

Товариство з обмеженою відповідальністю
«Київський інститут сучасної психології та психотерапії»

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

НЕФЕДОВА ТЕТЯНА ОЛЕКСАНДРІВНА

УДК 159.9:[616.19-006-06:616.89-008.454:616.89-008.441]

ДИСЕРТАЦІЯ
ПСИХОЛОГІЧНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ ОНКОПАЦІЄНТІВ З РАКОМ
МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

Спеціальність 053 Психологія
Галузь знань 05 Соціальні та поведінкові науки

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

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

_____ Т.О. Нефедова

Науковий керівник: **Завязкіна Наталія Володимирівна**, доктор психологічних наук, професор кафедри клінічної психології «Київського інституту сучасної психології та психотерапії».

Київ - 2024

АНОТАЦІЯ

Нефедова Т.О. Психологічне благополуччя онкопацієнтів з раком молочної залози – *Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.*

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 053 – Психологія (галузь знань – 05 Соціальні та поведінкові науки). – Товариство з обмеженою відповідальністю «Київський інститут сучасної психології та психотерапії», Київ, 2024.

Дисертаційне дослідження присвячене комплексному теоретико-емпіричному вивченню психологічного благополуччя жінок з раком молочної залози (РМЗ), що є найпоширенішим типом онкологічних захворювань серед жінок у всьому світі. У роботі досліджено психологічні аспекти життя онкопацієнтів з РМЗ, зокрема емоційний стан, рівень стресу, депресії та тривоги, а також вплив цих чинників на загальний рівень психологічного благополуччя. Особлива увага приділяється таким факторам, як соціальна підтримка, адаптація до хвороби, використання копінгових стратегій, а також впливу фінансового стану на можливості лікування та якість життя пацієнток. Розглянуто взаємозв'язок між емоційними, соціальними та фізичними аспектами благополуччя і проаналізовано, як ці фактори змінюються на різних етапах лікувального процесу.

У дослідженні визначено, що онкопацієнтки з РМЗ зазнають значного емоційного та психологічного тиску через діагностику і лікування. Виявлено, що процес лікування, особливо ад'ювантна терапія (хіміотерапія, радіотерапія тощо), призводить не лише до фізичних побічних ефектів, але також суттєво впливає на психологічний стан пацієнтів, зокрема на рівень тривоги та депресії. Такі симптоми часто супроводжуються страхом рецидиву, соціальним відчуженням та зниженням самооцінки.

Теоретична частина роботи розглядає дві ключові парадигми психологічного благополуччя: гедоністичну та евдемонічну. Гедоністична модель зосереджена на задоволенні та балансі позитивних і негативних емоцій,

тоді як евдемонічна підкреслює значення особистісного розвитку, досягнення цілей та пошуку сенсу життя. У роботі проаналізовано сучасні інтегровані підходи до розуміння психологічного благополуччя, що поєднують ці дві концепції, та їхній вплив на онкопацієнок з РМЗ.

На основі теоретичних висновків було створено модель психологічного благополуччя жінок з РМЗ, яка враховує вплив трьох основних груп факторів: адаптації до хвороби, емоційного стану та соціальної підтримки. Особливу увагу приділено аналізу впливу емоційних станів, таких як тривога і депресія, які суттєво погіршують психологічний стан пацієнок, а також значущості соціальної підтримки, яка відіграє ключову роль у процесі адаптації до захворювання.

В рамках емпіричного дослідження було проведено комплексну оцінку психологічного благополуччя онкопацієнок з РМЗ на різних етапах лікувального процесу. Вибірка складалася з 144 жінок, які проходили лікування РМЗ на різних стадіях. Для оцінки благополуччя було використано кілька психодіагностичних інструментів, зокрема «Опитувальник якості життя онкопацієнтів» (EORTC QLQ-30), що дозволяє оцінити фізичні, емоційні та соціальні аспекти благополуччя, «Шкала загального індексу психологічного благополуччя» (PGWBI) для визначення загального рівня благополуччя, «Шкала емоційних станів» (PANAS) для вимірювання позитивних і негативних емоцій, «Госпітальна шкала тривоги та депресії» (HADS) для оцінки емоційного стану, а також «Багатовимірна шкала оцінки соціальної підтримки» (MSPSS) для визначення рівня підтримки з боку соціального оточення.

Результати дослідження свідчать, що рівень психологічного благополуччя онкопацієнок з раком молочної залози значно залежить від соціо-демографічних характеристик, зокрема фінансового стану та наявності психічних розладів. Жінки з вищим фінансовим статусом мали кращі показники загального благополуччя, оскільки могли забезпечити собі доступ до якісного лікування та підтримки, що знижувало рівень тривоги та депресії. Пацієнтки з діагностованими психічними розладами мали значно нижчі показники

психологічного благополуччя, що свідчить про важливість своєчасної психологічної допомоги.

Окрім того, було виявлено, що адаптація до хвороби, емоційний стан та соціальна підтримка є ключовими факторами, що впливають на загальний індекс благополуччя. Найбільший внесок у зниження благополуччя вносили тривога та депресія, тоді як сильна соціальна підтримка та ефективні стратегії адаптації позитивно впливали на загальний стан пацієнток, підвищуючи їх психологічну стійкість.

Наукова новизна та теоретичне значення роботи полягають у комплексному теоретико-емпіричному дослідженні психологічного благополуччя жінок з раком молочної залози, яке охоплює ключові аспекти емоційного, соціального та психічного стану пацієнток. Вперше розроблено й апробовано емпіричну модель психологічного благополуччя онкопацієнток, яка враховує вплив таких факторів, як адаптація до хвороби, емоційний стан та соціальна підтримка. Це дослідження розширює теоретичні уявлення про психологічне благополуччя у контексті онкологічних захворювань, пропонуючи нові підходи до вивчення взаємодії емоційних та соціальних факторів у процесі лікування.

Також у дослідженні встановлено значущі взаємозв'язки між соціо-демографічними характеристиками, рівнем фінансового забезпечення та психологічним станом пацієнток, що дозволяє більш точно передбачати рівень благополуччя залежно від цих факторів. Теоретичне значення роботи полягає у доповненні існуючих наукових підходів до вивчення психологічного благополуччя в психоонкології, зокрема у контексті впливу фінансового стану, наявності психічних розладів та соціальної підтримки на загальну якість життя пацієнток з РМЗ.

Практичне значення роботи полягає у впровадженні розробленої емпіричної моделі психологічного благополуччя онкопацієнток з раком молочної залози, що може бути використана у клінічній практиці для оцінки психологічного стану пацієнток на різних етапах лікування. На основі отриманих

результатів можливе створення індивідуальних психотерапевтичних програм, спрямованих на покращення емоційного стану, підвищення адаптаційних можливостей та забезпечення належного рівня соціальної підтримки. Розроблені рекомендації можуть бути застосовані медичними психологами, психотерапевтами та медичним персоналом для ефективнішого супроводу пацієнток під час лікування та реабілітації. Практичне значення роботи також полягає у можливості використання отриманих результатів для створення групових програм психологічної підтримки, які враховують ключові аспекти емоційного стану, такі як тривога та депресія, а також значущість соціальної підтримки в процесі адаптації до захворювання.

Ключові слова: психологічне благополуччя, онкозахворювання, психосоматика, психодіагностика, тривога, депресивний розлад, особистість, якість життя, фрустрація, психокорекція, психологічна допомога, адаптація, самооцінка жінки, психотерапія, пацієнт.

ABSTRACT

Nefedova T.O. Psychological Well-being in Breast Cancer Patients – A qualifying scientific work presented as a manuscript.

Dissertation for obtaining the degree of Doctor of Philosophy in Specialty 053 – Psychology (Field of Knowledge – 05 Social and Behavioral Sciences). – Ltd Kyiv Institute of Modern Psychology and Psychotherapy, Kyiv, 2024.

The dissertation research is dedicated to the comprehensive theoretical and empirical study of psychological well-being in women with breast cancer (BC), which is the most common type of cancer among women worldwide. The work examines the psychological aspects of the lives of oncology patients with BC, including emotional state, stress levels, depression, and anxiety, as well as the impact of these factors on the overall level of psychological well-being. Special attention is given to factors such as social support, adaptation to illness, the use of coping strategies, and the influence of financial status on treatment opportunities and quality of life for patients. The interplay between emotional, social, and physical aspects of well-being is explored, along with how these factors change at different stages of the treatment process.

The study determines that oncology patients with BC experience significant emotional and psychological pressure due to diagnosis and treatment. It was found that the treatment process, particularly adjuvant therapy (chemotherapy, radiotherapy, etc.), leads not only to physical side effects but also significantly impacts the psychological state of patients, especially anxiety and depression levels. Such symptoms are often accompanied by fear of recurrence, social isolation, and decreased self-esteem.

The theoretical part of the work examines two key paradigms of psychological well-being: hedonic and eudaimonic. The hedonic model focuses on satisfaction and the balance of positive and negative emotions, while the eudaimonic model emphasizes the importance of personal development, goal achievement, and the search for meaning in life. The work analyzes modern integrated approaches to understanding psychological well-being that combine these two concepts and their impact on oncology patients with BC.

Based on theoretical conclusions, a model of psychological well-being for women with BC was created, taking into account the influence of three main groups of factors: adaptation to illness, emotional state, and social support. Particular attention is given to analyzing the impact of emotional states such as anxiety and depression, which significantly worsen the psychological state of patients, as well as the importance of social support, which plays a key role in the adaptation process to the illness.

As part of the empirical study, a comprehensive assessment of psychological well-being in oncology patients with BC was conducted at different stages of the treatment process. The sample consisted of 144 women undergoing treatment for BC at various stages. Several psychodiagnostic tools were used to assess well-being, including the "Quality of Life Questionnaire for Cancer Patients" (EORTC QLQ-30), which allows for the evaluation of physical, emotional, and social aspects of well-being; the "General Psychological Well-Being Index" (PGWBI) to determine the overall level of well-being; the "Scale of Emotional States" (PANAS) to measure positive and negative emotions; the "Hospital Anxiety and Depression Scale" (HADS) to assess emotional state; and the "Multidimensional Scale of Perceived Social Support" (MSPSS) to determine the level of support from the social environment.

The results of the study indicate that the level of psychological well-being in oncology patients with breast cancer significantly depends on socio-demographic characteristics, particularly financial status and the presence of mental disorders. Women with higher financial status reported better overall well-being, as they could access quality treatment and support, which reduced levels of anxiety and depression. Patients diagnosed with mental disorders had significantly lower levels of psychological well-being, indicating the importance of timely psychological assistance.

Furthermore, it was found that adaptation to illness, emotional state, and social support are key factors influencing the overall well-being index. Anxiety and depression had the greatest negative impact on well-being, while strong social support and effective adaptation strategies positively influenced patients' overall condition, enhancing their psychological resilience.

The scientific novelty and theoretical significance of the work lie in the comprehensive theoretical and empirical study of psychological well-being in women with breast cancer, covering key aspects of emotional, social, and mental states of patients. For the first time, an empirical model of psychological well-being for oncology patients was developed and tested, taking into account factors such as adaptation to illness, emotional state, and social support. This research expands theoretical understanding of psychological well-being in the context of cancer, offering new approaches to studying the interaction of emotional and social factors during treatment.

The study also established significant relationships between socio-demographic characteristics, financial status, and patients' psychological states, allowing for more accurate predictions of well-being levels based on these factors. The theoretical significance of the work lies in supplementing existing scientific approaches to studying psychological well-being in psycho-oncology, particularly concerning the impact of financial status, the presence of mental disorders, and social support on the overall quality of life for patients with BC.

The practical significance of the work lies in implementing the developed empirical model of psychological well-being for oncology patients with breast cancer, which can be used in clinical practice to assess the psychological state of patients at different stages of treatment. Based on the results obtained, it is possible to create individualized psychotherapeutic programs aimed at improving emotional states, enhancing adaptive capacities, and ensuring an adequate level of social support. The developed recommendations can be applied by medical psychologists, psychotherapists, and medical personnel for more effective support of patients during treatment and rehabilitation. The practical significance of the work also includes the potential use of the findings to create group psychological support programs that address key aspects of emotional states such as anxiety and depression, as well as the importance of social support in the adaptation process to illness.

Keywords: psychological well-being, oncology, psychosomatics, psychodiagnostics, anxiety, depressive disorder, personality, quality of life, frustration,

psychocorrection, psychological support, adaptation, women's self-esteem, psychotherapy, patient.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

публікації у фахових виданнях України:

1. Нефедова, Т. (2021). Структурні особливості психологічного благополуччя онкологічних пацієнтів з раком молочної залози. *Фаховий науковий журнал «Габітус»*, (28), 86-93. <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2021.28.14>
2. Nefedova, T. (2022). Efficacy of Psychotherapeutic Interventions in the treatment of Breast cancer Patients. *Збірник наукових праць "Проблеми сучасної психології"*, (58), 156-182. <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2022-58.156-182>
3. Нефедова, Т. (2023). Психометричні властивості української версії шкали PGWBI на вибірці онкопацієнтів з раком молочної залози. *Київський журнал сучасної психології та психотерапії*. 2(6). 69-79. <https://doi.org/10.48020/mppj.2023.02.08>

наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

4. Нефедова, Т., Завязкіна, Н. (2021). *Актуальні питання дослідження психологічного благополуччя пацієнтів з раком молочної залози*. Science of post-industrial society: globalization and transformation processes : міжнародна науково-практична конференція (4 червня, 2021). Вінниця, UKR - Відень, AUT. 321-323. <https://doi.org/10.36074/grail-of-science.04.06.2021.062>
5. Нефедова, Т., Завязкіна, Н. (2021). *Психологічні особливості онкологічних пацієнтів з раком молочної залози*. Збірник наукових праць ЛОГОС (9 жовтня 2021). <https://doi.org/10.36074/logos-01.10.2021.v2.13>
6. Нефедова, Т., Завязкіна, Н. (2022). *Особливості застосування психотерапевтичних підходів у роботі з онкопацієнтами з раком молочної залози*. Collection of scientific papers «SCIENTIA», (November 18, 2022; Stockholm, Sweden), 179-182.
7. Нефедова, Т. (2023). *Емпірична модель оцінки параметрів*

психологічного благополуччя у онкопацієнтів з раком молочної залози. Війна та мир. Психологія на службі людини : матеріали науково-практичної конференції студентів та аспірантів (23 квітня 2023 р.). Київ, Україна.

ЗМІСТ

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ОНКОПАЦІЄНТІВ З РАКОМ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ.....	22
1.1. Психологічні особливості онкологічних пацієнтів з раком молочної залози	22
1.2. Психологічне благополуччя особистості та основні підходи до його вивчення.....	32
1.3. Структурні особливості психологічного благополуччя онкологічних пацієнтів з раком молочної залози.....	41
1.4. Вплив етапів лікувального процесу на психологічне благополуччя онкологічних пацієнтів з раком молочної залози.....	54
1.5. Основні психотерапевтичні підходи в роботі з онкологічними пацієнтами з раком молочної залози.....	64
Висновки до першого розділу	74
РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ОНКОПАЦІЄНТІВ З РАКОМ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ.....	78
2.1. Характеристика досліджуваної вибірки та збору даних.....	78
2.2. Емпірична модель дослідження психологічного благополуччя онкопацієнтів з раком молочної залози.....	100
2.3. Методичний інструментарій дослідження.....	111
Висновки до другого розділу.....	144
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ОНКОПАЦІЄНТІВ З РАКОМ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ.....	146
3.1. Аналіз відмінностей у параметрах психологічного благополуччя онкопацієнтів залежно від соціо-демографічних характеристик	146
3.2. Аналіз факторів, що впливають на рівень психологічного благополуччя онкопацієнтів з раком молочної залози.....	172
3.3. Аналіз динаміки психологічного благополуччя в залежності від клінічної стадії захворювання і психосоціальних факторів.....	186
3.4. Практичні напрямки роботи з онкопацієнтами з РМЗ.....	200
Висновки до третього розділу	202
ВИСНОВКИ	206
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	209
ДОДАТКИ.....	243

ВСТУП

Актуальність теми. Рак молочної залози (РМЗ) є найпоширенішим типом онкологічних захворювань серед жінок у всьому світі. За даними GLOBOCAN, за 2020 рік рак молочної залози діагностували більше ніж у 2,2 мільйона жінок, і ця цифра продовжує зростати. Передбачається, що до 2050 року захворюваність на РМЗ сягне 3,2 мільйони випадків. Ця статистика демонструє масштабність захворювання, а отже і необхідність вдосконалення методів його скринінгу, профілактики та лікування. І якщо медична складова питання є безумовним фокусом більшості сучасних досліджень з даної теми, то психологічний компонент часто залишається поза увагою вчених.

Встановлення діагнозу та лікування раку молочної залози негативно позначається на психологічному стані онкопацієнтів та виснажує їхні психологічні ресурси. Психологічним аспектам онкозахворювання присвячені роботи таких вчених як Дж.Холланд, А.Фекете, М.Карлссон, Р.Рояк-Шалер, Дж.Забора С.Грір та інші. У процесі лікування відбувається зміна способу життя онкопацієнта: необхідність виділення часу на лікувальні процедури, відмова від довгострокових планів, перебудова розпорядку дня та соціальних стосунків. До того ж, онкопацієнти з РМЗ мають свою специфіку, яка в першу чергу пов'язана із необхідністю проведення мастектомії – хірургічного втручання з видалення молочної залози, яке часто супроводжується помітним післяопераційним дефектом, впливає на картину тіла, самооцінку, сексуальність та фертильну функцію. Психологічні особливості онкопацієнтів з РМЗ відображені в роботах А.Кастро, Дж.Еппінг-Джордана, А.Стентона, С.Шапіро, Т.Сахно. Більшість жінок переживають сильний стрес, тривогу та депресію, пов'язані з захворюванням. На рівні фізіології лікувальний процес часто супроводжується низкою побічних ефектів: втомою, нудотою, болями, фертильною та сексуальною дисфункцією. На міжособистісному рівні може спостерігатися погіршення стосунків, зниження якості та кількості спілкування, а отже і соціальної підтримки. На соціально-економічному рівні, в той же час, відбувається зміна соціального статусу, іноді – втрата роботи або погіршення

матеріального стану. Всі перераховані параметри пов'язані із рівнем психологічного благополуччя.

Психологічне благополуччя є комплексним та багатовимірним конструктом, який складається з багатьох компонентів. Серед них виділяють фізичний, соціальний, емоційний, духовний, функціональний, економічний та суб'єктивний аспекти (Б.Рутман, Н.Каргіна, Ф.Брайант, М.Віссінг). Психологічне благополуччя досліджується в рамках двох взаємопов'язаних наукових парадигм: гедоністичної (Е.Дінер, Н.Бредб'орн) та евдемонічної (К.Ріфф, А.Маслоу, К.Юнг, Роджерс, Г.Олпорт, Е.Еріксон, Ш.Бюлер, М.Яхода). Психологічне благополуччя є вирішальним фактором, який впливає на здатність онкопацієнта адаптуватися до захворювання, а отже зробити процес лікування швидшим, комфортнішим та ефективнішим. В рамках онкопсихології психологічне благополуччя вивчали Дж.Блум, Ц.Лерман, Л.Річардсон Гібсон, Л.Росс, М.Фіроузбахт, Ф.Хсяо. Більше того, існують численні дослідження, в яких повідомляється про зв'язок психологічного благополуччя онкопацієнтів із зниженням фізіологічного стресу та модулюванням імунної функції (А.Бакке, Р.Рохас, А.Абдурахман, Р.Бранстром, Л.Джанусек, А.Реіг-Феррер, Д.Хаммонд). Тобто, високий рівень психологічного благополуччя може впливати не тільки на психологічний стан онкопацієнтів, але і на хід лікування загалом. Очевидним, але не менш важливим моментом є те, що психологічно благополучні онкопацієнти більшою мірою орієнтовані на досягнення позитивного результату лікування. Тому вони будуть охочіше залучатися в процес та задіюватимуть свої психологічні ресурси у конструктивному руслі, на відміну від тих, хто не адаптувався до захворювання. На ранніх стадіях це дозволить з більшою ймовірністю досягти довготривалої ремісії, на пізніх – максимально подовжити очікувану тривалість життя.

Відтак, постає питання про те, яку структуру має психологічне благополуччя онкопацієнтів з РМЗ та які фактори впливають на його динаміку, враховуючи специфіку раку молочної залози. Актуальність проблеми психологічного благополуччя онкопацієнтів з РМЗ і недостатня розробленість її

основних аспектів зумовили вибір теми дисертаційного дослідження – «Психологічне благополуччя онкопацієнтів з раком молочної залози».

Зв'язок дослідження з науковими програмами, темами, планами. Дослідження виконано у відповідності до тематичного плану науково-дослідної роботи кафедри клінічної психології та в межах науково-дослідницької теми «Психодіагностика якості життя в сучасному українському суспільстві (НДР 0121U110751). Тему дисертаційного дослідження затверджено на засіданні Вченої ради КІСПП (протокол № 5 від 02.03.2021 року).

Об'єкт дослідження: психологічне благополуччя особистості.

Предмет дослідження: психологічне благополуччя онкопацієнтів з раком молочної залози.

Мета дослідження полягає у вивченні впливу онкозахворювання на психологічне благополуччя жінок з РМЗ із врахуванням зовнішніх та внутрішніх компенсаторних чинників.

Завдання дослідження були сформульовані відповідно до мети:

1. На основі теоретичних положень дослідити структурні особливості психологічного благополуччя у онкологічних пацієнтів з раком молочної залози, визначивши основні фактори, що впливають на рівень їхнього емоційного стану та психосоціальної адаптації.

2. Визначити вплив етапів лікувального процесу на психологічне благополуччя онкологічних пацієнтів з раком молочної залози та обґрунтувати доцільність використання певних психотерапевтичних підходів для підвищення психологічної стійкості на різних етапах лікування.

3. На основі аналізу основних теоретичних та методологічних підходів до вивчення психологічного благополуччя в психоонкології розробити теоретичну модель структури психологічного благополуччя онкопацієнтів з РМЗ.

4. Розкрити параметри психологічного благополуччя у онкопацієнтів з РМЗ та проаналізувати їх відмінності залежно від соціо-демографічних характеристик.

5. Виявити фактори, які пов'язані із загальним рівнем та параметрами психологічного благополуччя у онкопацієнтів з РМЗ.

6. Визначити характер змін в загальному рівні та параметрах психологічного благополуччя онкопацієнтів з РМЗ з часом під дією внутрішніх та зовнішніх чинників.

Методи дослідження. Для досягнення мети та вирішення поставлених завдань у дисертаційному дослідженні було використано комплексний підхід, який включав наступні методи:

1. Теоретичний метод: аналіз наукових джерел для систематизації та узагальнення сучасних емпіричних даних щодо психоемоційного стану жінок, які хворіють на рак молочної залози.

2. Клініко-психологічний метод: збір анамнестичних даних, що відображають життєві обставини та особливості соціальних контактів пацієнток з раком молочної залози. Ретельна оцінка психологічних і соціальних чинників, що можуть впливати на емоційний стан пацієнток з раком молочної залози. Аналіз на основі даних медичної документації, включаючи тип лікування, стадію хвороби та рівень соціальної підтримки (анкета).

3. Психодіагностичний метод: використовувався для оцінки різних аспектів психологічного благополуччя пацієнток з раком молочної залози. Для цього було застосовано низку стандартизованих психодіагностичних інструментів (методик).

4. Методи статистичної обробки: статистичні обчислення проводилися за допомогою програмного пакета RStudio (версія 2023.06.2), який включав дескриптивні статистики (медіана, середнє арифметичне значення, стандартне відхилення), аналіз розподілу (критерій Шапіро-Уїлка), порівняння груп (критерій Манна-Уїтні, Крускал-Уолліса), кореляційний аналіз (Спірмена), регресійний аналіз (множинна регресія, регресія з модерацією та медіацією, лінійна змішана модель), факторний аналіз, аналіз внутрішньої узгодженості (α -Кронбаха).

У дисертаційному дослідженні було використано наступний

психодіагностичний інструментарій:

- 1) Соціо-демографічна анкета: для збору базової інформації про респондентів, включаючи вік, фінансовий стан, сімейний статус, рівень освіти, наявність дітей, стадію захворювання, види лікування та рівень соціальної підтримки. Ці дані використовувалися для аналізу впливу соціо-демографічних характеристик на психологічне благополуччя пацієнток.
- 2) Опитувальник якості життя онкопацієнтів (EORTC QLQ-30): застосовувався для оцінки фізичних, емоційних та соціальних аспектів якості життя пацієнток, зокрема їхнього сприйняття власного здоров'я та функціонування у щоденному житті.
- 3) Шкала загального індексу психологічного благополуччя (PGWBI): дозволяла вимірювати загальний рівень психологічного благополуччя пацієнток, включаючи оцінку їхнього емоційного стану, самопочуття, життєвого задоволення та стресостійкості.
- 4) Шкала емоційних станів (PANAS): для оцінки позитивних та негативних емоцій, що дозволяло виявити баланс між позитивними та негативними переживаннями у пацієнток під час лікування.
- 5) Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS): використовувалася для виявлення рівня тривоги та депресії, які є критичними показниками емоційного стану онкопацієнток.
- 6) Шкала психічної адаптації до онкологічного діагнозу (MAC): дозволяла оцінити здатність пацієнток адаптуватися до діагнозу та виявити стратегії подолання стресу, що впливають на їхнє психологічне благополуччя.
- 7) Багатовимірна шкала оцінки соціальної підтримки (MSPSS): використовувалася для визначення рівня підтримки з боку родини, друзів та медичного персоналу, яка є важливим чинником у процесі адаптації та підтримки психологічного стану.

Теоретико-методологічну основу дослідження склали концептуальні уявлення про природу, механізми та фактори психологічного благополуччя, а також вплив соціально-психологічних чинників на емоційний стан онкологічних

пацієнтів. Серед основних наукових джерел були роботи з вивчення психологічного благополуччя (Б.Рутман, Н.Каргіна, Ф.Брайант, М.Віссінг, Е.Дінер, Н.Бредб'юрен, К.Ріфф, А.Маслоу, К.Юнг, Роджерс, Г.Олпорт, Е.Еріксон, Ш.Бюлер, М.Яхода), концепції сенсу життя (Дж. Крамбо, Л. Махолік, В. Панок, Г. Рудь, В. Франкл), дослідження соціально-психологічної підтримки онкопацієнтів (Н. Ааронсон, М. Бойтель, С. Бланко, В. Брайтбарт), концепції копінг-стратегій та адаптації до хвороби (С. Карвер, М. Карлссон, М. Шаєр, Дж. Вайнтрауб, Г. Філазоглу, Дж. Кім, П. Морган, І. Остер), дослідження якості життя у пацієнтів з раком (Дж.Блум, Ц.Лерман, Л.Річардсон Гібсон, Л.Росс, М.Фіроузбахт, Ф.Хсяо, М. Феррелл, М. Грант, Б. Фанк, М. Аполоне).

Наукова новизна дослідження полягає в тому, що:

- уперше проведено комплексне вивчення структурних особливостей психологічного благополуччя у пацієнок з раком молочної залози (РМЗ). Систематизовано ключові фактори, які впливають на рівень психологічного благополуччя у онкопацієнок з РМЗ, зокрема на різних етапах лікування;

- подальшого розвитку набули концептуальні ідеї щодо механізмів взаємодії трьох груп факторів (емоційного стану, адаптації до хвороби та соціальної підтримки) з рівнем психологічного благополуччя онкопацієнок;

- розроблено емпіричну модель психологічного благополуччя онкопацієнок, яка охоплює такі аспекти: фізичний, економічний, соціальний, функціональний (розвиток та діяльність), емоційний, духовний та суб'єктивний;

- уперше виявлено та систематизовано відмінності у параметрах психологічного благополуччя залежно від соціо-демографічних характеристик пацієнок з РМЗ. Встановлено, що фінансовий стан є одним із ключових факторів, що впливають на рівень психологічного благополуччя, разом з рівнем освіти та наявністю дітей;

- поглиблено розуміння особливостей впливу емоційних станів, таких як тривога та депресія, на психологічне благополуччя, а також копінг-стратегій та соціальної підтримки як протективних факторів;

- уперше отримане нове розуміння динаміки психологічного благополуччя пацієнток з РМЗ, зокрема, що загальний рівень благополуччя залишається відносно стабільним з часом. Проте негативні емоційні стани, такі як тривога і депресія, демонструють поступовий негативний вплив, а роль соціальної підтримки стає все більш значущою на етапах подолання хвороби та відновлення.

- розроблено рекомендації, що базуються на принципах когнітивно-поведінкової терапії та екзистенційної психології та спрямовані на підвищення якості життя онкопацієнток.

Теоретичне значення дослідження полягає в тому, що визначено ключові аспекти психологічного благополуччя пацієнток з раком молочної залози, що включають емоційні, соціальні, духовні та економічні компоненти, і проаналізовано їхній вплив на загальний стан жінок, що переживають лікування. Обґрунтовано важливість соціальної підтримки та копінг-стратегій, які сприяють підвищенню психологічного благополуччя, що дозволяє краще зрозуміти їхню роль у адаптації до захворювання. Поглиблено знання про динаміку емоційних станів, таких як тривога та депресія, в контексті психологічного благополуччя, що дає змогу краще усвідомлювати їхній вплив на пацієнток у різні етапи лікування. Сформульовано концептуальну модель психологічного благополуччя онкопацієнток, що відображає взаємозв'язок між різними факторами та їхній вплив на загальний емоційний стан пацієнток. Систематизовано підходи до вивчення психологічного благополуччя в психоонкології. Розглянуто соціо-демографічні характеристики, які впливають на психологічне благополуччя, що підкреслює значущість індивідуального підходу в психотерапевтичній практиці.

Практичне значення дослідження полягає у тому, що емпірично виокремлено ключові фактори, що впливають на психологічне благополуччя жінок, які проходять лікування від раку молочної залози, що може використовуватись для розробки індивідуалізованих планів психологічної підтримки на всіх етапах терапії. Визначено інструменти для оцінки рівня

психологічного благополуччя, що можуть бути використані в клінічній практиці для моніторингу стану пацієток і корекції терапевтичних стратегій відповідно до їхніх потреб.

Експериментальна база дослідження. Експериментальна база дослідження складається з вибірки, що включає 144 жінки віком від 18 років, які проживають в Україні або за її межами. Клінічна група складається з 98 пацієток з раком молочної залози (РМЗ), включаючи тих, хто проходить лікування, та окремо виділених у ремісії. Контрольну групу формують 46 жінок з іншими онкозахворюваннями. Збір даних здійснювався через тематичні групи в мережі Facebook та з учасницями, які проходили психотерапію у напрямку транзактного аналізу. Опитування проводилося на платформі SurveyMonkey з отриманням інформованої згоди. Дослідження має лонгітюдний дизайн з трьома хвилями збору даних (для основної групи) і проводилося впродовж липня 2022 року – травня 2023.

Достовірність і надійність результатів забезпечувалися методологічною обґрунтованістю вихідних даних, використанням методів, адекватних предмету, меті та завданням дослідження, репрезентативністю вибірки, а також застосуванням як кількісних, так і якісних методів аналізу результатів дослідження. Для забезпечення надійності отриманих даних використовувалися методи математичної статистики, які включали аналіз кореляцій, факторний аналіз і регресійне моделювання, що дозволяло визначити ключові змінні та їх взаємозв'язок.

Апробація результатів дисертаційного дослідження. Основні результати та висновки дослідження доповідалися та обговорювалися на всеукраїнських та міжнародних науково-практичних конференціях, таких як: Міжнародна науково-практична конференція Вінниця-Відень, 04.06.2021; II Міжнародна науково-практична конференція в Парижі, 01.10.2021; II Міжнародна науково-практична конференція в Стокгольмі, 18.11.2022; Науково-практична конференція студентів та аспірантів в Києві, 23.04.2023.

Впровадження результатів здійснювалося на базі ГО «Українська спільнота транзакційного аналізу», у практичній роботі ТОВ «Психодіагностичний центр», у центрі медико-психологічної реабілітації КНГІКОР «Обласне психіатричне наркологічне медичне об'єднання».

Особистий внесок здобувача. Дисертаційне дослідження виконано автором самостійно, усі положення, висновки та рекомендації обґрунтовані на основі проведених особистих досліджень та аналізу отриманих даних. Для аргументації окремих положень використано праці інших науковців, на які зроблено відповідні посилання.

Публікації. Основні результати дисертаційного дослідження відображені у 7 публікаціях, з яких 3 статті опубліковані у фахових наукових виданнях, а також 4 тези доповідей на конференціях. В тезах, підготовлених у співавторстві з Н. Завязкіною доробок автора становить 50%. Всі інші публікації виконані автором одноосібно.

Структура та обсяг дисертації. Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг дисертації становить 254 сторінки, з яких основний текст займає 196 сторінок. У дисертації представлено 63 таблиці, 28 рисунків, а також 12 додатків, що займають 12 сторінок. Список використаних джерел включає 275 найменувань, з яких 268 іноземною мовою.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ОНКОПАЦІЄНТІВ З РАКОМ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

1.1. Психологічні особливості онкологічних пацієнтів з раком молочної залози

Рак молочної залози (РМЗ) - найпоширеніший тип раку серед жінок у всьому світі та основна причина їхньої смертності від онкологічних захворювань. Згідно зі статистикою GLOBOCAN 2020 року, більше ніж 2,2 мільйона жінок діагностували рак молочної залози, із них – близько 685 000 смертних випадків [230]. Це майже на 10% більше, ніж у 2018 році [36]. Прогнозують, що до 2050 року загальна захворюваність на РМЗ серед жінок досягне приблизно 3,2 мільйона нових випадків на рік. Ці цифри відображають масштаби захворюваності на РМЗ, його вплив на суспільство у всьому світі та необхідність термінових заходів з профілактики та лікування [232]. Хоча ймовірність виживання онкопацієнтів з РМЗ зросла в останні роки через скринінг та нові методи лікування, діагностика раку та процес його лікування є випробуванням для всіх хворих на РМЗ. Усвідомлення діагнозу, який традиційно відносять до групи невиліковних, проходження лікування, розуміння прогнозу, усунення побічних ефектів, контроль над можливим рецидивом - це всі стадії стресового процесу, які можуть спричинити психологічну нестабільність і призвести до депресії або інших розладів настрою. До того ж, лікування РМЗ часто супроводжується операційним втручанням з подальшим видимим післяопераційним дефектом. Зміна зовнішніх умов життя через лікування (витрати часу на необхідні процедури, відмова від стратегічних планів, перебудова режиму дня та характеру соціальних зв'язків) обумовлює виснаження психологічних ресурсів та здатності пацієнта до адаптації. Тобто, діагностика та лікування РМЗ спричинюють значний довгостроковий вплив на життя людини та на її психологічний стан [74].

У психологічній науковій літературі й наразі відмічається недостатня кількість робіт, присвячених індивідуально-психологічним особливостям, які вирізняють хворих на рак молочної залози від інших онкологічних пацієнтів, та їх психологічним проблемам.

В першу чергу, спробуємо визначити поняття «психологічна проблема». В психологічних словниках, у науковій та навчальній літературі це поняття рідко визначається та диференціюється.

Так, згідно з Т. Д'Зурілле та співавторів [63] «Проблема (або проблемна ситуація)... - це життєва ситуація або завдання (в теперішньому чи майбутньому), яка вимагає реагування для адаптивного функціонування, проте позитивний результат цієї реакції не очевидний або неможливий через наявність одного або кількох перешкод». А. Блазер та співавтори [30] визначають психологічну проблему як «...надмірність вимог, що пред'являються до адаптаційним можливостям пацієнта».

Л.А.Регуш та колеги [197] зробили спробу операціоналізували поняття психологічної проблеми у рамках різних психотерапевтичних підходів. Вони зазначають, що у когнітивно-біхевіоральному підході психологічну проблему розглядають як задачу та її вирішення [225]. У зарубіжній літературі поняття “задача” та “проблема” мають один переклад «problem». Проте слід розуміти, що для психологічної проблеми, на відміну від задачі, умови та способи вирішення (а іноді і мета) невідомі. У *стрес-центрованому* підході психологічна проблема розглядається через характеристики стресорів [125]. Також Л.А.Регуш та співавтори [197] описують *ситуаційний підхід* дослідження психологічних проблем і пропонують свій власний підхід – *емоційно-рефлексивний*.

С.С.Худоян у своїй роботі “Психологічна проблема: сутність, характеристики, види” [131] проводить ґрунтовний аналіз поняття психологічної проблеми. Він зазначає, що межа між психологічною проблемою та психічним розладом є дуже розмитою, адже дані поняття схожі за змістом, проте одне розглядається в рамках норми, інше – в рамках патології. До того ж, психічний розлад в деяких випадках може бути закономірним наслідком психологічної

проблеми. Також С.С.Худоян виділяє наступні характеристики психологічних проблем:

- 1) динаміка;
- 2) рівень усвідомленості пацієнтом;
- 3) детермінаційна система особистості (спосіб пояснення пацієнтом причини проблеми);
- 4) термін існування;
- 5) особливості прояву;
- 6) ієрархічна структура.

Дискусійним на сьогоднішній день залишається питання про вплив онкозахворювання на особистість та систему цінностей. Більшість вчених вважає тип особистості ендогенною характеристикою, окремі аспекти якої можуть послаблюватися або посилюватися з часом під впливом зовнішніх умов [200]. Натомість, індивідуальні цінності, в залежності від наукової парадигми, розглядаються як багатовимірний конструкт, що має або внутрішнє, або зовнішнє походження та засвоєні (за Ш.Шварцом) адаптації, на які сильно впливає навколишнє середовище [176].

Особливої уваги потребує психологічний стан пацієнток, які пройшли радикальну мастектомію. Операційне втручання, яке видозмінює органи, пов'язані із статевою приналежністю, зазвичай згубно відображається на самооцінці жінки, супроводжується порушеннями у сферах сексуальності та фертильності [121]. Образ тіла концептуалізується як багатогранна конструкція, що визначається як „ментальна репрезентація власного тіла, думок і почуттів щодо його зовнішнього вигляду, привабливості, функціональності, здоров'я та сексуальності» [157]. Незважаючи на сучасні методи збереження та реконструкції грудей після мастектомії, приблизно третина жінок, що пережила хірургічне лікування РМЗ, відчуває дистрес, безпосередньо пов'язаний із порушенням образу тіла. Особливо актуальним це є для молодих жінок, для яких втрачена частина тіла тісно пов'язана з особистістю, самопочуттям і сексуальністю. Серед пацієнтів з РМЗ 73,4% мають сексуальні дисфункції [121].

А.Д.Зікірходжає вважає, що «ті жінки, що мають помітний післяопераційний дефект, повідомляють про відчуття слабкості, незадоволеність своїми можливостями, переживають сумніви у своїй здатності викликати повагу, прихильність та схвалення від інших людей». Також вони піддають сумніву цінність власної особистості, звинувачують себе за свої невдачі, характеризуються низькою самооцінкою. Вони мають значно вищі показники рівня тривоги та депресії, ніж ті жінки, в яких післяопераційний дефект не помітний [273]. До того ж, жінки з помітним післяопераційним дефектом частіше використовують негативний релігійний копінг, ніж онкопацієнтки з невираженим післяопераційним дефектом.

За деяких умов, лікування РМЗ є можливим з помірним хірургічним втручанням (органозберігаючі операції). Вибір на користь даного методу лікування залежить від поширеності процесу і можливості поєднувати його з іншими методами. Органозберігаючі операції позитивно впливають на якість життя як молодих, так і літніх пацієнток. При цьому, в залежності від особистісного профілю, онкопацієнти по-різному можуть сприймати такий тип лікування [273].

Щодо питання рівня психологічного дистресу, який можуть переживати онкопацієнти з РМЗ, важливу роль відіграють індивідуально-психологічні відмінності. Зокрема, тривожність, оптимізм, нейротизм, вибір адаптивних або дезадаптивних копінг-стратегій та пригнічення емоцій є тими психологічними характеристиками, що обумовлюють різницю в здатності онкопацієнтів адаптуватися до захворювання [260]. Але деякі дослідники стверджують, що копінг-стратегії не впливають на психологічний стан жінок з діагностованим РМЗ [231]

Багато онкопацієнтів страждають від психологічного дистресу як безпосереднього результату діагностики та лікування раку. Дистрес щодо онкопацієнтів визначається, за NCCN (National Comprehensive Cancer Network) як «неприємний досвід емоційного, психологічного, соціального чи духовного характеру, який заважає здатності справлятися з лікуванням раку» [112]. NCCN

запропонував використовувати термін «дистрес», який був обраний як нестигматизуюче слово, для включення широкого кола психологічних проблем. Психологічний дистрес є ширшим поняттям, ніж депресія. Він включає континуум психологічних станів, що стосуються занепокоєння, тривоги, депресії, страху та смутку. Попередні дослідження показали, що 20–50% жінок, хворих на рак молочної залози, страждають на психологічний дистрес з моменту встановлення діагнозу, під час лікування та найчастіше в перший рік після встановлення діагнозу [28]. Відомо, що психологічний дистрес у жінок з діагностованим РМЗ супроводжується низкою фізіологічних змін: зниженням активності НК-клітин та зміною рівня цитокінів, що може призвести до прогресування раку [268].

Психологічний дистрес у онкопацієнтів з РМЗ вивчали лонгітудно та дійшли до висновку, що його рівень з часом може знижуватися [28; 180]. Однак в інших роботах повідомляли, що рівень дистресу може підтримуватися протягом тривалого періоду або навіть зростати з часом [14]. Враховуючи, що психологічний дистрес негативно впливає на рівень виживання, якість життя, соціальну сферу та здатність пацієнта справлятися з раком, розуміння його природи та різних моделей розвитку є важливим для надання належної та вчасної психологічної допомоги онкопацієнтам.

На рівень дистресу у онкопацієнтів з РМЗ можуть впливати різні фактори: вік [40], стать [86], фінансові проблеми [253], сімейний стан [46], статус зайнятості, психіатричний анамнез [10] та рівень соціальної підтримки [46]. Деякі дослідники вказують на зв'язок між психологічним дистресом та змінними, безпосередньо пов'язаними з захворюванням, такими як стадія раку та тип лікування [40], тоді як інші дослідження не виявили таких асоціацій [180].

Деякі роботи показують, що емоційний дистрес у онкопацієнтів пов'язаний із схемою реагування на основі уникнення досвіду [98]. Під цим терміном розуміють намагання триматись осторонь від думок, почуттів, спогадів, тілесних відчуттів та інших аспектів суб'єктивних переживань, навіть

коли у довгостроковій перспективі це може бути шкідливо. При цьому, активна життєва діяльність негативно корелює із емоційним дистресом.

Серед людей, що пережили лікування раку, найбільш розповсюдженою психологічною проблемою є страх рецидиву. Але онкопаціенти з РМЗ також часто стикаються з труднощами у шлюбі та статевому житті. До того ж, нерідко присутні фізичні симптоми, які можуть негативно впливати на психічний стан - такі як виснаження та біль [252]. У тих, хто пережив рак молочної залози, також підвищений ризик розвитку симптомів депресії та тривоги порівняно з контрольною групою, принаймні протягом 10 років після встановлення діагнозу [149]. Жінки, які пережили РМЗ у літньому віці, повідомили про проблеми із сприйняттям тіла. Це було пов'язано як з фізичною активністю, так і з психологічним здоров'ям [271].

Одним із найпоширеніших симптомів у хворих на РМЗ є тривога та депресія. За статистичними даними вона відмічається у 10-30% пацієнтів. Пацієнт може відчувати тривогу через очікування негативних наслідків та невпевненості у завтрашньому дні; тривога також може виникнути через страх рецидиву та побічних ефектів лікування [208]. Нещодавні дослідження свідчать про те, що тривога є більш поширеним симптомом у онкопацієнтів з РМЗ, ніж депресія, на відміну від того, що стверджувалося раніше [216].

Разом з тим, серед пацієнтів з усіма типами раку, поширеність депресії у жінок з РМЗ стоїть на третьому місці після раку підшлункової залози та мозку. Розповсюдженість депресії серед хворих на РМЗ оцінюють від 10 до 30%; вона впливає на режим лікування жінок, якість їхнього життя, здатність до самообслуговування та знижує імунітет і шанси на виживання [35]. Діагностування депресії у онкопацієнтів може викликати труднощі, оскільки її симптоми збігаються з фізичними симптомами, що є наслідками хвороби або лікування. І тривога, і депресія мають величезний вплив на онкопацієнтів з РМЗ. Привертає увагу те, що література містить непропорційно велику кількість досліджень, що стосуються пацієнтів молодшого віку, на противагу жінкам старшого віку, хоча показники депресії в обох груп однакові [74]. Однак літні

пацієнти з РМЗ часто переживають більше психологічне навантаження через низку причин. Жінки старшого віку зазвичай мають менший резерв соціальної підтримки, упередженість щодо ефективності лікування та чутливість до негативних аспектів комунікації із медпрацівниками. Вони також можуть бути менш схильні звертатися до психіатра або психолога або взагалі за медичною допомогою. Натомість, жінки старшого віку з РМЗ повідомляють про більшу стурбованість з приводу післяопераційного дефекту та фінансових наслідків, пов'язаних із медичним обслуговуванням, що призводить до затримки лікування раку до трьох місяців [41].

Депресія та дистрес, що виникають після постановки діагнозу раку, тісно пов'язані між собою. На рівні гуморальної регуляції симптоми депресії у онкопацієнтів часто супроводжуються дисфункцією системи кортизолу, тобто стресової вісі гіпоталамус-гіпофіз-наднирники [213]. Оскільки депресія може суттєво погіршити адаптацію онкопацієнта до хвороби, знизити якість життя та ефективність лікування, дуже важливо вчасно відстежувати депресивні симптоми та надавати пацієнту належну психотерапевтичну допомогу. В деяких сучасних роботах пропонується розробити спеціалізований машинний алгоритм для ідентифікації симптомів депресії у онкопацієнтів і таким чином передбачити адаптацію до хвороби [135]. Серед можливих предикторів оптимальної адаптації згадують психологічні риси (оптимізм, оцінка власної здатності впоратися з травмою, стійкість, здатність розуміти хворобу) та суб'єктивне сприйняття особистої функціональності (фізичної, соціальної, когнітивної). В одній з робіт досліджувалися психологічні предиктори розвитку депресії та тривоги у онкопацієнтів після постановки діагнозу [87]. Основною значущою психологічною ознакою, яка передбачала рівень депресії та тривоги, виступав оптимізм. Його вплив частково опосередковувався неадаптивною копінг-стратегією, в якій людина схильна зосереджувати ресурси на власних негативних емоціях, а не на стресорі безпосередньо.

В цьому ж контексті досліджувалася релігійність. В одному з досліджень [20] повідомляється, що висока релігійність у жінок з РМЗ пов'язана зі значно

нижчим рівнем депресії, але не з інтенсивністю сприйняття болю. Вища релігійність була характерна для людей старшого віку, з нижчим рівнем освіти, непрацевлаштованих та тих, що мали більшу кількість дітей. При цьому, тип операції та стадія пухлини не були пов'язані з категоріями депресії або релігійності. Однак психологічний стан високорелігійних онкопацієнтів, що пережили мастектомію, був значно менш пригніченим.

Молоді жінки з РМЗ, що проходять лікування, часто стурбовані питанням фертильності. Хоча рак молочної залози найчастіше діагностується у віці від 55 до 64 років, невелика частка (менше 5%) жінок стикається з цією хворобою до 40 років [107]. Рак молочної залози у молодих жінок, як правило, більш агресивний і має гірший прогноз [109]. За деякими винятками, [181], дослідження показали вікові відмінності у адаптації та якості життя серед пацієнтів з раком молочної залози: молоді жінки мають більш низький рівень психологічної адаптації та якості життя порівняно з літніми жінками [113].

У науковій літературі часто повідомляється, що питання народжуваності є особливо важливими для молодих жінок з РМЗ [97]. У веб-опитуванні проблем народжуваності серед 657 молодих жінок, які перенесли рак молочної залози, 57% повідомляли про значну стурбованість щодо ризику безпліддя після лікування [182]. Фертильність у жінок з РМЗ тісно пов'язана з якістю життя. Наслідками безпліддя може бути високий рівень психологічного дистресу, дезадаптація, депресивні симптоми, тривога, гнів, горе, розлади в стосунках та зниження якості життя [77]. Особливо тяжко безпліддя як наслідок лікування РМЗ може переживатися жінками, що не мали дітей взагалі. В свою чергу, ті жінки, що на момент діагностування безпліддя мали хоча б одну біологічну дитину, меншою мірою переживають вищеперераховані негативні психологічні симптоми [96; 203].

В одній з робіт, присвячених психологічним особливостям жінок з РМЗ [136] виявили, що жорстоке поводження в дитинстві тісно пов'язане з обмеженими психологічними ресурсами та більш вираженими симптомами депресії у онкопацієнтів. Крім того, зниження оптимізму та усвідомленості

опосередковує зв'язок між жорстоким поведінням у дитинстві та симптомами депресії. Ці результати підтверджують існуючу теорію про те, що жорстоке поведіння в дитячому віці пов'язане із зменшенням психологічних ресурсів, що частково пояснює посилення симптомів депресії у вибірці жінок, які стикаються з діагностикою та лікуванням раку молочної залози. Тобто, наявність жорстокого поведіння в дитинстві може бути модератором ефективності лікування онкопацієнтів з РМЗ та потребує подальших досліджень.

Щодо переживання больового синдрому, було з'ясовано, що рівень болю у жінок з діагностованим РМЗ не впливає на їхній психологічний стан [204]. Це дає можливість припустити, що депресія та дистрес у онкопацієнтів мають більшою мірою психологічне походження, ніж фізіологічне. Але це не стосується питання ПТСР. Для деяких пацієнтів з РМЗ їх захворювання може бути настільки травматичним, що призводить до розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

ПТСР - це психічний розлад, що виникає після впливу загрозливих для життя епізодів і характеризується інтенсивним переживанням травматичної події через нав'язливі спогади та кошмари; характерне уникнення нагадувань про подію, негативні зміни в пізнанні та настрої, надмірна пильність до потенційних загроз у навколишньому середовищі, а в деяких випадках - постійні або періодичні симптоми деперсоналізації. Хворі на рак часто описують постійні занепокоєння, кошмари з приводу новоутворень або їх лікування, а також стурбованість рецидивами та майбутнім. Найпоширенішими є симптоми нав'язливих думок - від 11% до 45%. Частота ПТСР, пов'язаного із раком, коливається в межах від 3 до 22% [45].

