкологічними захворюваннями. Методом клінічного інтерв'ю (див. Додаток Б) були отримані наступні дані: досліджувані пред'являють скарги на наявність тривоги, страху, марення, сумніви, млявість, розлади сну; причиною свого емоційного стану називають поставлений їм діагноз «рак». Більшість досліджуваних (37 осіб) свої переживання пов'язують з невизначеністю прогнозу лікування, з острахом перед фізичним болем та зі страхом смерті.

На момент надходження в онкодиспансер 27 досліджуваних (67,5%) страждають на різні хронічні захворювання (артеріальна гіпертензія, стенокардія, аритмії, хронічний бронхіт, пієлонефрити, цукровий діабет і т. ін.).

Появу та прояви захворювання опитанні пов'язують з:

- навколишнім середовищем та аварією на ЧАЕС – 16 осіб (40%);
- зі способом життя та шкідливими звичками – 17 осіб (42, 5%);
- з «примхами долі» – 2 особи (5%);

- не можуть відповісти – 5 осіб (12,5%).

При описі своїх особистісних якостей щодо хвороби, половина досліджуваних (50%) характеризують себе як впевнених у собі та активних. Описують себе як чутливих і залежних 16 осіб (40%). У 15 досліджуваних (37,5%) в дитинстві спостерігалися розлади шлунково-кишкового тракту, які не рідко були викликані сильним емоційним напруженням (у ситуаціях відповідей біля дошки, контрольних робіт, іспитів). 13 осіб (32,5%) описують у себе меланхолійні риси.

Ставлення досліджуваних до своєї хвороби різне. Більшість учасників (32 осіб, або 75%) про своє захворювання знають мало, в основному зі слів знайомих, родичів, сусідів по палаті, від розмов родичів з лікарями. 22 досліджуваних (55%) пояснюють своє ставлення до хвороби як до бесперспективного майбутнього. Фрази пролунали приблизно так, «... Я не вірю в зцілення, будь що буде», або «... На роботу мене вже ніхто не візьме», «... Кому я буду потрібний». 13 осіб (32,5%) висловили готовність до співпраці й виконання всіх призначень «в ім'я здоров'я». 5 досліджуваних (12,5%) прочитали спеціальну літературу. 3 особи (6,25%) відповіли приблизно так: «... Нічого не знаю, і знати не хочу».

У процесі проведення клінічного інтерв'ю були виявлені особливості емоційного реагування на онкологічні захворювання. Результати, отримані у ході клінічного інтерв'ю, наочно представляємо на рисунку 2.1. та у Додатку А.

З рисунку 2.1 видно, що при аналізі результатів клінічного інтерв'ю, найбільш високі показники отримані за шкалами «тривожність» (37 осіб – 92,7%) і «потреба в емпатії» (37 осіб – 92,7%). Підкреслюють у себе вразливість, образливість (розділ «чутливість») 26 учасників (65%). 22 досліджуваних (55%) з причини невіри у кращий результат захворювання реагують пасивністю. Так само 22 особи (55%) відзначають у себе розлади сну. Думка оточуючих є важливою для 17 досліджуваних (42,5%, розділ «залежність»). 16 хворих (40%) виявляють недовіру до медперсоналу та одержаного лікування. Лише 15 осіб (37,5%) характеризують себе як незалежних. Активність відзначається у 14 досліджуваних (35%), так само впевненість у собі зазначають 14 досліджуваних (35%).

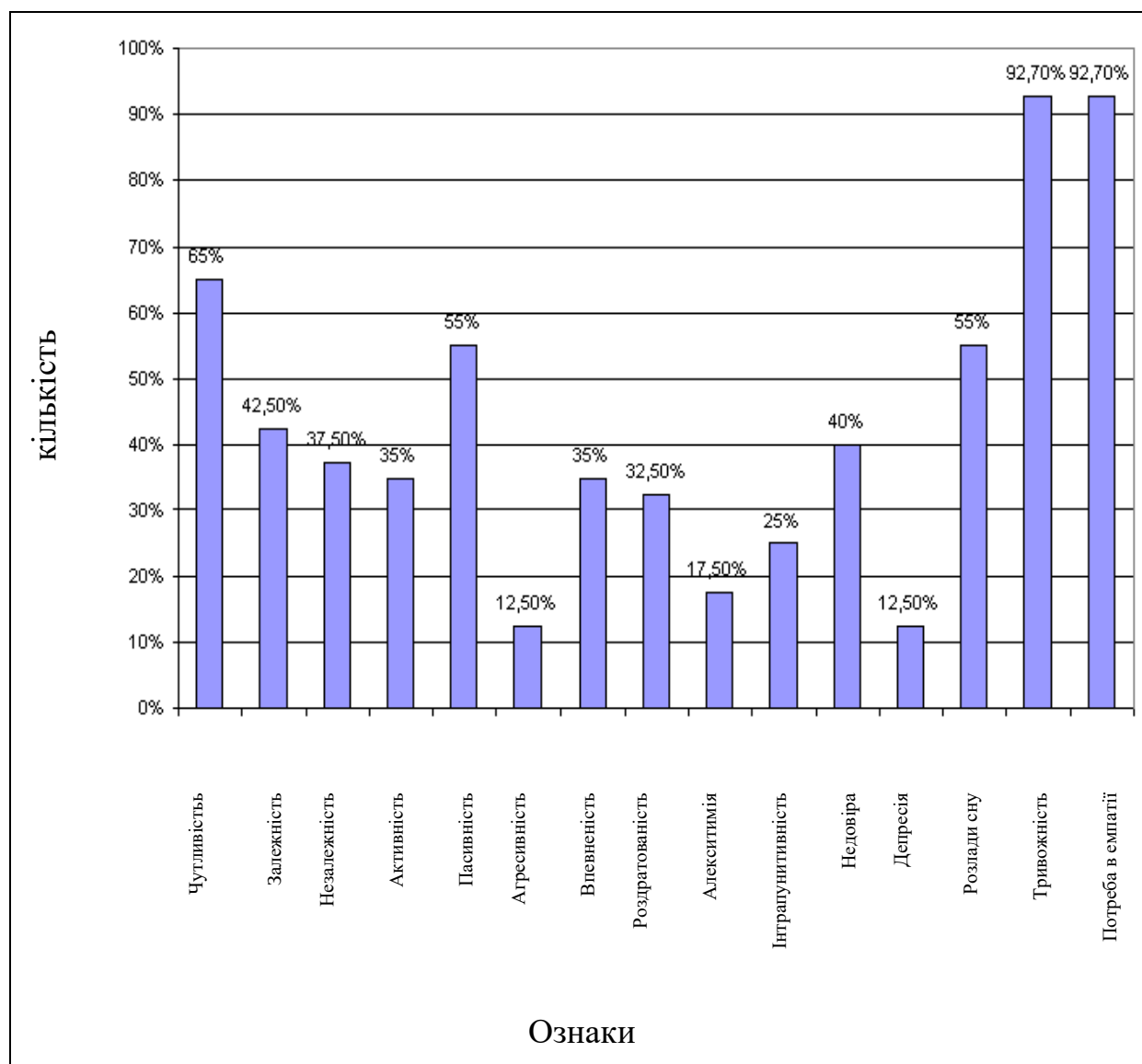


Рисунок 2.1. Результати клінічного інтерв'ю

13 з опитаних (32,5%) відзначають нестриманість, дратівливість по відношенню до близьких і медперсоналу. 10 осіб (25%) схильні звинувачувати у своєму положенні самих себе (розділ «інтрапунітивність»). 7 досліджуваних (17,5%) не можуть висловити свої почуття (розділ «алекситимія»). Агресивність виявлено у 5 осіб (12,5%), так само 5 осіб (12,5%) описують себе в ситуації відчаю (розділ «депресія»).