Важливим постає питання щодо когнітивних змін. Було з'ясовано, що особи, які пережили РМЗ, мали зміни загальних когнітивних здібностей під час або після хіміотерапії. Когнітивні дисфункції, спричинені хіміотерапією, включали порушення пам'яті, здатності до навчання, концентрації уваги, мислення, виконавчих (екзекутивних) функцій, уваги та візуально-просторових навичок під час та після припинення хіміотерапії [212]. Ці симптоми мали суттєві

негативні наслідки для повсякденного життя, включаючи керування автомобілем, оплату рахунків, читання складного матеріалу тощо.

Онкопацієнти з РМЗ характеризуються зміною патернів вираження емоцій. Особливо це стосується гніву: жінки з встановленим діагнозом часто придушують це емоційне переживання [102; 169]. У ситуаціях, в яких інші люди зазвичай відчувають сильний гнів або тривогу, онкопацієнти з РМЗ повідомляють про незначний рівень емоцій. Порівняно з тими, хто має доброякісне новоутворення у молочній залозі, онкопацієнти із злоякісним ураженням проявляють менше ворожості та дратівливості при стресі.

Психологічний профіль онкопацієнтів з РМЗ характеризується гальмуванням афекту, проявом поступливої, послужливої та спокійної поведінки при стресових та загрозливих обставинах. Варто зазначити, що ті онкопацієнти, які реагують на діагноз відчуттям безпорадності та безнадії, або стоїчним прийняттям ситуації, мають більший ризик рецидиву, ніж ті, що виражають заперечення проблеми або мають «бойовий дух» [103]. Саме тому сприяння адекватному вираженню емоцій є дуже важливим аспектом психологічної допомоги онкопацієнтам. Але представлені вище результати варто враховувати, зважаючи на критику популярної теорії про психосоматичне походження раку.

В більшості досліджень повідомляється про помірний зв'язок (або його відсутність) між психосоціальними факторами та раком молочної залози [161]. Пізніше були спроби пов'язати певні стресові життєві події із загальною схильністю до розвитку соматичних захворювань, але результати таких досліджень не завжди узгоджувалися між собою. В одних роботах заперечують будь-який зв'язок між стресовими подіями та виникненням раку молочної залози [190; 204], в інших повідомляється про сильні зв'язки [23; 233]. Такі суперечливі результати можна пояснити використанням в дослідженнях різних моделей та методологій, способом контролю незалежних змінних, характеристиками вибірки та способом вимірювання стресових життєвих подій. Мета-аналіз когортних досліджень з даної теми показав, що стресові події лише незначною мірою збільшують ризик розвитку раку молочної залози [23].

Отже, діагностика та лікування раку молочної залози може призвести до серйозних емоційних наслідків. Жінкам, у яких діагностовано РМЗ, доводиться мати справу не тільки з фізичними, але і з психосоціальними проблемами.

Проте, при повній ремісії деякі з них демонструють посттравматичне зростання (сукупність позитивних психологічних змін, що відбулися з людиною після того, як вона зазнала психологічних травм) [90]. Багато жінок розвивають новий сенс та мету життя, змінюють роботу, покращують стосунки тощо. Станом на сьогоднішній день, лікування РМЗ за допомогою хірургічного втручання, ймовірно, буде супроводжуватися не таким вираженим фізичним дефектом, ніж півстоліття тому. Жінки часто добре інформовані про деталі діагностики та прогнозу раку, і вони все частіше беруть участь у спільному прийнятті рішення щодо лікування. Хоча у більшості онкопацієнтів та тих, хто пережив лікування РМЗ, не спостерігається серйозної депресії, багато з них зазнають стрес, пов'язаний із лікуванням, відчувають страх рецидиву, у них часто змінюється образ тіла, знижується самооцінка та сексуальність. До того ж, онкопацієнти страждають від неприємних фізичних симптомів, пов'язаних з ад'ювантною терапією, таких як біль, виснаження та нудота. Розуміння особливостей внутрішніх переживань онкопацієнтів з РМЗ є дуже важливим для вчасного надання психологічної допомоги, яка є невід'ємною складовою процесу лікування.

1.2. Психологічне благополуччя особистості та основні підходи до його вивчення

Протягом всієї історії людства нормативне розуміння благополуччя визначало деякі людські характеристики та якості як бажані та гідні прагнення чи наслідування. Такі нормативні розуміння підкріплюються традиційними філософіями та релігіями, які часто спрямовані на культивування певних чеснот. У сучасному західному суспільстві ці норми значною мірою забезпечуються поняттям психологічного благополуччя. Психологічне благополуччя - це одне з

центральної поняття у консультуванні. Воно відіграє вирішальну роль у теорії особистості та психології розвитку. Психологічне благополуччя задає психологічну норму, відносно якої ми можемо оцінювати психопатологію [56]. Також психологічне благополуччя служить орієнтиром для роботи клінічного психолога, допомагаючи консультанту визначити напрямок, яким клієнти можуть рухатися для полегшення дистресу та пошуку сенсу життя. Більше того, психологічне благополуччя може бути трансцендентною вимогою людського існування, яку Geertz [95] називає «первинною необхідністю». Іншими словами, люди завжди живуть з певним розумінням того, що є кращим, бажанішим або більш вартісним способом існування у світі.

Незважаючи на вищесказане, природі психологічного благополуччя у наукових роботах приділяється мало уваги. Ще більш помітним це стає на контрасті з великою кількістю досліджень, присвячених психопатології. Інтерес до психологічного благополуччя та позитивної психології, схоже, досяг свого піку в кінці 1950-х-1970-х років і найбільшого розвитку зазнав через наукові праці Яходи [118], Маслоу [158] та Шострома [219]. Сучасні дослідження психологічного благополуччя зазвичай передбачають пошук факторів, які впливають на його рівень. Власне благополуччя визначається в цих дослідженнях як результат певних дій або низки заходів. Отже, основна увага зосереджена на змінних, які впливають на благополуччя, тоді як сама природа благополуччя є вторинною для цих робіт. Ці спостереження свідчать про деяку парадоксальність: хоча поняття психологічного благополуччя лежить в основі психологічних консультацій, дуже мало часу витрачається на вивчення його теоретичної основи.

Саме поняття психологічного благополуччя має більшою мірою західне походження. Поділ благополуччя на психологічний вимір і фізичний є побічним продуктом нашої філософської (особливо декартової) спадщини. Ймовірно, такий поділ є унікальним для західної культури. Як підкреслює Lock [145], «у медицині Східної Азії немає дихотомічного розділення розум/тіло і немає такої

концепції психічного здоров'я, що відрізняється від фізичного, як в минулому, так і зараз».

Як зазначено у теоретичному огляді Nuta та Waterman [116], визначення терміну психологічного благополуччя пролягає через чотири окремі категорії:

1. Орієнтації. Вони являють собою те, що людина шукає в житті і чому. Орієнтації включають цінності, пріоритети, мотиви, ідеали та цілі, якими керується індивід в своїй поведінці. Наприклад, це може бути прагнення до задоволення або досягнення особистісного зростання.

2. Поведінка. Являє собою фактичну діяльність індивіда.

3. Досвід. Являє собою моментальні або типові суб'єктивні почуття, емоції та когнітивно-афективні оцінки (наприклад, позитивний афект, відчуття сенсу).

4. Функціонування. Демонструє те, наскільки ефективно індивід проявляє себе у житті (з точки зору здібностей, досягнень, здорових звичок та довгострокової діяльності).

Підсумовуючи роботу вчених, можна сказати, що орієнтації - це те, чого індивід прагне, поведінка - те, що він робить, досвід - те, як добре почувається, а функціонування - те, наскільки ефективним він є. Перші дві категорії являють собою більшою мірою спосіб життя (тобто, що людина обирає самостійно), а останні дві зазвичай трактуються як результати благополуччя.

Психологічне благополуччя особистості може досліджуватися у рамках двох принципово різних підходів - гедоністичного та евдемонічного. Поняття психологічного благополуччя, його структурні особливості та роль у психологічних аспектах когніцій, емоцій та мотивації визначається в залежності від наукової парадигми. Гедоністичний підхід зосереджується на вивченні суб'єктивного благополуччя і передбачає прагнення до щастя та приємних вражень. Він включає, за Дінером, глобальні оцінки балансу афекту та якості життя [68]. Простіше кажучи, гедоністична концепція благополуччя передбачає задоволення, комфорт, безболісність та легкість. Ці змінні, в свою чергу, пов'язані з певними способами мислення. До таких можна віднести зосередження на самому собі, теперішньому моменті та «відчутному».

Психологічне благополуччя, в свою чергу, досліджується через призму евдемонічного підходу, і визначається як реалізація людського потенціалу та сповнене сенсом життя [66]. Психологічне благополуччя передбачає особистісне зростання та розвиток від зіткнення з життєвими перешкодами, позитивні стосунки з іншими, наявність життєвих цілей.

Концептуальне розходження між цими двома типами благополуччя є предметом наукових дискусій. Одні вчені стверджують, що суб'єктивне та психологічне благополуччя є окремими аспектами конструкту [129]. Інші вважають, що психологічне та суб'єктивне благополуччя являють собою дві дослідницькі традиції, але не різні концепції, оскільки вони дуже схожі між собою.

Суб'єктивне благополуччя складається з двох загальних компонентів: 1) судження про задоволеність життям; 2) баланс афекту або ступінь переважання позитивного афекту над негативним афектом в житті індивіда [15]. Задоволеність життям ґрунтується на суб'єктивних когнітивних оцінках. Цей підхід «спирається на стандарти респондента, щоб визначити, що є хорошим життям» [72]. Е.Дінер описував його як «глобальну оцінку якості життя людини відповідно до її власних критеріїв» [218]. У дослідженнях балансу афекту використовується поняття благополуччя, яке є близьким до загальноприйнятого розуміння щастя. Щастя - це оцінка благополуччя, яка передбачає «переважання позитивного афекту над негативним» [72]. Тобто, людина відчувається щасливою, коли переживає у своєму житті більше позитивних почуттів, ніж негативних. Не дивно, що дослідники зробили ставку на цей підхід; на перший погляд, схоже, зберігається науковий нейтралітет, який цінується в західному суспільстві [236].

Хоча гедоністичний підхід до благополуччя, схоже, дозволяє уникнути нав'язування певних культурних цінностей та норм, при більш детальному розгляді стає зрозумілим, що цей підхід безпосередньо пов'язаний з певними західними індивідуалістичними припущеннями та цінностями. У гедоністичній моделі тільки окрема особа визначає стандарти та критерії, за якими можна

оцінювати своє життя. Прихильники даної наукової парадигми покладають на індивіда відповідальність як за оцінку, так і вибір норм, за якими проводиться оцінка. Спроба оцінити благополуччя суб'єктивно, не спираючись на нормативні стандарти, узгоджується з політичним лібералізмом та ліберальним індивідуалізмом, який займає центральну позицію у західних суспільствах [235]. Враховуючи ці міркування, не дивно, що, за Дінером, середня задоволеність життям в країні сильно корелює з її ступенем індивідуалізму [73]. Дані результати підтверджують гіпотезу, що, незважаючи на наміри зберігати нейтральний науковий підхід, суб'єктивне благополуччя насправді є нормативним; сама його конструкція передбачає цінності та припущення, які є характерними для західної культури.

Керол Ріфф піддавала критиці дослідження суб'єктивного благополуччя через «слабке теоретичне обґрунтування», не заперечуючи точність психометричних показників [206]. Діючи на основі своєї критики, Ріфф розробила альтернативний підхід до вивчення благополуччя, який вона назвала психологічним благополуччям. Синтезуючи ідеї з теорій особистості Маслоу, Юнга, Роджерса, Олпорта, Еріксона, Бюлера та Яходи, вона створила показник благополуччя на основі шести субшкал:

1. Автономія;
2. Контроль навколишнього середовища;
3. Позитивні стосунки з іншими;
4. Цілі в житті;
5. Особисте зростання;
6. Самоприйняття.

Однак дискримінантна валідність цих шести вимірів була поставлена під сумнів. Зокрема, дуже високими було виявлено кореляції між самоприйняттям, контролем навколишнього середовища, метою у житті та особистісним зростанням [9].

Оскільки при створенні своєї моделі Ріфф інтегрує напрацювання західних теоретиків, вона також включає до неї їхні культурні цінності. Тому, як і

суб'єктивне благополуччя, поняття психологічного благополуччя залишається прив'язаним до західних уявлень.

Автономія. К.Ріфф ототожнює автономію з такими поняттями, як самовизначення, незалежність, внутрішній локус контролю, індивідуалізація та внутрішня регуляція поведінки [207]. В основі цих понять лежить переконання, що думки та дії індивіда належать тільки йому і не повинні визначатися зовнішніми чинниками. Автономія тісно пов'язана із західною концепцією свободи.

Контроль навколишнього середовища. К.Ріфф визначала дане поняття як здатність «обирати або створювати середовище, відповідне психічним потребам індивіда» [207]. Цей критерій також є центральною частиною індивідуалізму.

Позитивні стосунки з іншими. Під даним терміном К.Ріфф розуміла теплі, довірливі міжособистісні стосунки, а також емпатію (співчуття) та прихильність [207].

Цілі в житті. К.Ріфф припускала, що «чітке розуміння мети життя, почуття спрямованості та інтенціональності» є важливими частинами «відчуття того, що в житті є мета та сенс» [207].

Особистісне зростання. К.Ріфф визначала особистісне зростання як постійну здатність «розвивати свій потенціал, рости як особистість» [207].

Самоприйняття. К.Ріфф стверджувала, що «позитивне ставлення до себе виступає як центральна характеристика позитивного психологічного функціонування» [207].

Тим не менше, у вичерпному теоретичному огляді конструкту евдемонічного благополуччя Nuta та Waterman [116] виявили, що у більшості визначень фігурують чотири змісти:

1. Значення/цінність/релевантність у широкому контексті;
2. Особистісне зростання/самореалізація/зрілість;
3. Досконалість/етика/якість;
4. Достовірність/автономність/інтеграція.

Ці змінні асоціюються з певним способом мислення. До нього належить баланс між зосередженням на собі та інших, баланс між зосередженням на теперішньому та майбутньому, тенденція керуватися абстрактними та масштабними концепціями та зосередження на культивуванні та побудові того, що найбільше цінується індивідом.

Протистояння між гедоністичною та евдемонічною концепціями психологічного благополуччя триває вже понад 2500 років. Воно бере початок з філософських текстів і продовжується у сучасних працях психологів та гуманістів. Термін «евдемонізм» був популяризований Арістотелем у 4 столітті до нашої ери. Він був першим, хто ґрунтовно описав відмінність між гедонізмом і евдемонізмом у своєму есе «Нікомахова етика» [162]. Арістотель відмовлявся від гедоністичних занять, прирівнюючи їх до поведінки покірних тварин, і стверджував, що гарне життя слід визначати як евдемонізм, який є діянням відповідно до чесноти та розуму. Арістотеля часто протиставляють Аристиппу, який також жив у 4 столітті до нашої ери і був прихильником гедонізму. Аристипп вважав, що задоволення - це єдина цінність життя, а біль - єдине зло, незалежно від того, як вони виникають.

Протягом багатьох століть різні філософи займали позицію гедоністичного або евдемонічного погляду на благополуччя. Серед філософів, чия робота більше узгоджувалася з гедоністичними принципами, можна виділити Hobbes, Bentham та (з сучасних) Onfray [67]. В свою чергу, евдемонічну точку зору розділяли Платон, Зенон Китійський, Марк Аврелій, Кант і (з сучасних) Annas, Kraut, Norton, та Tiberius [243]. У працях психоаналітиків, гуманістів та ранніх психологів ми знаходимо відмінності між принципом задоволення Фрейда, з одного боку, та індивідуальністю Юнга, самоактуалізацією Маслоу і зрілістю Олпорта - з іншого.

Деякі дослідники дотримуються лише гедоністичної точки зору (наприклад, Kahneman [124]) або лише евдемонічної (наприклад, Ryff [206]). Однак більшість дослідників психологічного благополуччя вважають, що для оптимального існування необхідна комбінація гедонізму та евдемонізму. Таке

поєднання Keyes [130] назвав «процвітанням», а Seligman [211] - «повноцінним життям».

В цьому контексті цікавою є робота F.F. Chen та колег [51], які створили двофакторну модель благополуччя і оцінили величину унікальної та спільної дисперсії для кожного з типів благополуччя. Виявилось, що психологічне та суб'єктивне благополуччя частково поєднані одним фактором. Після знаходження цього спільного фактору, вчені також виокремили чотири специфічні фактори для психологічного благополуччя і три - для суб'єктивного. Дані результати означають, що психологічне та суб'єктивне благополуччя тісно пов'язані між собою на загальному конструктивному рівні, але окремі їхні компоненти відрізняються. Таким чином, обидві точки зору про зв'язок двох концепцій благополуччя є вірними, залежно від рівня аналізу.

Дослідження факторної структури благополуччя Reinecke [198] показало, що почуття сенсу, зв'язку з собою, піднесення, досягнення та інтересу являли собою один тип досвіду, який можна назвати евдемонічним. В свою чергу, почуття безтурботності, високого позитивного афекту та низького негативного афекту являли собою почуття, яке можна назвати гедоністичним. Цікаво, що задоволеність життям та відчуття інтенсивності життя були пов'язані як з гедонічними, так і з евдемонічними змінними. Відчуття задоволення потреб (включаючи потреби у стосунках, автономності та компетентності) сформувало окремий від евдемонічної та гедоністичної концепції фактор. Але він був тісно пов'язаним з низьким негативним афектом. Самовираження (відчуття глибокого зв'язку з важливими аспектами діяльності в житті людини) було розглянуто як евдемонічна концепція, але зрештою утворило окремий фактор у поєднанні з гедоністичною насолодою. Факторний аналіз орієнтацій благополуччя так само показав, що гедоністичне прагнення до задоволення та комфорту відрізняється від евдемонічного прагнення до автентичності, сенсу, досконалості та особистісного зростання [198].

Steger та Shin [228] пропонують біологічну основу для пояснення різниці між гедонізмом (яку вони назвали задоволенням) та евдемонізмом (яку вони

назвали значенням). Вчені стверджують, що процеси задоволення базуються на «гарячих» системах мозку, тоді як процеси значення - на «холодних» системах. Дослідники описують «гарячі» системи як старіші та простіші підкіркові структури, які є спільними для людей та тварин. Ці структури відповідають за негайне суб'єктивне відчуття задоволення чи болю для швидкої оцінки безпеки та благополуччя. На думку авторів, «холодні» системи є еволюційно більш молодими ділянками кори головного мозку (яка особливо добре розвинена у людей), і вони дозволяють людині займатись саморефлексією, обмірковуванням та оцінкою речей з абстрактних, ціннісних точок зору на довгостроковій основі. Vittersø та співавт. [255] припускають, що гедоністичні процеси можуть бути пов'язані з ендogenous опіоїдами в мозку, які беруть участь у задоволенні та регуляції гомеостатичних процесів, тоді як евдемонічне прагнення до виклику та особистісного зростання може бути пов'язане з дофаміновою системою, яка відповідає за інтерес та пошук новизни.

Більшість дослідників вважають, що люди потребують як евдемонічного, так і гедоністичного благополуччя. Гедонізм та евдемонізм не є протилежностями і не виключають один одного - вони є взаємодоповнюючими психологічними функціями. Було показано, що люди, які задовольняють як гедоністичні, так і евдемонічні потреби, мають більш високий рівень психологічного благополуччя, ніж ті, хто надає перевагу лише одному з вимірів [17]. Також вони мають вищі показники психічного здоров'я [12]. Крім того, від певних видів діяльності людина може отримувати гедоністичне задоволення, але втрачати евдемонічне (і навпаки). Саме тому важливо оцінювати як гедоністичні, так і евдемонічні змінні при дослідженні психологічного благополуччя особистості.

Таким чином, на відміну від вчених минулих років, більшість сучасних дослідників благополуччя не надають перевагу тій чи іншій філософській традиції (тобто, евдемонічного або гедоністичного благополуччя). Натомість, вважається, що обидві концепції є важливими та взаємопов'язаними.

1.3. Структурні особливості психологічного благополуччя онкологічних пацієнтів з раком молочної залози

На сьогоднішній день серед дослідників немає єдиної думки щодо визначення терміну психологічного благополуччя та його структури, але є певні спільні риси у різних концепціях які можна прослідкувати. Психологічне благополуччя передбачає наявність позитивних емоцій та настроїв (задоволення, щастя), відсутність негативних емоцій (депресія, тривожність), задоволеність життям, реалізацію та позитивне функціонування. Іншими словами, психологічне благополуччя можна охарактеризувати як позитивну оцінку власного життя та гарне самопочуття. Аналізуючи підходи вчених різних наукових галузей, можна виділити наступні аспекти психологічного благополуччя:

- фізичний аспект;
- економічний аспект;
- соціальний аспект;
- розвиток та діяльність (функціональний аспект);
- емоційний аспект;
- духовний аспект;
- суб'єктивний аспект.

Окрім того, доволі часто виділяють [2; 191; 257] культурологічний, особистісний та екзистенційний аспекти психологічного благополуччя. Але оскільки вони частково перетинаються із вже згаданими (наприклад, духовний - з екзистенційним), ми не будемо виносити їх в окремі категорії.

У роботах [42; 192; 220], присвячених вивченню психологічного благополуччя у онкопацієнтів, основна увага зосереджується на окремих аспектах цього конструкту, а не на благополуччі в цілому. Передбачається, що кожен компонент психологічного благополуччя робить свій внесок у значення загального показника. Цей вплив може бути як прямим, так і опосередкованим, тобто здійснюватися через інші психологічні змінні - наприклад, через зниження

тривоги. Але не у всіх випадках можна точно встановити напрямок причинно-наслідкового зв'язку.

Так, якщо у роботі повідомляється про кореляцію між зниженням депресії та зростанням якогось аспекту психологічного благополуччя, ми не можемо стверджувати, що депресія є фактором впливу. Цілком можливо, що депресивність знижується від зростання благополуччя, яке, в свою чергу, підвищується через дію певного чинника, який не був включений до дослідження. Тобто, проблема з'ясування причинно-наслідкових зв'язків у дослідженнях психологічного благополуччя онкопацієнтів існує, але у більшості робіт напрямок зв'язку є очевидним.

Тож, аналізуючи структуру психологічного благополуччя та чинники впливу на нього у онкопацієнтів, ми будемо користуватися наступною теоретичною моделлю:

чинник \rightarrow аспект благополуччя \rightleftharpoons інший аспект благополуччя або інший чинник (необов'язково) = загальний рівень психологічного благополуччя.

Духовний аспект. Наразі більш детально вивчається внесок різних аспектів психологічного благополуччя у значення його загального показника. Тобто, зв'язок типу аспект благополуччя \rightleftharpoons інший аспект благополуччя або інший чинник (необов'язково) = загальний рівень психологічного благополуччя. Проаналізуємо ці зв'язки.

За результатами багатьох досліджень, було встановлено, що духовне благополуччя знижує частоту негативних переживань (депресія, тривога та стрес) у пацієнтів з раком молочної залози [52; 227], а отже впливає на психологічне благополуччя в цілому. Так само, в роботі, присвяченій вивченню впливу духовного благополуччя на якість життя у афроамериканських жінок з РМЗ, повідомлялося про позитивні зв'язки між духовним благополуччям та фізичним, функціональним та емоційним аспектами психологічного благополуччя [168]. Для деяких онкопацієнтів сильна віра в Бога супроводжується наявністю цілі та сенсу в житті; для інших це може являти собою потужну систему підтримки. Про позитивний вплив духовного

благополуччя та фізичний та функціональний аспекти психологічного благополуччя також згадувалося в іншому дослідженні [142].

У іншій роботі [53], в якій рівень духовного благополуччя вимірювався за допомогою субшкал віри (Faith), миру (Peace) та сенсу (Meaning), повідомлялося про такі результати: субшкали миру та сенсу були пов'язані з загальним показником якості життя. Власне субшкала сенсу була позитивно пов'язана з соціальним, емоційним та функціональним благополуччям, а миру - з фізичним, функціональним та соціальним. Субшкала віри негативно корелювала з фізичним та емоційним благополуччям, але мала позитивний ефект на функціональне благополуччя. Подібні результати отримали ще в одному дослідженні [99]. Було встановлено, що інтегральні показники за субшкалами миру та сенсу передбачали вираженість депресивних симптомів у онкопацієнтів.

Розглянемо фактори впливу на духовний аспект благополуччя дещо детальніше. Якщо говорити в цілому про онкопацієнтів, у багатьох дослідженнях згадувалися такі чинники духовного благополуччя як тривалість перебування в лікарні, рівень освіти, фізичне функціонування, контакт з родиною [111], частота госпіталізації [53]. Також було виявлено характеристики онкопацієнтів, які частіше зустрічаються за високого рівня духовного благополуччя: в більшості випадків, високий показник за шкалою оцінки рівня духовного благополуччя мали онкопацієнти, що належали до жіночої статі, були вдовами або не мали партнера взагалі, сповідували католицизм, мали нижчий рівень освіти та професійної діяльності [155]. Є дані, згідно з якими проводиться аналіз взаємозв'язку між релігійною приналежністю, статтю, сімейним положенням та рівнем духовного благополуччя не спостерігалось [194]. Такі фактори як вік, раса та стадія раку також не мали значного впливу на духовне благополуччя.

Вказані закономірності, які характерні в цілому для більшості онкопацієнтів, поширюються також на онкопацієнтів з РМЗ: серед них також був відсутній зв'язок між демографічними змінними та духовним благополуччям [170]. До того ж, якщо казати про більш специфічні чинники (характерні саме

для пацієнтів з РМЗ), рівень духовного благополуччя у них відрізнявся в залежності від часу, який минув після операції [226].

Можна припустити, що такі суперечливі результати, в тому числі, можуть бути обумовлені відмінностями у психодіагностичному інструментарії для вимірювання рівня духовного благополуччя у різних дослідженнях. Також вагомою причиною може бути перебування онкопацієнтів на різних етапах захворювання - термінальна стадія раку в цілому характеризується вищим рівнем духовного благополуччя. Цікаво, що при цьому онкопацієнти на термінальній стадії захворювання мають низькі показники за субшкалами віри та сенсу, тоді як ті особи, що пережили лікування раку, навпаки мають високі значення за субшкалою віри [193].

Таким чином, можна стверджувати, що духовний аспект психологічного благополуччя та чинники впливу на нього досліджені серед онкохворих достатньо глибоко, порівняно з іншими аспектами. Причиною є те, що духовність може суттєво покращити психологічну адаптацію до хвороби.

За Ірвіном Яломом, існує два основних способи боротьби зі страхом смерті: ствердження власної виключності та віра у кінцевого рятівника. Очевидно, що впевненість у своїй унікальності, яка являє собою переконання «всі інші можуть померти, але я - ні» у випадку онкохворих є дезадаптивною, адже це взагалі виключає прийняття своєї смертності. Загалом, уникнення усвідомлення серйозності свого стану (механізм витіснення та заперечення) є дуже затратним: онкопацієнту доводиться доволі часто взаємодіяти з реальністю, яка суперечить його свідомим переконанням. Таким чином, майже кожне зіткнення онкопацієнта з реальністю буде нагадуванням про його смертність і супроводжуватиметься погіршенням емоційного стану. Віра у кінцевого рятівника також, за Ірвіном Яломом, не є вирішенням для подолання екзистенційного страху, але в цьому випадку людина хоча б не заперечує власну смертність і не витрачає сили на боротьбу з реальністю. Віра у кінцевого рятівника обумовлює високий рівень духовного благополуччя у онкопацієнтів, а

отже і психологічного благополуччя в цілому. Але варто зазначити, що духовність не завжди пов'язана з релігійністю.

Соціальний аспект. За результатами багатьох досліджень [31; 94; 258], жінки, які переживають стрес, спричинений діагностикою та лікуванням раку молочної залози, черпають ресурси у своєму соціальному оточенні. Ці ресурси включають як емоційну підтримку, так і технічну (наприклад, приїзд до лікаря). Емоційна підтримка пом'якшує наслідки стресу, з якими стикаються онкохворі, та покращує їхнє психологічне благополуччя, тоді як наявність технічної підтримки позитивно корелює з фізичним благополуччям. За результатами дослідження [32], кількість соціальних контактів пов'язана з більшою емоційною та технічною підтримкою пацієнтів з РМЗ, а більша емоційна підтримка пов'язана з покращенням психологічного благополуччя. Це свідчить про важливість соціальних ресурсів у забезпеченні психологічного благополуччя онкохворих.

Деякими авторами було встановлено, що високі показники сімейного та соціального благополуччя пов'язані з нижчим рівнем маркерів запалення та більшим інтервалом ремісії у пацієнтів з раком молочної залози [234]. А самоєфективність, як виявилось, не впливає на рівень соціального благополуччя [201].

Власне захворювання негативно впливає на рівень соціального благополуччя у онкопацієнтів з РМЗ, а саме на родинну сферу [91].

Соціальне благополуччя у онкопацієнтів з РМЗ досліджувалося також лонгітудно [93]. Було з'ясовано, що через рік після лікування кількість соціальної підтримки значно зменшується, тоді як її якість залишається незмінною. Зниження якості соціальної підтримки, в свою чергу, було предиктором збільшення рівня депресії, стресу та негативного афекту.

Цікава закономірність була виявлена в іншому дослідженні [221]: жінки з РМЗ, що мали низьку соціальну підтримку, отримували більше медичної інформації з Інтернету, ніж ті, хто мав сильну соціальну підтримку.

Таким чином, можна сказати, що соціальний аспект благополуччя, як і духовний, робить значний внесок у загальний показник психологічного благополуччя. Соціальна підтримка відіграє велику роль у адаптації онкопацієнтів до захворювання.

Емоційний аспект. У наукових роботах [93; 119; 188], присвячених вивченню емоційного благополуччя у пацієнтів з РМЗ, цей конструкт рідко розглядається окремо. В більшості випадків, до дослідження включають також соціальне та фізичне благополуччя. Часто ці аспекти психологічного благополуччя характеризуються сильним взаємним впливом. Також, нерідко емоційне благополуччя виступає медіатором у зв'язку між певними конструктами, що вивчаються в контексті якості життя онкопацієнтів з РМЗ. Наприклад, було з'ясовано, що самотрансценденція зменшує рівень дистресу через хворобу у онкопацієнтів з РМЗ, причому даний ефект опосередкований емоційним благополуччям [61].

Цікаві результати були отримані у дослідженні N.K.Janz та колег [119]. Виявилось, що рівень емоційного благополуччя у онкопацієнтів з РМЗ був знижений не тільки серед жінок з поточною депресією, але і у тих, хто мав депресію в анамнезі. Також зниженням емоційного благополуччя характеризувалися ті онкопацієнти, що після лікування не отримували достатньо інформації про ризик рецидиву. Наявність духовних переконань та практик було пов'язано із зниженням рівня емоційного благополуччя. Це суперечить результатам досліджень, в яких повідомлялося про позитивний вплив духовного благополуччя на емоційне. Очевидно, духовне благополуччя є складним та багатовимірним конструктом, який, до того ж, в різних роботах по-різному операціоналізується.

Також значний позитивний вплив на емоційне благополуччя має обмін інформацією про лікування поміж пацієнтами з РМЗ [171]. Проте цей зв'язок є не прямим - він опосередковується самоефективністю здоров'я (впевненість людини у своїй здатності здійснювати поведінку, яка може призвести до бажаних результатів, в даному випадку - до одужання). Власне самоефективність є

важливим предиктором активного стилю адаптації та емоційного благополуччя у хворих на рак молочної залози [201]. Окрім того, вища самоефективність при копінг-стратегіях сприяє збільшенню функціонального, емоційного та соціального аспектів психологічного благополуччя [217].

У онкопацієнтів з РМЗ на емоційний аспект психологічного благополуччя значно впливають соціальна підтримка та копінг-стратегії [132], причому рівень соціальної підтримки обумовлює вибір певних копінг-стратегій (самозвинувачення або позитивний рефреймінг).

На рівень емоційного благополуччя у онкопацієнтів з РМЗ впливає також рівень освіти: ті жінки, що мають менше 12 років освіти, характеризувалися нижчим емоційним благополуччям. І навпаки, ті, хто мав кращий фізичний стан, соціальну підтримку та позитивно оцінював якість медичних взаємодій на початковому рівні, рідше мали низьке емоційне благополуччя [128]. Серед інших показників, що можуть впливати на емоційне благополуччя у онкопацієнтів з РМЗ, можна виділити расу, етнічну приналежність та вік [120].

Виявлено, що зміни у формуванні цілей (goal disengagement - здатність відмовитись від нездійсненої мети, goal reengagement - постановка нових, більш досяжних цілей) можуть мати сприятливий вплив на емоційний аспект психологічного благополуччя пацієнтів з РМЗ [269].

Таким чином, від емоційного благополуччя значною мірою залежить загальний показник психологічного благополуччя.

Фізичний аспект. Фізичне благополуччя є важливим, але не основним аспектом психологічного благополуччя у онкопацієнтів з РМЗ. На відміну від інших аспектів, на стан фізичного благополуччя у онкопацієнтів складніше впливати, адже воно в основному обумовлюється не психологічною реальністю, а об'єктивними показниками. Так, на фізичний аспект психологічного благополуччя онкопацієнтів з РМЗ значно впливають менструальні зміни, фертильність, наявність втоми або болю [91].

Проте, також важливим чинником, який відіграє роль у зниженні фізичного благополуччя у онкопацієнтів, і на який в більшості випадків можна

впливати, є низька фізична активність. Було встановлено, що низька фізична активність у пацієнтів, що пережили лікування РМЗ, пов'язана з більшою втомою, депресією, зниженням фізичного благополуччя та якості життя [11]. Підтримка або збільшення фізичної активності та контроль ваги після діагностики РМЗ можуть впливати на психосоціальне благополуччя та на пов'язану зі здоров'ям якість життя (health-related quality of life, HRQOL) у пацієнтів з РМЗ [184]. Так, у жінок із прогресуючим раком молочної залози, що виконували сидячі фізичні вправи, спостерігалось повільніше зниження загального та фізичного благополуччя та зменшення показників втоми, починаючи з третього циклу хіміотерапії. Метааналіз публікацій з теми впливу фізичних навантажень на фізичне благополуччя онкопацієнтів з РМЗ показав, що сприятливий ефект спостерігається від помірних аеробних або комплексних тренувань протягом 150 хв. 2-3 рази на тиждень [195]. Контрольовані вправи під час ад'ювантної терапії мають помірний позитивний вплив на якість життя та фізичне благополуччя онкопацієнтів з РМЗ, а також сприяють незначним покращенням у показниках сприйняття свого тіла, емоційних функцій, тривожності та депресії. На відміну від цього, інтервальні оцінки впливу тренувань на щастя, самооцінку, сон та рівень стресу онкопацієнтів з РМЗ показують високий рівень невизначеності, в першу чергу через низьку кількість досліджень та / або характеристик втручання (наприклад, тип вправи, тривалість, тренувальне навантаження та обсяг тренувань).

Відомо, що групи підтримки значною мірою позитивно впливають та фізичне благополуччя пацієнтів з РМЗ та на стан психологічного благополуччя в цілому [143]. Більшість пацієнтів високо оцінили можливість поділитися думками та проблемами з іншими людьми з подібним досвідом. Взагалі, наявність соціальної підтримки має суттєвий вплив на фізичне благополуччя пацієнтів з РМЗ. Так, онкопацієнти, члени родини яких забезпечували їм технічну соціальну підтримку у вигляді організації процесу лікування, мали значно вищий рівень фізичного благополуччя, ніж ті, хто технічної підтримки не

мав [32]. Також значною мірою на фізичне благополуччя пацієнтів з РМЗ впливає соціоекономічний статус [150].

Як і для емоційного аспекту благополуччя, вагомим чинником фізичного благополуччя є здатність змінювати постановку цілей [269]. Тобто, здатність відмовитись від недосяжної цілі або зробити її більш реальною, досяжною.

Таким чином, фізичний аспект психологічного благополуччя у онкопацієнтів з РМЗ є тою сферою, де негативний вплив захворювання прослідковується найсильніше. Будь-який вид допомоги - психотерапевтичний або фізіотерапевтичний - матиме певні обмеження у застосуванні, в залежності від тяжкості захворювання. Проте чимало досліджень присвячено пошуку ефективних програм тренування, які могли б сприяти покращенню фізичного благополуччя онкопацієнтів з РМЗ.

Функціональний аспект. Функціональне благополуччя (тобто, функціонування людей у повсякденному житті та соціальних ролях) часто є недостатньо вивченим аспектом психологічного благополуччя серед онкопацієнтів з РМЗ. Деякі дослідження показують, що емоційний досвід пацієнтів пов'язаний з їхнім функціональним благополуччям. Однак мало відомо про те, як внутрішньоособистісні та міжособистісні бар'єри емоційної обробки та експресії (тобто соціальні обмеження, труднощі у виявленні та вираженні емоцій), пов'язані з функціональним благополуччям у пацієнтів з РМЗ. Також недостатньо вивченим є питання того, як вираженість позитивного та негативного афекту може пояснити вищенаведені зв'язки. За результатами дослідження [270], труднощі при описі емоцій були пов'язані із зниженим рівнем функціонального благополуччя через посилення негативного афекту. В свою чергу, труднощі у виявленні емоцій супроводжувалися погіршенням функціонального благополуччя через зменшення позитивного афекту. Натомість, соціальні обмеження корелювали з гіршим функціональним благополуччям як через посилення негативного афекту, так і через зменшення позитивного афекту. Тобто, позитивний та негативний афекти опосередковують

зв'язок між труднощами у виявленні та вираженні емоцій та функціональним благополуччям.

Загалом, фізичне, функціональне та емоційне благополуччя є значущими предикторами для оцінки рівня якості життя пацієнтів з раком молочної залози і часто вивчаються разом [189]. Показники емоційного та функціонального благополуччя у пацієнтів з раком молочної залози можуть значною мірою відрізнятися в залежності від раси, етнічної приналежності та віку [120].

Показано також, що духовність значною мірою впливає на рівень функціонального благополуччя. Регресійна модель у дослідженні [142], що включала соціальне благополуччя та духовність у якості предикторів функціонального благополуччя, пояснювала 46% дисперсії у залежній змінній. У іншій роботі [163], жінки, що мали вищі показники за шкалою релігійності, повідомляли про нижчий рівень освіти, меншу потребу у матеріальних ресурсах для задоволення своїх потреб, а також мали вищий рівень психологічного благополуччя. При цьому, сенс життя опосередковував вплив РМЗ на фізичне та психологічне благополуччя в цілому.

Власне функціональне благополуччя значною мірою впливає на емоційне. Так, згідно результатів американського дослідження [19], функціональне напруження обумовлює гірший стан емоційного благополуччя, причому функціональне напруження залежить від етнічних та демографічних характеристик. Найвищим функціональне навантаження, викликане РМЗ, виявилось у латиноамериканок, що мають статус домогосподарок.

Отже, функціональне благополуччя зазвичай є тим аспектом, який значно погіршується у онкопацієнтів з РМЗ під впливом захворювання. Але, на відміну від фізичного благополуччя, цей аспект має більше простору для впливу та покращення.

Економічний аспект. Даний аспект психологічного благополуччя тісно пов'язаний із функціональним благополуччям у онкопацієнтів з РМЗ. І якщо економічне благополуччя є більш стабільною характеристикою, то функціональне, яке фактично є його наслідком, підлягає більшому впливу

захворювання. Причому, рамки, в яких функціональне благополуччя можна підвищувати, задаються початковим рівнем економічного благополуччя. Тобто, логічно, що здатність людини до функціонування у повсякденному житті (функціональне благополуччя) обмежується тим, як це повсякденне життя було організовано взагалі. Так, в одному дослідженні розглядався вплив статусу зайнятості онкопацієнтів з РМЗ на їхнє психосоціальне благополуччя [150]. В якості досліджуваних виступали заміжні жінки із вищою освітою, які були працевлаштовані на момент встановлення діагнозу. Ті досліджувані, які вирішили продовжувати працювати протягом усього лікування, повідомляли про нижчий рівень дистресу, більш високий рівень фізичного функціонування та більш високий рівень якості життя, ніж ті жінки, які або припинили роботу під час лікування і потім повернулися до неї, або тих жінок, які взагалі не повернулись на роботу. Цей висновок щодо позитивного впливу статусу зайнятості на психологічне благополуччя онкопацієнтів з РМЗ схожий на висновки, про які повідомляють Wingard, Cubrow, Baker та Piantadosi (1991) [122] в своїй роботі про пацієнтів, що пережили трансплантацію кісткового мозку.

В свою чергу, онкопацієнти з РМЗ, що мають низький соціо-економічний статус, зазвичай характеризуються нижчим рівнем психологічного благополуччя та гіршою адаптацією до захворювання [220]. Маркерами соціо-економічного статусу у багатьох дослідженнях виступають рівень освіти, наявність дому та автомобілю. Для людей з низьким соціо-економічним статусом характерні більш гострі психосоціальні реакції на захворювання, але тривалість пристосування до захворювання зазвичай не відрізняється від інших онкопацієнтів. Тож, соціо-економічний статус є вагомим чинником, що впливає на психологічне благополуччя онкохворих.

Суб'єктивний аспект. Рівень суб'єктивного благополуччя у онкопацієнтів з РМЗ значною мірою обумовлюється страхом перед поширенням раку, стражданнями від хірургічного втручання, рецидивом, страхом перед другим раком, впливом на Я-концепцію та страхом перед майбутніми тестами [91]. В свою чергу, соціальна підтримка та нижчий рівень загального стресу

позитивно впливають на рівень суб'єктивного благополуччя у онкопацієнтів з РМЗ [160]. Про подібні результати повідомлялося іншому дослідженні [187]: соціальна підтримка значно корелювала з суб'єктивним благополуччям. До того ж, були знайдені зв'язки між суб'єктивним благополуччям і самооцінкою онкопацієнтів, їхнім оптимізмом та життєвими цілями.

Цікавим спостереженням є те, що на суб'єктивне благополуччя онкопацієнтів з РМЗ також впливає тип лікування [238], а фізичні вправи здатні підвищувати не тільки рівень фізичного благополуччя, але і суб'єктивного [175].

Наразі активно вивчається вплив мистецтва на суб'єктивне благополуччя онкохворих з РМЗ. Учасники дослідження [199] повідомляли про низку труднощів, пов'язаних із їхнім захворюванням: страх за майбутнє, біль, безсоння, втрата соціальної ролі, обмеження активності, зниження впевненості в собі та зміна соціальних відносин. Досліджувані описали чотири шляхи підтримки рівня суб'єктивного благополуччя за допомогою мистецтва. По-перше, творчі заходи допомагали учасникам експерименту зосередитись на позитивному життєвому досвіді, що полегшувало виснажливе занепокоєння хворобою. По-друге, творча діяльність підвищувала відчуття власної гідності та ідентичності досліджуваних через надання можливості продемонструвати здатність досягати поставлених цілей. По-третє, творчість дозволила учасникам експерименту зберегти соціальну ідентичність, тобто називатися інакше ніж «пацієнтом». Також, деяким людям мистецтво дало можливість символічно виразити власні почуття, і особливо актуально це було під час хіміотерапії. Результати даного дослідження доповнюють попередні тематичні роботи і свідчать про те, що творча діяльність може забезпечити психосоціальні ресурси для адаптації до раку і підвищити рівень суб'єктивного благополуччя онкопацієнтів.



Рис. 1.1. Теоретична модель взаємозв'язку компонентів психологічного благополуччя з чинниками впливу на них у онкопацієнтів з РМЗ

*Лініями позначено взаємний вплив.

Таким чином, завдяки теоретичному аналізу наукових джерел було виділено основні аспекти психологічного благополуччя у онкопацієнтів з РМЗ, а саме: фізичний, функціональний, соціальний, духовний, емоційний, економічний та суб'єктивний. Вони є компонентами єдиної структури і тісно пов'язані один з одним. Проте, було з'ясовано, що чинники впливу на дані аспекти можуть значно відрізнятися. Так, на рівень *економічного благополуччя*

жінок з РМЗ може впливати соціо-економічний статус та статус зайнятості; *фізичний аспект* благополуччя залежить від менструальних змін, фертильності, наявності втоми або болю, фізичної активності; на *соціальний аспект* суттєво впливає якість та кількість соціальної підтримки; *духовне благополуччя* обумовлюється рівнем освіти, релігійністю, контактом з родиною, тривалістю перебування в лікарні; *емоційне благополуччя* залежить від наявності депресії в анамнезі або поточної депресії, самоефективності, проінформованості про ризик рецидиву; *суб'єктивний аспект* благополуччя пов'язаний із самооцінкою, життєвими цілями, творчою діяльністю; *функціональний аспект* залежить від емоційного досвіду та функціонального навантаження. При цьому, деякі чинники можуть одночасно впливати на декілька аспектів психологічного благополуччя. До них можна віднести соціодемографічні чинники, духовні переконання, соціальну підтримку, рівень стресу, спричиненого лікувальними процедурами, здатність до переформування цілей. Розуміння специфіки кожного аспекту психологічного благополуччя онкопацієнтів, системи взаємозв'язків цих аспектів та способів впливу на них є вирішальним для надання ефективної психологічної допомоги жінкам з РМЗ.

1.4. Вплив етапів лікувального процесу на психологічне благополуччя онкологічних пацієнтів з раком молочної залози

На сьогоднішній день у науковій літературі бракує досліджень, присвячених зв'язку між етапами лікування РМЗ та психологічним благополуччям онкопацієнтів. Поодинокі роботи зосереджені на конкретній стадії захворювання або лікувальній фазі, але психологічне благополуччя пацієнтів рідко вивчають лонгітудно. Це пов'язано, перш за все, із специфікою вибірки, адже процес лікування є дуже індивідуальним і часто непередбачуваним, тому його фази не завжди співпадають в межах однієї групи досліджуваних.

Так, J.M. Corbin та колеги [185] виділяють вісім фаз перебігу онкозахворювання: 1) період до початку хвороби, 2) діагностика, 3) кризовий стан, що загрожує життю, 4) гостра фаза, 5) стабільна фаза, 6) нестабільна фаза, 7) фаза прогресування, 8) летальна фаза. Зрозуміло, що не всі перераховані фази зустрічаються в кожного онкопацієнта, і захворювання не обов'язково закінчується летально.

Стадії лікування онкозахворювання в дослідженні M.H. Frost та колег [108] виглядають більш універсальними. Автори вивчають аспекти психологічного благополуччя онкопацієнтів з РМЗ на таких стадіях, як діагностика захворювання, ад'ювантна терапія, стабільна фаза та рецидив. Оскільки психологічний стан онкопацієнтів може значно варіювати в залежності від етапу лікування, розуміння особливостей впливу кожної з фаз є важливим при виборі ефективних методів психологічної допомоги.

Як вже було зазначено вище, більшість досліджень з теми впливу етапу лікування на психологічне благополуччя онкопацієнтів з РМЗ фокусуються лише на одному конкретному етапі лікувального процесу. При теоретичному огляді таких робіт виникають методологічні труднощі. Вони полягають в тому, що неможливо порівнювати рівень психологічного благополуччя онкопацієнтів на різних етапах лікування в межах декількох досліджень. Тобто, якщо в одній з робіт вивчають щойно діагностованих онкопацієнтів, а в іншій - тих, що проходять ад'ювантну терапію, не можна встановити, в якій з груп психологічне благополуччя вище або нижче. Це пов'язано з різницею у психодіагностичному інструментарії, відмінностями в процедурі формування вибірки, а також з використанням різних методів математико-статистичної обробки. В деяких дослідженнях онкопацієнтів з РМЗ порівнюють із здоровими жінками за рівнем психологічного благополуччя [210]. Така методологія дає нам точку опори й в теоретичному аналізі.

Наприклад, знаючи, що в одній з робіт психологічне благополуччя онкопацієнтів, які пережили лікування, не відрізняється від здорового контролю, а в іншій повідомляється про значно нижчий рівень благополуччя у щойно

діагностованих жінок з РМЗ порівняно з загальною популяцією, можна припустити, що онкопацієнти на початку лікування характеризуються нижчим благополуччям, ніж ті, хто завершив лікування. Так, в кількох дослідженнях порівнювалася якість життя та психологічне благополуччя пацієнтів, які пережили рак молочної залози, із здоровими жінками [75; 246]. Проте, отримані результати є суперечливими. В одних роботах різниці між онкопацієнтами після лікування та контрольною групою не спостерігалось [246], в інших онкопацієнти повідомляли про гірший стан фізичного та функціонального благополуччя [229], а в деяких дослідженнях жінки, що пережили лікування РМЗ, характеризувалися вищим рівнем соціального та функціонального благополуччя порівняно з контролем [48].

Згідно результатів інших досліджень, у жінок, що пережили лікування раку молочної залози, через п'ять років значно знижувався рівень фізичного, соціального та психологічного благополуччя [33]. Але питання про те, чи є це наслідками лікування або нормальними наслідками старіння, є дискусійним. При порівнянні рівня різних аспектів психологічного благополуччя у пацієнтів, які пережили лікування раку молочної залози, із здоровими жінками, що переживали інші стресові події, вчені виявили цікаві закономірності [205]. У пацієнтів, що пережили лікування раку, спостерігався значно вищий рівень посттравматичного зростання та дистресу, і нижчий рівень психологічного благополуччя порівняно із здоровими жінками. Ті пацієнти, що мали високий рівень посттравматичного зростання, характеризувалися підвищеним рівнем фізичного благополуччя і зниженням дистресу. Натомість, здорові жінки у стресових умовах, що мали високий рівень посттравматичного росту, характеризувалися підвищеним рівнем психологічного благополуччя.

Аналізуючи вплив етапів лікувального процесу на психологічне благополуччя онкопацієнтів з РМЗ, доцільно сфокусувати увагу на чотирьох основних фазах: гостра фаза, стабільна фаза, прогресуюча фаза, період після успішного лікування. Гостру фазу можна також розділити на період встановлення діагнозу та ад'ювантне лікування. В результаті ми отримуємо

схему, схожу на ту, що використовується в роботі M.H.Frost та колег [108]. Дослідження минулих років показують, що найвищий рівень дистресу спостерігається в онкопацієнтів з РМЗ після встановлення діагнозу, під час хіміотерапії, після мастектомії, при діагностованому рецидиві та на термінальній стадії захворювання [202]. Тобто, можемо припустити, що на цих фазах у жінок з РМЗ буде відбуватися суттєве зниження психологічного благополуччя.