Підводячи підсумки з отриманих даних клінічного інтерв'ю, можна зробити висновок, що в онкологічних хворих домінує знижений фон настрою і підвищена тривожність. Хворим хочеться, щоб їх розуміли і співчували. На загальному фоні зниженого настрою розвивається пасивність, дратівливість, розлади сну, невпевненість у собі й зневіра в кращому результаті лікування захворювання.

Результати дослідження за методикою «Особистісний диференціал»

Дана методика використовувалася для дослідження особливостей чуттєвого змісту внутрішньої картини хвороби в онкохворих.

Згідно з методикою, особистісний диференціал (ОД) пропонувалося оцінити за стандартом біполярних шкал поняття «хвороба», «здоров'я» і самих себе як особистості. При цьому тлумачення кожного стандартного фактору проводилося відповідно до завдань дослідження:

- фактор О інтерпретується як свідчення рівня привабливості, симпатії, яким володіє предмет оцінки у сприйнятті хворих;
- чинник С виявляє відносини стійкості – поступливості оцінюваних категорій, як вони сприймаються досліджуваними;
- фактор А відбиває сприймання досліджуваними динамічних якостей оцінюваного показника. Результати, одержані за методикою ОД, наочно представляємо на рисунку 2.2. та відображено у Додатку В.

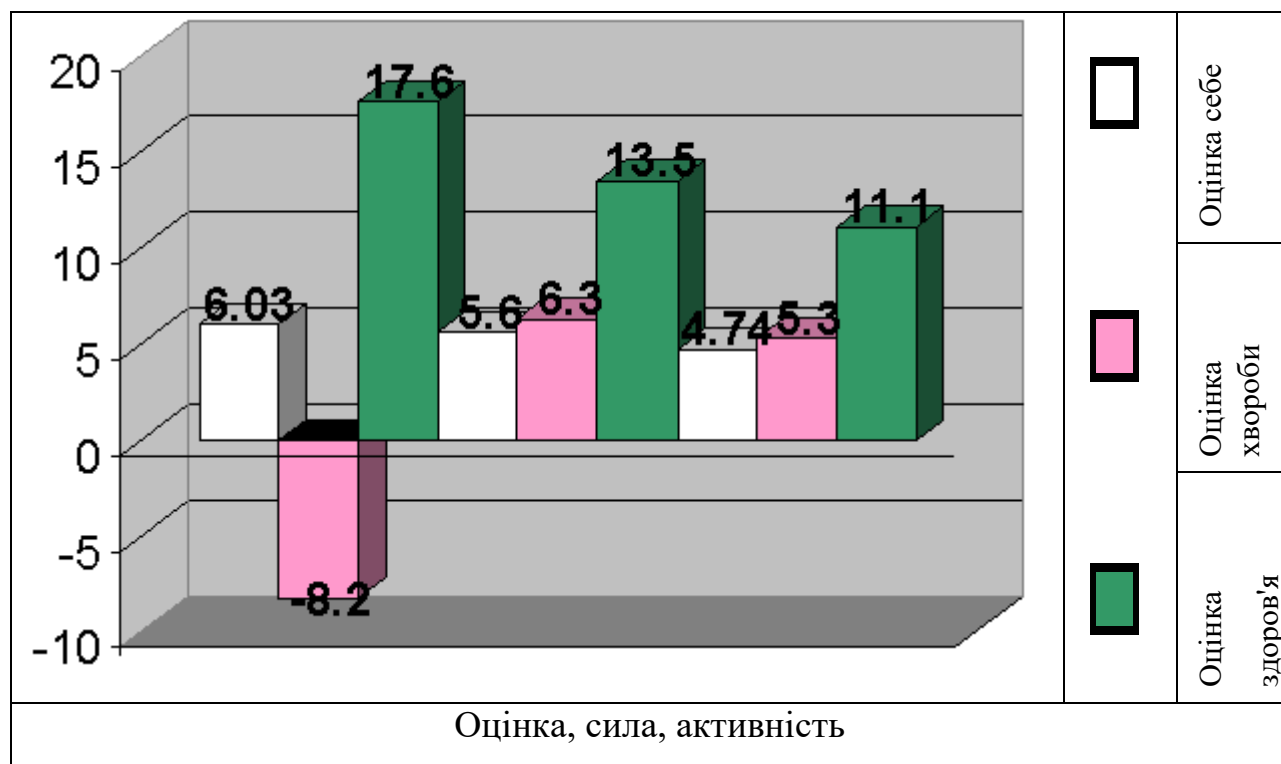


Рисунок 2.2. Результати за методикою ОД

Аналізуючи результати, одержані за методикою «Особистісний диференціал», можемо стверджувати, що в оцінках досліджуваними самих себе виявлено невисоке значення чинника О (6,03), що може свідчити про низьку самооцінку, незадоволеність собою, власною поведінкою. Члени групи схильні оцінювати себе як недостатньо сильних, залежних від обставин (значення С: 5,6) та недостатньо активних (значення А: 4,74).

Хвороба оцінюється як неприваблива, відразлива (О: -8,2), сильна, незалежна (С: 6,3), при цьому її можна охарактеризувати як активну (А: 5,3). Здоров'я розглядається групою як щось, що володіє позитивними якостями (О: 17,6), незалежне (С: 13,5), активне (А: 11,1).

Далі нами була проведена оцінка зрушень значень між показниками «Я» і «Хвороба», «Хвороба» і «Здоров'я», «Я» і «Здоров'я», результати якої представляємо у вигляді рисунку 2.3.

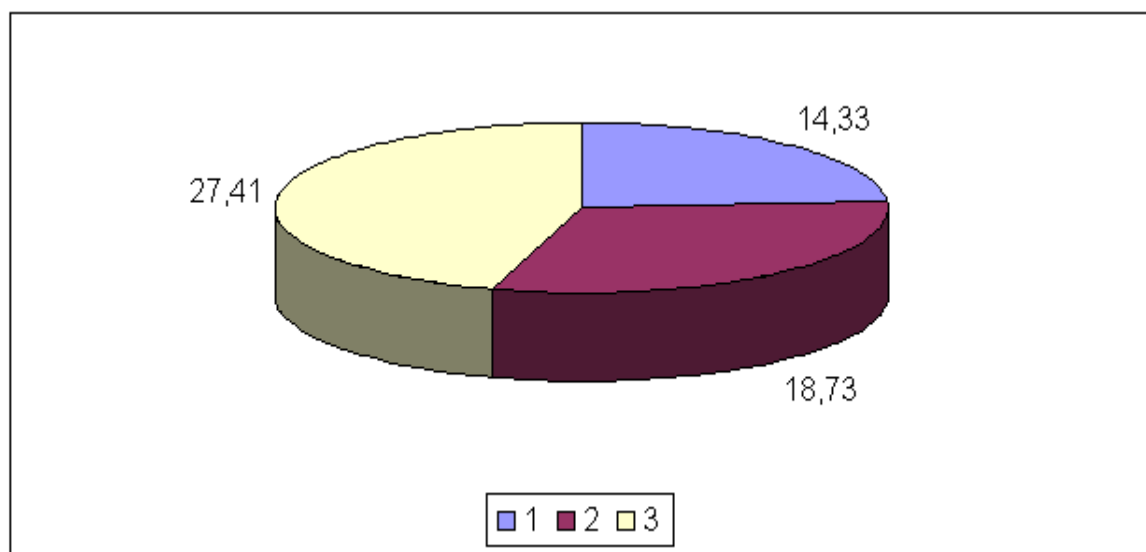


Рисунок 2.3. Оцінка зрушень значень між показниками «Я» і «Хвороба», «Хвороба» і «Здоров'я», «Я» і «Здоров'я»

Отже, дана діаграма демонструє той факт, що зрушення значень між показниками «Хвороба» і «Здоров'я», «Я» і «Здоров'я» є досить високими: 27,41 і 18,73 відповідно. При цьому зрушення значень між показниками «Я» і «Хвороба»

складає 14,33. Виходячи з цього, можна зробити висновок, що члени групи схильні сприймати себе скоріше хворими, ніж здоровими.