Розглянемо детальніше роботи, що зосереджувалися на вивченні особливостей психологічного благополуччя жінок з РМЗ впродовж певного етапу лікування. В цьому контексті часто досліджувалися онкопацієнти з *нещодавно встановленим діагнозом*. Але отримані в різних роботах результати не завжди узгоджуються між собою. Так, показник психологічного дистресу у онкопацієнтів з нещодавно встановленим діагнозом може значно варіювати від дослідження до дослідження. В одних випадках жінки з нещодавно діагностованим РМЗ не відрізнялися від здорових жінок за показниками дистресу [254], в інших – повідомляли про значну тривогу, гнів та депресію [247]. Онкопацієнти, яким нещодавно діагностували РМЗ, також часто відчують погіршення емоційного та функціонального благополуччя, страждають від втоми, безсоння та фінансових труднощів. При цьому, відсутність соціальної підтримки, безробіття, погане матеріальне становище та наявність супутніх захворювань пов'язані зі зниженням психологічного благополуччя та якості життя онкопацієнтів з РМЗ [108]. Більшість дослідників повідомляють, що клінічні змінні не мають суттєвого впливу на психологічне благополуччя жінок з РМЗ, яким нещодавно встановили діагноз. Проте існують поодинокі дані про зв'язок таких факторів як комбіновані методи лікування (операційне втручання з подальшою променевою терапією або хіміотерапією) та стадія раку з психологічним благополуччям та якістю життя нещодавно діагностованих онкопацієнтів [263].

В цілому, численні дані свідчать про те, що встановлення діагнозу РМЗ суттєво впливає на емоційний та соціальний аспект психологічного

благополуччя онкопацієнтів, а останній характеризується найповільнішим відновленням [55]. Натомість, фізичне благополуччя жінок з РМЗ зазвичай погіршується у перші місяці лікування (загалом, через безсоння, втрату апетиту та втому), але приходить до норми через рік після початку лікування [133]. Незважаючи на те, що більшість даних свідчить про нормалізацію з часом всіх аспектів психологічного благополуччя у онкопацієнтів, що пережили лікування РМЗ, деякі дослідники повідомляють про нижчий рівень фізичного, емоційного та соціального благополуччя у жінок через 10 років після лікування раку [261]. Подібна тенденція спостерігається вже через 4-5 років після лікування, особливо для соціального благополуччя.

Хоча у *стабільній фазі* (коли пухлина перестає рости та поширюватися по організму) психологічне благополуччя жінок з РМЗ є вищим, ніж у онкопацієнтів на інших етапах лікування, вони також не уникають психологічних труднощів [108]. Жінки, в яких перебіг захворювання можна назвати стабільним, так само стикаються з емоційними проблемами, депресією, фізичними змінами, невпевненістю та психологічним дистресом. Деякі навіть не відчують значної різниці з етапом встановлення діагнозу. В той же час, у багатьох роботах повідомляють про підвищення психологічного благополуччя онкопацієнтів при стабілізації лікування. Наприклад, R.Ellманта колеги [85] опосередковано оцінюють динаміку психологічного благополуччя у онкохворих через показники тривоги та депресії. Автори виявили, що тривожність була підвищена тільки у тих пацієнтів, які переживали перший рік спостереження. Це дає змогу припустити, що на етапі встановлення діагнозу може мати місце значний дистрес, який потребує психологічної допомоги, але більшість пацієнтів згодом відновлюють здатність насолоджуватися життям. При спостереженні впродовж двох років після початку лікування, було виявлено, що жінки адаптуються до раку молочної залози, надаючи з часом більшої значущості соціальному аспекту психологічного благополуччя. Тобто, відбувається репріоритизація цінностей [237].

В дослідженнях [216], які фокусуються на якості життя та психологічному благополуччі жінок з РМЗ II стадії після двох років лікування, було виявлено, що якість життя та психологічне благополуччя онкопацієнтів пов'язане із психосоціальними змінними. Покращення показників корелювало з підтримкою соціального оточення, оптимізмом та позитивними моделями контролю. В свою чергу, низька якість життя корелювала з депресивністю, тривожністю, гнівом та загальним рівнем дистресу. Варто зауважити, що в дослідженні йдеться про кореляційні зв'язки, а не причинно-наслідкові, як стверджують самі автори. Сильною стороною роботи, безперечно, є однорідність вибірки жінок. Але в той же час, з цієї причини отримані результати неможливо поширити на інші стадії раку або етапи його лікування.

Попри те, що психологічне благополуччя онкопацієнтів з РМЗ, як було вказано вище, рідко вивчають лонгітудно, все ж можна виділити декілька важливих робіт. IngerSchou та колеги [210] спостерігали за зміною рівня якості життя та психологічного благополуччя жінок з РМЗ з моменту встановлення діагнозу, і через 3 та 12 місяців після операції. Було виявлено, що після встановлення діагнозу жінки з РМЗ характеризувалися зниженим рівнем емоційного та соціального благополуччя та мали труднощі у когнітивному функціонуванні у порівнянні із загальною популяцією жінок. Після операційного втручання показник когнітивного функціонування та соціального благополуччя продовжував знижуватися. В той же час, органозберігаюча хірургія передбачала краще фізичне функціонування та образ тіла, а хіміотерапія була предиктором гіршого рольового функціонування через рік після мастектомії. Диспозиційний оптимізм позитивно впливав на емоційне та соціальне благополуччя через рік після операції, а у період діагностики та початку лікування був пов'язаний із кращим рівнем життя та меншою кількістю симптомів у жінок з РМЗ. Проте отримані результати стосуються тільки жінок з раком на ранній стадії. Це є ще одним обмеженням нашого теоретичного аналізу: для створення чіткої картини зв'язку між етапом лікування та благополуччям онкопацієнтів необхідно обирати для огляду дослідження із схожими вихідними даними, часовими

проміжками, вибіркою та факторами впливу. Якщо до одного дослідження включають онкопацієнтів на ранній стадії захворювання, а до іншого - на термінальній, порівнювати між собою їхній рівень психологічного благополуччя буде некоректно.

Продовжуючи тему з приводу взаємозв'язку психологічного благополуччя онкопацієнтів та характеру лікування, не можна не згадати деякі важливі дослідження. Так, відомо, що жінки з РМЗ, які перенесли органозберігаючу операцію (люмпектомію), не відзначали погіршення психологічного, соціального чи функціонального статусу. В свою чергу, онкопацієнти, що проходили хіміотерапію, характеризувалися підвищенням психологічного дистресу та труднощами з психосоціальною функцією, причому погіршення психологічного стану не було пов'язане з конкретним типом хіміотерапії [108].

Цікавою є робота про відмінності у рівнях психологічного благополуччя жінок з РМЗ в залежності від етапу реконструкції молочної залози [210]. Дослідники виявили, що етап реконструкції передбачає емоційне благополуччя онкопацієнтів з РМЗ, а взаємодія між етапом та термінами реконструкції є предиктором їхнього незадоволення образом власного тіла та рівня соціального благополуччя. Ті пацієнти, що мали відстрочену реконструкцію молочної залози, повідомляли про значно більше невдоволення образом тіла порівняно з тими, хто проходив реконструкцію одразу після мастектомії. При цьому, терміни та етап реконструкції на впливали на стан фізичного та функціонального благополуччя онкопацієнтів. Ці дані узгоджуються з результатами минулих досліджень, в яких згадується більш високий рівень дистресу у жінок з РМЗ, що проходять відстрочену реконструкцію [123]. Окрім того, оскільки групу відстроченої реконструкції складали пацієнти, яким в середньому за 3 роки до початку реконструкції було зроблено мастектомію, автори наголошують на необхідності інформування медичних працівників про переживання онкопацієнтів щодо образу тіла. Також, для жінок, яким призначили відстрочену реконструкцію, рекомендована психотерапія для пом'якшення психологічного дистресу. Особливо важливими психологічні втручання можуть бути для тих

онкопацієнтів, які бажають негайної реконструкції, але не можуть її отримати через план лікування (наприклад, променеву терапію) або такі фактори ризику хірургічного втручання як ожиріння чи куріння [210]. Загалом, результати дослідження свідчать про те, що початок процесу реконструкції, незалежно від того, відстрочений він чи негайний, забезпечує значне покращення емоційного благополуччя пацієнтів, які прагнуть реконструкції молочної залози. Такі висновки підтверджують мету даної операції - полегшити психосоціальну адаптацію жінок з РМЗ та підвищити якість їхнього життя і психологічне благополуччя.

Зміни у психологічному благополуччі жінок з РМЗ також розглядалися впродовж післяопераційного періоду (через тиждень та через 9 місяців після операції) [39]. У дослідженні взяли участь дві групи жінок: ті, що пройшли мастектомію та ті, хто мав органозберігаюче лікування. Через 9 місяців після операції якість життя та психологічне благополуччя були знижені в обох групах. Особливо це стосувалося емоційного та соціального благополуччя. Якість життя була нижче в тих онкопацієнтів, що проходили хіміотерапію після мастектомії. Важливою знахідкою було те, що сімейний статус значно впливав на функціональне благополуччя.

В одній з робіт психологічне благополуччя онкопацієнтів з РМЗ вивчалось впродовж тривалого періоду лікування (на момент діагностики, через 3 та через 18 місяців після початку лікування) [167]. Результати показали, що фізичне благополуччя жінок з РМЗ покращилося через рік після завершення лікування. Автори стверджують, що більшість аспектів психологічного благополуччя онкопацієнтів, включаючи фізичний, відновлюються після закінчення курсу ад'ювантної терапії і залишаються сталими протягом тривалого періоду. При цьому, емоційне благополуччя у онкопацієнтів після 18 місяців спостереження виявилось зниженим порівняно з початком лікування та трьохмісячним періодом лікування. До того ж, після 18 місяців лікування жінки з РМЗ повідомляли про зниження їхнього загального рівня якості життя. В той же час, вважається, що період від 1 до 3 місяців після ад'ювантної терапії є переломним для

онкопацієнтів: це час найбільшого рівня дистресу. Є кілька пояснень, чому цей період є особливо тривожним для жінок з раком молочної залози. По-перше, починають проявлятися фізичні наслідки лікування, такі як втома, випадіння волосся, нудота та головний біль. По-друге, послаблюється соціальна підтримка з боку медичних працівників, сім'ї та друзів (оточення може не усвідомлювати інтенсивність психологічних переживань онкопацієнта). У дослідженні AliMontazeri та колег [167] пацієнти повідомляли про низьке соціальне благополуччя після завершення лікування РМЗ. У аналогічних дослідженнях було також виявлено, що люди, які перенесли РМЗ, страждають від погіршення соціального благополуччя [210]. До того ж, автори [167] повідомляють про погіршення когнітивного функціонування жінок з РМЗ. Зниження даного показника спостерігалось як на момент трьох місяців лікування, так і після 18 місяців спостереження. В окремих випадках когнітивні порушення зберігалися протягом тривалого часу (від 1 до 10 років після хіміотерапії). Стверджується, що когнітивні порушення найчастіше проявляються у здатності концентрувати увагу та у швидкості навчання і не пов'язані з демографічними характеристиками, клінічними ознаками та базовим рівнем когнітивних функцій [266]. Також, після 18 місяців лікування у онкопацієнтів може спостерігатися підвищений рівень втоми, болю та задишки. Але всі інші наслідки лікування методом ад'ювантної терапії є тимчасовими і швидко зникають після завершення лікування. При цьому, образ тіла та сексуальне функціонування жінок після лікування РМЗ переважно відновлюються дуже повільно. Статева дисфункція є симптомом, який може виникнути у онкопацієнтів внаслідок передчасної менопаузи після ад'ювантної терапії [104].

Є індивідуальні відмінності у психологічному благополуччі серед тих, хто пережив лікування раку молочної залози (*період після успішного лікування*). Використовуючи такі змінні як задоволеність життям, депресію та загальне сприйняття власного здоров'я, вчені [183] оцінили, чи прогнозують демографічні змінні, пов'язані з раком змінні, стан здоров'я та психосоціальні ресурси варіативність у психологічному благополуччі. Старший вік передбачав

збільшення проявів депресії, але не був пов'язаний із задоволенням життям чи загальним сприйняттям здоров'я. Змінні, пов'язані з раком, включаючи час, що минув після лікування, та тип лікування раку, не були суттєво пов'язані із самопочуттям тих, хто пережив лікування. Погіршення стану здоров'я пов'язувалося з низьким благополуччям за всіма трьома залежними змінними. В той же час, вищий рівень психосоціальних ресурсів, включаючи оптимізм, майстерність, духовність та соціальну підтримку, передбачав кращий результат для всіх трьох залежних змінних. Хоча багато жінок старшого віку переживають рак молочної залози без важких наслідків, варіативність у їхньому благополуччі після лікування залишається суттєвою. Варто враховувати, що знижений рівень психологічного благополуччя є предиктором виникнення депресивних симптомів у пацієнтів, що пережили лікування раку молочної залози [114].

Жінки з РМЗ зазвичай важко переживають *рецидив*. Близько половини онкопацієнток оцінюють цю фазу захворювання як найбільш стресову серед усіх інших, навіть в порівнянні із етапом первинного діагностування раку [110]. У зв'язку з рецидивом онкопацієнти можуть відчувати сильну тривогу та депресію. При цьому, більшість жінок з РМЗ визначають соціальну підтримку, сон, зовнішній вигляд, втому та фізичне функціонування як дуже важливі сфери, що впливають на їхнє життя в період рецидивів. В одній з небагатьох робіт, де зв'язок психологічного благополуччя із фазою онкозахворювання вивчався лонгітудно, встановили, що найнижчий рівень благополуччя мали жінки з рецидивом РМЗ [108]. В той же час, пацієнтки, яким щойно поставили діагноз, та ад'ювантна група, мали знижений рівень в деяких аспектах благополуччя, порівняно з тими, хто знаходився в стабільній фазі. Це підтверджує результати минулих досліджень [85], які свідчать про здатність онкопацієнтів адаптуватися до захворювання та відновлювати з часом нормальний рівень психологічного благополуччя.

Таким чином, психологічне благополуччя онкопацієнтів з РМЗ має характерні особливості на різних етапах лікувального процесу. Найнижчий рівень благополуччя зазвичай спостерігається на етапі встановлення діагнозу, в

перші три місяці лікування та при рецидиві захворювання. Психологічне благополуччя суттєво залежить від характеру операційного втручання та термінів відновлення (органозберігаюча операція чи мастектомія, миттєва чи відстрочена реконструкція молочної залози). У тих онкопацієнтів, хто успішно пережив лікування раку, більшість аспектів психологічного благополуччя нормалізуються і досягають того ж рівня, що і у загальній популяції жінок. Особливо це стосується фізичного благополуччя. В свою чергу, для емоційного та соціального аспектів благополуччя характерно більш повільне та важке відновлення. Розуміння особливостей внутрішніх переживань жінок з РМЗ на різних етапах лікування захворювання дає змогу більш точно підбирати ефективні методи психологічної допомоги. Наприклад, методи психотерапії, спрямовані на подолання кризових ситуацій, можуть бути рекомендовані на гострих стадіях (діагностика або рецидив), а психотерапевтичні підходи, що орієнтовані на особистісне зростання та роботу з екзистенційними страхами, можна застосовувати у стабільний період лікування. Окремі види психотерапії можуть бути специфічними саме для потреб онкопацієнтів з РМЗ – наприклад, терапія, що працює з образом та сприйняттям тіла у жінок після мастектомії.

Загалом, вплив етапів лікувального процесу на психологічне благополуччя онкопацієнтів з РМЗ потребує більшої кількості лонгітюдних досліджень.

1.5. Основні психотерапевтичні підходи в роботі з онкологічними пацієнтами з раком молочної залози

Неоднозначність питання про те, який з існуючих видів психотерапії є найбільш ефективним у роботі з онкопацієнтами з РМЗ, сприяє дискусіям й наразі. Неоднорідність критеріїв оцінки, невелика кількість досліджуваних, труднощі із стандартизацією результатів - це неповний перелік основних обмежень, які впливають із наукової літератури. Жінки з раком молочної залози повідомляють про психологічний дистрес протягом усього процесу лікування. Нерідко спостерігається також великий депресивний розлад, що може сприяти

посиленню фізичних симптомів, збільшенню кількості функціональних порушень та погіршенню ефективності лікування [44; 89]. Таким чином, в більшості робіт, присвячених психотерапії онкопацієнтів з РМЗ, основна увага приділяється зміні показників дистресу та депресивності.

Проте набагато частіше з онкопацієнтами працюють у форматі групової терапії. Два десятиліття досліджень показують, що групова психотерапія є ефективною допоміжною терапією для лікування жінок з раком молочної залози. Групова терапія працює з порушеннями настрою, покращує якість життя, фізіологічне функціонування та збільшує тривалість життя після лікування [100]. Особливо часто згадуються в дослідженнях екзистенційний, психодинамічний та когнітивно-поведінковий підходи для роботи в групі.

Екзистенційна терапія належить до гуманістичного напрямку і часто застосовується у психотерапевтичних групах. Темі екзистенційної групової психотерапії для онкопацієнтів Ірвін Ялом присвятив чимало наукових та художніх літературних робіт. Екзистенційна групова психотерапія є особливо корисною для пацієнтів із термінальною стадією раку і має на меті допомогти їм краще справлятися з діагнозом, пристосовуватися до життя з цією хворобою та жити повніше за час, який їм залишився. Екзистенційний підхід може ефективно застосовуватися не лише у контексті терапевтичної групи для онкопацієнтів з РМЗ, але і для подружніх пар [137].

В одній з робіт порівнювалася ефективність експериментально-екзистенційної групової психотерапії та групи соціальної підтримки для онкопацієнтів з РМЗ. Результати були неоднозначними: повідомлялося про позитивні зміни щодо сприйняття свого тіла та рекреації, незалежно від виду терапії. Решта показників психосоціальної адаптації залишилися незмінними [259]. Існують дослідження з порівнянням ефективності міжособистісної терапії, короткочасної терапії та психотерапії вирішення проблем для лікування великого депресивного розладу у онкопацієнтів з РМЗ. Всі три види терапії сприяли суттєвому зниженню депресивних симптомів [29].

Була продемонстрована ефективність когнітивно-екзистенційної групової терапії (КЕГТ) для жінок із раком молочної залози на ранніх стадіях. Взаємодія між членами групи здійснює значний терапевтичний вплив на учасників процесу, але підготовка та досвід терапевта також є дуже важливими чинниками для досягнення кращого результату. У пацієток, що відвідували групову терапію, спостерігалось зменшення тривожності перед лікуванням та поліпшення функціонування у сім'ї. Більшість були задоволені процесом терапії та відзначали значний ефект від групової підтримки, повідомляли про особистісний зріст та збільшення знань про рак і його лікування [134].

В ряді досліджень [251] доводиться ефективність екзистенційного підходу для групової роботи з онкопацієнтами була зокрема підтверджена на фізіологічному рівні: учасники групи мали нижчий рівень кортизолу в плазмі та нижчий рівень пролактину, а також менший відсоток НК-клітин.

Загалом, екзистенційно-гуманістичний підхід дозволяє розглядати пошук сенсу життя як інструмент адаптації та підтримки психологічного благополуччя. Створення смислового діалогу між психологом і пацієнтом сприяє усвідомленню власної цінності та важливості особистісного існування [2]. Саме цей процес є важливим для пацієнтів із РМЗ, оскільки допомагає зміцнити внутрішні ресурси, адаптуватися до нових життєвих умов та зберегти високу якість життя [6].

Підтримуючо-експресивна групова психотерапія належить до екзистенційного напрямку та допомагає онкопацієнтам з РМЗ у зменшенні тривожності, пов'язаної зі смертю, зміцненні міжособистісних стосунків та покращенні якості життя [100]. В іншій роботі отримали схожі результати: підтримуючо-експресивна групова терапія показала ефективність у зменшенні загальних оцінок розладу настрою у онкопацієнтів з РМЗ, а також показників тривожності та депресивності. При цьому результат не залежав від стадії захворювання (I чи II) [224].

Доволі часто в психотерапевтичних групах для онкопацієнтів з РМЗ використовується *психодинамічний підхід*. Однорідні групи для пацієнтів з хронічними фізичними захворюваннями успішно працюють з симптомами

тривоги та депресії та покращують якість життя. В багатьох роботах зазначається підвищення рівня виживання онкопацієнтів після проходження групової терапії. Існує припущення, що цей ефект досягається через врегулювання імунної функції [223]. Хоча більшість онкопацієнтів, яких направляють на психотерапію, підходять для групової терапії, найважливішим аспектом успішного результату є вибір правильних учасників для групи, тобто тих, що мають схожі проблеми, особистісні характеристики та захисні механізми.

Існують дані, що короткочасна психодинамічна терапія сприяє зниженню депресивності онкопацієнтів з РМЗ після лікування. Але отримані результати обмежуються головним чином через те, що оцінки показників депресивності були зроблені не одразу після лікування, а через деякий час [27]. В іншій роботі був підтверджений сприятливий вплив такого виду терапії на показники депресивності та тривожності серед онкопацієнтів з РМЗ [275]. Також повідомляють, що короткочасна психодинамічна терапія здатна знижувати рівень виснаженості онкопацієнтів з РМЗ [267]. В одній з робіт ефективність психодинамічної терапії для зниження депресивності онкопацієнтів з РМЗ перевірялася за допомогою методу нейровізуалізації (фМРТ). Тобто, ефективність психодинамічної терапії для онкохворих має не тільки емпіричні, але і нейробіологічні підтвердження.

Перспективним для терапії онкопацієнтів з РМЗ вважається *транзактний аналіз*, який має багато схожих рис з психоаналізом. Такий вид терапії дозволяє людям зрозуміти себе та свої стосунки з оточуючими. У груповому форматі так само розвивається самоконцепція клієнтів, самоповага, впевненість у собі, зацікавленість у своєму здоров'ї, задоволення від стосунків з іншими та оптимізм щодо майбутнього. На відміну від загальноприйнятого переконання, психологічна травма від зіткнення з діагнозом раку не обмежується тільки страхом смерті. Може також виникнути сором від того, що сприймається онкопацієнтами як «вроджена поганість» ("inherent badness»), яка стає видимою для оточуючих. Це є свого роду «рекет-системою», заснованою на сценарних переконаннях, з якими успішно працює транзактний аналіз. Е.Аудін [21] вивчала

психологію онкопацієнтів з РМЗ з точки зору транзактного аналізу і побудувала наступну «рекет-систему»:

Таблиця 1.1

Рекет-система онкопацієнтів з РМЗ (за Е.Аydin)

Сценарні переконання чи почуття	Рекетні прояви	Підкріплюючі спогади
<p>1. Сприйняття себе Ключове переконання: <i>«Я погана»</i>; Підтримуюче переконання: <i>«Я можу зашкодити іншим своєю поганістю»</i>.</p>	<p>1. Спостережувана поведінка Послужливість; Безпорадність; Маніакальна репарація; Задоволення чужих потреб.</p>	<p>1. Сором у ранньому дитячому віці</p>
<p>2. Сприйняття інших Ключове переконання: <i>«Вони хороші»</i>; Підтримуюче переконання: <i>«Якщо вони побачать справжню мене, вони не будуть мене любити»</i>.</p>	<p>2. Внутрішній досвід Тривога, почуття провини</p>	<p>2. Перший життєвий стресор</p>
<p>3. Сприйняття життя Ключове переконання: <i>«Єдиний спосіб бути хорошою - це піклуватися про інших. Не можна виражати свої власні емоції чи потреби»</i>.</p>	<p>3. Фантазії Щоб внутрішня поганість не була помічена іншими; Вдячність інших за допомогу.</p>	<p>3. Другий життєвий стресор</p>

Припускається, що робота із сценарними переконаннями та захисними механізмами в рамках транзактного аналізу може сприяти полегшенню психічного стану онкопацієнтів з РМЗ та їхньому особистісному зростанню.

Одним з найважливіших підходів для онкопацієнтів в психотерапевтичних групах вважається *когнітивно-поведінковий*. Частота його використання пояснюється, зокрема, наявністю чітко встановлених протоколів терапії, ефективність яких легко перевірити. Про сприятливий вплив групової когнітивно-біхевіоральної терапії на психічний стан онкопацієнтів з РМЗ часто повідомляється у науковій літературі. Відомо, що когнітивно-поведінкова терапія ефективно зменшує депресію та збільшує тривалість життя жінок з раком молочної залози [101]. Проте в одній з робіт дослідники наголошують на короткочасності покращення показників настрою та самооцінки учасників терапії. Зміни після проходження терапії зазвичай не тримаються довше 3-6 місяців [80; 82].

Були оцінені психологічні ефекти двох моделей групової терапії у онкопацієнтів з РМЗ першої стадії: когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) та підтримуючої терапії [81]. Одразу після терапії у пацієнтів обох групах спостерігалось суттєве зниження рівня депресії, підвищення якості життя та самооцінки відносно вихідних значень, причому останні два показники були вище у пацієнтів з групи КПТ. Після 4-місячного спостереження різниця між групами вже не була статистично значущою. Отримані дані свідчать про те, що групове втручання за допомогою КПТ приносить більші короткострокові переваги, ніж група підтримуючої терапії серед пацієнтів РМЗ.

Оцінювали також ефективність когнітивно-поведінкової групової терапії та заснованої на розслабленні та керованих образах (Relaxation and guided imagery, RGI) групової терапії для онкопацієнтів з РМЗ [58]. Психологічний дистрес значно зменшився в обох групах порівняно з контрольною. Група RGI була більш ефективною у зменшенні рівня втоми та труднощів зі сном, тоді як група КПТ була більш ефективною у зменшенні зовнішнього локусу контролю здоров'я. Локус внутрішнього контролю здоров'я істотно не змінився.

Когнітивно-поведінкова терапія допомагає онкопацієнтам з РМЗ навчитися адаптивним копінг-стратегіям і позбавитися неефективних. Пасивні копінг-стратегії пов'язують з більшим рівнем загального та онкоспецифічного

дистресу у пацієнтів з РМЗ [186], а негативні копінг-стратегії, як відомо, зменшують якість життя онкопацієнтів [164]. Соціальна підтримка, свобода у вираженні емоцій та позитивне мислення, в свою чергу, асоційовані з меншим дистресом [186]. Копінг-стратегії рекомендують враховувати при психологічному консультуванні жінок з РМЗ.

Якщо розглядати дане питання більш детально, слід згадати декілька конкретних копінг-стратегій та їхній ефект на психічний стан онкопацієнтів з РМЗ. Наприклад, копінг-стратегія Уникнення (Avoidance) збільшує ризик настання дистресу у пацієнтів з РМЗ [57]. Натомість, адаптацію до стресу у пацієнтів з РМЗ забезпечують такі копінг-стратегії як Прийняття (Acceptance) і Позитивна переоцінка (Positive Reappraisal), що також пов'язані з вищим психологічним благополуччям. Як і в попередньому дослідженні, така копінг-стратегія як Уникнення була пов'язана зі зниженням психологічного благополуччя. Окрім типу, ефективність копінг-стратегії також залежить від стадії раку, лікування, тривалості захворювання.

Варто враховувати, що у дослідженнях з ефективності копінг-стратегій для пацієнтів з РМЗ використовуються різні психодіагностичні інструменти. Від того, наскільки точно методики будуть диференціювати між собою копінг-стратегії, значною мірою залежить кінцевий результат дослідження. Так, доцільність використання шкали COPE (Carver, Scheier та Weintraub, 1989 [49]) як міри боротьби з психологічними наслідками від раку молочної залози була перевірена на вибірці з 61 жінки, у яких діагностували РМЗ більше року тому. Результати показали, що прийняття та позитивний рефреймінг були найпоширенішими копінг-стратегіями, що підтверджувало результати попередніх досліджень, але в цілому шкала COPE погано розрізняла стратегії. За винятком позитивного рефреймінгу, всі субшкали негативно корелювали із самопочуттям. Частота використання копінг-стратегій була негативно пов'язана з благополуччям, тобто чим більше копінг-стратегій було використано, тим вищим був дистрес [241].

Психо-духовна інтегративна терапія (Psycho-Spiritual Integrative Therapy, PSIT) включає принципи когнітивно-поведінкової терапії третьої хвилі, усвідомленість (mindfulness) та медитацію і забезпечує таким чином як психологічні, так і духовні потреби онкопацієнтів. Попередні дослідження показують, що такий вид терапії пов'язаний із покращенням якості життя, настрою та фізичного, психологічного і духовного благополуччя жінок з РМЗ [59].

Ті жінки з РМЗ, що проходили щотижневу індивідуальну когнітивно-поведінкову психотерапію та сімейне консультування раз на два місяці, характеризувалися покращенням показників якості життя та зниженням депресивності порівняно з контрольною групою [154].

Розглянемо інші види групової терапії, які застосовуються для покращення психічного стану онкопацієнтів з РМЗ.

Встановлено, що учасники групи *арт-терапії* мають значно нижчі показники депресії, тривоги та соматичних симптомів порівняно з контрольною групою [242]. Досліджувався також вплив музичної психотерапії на якість життя онкопацієнтів, що пережили лікування РМЗ. У порівнянні з учасниками когнітивної-біхевіоральної групової психотерапії, у онкопацієнтів покращилися показники ідентичності, рольових стосунків та картини тіла (за шкалою самоконцепції Теннессі). В обох групах спостерігалось підвищення самооцінки, родинних стосунків та особистісного зростання [240]. Також ефективною є групова терапія з використанням поезії [64]. Індивідуальна арт-терапія може, в свою чергу, сприятливо впливати на адаптивні копінг-стратегії [179].

Групова терапія за принципом BMS (body-mind-spirit) сприяє стабілізації рівня кортизолу у відповідь на повсякденний стрес у онкопацієнтів з РМЗ, а також активізації пошуку сенсу життя та можливостей для особистісного зростання [115].

Позитивна групова психотерапія поліпшує депресивний стан та призводить до зростання показників щастя у онкопацієнтів з РМЗ. В якості психодіагностичного інструментарію дослідники використовували шкалу

депресії Бека на Оксфордську шкалу щастя [76]. В іншій роботі експериментальна група також показала вищі бали за самооцінкою, благополуччям та рівнем щастя [50].

Було доведено, що участь у *структурованій груповій психотерапії* призводить до поліпшення психосоціальної адаптації у жінок з метастатичним раком молочної залози [141].

Групова терапія, заснована на прийнятті, чинить позитивний вплив на якість життя онкопацієнтів з РМЗ, а саме на показники фізичного та психологічного здоров'я, а також на соціальні стосунки та якість життя. Проте дослідження про вплив групової терапії та психоосвіти на стан онкопацієнтів з РМЗ не виявило значущих змін у рівні їхнього психологічного дистресу, якості життя, адаптованості до хвороби та подружніх стосунках [34].

Була також показана ефективність *чотирьохфакторної терапії* (терапевтичні стосунки, тривалість терапії, підвищення обізнаності та регуляції поведінки) для зменшення рівня дистресу серед онкопацієнтів з РМЗ [126]. Такий вид терапії також є дієвим для підвищення сексуальної самооцінки онкопацієнтів з РМЗ. До того ж, показано важливість чотирьохфакторної психотерапії для вдосконалення копінг-стратегій у жінок з РМЗ.

Порівнювалася ефективність *підтримуючої групової терапії із центрованою на сенсі груповою терапією* (Meaning Centered Group Psychotherapy, MCGP) для онкопацієнтів. Остання призвела до значного підвищення духовного благополуччя та відчуття сенсу життя. Також знизився показник тривожності. Не було значного покращення жодної з цих змінних для пацієнтів, які брали участь у підтримуючій груповій терапії [38].

Отже, дослідження показали, що короткочасна психотерапія покращує якість життя онкопацієнтів. Однак є набагато менше доказів ефективності довгострокових психологічних втручань. Зазвичай при довгостроковій психотерапії онкопацієнти відчували більше тривожності та менше безпорадності, ніж контрольна група, але покращень настрою чи якості життя не було зафіксовано [83]. Можливо, багато психологічних змін, що виникають при

більш тривалих психологічних втручаннях, складно оцінити стандартними психометричними способами.

Оглядова стаття D.Spiegel [222] підсумовує результати 15-ти клінічних досліджень про вплив психотерапії на рак. Вчений повідомляє, що у 8 роботах психотерапія збільшувала час виживання після раку; при цьому, жодне з представлених досліджень не вказує на несприятливий вплив психотерапії на рак. На основі теоретичного аналізу D.Spiegel також робить декілька висновків:

- ефективна психосоціальна підтримка підвищує тривалість та якість життя у онкопацієнтів;
- хронічна депресія є передумовою гіршого прогнозу для раку;
- дизрегуляція системи кортизолу передбачає більш швидке прогресування раку;
- запальні процеси впливають на прогресування раку;
- стрес впливає на активність симпатичної нервової системи, довжину теломер, активність теломерази та експресію онкогену.

Люди, які пережили рак молочної залози, часто стикаються з психологічними проблемами та зниженням якості життя. Хоча користь психотерапії для онкопацієнтів є емпірично підтвердженою, вона часто є дорогою і недоступною. Ряд дослідників [140] пропонує методи, які можуть бути альтернативами або доповненням до традиційної психотерапії. Так, часто зустрічаються у науковій психологічній літературі методи, засновані на вираженні емоцій (експресивний лист), зміцненні близьких стосунків (робота з подружніми парами), підвищенні доступності Інтернет-ресурсів (психоедукація, групи підтримки). Вибір відповідного методу вимагає розуміння унікальних обставин для кожного онкопацієнта та його родини. Ці альтернативи психотерапії мають ряд переваг, включаючи економічну доступність, персоналізованість та простоту впровадження. Проте професійна психологічна допомога для онкопацієнтів є більш бажаною в будь-якому випадку.

Висновки до першого розділу

1. Психологічні особливості, характерні для людей з онкологічними захворюваннями, розповсюджуються і на жінок з раком молочної залози. Онкопацієнти з РМЗ так само переживають сильний стрес, стикаються з тривогою та депресією. Вони можуть відчувати страх не тільки через саме захворювання, але і через можливі негативні наслідки від його лікування. Ад'ювантна терапія є ефективним методом лікування раку молочної залози. Проте, окрім тимчасових побічних ефектів, хіміотерапія може спричинити зміни у фертильності. Особливо гостро переживають безпліддя ті жінки, які взагалі не мають дітей. Також, на відміну від інших видів раку, РМЗ потребує хірургічного втручання, яке відображається на зовнішньому вигляді онкопацієнта. Помітний післяопераційний дефект може бути причиною зниження самооцінки, сексуальності та якості життя жінок з РМЗ.

2. Психологічне благополуччя протягом багатьох століть досліджувалося в рамках двох взаємопов'язаних наукових парадигм: гедоністичної та евдемонічної. Перша передбачає просте, зрозуміле задоволення від життя, яке залежить від домінування позитивних переживань та вражень над негативними. Друга концепція має більш складне теоретичне підґрунтя і визначає благополуччя через особистісне зростання, розвиток, самореалізацію та досягнення цілей. Життєві події, які у гедоністичному підході трактуються як негативні, можуть розцінюватися зовсім по-іншому у евдемонічній моделі благополуччя – наприклад, як виклики на шляху до бажаної цілі. У психології гедоністична концепція благополуччя набула популярності здебільшого завдяки роботам Е.Дінера, який ввів поняття суб'єктивного благополуччя. Прихильником евдемонічного погляду на благополуччя в психології аналогічного масштабу є К.Ріфф, яка створила шестифакторну модель психологічного благополуччя на основі теорій Маслоу, Юнга, Роджерса, Олпорта, Еріксона, Бюлера та Яходи. Сучасні погляди на психологічне

благополуччя тяжіють до інтегрованої методології досліджень – тобто, поєднання евдемонічного та гедоністичного підходів.

3. Психологічне благополуччя є складним та багатовимірним конструктом, який включає в себе багато аспектів. Найбільш дослідженими є фізичний, соціальний, емоційний, духовний, функціональний, економічний та суб'єктивний аспекти. Онкозахворювання суттєво знижує психологічне благополуччя жінок з РМЗ, що згубно відображається на їхньому психологічному стані. В той же час, існують фактори, які так само здатні впливати на психологічне благополуччя онкопацієнтів. Серед них є ті, що піддаються контролю – наприклад кількість соціальної підтримки, фізичні вправи, духовні практики. Інші ж є незмінними демографічними характеристиками, за якими можна лише передбачити рівень благополуччя. Часто ці чинники – підконтрольні та незмінні – є специфічними до конкретного аспекту благополуччя. На основі проведеного аналізу літературних джерел можна зробити висновок, що побудова комплексної теоретичної моделі психологічного благополуччя у онкопацієнтів з РМЗ є актуальною. Така модель має включати компоненти психологічного благополуччя, а також чинники, які на них впливають – як стабільні, так і лабільні. Окрім того, у цій моделі необхідно врахувати зв'язки між різними компонентами благополуччя жінок з РМЗ. Проте визначення сили цих зв'язків потребує проведення комплексного емпіричного дослідження, яке охоплювало б усі аспекти благополуччя онкопацієнтів.

4. Рівень психологічного благополуччя онкопацієнтів з РМЗ може значно відрізнятися в залежності від етапу лікувального процесу. Незважаючи на те, що благополуччя жінок з РМЗ рідко вивчали лонгітудно в умовах лікування, з існуючих даних можна сформуванати більш-менш чітку картину. Результати більшості досліджень свідчать про те, що найнижчі рівні благополуччя спостерігаються в онкопацієнтів з РМЗ на етапі встановлення діагнозу та при рецидиві захворювання. Також виявлено, що більшість аспектів благополуччя

нормалізуються через деякий час після завершення лікування, але соціальний аспект часто залишається у онкопацієнтів нижчим, ніж в загальній популяції.

5. При роботі з онкопацієнтами застосовуються майже всі існуючі психотерапевтичні підходи. З основних напрямів можна виділити когнітивно-поведінковий, психодинамічний та гуманістичний. Сесії проводяться як індивідуально, так і в групі – за результатами досліджень, обидва формати є однаково ефективними. Золотим стандартом для онкопацієнтів можна вважати групову екзистенційну терапію, розробка якої значною мірою належить Ірвіну Ялому. У дослідженнях, присвячених психологічному благополуччю онкопацієнтів, також часто фігурують копінг-стратегії, які є частиною КБТ-протоколу. Специфічною для жінок з РМЗ є психотерапія, що працює з образом тіла – це може бути необхідним після радикальної мастектомії. Перспективним напрямом для психотерапії онкопацієнтів є транзактний аналіз.

6. На основі проведеного аналізу літературних джерел сформульовано завдання, які потребують вирішення в рамках даного дослідження.

Мета дослідження полягає у вивченні впливу онкозахворювання на психологічне благополуччя жінок з РМЗ із врахуванням зовнішніх та внутрішніх компенсаторних чинників.

Завдання дослідження були сформульовані відповідно до мети:

1. На основі теоретичних положень дослідити структурні особливості психологічного благополуччя у онкологічних пацієнтів з раком молочної залози, визначивши основні фактори, що впливають на рівень їхнього емоційного стану та психосоціальної адаптації.

2. Визначити вплив етапів лікувального процесу на психологічне благополуччя онкологічних пацієнтів з раком молочної залози та обґрунтувати доцільність використання певних психотерапевтичних підходів для підвищення психологічної стійкості на різних етапах лікування.

3. На основі аналізу основних теоретичних та методологічних підходів до вивчення психологічного благополуччя в психоонкології розробити

теоретичну модель структури психологічного благополуччя онкопацієнтів з РМЗ.

4. Розкрити параметри психологічного благополуччя у онкопацієнтів з РМЗ та проаналізувати їх відмінності залежно від соціо-демографічних характеристик.

5. Виявити фактори, які пов'язані із загальним рівнем та параметрами психологічного благополуччя у онкопацієнтів з РМЗ.

6. Визначити характер змін в загальному рівні та параметрах психологічного благополуччя онкопацієнтів з РМЗ з часом під дією внутрішніх та зовнішніх чинників.

РОЗДІЛ 2

ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ОНКОПАЦІЄНТІВ З РАКОМ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

2.1. Характеристика досліджуваної вибірки та збору даних

Загальна кількість досліджуваних складає 144 особи. Вибірка була сформована з жінок віком від 18 років, які проживають в Україні або за її межами. До клінічної групи пацієнтів з РМЗ входило 98 осіб з онкологічним діагнозом або в процесі лікування. Ті, хто перебував у стані ремісії, були виділені в окрему групу під час статистичного аналізу. Контрольну групу склали 46 жінок з іншими видами онкозахворювань. Учасниці з психічними розладами, окрім тривоги та депресії, були виключені з вибірки.

Збір даних здійснювався переважно через тематичні групи для онкопацієнтів в мережі Facebook, такі як «Афіна. Жінки проти раку», «Inspiration family. Все про рак». Також були залучені жінки з РМЗ, що проходили психотерапію у напрямку транзактного аналізу. Дані були зібрані за допомогою платформи для онлайн-опитувань SurveyMonkey (<https://www.surveymonkey.com>) за умови отримання інформованої згоди від усіх учасників. Дослідження мало лонгітюдний дизайн з трьома хвилями збору даних: первинний зріз, зріз через 3 місяці і через 6 місяців. Учасниці клінічної та контрольної груп формують першу хвилю дослідження. Для другої та третьої хвилі були відібрані лише ті досліджувані, що мають рак молочної залози.

Опитування складалося з соціодемографічної анкети та психодіагностичних методик, пов'язаних з онкологічним захворюванням та психологічним благополуччям. Учасниці з РМЗ другої та третьої хвилі отримували запрошення на участь у дослідженні електронною поштою. З метою дотримання конфіденційності під час опитування, жодна інформація, за якою можна було б ідентифікувати досліджуваних, не збиралася. Виключення

становила адреса електронної пошти, для співставлення відповідей з трьох хвиль дослідження та для надсилання запрошень на подальші опитування в лонгітюдному дизайні. Проте доступ до даних мав тільки дослідник, вся надана респондентами інформація була суворо конфіденційною. Деталі збору та обробки персональних даних були описані в інформованій згоді.

Отримані в першій хвилі дані були проаналізовані з використанням описуваних статистик та спеціалізованих статистичних критеріїв, таких як критерій Манна-Уїтні або t-критерій Стьюдента, для опису вибірки та порівняння досліджуваних показників між групами. Також були досліджені психометричні показники обраних психодіагностичних інструментів, зокрема за допомогою аналізу надійності та факторного аналізу. Кореляційний аналіз використовувався для аналізу взаємозв'язків між досліджуваними показниками, а регресійний аналіз - для виявлення предикторів психологічного благополуччя в обох групах.

Друга та третя хвилі збору даних включали лише клінічну групу. Метою на цьому етапі було проаналізувати динаміку досліджуваних показників та їхній вплив на рівень благополуччя онкопацієнтів з РМЗ за допомогою дисперсійного аналізу для повторних вимірів та регресійного аналізу.

Очищення та підготовка даних включала кілька етапів з використанням програмного забезпечення Microsoft Excel (версія 16.70) та RStudio (версія 2022.07.1). В Excel були перекодовані мітки змінних і перевірені будь-які невідповідності між відповідями, щоб переконатися, що логіка опитування, запрограмована в SurveyMonkey, працює належним чином. Було також перевірено, чи немає в масиві даних відкритих відповідей, які б збігалися з вже наданими варіантами. В такому випадку їх видаляли і позначали відповідний варіант в закритому питанні. Якщо при категоризації відкритих відповідей було багато однотипних, їх кодували як новий варіант. Крім того, були категоризовані відкриті запитання, наприклад, регіон проживання.

Після імпорту до RStudio дані були перевірені на наявність пропущених значень і викидів. За необхідності відповіді були перекодовані, щоб дані мали

узгоджений формат. Непотрібні стовпці, такі як ім'я колектора та IP-адреса респондента, були видалені, щоб спростити масив.

Для дескриптивного аналізу та опису вибірки відповіді у соціально-демографічних змінних залишали в текстовому вигляді. Однак для психометричних шкал та інших змінних відповіді перекодовувалися в числові значення з використанням офіційних посібників для кожної психодіагностичної методики. Посібники також використовувалися при підрахунку сумарних показників для шкал і субшкал і інтерпретації результатів.

Нарешті, були використані візуалізації, такі як графіки та таблиці, щоб перевірити наявність помилок або пропущених категорій у наборі даних. Такий ретельний підхід допоміг забезпечити точність і надійність емпіричних даних і підготувати їх для подальшого статистичного аналізу.

Досліджувана вибірка складається з осіб віком від 20 до 70 років (табл. 2.1, рис 2.1). Найбільший відсоток припадає на 30-50 років.

Таблиця 2.1

Розподіл досліджуваних за віком

Віковий діапазон	Кількість	Відсоток, %
20-30	7	4.861111
30-40	54	37.500000
40-50	58	40.277778
50-60	22	15.277778
60-70	3	2.083333

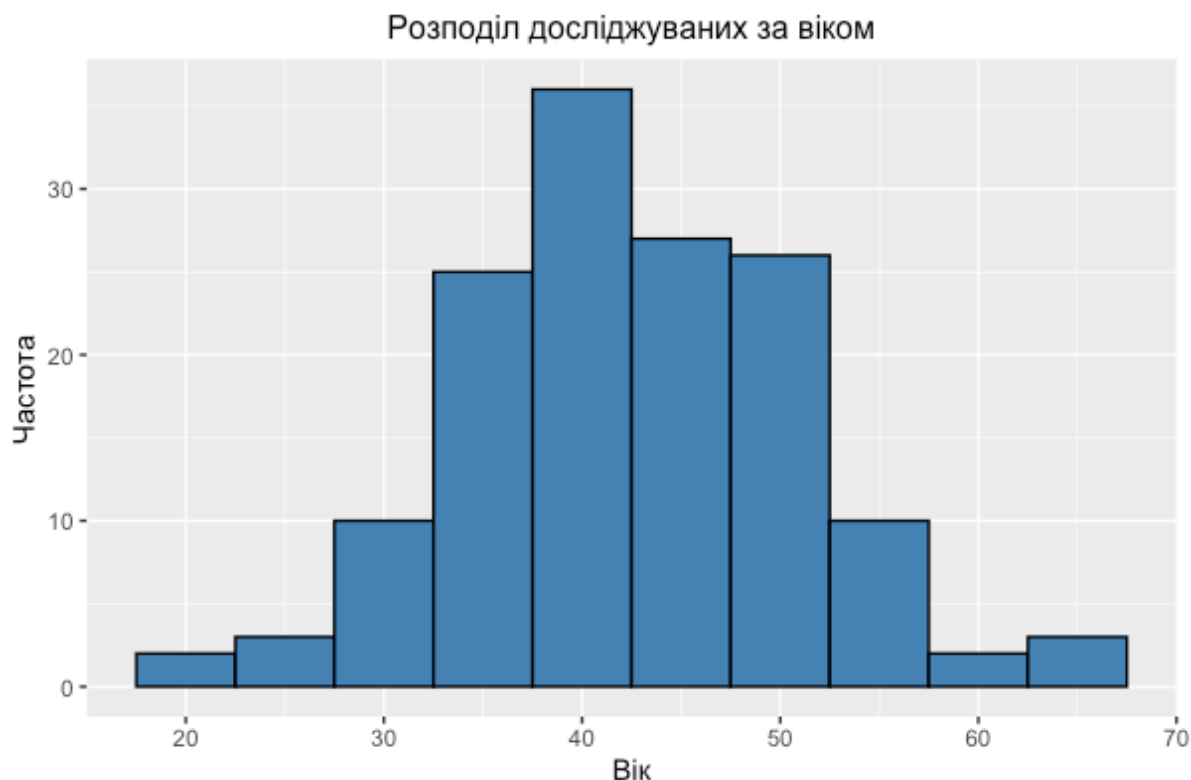


Рис. 2.1. Розподіл досліджуваних за віком

Щодо місця проживання, найбільша група респондентів була з міста Києва - 41 учасник, що становить 28,5% від загальної вибірки (табл. 2.2, рис. 2.2). Наступною за чисельністю була група респондентів з інших країн (23 учасники, 16,0%). Найменшу кількість респондентів представили Закарпатська, Тернопільська, Сумська та Хмельницька області, де було лише по одному учаснику (0,69%). Загалом, розподіл респондентів за регіонами був не дуже рівномірним, причому в деяких регіонах було значно більше учасників, ніж в інших.

Таблиця 2.2

Розподіл досліджуваних за місцем проживання

Регіон	Кількість	Відсоток, %
Вінницька область	5	3,47
Волинська область	3	2,08
Дніпропетровська область	5	3,47
Житомирська область	3	2,08
Закарпатська область	1	0,69
Запорізька область	6	4,17
Івано-Франківська область	2	1,39
Інша країна	23	16,00

Київська область	9	6,25
Кіровоградська область	6	4,17
Львівська область	3	2,08
м. Київ	41	28,50
Миколаївська область	2	1,39
Одеська область	8	5,56
Полтавська область	10	6,94
Рівненська область	3	2,08
Сумська область	1	0,69
Тернопільська область	1	0,69
Харківська область	7	4,86
Хмельницька область	1	0,69
Черкаська область	2	1,39
Чернігівська область	2	1,39

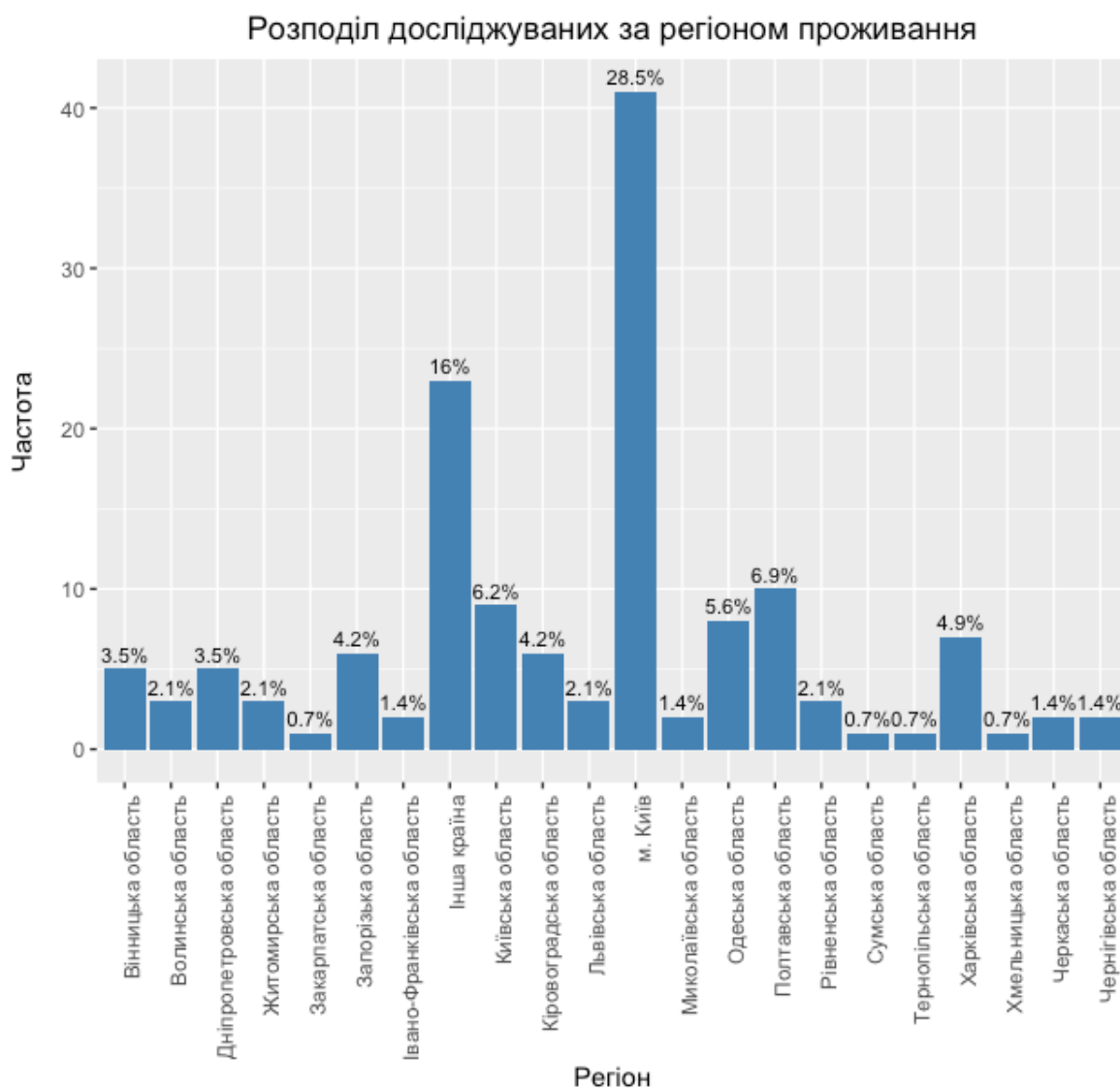


Рис. 2.2. Розподіл досліджуваних за місцем проживання

Що стосується сімейного стану (табл. 2.3, рис. 2.3), то найбільша група респондентів (60,4%) повідомила, що перебуває у шлюбі, за ними йдуть ті, хто не перебуває у шлюбі (17,4%), живе разом у цивільному шлюбі (6,94%), розлучені (10,4%) та вдови (4,86%).

Таблиця 2.3

Розподіл досліджуваних за сімейним статусом

Сімейний статус	Кількість	Відсоток, %
Вдова	7	4,86
Живемо разом/цивільний шлюб	10	6,94
Заміжня	87	60,40
Не одружена	25	17,40
Розлучена	15	10,40

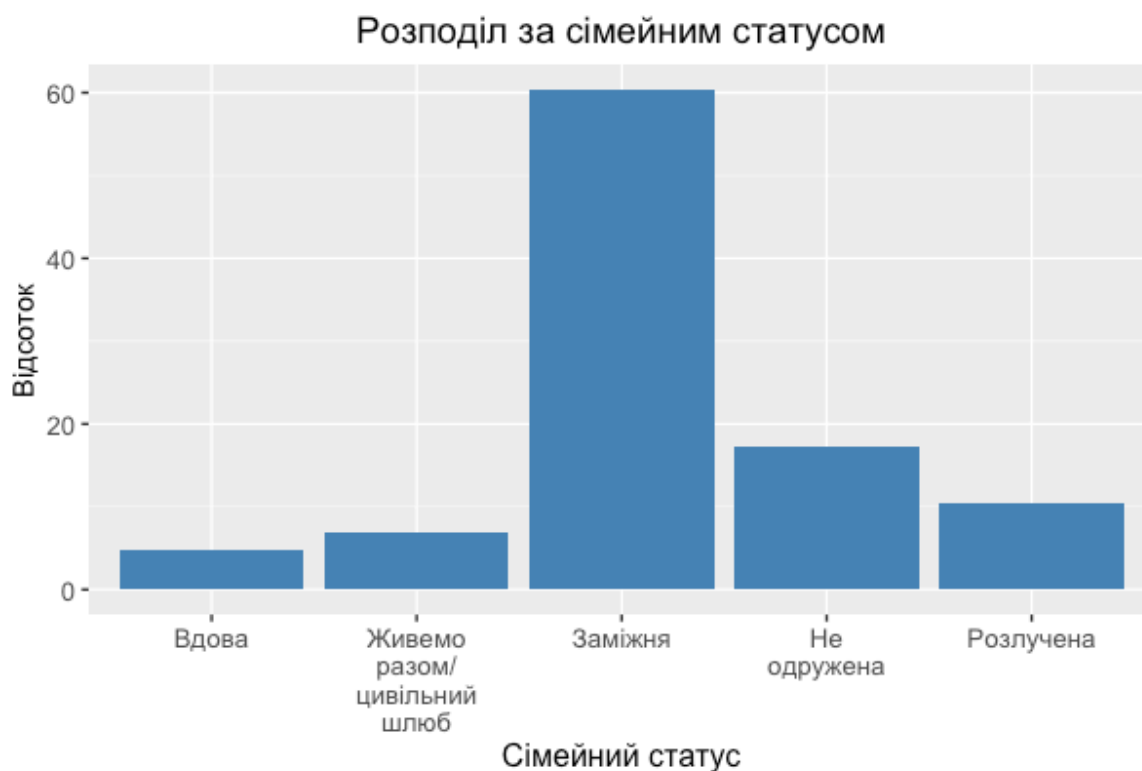


Рис. 2.3. Розподіл досліджуваних за сімейним статусом

Згідно з даними опитування (табл. 2.4, рис.2.4), більшість респондентів (41%) повідомили, що мають одну дитину, за ними слідують ті (30,6%), хто повідомив, що не мають дітей. Приблизно 23% респондентів повідомили, що мають двох дітей, і лише 5,6% повідомили, що мають трьох і більше дітей. Ці результати свідчать про те, що більшість респондентів, які взяли участь в опитуванні, або мали лише одну дитину, або не мали дітей.

Розподіл досліджуваних за кількістю дітей

Кількість дітей	Кількість	Відсоток, %
Двоє	33	22,90
Немає	44	30,60
Один	59	41,00
Три і більше	8	5,56

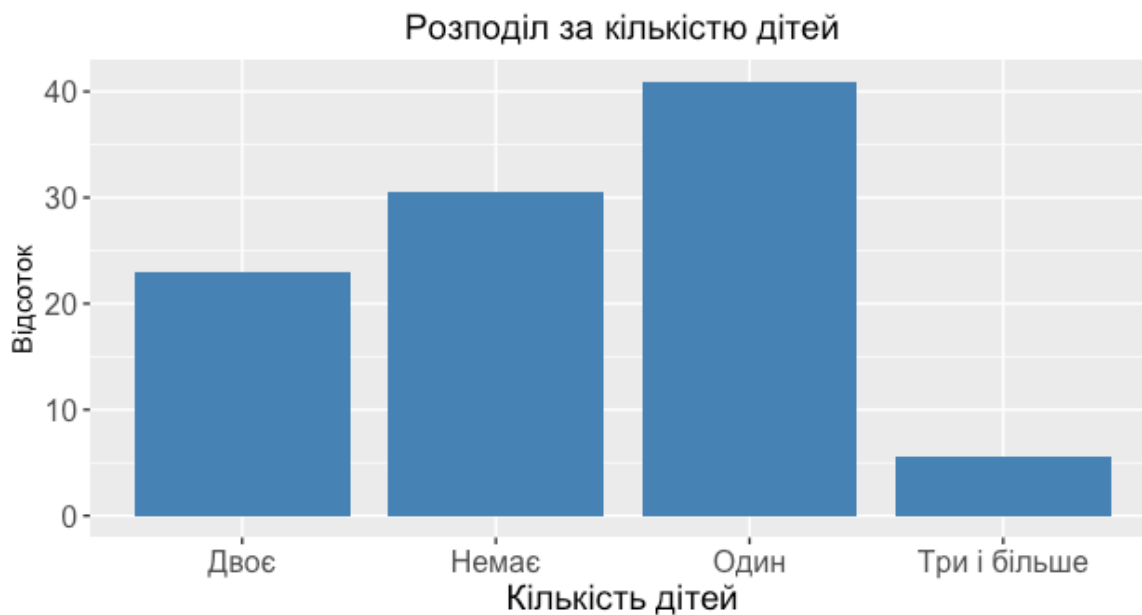


Рис. 2.4. Розподіл досліджуваних за кількістю дітей

Що стосується освіти, то більшість респондентів (75%) повідомили, що мають вищу освіту (табл. 2.5, рис. 2.5). 13,2% респондентів повідомили, що мають професійно-технічну освіту, а 6,94% - незакінчену вищу освіту. Лише невеликий відсоток респондентів (4,86%) повідомили, що мають середню освіту.

Таблиця 2.5

Розподіл досліджуваних за освітою

Освіта	Кількість	Відсоток, %
Вища	108	75,00
Незавершена вища	10	6,94
Профтехнічна	19	13,20
Середня	7	4,86

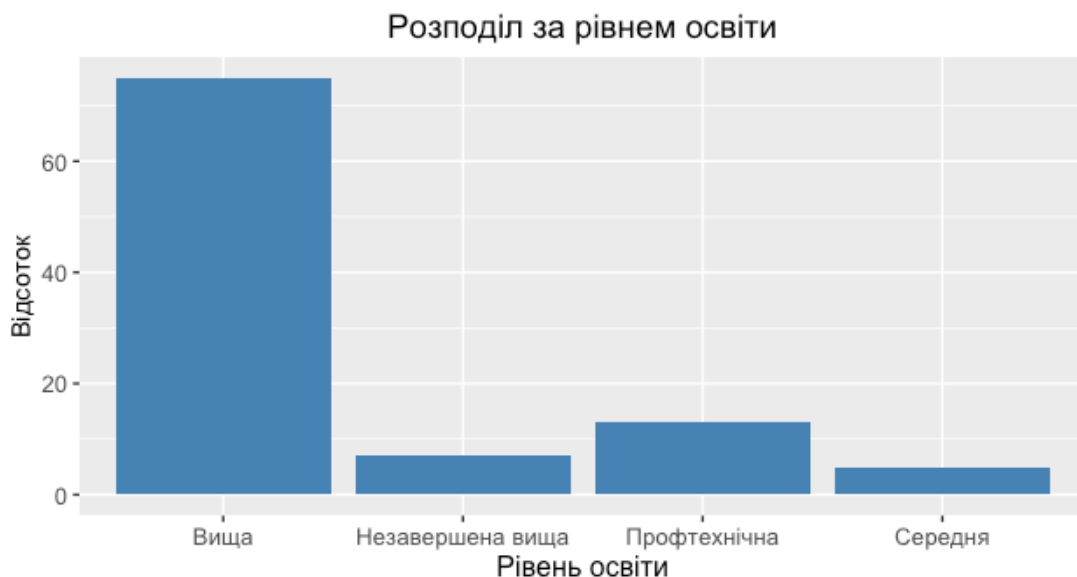


Рис. 2.5. Розподіл досліджуваних за освітою

Щодо фінансового стану, більшість респондентів (38,9%) повідомили, що їм буде проблематично придбати новий телевізор, холодильник або пральну машину (табл. 2.6, рис. 2.6). Водночас 33,3% повідомили, що їм вистачає грошей на їжу, але можуть виникнути труднощі з придбанням нового одягу. Загалом 16,7% вказали, що їм вистачає грошей на велику побутову техніку, але на нову машину потрібно заощаджувати або брати кредит. 7,64% респондентів повідомили, що їм не вистачає грошей навіть на основні продукти харчування, а 2,78% відповіли, що їм вистачає грошей на всі витрати, окрім купівлі нерухомості, наприклад, котеджу або квартири. Нарешті, 0,69% досліджуваних не відчують жодних фінансових труднощів і зможуть придбати нерухомість у разі потреби.

Таблиця 2.6

Розподіл досліджуваних за фінансовим станом

Фінансовий стан	Кількість	Відсоток, %
Грошей вистачає на все, крім купівлі нерухомості (дача, квартира тощо)	4	2,78
Грошей не вистачає навіть на продукти харчування	11	7,64
Грошей цілком вистачає на велику побутову техніку, але на нову машину потрібно відкласти або деякий час брати кредит	24	16,70

Достатньо грошей на продукти харчування, проте купити одяг може бути складно	48	33,30
Матеріальних труднощів не відчуваю. За необхідності могла б придбати дачу, квартиру	1	0,69
Придбати зараз телевізор, холодильник чи пральну машину було б проблематично	56	38,90

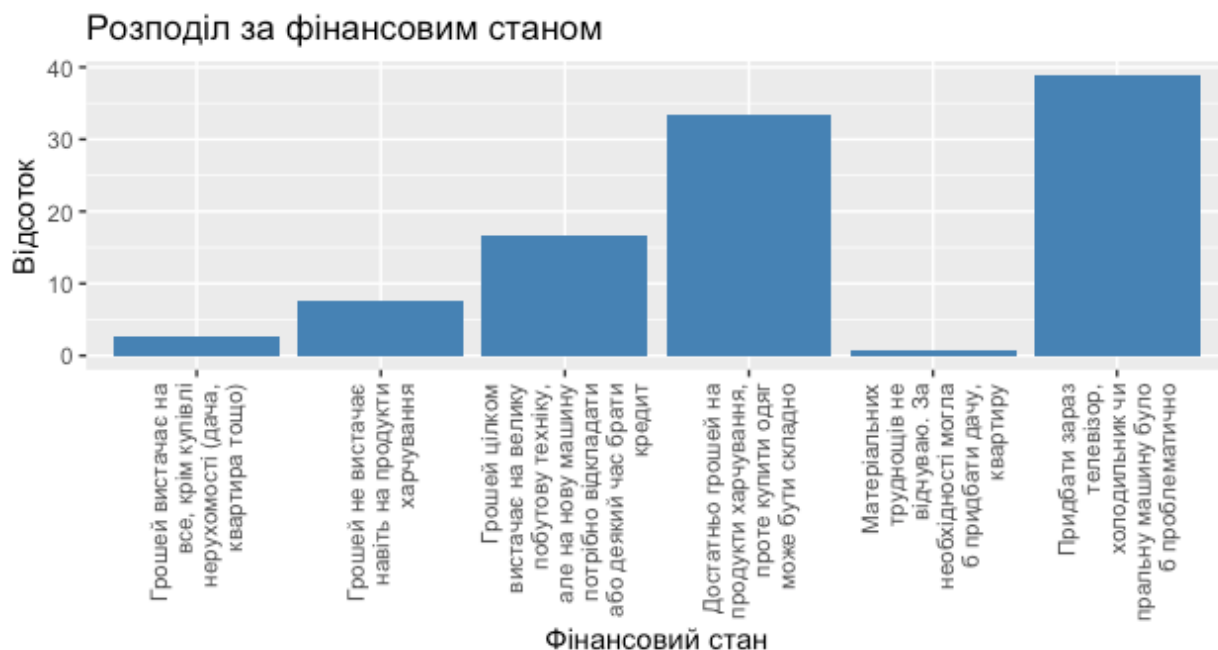


Рис. 2.6. Розподіл досліджуваних за фінансовим станом

Щодо роботи, найбільша група респондентів (23,6%) повідомила, що вони мають інвалідність (табл. 2.7, рис. 2.7). За ними йдуть ті, хто тимчасово не працює або безробітні (14,6%). Близько 19,4% респондентів повідомили, що працюють у приватній компанії, тоді як 13,9% вказали, що працюють у державних організаціях, таких як лікарня або школа. Ще 6,9% респондентів були студентами, а 4,9% перебували у відпустці по догляду за дитиною. Невеликий відсоток респондентів були самозайнятими (3,5%), пенсіонерами (4,9%) або працювали на державній службі (6,9%). Нарешті, 8,3% респондентів повідомили про "інші" статуси зайнятості.

Таблиця 2.7

Розподіл досліджуваних за статусом зайнятості

Статус зайнятості	Кількість	Відсоток, %
Знаходжусь на інвалідності	34	23,60
Індивідуальний підприємець	5	3,47

Інше (вказіть)	12	8,33
Не можу відповісти/відмова від відповіді	2	1,39
Перебуваю на пенсії	7	4,86
Перебуваю у відпустці для догляду за дитиною	4	2,78
Працюю в державній організації (лікар, вчитель тощо)	20	13,90
Працюю в приватній фірмі	28	19,40
Працюю на державній службі (чиновник, військовослужбовець тощо)	10	6,94
Студентка	1	0,69
Тимчасово не працюю/Безробітня	21	14,60



Рис. 2.7. Розподіл досліджуваних за статусом зайнятості

Щодо типу онкології, за результатами опитування, у більшості респондентів (68,1%) було діагностовано рак молочної залози, тоді як у решти 31,9% - інші види раку (табл. 2.8, рис. 2.8). За цим питанням досліджуваних можна розділити на клінічну та контрольну групи та використовувати при порівнянні психологічних показників.

Таблиця 2.8

Розподіл досліджуваних за типом онкології

Тип онкології	Кількість	Відсоток, %
Інше	46	31,90
Рак молочної залози (РМЗ)	98	68,10

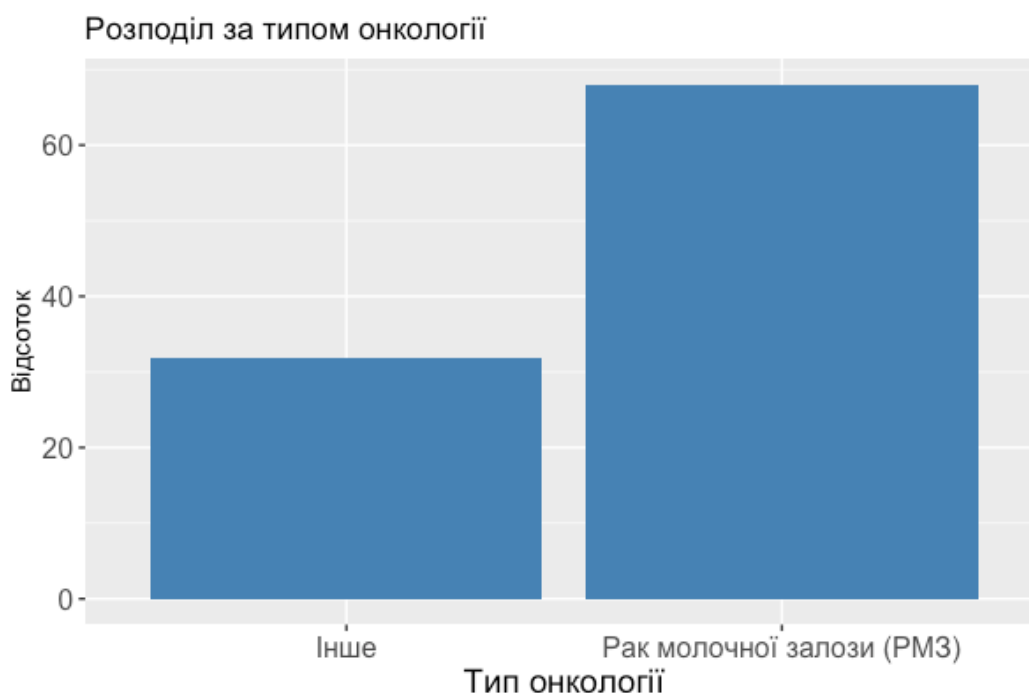


Рис. 2.8. Розподіл досліджуваних за типом онкології

З 144 досліджуваних 33 (22,90%) повідомили, що мали операцію з реконструкції грудей, тоді як 48 (33,30%) не планували робити таку операцію (табл.2.9, рис 2.9). Крім того, 12 (8,33%) ще не зробили операцію, але планують її зробити, а 5 (3,47%) не змогли відповісти. З іншого боку, 46 (31,90%) респондентів повідомили, що мають інший тип онкології, ніж рак молочної залози.

Таблиця 2.9

Розподіл досліджуваних за статусом реконструкції грудей

Статус реконструкції грудей	Кількість	Відсоток, %
Важко відповісти	5	3,47
Маю інший вид раку	46	31,9
Ні, але планую цю операцію	12	8,33
Ні, і не планую цю операцію	48	33,3
Так, проводили	33	22,90



Рис. 2.9. Розподіл досліджуваних за статусом реконструкції грудей

Стадії, на яких у респондентів було діагностовано рак (табл. 2.10, рис 2.10), були різними, але у більшості досліджуваних діагноз був поставлений на II або III стадії (40,3% і 26,4% відповідно). Значній кількості респондентів (18,1%) діагноз був поставлений на IV стадії, тоді як 15,3% і 4,86% - на I або 0 стадії відповідно. Деякі респонденти (1,39%) не змогли згадати свою стадію захворювання, а 9,03% повідомили про рецидив раку.

Таблиця 2.10

Розподіл досліджуваних за стадією діагностування онкозахворювання

Стадія онкозахворювання	Кількість	Відсоток, %
Стадія 0	7	4,86
Стадія IA / IB	22	15,30
Стадія IIA / IIB	58	40,30
Стадія IIIA / IIIB / IIIC	38	26,40
Стадія IV	26	18,10
Не пам'ятаю	2	1,39
Рецидив захворювання	13	9,03

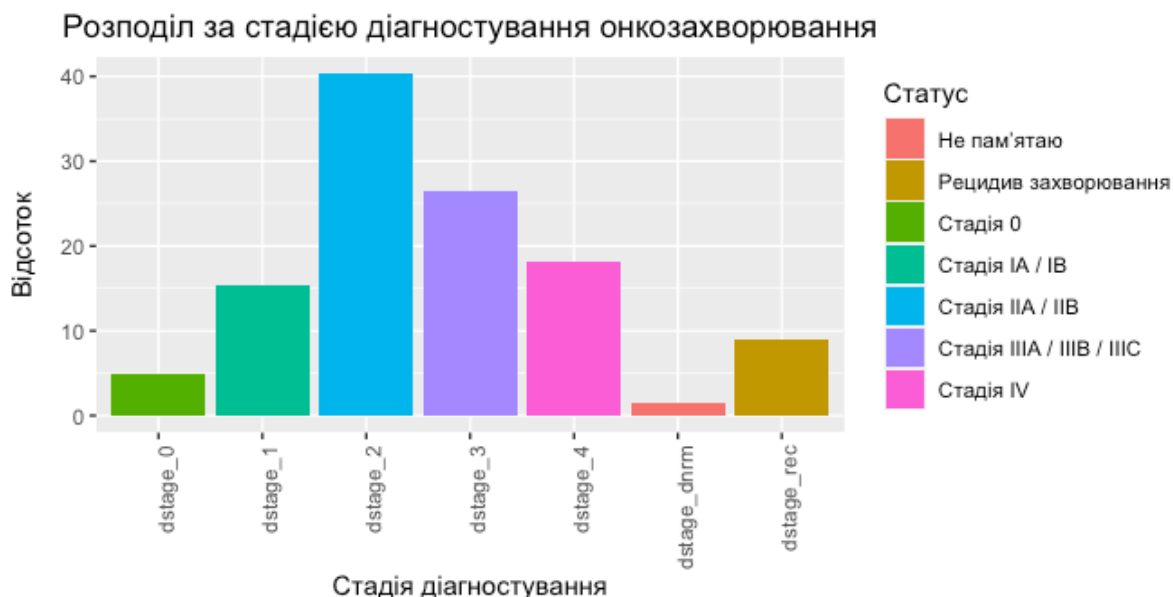


Рис. 2.10. Розподіл досліджуваних за стадією діагностування онкозахворювання

Щодо етапу лікування (табл. 2.11, рис. 2.11), згідно з даними, 4 (2,78%) учасникам нещодавно поставили діагноз онкозахворювання, 15 (10,4%) наразі проходять променеву терапію, 49 (34%) - хіміотерапію, 45 (31,2%) - гормональну терапію, 14 (9,72%) - хірургічне лікування, а 50 (34,7%) перебувають в стадії ремісії.

Таблиця 2.11

Розподіл досліджуваних за етапом лікування

Етап лікування	Кількість	Відсоток, %
Нещодавно встановили діагноз	4	2,78
Променева терапія	15	10,40
Хіміотерапія	49	34,00
Гормональна терапія	45	31,20
Хірургічне лікування	14	9,72
Маю ремісію	50	34,70

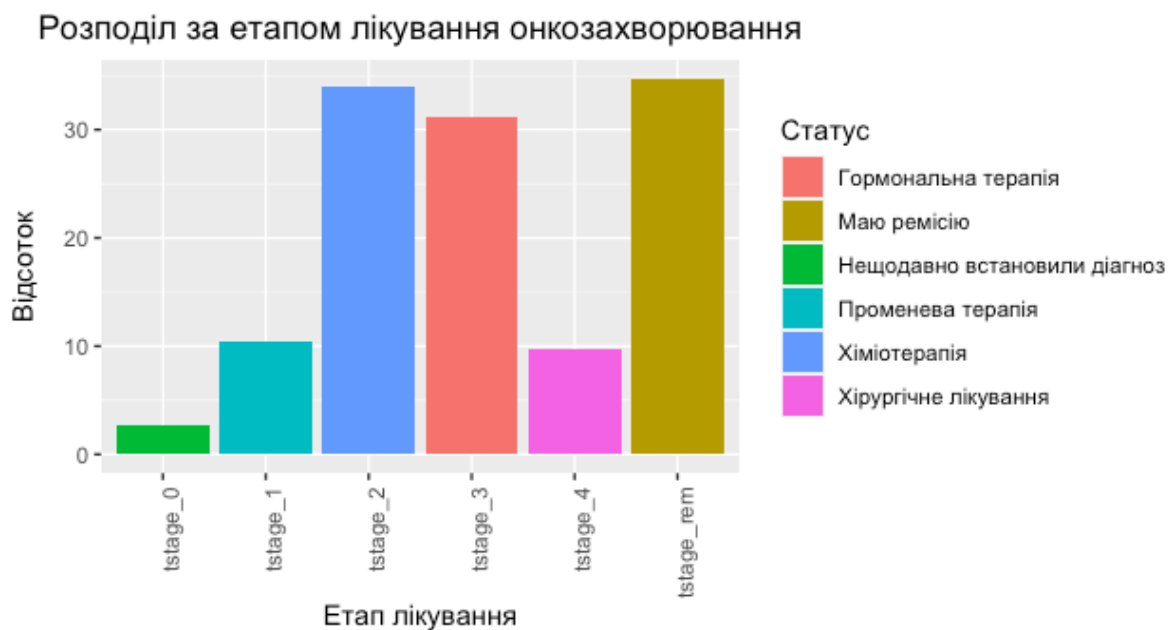


Рис. 2.11. Розподіл досліджуваних за етапом лікування

Згідно з отриманими даними (табл. 2.12, рис. 2.12), найпоширенішою стадією раку серед респондентів є II та IV стадії (16,7%). Близько 10,4% респондентів наразі перебувають на 0 стадії, а 8,33% - на I стадії. Відсоток респондентів на III стадії становить 13,2%. Крім того, 13,9% респондентів зіткнулися з рецидивом раку.

Таблиця 2.12

Розподіл досліджуваних за стадією онкозахворювання

Стадія онкозахворювання	Кількість	Відсоток, %
Стадія 0	15	10,4
Стадія IA / IB	12	8,33
Стадія IIA / IIB	24	16,7
Стадія IIIA / IIIB / IIIC	19	13,2
Стадія IV	24	16,7
Рецидив захворювання	20	13,9

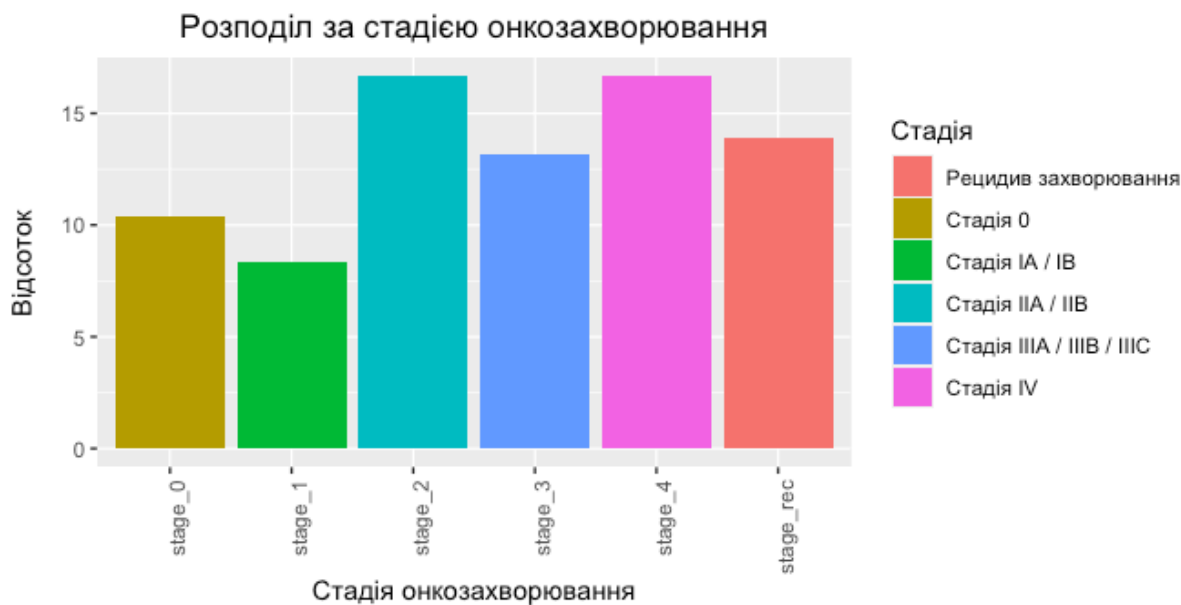


Рис. 2.12. Розподіл досліджуваних за стадією онкозахворювання

Респонденти в дослідженні також були розподілені на категорії залежно від типу захворювання, яке вони мають на додаток до раку (табл. 2.13, рис. 2.13). Більшість респондентів (37,5%) не повідомили про наявність будь-яких додаткових захворювань. Серед тих, хто повідомив про наявність додаткових захворювань, найпоширенішою категорією були хвороби серцево-судинної системи (30,6%), за ними йшли хвороби шлунково-кишкового тракту і печінки (16%), а також хвороби верхніх дихальних шляхів (16%). Інші категорії захворювань, про які повідомили респонденти, включали хвороби кістково-м'язової системи (24,3%), хвороби ендокринної системи (13,9%), неврологічні або нервово-м'язові захворювання (10,4%), хвороби шкіри (6,25%), хвороби сечостатевої системи (9,03%) та імунодефіцитні стани (0,694%). Крім того, 12,5% респондентів повідомили про наявність інших видів захворювань, тоді як лише 2,08% повідомили про наявність іншого виду раку.

Таблиця 2.13

Розподіл досліджуваних за наявністю супутніх захворювань

Категорія захворювання	Кількість	Відсоток, %
Не маю супутніх захворювань	54	37,5
Захворювання верхніх дихальних шляхів (хронічний тонзиліт, хронічний гайморит, хронічний фарингіт, хронічний ларингіт,	23	16

<i>вазомоторний (алергічний) риніт, хронічний бронхіт тощо)</i>		
Захворювання шкіри (<i>атопічний дерматит тощо)</i>	9	6,25
Захворювання ендокринної системи (<i>цукровий діабет II типу, компенсований; ожиріння)</i>	20	13,9
Захворювання ЖКТ та печінки	23	16
Захворювання серцево-судинної системи (<i>гіпертонічна хвороба., вегето-судинна дистонія тощо)</i>	44	30,6
Імунодефіцитний стан (в т.ч, ВІЛ)	1	0,694
Хронічні неврологічні або нейроп'язові захворювання	15	10,4
Інше захворювання	18	12,5
Інший вид онкології	3	2,08
Захворювання опорно-рухових органів (<i>реактивні артрити, подагра, остеоартроз, остеохондроз та сколіоз хребта тощо)</i>	35	24,3
Захворювання сечостатевої системи (<i>хронічний пієлонефрит, сечокам'яна хвороба, сольовий діатез, хронічний цистит, запальні захворювання жіночих статевих органів тощо)</i>	13	9,03

Супутні захворювання у пацієнтів з онкозахворюванням

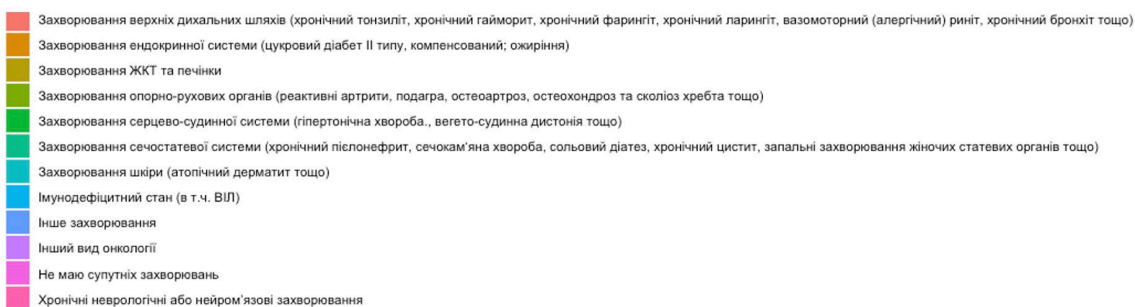
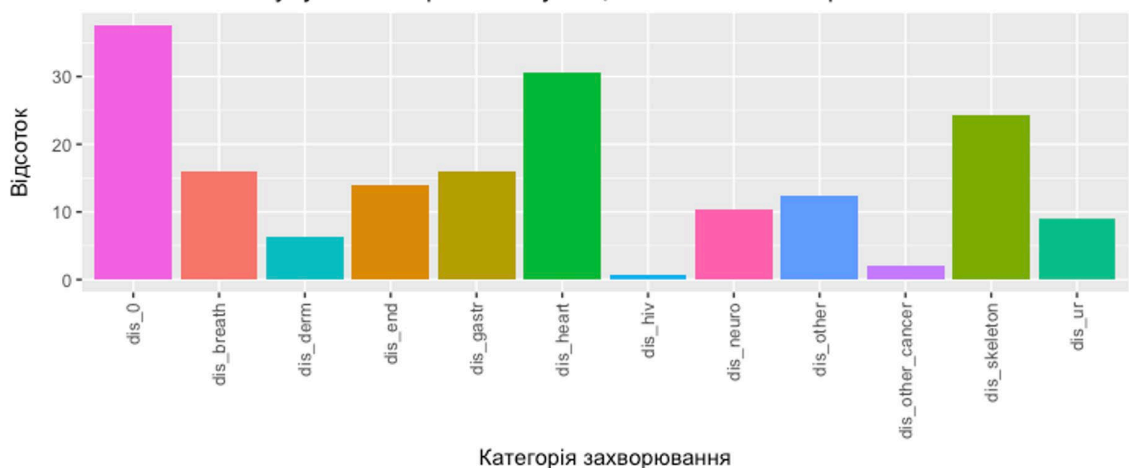


Рис. 2.13. Розподіл досліджуваних за наявністю супутніх захворювань (з їх слів)

Згідно з емпіричними даними, з 144 респондентів 25 (17,4%) повідомили про наявність психічних розладів (з їх слів) (табл. 2.24, рис. 2.21). Це свідчить про те, що значна частина онкопацієнтів також має проблеми з психічним здоров'ям, що узгоджується з попередніми дослідженнями, які виявили високу поширеність депресії, тривоги та інших проблем з психічним здоров'ям серед цієї групи населення.

Таблиця 2.14

Розподіл досліджуваних за наявністю психічних розладів (з їх слів)

Наявність психічних розладів	Кількість	Відсоток, %
Ні	119	82,6
Так	25	17,4

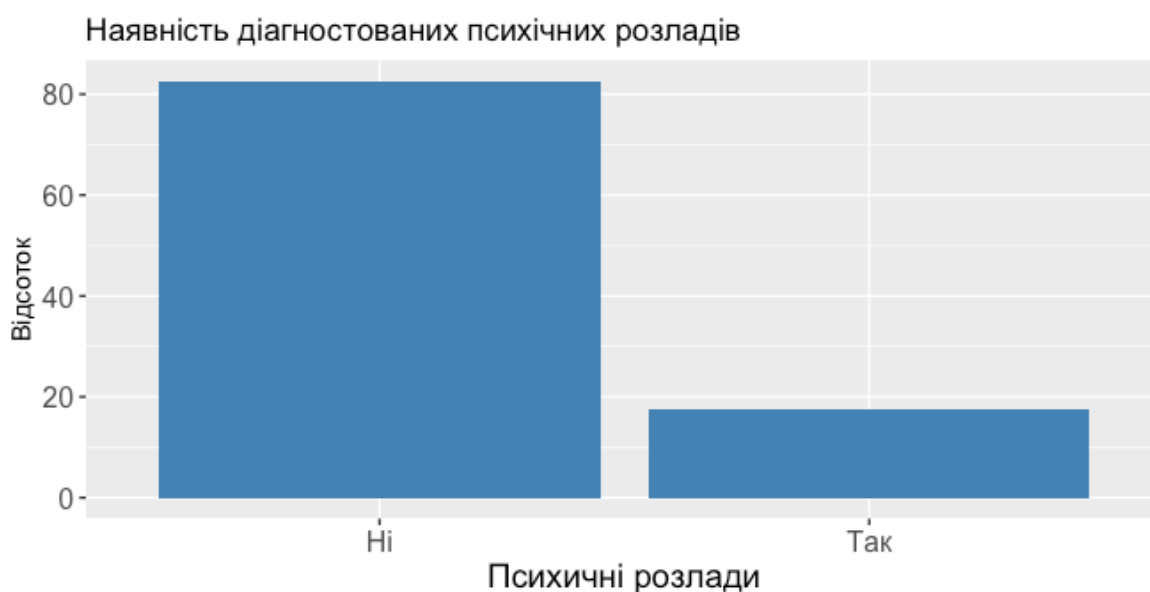


Рис. 2.14. Розподіл досліджуваних за наявністю психічних розладів

Виходячи з отриманих даних, більшість респондентів (84%) не користуються послугами психолога, психотерапевта або психотерапевтичних груп (табл. 2.15, рис. 2.15). Лише 12,5% респондентів повідомили про

відвідування психолога або психотерапевта. Крім того, невеликий відсоток (4,17%) повідомили про відвідування психотерапевтичних груп, тренінгів або груп підтримки.

Це може свідчити про недостатнє використання послуг з охорони психічного здоров'я серед онкопацієнтів в опитаній популяції. Отримані результати можуть бути пов'язані з різними причинами, такими як недостатня обізнаність або відсутність доступу до послуг з охорони психічного здоров'я, стигматизація, пов'язана з проблемами психічного здоров'я, або фінансові бар'єри. Це також підкреслює необхідність докладати більше зусиль для популяризації та полегшення доступу онкопацієнтів до послуг з охорони психічного здоров'я.

Таблиця 2.15

Розподіл досліджуваних за користуванням психологічними послугами

Користування послугами психолога	Кількість	Відсоток, %
Ні, не відвідую психолога/психотерапевта/ психотерапевтичні групи	121	84
Так, відвідую психотерапевтичні групи/тренінги/групи підтримки	6	4,17
Так, відвідую психолога/психотерапевта	18	12,5

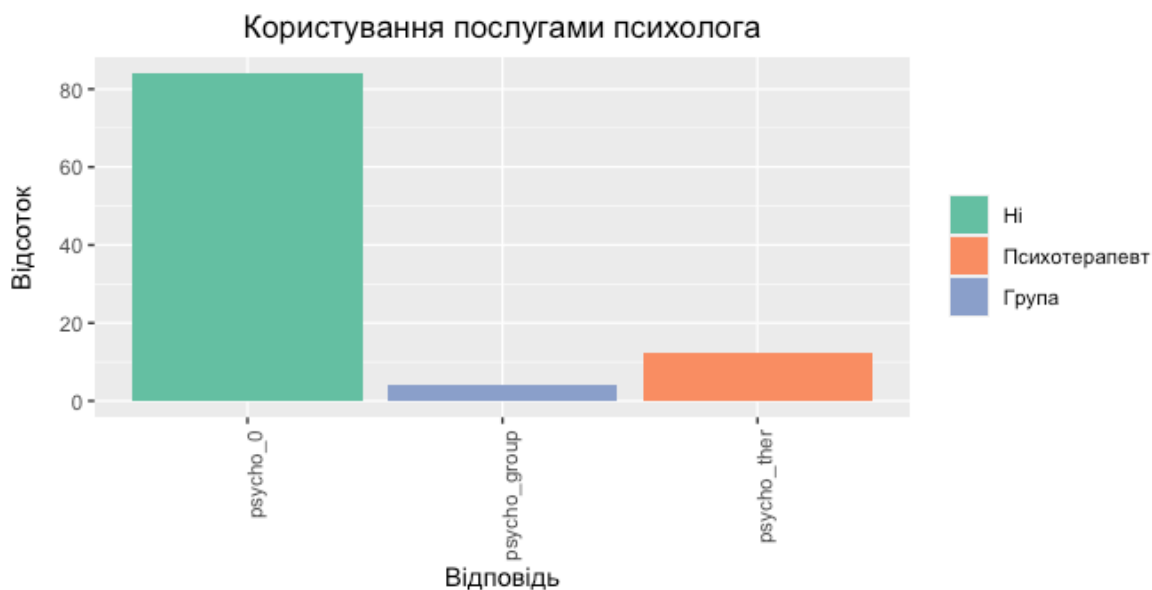


Рис. 2.15. Розподіл досліджуваних за користуванням психологічними послугами

Для того, щоб визначити основні причини відмови онкопацієнтів від психотерапевтичних послуг, ми проаналізували розподіл досліджуваних за відповідним питанням (табл. 2.16, рис. 2.16). Серед тих, хто не користується послугами психотерапії, найпоширенішими причинами відмови від неї є брак фінансових ресурсів (40,5%) та неможливість знайти відповідного спеціаліста або групу (14,9%). Серед інших причин відмови від психотерапії - страх перед процесом (10,7%), невпевненість у її ефективності для себе (18,2%) та брак вільного часу (9,92%). Крім того, 13,2% респондентів було важко відповісти на запитання, і стільки ж відсотків зазначили, що для них в цьому немає потреби. 4,96% вказали інші причини відмови від психотерапії.

Таблиця 2.16

Розподіл досліджуваних за основними причинами відмови від психологічних послуг

Причини відмови від психотерапії	Кількість	Відсоток, %
Відчуваю тривогу перед процесом психотерапії	13	10,7
Важко відповісти	16	13,2
Не впевнена у ефективності психотерапії особисто для мене	22	18,2
Не маю матеріальної можливості	49	40,5
Не можу знайти спеціаліста/групу, що мені підходить	18	14,9
Немає потреби	16	13,2
Інша причина	6	4,96
Не вистачає вільного часу	12	9,92



Рис. 2.16. Розподіл досліджуваних за основними причинами відмови від психологічних послуг

Своєю чергою, серед тих, хто ствердно відповів про відвідування психотерапевта або психотерапевтичних груп, використовуються різні види терапії (табл. 2.17, рис. 2.17). Найбільш поширеними напрямками терапії є психоаналіз та транзактний аналіз, про які повідомили 21,7% респондентів. Інші види терапії включають арт-терапію, когнітивно-поведінкову терапію, клієнт-центровану терапію, гештальт-терапію та інші невизначені види. Крім того, 13% респондентів повідомили, що не пам'ятають або їм було важко відповісти на запитання про вид терапії, який вони застосовують. Загалом, здається, що респонденти шукають різні терапевтичні підходи, а не покладаються на якийсь один конкретний тип.

Таблиця 2.17

Розподіл досліджуваних за напрямками психотерапії, які вони відвідують

Напрямок психотерапії	Кількість	Відсоток, %
Арт-терапія	2	8,7
Когнітивно-поведінкова терапія	2	8,7
Клієнт-центрована терапія	1	4,35
Не пам'ятаю/важко відповісти	3	13
Гештальт терапія	2	8,7
Інший тип	7	30,4
Психоаналіз	5	21,7
Транзактний аналіз	5	21,7

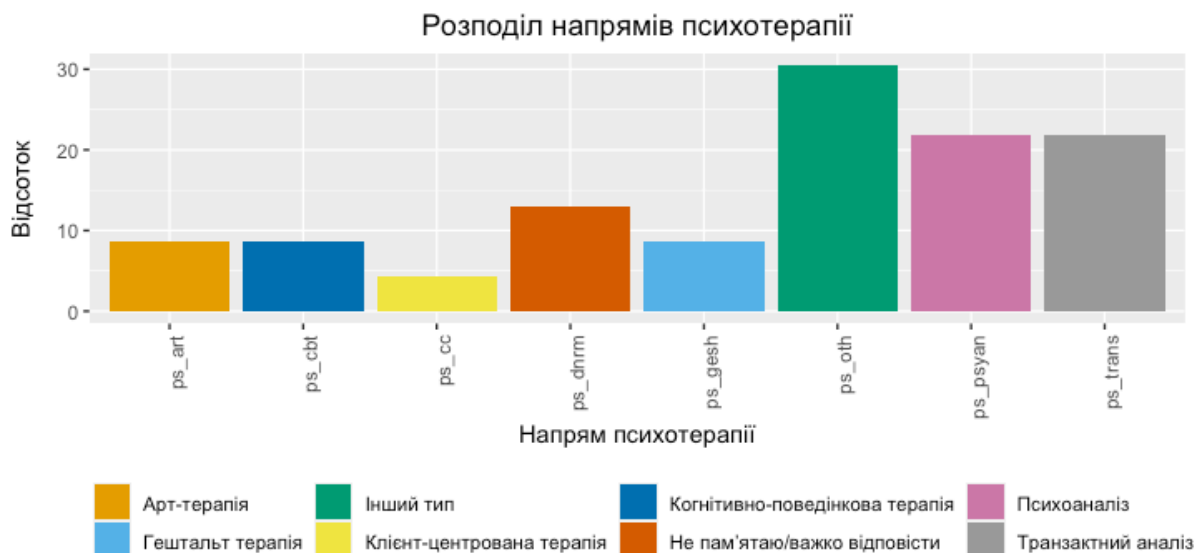


Рис. 2.17. Розподіл досліджуваних за напрямками психотерапії, які вони відвідують

Окрім того, 25 онкопацієнтів повідомили про наявність у себе діагностованих психічних розладів. Специфіка розладів представлена у табл. 2.18 та на рис. 2.18.

Найпоширенішим розладом психічного здоров'я в досліджуваній групі є тривога, на яку страждають 15 пацієток, або 62,5% вибірки. Така поширеність підкреслює негативний вплив, який може мати рак молочної залози на психічне здоров'я.

Таблиця 2.18

Розподіл досліджуваних за наявними ментальними розладами

Напрямок психотерапії	Кількість	Відсоток, %
Депресія	12	50
Невроз	1	4,17
Панічні атаки	3	12,5
Психоз	1	4,17
Тривога	15	62,5
Тривожно депресивний розлад	2	8,33

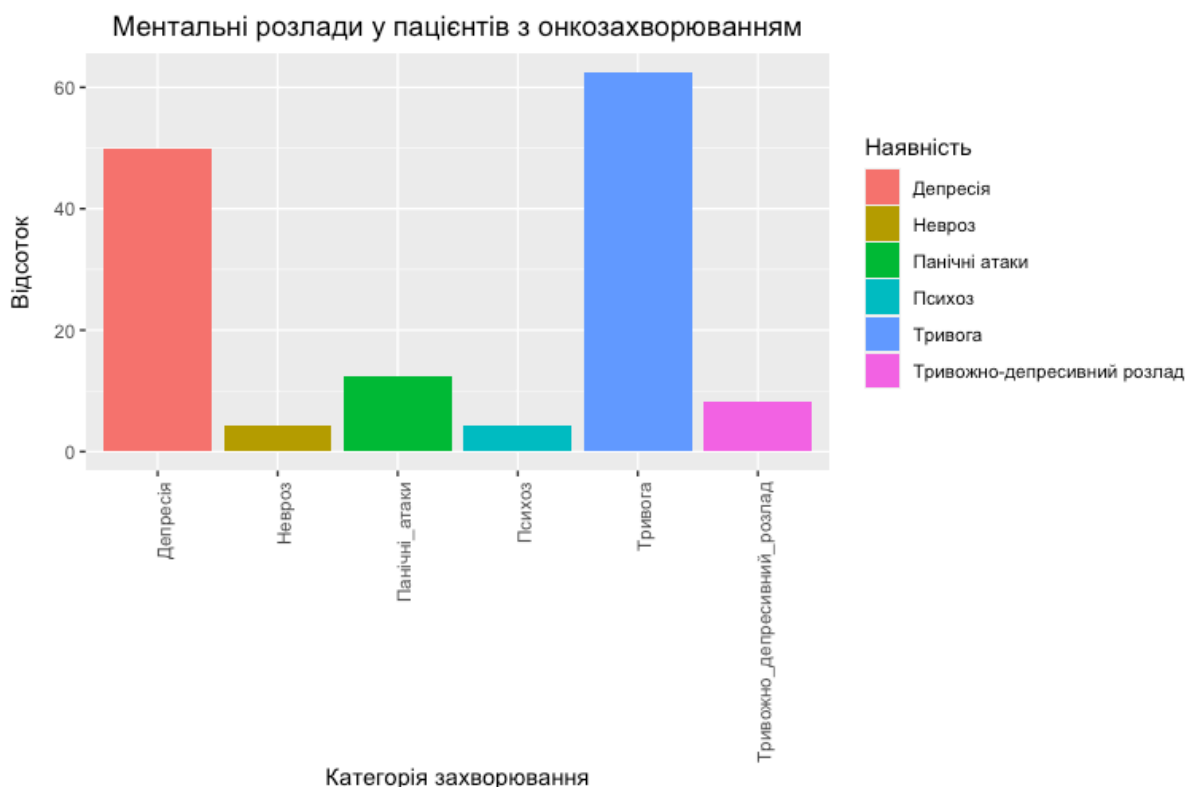


Рис. 2.18. Розподіл досліджуваних за наявністю психічних розладів (з їх слів)

Своєю чергою, депресію діагностували у 12 пацієток, що становить 50% групи. Взаємозв'язок між тривогою і депресією було доведено в багатьох дослідженнях, зокрема для онкопацієнтів.