Різниця між показниками «Хвороба» і двома іншими показниками виникає за рахунок зміни всіх трьох факторів. У зв'язку з цим можна зробити наступні висновки:

- фактор А показує, що захворівши, люди проявляють менше активності, ніж здорові, схильні встановлювати соціальні контакти. Хвороба, на тлі нездоров'я, бачиться більш активною, а ціна здоров'я ще більше підвищується і наділяється високою активністю;

- низьке значення фактора С є показником, по-перше, загального виснаження організму, а по-друге, того, що хворі перебувають у великій залежності від своїх близьких, ніж здорові. Тому, сила хвороби в оцінці хвороби підвищується, ніби стає важко переборюваною. Здоров'я на тлі хвороби бачиться більш сильним, більш незалежним;

- знижене значення чинника О є віддзеркаленням загальної незадоволеності собою в ситуації хвороби. Ще більш низькою оцінкою наділяється сама хвороба, як неприваблива і відразлива. Здоров'ю, навпаки, присвоюються кращі якості й високі оцінки.

Таким чином, в особливостях емоційного реагування в онкологічних хворих переважають завищені оцінки сили хвороби й занижені оцінки власних сил. Онкологічні хворі схильні видавати себе за безнадійних хворих.

Результати дослідження за «Інтегративним тестом тривожності»

Методика інтегративний тест тривожності (ІТТ) призначена для виявлення рівня та структури особистісної тривожності й ситуативної тривоги як показників соціально-психологічного стресу онкологічних хворих.

Згідно з методикою, максимальна вираженість тривоги складає 10 балів, середній рівень тривоги (норма) – 0-3 балів, 4-6 балів – помірний рівень тривожності, 7-10 балів означає високий рівень тривожності, що свідчить про стійку тенденцію сприймати велике коло ситуації, як загрозливі.

При оцінці емоційних реакцій хворих за допомогою методики ІТТ були отримані наступні результати, які представляємо у вигляді рисунку 2.4. та у Додатку Д.

Нами було проаналізовано наступні діагностичні шкали:

- загальна тривожність;
- емоційний дискомфорт (ЕД);
- астеничний компонент (АСК);
- фобічний компонент (ФОБ);
- тривожна оцінка перспективи (ОП);
- соціальні реакції захисту (СРЗ).

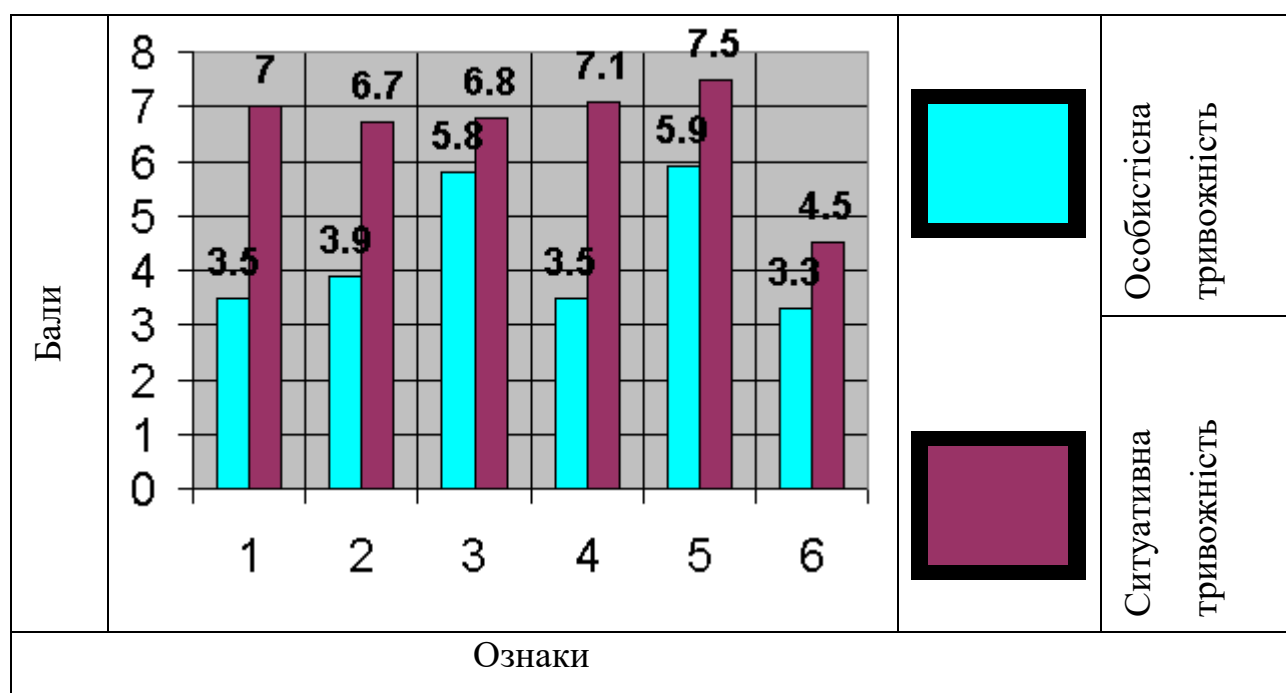


Рисунок 2.4. Результати за методикою ІТТ

Далі, аналізуючи дані методики ІТТ, ми визначили, що середнє значення рівня особистісної тривожності по вибірці складає 3,5 бала, середні значення рівня ситуативної тривожності – 7 балів.

У структурі особистісної тривожності найбільші середні значення отримані за допоміжними шкалами АСК – 5,8 балів, ОП – 5,9 балів. За допоміжними шкалами

ЕД, ФОБ і СРЗ отримані приблизні середні значення оцінок – 3,9; 3,5 та 3,3 бали відповідно.

У структурі ситуативної тривожності найбільші середні значення були отримані за допоміжними шкалами ОП – 07,5 бали і ФОБ – 7,1 бали – високий рівень тривожності. Так само у значення «високий рівень тривожності» потрапляють шкали ЕД – 6,7 бала і АСК – 6,8 балу. Допоміжна шкала СРЗ відповідає помірному рівню тривожності – 4,5 бали.

Отже, за результатами ІТТ ми виявили високу ситуативну тривожність у більшості досліджуваних, що значно перевищує показники особистісної тривожності. За шкалами Зокрема, за шкалами ФОБ і ОП можна побачити, що хворі переживають відчуття незрозумілої загрози, невпевненості у собі, простежується проекція страхів у майбутнє.

Яскраво вираженою є шкала «емоційний дискомфорт», що відображає наявність емоційних розладів, емоційну напруженість, а також шкала «астенічний компонент», що відображає наявність втоми, розладів сну.

Отримані дані свідчать про те, що загальний високий рівень ситуативної тривожності високий, що може бути пов'язано з реакцією хворих на свою хворобу, на діагноз «рак».

Виходячи з результатів методик ІТТ і ОД, негативний вплив емоційних розладів на ставлення до своєї хвороби досліджуваних є очевидним.

За допомогою методу кореляції Пірсона були виявлені достовірні кореляційні зв'язки між рівнем вихідної особистісної тривожності й рівнем ситуативної тривожності. ($P_{\text{ЕМП}} > p_{0,01}$ при $r_{\text{емп}} = 0,50364$ і $p_{0,01} = 0,4$).

Результати дослідження за методом колірних виборів

Дана методика призначена для виявлення загального емоційного стану індивіда та вихідного рівня соціально-психологічного стресу. При дослідженні емоційного стану онкологічних хворих за допомогою методу колірних виборів (МКВ), були отримані наступні результати, які наочно представляємо у таблиці 2.1. та у Додатку Е.

Таблиця 2.1.

Частота вибору кольорів на першій та останній позиціях

Колір	1 (Синій)	2 (Зелен.)	3 (Черв.)	4 (Жовт.)	5 (Фіол.)	6 (Коричн.)	7 (Чорн.)	0 (Сірий)
<i>Перша позиція (частота вибору)</i>	4	0	4	11	7	11	1	2
<i>Остання позиція (частота вибору)</i>	2	4	5	6	2	1	10	11

З таблиці 2.1. видно, що під час вибору кольорів найчастіше на першій позиції виявляється 4 і 6 колір (жовтий та коричневий). При цьому спостерігається однакова структура переваг: 11 досліджуваних (27,5%) називають 4 і 6 колір найбільш приємним. Вибір 4-го кольору на першу позицію свідчить про наступні тенденції: потреба досліджуваних у перспективі майбутнього, у спілкуванні, емоційна нестійкість, залежність від середовищних впливів, тенденція до уникнення відповідальності. Вибір 6-го кольору на першій позиції свідчить про напруження, страх, бажання вийти з несприятливої ситуації. На останній позиції найбільш часто виявляється 7 та 0 (чорний і сірий) – у 10 та 11 досліджуваних (25% і 27,5%). Це означає: придушення будь-якої потреби, мотиву, настрою. Також на останній позиції опинилися й основні кольори: 4 колір – 6 осіб (15%), 3 колір – 5 осіб (12,5%), 2 колір – 4 особи (10%), 1 колір – 2 особи (5%), що означає наявність у досліджуваних певного конфлікту, тривожності, стресу.

Таким чином, аналіз результатів, одержаних за методом кольірних виборів, дозволяє зробити висновок, що вихідний рівень тривожності у більшості досліджуваних є високим, спостерігається переважання негативних емоцій. Слід зазначити, що результати, одержані за допомогою опитувальника ІТТ та проективної методики МКВ, не суперечать одне одному, а тільки взаємно підтверджують виявлені тенденції.

2.4 Рекомендації для родичів та медичних працівників щодо ефективного спілкування і плідної взаємодії з онкохворими

Особистість, яка бореться з онкохворобою, потребує не тільки суто «фізичного» лікування, але й професійного психологічного супроводу та реальної допомоги. Означений супровід повинен бути комплексним за характером та максимально охоплювати усі сфери того середовища, в яких існує онкохворий протягом різних періодів лікування. Ключовою вимогою для якісної психологічної допомоги пацієнтам онкодиспансерів є не тільки фахова допомога практикуючого спеціаліста-психолога, але й по суті правильна, чітка науково обґрунтована загальна психологічна підтримка онкохворого лікарями, рідними як в умовах диспансерного лікування, так і в складний період реабілітації у побутових умовах помешкання.

Від взаємин хворих із лікарями і рідними їм людьми у процесі знаходження у диспансері, від специфіки нервової системи й загального опору організму, від кваліфікації й професійної майстерності працівників медичної галузі повністю залежать весь процес та підсумкова ефективність лікування. Тобто мають велике значення не тільки особистісні якості індивіда, що знаходиться на лікуванні але і його оточення.

У такій складній ситуації, коли індивіду поставлено страшний діагноз- рак, важко щось радити. Рідні онкохворого шоковані і їм складно збагнути, як власне треба діяти.

В Європі на переважну кількість запитань онкохворого та його рідних відповідає безпосередньо онкопсихолог, проте його робота буває не завжди достатньою і тому до суто психологічної базової підтримки повинні бути долучені медперсонал та рідні люди.

Грунтуючись на досягненнях передової психологічної науки, нам варто запропонувати деякі конкретні методичні рекомендації для медпрацівників онкологічних диспансерів та рідних і близьких хворого виходячи з

психологічних особливостей комунікації з онкологічними хворими як під час догляду так і під час лікування і відвідувань [12].

1. Рекомендації стосовно комунікації та догляду за онкохворими для рідних та близьких.

Загалом, чого чекає хвора людина від оточення? Індивід, який зовсім зненацька зустрівся із страшною хворобою, чекає від власних близьких, рідні насамперед, постійної підтримки, бо перемоги над хворобою не буде без міцної віри в себе і без потужної сили духу.

Онкохвора особа чекає від рідні підтримки як під час самого лікування, так і під час обов'язкових консультацій лікаря. Бо онкохворий дезорганізований і навряд чи зможе поставити потрібні запитання лікарю. Саме в цьому може допомогти тільки близька людина. До речі, саме близька особа допоможе точно зрозуміти специфічні медичні терміни, зупинитись на правильному варіанті лікування й допомогти відносно спокійно пройти його [39, с.48].

Є речі, які не варто говорити хворому на рак. Онкохворому вкрай необхідно, щоб його просто вислухали та по можливості заспокоїли. Але ніколи не можна говорити, що онкохвороба – це подія тимчасова й що вона швидко минеться і не потрібно також спрощувати ситуацію, бо так у пацієнта може сформуватись відчуття, що загалом ситуація несерйозна і не варта особливої уваги. В іншому випадку хвора людина може сприйняти ці слова як вияв повної байдужості чи навіть нещирості або певного бажання приховати щось дуже страшне.

Не можна також в розмові з онкохворим індивідом висловлювати власні страхи та емоційні переживанням, пов'язані з її хворобою. Абсолютно не треба плакати, коли хворий бачить, а навпаки, йому треба продемонструвати впевненість і позитивний погляд у майбутнє.

Не треба хворому наводити жодних даних статистики, так чи інакше пов'язаною з хворобою, навіть в цілому ті, що здаються цілком оптимістичними. Бо онкохвора особа може інтерпретувати їх зовсім інакше, тобто з акцентом на негатив.

Не можна також під час бесіди з хворим робити порівняння різних осіб, навіть якщо поставлені діагнози схожі. Означені порівняння з високою ймовірністю може робити лише фахівець-лікар, бо рак має завжди відмінні характеристики не дивлячись на схожі умови [48].

Зокрема, підтримка онкохворих їх рідними повинна ґрунтуватись на таких принципах:

- практикуйте відверте вираження почуттів. Не намагайтесь заперечити негативні в цілому емоції онкохворого, а навпаки, прагніть допомогти їх швидше подолати, бо інакше практично неможливо буде перейти на інший рівень боротьби з захворюванням;

- не кидайте онкохворого наодинці, якщо звісно він сам не вимагає побути на самоті. Загалом цілющий ефект мають щирі прояви емпатії, душевного та фізичного тепла, не варто стидатись обіймів та тримання долонь;

- всіляко підтримуйте самостійність онкохворого, його відповідальність та ініціативу. Саме це допомагає не перетворити особу на жертву обставин чи зовсім безпорадну дитину, а рідні допоможе врятувати цілісність власної персони;

- здійснюючи допомогу та підтримку, не слід перетворюватись на наче «всемогутнього мага» або «геть виснаженого рятівника», бо в такому випадку не будуть достатньо мобілізовані внутрішні сили самого хворого, а щира турбота і допомога трансформується у пригнічення, реально виснажуючи сили тої людини, яка допомагає;

- всіляко заохочуйте не саму хворобу, а рух до здоров'я, тобто звертайте головну увагу на ознаки саме покращення загального стану хворого, пропонуйте конкретні заняття, прямо не пов'язані із хворобою та процедурами її лікуванням [55].