Менш поширеними серед цієї групи є панічні атаки, з якими стикалися 3 пацієнти, або 12,5% від загальної кількості, психоз і невроз, кожен з яких притаманний для 1 пацієнта, або 4,17% вибірки, і тривожно-депресивний розлад, про який повідомили 2 пацієнта, або 8,33%.

Оскільки загальний відсоток в цій групі перевищує 100%, це свідчить, що у деяких пацієнтів було діагностовано більше одного розладу психічного здоров'я. Таким чином, отримані дані підкреслюють гостру потребу в комплексному лікуванні онкопацієнтів з РМЗ, що включає в себе підтримку психічного здоров'я.

2.2. Емпірична модель дослідження психологічного благополуччя онкопацієнтів з раком молочної залози

Теоретична модель психологічного благополуччя онкопацієнтів з РМЗ, викладена в минулому розділі, включає наступні аспекти: фізичний, духовний, емоційний, функціональний, соціальний, економічний та суб'єктивний. Ці складові компоненти благополуччя є тісно пов'язаними між собою. Окрім того, на них можуть впливати різні фактори, в залежності від специфіки аспекту, що розглядається. Зв'язок певних факторів з конкретними аспектами благополуччя було продемонстровано в численних дослідженнях [4]. Як правило, фактори та специфіка аспекту мають логічний зв'язок (наприклад, наявність втоми як фактор впливу на фізичне благополуччя). Проте він не завжди зберігається. Так, наприклад, було продемонстровано, що на функціональний аспект благополуччя впливає рівень духовності [142].

З окремих аспектів благополуччя складається загальний рівень психологічного благополуччя. На нього впливає наявність онкозахворювання, що, зрештою, позначається на психологічному стані онкопацієнта. Покращення психологічного стану онкопацієнтів є ключовою метою проведення психоонкологічних досліджень. Тобто, можна припустити, що впливаючи на фактори, від яких залежить рівень психологічного благополуччя онкопацієнтів, можливо покращити їхній психологічний стан. Отже, схема, якою ми керуватимемося при побудові емпіричної моделі дослідження, представлена на рис. 2.19.

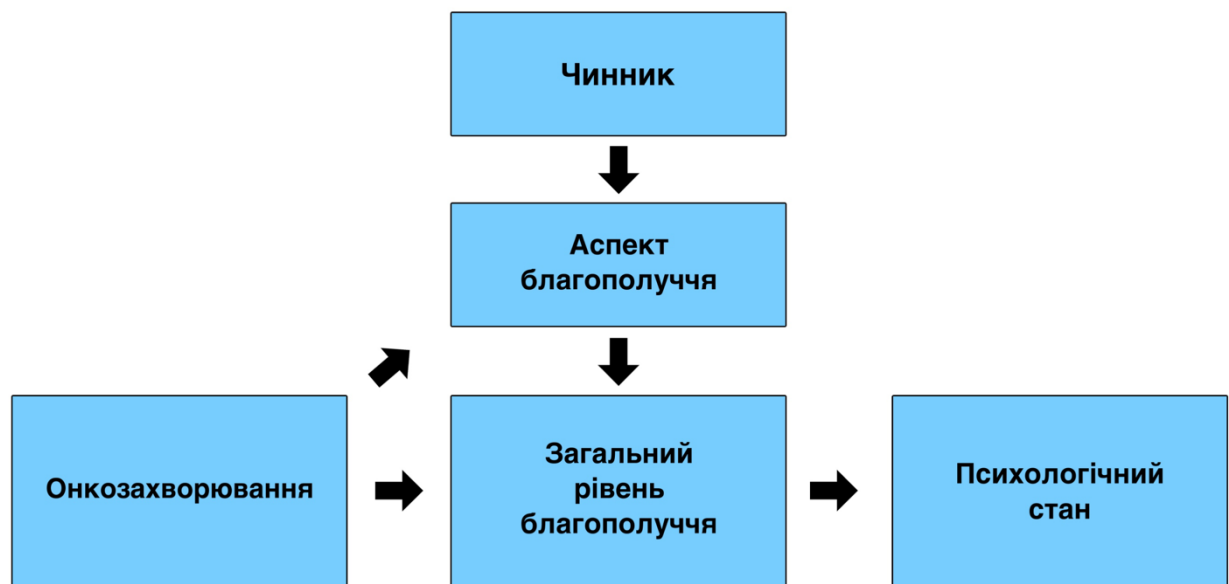


Рис. 2.19. Схема взаємозв'язків між онкозахворюванням, благополуччям та психологічним станом онкопацієнтів

Важливо зазначити, що психологічний стан і психологічне благополуччя є доволі близькими, але все ж різними поняттями. Психологічний стан - це тимчасове, щохвилинне переживання людиною певного емоційного та когнітивного стану, яке може змінюватися з часом [239]. Особа може переживати цілу низку психологічних станів, відчувати себе щасливою, сумною, роздратованою, тривожною або спокійною протягом дня. При цьому, психологічний стан також слід відрізнити від емоційного стану, адже він є ширшою категорією, що охоплює як загальний емоційний і когнітивний стан людини, так і її поведінкові та фізіологічні реакції на різні ситуації.

З іншого боку, психологічне благополуччя - це загальне відчуття задоволеності життям і позитивна оцінка свого досвіду, цілей та особистісного зростання [71]. Це більш стабільне і тривале поняття, яке не ґрунтується виключно на миттєвих переживаннях. Психологічне благополуччя часто вважається більш довгостроковим і комплексним показником психічного здоров'я людини.

Хоча наразі не існує єдиного визначення того, що таке хороший психологічний стан або високий рівень психологічного благополуччя, обидва ці поняття можна охарактеризувати позитивними емоціями, стійкістю, позитивними стосунками, самоприйняттям, особистісним зростанням, а також відчуттям мети і сенсу в житті [71].

Таким чином, гарний психологічний стан і високе психологічне благополуччя є пов'язаними між собою, але різними явищами, причому психологічне благополуччя є більш комплексним і довгостроковим показником психічного здоров'я людини. В той же час, психологічний стан важче піддається вимірюванню, оскільки є надто широким поняттям.

Загалом, вимірювання психологічного стану є складним процесом, і жоден метод не може охопити весь спектр переживань людини. Саме тому в представленій на рис. 2.19 схемі ми наводимо цю змінну як деякий абстрактний теоретичний конструкт. Це означає, що хоча ми безпосередньо не вимірюємо і не операціоналізуємо психологічний стан, ми стверджуємо, що він формується під впливом загального рівня психологічного благополуччя індивіда. Важливо зазначити, що такий підхід може обмежити здатність роботи формувати конкретні висновки про психологічний стан онкопацієнтів, оскільки ми не вимірюємо його безпосередньо. Однак він може бути корисним, якщо ми зосереджуємося на розумінні ширшого взаємозв'язку між благополуччям і психологічним станом.

Що стосується психологічного благополуччя, кращим рішенням є використання різних інструментів для вимірювання загального показника благополуччя та його окремих аспектів. Перш за все, такий підхід обумовлений відсутністю комплексних методик, які розглядають конструкт психологічного благополуччя онкопацієнтів з урахуванням всіх його складових. По-друге, це виправдано з точки зору статистичного аналізу, оскільки ми потребуємо всього один загальний показник в якості залежної змінної, і некоректно робити його залежним від власних складових частин. Загалом вважається хорошою практикою використовувати кілька методів для оцінки конструкту, щоб

підвищити надійність і валідність результатів дослідження [196]. Це може допомогти краще вловити нюанси складних конструктів, таких як психологічне благополуччя. Але важливо пам'ятати про потенційні джерела зміщення оцінки та використовувати перевірені методики, щоб забезпечити точність і валідність даних.

Різні аспекти благополуччя, виміряні за допомогою одного інструменту, безпосередньо не передбачають загальну оцінку благополуччя, виміряну за допомогою іншого інструменту. Натомість, ідея полягає в тому, що різні показники благополуччя дотичні до ширшого поняття психологічного благополуччя, і, об'єднавши їх у моделі, можна точніше охопити весь спектр цього конструкту. Однак при включенні в модель декількох показників благополуччя важливо переконатися, що вони концептуально пов'язані між собою і не вимірюють різні конструкти. Іншими словами, показники повинні бути достатньо схожими з точки зору того, що вони оцінюють, щоб результати були значущими.

Наприклад, якщо один показник оцінює емоційне благополуччя, а інший - соціальне благополуччя, може бути некоректним об'єднувати їх в одну модель без ретельного обґрунтування їхнього зв'язку. З іншого боку, якщо один показник оцінює задоволеність життям, а інший - щастя, може бути доцільним включити обидва показники в модель, оскільки вони обидва пов'язані з суб'єктивним благополуччям.

У випадку нашої моделі важливо переконатися, що аспекти благополуччя, які ми вимірюємо в одному тесті, концептуально пов'язані із конструктом загального психологічного благополуччя, який вимірюється в іншому тесті. Якщо ці конструкти достатньо пов'язані, можна припустити, що аспекти благополуччя, оцінені одним інструментом, можуть впливати на загальний показник психологічного благополуччя, оцінений за допомогою іншого інструменту.

Таким чином, для оцінки загального рівня психологічного благополуччя онкопацієнтів було обрано Шкалу загального індексу психологічного

благополуччя (Psychological General Well-being Index, PGWBI) [78]. Своєю чергою, для аналізу окремих аспектів психологічного благополуччя було взято опитувальник якості життя онкопацієнтів (EORTC Core Quality of Life questionnaire, EORTC QLQ-30, version 3) [8] (табл. 2.19).

Таблиця 2.19

Методи оцінки психологічного благополуччя онкопацієнтів з РМЗ

Змінні	Індикатор	Методики	Показники
Загальне психологічне благополуччя	Рівень загального психологічного благополуччя	PGWBI	Сумарний показник
Фізичний аспект	Рівень фізичного благополуччя	QLQ-30	Субшкала "Фізичне функціонування" та "Симптоми"
Функціональний аспект	Рівень функціонального благополуччя	QLQ-30	Субшкала "Рольове функціонування"
Емоційний аспект	Рівень емоційного благополуччя	QLQ-30	Субшкала "Емоційне функціонування"
Когнітивний аспект	Рівень когнітивного благополуччя	QLQ-30	Субшкала "Когнітивне функціонування"
Соціальний аспект	Рівень соціального благополуччя	QLQ-30	Субшкала "Соціальне функціонування"
Суб'єктивний аспект	Співвідношення між позитивним та негативним афектом	PANAS	Субшкала "Позитивний афект" та "Негативний афект"
Економічний аспект	Рівень економічного благополуччя	Анкета	Питання 8,9

Детальний розгляд методик буде представлено в другому підрозділі емпіричної частини. Проте для того, щоб аргументувати вибір цих інструментів для оцінки факторів психологічного благополуччя онкопацієнтів, коротко окреслимо їхнє призначення та структуру.

Шкала загального індексу психологічного благополуччя (Psychological General Well-Being Index, PGWBI) - це опитувальник, який використовується для оцінки загального психологічного благополуччя індивіда. Повна версія,

використана в нашому дослідженні, містить субшкали для оцінки таких параметрів: тривога, депресія, позитивне самопочуття, самоконтроль, загальний стан здоров'я та життєвий тонус. Субшкали об'єднуються для створення сумарного балу, який відображає загальний психологічний стан досліджуваного. Цей інструмент був обраний для оцінки загального рівня психологічного благополуччя онкопацієнтів (рис. 2.19) з декількох причин:

1) багатовимірність: PGWBI включає кілька вимірів благополуччя, і це робить його більш комплексним показником цього конструкту, ніж інші шкали, які фокусуються лише на одному аспекті.

2) чутливість до змін: доведено, що PGWBI є чутливим до змін у благополуччі з плином часу [22]. Цей інструмент можна використовувати для вимірювання змін у благополуччі в результаті втручань або інших життєвих подій, що робить його цінним інструментом для дослідників і клініцистів.

3) порівнюваність: використання широко визнаного і стандартизованого показника, такого як PGWBI, забезпечує більшу порівнюваність між дослідженнями. Це полегшує порівняння результатів між різними групами населення, видами втручань та умовами.

Опитувальник якості життя онкопацієнтів (The EORTC Core Quality of Life questionnaire, EORTC QLQ-30, version 3) складається з 30 питань, що переважно стосуються наступних груп показників благополуччя: загальний стан здоров'я, шкали симптомів та функціональні шкали (фізичне функціонування, рольове функціонування, емоційне функціонування, когнітивне функціонування, соціальне функціонування). Як можна побачити, шкала QLQ-30 охоплює більшість аспектів психологічного благополуччя онкопацієнтів, виділених в теоретичній моделі, за виключенням економічного, суб'єктивного та духовного аспектів. Водночас, QLQ-30 включає не виділений у теоретичній моделі аспект когнітивного благополуччя. Когнітивне благополуччя, за загальною методологією, часто відносять до фізичного і не виділяють в окрему категорію. Проте можна рознести ці аспекти у дослідженні і порівняти, яка з моделей спрацює краще. Субшкала «Рольове функціонування», ймовірно, покликана

вимірювати те, що вважається функціональним аспектом благополуччя - «здатність людини здійснювати повсякденну діяльність» [18].

Духовний аспект благополуччя було вирішено не вимірювати напряму з декількох причин. По-перше, наразі не існує загальноприйнятого визначення духовного благополуччя. Деякі дослідники розглядають його як відчуття зв'язку з вищою силою або метою, в той час як інші - як відчуття сенсу і мети в житті [84]. Без чіткого та узгодженого визначення важко розробити надійний та валідний інструмент для вимірювання духовного благополуччя. По-друге, духовне благополуччя може перекриватися іншими аспектами благополуччя. Деякі з вимірів благополуччя, такі як емоційний і соціальний аспект, можуть охоплювати деякі площини духовного благополуччя. Наприклад, відчуття зв'язку з іншими людьми або відчуття цілеспрямованості можуть бути пов'язані з духовним благополуччям, але їх також можна виміряти за допомогою інших показників. Врешті, духовне благополуччя складно виміряти. Навіть якби існувало загальноприйняте визначення духовного благополуччя, все одно було б складно розробити надійний і валідний інструмент для вимірювання цього конструкту. Духовні переконання і переживання можуть бути дуже особистими, і їх важко зафіксувати у стандартизований спосіб. Визнаючи ці виклики і зосереджуючись на тих аспектах благополуччя, які можна надійно виміряти, можна розробити сильнішу і надійнішу модель загального благополуччя.

Натомість, для вимірювання економічного благополуччя було обране анкетні питання про рівень доходу та сферу зайнятості. Незважаючи на те, що станом на сьогоднішній день існують інструменти для більш детального та точного вимірювання економічного благополуччя, їхнє використання в межах нашого дослідження не є виправданим. Перш за все, це не основний фокус нашої роботи. Окреме запитання про дохід є простим в адмініструванні та займає менше часу порівняно зі спеціалізованим інструментом, який може бути довгим та трудомістким. Також можна отримати вищий відсоток відповідей, ніж при використанні спеціалізованого інструменту, оскільки це коротке і просте запитання, на яке респонденти з більшою ймовірністю дадуть відповідь. До того

ж, для спеціалізованих інструментів може бути характерне зміщення оцінки через такий фактор як соціальна бажаність. Одне запитання про дохід може допомогти уникнути таких упереджень.

Для оцінки суб'єктивного аспекту психологічного благополуччя онкопацієнтів було вирішено використовувати окрему шкалу. Звичайно, деякі пункти шкали QLQ-30 могли б слугувати інструментом для визначення приблизного рівня суб'єктивного благополуччя жінок з РМЗ. Наприклад, показовим є питання «Як би ви загалом оцінили якість свого життя протягом останнього тижня?». Проте важливо розуміти, що суб'єктивне благополуччя - це складний конструкт, який включає не тільки загальну оцінку свого життя, але і співвідношення між позитивним та негативним афектом і задоволеність життям [69]. Хоча питання QLQ-30 можуть відображати деякі аспекти суб'єктивного благополуччя, вони не здатні охопити складність та багатогранність даного поняття. Існує кілька поширених способів вимірювання суб'єктивного благополуччя, такі як шкала задоволеності життям (SWLS) [70], шкала емоційних станів (PANAS) [262] та шкала суб'єктивного щастя (SHS) [148]. Зокрема, шкала емоційних станів (The Positive and Negative Affect Schedule, PANAS) часто використовується для оцінки суб'єктивного благополуччя. Цей інструмент вимірює як позитивний афект (наприклад, зацікавленість, збудження), так і негативний (наприклад, засмученість, роздратованість) і широко використовується в дослідженнях суб'єктивного благополуччя, настрою та емоцій. Хоча шкала PANAS і не включає інші виміри суб'єктивного благополуччя, такі як задоволеність життям та загальна оцінка власного життя, співвідношення між позитивним та негативним афектом є важливим показником, який не охоплює шкала QLQ-30.

Спираючись на результати теоретичного аналізу, ми припускаємо, що всю множину факторів, пов'язаних з рівнем психологічного благополуччя онкопацієнтів, можна умовно розділити на три групи: адаптація до захворювання, емоційний стан та соціальна підтримка. Саме ці конструкти є основними чинниками, що впливають на психологічне благополуччя жінок з

РМЗ через окремі його аспекти, згідно зі схемою на рис 2.19. За результатами теоретичного аналізу, ми виділили наступні змінні для оцінки здатності до адаптації: позитивні та негативні копінг-стратегії, усвідомленість життя, зовнішній та внутрішній локус контролю, життєві цілі (табл. 2.20).

Таблиця 2.20

Методи оцінки адаптації до захворювання у онкопацієнтів з РМЗ

Змінні	Індикатор	Методики	Показники
Позитивні копінг-стратегії	Вираженість позитивних копінг-стратегій	МАС	Субшкала "Бойовий дух"
Негативні копінг-стратегії	Вираженість негативних копінг-стратегій	МАС	Субшкала "Уникнення", "Безнадія", "Тривожне занепокоєння", "Фаталізм"
Усвідомленість життя	Рівень усвідомленості життя	Сенс життя (Дж. Крамбо, Л. Махолік)	Субшкала "Життєвий процес", "Життєвий результат"
Зовнішній локус контролю	Вираженість зовнішнього локусу контролю	Сенс життя (Дж. Крамбо, Л. Махолік)	Субшкала "Локус контролю - життя"
Внутрішній локус контролю	Вираженість внутрішнього локусу контролю	Сенс життя (Дж. Крамбо, Л. Махолік)	Субшкала "Локус контролю - Я"
Життєві цілі	Здатність до постановки цілей	Сенс життя (Дж. Крамбо, Л. Махолік)	Субшкала "Цілі в житті"

Перетворивши цільові змінні на індикатори, ми підібрали психодіагностичні методики, які здатні найбільш адекватно їх виміряти. Зокрема, для оцінки вираженості позитивних та негативних копінг-стратегій у онкопацієнтів було обрано шкалу психічної адаптації до онкологічного діагнозу (Mental Adjustment to Cancer scale, МАС) [265]. Це опитувальник, який оцінює ступінь пристосування пацієнтів до онкозахворювання. Він включає 40 питань, що розподілені за п'ятьма вимірами: бойовий дух, безнадійність/безпорадність,

тривожна занепокоєність, фаталізм і уникнення. В роботі М.Карлссон та колег [47] ці домени були перерозподілені по двом категоріям: бойовий дух та пасивна і тривожна копінгова поведінка, що можна вважати оцінкою рівня позитивних та негативних копінг-стратегій.

Для оцінки інших вимірів здатності онкопацієнтів до адаптації було обрано шкалу сенсу життя Дж. Крамбо та Л. Махоліка. Зокрема, вираженість зовнішнього локусу контролю охоплює субшкала «Локус контролю – життя», а внутрішнього – субшкала «Локус контролю – Я». Здатність до постановки/переформулювання цілей здатна оцінити субшкала «Цілі в житті».

За таким самим принципом обирали методики для оцінки емоційного стану онкопацієнтів (табл. 2.21).

Таблиця 2.21

Методи оцінки емоційного стану у онкопацієнтів з РМЗ

Змінні	Індикатор	Методики	Показники
Тривога	Рівень тривоги	HADS	Субшкала "Тривога"
Депресія	Рівень депресії	HADS	Субшкала "Депресія"

Згідно з результатами теоретичного аналізу, детально представленого у попередньому розділі, найбільш поширеними психічними проблемами, які можуть впливати на психологічне благополуччя онкопацієнтів з РМЗ, є тривога та депресія. Для вимірювання цих індикаторів емоційного стану часто використовується госпітальна шкала тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) [272]. Шкала для оцінки тривоги та депресії є надійним інструментом для виявлення цих станів в умовах амбулаторії. HADS більшою мірою зосереджується на нефізичних симптомах, тому цю шкалу можна використовувати для діагностики депресії у людей зі значними розладами здоров'я.

Для оцінки рівня соціальної підтримки у онкопацієнтів з РМЗ розділили даний конструкт на наступні аспекти: підтримка сім'ї, підтримка друзів, підтримка партнера, психотерапія/групи підтримки (табл. 2.22). Перші три

індикатори охоплюються багатовимірною шкалою оцінки соціальної підтримки (MSPSS) [127]. Вона містить три субшкали, що вимірюють відповідні явища: субшкала «Родина», субшкала «Друзі» та субшкала «Близька людина». Наявність підтримки від психотерапевта та/або груп підтримки краще визначати окремими питаннями анкети. Зокрема, анкета нашого дослідження містить питання «Чи користуєтесь Ви послугами психолога/ психотерапевта/ психотерапевтичних груп?».

Таблиця 2.22

Методи оцінки соціальної підтримки у онкопацієнтів з РМЗ

Змінні	Індикатор	Методики	Показники
Підтримка сім'ї	Ступінь підтримки від сім'ї	MSPSS	Субшкала "Родина"
Підтримка друзів	Ступінь підтримки від друзів	MSPSS	Субшкала "Друзі"
Підтримка партнера	Ступінь підтримки від партнера	MSPSS	Субшкала "Близька людина"
Психотерапія, групи підтримки	Наявність підтримки від психотерапевта та/або груп підтримки	Анкета	Питання 17

Підсумовуючи, можна сказати, що для вимірювання психологічного благополуччя доцільно використовувати декілька інструментів, які враховують різні його складові, зважаючи на відсутність комплексного методу, який би охоплював усі аспекти психологічного благополуччя. Такий підхід може підвищити надійність та валідність результатів дослідження. Окрім того, при операціоналізації досліджуваних конструктів треба розрізняти поняття психологічного благополуччя і психологічного стану. Основна відмінність між ними полягає в тому, що психологічний стан є більш мінливим та багатограним явищем, а психологічне благополуччя являє собою загальне відчуття задоволеності життям.

Своєю чергою, за результатами теоретичного аналізу, фактори, що впливають на різні аспекти психологічного благополуччя онкопацієнтів, а отже і на його загальний рівень, можна умовно розділити на три групи: адаптація до

захворювання, емоційний стан та соціальна підтримка. Кожен фактор може бути прямо або опосередковано оцінений питаннями анкети та низкою психодіагностичних інструментів.

Таким чином, на основі результатів теоретичного аналізу було створено емпіричну модель дослідження, де загальний рівень психологічного благополуччя складається з окремих аспектів, на які можуть впливати три групи чинників. Онкозахворювання опосередковано впливає на психологічний стан онкопацієнта через психологічне благополуччя. Кожен з компонентів емпіричної моделі було операціоналізовано та підібрано відповідні психодіагностичні інструменти для їхнього виміру. Така система підбору методик дозволить якнайширше охопити складний конструкт психологічного благополуччя онкопацієнтів та виявити, які фактори можуть бути визначальними для впливу на нього.

2.3. Методичний інструментарій дослідження

Створення емпіричної моделі дослідження психологічного благополуччя онкопацієнтів з РМЗ дозволило відібрати такі методики для оцінки параметрів даного конструкту та факторів впливу на нього:

- Опитувальник якості життя онкопацієнтів (EORTC Core Quality of Life questionnaire, EORTC QLQ-30, version 3);
- Шкала загального індексу психологічного благополуччя (Psychological General Well-being Index, PGWBI);
- Шкала емоційних станів (The Positive and Negative Affect Schedule, PANAS);
- Шкала психічної адаптації до онкологічного діагнозу (Mental Adjustment to Cancer scale, MAC);
- Шкала сенсу життя Дж. Крамбо та Л.Махоліка;
- Госпітальна шкала тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS);

- Багатовимірна шкала оцінки соціальної підтримки (Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS);
- Соціодемографічна анкета.

Для того, щоб бути впевненими, що відібрані методики дійсно здатні вимірювати досліджувані конструкти, на отриманих даних ми проаналізували їхні психометричні характеристики: надійність та факторну структуру.

Опитувальник якості життя онкопацієнтів (EORTC Core Quality of Life questionnaire, EORTC QLQ-30, version 3) перекладений українською мовою членами Європейської організації з вивчення та лікування раку [88]. Це стандартизований опитувальник, призначений для оцінки якості життя пацієнтів з онкологічними захворюваннями. Він оцінює вплив раку на різні аспекти якості життя пацієнта, включаючи фізичне функціонування, емоційне функціонування та соціальне функціонування. Шкала може використовуватися в роботі з онкопацієнтами різного віку та стадії захворювання, в тому числі з раком молочної залози.

Шкала EORTC QLQ-C30 була розроблена на початку 1980-х років групою європейських дослідників і клініцистів [8]. Початкова версія шкали включала 60 пунктів, але згодом у версії 3.0 їх кількість була скорочена до 30 пунктів. Шкала була розроблена з використанням комбінації якісних і кількісних методів, у тому числі на основі даних, отриманих від онкологічних пацієнтів і медичних працівників.

EORTC QLQ-C30 складається з 30 пунктів, які, своєю чергою, поділяються на п'ять функціональних шкал (фізичне, рольове, емоційне, когнітивне та соціальне функціонування), три шкали симптомів (втома, біль та нудота/блювота) та шкалу загального стану здоров'я/якості життя.

Кожен пункт опитувальника EORTC QLQ-C30 оцінюється за шкалою Лайкерта від 1 (зовсім ні) до 4 (дуже). Функціональні шкали та шкала глобального стану здоров'я оцінюються таким чином, що вищі бали вказують на краще функціонування або якість життя. На противагу цьому, у шкалах симптомів вищі бали свідчать про більшу вираженість симптомів.

Підрахунок сумарних показників в опитувальнику EORTC QLQ-C30 включає кілька варіантів: бали за окремими шкалами, бали за підшкалами та загальна оцінка стану здоров'я/якості життя. Бали за окремими шкалами варіюються від 0 до 100, причому вищі бали вказують на краще функціонування або якість життя. Бали за субшкалами розраховуються шляхом усереднення балів за відповідними пунктами кожної шкали. Загальна оцінка стану здоров'я/якості життя коливається від 0 до 100, де вищі бали свідчать про кращу якість життя.

На нашій вибірці онкопацієнтів з раком молочної залози (РМЗ) шкала EORTC QLQ-C30 продемонструвала високі психометричні характеристики. Внутрішня узгодженість шкали, виражена через коефіцієнт альфи Кронбаха, становила 0,93, що свідчить про високу надійність методики. Подальший аналіз впливу кожного пункту на загальну надійність підтвердив, що вилучення будь-якого питання або не впливає на показник надійності, або призводить до його зниження. Це дозволяє зробити висновок, що всі пункти шкали гармонійно взаємодіють, жоден із них не вносить диспропорційний внесок у загальну надійність.

Для того, щоб оцінити зв'язки між елементами шкали EORTC QLQ-C30, ми використали кореляційну матрицю (рис. 2.20). Цей метод дозволив оцінити взаємозв'язки між окремими пунктами опитувальника та підтвердив їх консистентність. Виняток становлять пункти 16 та 17, які мають слабкий негативний зв'язок (-0,03). Це може бути обумовлено тим, що ці питання оцінюють протилежні аспекти роботи шлунково-кишкового тракту. Водночас слабка сила зв'язку (-0,03) вказує на те, що ці симптоми можуть не завжди бути взаємовиключними у сприйнятті пацієнтів. Наприклад, вони можуть чергуватися у випадках складних або нестабільних станів, таких як вплив хіміотерапії чи інших медичних втручань, які впливають на функціонування шлунково-кишкового тракту.

Відповідність факторної структури опитувальника оригіналу ми не підтверджували, оскільки майже кожен елемент методики має різну шкалу

відповідей. В цьому випадку факторний аналіз може бути недоречним, оскільки він припускає, що всі елементи вимірюються за однією шкалою. Кореляційна матриця елементів, на якій ґрунтується цей метод, також передбачає, що кожен елемент має однакову вагу або вплив на фактор. Якщо елементи мають різні шкали, це припущення може бути невірним, і результати факторного аналізу можуть бути неточними.

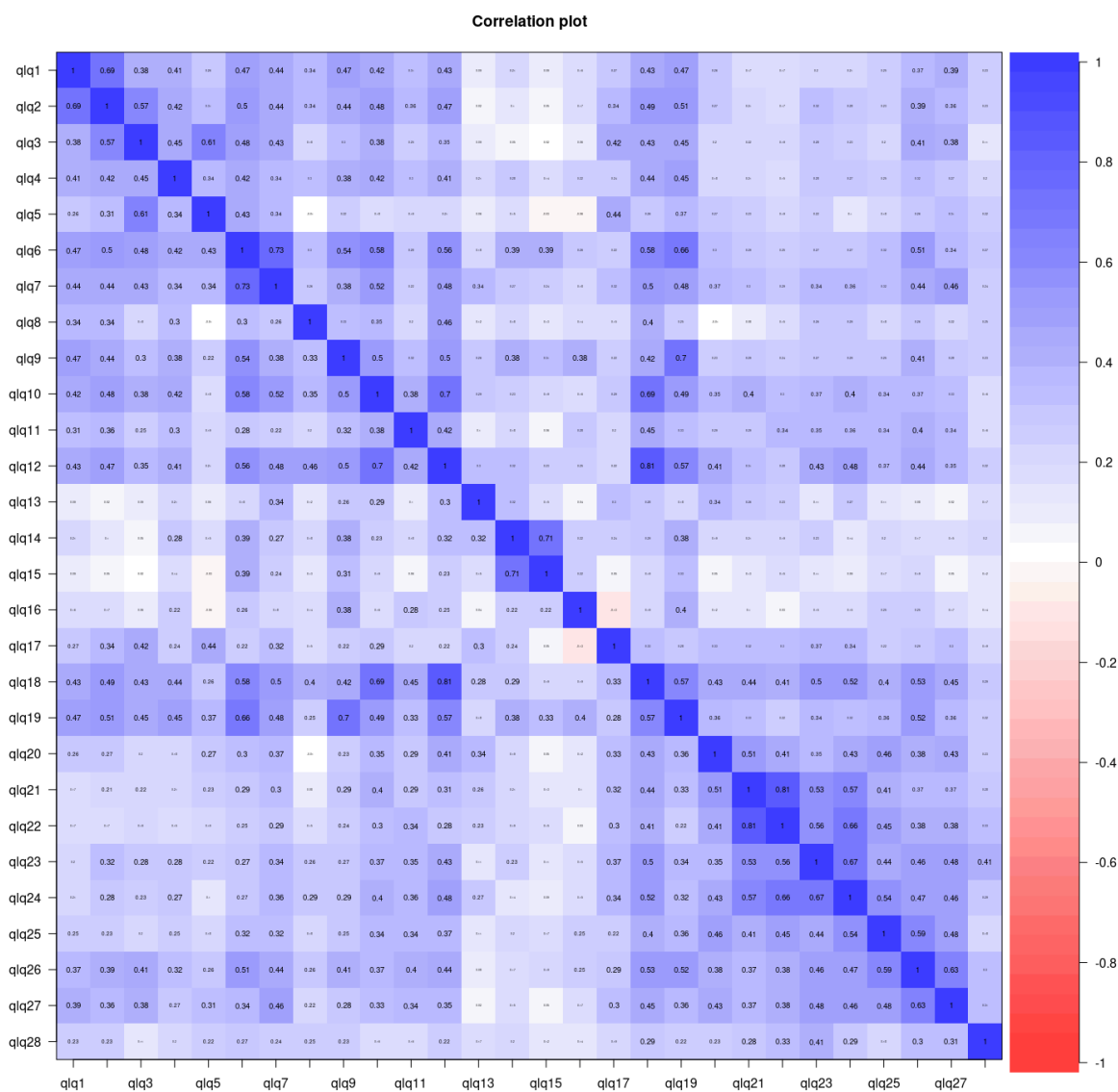


Рис. 2.20. Кореляційна матриця, що відображає зв'язки між елементами шкали EORTC QLQ-C30

Результати нашого дослідження підтверджують попередні дані літератури щодо високої надійності шкали EORTC QLQ-C30 у роботі з онкопацієнтами. Численні дослідження свідчать про високі психометричні

характеристики шкали EORTC QLQ-C30, зокрема щодо пацієток з раком молочної залози. Ці дослідження показують, що шкала є надійною, валідною і реагує на зміни в якості життя онкопацієнтів з плином часу [26]. Зокрема, було виявлено, що шкала має хорошу внутрішню узгодженість. Так, в роботі А. Гузеланта та колег [105] коефіцієнт альфи Кронбаха для EORTC QLQ-C30 варіювався від 0.70 до 0.94 для різних субшкал. В більш пізніх дослідженнях спостерігалися подібні результати. Наприклад, як повідомляють К. Іравані та колеги [117], коефіцієнт альфи Кронбаха для шкали EORTC QLQ-C30 коливається від 0.57 до 0.87, з гіршими показниками для шкали симптомів і кращими для функціональних субшкал, відповідно. В цій же роботі була продемонстрована відмінна конвергентна та дискримінантна валідність шкали. EORTC QLQ-C30 широко використовувалася в клінічних дослідженнях, і результати виявилися чутливими до ефектів лікування [105].

Шкала EORTC QLQ-C30 також довела свою прогностичну силу. Наприклад, у дослідженнях [178] встановлено, що результати за шкалою корелюють із клінічними результатами, такими як виживання та відповідь на лікування. Окрім цього, шкала активно використовується для прогнозування якості життя онкопацієнтів, що робить її ефективним інструментом для оцінки потреб пацієнтів та планування психосоціальних втручань.

Таким чином, результати нашого аналізу свідчать про те, що незважаючи на відсутність чіткої факторної структури, шкала EORTC QLQ-30 має високі психометричні характеристики і є оптимальним показником якості життя онкологічних пацієнтів. Даний інструмент може виявляти прогностичну здатність у дослідженні зв'язку між онкозахворюванням та психологічним благополуччям. Він широко використовувався в наукових дослідженнях і клінічних випробуваннях і продемонстрував хороші психометричні властивості. Шкала охоплює широкий спектр сфер, включаючи фізичні, емоційні, соціальні та функціональні аспекти якості життя. Отже, це комплексний інструмент, який може надати цінну інформацію про вплив раку молочної залози та його лікування на життя пацієток. Дослідники та клініцисти можуть

використовувати EORTC QLQ-30 для виявлення проблемних сфер, моніторингу змін у часі та оцінки ефективності втручань. Загалом, EORTC QLQ-30 є цінним інструментом для розуміння та задоволення складних потреб пацієнток з раком молочної залози, а його використання може покращити догляд за пацієнтками та результати лікування.

Шкала загального індексу психологічного благополуччя (Psychological General Well-being Index, PGWBI) в українському перекладі від науково-дослідного інституту Мапі [153]. Даний опитувальник вимірює психологічне благополуччя і використовується в різних групах населення, включаючи онкохворих.

Шкала PGWBI була розроблена у 1960-х роках Гарольдом Дюпюї для вимірювання психологічного дистресу серед американського населення. Пізніше PGWBI була переглянута, адаптована і валідизована корпорацією RAND, в результаті чого з'явилася остаточна версія, відома як «Шкала загального індексу психологічного благополуччя», що складається з 22 пунктів за 6-бальною шкалою Лайкерта [78]. Інструмент був представлений в Європі приблизно через 10 років і з тих пір був адаптований і пройшов крос-культурну валідизацію на багатьох мовах. Науково-дослідний інститут МАПІ координує розробку різних мовних версій PGWBI, які доступні на їхньому веб-сайті [153].

PGWBI складається з шести шкал, кожна з яких вимірює різні аспекти психологічного благополуччя: тривогу, депресію, позитивне самопочуття, самоконтроль, загальний стан здоров'я та життєздатність. Шкала включає загалом 22 пункти. Кожен пункт PGWBI оцінюється за 6-бальною шкалою Лайкерта від 0 (зовсім ні) до 5 (надзвичайно). В PGWBI бали сумуються за кожною з шести шкал, а також вираховується загальний бал, який відображає загальне психологічне благополуччя. Загальний бал може варіювати від 0 до 110, причому вищі бали свідчать про краще психологічне благополуччя.

На нашій вибірці онкопацієнтів з РМЗ коефіцієнт надійності альфа Кронбаха 0,95 вказує на високий рівень внутрішньої узгодженості між пунктами шкали, що свідчить про те, що ці пункти вимірюють один і той самий конструкт

благополуччя. Такий високий коефіцієнт надійності означає, що PGWBI є дуже узгодженим і надійним показником психологічного благополуччя. Кореляцію між пунктами можна побачити на рис. 2.21.

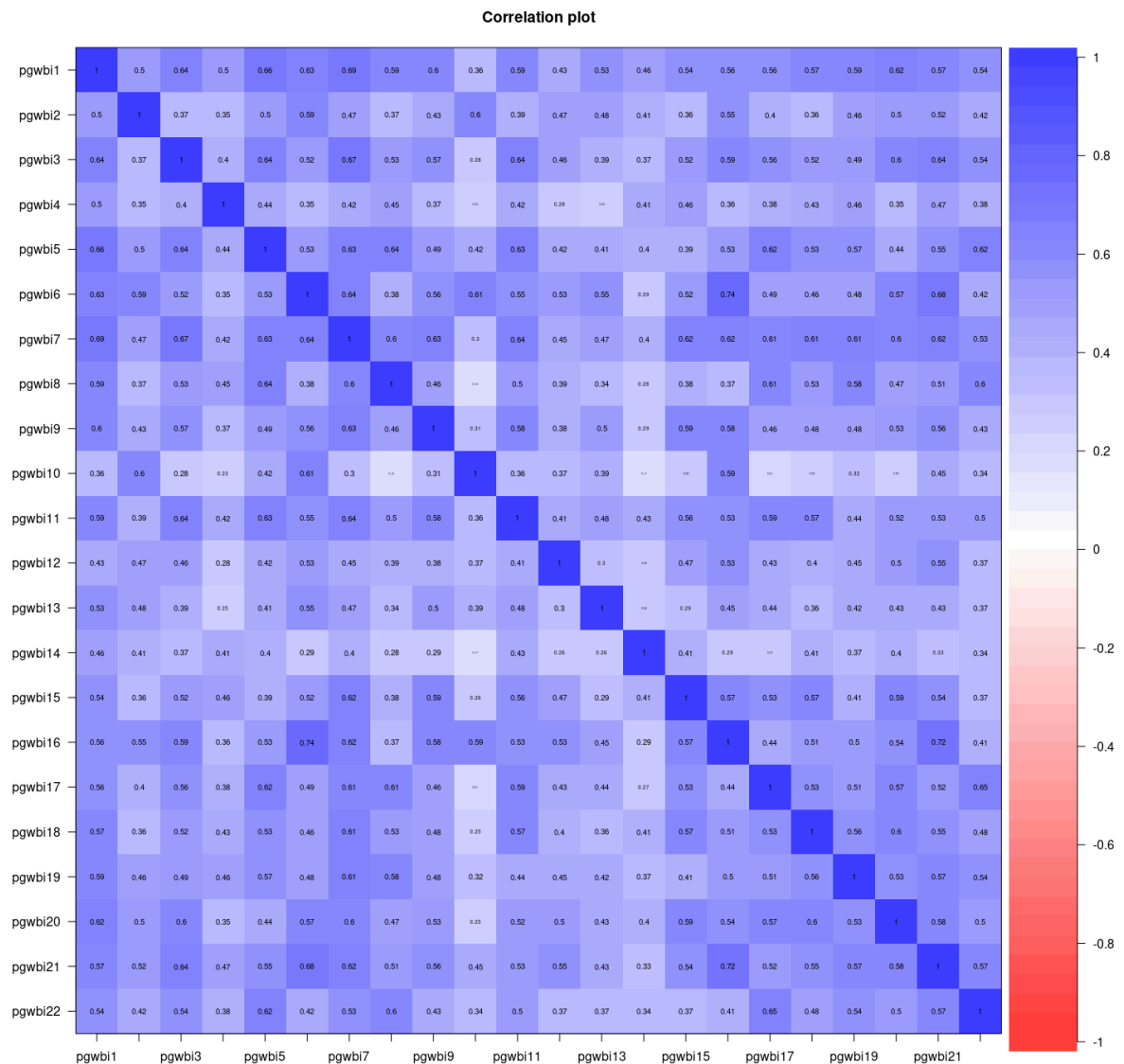


Рис. 2.21. Кореляційна матриця, що відображає зв'язки між елементами шкали PGWBI

Субшкала тривоги характеризується високою внутрішньою узгодженістю, при показнику альфи Кронбаха 0,88. Тобто, питання вимірюють один і той самий конструкт тривожності.

Субшкала депресії має альфу Кронбаха 0,85, що вказує на високу внутрішню узгодженість між пунктами субшкали. Це свідчить про вимірювання питаннями одного і того самого конструкту депресії.

Субшкала позитивного самопочуття також демонструє високу внутрішню узгодженість, про що свідчить коефіцієнт альфа Кронбаха 0,85. Тобто, елементи субшкали узгоджено вимірюють один конструкт позитивного самопочуття.

Своєю чергою, субшкала самоконтролю має нижчий показник альфи Кронбаха – 0,68, що вказує на помірну внутрішню узгодженість між пунктами субшкали. Це свідчить про те, що пункти субшкали менш узгоджені у вимірюванні одного й того ж конструкту самоконтролю, і субшкала може бути менш надійною порівняно з іншими субшкалами PGWBI.

Субшкала загального стану здоров'я демонструє помірну внутрішню узгодженість, при коефіцієнті альфи Кронбаха 0,74. Як і у випадку із субшкалою самоконтролю, субшкала загального стану здоров'я може менш надійно вимірювати конструкт.

Нарешті, шкала життєздатності має високу внутрішню узгодженість при альфі Кронбаха 0,87. Тобто, субшкала є високонадійним показником життєздатності.

Результати конфірматорного факторного аналізу (CFA) для двофакторної моделі шкали PGWBI свідчать про те, що модель забезпечує адекватну відповідність даним. Розподіл факторних навантажень між двома латентними змінними можна побачити в таблиці 2.23. Середньоквадратична помилка апроксимації (RMSEA), що дорівнює 0,078, вказує на те, що в моделі є певний ступінь похибки, але вона все ще знаходиться в прийнятному діапазоні. Порівняльний індекс придатності (CFI), що становить 0,912, та індекс Такера-Льюїса (TLI), що дорівнює 0,9, свідчать про те, що модель має достатню якість за старими нормами, але все ж її можна було б покращити. Своєю чергою, показник χ^2 -квадрату для даної моделі становить 382,598 при 205 ступенях свободи (df) і р-значенні менше 0,0001. Це свідчить про те, що модель погано узгоджується з даними. Низький р-показник вказує на недостатню відповідність моделі даним, а це означає, що можуть бути проблеми з валідністю шкали або з пунктами, які використовуються в шкалі. Високе значення χ^2 -квадрату з великою кількістю ступенів свободи також вказує на погану відповідність між моделлю

та даними. Можливо, необхідно переоцінити пункти шкали або розглянути альтернативні моделі, щоб покращити відповідність. Але оскільки показник хі-квадрату є чутливим до розміру вибірки, він не є таким значущим для визначення якості моделі, як інші індекси.

Таблиця 2.23

Факторні навантаження для двофакторної моделі шкали PGWBI

	Фактор 1	Фактор 2	h²	u²	com
<i>pgwbi1</i>	0,73		0,66	0,34	1,10
<i>pgwbi2</i>		0,58	0,52	0,48	1,20
<i>pgwbi3</i>	0,74		0,60	0,40	1,00
<i>pgwbi4</i>	0,58		0,33	0,67	1,00
<i>pgwbi5</i>	0,72		0,59	0,41	1,00
<i>pgwbi6</i>	0,21	0,72	0,76	0,24	1,20
<i>pgwbi7</i>	0,77		0,69	0,31	1,00
<i>pgwbi8</i>	0,88	-0,23	0,58	0,42	1,10
<i>pgwbi9</i>	0,56	0,21	0,50	0,50	1,30
<i>pgwbi10</i>		0,85	0,58	0,42	1,10
<i>pgwbi11</i>	0,69		0,57	0,43	1,00
<i>pgwbi12</i>	0,35	0,34	0,38	0,62	2,00
<i>pgwbi13</i>	0,32	0,36	0,37	0,63	2,00
<i>pgwbi14</i>	0,49		0,25	0,75	1,00
<i>pgwbi15</i>	0,60		0,47	0,53	1,10
<i>pgwbi16</i>	0,26	0,66	0,72	0,28	1,30
<i>pgwbi17</i>	0,82		0,58	0,42	1,00
<i>pgwbi18</i>	0,76		0,54	0,46	1,00
<i>pgwbi19</i>	0,67		0,52	0,48	1,00
<i>pgwbi20</i>	0,65		0,55	0,45	1,10
<i>pgwbi21</i>	0,51	0,38	0,64	0,36	1,90
<i>pgwbi22</i>	0,72		0,50	0,50	1,00

Додаткові кореляції між пунктами 14-4, 14-2 та 17-22 свідчать про те, що ці пункти можуть бути пов'язані між собою у спосіб, який не враховується двофакторною моделлю. Цілком можливо, що ці пункти вимірюють унікальний аспект психологічного благополуччя, який не враховується у двофакторній моделі.

Загалом, ці результати вказують на те, що двофакторна модель шкали PGWBI є адекватною, але не оптимально відповідає даним. Додаткові кореляції між окремими пунктами свідчать про те, що можуть існувати інші фактори, які

сприяють психологічному благополуччю, окрім тих, що включені у двофакторну модель. Для вивчення цих додаткових факторів і поліпшення відповідності моделі можуть знадобитися подальші дослідження.

У кількох дослідженнях шкала PGWBI використовувалася у роботі з онкопацієнтами з РМЗ [65, 173]. Але ці дослідження не фокусувалися на вивченні психометричних характеристик методики. Тому ми розглянемо роботи, присвячені саме цьому. Ранні дослідження [22] показали, що загальна внутрішня узгодженість шкали PGWBI, виміряна за допомогою коефіцієнта α Кронбаха, становить 0,94. За окремими субшкалами α -коефіцієнти коливалися від 0,56 (самоконтроль) до 0,88 (тривога). В більш пізніх дослідженнях були продемонстровані подібні результати: внутрішня узгодженість і тест-ретестова надійність шкали були адекватними (альфа Кронбаха = 0,934, коефіцієнт внутрішньокласової кореляції = 0,783) [25]. При тестуванні сучасними психометричними техніками шкала PGWBI продемонструвала задовільну конструктну валідність [147]. Дослідження факторної структури опитувальника свідчать, що PGWBI складається з шести субшкал: тривога, депресивний настрій, позитивне самопочуття, самоконтроль, загальний стан здоров'я та життєздатність [78]. Проте для досягнення задовільних показників якості автори часто модифікують та доповнюють просту шестифакторну модель додатковими коваріаціями [139].

Хоча PGWBI демонструє хороші психометричні властивості в різних популяціях, включаючи онкопацієнтів, необхідно провести додаткові дослідження, щоб повністю зрозуміти прогностичну силу інструменту в даному контексті. Існує ряд досліджень, які свідчать про те, що вищий рівень психологічного благополуччя може бути пов'язаний з кращими результатами лікування онкологічних пацієнтів, але конкретна роль PGWBI у прогнозуванні результатів все ще вивчається. Зокрема, було виявлено, що передопераційний індекс психологічного глобального благополуччя (PGWBI) може прогнозувати короткострокову післяопераційну якість життя пацієнтів з раком легень [24]. У цьому дослідженні пацієнти з нижчим доопераційним загальним станом здоров'я

мали значно нижчу післяопераційну якість життя, а також знижені фізичні та емоційні функції. В іншій роботі [214] повідомляється, що пацієнти, які пережили хірургічне лікування раку прямої кишки, мали кращий показник PGWBI, ніж у загальній популяції. Ще одне дослідження показало, що діагноз раку яєчників має значний вплив на психологічне благополуччя жінок, оцінене шкалою PGWBI [151].

Таким чином, у дослідженнях PGWBI демонструє відмінні психометричні властивості, включаючи високу надійність, валідність і чітку факторну структуру. Широке використання цього інструменту в дослідницьких і клінічних умовах свідчить про його корисність для оцінки психологічного благополуччя в різних групах населення, в тому числі у онкопацієнтів з РМЗ. Спираючись на результати досліджень, можна сказати, що індекс загального психологічного благополуччя показав багатообіцяючі результати в прогнозуванні якості життя та емоційного благополуччя онкологічних пацієнтів. По-перше, PGWBI є дієвим інструментом для виявлення психологічно неблагополучних онкопацієнтів, і для керівництва втручаннями, спрямованими на поліпшення їхнього стану. По-друге, може існувати зв'язок між вищим рівнем благополуччя, вимірним за допомогою PGWBI, і кращими загальними показниками здоров'я у онкологічних пацієнтів. Зокрема, деякі дослідження припускають, що показники PGWBI можуть бути корисними для прогнозування ймовірності рецидиву раку та загальної виживаності [214; 215]

Аналіз шкали PGWBI на нашій вибірці онкопацієнтів з РМЗ дозволив встановити, що методика має високу внутрішню узгодженість і є високонадійним показником психологічного благополуччя. Те саме стосується субшкал тривоги, депресії, позитивного самопочуття та життєздатності. Однак субшкали самоконтролю та загального стану здоров'я мають помірну внутрішню узгодженість, що свідчить про меншу надійність показників порівняно з іншими субшкалами. За факторним аналізом, можна припустити двофакторну структуру інструменту.

Загалом, PGWBI видається перспективним інструментом для оцінки та покращення психологічного благополуччя онкологічних пацієнтів.

Шкала емоційних станів (The Positive and Negative Affect Schedule, PANAS) - це опитувальник, заснований на принципі самозвіту, який вимірює два незалежні виміри афекту: позитивний афект (ПА) та негативний афект (НА). Опитувальник призначений для оцінки настрою або емоційного стану на момент обстеження. Цільовою популяцією PANAS є особи віком від 16 років.

Шкала PANAS була розроблена Уотсоном, Кларком і Теллегеном у 1988 році [262]. Застосувавши факторний аналіз на декількох існуючих на той момент шкалах настрою, вчені отримали набір з 20 пунктів, які можна класифікувати як позитивний або негативний афект. В результаті, PANAS складається з двох шкал: шкали позитивного афекту та шкали негативного афекту, кожна з яких включає по 10 пунктів. Питання оцінюються за 5-бальною шкалою Лайкерта в діапазоні від 1 (дуже злегка або зовсім не виражено) до 5 (дуже сильно). Учасників просять вказати, якою мірою вони відчували кожен емоцію протягом певного періоду часу (наприклад, минулого тижня). Фінальний показник за шкалою PANAS можна оцінити кількома способами. Одним із поширених методів є підрахунок окремих балів для позитивного та негативного афектів шляхом підсумовування пунктів по кожній шкалі. Загальний бал також може бути підрахований шляхом віднімання балу негативного афекту від балу позитивного афекту (ПА-НА).

Ми перевірили психометричні характеристики шкали PANAS в контексті нашого дослідження на вибірці онкопацієнтів з РМЗ. Коефіцієнт надійності альфа Кронбаха для всієї шкали становив 0,7, що свідчить про прийнятну внутрішню узгодженість між пунктами шкали. Однак альфа-коефіцієнти для окремих субшкал були відносно високими: позитивний афект - 0,85, негативний афект - 0,91, що означає високу надійність між елементами в межах субшкал. Такі розбіжності можуть пояснюватися відмінностями у перекладі деяких пунктів в українській версії опитувальника. Зокрема, питання номер 12 було перекладено як «стурбований», тоді як в оригіналі йдеться про прикметник

«alert». В англійській мові цим словом описується позитивний стан, асоційований з «розумовою сприйнятливістю і чуйністю», «пильним розумом» та «уважністю до проблем» [256]. Цей пункт належить до субшкали позитивного афекту. Але оскільки в українській мові немає відповідника даному слову, перекладачами був використаний термін «стурбованість», яке має в українській мові очевидну негативну конотацію. Це могло спричинити нижчий коефіцієнт надійності для загальної шкали, а також нижчу внутрішню узгодженість для субшкали позитивного афекту (рис. 2.22).

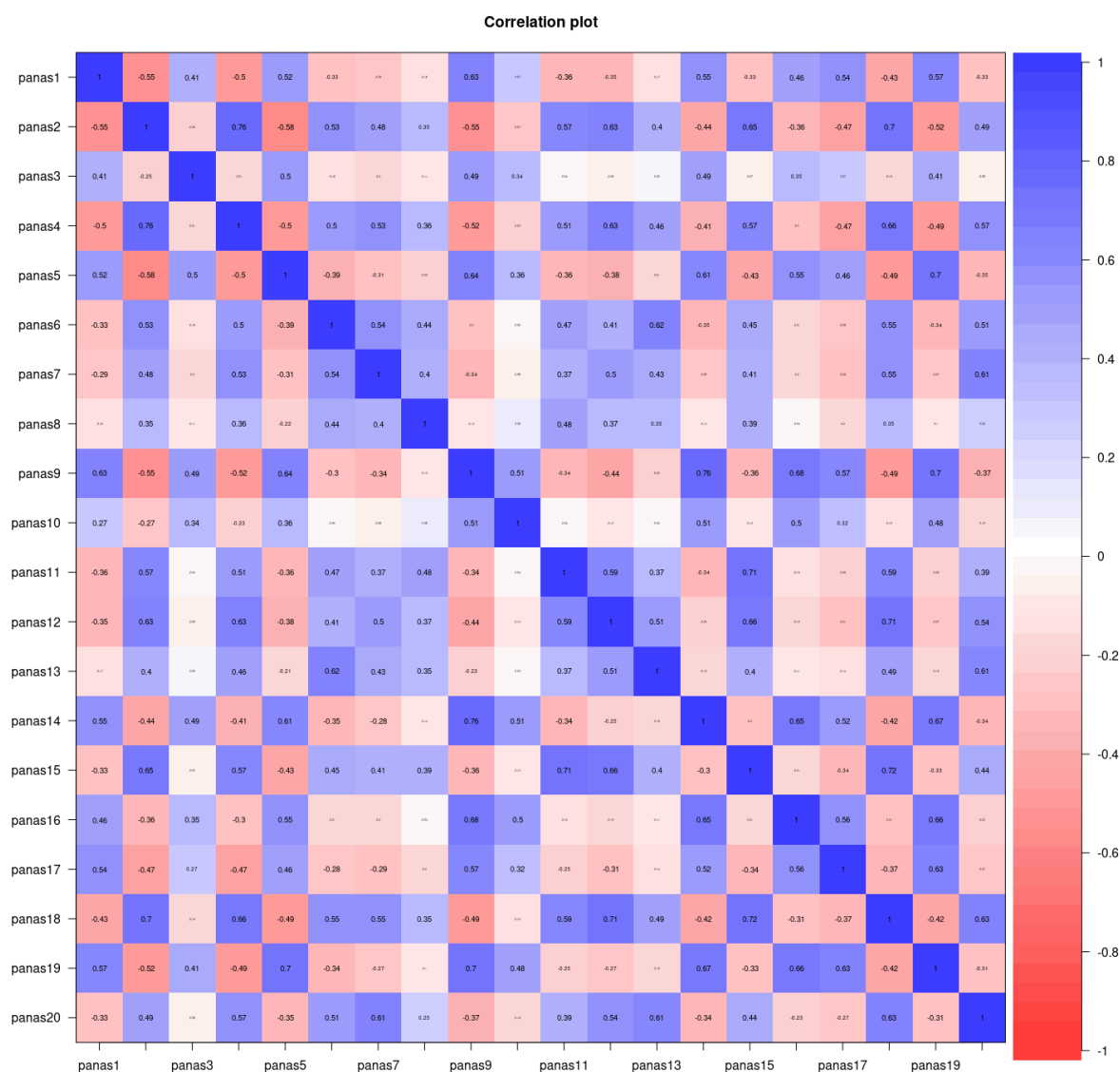


Рис. 2.22. Кореляційна матриця, що відображає зв'язки між елементами шкали PANAS

Результати факторного аналізу шкали PANAS дозволили зробити висновок про двофакторну структуру інструменту (табл. 2.24). Конфірматорний факторний аналіз показав, що двофакторна модель добре узгоджується з даними. Зокрема, індекси узгодженості вказують на добру відповідність моделі даним. Значення RMSEA становить 0,074, CFI - 0,927, а TLI - 0,916. При цьому, значення хі-квадрату 295,211 зі 165 ступенями свободи (df) та р-значенням менше 0,0001 вказує на розбіжність між доброю та спостережуваною відповідністю. Для отримання таких показників якості в дану модель включили залишкові коваріації між питаннями 13-6, 15-11, 20-13, 20-7. Між перерахованими елементами можуть існувати певні взаємозв'язки, які не повністю враховуються двофакторною моделлю. Включення коваріацій допомогло покращити відповідність моделі та забезпечити більш точне представлення основних конструктів, що вимірюються.

Таблиця 2.24

Факторні навантаження для двофакторної моделі шкали PANAS

	Фактор 1	Фактор 2	h ²	u ²	com
<i>panas1</i>		0,59	0,49	0,51	1,20
<i>panas2</i>	0,66		0,69	0,31	1,30
<i>panas3</i>		0,61	0,31	0,69	1,10
<i>panas4</i>	0,68		0,65	0,35	1,20
<i>panas5</i>		0,65	0,59	0,41	1,20
<i>panas6</i>	0,68		0,48	0,52	1,00
<i>panas7</i>	0,65		0,44	0,56	1,00
<i>panas8</i>	0,59		0,28	0,72	1,10
<i>panas9</i>		0,83	0,78	0,22	1,00
<i>panas10</i>		0,66	0,35	0,65	1,10
<i>panas11</i>	0,74		0,51	0,49	1,00
<i>panas12</i>	0,80		0,62	0,38	1,00
<i>panas13</i>	0,72		0,43	0,57	1,10
<i>panas14</i>		0,82	0,68	0,32	1,00
<i>panas15</i>	0,77		0,58	0,42	1,00
<i>panas16</i>		0,83	0,60	0,40	1,00
<i>panas17</i>		0,60	0,45	0,55	1,10
<i>panas18</i>	0,80		0,72	0,28	1,00
<i>panas19</i>		0,83	0,72	0,28	1,00
<i>panas20</i>	0,68		0,49	0,51	1,00

Згідно з оригінальним дослідженням Уотсона та колег [262], шкала PANAS має хорошу внутрішню узгодженість, з альфа-коефіцієнтами Кронбаха від 0,86

до 0,90 для шкали позитивного афекту та від 0,84 до 0,87 для шкали негативного афекту. Коефіцієнти надійності при повторному тестуванні становлять від 0,68 до 0,89 для шкали позитивного афекту та від 0,70 до 0,87 для шкали негативного афекту. В цій же роботі, шкала PANAS продемонструвала хорошу конвергентну та дискримінантну валідність. Було виявлено, що показники позитивного афекту позитивно пов'язані з самооцінкою, задоволеністю життям і соціальною активністю, тоді як показники негативного афекту негативно пов'язані з цими змінними. Окрім того, шкала PANAS також виявилася чутливою до змін настрою, викликаних різними експериментальними маніпуляціями. Щодо факторної структури, в іншому дослідженні було підтверджено, що шкала PANAS включає два фактори, які відповідають позитивному та негативному афектам [248].

PANAS широко використовується в дослідженнях психологічного благополуччя у хворих на рак молочної залози. В одному з досліджень ця методика застосовувалася для оцінки ефективності програми з йоги для пацієнток з раком молочної залози, які проходять ад'ювантну променеви терапію [249]. Дослідження виявило значне поліпшення позитивного афекту, емоційної та когнітивної функцій, а також зниження негативного афекту в групі, що займалася йогою, порівняно з контрольною групою. В іншій роботі шкала PANAS використовувалася для порівняння емоційного стану, психосоціальної адаптації та якості життя у жінок з раком молочної залози та жінок з доброякісними захворюваннями молочної залози [16]. Також шкала PANAS фігурувала в статті, присвяченій вивченню пов'язаної з раком невизначеності у жінок, що пережили РМЗ [106].

Таким чином, шкала емоційних станів (PANAS) продемонструвала високу внутрішню узгодженість та надійність для субшкал позитивного та негативного афекту, але була виявлена проблема з перекладом опитувальника на українську мову, що могло вплинути на загальну надійність шкали. Важливо враховувати ці фактори при інтерпретації результатів дослідження. Також шкала має чітку двофакторну структуру. Отримані результати свідчать про те, що шкала PANAS

вимірює два різні фактори позитивного та негативного афекту, що узгоджується з теоретичним підґрунтям шкали. Загалом, факторний аналіз підтверджує валідність використання шкали PANAS для вимірювання позитивного та негативного афекту в нашому дослідженні. Шкала PANAS є корисною методикою для вимірювання емоційного благополуччя у онкопацієнтів з РМЗ, оскільки вона забезпечує надійну та валідну оцінку позитивного та негативного афекту. Здатність фіксувати зміни настрою в часі та чутливість до впливу втручань роблять її цінним інструментом для досліджень, спрямованих на покращення якості життя пацієнток з раком молочної залози.

Шкала психічної адаптації до онкологічного діагнозу (Mental Adjustment to Cancer scale, MAC), в українському перекладі за участю авторів методики [264]. Це опитувальник самозвіту, призначений для вимірювання психологічної реакції онкологічних пацієнтів на діагноз та лікування. Шкала оцінює п'ять вимірів психологічної адаптації до раку: бойовий дух, фаталізм, безпорадність/безнадію, тривожну занепокоєність та уникнення/заперечення. Цільовою групою шкали MAC є хворі на рак та ті, хто пережив це захворювання.

Шкала MAC була створена Уотсоном та колегами [265] на основі всебічного огляду літератури про подолання раку. Шкала була розроблена на вибірці з 183 онкологічних хворих, а для визначення п'яти вимірів психічної адаптації до раку був використаний факторний аналіз. Потім шкала була переглянута на основі зворотного зв'язку від пацієнтів та експертів, а також була проведена подальша психометрична оцінка. Опитувальник складається з п'яти субшкал, кожна з яких містить по чотири пункти, в сумі – 20 пунктів. Пункти оцінюються за 4-бальною шкалою Лайкерта від 1 (точно не підходить) до 4 (точно підходить).

Сумарний показник за шкалою MAC може бути порахований кількома способами. Одним із поширених методів є підрахунок балів за окремими субшкалами для кожного з п'яти аспектів психологічної адаптації до раку шляхом підсумовування балів. Загальний бал також може бути порахований шляхом підсумовування балів за всіма субшкалами. Вищі бали за субшкалами

бойового духу та уникнення/заперечення вказують на більш позитивну адаптацію до раку, тоді як вищі бали за субшкалами фаталізму, безпорадності/безнадійності та тривожного занепокоєння вказують на більш негативну адаптацію. Важливо зазначити, що термін «уникнення/заперечення» в цьому контексті не означає повного уникнення або заперечення онкологічного діагнозу чи лікування. Це радше копінг-стратегія, за допомогою якої особа намагається викинути рак зі своєї свідомості, зосередитися на інших аспектах життя або відволіктися від хвороби. Така копінг-стратегія може бути адаптивною для деяких людей, оскільки дозволяє їм зберегти відчуття нормального стану і зменшити тривогу та дистрес, пов'язаних з діагнозом раку. Однак надмірне уникнення або заперечення також може бути дезадаптивним і призвести до негативних психологічних наслідків. Тим не менш, в пізніших дослідженнях припускається двофакторна структура шкали МАС [47]. Вона включає дві категорії, що відповідають позитивним та негативним копінг-стратегіям: бойового духу та «пасивної та тривожної копінгової поведінки», причому в цьому випадку стратегія уникнення/заперечення відноситься до останньої.

Ми виділили кілька аргументів на користь використання повної версії шкали МАС:

1) Більша деталізація: повна версія шкали включає 40 пунктів, порівняно з 29 пунктами в міні-версії. Це дозволяє більш детально виміряти різні аспекти психічної адаптації до раку.

2) Комплексність: Оригінальна версія шкали МАС включає п'ять субшкал, тоді як міні-версія, за різними джерелами, містить лише 3-4 фактори.

3) Кращі психометричні властивості: хоча обом версіям притаманні хороші психометричні властивості, повна версія була більш детально досліджена і валідизована. Це означає, що існує більше підтверджень її надійності та валідності.

Ми дослідили психометричні характеристики шкали МАС на нашій вибірці онкопацієнтів з РМЗ. Аналіз надійності показав, що загальна внутрішня узгодженість є високою при коефіцієнті альфа Кронбаха 0,9. Своєю чергою,

субшкали демонструють різний рівень внутрішньої узгодженості: субшкала тривожного занепокоєння має коефіцієнт 0,63, субшкала безпорадності/безнадійності - 0,87, субшкала бойового духу - 0,83, а субшкала фаталізму - 0,44.

Високий загальний альфа-коефіцієнт вказує на те, що пункти шкали MAC вимірюють один і той самий базовий конструкт психічної адаптації до раку (кореляції на рис. 2.23).

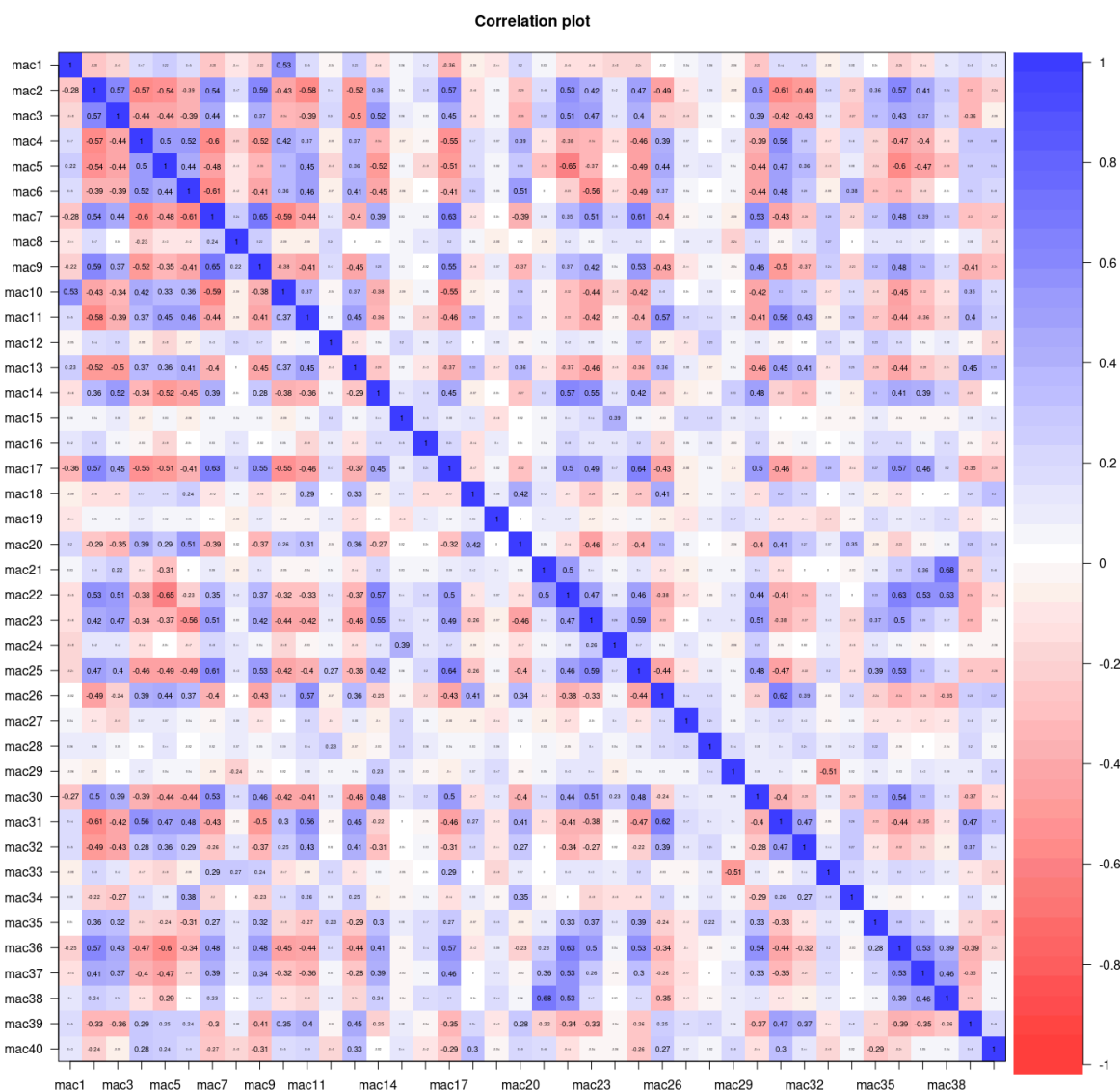


Рис. 2.23. Кореляційна матриця, що відображає зв'язки між елементами шкали MAC

Так само, висока внутрішня узгодженість субшкал безпорадності/безнадійності та бойового духу свідчить про те, що вони є надійними показниками відповідних конструктів психічної адаптації до раку. Однак субшкала тривожного занепокоєння демонструє нижчу надійність – її пункти, можливо, не так узгоджено вимірюють конструкт.

Низька надійність субшкали фаталізму, на що вказує альфа-коефіцієнт Кронбаха 0,44, може бути пов'язана з негативною кореляцією пункту 24 ("Я живу сьогоднішнім днем") з іншими елементами субшкали. Можливо, для підвищення надійності необхідно переглянути або вилучити цей пункт. Субшкала уникнення складається лише з одного пункту, тому її надійність у цьому дослідженні не оцінювалася.

В результаті факторного аналізу шкали MAC була отримана 5-факторна модель з деякими додатковими коваріаціями між пунктами (питання 24-15, 27-12, 38-21, 29-33). Модель мала значення χ^2 -квадрату 834,479 з 453 ступенями свободи (df) та р-значенням менше 0,0001, що вказує на значну невідповідність. Хоча значення χ^2 -квадрату є чутливим до розміру вибірки, інші показники також свідчили про недостатню оптимальність моделі: індекс CFI становив 0,812, а TLI - 0,794. При цьому, значення RMSEA становило 0,077, що свідчить про помірну відповідність.

Незважаючи на неідеальну відповідність, результати свідчать про те, що пункти шкали MAC можна згрупувати в п'ять окремих факторів. Тобто, шкала вимірює декілька конструктів, пов'язаних з психічною адаптацією до раку. Ці конструкти, ймовірно, відрізняються від оригінальної версії, яка включала тривожне занепокоєння, безпорадність/безнадію, бойовий дух, фаталізм та уникнення. Виходячи з розподілу факторних навантажень, представлених в таблиці 2.25, отримані фактори можна охарактеризувати наступним чином:

- Фактор 1: Покращена поведінка щодо здоров'я та позитивне ставлення до здоров'я.
- Фактор 2: Безпорадність та безнадія.
- Фактор 3: Планування на майбутнє та віра в одужання.

- Фактор 4: Покладання на медичних працівників.
- Фактор 5: Почуття гумору та життєва перспектива.

Таблиця 2.25

Факторні навантаження для п'ятифакторної моделі шкали МАС

	Ф1	Ф2	Ф3	Ф4	Ф5	h2	u2	com
mac1					0,64	0,36	0,64	1,10
mac2			0,40			0,60	0,40	3,00
mac3						0,44	0,56	3,90
mac4			0,31			0,48	0,52	3,50
mac5		0,41				0,52	0,48	2,50
mac6	0,35		0,40			0,52	0,48	2,90
mac7					0,43	0,65	0,35	3,00
mac8				0,48		0,26	0,74	1,40
mac9			0,37			0,51	0,49	3,10
mac10					0,74	0,63	0,37	1,10
mac11			0,61			0,52	0,48	1,20
mac12						0,16	0,84	2,80
mac13			0,46			0,43	0,57	1,50
mac14	0,36	0,36				0,50	0,50	3,30
mac15	-0,48					0,20	0,80	1,50
mac16					0,34	0,18	0,82	2,80
mac17				0,30	0,33	0,63	0,37	4,20
mac18			0,62		-0,31	0,38	0,62	1,80
mac19						0,05	0,95	2,80
mac20			0,51			0,49	0,51	2,80
mac21		0,71				0,45	0,55	1,10
mac22		0,74				0,74	0,26	1,20
mac23	0,53					0,59	0,41	1,80
mac24	-0,40					0,17	0,83	1,50
mac25	0,43					0,57	0,43	2,50
mac26			0,72			0,59	0,41	1,40
mac27						0,13	0,87	2,70
mac28	-0,48					0,24	0,76	2,10
mac29				0,53		0,36	0,64	2,10
mac30	0,42					0,52	0,48	2,30
mac31			0,70			0,62	0,38	1,10
mac32			0,56			0,43	0,57	1,80
mac33				0,71		0,51	0,49	1,10
mac34			0,36			0,24	0,76	3,20
mac35	0,38					0,28	0,72	2,30
mac36		0,46				0,59	0,41	2,30
mac37		0,63				0,52	0,48	1,30
mac38		0,78				0,56	0,44	1,10
mac39			0,42			0,36	0,64	2,40
mac40			0,39	0,39		0,32	0,68	2,50

Додаткові коваріації між пунктами в фінальній моделі свідчать про те, що деякі з них можуть вимірювати споріднені конструкти або що деякі пункти можуть бути сформульовані неоднозначно чи заплутувати респондентів.

Чимало досліджень присвячено психометричним властивостям шкали МАС у онкопацієнтів з РМЗ. Наприклад, дослідження Осборна та колег [177] показало, що шкала МАС може бути корисною для оцінки адаптації онкологічних пацієнтів з РМЗ до захворювання. Вона продемонструвала хорошу конкурентну валідність, проте деякі показники надійності були нижчими за бажані. Так, оцінки надійності (α Кронбаха) були задовільними для двох шкал – бойового духу (0,85) і беспорядності/безнадійності (0,81), але нижчими для тривожного занепокоєння (0,65) і фаталізму (0,64). Окрім того, автори зазначають, що факторний аналіз не підтвердив п'ятифакторну структуру шкали. На противагу оригінальній моделі Уотсона та колег [265], було виділено шість латентних змінних. Інші варіанти факторної структури, а також хороша конвергентна та дивергентна валідність шкали МАС були продемонстровані в роботі Шнола та колег [209]. В пізніших дослідженнях були підтверджені хороші оцінки валідності, надійності та мінливої факторної структури шкали, проте більш поширеною стала міні-версія опитувальника [37; 250].

Шкала МАС також продемонструвала хорошу прогностичну силу щодо онкопацієнтів з РМЗ. Наприклад, дослідження О'Брайана та колег [174] показало, що шкала МАС здатна прогнозувати психологічну адаптацію у хворих на рак молочної залози.

Загалом, шкала МАС є корисним інструментом для оцінки психологічної реакції онкологічних пацієнтів на діагноз і лікування, і може надати цінну інформацію для клініцистів і дослідників, які працюють з цією групою населення. Результати факторного аналізу та аналізу надійності свідчать про те, що шкала МАС може виокристовуватися для оцінки психологічної адаптації до раку. При цьому, субшкала фаталізму потребує подальшого доопрацювання.

Шкала сенсу в житті (Purpose-in-Life) Джеймса Крамбо та Леонарда Махоліка [62] визначає джерело сенсу життя, який можна знайти в одному або

усіх трьох його компонентах: в майбутньому, теперішньому або минулому. Цільовою популяцією є особи старше 16 років.

Шкала сенсу в житті є адаптацією тесту Purpose-in-Life (PIL) Джеймса Крамбо та Леонарда Махоліка, які, своєю чергою, спиралися на теорії сенсу Віктора Франкла [62]. Фінальна версія цього опитувальника містить п'ять субшкал: "Життєвий процес", "Життєвий результат", "Цілі в житті", "Локус контролю - життя", "Локус контролю - Я". Всього методика включає 20 питань. Пункти опитувальника оцінюються за шкалою Лайкерта в діапазоні від 1 (абсолютно не згоден) до 5 (повністю згоден). Отримані бали підсумовуються як в межах окремих субшкал, так і усієї шкали для отримання загального балу.

У контексті дослідження Шкала сенсу в житті може бути корисною у дослідженні глибини і усвідомленості життєвих цілей, почуття спрямованості та сенсу, що є важливими детермінантами адаптації до складних життєвих обставин [1].

За Мотковим [5], ціннісно-сміслова сфера є важливою частиною структури особистості, яка включає цінності та смисли, що формують світогляд, сприйняття реальності, модель поведінки та емоційні реакції людини. Вона є ключовою у формуванні внутрішніх опор і мотивації до життя. Зміни у цій сфері можуть суттєво вплинути на психологічну стійкість та стратегії подолання стресових ситуацій, що особливо актуально для пацієнтів, які стикаються з онкологічними захворюваннями [7].

Результати аналізу надійності шкали сенсу життя Крамбо та Махоліка на нашій вибірці онкопацієнтів з РМЗ вказують на те, що цей психодіагностичний інструмент має високу внутрішню узгодженість. Ми отримали показник альфи Кронбаха, що дорівнює 0,91 для всієї шкали в цілому (рис.2.24). Тобто, пункти методики сенсу життя послідовно вимірюють один і той самий конструкт або поняття. Шкала є надійною для вимірювання сенсу життя як одновимірного конструкту.

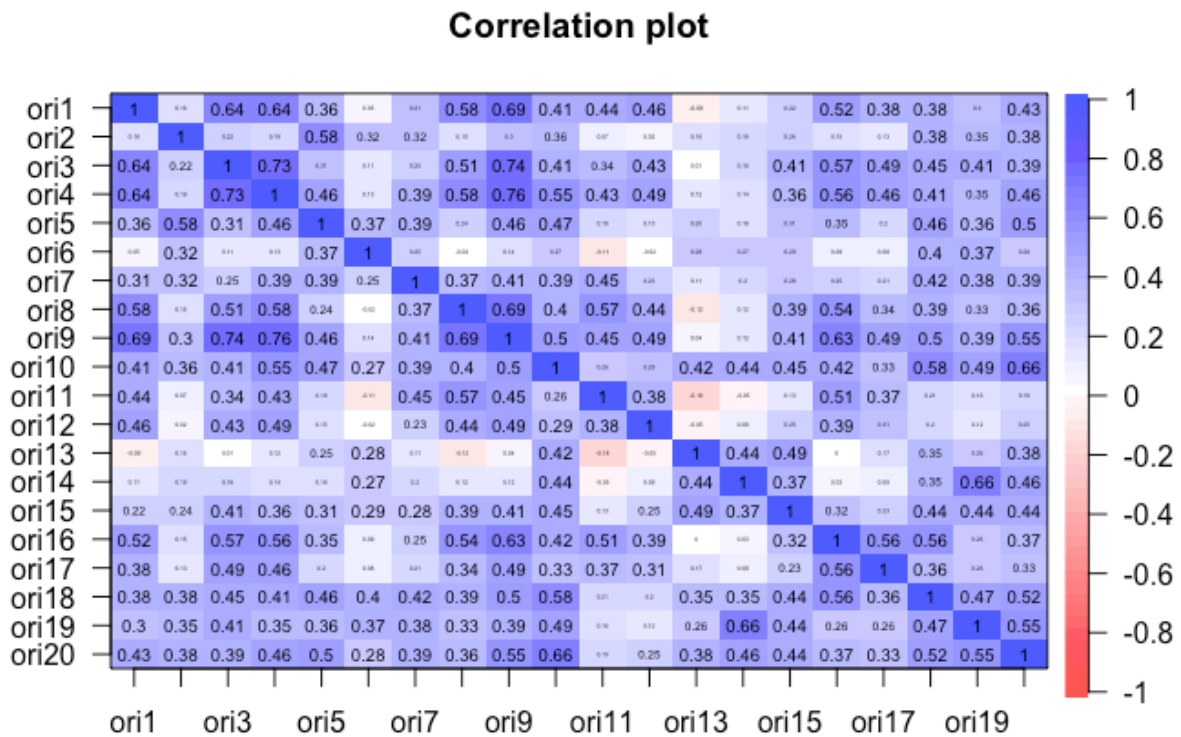


Рис. 2.24. Кореляційна матриця, що відображає зв'язки між елементами шкали сенсу життя

Субшкали сенсу життя також демонструють хорошу надійність, з альфа-коефіцієнтами надійності в діапазоні від 0,68 до 0,85. Зокрема, субшкала «Життєві цілі» має альфа-коефіцієнт 0,85, що вказує на те, що пункти цієї субшкали узгоджено вимірюють концепцію життєвих цілей. Субшкали «Життєвий процес» та «Життєвий результат» мають альфа-коефіцієнти 0,82 та 0,81 відповідно, що свідчить про добру внутрішню узгодженість у вимірюванні життєвого процесу та життєвого результату як окремих конструктів. Субшкала «Локус контролю – Я» має альфа-коефіцієнт 0,68, що свідчить про помірну надійність у вимірюванні концепції контролю над собою. Субшкала «Локус контролю – життя» має альфа-коефіцієнт 0,77, що свідчить про добру надійність у вимірюванні концепції контролю над життєвими подіями.

В результаті факторного аналізу було виявлено, що факторні навантаження пунктів опитувальника сенсу життя найкраще розподіляються між трьома латентними змінними (табл. 2.26).

Таблиця 2.26

Факторні навантаження для трьохфакторної моделі шкали сенсу життя

	Фактор1	Фактор2	Фактор3	h2	u2	com
<i>ori1</i>	0,77			0,59	0,41	1,00
<i>ori2</i>			0,73	0,49	0,51	1,00
<i>ori3</i>	0,75			0,60	0,40	1,10
<i>ori4</i>	0,77			0,68	0,32	1,00
<i>ori5</i>			0,79	0,67	0,33	1,00
<i>ori6</i>		0,28	0,44	0,32	0,68	2,10
<i>ori7</i>	0,28		0,34	0,31	0,69	2,00
<i>ori8</i>	0,79			0,59	0,41	1,00
<i>ori9</i>	0,83			0,80	0,20	1,10
<i>ori10</i>	0,34	0,46	0,21	0,59	0,41	2,30
<i>ori11</i>	0,68	-0,22		0,42	0,58	1,20
<i>ori12</i>	0,64			0,35	0,65	1,10
<i>ori13</i>	-0,22	0,69		0,47	0,53	1,20
<i>ori14</i>		0,81		0,58	0,42	1,00
<i>ori15</i>	0,26	0,53		0,43	0,57	1,40
<i>ori16</i>	0,73			0,55	0,45	1,00
<i>ori17</i>	0,55			0,32	0,68	1,10
<i>ori18</i>	0,30	0,34	0,32	0,54	0,46	3,00
<i>ori19</i>		0,57		0,52	0,48	1,30
<i>ori20</i>	0,29	0,46	0,25	0,59	0,41	2,30

Тобто, трьохфакторна модель передбачає, що 20 пунктів можуть бути згруповані в три латентні фактори або конструкти. Перший фактор, до якого входять пункти 1, 3, 4, 8, 9, 11, 12, 16 і 17, ймовірно пов'язаний з питаннями про те, чи має життя сенс, напрямок і мету. Цей фактор можна назвати «Екзистенційний сенс і мета». Другий фактор, що складається з пунктів 10, 13, 14, 15, 19 і 20, пов'язаний з відчуттям контролю та спрямованості власного життя. Цей фактор можна назвати «Самовизначення та цілеспрямованість». Третій фактор «Новизна та різноманітність» складається з пунктів 2, 5, 6 і 7. Цей фактор пов'язаний зі сприйняттям людиною життя як динамічного і мінливого, з новим досвідом і викликами.

Статистичні дані про якість моделі свідчать про те, що 3-факторна модель досить добре відповідає даним, незважаючи на значуще значення χ^2 -квадрату ($\chi^2 = 296,834$, $df = 156$, p -значення $< .0001$). Індекс порівняльної придатності (CFI) та індекс Такера-Льюїса (TLI) склали 0,908 та 0,888 відповідно, що свідчить про прийнятну відповідність. Середньоквадратична помилка апроксимації (RMSEA)

становила 0,079, що знаходиться в межах прийняттого діапазону. Тобто, ці показники вказують на те, що модель досить добре узгоджується з даними.

Таким чином, 3-факторна модель шкали Крамбо та Махоліка припускає, що 20 пунктів можуть бути згруповані в три конструкти, які вимірюють екзистенційний сенс, самовизначення і новизну. Модель досить добре узгоджується з даними, вказуючи на те, що ці три конструкти є пов'язаними, але різними аспектами переживання життя онкопацієнтами з РМЗ.

Загалом, за високим альфа-коефіцієнтом для всієї шкали та високими коефіцієнтами надійності для окремих субшкал можна сказати, що шкала сенсу життя Крамбо та Махоліка є надійним засобом вимірювання сенсу життя як конструкту, а також його субконструктів - життєвих цілей, життєвого процесу, життєвого результату та локусу контролю, хоча на нашій вибірці елементи шкали утворили інші фактори. Ці дані демонструють, що шкала, ймовірно, дає узгоджені та точні результати у вимірюванні сенсу життя людини, що може бути корисним для розуміння її загального благополуччя та якості життя, зокрема у онкопацієнтів з РМЗ.

Госпітальна шкала тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) перекладена українською науково-дослідним інститутом Мапі [152]. Це опитувальник самозвіту, призначений для оцінки симптомів тривоги та депресії, зокрема у осіб з фізичними захворюваннями, такими як рак, серцеві захворювання та респіраторні розлади. Шкала HADS була створена Зігмондом і Снайтом у 1983 році [272]. Вона задумувалася як короткий і простий в застосуванні інструмент, який можна використовувати в лікарняних або клінічних умовах. Опитувальник був розроблений для вимірювання симптомів тривоги та депресії, які є специфічними для фізичних захворювань і не залежать від фізичних симптомів.

Шкала HADS складається з двох субшкал, які включають по 7 пунктів кожна: субшкала тривоги та субшкала депресії. Загальна кількість - 14. Кожен пункт оцінюється за 4-бальною шкалою від 0 до 3, де вищі бали вказують на більш виражені симптоми тривоги або депресії. Бали за кожною субшкалою

підсумовуються, при цьому можлива кількість балів за кожною субшкалою коливається від 0 до 21. Загальний бал за шкалою HADS коливається від 0 до 42.

Результати аналізу надійності шкали HADS на нашій вибірці онкопацієнтів з РМЗ свідчать про те, що інструмент має добру внутрішню узгодженість. Загальний коефіцієнт надійності альфа Кронбаха, який є мірою того, наскільки послідовно пункти шкали вимірюють один і той самий конструкт, становить 0,86. Це свідчить про те, що HADS є надійним інструментом для вимірювання психологічного дистресу.

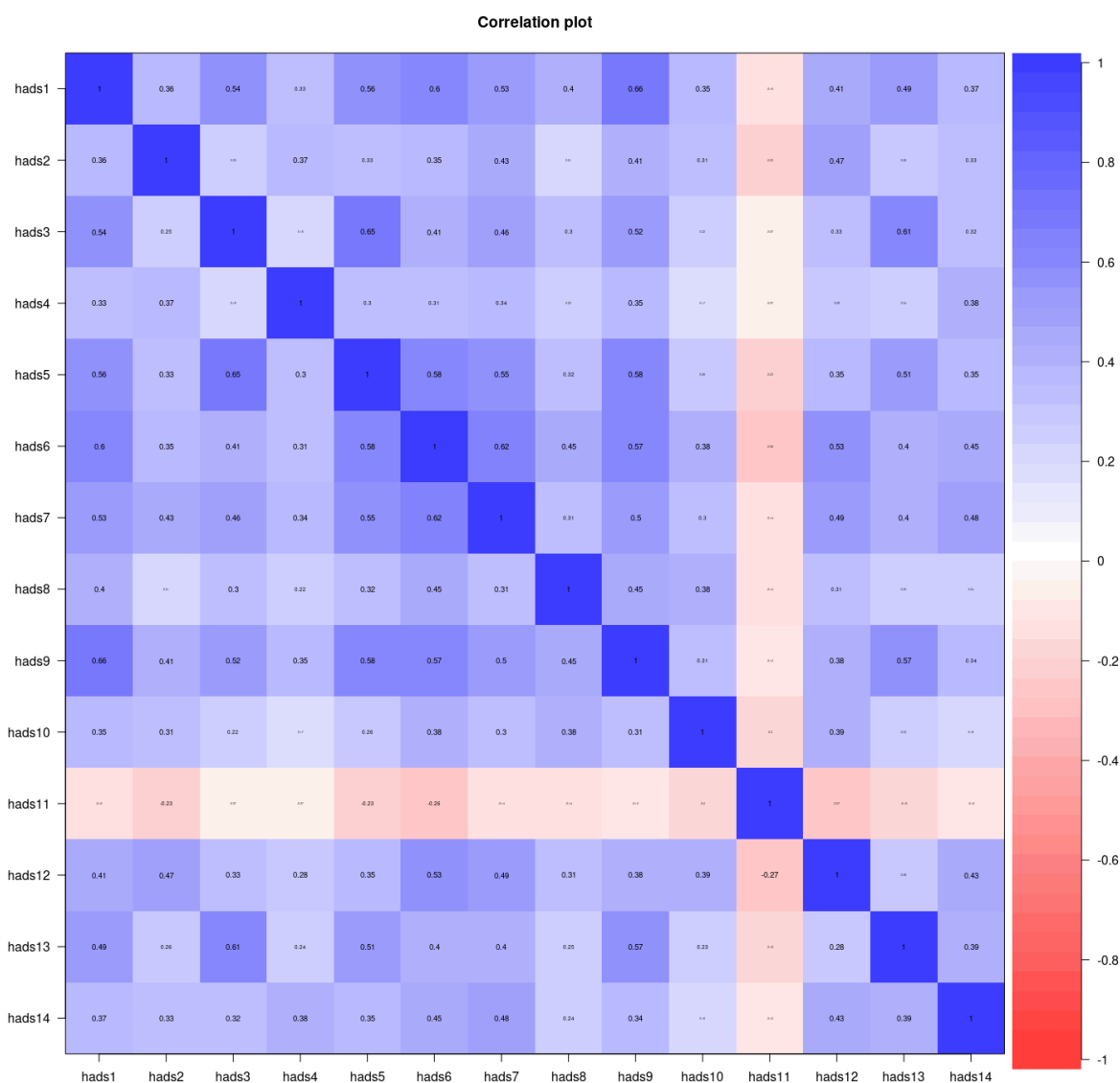


Рис. 2.25. Кореляційна матриця, що відображає зв'язки між елементами шкали HADS

Коефіцієнти надійності для двох окремих субшкал також є високими. Коефіцієнт альфи Кронбаха для субшкали депресії становить 0,78, що вказує на те, що пункти цієї субшкали вимірюють один і той самий базовий конструкт з високим ступенем узгодженості. Аналогічно, коефіцієнт для субшкали тривоги становить 0,79, тобто завдання цієї субшкали також послідовно вимірюють один і той самий конструкт.

В результаті факторного аналізу шкали HADS була отримана модель з двома факторами (табл. 2.27).

Таблиця 2.27

Факторні навантаження для двофакторної моделі шкали HADS

	Фактор 1	Фактор 2	h ²	u ²	com
<i>hads1</i>	0,31	0,53	0,59	0,41	1,60
<i>hads2</i>	0,63		0,37	0,63	1,00
<i>hads3</i>		0,88	0,65	0,35	1,00
<i>hads4</i>	0,43		0,22	0,78	1,00
<i>hads5</i>		0,68	0,61	0,39	1,10
<i>hads6</i>	0,60		0,61	0,39	1,30
<i>hads7</i>	0,52		0,53	0,47	1,50
<i>hads8</i>	0,36		0,25	0,75	1,50
<i>hads9</i>		0,59	0,60	0,40	1,40
<i>hads10</i>	0,50		0,25	0,75	1,00
<i>hads11</i>	-0,36		0,10	0,90	1,10
<i>hads12</i>	0,79		0,53	0,47	1,00
<i>hads13</i>		0,70	0,50	0,50	1,00
<i>hads14</i>	0,46		0,32	0,68	1,20

Перший фактор (Ф1) включає пункти *hads1*, *hads3*, *hads5*, *hads9* та *hads13*, а другий фактор (Ф2) - пункти *hads2*, *hads4*, *hads6*, *hads7*, *hads8*, *hads10* та *hads11*. Вони відповідають конструктам тривоги та депресії, відповідно, і збігаються з оригіналом опитувальника. Однак пункт 7 «Я легко можу сісти і розслабитися», який в оригінальній версії відносять до шкали тривоги, на нашій виборці спрацював як той, що належить до конструкту депресії. Така інтерпретація питання респондентами може мати декілька причин:

1) Труднощі з розслабленням: особи з депресією часто відчувають проблеми з розслабленням або отриманням задоволення від діяльності, яка їм

раніше подобалася. Якщо людині з депресією важко розслабитися, це може свідчити про те, що вона не може спокійно сісти.

2) Психомоторне збудження або неспокій: хоча психомоторне збудження може бути симптомом тривоги, воно також може виникати при депресії. Неспокій або нездатність всидіти на місці можуть свідчити про депресивний епізод.

3) Втома: депресія також може викликати відчуття втоми і занепаду сил, що ускладнює розслаблення. Якщо людина відчуває втому, їй може бути важко сісти і розслабитися.

4) Конструкти тривога та депресії перетинаються: важливо зазначити, що тривога і депресія тісно пов'язані між собою, і нерідко люди з депресією також відчувають симптоми тривоги. Тому цілком можливо, що пункт 7 може стосуватися як тривоги, так і депресії.

Таким чином, хоча пункт 7 на перший погляд може здатися більш пов'язаним з тривожним фактором, важливо враховувати ширший контекст симптомів депресії та тривоги, а також те, як вони можуть перетинатися.

Індекси відповідності свідчать про те, що отримана двофакторна модель досить добре відповідає даним. Індекс порівняльної придатності (CFI) становить 0,950, що вказує на те, що модель добре відповідає даним. Індекс Такера-Льюїса (TLI) становить 0,937, що свідчить про прийнятну відповідність моделі. Середньоквадратична помилка апроксимації (RMSEA) становить 0,065, що свідчить про те, що модель досить добре відповідає даним.

Однак статистика хі-квадрат є значущою (хі-квадрат = 84,882, $df = 53$, $p\text{-value} = 0,004$), що вказує на те, що існує різниця між моделлю та спостережуваними даними. Це може бути пов'язано з великим розміром вибірки, що збільшує ймовірність відхилення нульової гіпотези.

Загалом, двофакторна модель досить добре узгоджується з даними, судячи з індексів узгодженості. Однак значна статистика хі-квадрат свідчить про те, що модель може мати певні обмеження. Для визначення найкращої моделі для даних може знадобитися подальше дослідження.

Чимало досліджень вивчали психометричні властивості HADS у пацієток з раком молочної залози. Загалом було встановлено, що HADS є надійним і валідним засобом вимірювання симптомів тривоги і депресії в цій групі населення. Була продемонстрована здатність опитувальника HADS визрізняти онкопацієнтів з РМЗ з клінічно значущими рівнями тривоги і депресії [13]. Інше дослідження показало, що HADS є чутливою до змін симптомів тривоги і депресії з плином часу у пацієток з РМЗ [60]. Щодо психометричних властивостей, було показано, що коефіцієнт альфа Кронбаха для субшкали тривоги складає 0,78 і 0,86 для субшкали депресії у онкопацієнтів з РМЗ [166]. В цьому ж дослідженні аналіз валідності показав задовільні результати. Це свідчить про те, що HADS є надійним і валідним показником психологічного дистресу серед онкологічних пацієнтів.

Варто зазначити, що опитувальник HADS та його субшкали мають як сильні, так і слабкі сторони. Виявилось, що в умовах непаліативного лікування раку він працює трохи краще. В одній з робіт при виявленні тривоги та депресії у онкопацієнтів всі версії HADS показали погані результати щодо встановлення діагнозу, але добре себе зарекомендували в якості скринінгового інструменту [165]. Окрім того, опитувальник може давати занижені результати на ранніх стадіях раку молочної залози [146].

Таким чином, шкала HADS є надійним і валідним показником психологічного дистресу, але її корисність обмежена при скринінгу на ранніх стадіях раку молочної залози і в паліативних установах. Вона має високі показники надійності як для всієї шкали, так і для окремих субшкал, і характеризується чіткою двофакторною структурою.

Багатовимірна шкала оцінки соціальної підтримки (Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS) – український переклад було здійснено на основі адаптації Марценковського та колег [156]. Методика призначена для вимірювання сприйняття соціальної підтримки з трьох джерел: сім'ї, друзів та близьких людей. Вона оцінює ступінь, в якому люди сприймають підтримку з кожного джерела як доступну для них. MSPSS використовується серед різних

груп населення, включаючи підлітків, дорослих та людей похилого віку. Також можливе застосування для осіб з різним станом здоров'я, в тому числі з онкопацієнтами.

Шкала MSPSS була розроблена Зіметом та колегами [274] і ґрунтується на концепції сприйняття соціальної підтримки. Складається з 12 пунктів, які поділені на три субшкали по чотири пункти в кожній: "Сім'я", "Друзі" та "Близька людина". Інструмент використовує 7-бальну шкалу Лайкерта, від 1 (абсолютно не згоден) до 7 (повністю згоден). Бали можуть бути підраховані шляхом підсумовування відповідей за кожною субшкалою, в діапазоні від 4 до 28. Загальний бал також може бути підрахований шляхом підсумовування всіх 12 пунктів, в результаті чого інтегральний показник може становити від 12 до 84.

Результати аналізу надійності шкали MSPSS на нашій вибірці онкопацієнтів з раком молочної залози (РМЗ) свідчать про високий рівень внутрішньої узгодженості, що підтверджується коефіцієнтом альфа Кронбаха, який становить 0,93 (рис. 2.26). Це вказує на те, що всі пункти шкали узгоджуються між собою та ефективно вимірюють один і той самий базовий конструкт — сприйняття соціальної підтримки.

Аналіз трьох окремих субшкал — підтримка з боку близької людини, сім'ї та друзів — також показав високий рівень внутрішньої узгодженості з коефіцієнтами надійності, які варіюються від 0,92 до 0,93. Це свідчить про те, що кожна субшкала успішно відображає відповідний аспект соціальної підтримки, зберігаючи чітку диференціацію між цими аспектами.

Наприклад, субшкала «Близька людина» підкреслює значення емоційної підтримки, що надається найближчим оточенням, тоді як субшкала «Сім'я» відображає роль родини у підтримці пацієнта, яка може включати як емоційний, так і практичний компонент. Субшкала «Друзі» демонструє здатність відобразити вплив ширшого соціального оточення на почуття підтримки пацієнта.

Отримані результати підтверджують, що MSPSS є надійним інструментом для оцінки сприйняття соціальної підтримки у онкопацієнтів з РМЗ. Високий

рівень внутрішньої узгодженості вказує на те, що шкала може бути використана для подальших досліджень у цій популяції, зокрема для аналізу взаємозв'язків соціальної підтримки з психологічним благополуччям та якістю життя пацієнтів.