Для онкохворого у щоденному житті дуже важливим фактором є постійна присутність саме рідної людини поруч, а саме її увага й часті дотики, демонстрація розуміння та готовність до підтримки під час лікування. Звідси, не варто приховувати власні почуття від онкохворого і треба постійно наголошувати, що ваше з ним життя не зазнає змін.

Варто показати індивіду, що ви усвідомлюєте її страхи перед процедурами лікуванням, самою хворобою, можливою смертю та рефлексуєте з нею разом. Зокрема, треба уникати таких слів як "неминуча смерть", "часті рецидиви", "рак" при безпосередньому контакті. Потрібно не дати онкохворому замкнутися на своїх почуттях наодинці, хоча в той же час треба з розумінням до бажання якийсь час доби побути на самоті. [60, с. 78].

Важливим фактором одужання є певна одноманітність у житті хворого. Тобто потрібно щоб щоденне життя онкохворого не змінювалось дуже різко, щоб його первинна роль в родині залишалася сталою. Відповідно, онкохвора особа повинна брати активну участь у родинному житті, відвідувати, по можливості власну роботу, з нею треба, як завжди, радитися, спільно вирішувати проблеми.

Однак при цьому варто розуміти, що особливе лікування онкохворого може мати наслідком не тільки загальний поганий стан самопочуття, а й доволі різкі перепади настрою особи, аж до потужної агресії або повного відчуження та бажання повністю усамітнитись і ні з ким не комунікувати. Все означене треба зрозуміти й по можливості прийняти, терпляче і з надією сподіватись на краще.

Не варто також зовсім уникати розмов про самопочуття і больові відчуття, а навпаки, онкохворий має мати право виговоритись, обміркувати свій стан і просити про реальну допомогу. В цьому зв'язку, замість запитання хворому: "Чи все гаразд?" краще вимовити: "Як ти загалом себе почуваєш?"

Таким чином у спілкуванні з онкологічними хворими першочерговим є збереження контакту і цілковитої довіри, комунікація повинна відбуватись на рівних, без театральних підігривань [60, с. 97].

Щодо рекомендацій для лікарів та медичного персоналу, то треба зазначити, що вони несуть вирішальну відповідальність перед онкохворим і суспільством в цілому. Медичні працівники мають вміти встановлювати міцний психологічний контакт як з самими хворими так і його рідними. Лише одне повідомлення про спрямування людини в онкологічний заклад є стресовим, воно пригнічує та негативно діє на всю психіку хворого, а факт обстеження хворого безпосередньо в кабінеті онколога, різні діагностичні маніпуляції (біопсія) й інші різновиди

специфічних досліджень дуже сильно його хвилюють. Визначено, що психологічна реакція людини на госпіталізацію в онкологічний диспансер проявляється почуттям переляку і депресії майже у половини пацієнтів. Навіть маючи сильну витримку онко хворий безперечно має бути стурбованим. Його стан хвилювання пов'язаний з постійними думками про майбутнє, про родину, про можливу втрату роботи. Звідси, весь колектив медпрацівників має прагнути створити онкохворому належні умови, щоб наслідки для нього були мінімальні в плані психічної травми [12].

Спеціаліст-онколог, весь медичний персонал мають спрямувати усі свої професійні зусилля на те, щоб підтримати у онкохворого оптимізм, чітку впевненість у можливість удужання.

Звідси, підхід до онкохворого в клініці має бути суворо особистісним, бо людина, спрямована в онкологічний заклад, досить обережно і з певним страхом очікує наче "вирок" від лікаря, тобто факт підтвердження або спростування діагнозу.

При комунікації з хворим його варто спочатку ретельно вислухати, а вже після цього задавати уточнюючі питання. Важким порушенням вимог деонтології є нехтування скаргами хворого, певна торопливість, прояви недовіри.

Лікар-онколог зобов'язаний, на підставі існуючого законодавства країни, суворо берегти лікарську таємницю, за винятком того, якщо вона становить суттєву загрози соціуму.

Складне питання про те, чи варто повідомляти онкохворому його діагноз, на даний час залишається дискусійним і викликає певні суперечки. Треба зазначити, що факт приховування діагнозу ще не є обманом. Але кожна особа має законне право достеменно знати свій діагноз. Всі матеріали про діагноз та обґрунтований прогноз захворювання має бути надана онкохворому в чіткій і зрозумілій для нефахової людини формі, що до речі, не повинна викликати у неї особливого занепокоєння [35].

Якщо саме лікування онкохворого можливе тільки через операційне втручання, то варто наполягати на ній, всебічно роз'яснюючи людині

можливість конкретного несприятливого підсумку у випадку категоричної відмови від неї.

Лише тоді, коли є факт того, що хворий наполегливо відмовляється від призначеного лікування, варто повідомити йому подробиці характеру захворювання але в максимально доступній і по можливості м'якій формі, а також неварто приховувати можливі фатальні наслідки такої відмови.

Висновки до другого розділу.

Треба констатувати (керуючись результатами емпіричного дослідження), що в онкохворих домінує загалом знижений фон настрою і відносно підвищений стан тривожності. Хворий прагне, щоб його розуміли і всіляко співчували. На загальному тлі зниженого рівня настрою формується пасивність, певна дратівливість, помітні розлади сну, загальна невпевненість у собі й повна зневіра в краще майбутнє та позитивні результати лікувального процесу.

В специфіці емоційного реагування у онкохворих мають перевагу завищені оцінки сили розвитку хвороби й відносно занижені оцінки особистих сил. Тобто, онкологічні хворі часто видають себе за безнадійних людей.

Виходячи з даних результатів методик ІТТ і ОД, фіксується факт того, що негативний вплив емоційних розладів на ставлення до своєї хвороби у досліджуваних є очевидним і доведеним. До того ж, вихідний рівень тривожності у більшості досліджуваних є високим, чітко спостерігається переважання суто негативних емоцій. Тут, слід зазначити, що результати, одержані нами за допомогою опитувальника ІТТ та проективної методики МКВ, в цілому не суперечать одне одному, а тільки взаємно підтверджують виявлені тенденції.

При комунікації з онкохворими як медичному персоналу так і родичам обов'язково треба спиратись на індивідуальний підхід та намагатись максимально повно враховуючи при цьому психологічні характеристики кожного онкопацієнта.

ВИСНОВКИ

1. Теоретичний аналіз наукової літератури яскраво продемонстрував той факт, що онкологічні захворювання в цілому є однією з суттєвих, актуальних і нажаль невирішених остаточно медичних проблем сучасної цивілізації.

В цьому зв'язку встановлено, що важливою психологічною проблемою в онкологічній клініці є питання реакції особи на хворобу і корекції її, бо від того, як хворий відноситься до власного захворювання, максимально залежить увесь хід лікування, його якість, чітка ефективність і в решті решт, загальний успіх та остаточний підсумок лікувальних заходів.

Визначено, що дослідники означеної проблематики, науковці-психологи та медики, в головному згодні з тим, що специфіка особистісного реагування людини на факт онкологічного захворювання найбільш повно представлені саме в емоційній сфері, а звідси ставлення до конкретної хвороби визначається, перш за все, емоційним станом особи.