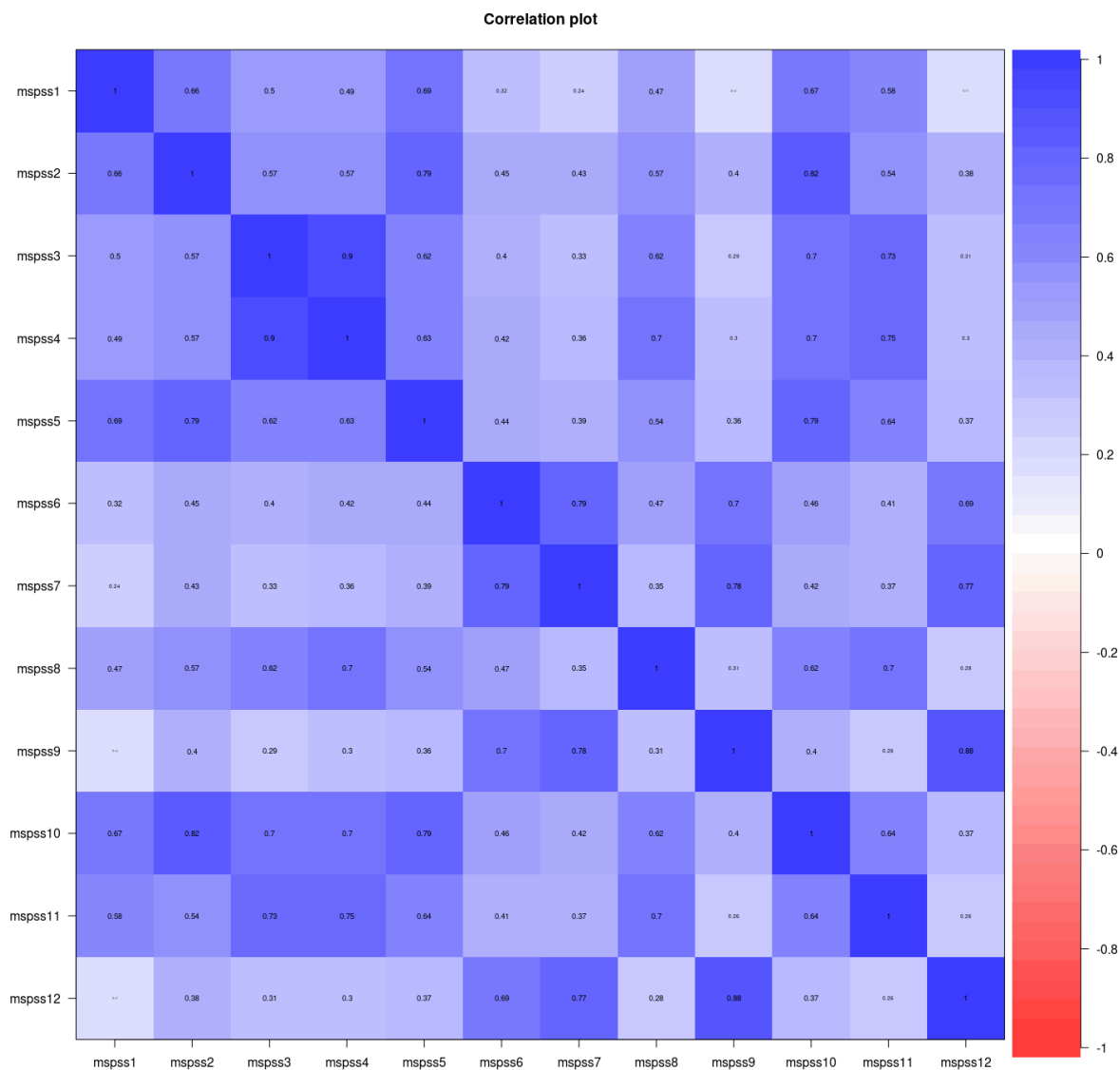


Рис. 2.26. Кореляційна матриця, що відображає зв'язки між елементами шкали MSPSS

Отримана при факторному аналізі 3-факторна модель шкали MSPSS (табл. 2.28) з урахуванням коваріацій демонструє хорошу відповідність емпіричним даним. На це вказують наступні статистичні показники: критерій хі-квадрат ($\chi^2 = 65,419$; $df = 44$; $p = 0,020$), індекс порівняльної подібності ($CFI = 0,987$), індекс Такера-Льюїса ($TLI = 0,980$) та середньоквадратична помилка апроксимації ($RMSEA = 0,058$).

Факторні навантаження для трьохфакторної моделі шкали MSPSS

	Ф1	Ф2	Ф3	h2	u2	com
<i>msspss1</i>			0,81	0,61	0,39	1,10
<i>msspss2</i>			0,92	0,81	0,19	1,00
<i>msspss3</i>	0,88			0,81	0,19	1,00
<i>msspss4</i>	1,00			0,92	0,08	1,00
<i>msspss5</i>			0,82	0,78	0,22	1,00
<i>msspss6</i>		0,72		0,67	0,33	1,10
<i>msspss7</i>		0,86		0,78	0,22	1,00
<i>msspss8</i>	0,60			0,58	0,42	1,20
<i>msspss9</i>		0,94		0,85	0,15	1,00
<i>msspss10</i>			0,74	0,82	0,18	1,10
<i>msspss11</i>	0,69			0,69	0,31	1,10
<i>msspss12</i>		0,92		0,81	0,19	1,00

Значущість критерію χ^2 при досить низькому значенні p вказує на те, що модель не є ідеальною, однак це очікувано у випадках великих вибірок або складних моделей. Високі значення CFI та TLI (близькі до 1,0) підтверджують, що модель добре відтворює структуру даних, враховуючи коваріації між субшкалами. RMSEA, яке становить 0,058, також свідчить про хороший рівень відповідності моделі, оскільки значення менше 0,06 вважається прийнятним.

До першого фактора увійшли пункти 3, 4, 8 та 11, які стосуються підтримки, отриманої від членів сім'ї. До другого фактору увійшли пункти 6, 7, 9 і 12, які стосуються підтримки, отриманої від друзів. Третій фактор включає пункти 1, 2, 5 і 10, які стосуються підтримки, отриманої від близьких людей. Тобто, ми отримали таку саму структуру, як і в оригінальній версії опитувальника.

Коваріації між деякими пунктами вказують на те, що вони пов'язані між собою поза межами їхнього спільного фактору. Наприклад, пункт 8 («Я можу говорити про мої проблеми з моєю сім'єю») значною мірою коваріює з пунктами 7 («Я можу розраховувати на моїх друзів, коли все йде не так, як треба») та 6 («Мої друзі справді намагаються мені допомогти»), що вказує на те, що вони можуть стосуватися схожих аспектів соціальної підтримки.

Загалом, 3-факторна модель з коваріаціями свідчить про багатовимірність сприйняття соціальної підтримки і може бути використана для кращого розуміння різних джерел і типів соціальної підтримки, яку можуть отримувати онкопацієнти з РМЗ.

Встановлено, що MSPSS має хороші психометричні властивості в різних популяціях, включаючи онкопацієнтів. Так, в оригінальному дослідженні методика продемонструвала дуже високу внутрішню узгодженість при коефіцієнті α Кронбаха 0,88 для всієї шкали, 0,87 для субшкали сім'ї, 0,85 для субшкали друзів і 0,91 для субшкали близьких людей [274]. Пізніше для оцінки внутрішньої узгодженості шкали MSPSS на вибірці онкопацієнтів була використана омега МакДональда (ω) [43]. Омега МакДональда вважається кращою оцінкою, ніж альфа Кронбаха, за винятком випадків, коли застосовуються певні обмежувальні умови. Три виміри MSPSS виявилися дуже надійними, з оцінками в діапазоні від 0,90 до 0,93, коли вони розраховувалися за допомогою простої суми балів. Це доводить надійність і простоту структури MSPSS у цій конкретній групі пацієнтів. З точки зору валідності, результати цього ж дослідження демонструють, що фактори MSPSS мають значущу кореляцію із задоволеністю життям.

Щодо прогностичної сили інструменту, було виявлено, що MSPSS є предиктором психологічного благополуччя у хворих на рак молочної залози [159]. Також дослідження показали, що вищий рівень сприйняття соціальної підтримки, виміряний за допомогою MSPSS, асоціюється з кращою психологічною адаптацією та якістю життя у онкопацієнтів з РМЗ [172]. Шкала також виявилася предиктором результатів, пов'язаних зі здоров'ям, у пацієток з раком молочної залози [92].

Отже, шкала MSPSS є валідним і надійним показником сприйняття соціальної підтримки. Методика широко використовується в різних групах населення, в тому числі серед у онкопацієнтів з РМЗ. Простота і хороші психометричні властивості MSPSS роблять її корисним інструментом для оцінки сприйняття соціальної підтримки в цій групі пацієнтів. MSPSS також

продемонструвала значущі кореляції з іншими показниками психологічного благополуччя, такими як задоволеність життям. Таким чином, використання MSPSS у дослідженні психологічного благополуччя пацієнтів з раком молочної залози дасть цінну інформацію про роль сприйняття соціальної підтримки в їхньому загальному благополуччі та якості життя.

Висновки до другого розділу

1. Емпірична модель дослідження передбачає наступну систему взаємозв'язків: онкозахворювання впливає на психологічне благополуччя особистості, що відображається на її психологічному стані. Психологічне благополуччя має окремі складові, на які гіпотетично можуть впливати три групи чинників: адаптація до хвороби, емоційний стан та соціальна підтримка. Кожен з компонентів емпіричної моделі було операціоналізовано та підібрано відповідні психодіагностичні інструменти для їхнього виміру. Через відсутність комплексного методу, який би охоплював усі аспекти психологічного благополуччя, пропонується використовувати декілька психодіагностичних інструментів для його оцінки. Ця методологія є оптимальною для визначення факторів, які впливають на психологічне благополуччя онкопацієнтів з РМЗ.

2. На основі емпіричної моделі було обрано декілька інструментів для вимірювання параметрів психологічного благополуччя онкопацієнтів з РМЗ та факторів, що на нього впливають. Серед них «Опитувальник якості життя онкопацієнтів» (EORtC QLQ-30), що дозволяє оцінити різні аспекти благополуччя, «Шкала загального індексу психологічного благополуччя» (PGWBI) для визначення загального показника благополуччя, «Шкала емоційних станів» (PANAS) для дослідження емоційного аспекту благополуччя, «Шкала психічної адаптації до онкологічного діагнозу» (MAC) та «Шкала сенсу життя» Дж. Крамбо та Л. Махоліка для вимірювання фактору адаптації до захворювання, «Госпітальна шкала тривоги та депресії» (HADS) для оцінки фактору емоційного стану, «Багатовимірна шкала оцінки соціальної підтримки»

(MSPSS) для вимірювання фактору соціальної підтримки. Також була створена соціодемографічна анкета, яка надає додаткові дані про досліджувану вибірку.

3. Вибірка складається з 144 осіб жіночої статі, більшість з яких мають діагноз рак молочної залози і належать до клінічної групи. Переважна кількість досліджуваних одружені або перебувають у стосунках, виховують одну дитину або не мають дітей взагалі. Більшість також повідомили про наявність вищої освіти. Вибірка різнилася за віком, доходами та статусом зайнятості. Найчастіше рак було діагностовано учасникам на II стадії, і на момент дослідження вони проходили комбіноване лікування, що включало хірургічне втручання, хіміотерапію та променеву терапію. Найпоширенішими стадіями раку серед респондентів є II та IV стадії, причому 13,9% респондентів мали рецидив раку. Респонденти також часто повідомляли про інші захворювання, серед яких найпоширенішим було серцево-судинне захворювання. Значна частка онкопацієнтів також повідомляла про проблеми з психічним здоров'ям, але більшість респондентів не користувалися послугами психологічної допомоги. Найпоширенішими причинами відмови від психотерапії були брак фінансових ресурсів та неможливість знайти відповідного спеціаліста або групу. Серед тих, хто відвідував психотерапевта або групу, часто використовувався психоаналіз та транзактний аналіз.

РОЗДІЛ 3

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ОНКОПАЦІЄНТІВ З РАКОМ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

3.1. Аналіз відмінностей у параметрах психологічного благополуччя онкопацієнтів залежно від соціо-демографічних характеристик

Психологічне благополуччя онкопацієнтів є важливим аспектом їхнього життя, особливо в процесі лікування захворювання. Як було показано в минулих розділах, психологічне благополуччя у даної групи осіб може значною мірою залежати від соціо-демографічних характеристик. Для перевірки цього припущення різницю у параметрах благополуччя серед представників досліджуваної вибірки було порівняно за такими показниками:

- вік;
- рівень освіти;
- сімейний статус;
- матеріальне становище;
- робоча зайнятість;
- наявність/відсутність діагностованих психічних розладів;
- наявність/відсутність супутніх захворювань;
- користування послугами психолога;
- стадія встановлення діагнозу;
- поточна стадія лікування.

Своєю чергою, параметри благополуччя являли собою сумарні показники за досліджуваними методиками. Серед них:

- «Шкала якості життя онкопацієнтів» (EORtC QLQ–30);
- «Загальний індекс психологічного благополуччя» (PGWBI; субшкали «тривоги», «депресії», «позитивного самопочуття», «самоконтролю», «загального стану здоров'я»);

- «Шкала емоційних станів» (PANAS; субшкали «позитивного афекту» та «негативного афекту»);
- «Показник психічної адаптації до онкологічного діагнозу» (MAC);
- «Шкала сенсу життя» Дж. Крамбо та Л. Махоліка (субшкали «життєвого процесу», «життєвого результату», «цілей в житті», «зовнішнього локусу контролю» та «внутрішнього локусу контролю»);
- «Госпітальна шкала тривоги та депресії» (HADS, субшкали «тривоги» та «депресії»);
- «Багатовимірна шкала оцінки соціальної підтримки» (MSPSS; включно з субшкалами «сім'я», «друзі» та «близька людина»);

Аби визначити статистичні критерії, які варто використати для порівняння груп, всі шкали було перевірено на нормальність розподілу даних. Для цього було обрано критерій Шапіро-Уїлка. На відміну від інших критеріїв, він є чутливішим до невеликих відхилень від нормального розподілу, особливо у малих вибірках, що робить його корисним для дослідження даних у таких ситуаціях.

Отримані результати наведені у табл. 3.1. У більшості груп р-значення за критерієм нормальності Шапіро-Уїлка не перевищують 0,05. Тобто, нульова гіпотеза про те, що розподіл балів за цими шкалами відповідає нормальному, відхиляється.

Таблиця 3.1

Дескриптивні статистики та показники нормальності розподілу за субшкалами використаних методик

Шкала	Показник	Mean	sd	Результат
«Шкала загального індексу психологічного благополуччя» (PGWBI)	Загальний індекс благополуччя	58,86	19,15	W = 0,97393, p = 0,007516
	«Депресія»	10,02	3,24	W = 0,88318, p = 2,869e-09
	«Позитивне самопочуття»	8,78	3,6	W = 0,98911, p = 0,3238
	«Самоконтроль»	9,5	3,19	W = 0,95762, p = 0,0002073
	«Загальне здоров'я»	7,9	3,23	W = 0,98255, p = 0,06392

	«Вітальність»	9,33	4,12	$W = 0,98505,$ $p = 0,1202$
	«Тривога»	13,33	5,02	$W = 0,96228,$ $p = 0,0005436$
«Рівень адаптації до онкозахворювання» (MAC)	Загальний бал	112,1	14,84	$W = 0,98996,$ $p = 0,3974$
«Рівень якості життя» (EORTC QLQ-30)	Загальний бал	55,31	13,24	$W = 0,94662,$ $p = 2,533e-05$
«Сенс життя» (PIL)	Загальний бал	87,4	23,07	$W = 0,99211,$ $p = 0,6074$
	«Процес життя»	24,24	8,08	$W = 0,97733,$ $p = 0,01722$
	«Результат життя»	22,09	7,14	$W = 0,96774,$ $p = 0,00179$
	«Локус контролю – я»	17,81	5,48	$W = 0,98343,$ $p = 0,07993$
	«Локус контролю – життя»	24,58	7,72	$W = 0,98895,$ $p = 0,3125$
	«Цілі в житті»	28,43	8,92	$W = 0,95716,$ $p = 0,0001889$
«Госпітальна шкала тривоги та депресії» (HADS)	Загальний рівень тривоги та депресії	15,44	7,26	$W = 0,9777,$ $p = 0,01886$
	«Рівень тривоги»	8,58	3,96	$W = 0,97154,$ $p = 0,004273$
	«Рівень депресії»	6,87	4,06	$W = 0,96951,$ $p = 0,002669$
«Шкала емоційних станів» (PANAS)	Загальний бал	46,37	8,52	$W = 0,98795,$ $p = 0,2466$
	«Негативні емоційні стани»	22,83	5,57	$W = 0,97276,$ $p = 0,00569$
	«Позитивні емоційні стани»	23,53	4,75	$W = 0,99354,$ $p = 0,766$
«Багатовимірна шкала оцінки соціальної підтримки» (MSPSS)	Загальний бал	62,72	15,68	$W = 0,90862,$ $p = 6,87e-08$
	«Родина»	21,61	6,16	$W = 0,86185,$ $p = 2,758e-10$
	«Друзі»	20,08	6,23	$W = 0,91629,$ $p = 1,986e-07$
	«Значущий інший»	21,02	6,54	$W = 0,86353,$ $p = 3,287e-10$

Зважаючи на те, що дані більшості груп не відповідають нормальному розподілу, непараметричні критерії даватимуть перевагу при аналізі різниці між показниками. Окрім того, вони є безпечнішим варіантом для невеликих вибірок. У випадку даного дослідження, поділ 144 учасниць на 2 та більше груп впливатиме на показовість середнього значення, а також на потужність критерію.

Для порівняння двох груп було обрано непараметричний аналог t-критерію Стьюдента – критерій Манна-Уїтні для двох незалежних вибірок. Натомість, для трьох і більше груп було вирішено використовувати непараметричний дисперсійний аналіз методом Крускала-Уолліса.

В результаті аналізу було встановлено, що найбільша різниця між параметрами психологічного благополуччя спостерігається серед онкопацієнтів з різним фінансовим статусом. Окрім того, значущим фактором стала наявність діагностованих психічних розладів. Далі наведено опис отриманих результатів.

Фінансовий статус. Показник фінансового стану від початку містив 6 рівнів:

- 1 - «Грошей не вистачає навіть на продукти харчування»,
- 2 – «Достатньо грошей на продукти харчування, проте купити одяг може бути складно»,
- 3 – «Придбати зараз телевізор, холодильник чи пральну машину було б проблематично»,
- 4 – «Грошей цілком вистачає на велику побутову техніку, але на нову машину потрібно відкладати або деякий час брати кредит»,
- 5 – «Грошей вистачає на все, крім купівлі нерухомості (дача, квартира тощо)»,
- 6 – «Матеріальних труднощів не відчуваю. За необхідності могла б придбати дачу, квартиру».

Під час аналізу пункти 4, 5, 6 були об'єднані в загальний 4-й рівень – «Матеріально забезпечені», що характеризувало пацієнток, які не відчувають труднощів у фінансовому плані. Тому у подальшій обробці рівні фінансового стану поділяються на чотири, і, відповідно, кожен рівень складає окрему групу для порівняння.

Виявилось, що зв'язок з матеріальним забезпеченням мають майже усі шкали «Загального індексу психологічного благополуччя» (PGWBI): ступінь прояву тривожності (табл. 3.2), депресії (табл. 3.3), позитивного самопочуття

(табл. 3.4), загальний рівень здоров'я (табл. 3.5), вітальність (табл. 3.6), і сумарний бал психологічного благополуччя (табл. 3.7).

Таблиця 3.2

Результати порівняння груп за рівнем тривожності в залежності від фінансового забезпечення (субшкала «Загального індексу психологічного благополуччя»)

Критерій Крускала-Уолліса					Post-hoc тест			
<i>H-критерій</i>	<i>df</i>	<i>P-значення</i>	<i>Висновок</i>	<i>Величина ефекту (ϵ^2)</i>		1	2	3
19.7	3	0.000193	H ₁	0.12**	2	0.873	-	-
					3	1.105	0.0188	-
					4	0.012	0.0002	0.0738
					5	6		

Примітка: (* $0.01 \leq \epsilon^2 < 0.04$, ** $0.04 \leq \epsilon^2 < 0.16$, *** $0.16 \leq \epsilon^2 < 0.36$)

Результати аналізу взаємозв'язку між рівнем тривожності та фінансовим станом онкопацієнок (табл. 3.2) вказують на значущу різницю у рівнях тривожності серед груп з різним фінансовим забезпеченням ($H = 19.7$, $p < 0.001$). Помірний ефект ($\epsilon^2 = 0.12$) свідчить про те, що знайдена різниця є значною. Post-hoc аналіз дохволив встановити, що найбільша різниця в рівнях тривожності спостерігається між групами 2 та 4 ($p = 0.000264$). Тобто, жінки, які не мають достатньо коштів, аби забезпечити собі належне лікування, загалом мають вищий рівень тривожності, ніж ті, чий фінансовий стан дозволяє робити дорогі покупки, а відтак і забезпечувати кращий рівень лікування та якості життя загалом. Окрім того, можна припустити, що пацієнтки із нижчим рівнем тривожності, ймовірно, частіше високо оцінюють вартість власних робочих зусиль і, як наслідок, прагнуть вищого рівня заробітної плати. Тоді як високий рівень тривожності, ймовірно, може перешкоджати отриманню вищих доходів, адже сумніви у результаті своєї роботи не сприяють високій оцінці вартості власних робочих зусиль.

Такий результат може мати практичне значення для планування психологічної підтримки та інтервенцій серед онкопацієнок, особливо тих, чий

фінансовий стан ускладнює процес лікування та адаптацію до хвороби. Увага до фінансового аспекту їхнього життя та надання відповідної підтримки може сприяти зниженню рівня тривожності серед цієї групи пацієнток і сприяти поліпшенню їхнього психологічного стану.

Таблиця 3.3

Результати порівняння груп за рівнем депресії в залежності від фінансового забезпечення (субшкала «Загального індексу психологічного благополуччя»)

Критерій Крускала-Уолліса					Post-hoc тест			
<i>H</i> -критерій	<i>df</i>	<i>P</i> -значення	Висновок	Величина ефекту (ϵ^2)		1	2	3
19.3	3	0.000234	H ₁	0.117**	2	0.746	-	-
					3	0.261	0.182	-
					4	0.0023	0.000036	0.00191

Примітка: (* $0.01 \leq \epsilon^2 < 0.04$, ** $0.04 \leq \epsilon^2 < 0.16$, *** $0.16 \leq \epsilon^2 < 0.36$)

Як і у ситуації з тривожністю, яка описана вище, депресія пов'язана із фінансовим станом онкопацієнток (табл. 3.3). Виявлено, що існує статистично значущий взаємозв'язок між депресією та фінансовим станом онкохворих жінок із помірним ступенем вираженості відмінностей ($\epsilon^2 = 0.117$), зокрема між групами з низьким та найвищим фінансовим станом. Тобто, так само як і у випадку тривожності, жінки із нижчим фінансовим забезпеченням схильні переживати депресивні симптоми частіше, оскільки даний аспект має значний вплив на можливості у задоволенні нагальних потреб, зокрема, необхідності у лікуванні. Також, оскільки йдеться про взаємозв'язок, можна припустити, що депресія суттєво знижує спроможність онкопацієнток покращити власний фінансовий стан. Симптоматика депресії є такою, що вона перешкоджає як мотиваційним, так і когнітивним аспектам діяльності, спрямованої на отримання доходів.

Таблиця 3.4

Результати порівняння груп за вираженістю позитивного самопочуття в залежності від фінансового забезпечення (субшкала «Загального індексу психологічного благополуччя»)

Критерій Крускала-Уолліса					Post-hoc тест			
<i>H-критерій</i>	<i>df</i>	<i>P-значення</i>	<i>Висновок</i>	<i>Величина ефекту (ϵ^2)</i>		1	2	3
14.0	3	0.00294	H ₁	0.0784**	2	0.973	-	-
					3	0.228	0.0375	-
					4	0.0206	0.00041	0.0652

Примітка: (* $0.01 \leq \epsilon^2 < 0.04$, ** $0.04 \leq \epsilon^2 < 0.16$, *** $0.16 \leq \epsilon^2 < 0.36$)

Менш виражений ($\epsilon^2=0.079$), але все ж значущий зв'язок спостерігається і за рівнями позитивного самопочуття серед груп з різними фінансовими станами (табл. 3.4). Знову ж таки, група менш фінансово забезпечених осіб демонструє нижчий рівень позитивного самопочуття порівняно з групою 4. Це може бути пов'язано з труднощами, які виникають у пацієнтів з низьким фінансовим статусом у задоволенні потреб своїх та родини, що може впливати на їхнє загальне самопочуття.

Таблиця 3.5

Результати порівняння груп за показниками загального здоров'я в залежності від фінансового забезпечення (субшкала «Загального індексу психологічного благополуччя»)

Критерій Крускала-Уолліса					Post-hoc тест			
<i>H-критерій</i>	<i>df</i>	<i>P-значення</i>	<i>Висновок</i>	<i>Величина ефекту (ϵ^2)</i>		1	2	3
24.3	3	0.0000216	H ₁	0.152**	2	0.396	-	-
					3	0.00639	0.00176	-
					4	0.00047	0.00005	0.139

Примітка: (* $0.01 \leq \epsilon^2 < 0.04$, ** $0.04 \leq \epsilon^2 < 0.16$, *** $0.16 \leq \epsilon^2 < 0.36$)

Дуже сильним виявився зв'язок між показником фінансової забезпеченості та рівнями загального здоров'я (табл. 3.5). Тож висока статистична значущість

($p = 0.0000216$) та сильний ефект дозволяють стверджувати, що в межах досліджуваної вибірки рівень фінансового благополуччя демонструє стійку взаємозалежність із загальним здоров'ям досліджуваних онкопацієнтів. Це пояснюється тим, що матеріальна забезпеченість, ймовірно, дозволяє виділяти більше коштів на підтримання фізичного стану організму та його лікування.

Таблиця 3.6

Результати порівняння груп за вітальністю в залежності від фінансового забезпечення (субшкала «Загального індексу психологічного благополуччя»)

Критерій Крускала-Уолліса					Post-hoc тест			
<i>H</i> -критерій	<i>df</i>	<i>P</i> -значення	Висновок	Величина ефекту (ε^2)	1	2	3	
16.4	3	0.000923	H ₁	0.096**	2	0.649	-	-
					3	0.218	0.00455	-
					4	0.0398	0.000182	0.159

Примітка: (* $0.01 \leq \varepsilon^2 < 0.04$, ** $0.04 \leq \varepsilon^2 < 0.16$, *** $0.16 \leq \varepsilon^2 < 0.36$)

Вітальність демонструє значущий, проте несильний ($\varepsilon^2=0.096$) взаємозв'язок із фінансовим станом онкохворих жінок (табл. 3.6). Даний конструкт визначається як психологічна характеристика, яка описує енергійність, жвавість, життєрадісність, готовність до дій, позитивне ставлення до життя, відображає рівень фізичного та психічного благополуччя людини, і може опосередковуватись станом фізичного здоров'я, рівнем стресу, соціальною підтримкою, емоційним станом та іншими аспектами життя. Зважаючи на те, що фінансовий статус тісно взаємодіє з багатьма із перелічених факторів, відповідно, він впливає і на показники вітальності особистості таким чином, що більш забезпечені особи мають більше можливостей для створення умов, які б сприяли підвищенню загального психологічного та фізичного благополуччя. Також можна припустити, що вищий рівень фінансової забезпеченості може бути пов'язаний із меншою необхідністю нехтувати відпочинком. Як наслідок, фінансова забезпеченість, у такий спосіб, сприяє підтримці вітальності.

Узагальненням слугує сумарний показник «Індексу психологічного благополуччя», який включає проаналізовані вище субшкали. Він так само демонструє значущий статистичний зв'язок із рівнями фінансового забезпечення, особливо низьким та найвищим (табл. 3.7). Отже, можна зробити висновок, що фінансовий статус впливає на загальний психологічний стан онкохворих жінок. Зокрема, групи з низьким фінансовим статусом частіше демонструють вищі рівні тривожності, депресії, проблеми зі здоров'ям та загальне погіршення психологічного благополуччя. Важливо також зазначити, що ці зв'язки є найбільш помітними саме при низькому та найвищому рівнях соціального забезпечення (на відміну від середніх рівнів цього показника). Це може свідчити про те, що із переліченими психологічними змінними має зв'язок саме переживання дискомфорту та нестачі (низький рівень фінансової забезпеченості), а також переживання комфорту й безтурботності стосовно власних потреб (високий рівень фінансової забезпеченості)

Таблиця 3.7

Результати порівняння груп за «Загальним індексом психологічного благополуччя» в залежності від фінансового забезпечення

Критерій Крускала-Уолліса					Post-hoc тест			
Н-критерій	df	P-значення	Висновок	Величина ефекту (ε^2)		1	2	3
21.5	3	0.000084	H ₁	0.132***	2	0.961	-	-
					3	0.0840	0.00488	-
					4	0.00393	0.000019	0.0486

Примітка: (* $0.01 \leq \varepsilon^2 < 0.04$, ** $0.04 \leq \varepsilon^2 < 0.16$, *** $0.16 \leq \varepsilon^2 < 0.36$)

Крім «Загального індексу психологічного благополуччя» (PGWBI), фінансовий стан також незначною мірою пов'язаний із балом за «Шкалою психічної адаптації до онкологічного діагнозу» (MAC) ($p = 0.0055$, $\varepsilon^2=0.069$), а також досить сильно - із загальним показником якості життя онкопацієнтів (табл. 3.8). Знову ж таки, особлива різниця помітна між представниками з найнижчим і найвищим фінансовим забезпеченням. Результати відображають

ситуацію, у якій люди з високим матеріальним статусом загалом мають вищий рівень якості життя, адже мають ширші можливості для його організації.

Таблиця 3.8

Результати порівняння груп за загальним показником якості життя (EORtC QLQ-30) в залежності від фінансового забезпечення

Критерій Крускала-Уолліса					Post-hoc тест			
Н-критерій	df	Р-значення	Висновок	Величина ефекту (ε^2)		1	2	3
17.1	3	0.000664	H ₁	0.101**	2	0.522	-	-
					3	0.0322	0.0124	-
					4	0.00324	0.00043	0.142

Примітка: (* $0.01 \leq \varepsilon^2 < 0.04$, ** $0.04 \leq \varepsilon^2 < 0.16$, *** $0.16 \leq \varepsilon^2 < 0.36$)

Також аналіз показав статистично значущий ($p < 0.05$), проте слабкий взаємозв'язок ($\varepsilon^2 = 0.0563$) між загальним балом «Шкали сенсу життя» і фінансовим статусом (табл. 3.9). Лише група 2 та 4 продемонстрували статистично значущу різницю в рівнях сенсу життя ($p = 0.00272$). Це вказує на те, що інші фактори, окрім матеріальних, є більш важливими для формування сенсу життя у цій групі осіб.

Таблиця 3.9

Результати порівняння груп різних рівнів фінансового забезпечення за загальним балом «Шкали сенсу життя»

Критерій Крускала-Уолліса					Post-hoc тест			
Н-критерій	df	Р-значення	Висновок	Величина ефекту (ε^2)		1	2	3
10.9	3	0.0124	H ₁	0.0563**	2	0.193	-	-
					3	1.35	1.94	-
					4	2.17	3.00	0.157

Примітка: (* $0.01 \leq \varepsilon^2 < 0.04$, ** $0.04 \leq \varepsilon^2 < 0.16$, *** $0.16 \leq \varepsilon^2 < 0.36$)

Аналізуючи шкалу детальніше, варто зазначити, що, крім загального показника за даним опитувальником, із рівнями фінансового забезпечення також

пов'язані і окремі субшкали, зокрема: «Цілі в житті» (табл. 3.10), «Локус контролю – життя» (табл. 3.11), «Локус контролю – я» (табл. 3.12), «Процес життя» (табл. 3.13), «Результат життя» (табл. 3.14). Проте сила цих зв'язків переважно низька, або на межі із середньою.

Таблиця 3.10

Результати порівняння груп за показником «Цілі в житті» в залежності від фінансового забезпечення (субшкала «Шкали сенсу життя»)

Критерій Крускала-Уолліса					Post-hoc тест			
<i>H</i> -критерій	<i>df</i>	<i>P</i> -значення	Висновок	Величина ефекту (ε^2)		1	2	3
8.38	3	0.0387	H ₁	0.0385*	2	0.959	-	-
					3	0.297	0.0665	-
					4	0.0846	0.00757	0.243

Примітка: (* $0.01 \leq \varepsilon^2 < 0.04$, ** $0.04 \leq \varepsilon^2 < 0.16$, *** $0.16 \leq \varepsilon^2 < 0.36$)

Найбільш виражені відмінності характерні для найзаможніших і найменш забезпечених груп пацієнток, зокрема за субшкалою «Локус контролю - життя». Хоча зв'язок і незначний, таку тенденцію можна пояснити тим, що між цими групами існує відмінність у схильності покладатись на зовнішні обставини як регулятор їх життєдіяльності (зовнішній локус контролю). Причина цього може бути пов'язана з різними факторами та умовами, з якими доводиться стикатись пацієнткам. А також, цілком імовірно, із тим, що внутрішній локус контролю може бути важливим чинником набуття заможності.

Таблиця 3.11

Результати порівняння груп за показником «Локус контролю – життя» в залежності від фінансового забезпечення (субшкала «Шкали сенсу життя»)

Критерій Крускала-Уолліса					Post-hoc тест			
<i>H</i> -критерій	<i>df</i>	<i>P</i> -значення	Висновок	Величина ефекту (ε^2)		1	2	3
11	3	0.0116	H ₁	0.0573**	2	0.976	-	-
					3	0.267	0.0560	-

					4	0.0410	0.0018 1	0.118
--	--	--	--	--	---	--------	-------------	-------

Примітка: (* $0.01 \leq \varepsilon^2 < 0.04$, ** $0.04 \leq \varepsilon^2 < 0.16$, *** $0.16 \leq \varepsilon^2 < 0.36$)

Перш за все, фінансовий стан впливає на доступ до ресурсів і можливостей. Пацієнтки з вищим фінансовим статусом можуть мати доступ до більшого розмаїття послуг, таких як медична допомога, психологічна підтримка, реабілітаційні програми тощо. Це підтримує почуття контролю над ситуацією і скорочує необхідність покладатися на зовнішні обставини. З іншого боку, як вже зазначалося вище, спроможність покладатися на себе суттєво збільшує шанси підвищити власний рівень заможності, тоді як схильність покладатися на обставини жодним чином не сприяє кращому доступу до ресурсів та можливостей.

Таблиця 3.12

Результати порівняння груп за показником «Локус контролю – Я» в залежності від фінансового забезпечення (субшкала «Шкали сенсу життя»)

Критерій Крускала-Уолліса					Post-hoc тест			
<i>H</i> -критерій	<i>df</i>	<i>P</i> -значення	Висновок	Величина ефекту (ε^2)	1	2	3	
9.36	3	0.0249	H ₁	0.0454**	2	0.862	-	-
					3	0.184	0.0531	-
					4	0.0483	0.00641	0.255

Примітка: (* $0.01 \leq \varepsilon^2 < 0.04$, ** $0.04 \leq \varepsilon^2 < 0.16$, *** $0.16 \leq \varepsilon^2 < 0.36$)

З іншого боку, пацієнтки з нижчим фінансовим станом часто стикаються з обмеженими можливостями, що призводить до переживання втрати контролю та переживання досвіду більшої залежності від зовнішніх чинників. Наприклад, обмежений доступ до необхідних медичних послуг або низький рівень підтримки з боку сім'ї та спільноти може збільшувати схильність до переживання безсилля і безнадійності.

Таблиця 3.13

Результати порівняння груп за показником «Процес життя» в залежності від фінансового забезпечення (субшкала «Шкали сенсу життя»)

Критерій Крускала-Уолліса					Post-hoc тест			
<i>H</i> -критерій	<i>df</i>	<i>P</i> -значення	Висновок	Величина ефекту (ϵ^2)	1	2	3	
7.68	3	0.0532	H ₁	0.0334*	2	0.0373	-	-
					3	0.123	0.680	-
					4	0.00734	0.615	0.386

Примітка: (* $0.01 \leq \epsilon^2 < 0.04$, ** $0.04 \leq \epsilon^2 < 0.16$, *** $0.16 \leq \epsilon^2 < 0.36$)

Крім того, люди з різним фінансовим забезпеченням дещо по-різному можуть ставитись до процесу свого життя в цілому, вірогідно даний аспект дозволяє інакше розподіляти власні ресурси для забезпечення комфортного життя. Проте сила ефекту низька, тож робити точні висновки складно.

Таблиця 3.14

Результати порівняння груп за показником «Результат життя» в залежності від фінансового забезпечення (субшкала «Шкали сенсу життя»)

Критерій Крускала-Уолліса					Post-hoc тест			
<i>H</i> -критерій	<i>df</i>	<i>P</i> -значення	Висновок	Величина ефекту (ϵ^2)	1	2	3	
8.83	3	0.0317	H ₁	0.0416**	2	0.918	-	-
					3	0.203	0.0503	-
					4	0.0643	0.00832	0.303

Примітка: (* $0.01 \leq \epsilon^2 < 0.04$, ** $0.04 \leq \epsilon^2 < 0.16$, *** $0.16 \leq \epsilon^2 < 0.36$)

Результати також підкреслюють потенційний вплив фінансового забезпечення на перцепцію результату життя, проте необхідно брати до уваги середній рівень сили ефекту. Це може свідчити про те, що люди з різним фінансовим забезпеченням по-різному сприймають свої досягнення, і фінансова ситуація впливає на їхній погляд на власні результати в житті. І навпаки, їхнє сприйняття своєї результативності може впливати на більшу або меншу фінансову успішність.

Останньою шкалою, за якою було виявлено статистично значущі відмінності між представниками різного рівня фінансового забезпечення є

«Госпітальна шкала тривоги та депресії» (HADS). Результати, отримані з використанням цієї методики, підтверджують наявність закономірностей прояву тривоги і депресії у контексті різних рівнів фінансового забезпечення, як це було із відповідними субшкалами «Загального індексу психологічного благополуччя» (PGWBI).

Таблиця 3.15

Результати порівняння груп за загальним показником «Госпітальної шкали тривоги та депресії» (HADS) в залежності від фінансового забезпечення

Критерій Крускала-Уолліса					Post-hoc тест			
<i>H-критерій</i>	<i>df</i>	<i>P-значення</i>	<i>Висновок</i>	<i>Величина ефекту (ϵ^2)</i>		1	2	3
19.5	3	0.00022	H ₁	0.118**	2	0.618	-	-
					3	0.0719	0.0299	-
					4	0.00166	0.000057	0.0230

Примітка: (* $0.01 \leq \epsilon^2 < 0.04$, ** $0.04 \leq \epsilon^2 < 0.16$, *** $0.16 \leq \epsilon^2 < 0.36$)

Загальний показник (табл. 3.15) є статистично значущим ($p = 0.000217$) і має середню силу ефекту ($\epsilon^2 = 0.118$), тобто рівень тривоги та депресії серед онкохворих жінок може варіюватися залежно від їхнього фінансового статусу. На основі аналізу порівнянь між групами можна припустити, що особи з нижчим фінансовим статусом схильні переживати вищі рівні тривоги та депресії, порівняно з фінансово забезпеченими.

Таблиця 3.16

Результати порівняння груп за рівнем тривоги в залежності від фінансового забезпечення (субшкала «Госпітальної шкали тривоги та депресії», HADS)

Критерій Крускала-Уолліса					Post-hoc тест			
<i>H-критерій</i>	<i>df</i>	<i>P-значення</i>	<i>Висновок</i>	<i>Величина ефекту (ϵ^2)</i>		1	2	3
16.1	3	0.00111	H ₁	0.0823**	2	0.557	-	-

					3	0.130	0.123	-
					4	0.00285	0.00025	0.0149

Примітка: (* $0.01 \leq \varepsilon^2 < 0.04$, ** $0.04 \leq \varepsilon^2 < 0.16$, *** $0.16 \leq \varepsilon^2 < 0.36$)

Аналіз субшкал (табл. 3.16 і 3.17) показав, що за рівнем депресії різні групи фінансового забезпечення відрізняються навіть дещо більше ($\varepsilon^2 = 0.082$), ніж за проявами тривожності ($\varepsilon^2 = 0.091$). Особливо помітно це між найбільш і найменш заможними.

Таблиця 3.17

Результати порівняння груп за рівнем депресії в залежності від фінансового забезпечення (субшкала «Госпітальної шкали тривоги та депресії», HADS)

Критерій Крускала-Уолліса					Post-hoc тест			
<i>H-критерій</i>	<i>df</i>	<i>P-значення</i>	<i>Висновок</i>	<i>Величина ефекту (ε^2)</i>		1	2	3
15.8	3	0.00126	H ₁	0.0913**	2	0.497	-	-
					3	0.0400	0.0221	-
					4	0.00380	0.00069	0.129

Примітка: (* $0.01 \leq \varepsilon^2 < 0.04$, ** $0.04 \leq \varepsilon^2 < 0.16$, *** $0.16 \leq \varepsilon^2 < 0.36$)

Наявність діагностованих психічних розладів. Даний показник було оцінено за відповіддю на запитання «Чи маєте Ви діагностовані психічні розлади (включаючи депресію, тривогу, залежності тощо)?», яка включала два можливі варіанти:

- 1 – «Не маю діагностованих психічних розладів»;
- 2 – «Так (вказіть, що саме)».

Відповідно, для порівняння груп за цією характеристикою було використано непараметричний критерій Мана-Уїтні для двох незалежних груп. Отримані статистично значущі результати із р-значенням менше 0,05 наведені у табл. 3.18.

Таблиця 3.18

Значущі результати порівняння груп за шкалами використаних методик в залежності від наявності діагностованих психічних розладів

Шкала	Показник	Критерій Мана-Уїтні W	P- значення	Величина ефекту (ϵ^2)
«Шкала загального індексу психологічного благополуччя» (PGWBI)	Загальний індекс благополуччя	2122	0.0008236	0.0784**
	Тривога	2156.5	0.0004072	0.0875**
	Депресія	2059.5	0.002368	0.0647**
	Позитивне самопочуття	2069.5	0.002081	0.0664**
	Самоконтроль	1881.5	0.03699	0.0305*
	Загальне здоров'я	1884	0.03597	0.0308*
	Вітальність	1863	0.04708	0.0276*
«Шкала психічної адаптації до онкологічного діагнозу» (MAC)	Загальний бал	1857.5	0.04226	0.0289*
«Шкала сенсу життя»	Загальний бал	1906.5	0.02727	0.0342*
	Локус контролю - життя	1903	0.02844	0.0337*
«Госпітальна шкала тривоги та депресії» (HADS)	Загальний рівень тривоги та депресії	969.5	0.006274	0.0523**
	Рівень депресії	906	0.00211	0.0662**

Примітка: (* $0.01 \leq \epsilon^2 < 0.04$, ** $0.04 \leq \epsilon^2 < 0.16$, *** $0.16 \leq \epsilon^2 < 0.36$)

З'ясовано, що найбільше зв'язків із наявністю чи відсутністю діагностованих психічних розладів має «Шкала загального індексу психологічного благополуччя» (PGWBI), яка вимірює ступінь прояву тривожності, депресії, позитивного самопочуття, загальний рівень здоров'я та вітальність. Зокрема, результати показують, що наявність психічних розладів асоційована із зниженням загального рівня психологічного благополуччя, що підтверджується значущими показниками критерію Манна-Уїтні. Однак, зважаючи на те, що величина ефекту у результатах є незначною, або помірною необхідно робити узагальнення з обережністю. При виявленій статистичній значущості ($p < 0,5$), незначна величина ефекту свідчить про те, що зв'язок між

наявністю психічних розладів та психологічним благополуччям, хоч і присутній, все ж може бути модифікований впливом інших факторів.

В цілому аналіз результатів вказує на те, що наявність психічних розладів може впливати на рівень психологічного благополуччя пацієнтів. Тривога, депресія, позитивне самопочуття, самоконтроль, загальний рівень здоров'я та вітальність – усі ці аспекти мають важливе значення для загального психологічного стану особи. На рівні тенденцій можна зробити висновок, що пацієнти з діагностованими психічними розладами мають значно нижчі показники за всіма шкалами психологічного благополуччя порівняно з тими, хто розладів не має. Наприклад, середні значення індексу психологічного благополуччя за показниками «Шкали загального індексу психологічного благополуччя» (PGWBI) та його субшкал («Тривога», «Депресія», «Позитивне самопочуття», «Загальний рівень здоров'я» та «Вітальність») для пацієнтів із діагностованими психічними розладами значно нижчі. Ці результати свідчать про важливість вчасного виявлення та ефективного лікування психічних розладів для поліпшення загального психологічного стану онкопацієнтів.

Окрім того, результати вказують на те, що психічні розлади можуть впливати на аспекти психологічного благополуччя з різною силою. Наприклад, вплив психічних розладів на вітальність, самоконтроль та загальний рівень здоров'я може бути менш вираженим порівняно з ефектом їхнього впливу на тривогу чи депресію. Це є доволі закономірним, оскільки тривожні та депресивні розлади мають високу поширеність, а також саме ці дві субшкали («Тривога» та «Депресія») методики «Шкала загального індексу психологічного благополуччя» (PGWBI) є більш специфічними у контексті психічних розладів. Натомість інші три субшкали («Позитивне самопочуття», «Загальний рівень здоров'я» та «Вітальність») стосуються більшою мірою загальних характеристик психологічного благополуччя, та є не такими специфічними щодо оцінки саме порушень. Вищенаведений аналіз вказує на важливість індивідуального підходу до лікування та підтримки пацієнтів з психічними розладами, зокрема націленого на ті аспекти, які мають найбільший вплив на їх психологічне благополуччя.

Загалом, з усіх проаналізованих параметрів найбільш значущі і порівняно сильніші зв'язки виявляються між психічними розладами та субшкалами, що відображають емоційний стан, зокрема: прояви депресії та тривожності. Це підтверджується і показниками за «Госпітальною шкалою тривоги та депресії» (HADS), де взаємодія із симптомами депресії виявилась навіть більш значущою, ніж з тривогою. Пояснити таку тенденцію можна декількома причинами. По-перше, такою може виявитись особливість представниць саме даної вибірки. По-друге, у контексті онкопацієнок з РМЗ депресія може бути більш поширеною та інтенсивною через стрес, пов'язаний з вже встановленим діагнозом, страх перед можливими наслідками лікування, почуття втрати попереднього життя та необхідності прийняти його нові аспекти, пов'язані з хворобою. Тривога також може бути присутня, але в меншій мірі, оскільки саме тривога стосується більшою мірою невизначеності щодо майбутнього, тоді як депресія асоційована із болючим переживанням минулого та теперішнього.

Також виявлено статистично значущі ($p < 0,5$), проте низькі за силою ефекту зв'язки між наявністю діагностованого психічного розладу і відчуттям сенсу життя пацієнок. За результатами дослідження, онкопацієнтки з наявним психічним розладом мають більш виражені зовнішні смисложиттєві орієнтації порівняно з тими, хто не має діагностованого психічного розладу. Це може вказувати на схильність пацієнок покладати провину за свої страждання або складні ситуації на зовнішні обставини або фактори, такі як хвороба, лікування, сприйняття соціальної підтримки тощо. Для них також може бути характерна віра у кінцевого спасителя, інші зовнішні сили, які допоможуть їм впоратись з хворобою, чи певними життєвими труднощами.

Останньою шкалою, з якою виявлено значущий показник у зв'язку з діагностованим розладом є «Шкала психічної адаптації до онкологічного діагнозу» (МАС). Величина ефекту ($\epsilon^2 = 0.0289$) вказує на невеликий, але значущий зв'язок між змінною психічних порушень і адаптованістю до онкологічного діагнозу. Це означає, що пацієнтки з діагностованим розладом, швидше за все, мають менш ефективну психічну адаптацію до онкологічного

діагнозу, порівняно з тими, хто не має таких розладів. Дані висновки підкреслюють важливість психологічної підтримки та інтервенцій для пацієнток з РМЗ, які мають психічні розлади. Вони можуть потребувати додаткової уваги та підтримки для успішної адаптації до складнощів, пов'язаних із онкологічним діагнозом та відповідним лікуванням.

Соціально-демографічні показники, описані далі, показали менше значущих зв'язків із досліджуваними шкалами, бали за якими так чи інакше відображають стан психологічного благополуччя онкопацієнток.

Рівень освіти. Відповідаючи на питання про рівень освіти, респондентки могли обрати один із таких варіантів:

- 1 – Середня;
- 2 – Профтехнічна;
- 3 – Незавершена вища;
- 4 – Вища.

Відповідно, враховуючи, що у даному випадку порівняння відбувалося між чотирма групами, для аналізу було використано непараметричний дисперсійний аналіз методом Крускала-Уолліса для трьох і більше груп. В результаті знайдено кілька статистично значущих, хоча несильних за мірою вираженості ефекту зв'язки.

Один з них – зв'язок між рівнем освіти і загальним балом психічної адаптації онкопацієнток до діагнозу РМЗ (табл. 3.19). Величина ефекту ($\epsilon^2 = 0.0519$) показує, що зв'язок між цими змінними є помірним. Тобто, рівень освіти може впливати на психічну адаптацію онкопацієнток до їхнього діагнозу. Зокрема, найбільша різниця у рівні адаптованості спостерігається між групами найвищим та найнижчим рівнем освіти ($p = 0.00164$). Отже, вищий рівень освіти, вірогідно, може сприяти кращій психічній адаптації до онкологічного діагнозу завдяки більшому доступу до інформації про своє захворювання, лікування та способи здорового способу життя, що, ймовірно, зменшує страх та невизначеність. Також завдяки освіті у пацієнток може бути більш розвинутим критичне мислення, що дозволяє краще розуміти своє становище і шукати

ефективні способи подолання труднощів, а також розвивати ефективні стратегії самоконтролю та розуміння власних емоцій, що сприяє емоційній стійкості. Загалом, отримання вищого рівня освіти відображає спроможність адаптуватися до нових та складних умов. Тому, імовірно, ця адаптивність може бути застосована й у випадку необхідності адаптуватися до діагнозу.

Таблиця 3.19

Результати порівняння груп за загальним балом «Шкали психічної адаптації до онкологічного діагнозу» (МАС) в залежності від рівня освіти

Критерій Крускала-Уолліса					Post-hoc тест			
<i>H</i> -критерій	<i>df</i>	<i>P</i> -значення	Висновок	Величина ефекту (ε^2)		1	2	3
10.3	3	0.0164	H ₁	0.0519**	2	0.0200	-	-
					3	0.0363	0.995	-
					4	0.00164	0.423	0.551

Примітка: (* $0.01 \leq \varepsilon^2 < 0.04$, ** $0.04 \leq \varepsilon^2 < 0.16$, *** $0.16 \leq \varepsilon^2 < 0.36$)

Також було виявлено взаємодію рівня освіти досліджуваних із показниками за «Шкалою сенсу життя» (табл. 3.20), зокрема статистично значущий зв'язок ($\varepsilon^2 = 0.0334$) є із субшкалою «Процес життя» (табл. 3.21).