З'ясовано, що в цілому онкологічні, як і майже всі інші важкі захворювання, у переважної більшості хворих викликають могутній психологічний стрес, а властиві йому негативні емоції та певна відчуженість особи можуть значно погіршити сам перебіг хвороби, тому гальмування на початкових етапах лікування таких негативних емоційних впливів є ще одним важливим завданням, поряд з безпосередньою боротьбою з діагностованим захворюванням.

2. Дані, отримані у ході емпіричного дослідження, підтвердили факт впливу на онкохворих їх негативних емоційних станів, що мало наслідком емоційні розлади, які були сформовані в цілому негативним поглядом на внутрішню картину хвороби. Таким чином, встановлено, що на загальну внутрішню картину хвороби вкрай негативного впливають відхилення саме в емоційній сфері особистості пацієнтів онкологічної клініки.

Доведено, що найбільш вираженими суто емоційними реакціями пацієнтів з діагнозом «онкологія» є наступні: настрої, що постійно змінюється, певна

меланхолія, навіть апатія, доволі сильне відчуття безнадії, зневіри, сильної внутрішньої напруженості, переляку, підвищення загального рівня індивідуальної й ситуативної тривожності, невпевненості в собі, поява стресу, повної депресії, відчуття постійної незахищеності, безперспективності та значних побоювань стосовно перспектив майбутнього життя.

Аналіз отриманих даних свідчить про наявність у хворих в цілому блокованої потреби у самореалізації, відчуття невідворотної загрози, почуття особистого безсилля й перевтоми, які доволі часто викликають бажання хворої людини усамітнитись та самоізолюватись від оточуючих індивідів.

Також, виходячи з даних результатів методик ІТТ (інтегративний тест тривожності) і ОД (особистісний диференціал), зафіксовано факт того, що негативний вплив емоційних розладів на ставлення до своєї хвороби у досліджуваних є очевидним. До того ж, вихідний рівень тривожності у більшості досліджуваних є високим, чітко спостерігається переважання суто негативних емоцій. Тут, слід зазначити, що результати, одержані нами за допомогою опитувальника ІТТ та проєктивної методики МКВ (метод колірних виборів), в цілому не суперечать одне одному, а тільки взаємно підтверджують виявлені тенденції.

3. Наявність напруженого емоційного стану хворого вимагає кваліфікованої психологічної допомоги й підтримки з боку медперсоналу та близьких йому людей. Керуючись цією настановою та результатами емпіричного дослідження нами розроблено ряд рекомендацій для медперсоналу та родичів стосовно особливостей спілкування з онкохворими та їх психологічної підтримки.

В свою чергу ми рекомендуємо застосовувати в цілому прогресивний принцип особистісного підходу з максимальним врахуванням психологічної специфіки і характеристик кожного окремо взятої пацієнта абсолютно на всіх етапах плідної взаємодії (починаючи від факту постановки діагнозу, процесу усвідомлення хворим власного недугу, відносного примирення з ним та чіткого налаштування на реалізації процедур лікування й завершуючи повною реабілітацією й суттєвою допомогою для повернення до повноцінного життя в

суцїумї), у потребї постійної присутності, ненав'язливої уваги, толерантності, адекватної делїкатності й розуміння, прояву дійсної емпатії, а також в організації дозвілля та посильної підтримки (часто і нового пристосування) в системі професійних, родинних та міжособистісних відносин.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Айстраханов Д.Д. Загальний огляд медико-демографічної ситуації та аналіз тенденцій у сфері охорони здоров'я за останні п'ять років (2008 – 2013 рр.). Україна. Здоров'я нації: науково-практичне видання / Д.Д. Айстраханов. – К.: "Експерт", 2013. – С. 7-16.
2. Актуальні проблеми теорії і практики соціальної роботи на межі тисячоліть. – К. : УДЦССМ, 2001. – 344с.
3. Олександрова О.Н. Психологія соціальної роботи. – К.: Гілея, 2015. – 352 с.
4. Антипова Г.В. Програма психосоціальної підтримки онкологічних хворих на базі громадської організації «Спілка онкологічних хворих // Медицина і реабілітація. – 2011. – № 2-3. – С. 54.
5. Анциферова Л.І. Особистість з позиції динамічного підходу / Л.І. Анциферова // Психологія особистості в соціалістичному суспільстві: особистість і її життєвий шлях. – К: «Наукова думка», 1990. – С. 7-17.
6. Опанасенко Г.Л., Попова Л.А. Медична валеологія. – К.: Гілея, 2020.
7. Астахов В.М. Функціональний підхід до вивчення стану тривоги / В.М. Астахов // Прикладна психологія. – 1999. – № 1. – С. 41-47.
8. Баєвський Р.М. Прогнозування станів на межі норми і патології / Р.М. Баєвський. – М.: «Медицина», 1988. – 270 с.
9. Березін Ф.Б. Психічна і психофізична адаптація людини / Ф.Б. Березін. – К.: Наукова думка, 1998. – 269 с.
10. Бідна В.Б. Хоспіс: історія і сучасність / В.Б. Бідна // Нова медицина. – 2007. – №1 (18). – С. 14-16.
11. Блейхер В.М., Крук І.В., Боков С.Н. Практична патопсихологія: посібник для лікарів та медичних психологів. – К.: Гілея, 1996. – С. 149-152.
12. Блінов Н.М. Шляхи підвищення якості життя онкологічних хворих. Посібник для лікарів, онкологів та наукових співробітників / Н.М. Блінов. – К.: Наукова думка, 2001. – 169 с.

13. Блінов Н.М., Хом'яков І.П., Шипшин Н.Б. Про ставлення онкологічних хворих до свого діагнозу / Н.М. Блінов, І.П. Хом'яков, Н.Б. Шипшин // Питання онкології . – 1990. – № 8. – С. 66-97.
14. Бялик М.А. Досвід роботи кабінету соціальної та психологічної реабілітації НДІ онкології і гематології // Соціальні та психологічні проблеми онкології: К: Гілея. – 2021. – 25 с.
15. Василенко Б.Я. Вітчизняні та зарубіжні дослідження з проблем психологічного стану важкохворих: теоретичний огляд / Б.Я. Василенко. – К.: Альма-Матер, 2005. – 349 с.
16. Василюк Ф.Є. Життєвий світ і криза: типологічний аналіз критичних ситуацій / Ф.Є. Василюк // Психологічний журнал. – 1995. – № 3. – С. 90-101.
17. Введение в психологию / Под ред. Петровского А.В. – М.: «Академия». – 1995. – 496 с.
18. Великолуг А.Н. Психологічний статус онкологічних хворих та проблеми їх реабілітації // Медицина і реабілітація. – 2014. – №1. – С. 26-30.
19. Великолуг А.Н. Вплив соціальної сфери на особистість онкологічного хворого у процесі реабілітації // Медико-соціальна експертиза і реабілітація. – 2020. – №1. – С. 45.
20. Вундт В. Психологія душевних хвилювань / Під. ред. К.В. Вилюнаса, Ю.Б. Гиппенрейтера. – К.: Гілея, 1993. – С. 48-65.
21. Гнездилов А.В. Шлях на Голгофу: нариси роботи психотерапевта в онкологічній клініці та хосписі. – К.: Гілея, 2015. – 136 с.
22. Горбунова В.А. Продовження і поліпшення якості життя у хворих на рак молочної залози / В.А. Горбунова // Здоров'я України. – 2007. – № 10 (167). – С. 48-49.
23. Давидов М.І. Онкологія . – К. Гілея, 2020. – 920 с.
24. Використання інтегративного теста тривожності (ІТТ): Методичні рекомендації. – К.: Гілея, 2021. – 16 с.
25. Каган В.Е. Внутрішня картина здоров'я – термін чи концепція? // Питання психології. – 1993. – №1. – С. 86-88.

26. Князев Б.А. Сучасні дослідження з проблем тривожних та стресових станів людини. – К.: Гілея, 1998. – 326 с.
27. Коган Б.М. Стрес і адаптація / Б.М. Коган. – К.: «Знання», 1980. – 64 с.
28. Короткий психологічний словник / За ред. А.В. Петровського, М.Г. Ярошевського. – К.: Основи, 1998. – 568 с.
29. Коротка медична енциклопедія: у 2-х томах– К.: Гілея, 1994. – Т. I. – 375 с.
30. Лакосіна Н.Д., Ушаков Г.К. Медична психологія / Н.Д. Лакосіна, Г.К. Ушаков. – Харків.: Медицина, 1984. – 272 с.
31. Маричев А.А. Про можливості реабілітації онкологічних хворих після радикального лікування / А.А. Маричев. – К.: Гефест. – 1978. – 183 с.
32. Мартиненко А.В. Медико-соціальна робота: теорія, технології, освіта. К.: Гілея, 2021. – 240 с.
33. Мей Р. Короткий виклад і синтез теорій тривожності / Р. Мей. – Луцьк.: Вежа, 2001. – 256 с.
34. Міхновська Н.Д. Організація медико-соціальної допомоги онкологічним хворим на пізніх стадіях захворювання. – К: Гілея, 2021. – С. 13-14.
35. Місяк С.А. Практичний посібник з медичної, соціальної і трудової реабілітації онкологічних хворих і інвалідів / С.А. Місяк. – Київ: Промінь, 2001. – 180 с.
36. Михайленко О.Т. Онкологія / О.Т. Михайленко. – К: Здоров'я, 2014 р. – 421 с.
37. Немов Р.С. Психологія: у 3 кн. / Р.С. Немов. – К: Гілея, 1995. – 512 с.
38. Немчин Т.А. Стан нервово-психологічної напруги. К: Гілея, 1983. – 168 с.
- Новіков Г.А. Психологічна допомога онкологічним хворим. – К.: Гілея, 2016. – 192 с.
39. Про медико-психологічну роботу в онкологічних закладах: методичні рекомендації. – К.: Гілея, 1987. – 36 с.
40. Про державну підтримку осіб з онкологічними захворюваннями. – Наказ МОЗ України від 9.03.2005. – № 37. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.nbu.gov.ua/portal/Chem_Biol/umch/2006_4pdf.

41. Про заходи подальшого покращення і розвитку онкологічної допомоги населенню. Наказ МОЗ України від 30.12.1992р. – № 208. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua/ua/main/docs/13906>.
42. Про онкологічну службу України та надання онкологічної допомоги населенню. Закон України від 03.06.2008р. – №3891-ІІ. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.zakon.rada.gov.ua>.
43. Психолог в охороні здоров'я: питання діагностики, корекції і супервізії. – К: Гілея, 1999. – 456 с.
44. Равіч Р.Д. Ви не самотні. Книга для батьків, у яких діти хворі на рак / Р.Д. Равіч. – Київ: Свічадо, 2000. – 63 с.
45. Райт У. Соціальні аспекти здоров'я// Актуальні проблеми психології. – К: Збірник наукових праць інституту психології ім. Г.С.Костюка, т.2. К., 1998. – С. 99-101.
46. Рак в Україні, 2008-2013: захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. – К.: Вид-во МОЗ, 2013. – 38 с.
47. Реабілітація онкологічних хворих / В.Н. Герасименко, Ю.В. Артюшенко, А.Т. Амирасланов та ін.; Під ред. В.Н. Герасименко. – К.: Гілея, 1988. – С. 34-36.
48. Реабілітація онкологічних хворих [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.netoncology.ru/view.php?id=1108>.
49. Русина Н.А. Емоції і стрес при онкологічних захворюваннях / Н.А. Русина // Світ психології. Науково-методичний журнал. – 2002. – № 4. – С. 152-160.
50. Саймонтон К. Психотерапія раку. – К.: Гілея, 2015. – 230 с.
51. Сафонова Л.В. Зміст та методика психосоціальної роботи / Л.В. Сафонова. – К: Гілея, 2016. – 123 с.
52. Силасте Г.Г. Соціальна адаптація сімей з онкологічними хворими дітьми // Збірник наукових праць інституту психології ім. Г.С.Костюка, т.8. К., 2023. – С. 56-64.
53. Собчик Л.М. Модифікований восьмикольоровий тест Люшера. – К.: Гілея, 2022. – 112 с.

54. Соколова О.А. Проблеми психологічної реабілітації онкохворих. – Харків: Гілея, 2013. – 116 с.
55. Судаков К.В. Системні механізми емоційного стресу / К.В. Судаков. – Харків.: Медицина, 1991. – 232 с.
56. Чаклин А.В. Психологічні аспекти онкології / А.В. Чаклин // Питання онкології. – 1992. – № 7. – С. 73-88.
57. Чому в Україні рак – вирок? [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.tovarish.com.ua/print/Chomu_v_Uk.html.
58. Шалімов С.О. Концептуальні питання оптимізації онкологічної допомоги населенню на основі запровадження державної підтримки осіб з онкологічними захворюваннями / О.О. Шалімов, З.П. Литвиненко, О.М. Федоренко, Т.М. Ліщишина // Український медичний часопис. – 2006. – № 4 (54). – С. 33-39.
59. Янко Е.В. Про психологічний аспект медико-соціальної роботи у онкологічному відділенні. – К. Гілея, 2014 – 180 с.

ДОДАТКИ

Додаток А

Дані по клінічному інтерв'ю

	Чуйність	Залежність	Незалежність	Активність	Пасивність	Агресивність	Впевненість	Роздратованість	Алекситимія	Інтрапунитивність	Недовіра	Депресія	Розлади сну	Тривожність	Потреба в емпатії
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															
22															
23															
24															
25															
26															
27															
28															
29															
30															
31															
32															
33															
34															
35															
36															
37															
38															
39															
40															
серед	26	17	15	14	22	5	14	13	7	10	16	5	22	37	37
	66%	42,5%	37,5%	35%	55%	12,5%	35%	32,5%	17,5%	25%	40%	12,5%	56%	92,7%	92,7%

Додаток Б

Питання клінічного інтерв'ю.

I блок. Знайомство, встановлення контакту, зняття напруги у хворого.

1. Як вас звуть?
2. Ми поговоримо сьогодні про те, як Ви себе відчуваєте і що Вас турбує.
3. Скільки Вам років?
4. Чи є у Вас сім'я?
5. Ваша освіта і професія?

II блок. Підтвердження аналітичних даних.

1. Як давно Ви хворієте?
2. Що Ви знаєте про своє захворювання?
3. З якого часу Ви знаходитесь в стаціонарі?
4. З якою метою ви знаходитесь в стаціонарі?
5. З чим пов'язуєте своє захворювання?

III блок. Виявлення преморбідних особливостей особистості.

1. Розкажіть про свої особливості до хвороби?
2. Як Ви себе відчуваєте зазвичай у важких ситуаціях?
3. Чи не можете Ви розповісти про яку-небудь конкретну ситуацію?
4. Як Ви себе відчували до хвороби?
5. Який зазвичай у Вас настрій?
6. Від чого залежить Ваш настрій?
7. Які у Вас стосунки з близькими?

IV блок. Виявлення наявності психологічних конфліктів та їх специфіки.

1. Як би Ви хотіли поводитись у важких ситуаціях?
2. Як би Ви хотіли себе почувати у важких ситуаціях?
3. Що заважає Вам бути таким, яким ви себе описуєте?
4. Ваше ставлення до медперсоналу?
5. Як складаються Ваші стосунки з хворими по палаті?

V блок. Виявлення особливостей внутрішньої картини хвороби.

1. Як Ви себе відчуваєте зараз?
2. Що турбує Вас на даний момент?
3. Як Ви ставитеся до одержуваного лікування?
4. Ви все виконуєте, що рекомендує доктор?
5. У цьому положенні Вам потрібна допомога близьких?
6. Ваші плани на майбутнє?
7. Що б Ви хотіли побажати самому собі?

Додаток В

Лист відповідей до методики «Особистісний диференціал»

Поняття: «Я», «Хвороба», «Здоров'я».

1.	Привабливий	3 2 1 0 1 2 3	Непривабливий
2.	Слабкий	3 2 1 0 1 2 3	Сильний
3.	Говіркий	3 2 1 0 1 2 3	Мовчазний
4.	Безвідповідальний	3 2 1 0 1 2 3	Добросовісний
5.	Упертий	3 2 1 0 1 2 3	Поступливий
6.	Замкнутий	3 2 1 0 1 2 3	Відкритий
7.	Добрий	3 2 1 0 1 2 3	Егоїстичний
8.	Залежний	3 2 1 0 1 2 3	Незалежний
9.	Діяльний	3 2 1 0 1 2 3	Пасивний
10.	Черствий	3 2 1 0 1 2 3	Чуйний
11.	Рішучий	3 2 1 0 1 2 3	Нерішучий
12.	Млявий	3 2 1 0 1 2 3	Енергійний
13.	Справедливий	3 2 1 0 1 2 3	Несправедливий
14.	Розслаблений	3 2 1 0 1 2 3	Напружений
15.	Метушливий	3 2 1 0 1 2 3	Спокійний
16.	Ворожий	3 2 1 0 1 2 3	Доброзичливий
17.	Впевнений	3 2 1 0 1 2 3	Невпевнений
18.	Відлюдний	3 2 1 0 1 2 3	Комунікабельний
19.	Чесний	3 2 1 0 1 2 3	Нещирий
20.	Несамостійний	3 2 1 0 1 2 3	Самостійний
21.	Дратівливий	3 2 1 0 1 2 3	Незворушний

Додаток Д

Дані за методикою ІТТ

№	Загальна		ЕД		АСК		ФОВ		ОП		СРЗ	
	ОТ	СТ	ОТ	СТ	ОТ	СТ	ОТ	СТ	ОТ	СТ	ОТ	СТ
1	3	8	4	5	6	7	4	7	6	7	3	3
2	3	6	4	6	5	6	3	7	5	7	2	3
3	4	7	5	9	6	7	4	8	6	8	3	4
4	5	8	5	7	7	7	5	7	7	7	6	7
5	3	8	4	6	9	8	3	6	9	6	4	4
6	4	6	3	5	3	5	3	6	5	8	4	6
7	2	6	3	6	4	4	2	7	4	7	2	5
8	5	7	4	9	6	7	5	8	6	8	4	5
9	3	6	5	6	6	6	4	8	8	8	3	7
10	4	7	7	8	7	8	4	7	7	9	2	4
11	-1	5	2	5	4	5	-2	5	3	4	1	3
12	3	8	4	7	6	6	4	7	5	6	5	5
13	4	8	4	8	6	7	4	7	4	6	3	3
14	2	5	3	6	5	6	3	6	4	7	3	5
15	5	10	4	10	7	8	6	8	8	9	4	7
16	4	7	5	7	6	7	5	8	6	8	3	6
17	4	6	3	7	6	8	3	7	7	8	5	5
18	5	10	4	6	5	5	6	7	6	9	4	5
19	5	9	6	8	8	7	4	8	7	7	5	7
20	4	6	3	7	4	5	4	7	5	7	3	4
21	1	5	3	6	4	5	1	5	5	7	2	3
22	5	8	4	7	5	8	5	7	6	9	4	4
23	4	7	3	5	6	6	4	8	6	8	3	3
24	4	8	5	8	7	7	3	7	5	8	4	5
25	3	6	6	6	7	8	3	9	5	7	3	3
26	4	7	2	5	5	7	3	8	6	8	-1	1
27	1	6	1	5	5	6	1	6	6	7	2	3
28	5	10	4	10	6	9	4	9	5	9	3	3
29	4	7	5	6	6	8	4	8	6	8	5	6
30	3	5	3	5	6	6	3	6	6	7	2	3
31	5	8	4	7	6	9	6	9	8	9	7	8
32	4	6	4	8	7	8	4	7	6	8	3	3
33	3	6	3	6	5	6	2	6	5	7	2	4
34	1	5	3	5	5	5	-1	6	5	6	1	3
35	5	8	4	9	8	8	5	7	8	7	4	4
36	4	7	5	7	6	8	4	9	7	9	3	5
37	4	8	6	7	7	9	4	9	6	9	5	6
38	3	5	3	6	5	5	2	5	5	7	2	4
39	3	6	2	7	5	7	4	6	5	7	3	5
40	4	8	5	6	7	9	4	7	6	7	6	6
серед нє	3,5	7	3,9	6,7	5,8	6,8	3,5	7,1	5,9	7,5	3,3	4,5

Додаток Е

Дані по методу колірних виборів		
№ з/п	Колірний ряд	Тривога
1	6 3 1 2 5 0 4 7	4
2	1 6 3 4 2 5 0 7	2
3	5 1 0 6 7 2 4 3	7
4	4 6 3 5 2 0 7 1	5
5	5 1 0 6 2 4 7 3	5
6	4 0 5 2 1 3 6 7	4
7	4 6 5 1 2 0 3 7	5
8	6 4 3 5 1 2 7 0	4
9	4 6 3 5 0 7 1 2	7
10	4 0 3 7 1 6 5 2	5
11	5 6 7 3 1 2 4 0	6
12	4 6 3 5 2 1 7 0	3
13	1 0 3 2 6 7 4 5	4
14	5 1 3 7 6 2 0 4	4
15	1 3 6 5 2 0 7 4	4
16	3 6 5 4 1 2 7 0	4
17	0 4 6 3 5 2 1 7	7
18	6 4 3 5 2 0 1 7	5
19	4 0 3 2 6 7 5 4	5
20	6 4 5 1 2 0 3 7	6
21	3 6 7 2 1 5 4 0	4
22	4 0 3 7 1 6 5 2	5
23	1 6 3 5 7 0 4 2	7
24	6 1 3 2 0 7 5 4	6
25	5 1 0 6 2 4 7 3	5
26	3 6 5 1 2 4 0 7	4
27	6 3 4 2 5 7 1 0	5
28	0 3 6 5 2 1 7 4	8
29	5 1 0 6 7 2 4 3	7
30	6 3 5 1 2 4 7 0	5
31	6 5 3 4 1 2 7 0	6
32	6 1 0 3 2 7 5 4	7
33	5 7 1 0 6 2 4 3	9
34	6 3 1 5 2 4 7 0	4
35	4 6 3 5 1 0 2 7	4
36	3 6 1 2 5 7 4 0	3
37	4 6 3 7 5 2 0 1	6
38	6 1 3 2 5 4 7 0	4
39	4 6 3 5 0 2 1 7	5
40	7 1 3 5 0 2 4 6	6
Середнє		5,2