Таблиця 3.20

Результати порівняння груп за «Шкалою сенсу життя» в залежності від рівня освіти

Критерій Крускала-Уолліса					Post-hoc тест			
<i>H</i> -критерій	<i>df</i>	<i>P</i> -значення	Висновок	Величина ефекту (ε^2)		1	2	3
7.68	3	0.0532	H ₁	0.0334*	2	0.0373	-	-
					3	0.123	0.680	-
					4	0.00734	0.615	0.386

Примітка: (* $0.01 \leq \varepsilon^2 < 0.04$, ** $0.04 \leq \varepsilon^2 < 0.16$, *** $0.16 \leq \varepsilon^2 < 0.36$)

Аналіз показав, що найбільші відмінності у загальних балах «Шкали сенсу життя» і субшкалою «Процес життя» наявні між групами з найвищим та

найнижчим рівнем освіти. Це свідчить про те, що люди з вищою освітою можуть проявляти активніший підхід до різних аспектів свого життя, мати вищий рівень самосвідомості та більш ясні життєві цілі і стратегії їх досягнення. Акцент на процесі життя серед осіб з вищою освітою може бути пов'язаний з їх вищим рівнем усвідомлення власного стану, більшою кількістю ресурсів для розвитку ефективних копінг-стратегій. Таким чином, акцент на процесі життя може відображати фокус їхньої уваги на здоровому способі життя, підтримці психічного благополуччя та позитивній психологічній адаптації до хвороби. Для осіб із найнижчим рівнем освіти спостерігаються нижчі загальні бали за «Шкалою сенсу життя» та субшкалою «Процес життя». Це може свідчити про меншу усвідомленість власного стану, відсутність чітких життєвих цілей та менш активний підхід до життя. Такі результати можуть бути пов'язані з обмеженими ресурсами для розвитку ефективних копінг-стратегій та підтримки психічного благополуччя. У людей з нижчим рівнем освіти часто відсутні можливості для отримання додаткових знань і навичок, які допомагають адаптуватися до життєвих труднощів, що може позначатися на їхній здатності справлятися зі стресом та психологічною адаптацією до захворювань. Тобто, найнижчий рівень освіти може бути пов'язаним з недостатністю ресурсів для підтримки психічного благополуччя та процесів позитивної адаптації, що, у свою чергу, може знижувати загальний рівень сенсу життя.

Таблиця 3.21

Результати порівняння груп за показником «Процес життя» в залежності від рівня освіти (субшкала «Шкали сенсу життя»)

Критерій Крускала-Уолліса					Post-hoc тест			
<i>H-критерій</i>	<i>df</i>	<i>P-значення</i>	<i>Висновок</i>	<i>Величина ефекту (ϵ^2)</i>	1	2	3	
7.99	3	0.0463	H ₁	0.0356*	2	0.0874	-	-
					3	0.242	0.647	-
					4	0.0110	0.342	0.209

Примітка: (* $0.01 \leq \epsilon^2 < 0.04$, ** $0.04 \leq \epsilon^2 < 0.16$, *** $0.16 \leq \epsilon^2 < 0.36$)

Робоча зайнятість. Аби визначити поточний рівень і формат зайнятості досліджуваних, їм необхідно було обрати один із запропонованих варіантів, або ж зазначити власний:

- 0 - Тимчасово не працюю/Безробітня;
- 1 - Знаходжусь на інвалідності;
- 2 - Працюю в державній організації (лікар, вчитель тощо);
- 3 - Перебуваю на пенсії;
- 4 - Працюю на державній службі (чиновник, військовослужбовець тощо);
- 5 - Працюю в приватній фірмі;
- 6 - Індивідуальний підприємець;
- 7 - Перебуваю у відпустці для догляду за дитиною;
- 8 - Студентка;
- 9 - Інше (вкажіть);
- 10 - Не можу відповісти/відмова від відповіді.

Оскільки порівняння відбувалось між одинадцятьма групами, для аналізу так само було використано непараметричний дисперсійний аналіз методом Крускала-Уолліса.

Аналіз показав статистично значущий зв'язок ($p = 0.0215$) між зайнятістю онкопацієнтів та рівнем тривожності за «Госпітальною шкалою тривоги та депресії» (HADS) (табл. 3.22). Величина ефекту ($\epsilon^2 = 0.0823$) свідчить про помірну силу цієї взаємодії. Загалом, зв'язок між працевлаштованістю і рівнем тривоги можна пояснити кількома потенційними механізмами:

- працевлаштовані особи зазвичай мають стабільніше джерело доходу, є фінансово незалежними, мають більшу впевненість у своїй здатності впоратися з викликами та несподіваними подіями;
- робота зазвичай забезпечує можливості для соціальної взаємодії і включення в спільноту, що може стимулювати підтримку колег і сприяти почуттю приналежності, зменшуючи переживання ізоляції та тривоги;
- багато компаній надають підтримку працівникам, наприклад, через програми покращення здоров'я та благополуччя, які можуть включати

консультування, психологічну підтримку та інші ресурси, що допомагають знизити стрес;

- маючи роботу, людина може відчувати більше впевненості у своїх можливостях та потенціалі розвитку, що підсилює переживання сенсу і цінності, сприяючи психічному благополуччю.

В *post-hoc* тесті за основну групу, з якою порівнювались усі інші, було взято жінок, які тимчасово не працюють, або є безробітними. Найбільш виражені відмінності виявлено з 9-ю (інший варіант) і 6-ю (індивідуальний підприємець) групами, на що могли вплинути певні характеристики самих груп. Серед причин тривоги у осіб із групи 0 можуть бути такі: фінансові незручності, втрата стабільності та невпевненість у завтрашньому дні. Група 9 може включати осіб з неконвенційною зайнятістю або тимчасово безробітних, які відчують певну невизначеність щодо свого майбутнього, що також часто веде до збільшення рівня тривожності. Група 6, що включає індивідуальних підприємців, також може відчувати підвищений рівень тривожності через фінансовий тиск, відповідальність за успіх свого бізнесу та потребу вирішувати проблеми самостійно.

Отже, рівні тривожності у даних групах можуть бути обумовлені різними факторами, проте конкретні відмінності між ними залишаються неявними. Це може свідчити про складність взаємозв'язку між зайнятістю та тривожністю, яка модулюється іншими факторами, як-то стан здоров'я, сімейний статус або соціальна підтримка.

Таблиця 3.22

Результати порівняння груп за проявами тривожності, виміряними за допомогою «Госпітальної шкали тривоги та депресії» HADS, серед різних форм зайнятості

Критерій Крускала-Уолліса					Post-hoc тест	
<i>H-критерій</i>	<i>df</i>	<i>P-значення</i>	<i>Висновок</i>	<i>Величина ефекту (ϵ^2)</i>		0
20.9	3	0.0215	H ₁	0.0823**	1	0.170

					2	0.223
					3	0.666
					4	0.787
					5	0.504
					6	0.0503
					7	0.572
					8	0.658
					9	0.0561
					10	0.241

Примітка: (* $0.01 \leq \varepsilon^2 < 0.04$, ** $0.04 \leq \varepsilon^2 < 0.16$, *** $0.16 \leq \varepsilon^2 < 0.36$)

Крім того, виявлено, що рівень професійної залученості певним чином взаємодіє із адаптованістю пацієнток до встановленого діагнозу за «Шкалою психічної адаптації до онкологічного діагнозу» (МАС) (табл. 3.23). Значення p для критерію Крускала-Уолліса дорівнює 0,0767 і перевищує прийнятний рівень значущості 0,05, що означає неможливість відхилити нульову гіпотезу про відсутність відмінностей між групами. Проте послабивши межі прийнятності, можна вважати таку тенденцію присутньою, хоча з більшою вірогідністю помилки. Порівняння груп показало найбільш вагому розбіжність між групою непрацевлаштованих і тими, хто зазначив власний варіант відповіді, що потребує подальшого уточнення.

Отже, хоча рівень зайнятості не має значущого впливу на адаптованість до онкологічного діагнозу серед досліджуваних онкопацієнтів, він може бути одним із факторів, що її обумовлюють.

Таблиця 3.23

Результати порівняння груп за показниками «Шкали психічної адаптації до онкологічного діагнозу» (МАС) серед різних форм зайнятості

Критерій Крускала-Уолліса					Post-hoc тест	
<i>H</i> -критерій	<i>df</i>	<i>P</i> -значення	Висновок	Величина ефекту (ε^2)		0
16.9	3	0.0767	H_1	0.0519**	1	0.323

					2	0.565
					3	0.812
					4	0.180
					5	0.353
					6	0.493
					7	0.845
					8	0.774
					9	0.0201
					10	0.418

Примітка: (* $0.01 \leq \varepsilon^2 < 0.04$, ** $0.04 \leq \varepsilon^2 < 0.16$, *** $0.16 \leq \varepsilon^2 < 0.36$)

Сімейний стан. Останнім із соціально-демографічних показників, що показав значущі зв'язки із досліджуваними шкалами, є сімейний стан. За цим параметром було утворено такі групи:

- 0 - Не одружена;
- 1 - Заміжня;
- 2 - Живемо разом/цивільний шлюб;
- 3 - Розлучена;
- 4 - Вдова.

Порівняння відбувалось між п'ятьма групами, тож для аналізу теж було використано непараметричний дисперсійний аналіз методом Крускала-Уолліса.

Один значущий ($p = 0.0161$), хоча і помірний за силою впливу ($\varepsilon^2 = 0.059$), зв'язок було знайдено між сімейним статусом та наявністю значущої близької людини (партнера) (табл. 3.24), що логічно узгоджується з тим фактом, що наявність партнера дозволяє отримувати більше підтримки з його боку. Це підтверджується результатами порівняння груп. Так, найбільш виражені відмінності спостерігаються між неодруженими та заміжніми особами, а також заміжніми і розлученими. Це може свідчити про те, що люди, які перебувають у шлюбі, з більшою ймовірністю матимуть значущу близьку людину, якій можуть довіряти і на кого можуть покластися, порівняно з тими, хто не одружений чи розлучений.

Результати вказують на те, що сімейний статус впливає на наявність значущої підтримки в житті людини. Наприклад, вдови чи розлучені особи можуть відчувати більшу потребу в підтримці із боку близьких осіб у порівнянні з тими, хто має партнера.

Таблиця 3.24

Результати порівняння груп з різним сімейним станом за ступенем підтримки від близької людини

Критерій Крускала-Уолліса					Post-hoc тест				
<i>H</i> -критерій	<i>df</i>	<i>P</i> -значення	Висновок	Величина ефекту (ε^2)		0	1	2	3
12.2	3	0.0161	H ₁	0.0588**	1	0.0088	-	-	
					2	0.284	0.562	-	
					3	0.798	0.015	0.235	
					4	0.897	0.098	0.354	0.951

Примітка: (* $0.01 \leq \varepsilon^2 < 0.04$, ** $0.04 \leq \varepsilon^2 < 0.16$, *** $0.16 \leq \varepsilon^2 < 0.36$)

Отже, аналіз даних дослідження показав, що на деякі параметри психологічного благополуччя онкохворих значною мірою можуть впливати соціо-демографічні характеристики, а саме: фінансовий стан, наявність діагностованих психічних розладів, рівень освіти, робоча зайнятість та сімейний статус. Зокрема, перші два параметри взаємодіють з найбільшою кількістю шкал, використаних у межах даного дослідження, що свідчить про необхідність звертати особливу увагу на них під час лікування і психологічної роботи з пацієнтками, враховувати соціальні й індивідуальні фактори при розробці планів підтримки для онкохворих. Результати також підкреслюють потребу в індивідуальному підході до кожної пацієнтки, з урахуванням її унікальних характеристик та потреб. Детальний аналіз соціо-демографічних факторів може допомогти медичним працівникам і психологам краще зрозуміти потреби та вимоги онкопацієнток і спрямувати зусилля на надання ефективної підтримки та допомоги.

3.2. Аналіз факторів, що впливають на рівень психологічного благополуччя онкопацієнтів з раком молочної залози

Цей підрозділ дослідження спрямований на пошук складних взаємозв'язків між психологічним благополуччям пацієнток з РМЗ та факторами, включеними у теоретичну модель дослідження (емоційні стани, рівень тривоги та депресії, якість життя, ступінь адаптованості до онкологічного діагнозу, сенс життя та соціальна підтримка). Дані взаємозв'язки були досліджені за допомогою кореляційного та регресійного аналізів. Кореляційний аналіз дозволяє визначити взаємозв'язок між досліджуваними факторами, а регресійний аналіз – з'ясувати, які з них найбільше впливають на психологічне благополуччя онкопацієнток з РМЗ.

Кореляційний аналіз

Аби перевірити характер взаємодії між усіма досліджуваними параметрами, було побудовано кореляційну матрицю із застосуванням коефіцієнту Спірмена (рис. 3.1). Отримані коефіцієнти та р-значення наведені у Додатку А.

Аналіз показав, що показник за методикою «Загальний індекс психологічного благополуччя» сильно корелює з усіма субшкалами, які входять до її складу («тривоги», «депресії», «позитивного самопочуття», «самоконтролю», «загального стану здоров'я»). Цей результат є цілком виправданим в межах одного тесту. Проте, варто зазначити, що найбільший зв'язок загального індексу психологічного благополуччя відзначається із субшкалою «позитивного самопочуття» ($r = 0,888$), що свідчить про сильний взаємозв'язок між загальним благополуччям онкохворих пацієнток та проявами позитивних емоцій і гарним самопочуттям загалом. Високі рівні за субшкалою «позитивного самопочуття» відображають стан емоційної стійкості та оптимізму пацієнток, більшу мотивацію до активної участі у процесі лікування. А це може бути важливим фактором покращення якості життя і пристосування до умов лікування, а також може сприяти зменшенню стресу.

	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
1- Загальний індекс благополуччя: депресія	1,00	0,74	0,81	0,82	0,55	0,70	0,87	0,66	-0,57	0,58	0,58	0,60	0,59	0,54	0,63	-0,61	-0,71	-0,75	0,36	-0,41	-0,06	0,29	0,28	0,30	0,34
2- Загальний індекс благополуччя: тривога	0,74	1,00	0,72	0,70	0,55	0,64	0,87	0,57	-0,56	0,45	0,49	0,59	0,50	0,46	0,54	-0,71	-0,67	-0,77	0,18	-0,51	-0,23	0,23	0,19	0,25	0,26
3- Загальний індекс благополуччя: позитивне благополуччя	0,81	0,72	1,00	0,67	0,58	0,72	0,89	0,69	-0,57	0,65	0,66	0,70	0,70	0,57	0,71	-0,60	-0,71	-0,74	0,40	-0,38	-0,02	0,38	0,35	0,38	0,44
4- Загальний індекс благополуччя: самоконтроль	0,62	0,70	0,67	1,00	0,45	0,52	0,77	0,63	-0,48	0,53	0,53	0,61	0,61	0,42	0,59	-0,65	-0,69	-0,75	0,25	-0,43	-0,12	0,24	0,26	0,42	0,37
5- Загальний індекс благополуччя: загальне здоров'я	0,55	0,55	0,58	0,45	1,00	0,69	0,75	0,48	-0,68	0,37	0,36	0,41	0,40	0,32	0,40	-0,46	-0,58	-0,58	0,25	-0,21	-0,02	0,18	0,11	0,23	0,21
6- Загальний індекс благополуччя: вітальність	0,70	0,64	0,72	0,52	0,69	1,00	0,85	0,57	-0,70	0,61	0,60	0,62	0,63	0,51	0,64	-0,49	-0,70	-0,67	0,42	-0,27	0,06	0,24	0,19	0,25	0,28
7- Загальний індекс благополуччя	0,87	0,87	0,89	0,77	0,75	0,85	1,00	0,70	-0,70	0,63	0,63	0,70	0,68	0,57	0,70	-0,70	-0,80	-0,85	0,36	-0,44	-0,08	0,31	0,27	0,36	0,38
8- Рівень адаптації до онкозахворювання	0,66	0,57	0,69	0,63	0,48	0,57	0,70	1,00	-0,56	0,67	0,67	0,66	0,70	0,66	0,72	-0,62	-0,70	-0,74	0,43	-0,28	0,06	0,30	0,30	0,42	0,40
9- Рівень якості життя	-0,57	-0,56	-0,57	-0,46	-0,66	-0,70	-0,70	-0,56	1,00	-0,49	-0,47	-0,50	-0,48	-0,43	-0,52	0,50	0,67	0,66	-0,21	0,41	0,15	-0,17	-0,15	-0,24	-0,23
10- Складові компоненти орієнтації: цілі в житті	0,58	0,45	0,65	0,53	0,37	0,61	0,63	0,67	-0,49	1,00	0,76	0,81	0,86	0,76	0,91	-0,44	-0,59	-0,59	0,39	-0,31	0,02	0,35	0,38	0,45	0,48
11- Складові компоненти орієнтації: процес життя	0,58	0,49	0,66	0,53	0,36	0,60	0,63	0,67	-0,47	0,76	1,00	0,78	0,75	0,72	0,88	-0,54	-0,59	-0,63	0,37	-0,33	-0,01	0,38	0,29	0,34	0,39
12- Складові компоненти орієнтації: результат життя	0,60	0,59	0,70	0,61	0,41	0,62	0,70	0,66	-0,50	0,81	0,78	1,00	0,81	0,74	0,90	-0,53	-0,58	-0,63	0,41	-0,30	0,03	0,36	0,35	0,41	0,45
13- Складові компоненти орієнтації: локус контролю - я	0,59	0,50	0,70	0,61	0,40	0,63	0,68	0,70	-0,48	0,86	0,75	0,81	1,00	0,79	0,92	-0,48	-0,59	-0,60	0,43	-0,24	0,09	0,35	0,35	0,43	0,47
14- Складові компоненти орієнтації: локус контролю - життя	0,54	0,46	0,57	0,42	0,32	0,51	0,57	0,66	-0,43	0,76	0,72	0,74	0,79	1,00	0,88	-0,45	-0,49	-0,52	0,33	-0,22	0,04	0,36	0,37	0,37	0,44
15- Складові компоненти орієнтації: загальний бал	0,63	0,54	0,71	0,59	0,40	0,64	0,70	0,72	-0,52	0,91	0,88	0,90	0,92	0,88	1,00	-0,53	-0,63	-0,65	0,43	-0,32	0,03	0,36	0,35	0,42	0,45
16- Рівень тривоги	-0,61	-0,71	-0,60	-0,65	-0,46	-0,49	-0,70	-0,62	0,50	-0,44	-0,54	-0,53	-0,48	-0,45	-0,53	1,00	0,60	0,88	-0,12	0,56	0,30	-0,17	-0,18	-0,40	-0,29
17- Рівень депресії	-0,71	-0,67	-0,71	-0,69	-0,58	-0,70	-0,80	-0,70	0,67	-0,59	-0,59	-0,58	-0,59	-0,49	-0,63	0,60	1,00	0,90	-0,35	0,44	0,08	-0,31	-0,27	-0,38	-0,38
18- Загальний рівень тривоги та депресії	-0,75	-0,77	-0,74	-0,75	-0,58	-0,67	-0,85	-0,74	0,66	-0,59	-0,63	-0,63	-0,60	-0,52	-0,65	0,88	0,90	1,00	-0,28	0,55	0,19	-0,27	-0,25	-0,43	-0,38
19- Позитивні емоційні стани	0,36	0,18	0,40	0,25	0,25	0,42	0,36	0,43	-0,21	0,39	0,37	0,41	0,43	0,33	0,43	-0,12	-0,35	-0,28	1,00	0,34	0,79	0,21	0,16	0,21	0,23
20- Негативні емоційні стани	-0,41	-0,51	-0,38	-0,43	-0,21	-0,27	-0,44	-0,28	0,41	-0,31	-0,33	-0,30	-0,24	-0,22	-0,32	0,56	0,44	0,55	0,34	1,00	0,83	-0,04	-0,07	-0,15	-0,09
21- Емоційні стани: загальний бал	-0,06	-0,23	-0,02	-0,12	-0,02	0,06	-0,08	0,06	0,15	0,02	-0,01	0,03	0,09	0,04	0,03	0,30	0,08	0,19	0,79	0,83	1,00	0,10	0,06	0,03	0,09
22- Сприяття соціальної підтримки: значущий інший	0,29	0,23	0,38	0,24	0,18	0,24	0,31	0,30	-0,17	0,35	0,38	0,36	0,35	0,36	0,36	-0,17	-0,31	-0,27	0,21	-0,04	0,10	1,00	0,70	0,42	0,82
23- Сприяття соціальної підтримки: родина	0,28	0,19	0,35	0,26	0,11	0,19	0,27	0,30	-0,15	0,38	0,29	0,35	0,35	0,37	0,35	-0,18	-0,27	-0,25	0,16	-0,07	0,06	0,70	1,00	0,37	0,81
24- Сприяття соціальної підтримки: друзі	0,30	0,25	0,38	0,42	0,23	0,25	0,36	0,42	-0,24	0,45	0,34	0,41	0,43	0,37	0,42	-0,40	-0,38	-0,43	0,21	-0,15	0,03	0,42	0,37	1,00	0,76
25- Сприяття соціальної підтримки: загальний бал	0,34	0,26	0,44	0,37	0,21	0,28	0,38	0,40	-0,23	0,48	0,39	0,45	0,47	0,44	0,45	-0,29	-0,38	-0,38	0,23	-0,09	0,09	0,82	0,81	0,76	1,00

Рис. 3.1. Кореляційна матриця, що відображає зв'язки між усіма досліджуваними шкалами

Крім того, сильна кореляція показника за методикою «Загальний індекс психологічного благополуччя» спостерігається і з проявами депресії, зокрема вимірними за допомогою опитувальника «Госпітальна шкала тривоги та депресії» (HADS). Рівень депресії має найвищу від'ємну кореляцію із загальним індексом благополуччя ($r = -0,802$). В контексті онкологічних пацієнтів це може мати важливе значення для розуміння психологічного стану та впливу хвороби на їхній емоційний стан. Ці дані свідчать, що високий рівень за показником методики «Загальний індекс психологічного благополуччя» може вказувати на оптимістичний погляд на життя, внутрішню міцність та здатність знаходити позитивні сторони навіть у важких ситуаціях (як-то боротьба з онкологічним захворюванням). Таким чином знижуються прояви депресії, оскільки позитивні емоції та оптимізм можуть стимулювати психологічну стійкість і здатність подолати стресові ситуації. З іншого боку, низький рівень загального індексу психологічного благополуччя та високий рівень депресії можуть вказувати на необхідність додаткової психологічної підтримки онкохворих.

Не такою сильною, проте помітною є кореляція між загальним індексом психологічного благополуччя і рівнем тривоги за методикою «Госпітальна шкала тривоги та депресії» (HADS) ($r = -0,696$). Це вказує на значний зв'язок тривоги із психологічним станом пацієнтів, а також на те, що вона може

негативно впливати на якість їхнього життя. Тривога може виникати як реакція на діагноз раку, страх перед невизначеністю та болем. Вона є наслідком усвідомлення пацієнтом дії негативних чинників, таких як загроза життю, фізичний дискомфорт чи емоційне виснаження. У свою чергу, тривога може посилювати ризик розвитку тривожних або тривожно-депресивних розладів, впливати на якість життя пацієнта, зокрема викликати порушення сну та апетиту, погіршувати фізичний стан, ускладнювати взаємодію з оточенням і негативно впливати на дотримання терапії, що зрештою може погіршувати прогноз перебігу хвороби.

Загальний бал за «Госпітальною шкалою тривоги та депресії» (HADS) підтверджує значущість емоційного стану пацієнток, зокрема ступеня проявів депресії та тривоги у формуванні загального психологічного благополуччя ($r = -0,845$).

Серед інших параметрів, які виявили досить сильну кореляцію із рівнем загального психологічного благополуччя, є показник якості життя досліджуваних, виміряний за допомогою «Опитувальника якості життя онкопацієнтів» (EORTC QLQ-30) ($r = -0,701$). Обернений зв'язок пояснюється тим, що згідно з «Опитувальником якості життя онкопацієнтів» (EORTC QLQ-30) високі значення свідчать про велику кількість труднощів і дискомфорту, з якими особа стикається у повсякденному житті, і які, як наслідок, здатні погіршити її загальний стан задоволеності життям. Ці труднощі можуть бути пов'язані з фізичними, емоційними або психологічними проблемами, такими як біль, втома, стрес, афективність тощо. Відповідно, накопичення подібних симптомів може суттєво знизити якість життя пацієнток, оскільки людина стикається з більшою кількістю проблем у своєму житті. Тим самим рівень загального психологічного благополуччя також знижується.

Також наявна досить суттєва позитивна кореляція загального індексу психологічного благополуччя із загальним балом за шкалою «Сенс життя» ($r = 0,700$). Це свідчить про те, що пацієнтки із онкологічним захворюванням, які мають високий показник загального індексу психологічного благополуччя є

більш свідомими щодо свого життя, його мети і власних переконань, а також проявляють більшу здатність знаходити сенс і значущість у своїх діях та досвіді. Навіть у ситуації неоднозначності вони можуть зберігати більш позитивний погляд на своє життя, що сприяє їхньому психологічному благополуччю та кращій загальній якості життя.

Такого самого значення набуває зафіксований взаємозв'язок між показником за методикою «Загальний індекс психологічного благополуччя» та рівнем адаптації до онкозахворювання за методикою «Показник психічної адаптації до онкологічного діагнозу» (МАС) ($r = 0,700$). З цих результатів можна припустити, що високий рівень загального індексу благополуччя пацієнток з РМЗ може вказувати на вищий рівень адаптації до своєї хвороби у них. Це означає, що вони можуть краще долати стрес, який супроводжує онкологічне захворювання, і знаходити ефективніші стратегії адаптації до нових умов життя. У них, в цілому, може бути більш позитивний погляд на свої можливості та ситуацію, що допомагає їм інакше реагувати на стан здоров'я та його обмеження.

Це може бути корисним для подальшого пошуку і розвитку більш ефективних способів адаптації, які можна зміцнити у пацієнток через психологічну підтримку, тренінги зі стрес-менеджменту та інші психологічні інтервенції, що позитивно впливатиме на рівень загального психологічного благополуччя.

Регресійний аналіз

Результати кореляційного аналізу є важливими для ідентифікації значущих зв'язків між досліджуваними параметрами, але такий метод не дозволяє визначити їх причинно-наслідковий характер. З метою вивчення причинно-наслідкових зв'язків було застосовано регресійний аналіз. Як наслідок, було створено декілька лінійних моделей, де психологічне благополуччя (виміряне за допомогою «Шкали загального індексу психологічного благополуччя» (PGWBI)), виступає залежною змінною, а інші досліджувані фактори, з якими були виявлені статистично значущі кореляційні зв'язки – предикторами.

Для початку було побудовано базову модель (табл. 3.25), яка включає предиктори, що є основними для подальшої роботи. До них належать такі, що мають значний внесок у формування психологічного стану загалом: тип онкології (у першій хвилі дослідження враховуються результати учасників з усіма типами раку, що також дозволяє оцінити вплив цього фактору) та рівень якості життя (вимірний за допомогою «Шкали якості життя онкопацієнтів» (EORTC QLQ-30)). Дана модель надалі використовуватиметься як основа для побудови подальших регресійних моделей, в які буде включено додаткові фактори для дослідження їхнього впливу на благополуччя пацієнток.

Таблиця 3.25

Базова регресійна модель впливу типу онкології та загального рівня якості життя на психологічне благополуччя онкопацієнтів

Предиктор	Коефіцієнт	Ст. похибка	t-значення	p-значення	Значущість
Константа	120.74749	5.06707	23.830	<0.00001	***
Тип онкології	-5.94954	2.35531	-2.526	0.0126	*
Загальний рівень якості життя	-1.04578	0.08326	-12.560	<0.00001	***
Множ. $R^2 = 0.5339$					
Скориг. $R^2 = 0.5273$					

Примітка: *** - $p \leq 0.001$, ** - $0.001 < p \leq 0.01$, * $0.01 < p \leq 0.05$, . - $0.05 < p \leq 0.1$

Результати регресійного аналізу, наведені у таблиці, демонструють високу статистичну значущість ($p < 0.001$) внеску загального рівня якості життя пацієнток (вимірний за допомогою «Шкали якості життя онкопацієнтів») у їхнє психологічне благополуччя. Цей внесок виявляється навіть більш статистично значущим ніж той вплив, який чинить тип онкології. Від'ємне значення коефіцієнта вказує на те, що збільшення балів за «Шкалою якості життя онкопацієнтів» (EORTC QLQ-30) на одиницю веде до зниження показників «Загального індексу психологічного благополуччя» приблизно на 1.05 бали.

Враховуючи те, що вищі бали за шкалою загальної якості життя означають гірше самопочуття, зв'язок з психологічним благополуччям можна проінтерпретувати як прямий. Тобто, зниження загальної якості життя онкопацієнтів (що може включати фізичні та емоційні аспекти життя пацієнтки, біль, дискомфорт, стрес, зміни у звичних заняттях, професійній діяльності та соціальній взаємодії) веде до значного зниження загального індексу психологічного благополуччя. Урахування цього взаємозв'язку може бути особливо важливим аспектом у ході лікування онкологічних захворювань.

Проте, у той же час, коефіцієнт -5.94954 для змінної «Тип онкології» (PM3) вказує на те, що для жінок з PM3 прогнозується менше середнє значення загального індексу психологічного благополуччя порівняно з жінками, які мають інші типи раку. Інакше кажучи, наявність раку молочної залози у жінок пов'язана зі зниженням загального індексу психологічного благополуччя на приблизно 6 одиниць, порівняно з іншими типами. А це є суттєвим відхиленням. Таким чином, жінки з PM3 можуть відчувати суттєво більші психологічні труднощі порівняно з іншими пацієнтками. І це позначається на їхньому індексі загального психологічного благополуччя.

Скоригований R^2 показує, що отримана базова модель, яка включає тип онкології і рівень якості життя, пояснює близько 53% дисперсії змін у психологічному благополуччі пацієнток.

Побудова подальших моделей проводилась з опорою на теоретичну модель даного дослідження, в основі якої лежить припущення про те, що всю множину факторів, пов'язаних з рівнем психологічного благополуччя онкопацієнтів, можна умовно розділити на три групи:

- адаптація до захворювання,
- емоційний стан,
- соціальна підтримка.

Саме ці конструкти є основними чинниками, що впливають на психологічне благополуччя жінок з PM3 через окремі його аспекти.

В результаті поступового аналізу і підбору структури, яка б найкраще описувала внесок досліджуваних предикторів у формування психологічного благополуччя пацієток з РМЗ, було випробувано різні моделі, зміст яких наведений у Додатку Б. У проміжних моделях, наведених у додатку, зокрема, брались до уваги такі фактори, як фінансовий стан та наявність діагностованих психічних розладів (у контексті показників за шкалами використаних психологічних методик). Статистична значущість отриманих результатів за цими показниками виявилась незначною, або відсутньою. Як наслідок, у цьому розділі розглянуті лише основні фінальні моделі регресії, створені під час аналізу. Ці три фінальні моделі регресії відповідають ключовим групам факторів, що пов'язані з рівнем психологічного благополуччя онкопацієнтів, які були викокремлені у теоретичній моделі, а саме: адаптація до захворювання, емоційний стан та соціальна підтримка.

Перша регресійна модель (табл. 3.26), яка відображає вплив адаптованості до захворювання на психологічне благополуччя онкопацієнтів, включає, окрім базових (тип онкології та рівень якості життя), додаткові предиктори, а саме: сумарний показник психічної адаптації до онкологічного діагнозу за шкалою «Показник психічної адаптації до онкологічного діагнозу» (МАС) та загальний бал за «Шкалою сенсу життя». Саме ці предиктори включені на етапі розробки теоретичної моделі даного дослідження до групи факторів, які визначають здатність пацієток адаптуватись до встановленого діагнозу.

Таблиця 3.26

Регресійна модель впливу адаптованості до захворювання на психологічне благополуччя онкопацієнтів

Предиктор	Коефіцієнт	Ст. похибка	t-значення	p-значення	Значущість
Константа	43.43021	11.94102	3.637	0.000389	***
Тип онкології	-4.02503	1.99014	-2.022	0.045059	*

Загальний рівень якості життя	-0.66124	0.08371	-7.899	7.93e-13	***
Рівень адаптації до онкології	0.31705	0.09884	3.208	0.001663	**
Сенс життя: загальний бал	0.21921	0.06045	3.626	0.000403	***
Множ. $R^2 = 0.6892$					
Скориг. $R^2 = 0.6801$					

Примітка: *** - $p \leq 0.001$, ** - $0.001 < p \leq 0.01$, * $0.01 < p \leq 0.05$, . - $0.05 < p \leq 0.1$

Отримані результати регресійного аналізу демонструють, що змінні, які входять до складу фактора адаптованості («Показник психічної адаптації до онкологічного діагнозу» та загальний бал за «Шкалою сенсу життя»), як і передбачалось, мають статистично значущий внесок у формування загального індексу психологічного благополуччя онкопацієнтів. Порівняно із базовою, дана модель має більшу пояснювальну здатність і скоригований множинний коефіцієнт детермінації підтверджує, що ці предиктори разом пояснюють близько 68% дисперсії варіабельності загального індексу психологічного благополуччя досліджуваних.

Коефіцієнт константи (43.43) показує, що у випадку, коли всі інші зазначені у даній моделі змінні дорівнюють нулю, середній рівень загального індексу психологічного благополуччя є досить низьким (враховуючи, що максимальний бал за даною шкалою дорівнює 110). Статистична значущість внеску змінних «Тип онкології» і «Загальний рівень якості життя» залишилась незмінною, хоча їхні коефіцієнти і зменшились внаслідок додавання інших факторів до моделі.

Слід зазначити, що р-значення змінної «Сенс життя: загальний бал» виявило більш статистично значущий вплив ($p = 0.0004$) на загальний індекс психологічного благополуччя пацієнток з РМЗ, ніж рівень адаптації до онкології да шкалою «Показник психічної адаптації до онкологічного діагнозу» (МАС) (р

= 0.0017). Шкала «Показник психічної адаптації до онкологічного діагнозу» дозволяє оцінити вираженість позитивних та негативних копінг-стратегій у процесі пристосування пацієнок до онкозахворювання. Тоді як «Шкала сенсу життя» включає субшкали «життєвого процесу», «життєвого результату», «цілей в житті», «зовнішнього локусу контролю» та «внутрішнього локусу контролю», які, власне, є факторами, визначальними для сприйняття життя і самооцінки. Дослідження показують, що більш позитивні і спрямовані на досягнення цілей смисложиттєві орієнтації можуть сприяти підвищенню психологічного благополуччя. Тож, у контексті адаптації до онкологічного захворювання, відчуття сенсу життя може також виступати як позитивний ресурс, що сприяє підвищенню психологічного комфорту та покращенню загального самопочуття пацієнок з РМЗ під час лікування та реабілітації.

Отже, створена регресійна модель адаптованості демонструє спільну тенденцію як для «Показника психічної адаптації до онкологічного діагнозу» (МАС), так і для «Шкали сенсу життя». Що кращі сформовані у пацієнок стратегії пристосування до свого стану здоров'я і пов'язаних із захворюванням обставин, то вище ймовірність покращення їхнього загального психологічного благополуччя. А також, що більш позитивне сприйняття життя і внутрішню мотивацію пацієнтці вдалось сформувавши, то вище ймовірність покращення її загального психологічного благополуччя.

F-статистика (76.49) і пов'язане з нею р-значення ($< 2.2e-16$) перевіряє загальну значущість регресійної моделі. Це дає змогу оцінити взаємозв'язок між залежною змінною (загальний індекс психологічного благополуччя) і незалежними змінними (предикторами). Значення р менше 0,05 свідчить про те, що є дуже висока статистична достовірність виявленого взаємозв'язку між змінними. В даному випадку, вплив предикторів (факторів адаптації) на загальний індекс психологічного благополуччя жінок з РМЗ є статистично значущим.

Наступна досліджена регресійна модель (табл. 3.27) стосується групи факторів емоційного стану пацієнок. Вона оцінює внесок емоційного стану у

формування загального психологічного благополуччя. Окрім предикторів із базової моделі до неї увійшли загальні бали за «Шкалою емоційних станів» (PANAS) та «Госпітальною шкалою тривоги та депресії» (HADS).

Таблиця 3.27

Регресійна модель впливу емоційного стану на загальне психологічне благополуччя онкопацієнтів

Предиктор	Коефіцієнт	Ст. похибка	t-значення	p-значення	Значущість
Константа	95.29061	5.21147	18.285	<0.00001	***
Тип онкології	-0.32350	1.70799	-0.189	0.85005	
Загальний рівень якості життя	-0.35979	0.08323	-4.323	0.0000292	***
«Шкала емоційних станів» (PANAS): загальний бал	0.27783	0.09392	2.958	0.00364	**
«Госпітальна шкала тривоги та депресії» (HADS): загальний бал	-1.89021	0.15454	-12.231	<0.00001	***
Множ. $R^2 = 0.7769$					
Скориг. $R^2 = 0.7705$					

Примітка: *** - $p \leq 0.001$, ** - $0.001 < p \leq 0.01$, * $0.01 < p \leq 0.05$, . - $0.05 < p \leq 0.1$

Важливо звернути увагу на той факт, що, на відміну від попередніх моделей, у регресійній моделі, яка оцінює вплив емоційних станів, змінна «Тип онкології» повністю втратила свою статистичну значущість. Тобто в контексті моделі емоційних станів тип онкології став несуттєвим для пояснення варіації у загальному психологічному благополуччі онкопацієнтів через інші суттєві фактори (зокрема пов'язані із афективними переживаннями і загальним рівнем якості життя), що більше впливають на цей показник у даній вибірці. Крім того,

причиною цього може бути недостатня варіативність типів онкології у вибірці і, відповідно, обмежена мінливість у відповідях, а також взаємодія між факторами: можливо існує взаємодія між типом онкології та іншими факторами, яка не була врахована у цій моделі.

Слід зупинитися на аналізі емоційного компоненту. Як видно з результатів регресійного аналізу, наведених у таблиці вище, загальний показник за «Госпітальною шкалою тривоги та депресії» (HADS) демонструє вищу статистичну значущість ($p < 0.00001$), ніж бал за «Шкалою емоційних станів» (PANAS) ($p = 0.00364$). Цей результат підтверджує думку про те, що тривога та депресія є найбільш поширеними психічними проблемами, які сильно впливають на загальне психологічне благополуччя онкопацієнтів з РМЗ. Коефіцієнт (-1.89021) вказує на те, що підвищення загального балу за «Госпітальною шкалою тривоги та депресії» (HADS) на одиницю пов'язане зі зниженням балу за методикою «Загальний індекс психологічного благополуччя» майже на два бали. Це свідчить про те, що більш виражені тривога та депресія з високою вірогідністю спричиняють погіршення психологічного самопочуття у пацієнтів з онкологічними захворюваннями, перш за все - через зміни сприйняття та емоційного стану. Високий рівень тривоги може сприяти появі негативних емоцій і переживань, а депресія - призводити до втрати енергії та інтересу до життя, що безпосередньо впливає на психічне здоров'я пацієнта.

Методика «Шкала емоційних станів» (PANAS) дає змогу оцінити міру вираженості позитивного та негативного афекту, тоді як загальний бал за цією шкалою розраховується шляхом віднімання балу за субшкалою «негативного афекту» (НА) від балу за субшкалою «позитивного афекту» (ПА). Таким чином, чим більше ПА превалює над НА, тим вищим є загальний бал за тестом. Що вищий цей бал, то більше спостерігається переважання позитивних емоцій у пацієнтки, які, зокрема, можуть слугувати індикатором ефективних стратегій копінгу і допомагати краще адаптуватися до захворювання. У цій моделі коефіцієнт загального балу за методикою «Шкала емоційних станів» (0.27783) показує, що його підвищення сприяє певному покращенню психологічного

благополуччя. Більш позитивний емоційний стан покращує загальне психологічне благополуччя у пацієнтів з РМЗ.

Отже, на підставі цих результатів можна зробити висновок, що загальний емоційний стан (співвідношення позитивних і негативних переживань за методикою «Шкала емоційних станів» (PANAS)) та рівень тривоги і депресії (за «Госпітальною шкалою тривоги та депресії» HADS) мають значущий вплив на «Загальний індекс психологічного благополуччя» онкопацієнток. Це підкреслює важливість розробки інтервенцій, спрямованих на зменшення тривоги і депресії у пацієнток з РМЗ. До того ж, загальний бал за методикою «Шкала емоційних станів» (PANAS) вказує на особливості емоційного стану, які потребують уваги під час психологічного супроводу та підтримки пацієнток. Важливо зазначити також, що показник «Шкали емоційних станів» (PANAS) може слугувати індикатором ефективності лікування. Наприклад, високий рівень негативних емоцій є сигналом про необхідність у допомозі психотерапевта чи психолога. Коливання цього показника у процесі лікування можуть вказувати на ефективність впроваджених інтервенцій та зміни в емоційному стані пацієнтки, і загалом бути важливим індикатором її загального психологічного благополуччя.

Скориговане множинне значення R-квадрат моделі впливу емоційних станів на загальне психологічне благополуччя пацієнток становить 0.7705. Це вказує на те, що приблизно 77% варіації у психологічному благополуччі може бути пояснено сукупністю включених у модель факторів. Це значно більша частка дисперсії, якщо порівнювати із показниками попередньої моделі (яка оцінювала вплив рівня адаптованості до захворювання). Цей результат порівняння свідчить про те, що емоційний стан має суттєвіший вплив на психологічне благополуччя жінок з РМЗ, ніж їхній рівень адаптованості до захворювання.

Вищеописана регресійна модель впливу емоційних станів на загальне психологічне благополуччя значною мірою прогнозує залежну змінну, є статистично значущою і адекватно пояснює мінливість залежної змінної (тобто

відхилення середнього значення залежної змінної (загальне психологічне благополуччя) від нуля не є випадковим). Це можна стверджувати на підставі того, що р-значення, пов'язане з F-статистикою, є значущим (121, р-значення = < 2.2e-16).

Остання з основних моделей оцінює вплив соціальної підтримки на загальний індекс психологічного благополуччя пацієток з РМЗ (табл. 3.28).

Таблиця 3.28

Регресійна модель впливу соціальної підтримки на загальний індекс психологічного благополуччя онкопацієток

Предиктор	Коефіцієнт	Ст. похибка	t-значення	p-значення	Значущість
Константа	100.28053	7.46543	13.433	<0.00001	***
Тип онкології	-4.47142	2.29735	-1.946	0.05362	.
Загальний рівень якості життя	-0.98086	0.08191	-11.975	<0.00001	***
«Показник соціальної підтримки» (MSPSS): загальний бал	0.25305	0.07003	3.614	0.00042	***
Множ. $R^2 = 0.5737$					
Скориг. $R^2 = 0.5645$					

Примітка: *** - $p \leq 0.001$, ** - $0.001 < p \leq 0.01$, * $0.01 < p \leq 0.05$, . - $0.05 < p \leq 0.1$

Перш за все слід оцінити показники предикторів базової моделі: значущість змінної «Загальний рівень якості життя» як і раніше залишається дуже високою. Важливо також зазначити, що внесок змінної «Тип онкології» у даній моделі є значно більш вагомим, ніж він був у моделі, яка оцінювала фактори емоційного стану. Коефіцієнт змінної «Тип онкології» (-4.47142) вказує на те, що, в контексті оцінки соціальної підтримки, у жінок з РМЗ загальний індекс психологічного благополуччя менше приблизно на 4,5 бали, порівняно з пацієнтами, які мають інший вид онкології. Проте, р-значення демонструє, що

статистична значущість цього результату не є достатньо високою, щоб робити чіткі висновки ($p = 0.054$).

Загальний бал «Багатовимірної шкали оцінки соціальної підтримки» (MSPSS) є ключовою складовою блоку факторів, пов'язаних із соціальною підтримкою. Цей показник відображає ступінь сприйняття людиною доступності соціальної підтримки з різних джерел (сім'я, друзі, партнер). Загальний бал «Багатовимірної шкали оцінки соціальної підтримки» (MSPSS) показує високу статистичну значущість у прогнозуванні загального індексу психологічного благополуччя жінок з РМЗ ($p = 0.00042$). У той же час, згідно з відповідним коефіцієнтом (0.25305), збільшення балу «Багатовимірної шкали оцінки соціальної підтримки» (MSPSS) на одиницю відповідає зростанню показника за шкалою «Загальний індекс психологічного благополуччя» (PGWBI) приблизно на 0,25 бали. Отже, наявність підтримки з боку значимих осіб становить важливий фактор, який може впливати на психічний стан, емоційну стійкість та загальний рівень самопочуття пацієнтів. Ключове значення соціальної підтримки полягає в тому, що вона забезпечує емоційну валідацію, почуття важливості та надає можливість покладатися на близьких у важкі часи боротьби з онкологічним захворюванням. Жінки з РМЗ, які мають сильну соціальну підтримку, зазвичай почуваються менш самотніми і більш позитивно налаштовані. У контексті загального індексу психологічного благополуччя соціальна підтримка сприяє зниженню стресу, надає можливості для покращення самопочуття, а також додає віри у власні сили. Все це дає змогу пацієнткам ефективніше справлятися із викликами, які супроводжують процес лікування. Отже, наявність соціальної підтримки є важливим чинником, що сприяє психологічному благополуччю жінок з РМЗ, забезпечуючи необхідну емоційну опору та більш позитивне ставлення до ситуації захворювання.

Ця регресійна модель оцінки впливу соціальної підтримки на загальний індекс психологічного благополуччя, у комбінації з базовими предикторами, пояснює близько 56,5% дисперсії психологічного благополуччя жінок з РМЗ (скориговане значення R-квадрату, яке є більш точною оцінкою якості моделі,

становить 0.5645). Показник цієї моделі є меншим, ніж такі показники попередніх моделей. Відповідно вона має порівняно меншу пояснювальну силу. Проте до складу цієї моделі включено меншу кількість предикторів: у якості складових фактору соціальної підтримки виступає тільки показник «Багатовимірної шкали оцінки соціальної підтримки» (MSPSS). А це також впливає на відповідні показники. Попри те, варто зазначити, що F-статистика та її значущість (62.79, р-значення = $< 2.2e-16$) підтверджує високу здатність цієї регресійної моделі передбачати мінливість залежної змінної.

Таким чином, регресійний аналіз дозволив встановити, що на формування психологічного благополуччя жінок з РМЗ найбільше впливає їхній емоційний стан. Зокрема, високі рівні депресії і тривоги значно погіршують якість життя і загальний стан пацієнток, негативно впливаючи на процес лікування і їхнє ставлення до свого становища. Менший, але досить значущий внесок робить наявність соціальної підтримки і ступінь адаптації до хвороби. Останнє проявляється у розвиненості певних копінгових стратегій, наявності загального сенсу у житті і внутрішній мотивації.

3.3. Аналіз динаміки психологічного благополуччя в залежності від клінічної стадії захворювання і психосоціальних факторів

Метою лонгітюдного дослідження було вивчити характер змін у рівні психологічного благополуччя та його параметрів у жінок з РМЗ на різних стадіях лікування під впливом як внутрішніх (особистісних, емоційних), так і зовнішніх (соціальних) чинників. Складовими психологічного благополуччя, динаміка яких досліджувалась, стали: прояви тривоги та депресії, емоційні стани, сенс життя, якість життя, рівень адаптованості до діагнозу та сприйняття соціальної підтримки. Для цього було проведено три хвилі збору даних: первинний зріз, зріз після 3 місяців і зріз після 6 місяців (перша хвиля включала і клінічні, і контрольні групи, друга та третя – лише учасниць з РМЗ).

З цією метою було проведено регресійний аналіз зі змішаною лінійною моделлю (LMM). Залежною змінною у регресії виступав загальний індекс психологічного благополуччя, виміряний відповідною шкалою – «Загальний індекс психологічного благополуччя» (PGWBI). Предикторами були загальні показники за методиками: «Госпітальна шкала тривоги та депресії» (HADS), «Шкала емоційних станів» (PANAS), «Багатовимірна шкала оцінки соціальної підтримки» (MSPSS), «Шкала якості життя онкопацієнтів» (EORTC QLQ–30), «Показник психічної адаптації до онкологічного діагнозу» (MAC), «Шкала сенсу життя» Дж. Крамбо та Л. Махоліка. Показники за цими методиками відображають такі змінні, як: рівні тривоги та депресії, емоційні стани, сприйняття соціальної підтримки, рівень якості життя, міра адаптованості до онкологічного діагнозу та сенс життя відповідно.

Таблиця 3.29

Регресійна модель впливу емоційних станів на загальний індекс психологічного благополуччя онкопацієнток з плином часу

Фіксовані ефекти					
Параметр	Оцінка	Ст. похибка	Ступені свободи	t-значення	p-значення
Константа	37.94	21.13	57.40	1.80	0.0778
Хвиля	23.12	13.72	37.50	1.69	0.1002
«Шкала емоційних станів» (PANAS)	0.43	0.46	56.63	0.95	0.3450
Інтеракція: Хвиля+ «Шкала емоційних станів» (PANAS)	-0.51	0.30	37.78	-1.70	0.0979
Випадкові ефекти					
Групи	Назва	Варіативність	Ст. відхилення		
ID	Константа	335.51	18.32		
	Залишки	73.45	8.57		

Примітка: Значення ($p < 0.001$) вказують на високий рівень статистичної значущості, ($p < 0.1$) вказує на тенденцію до статистичної значущості.

У таблиці 3.29 наведено результати регресійного аналізу, які відображають характер впливу взаємодії хвиль дослідження та емоційних станів (вимірних за допомогою методики «Шкала емоційних станів» (PANAS)) на загальний індекс психологічного благополуччя онкопацієнтів.

Базовий рівень загального індексу психологічного благополуччя (константа становить 37.94) на початку дослідження є низьким. Цей базовий рівень оцінюється за умови нульових показників за «Шкалою емоційних станів» (PANAS), тобто тоді, коли різниця позитивного і негативного афекту дорівнює 0. Враховуючи, що статистична значущість ($p = 0.0778$) виходить за межі прийнятного значення (0.05), необхідні подальші дослідження факторів, які можуть впливати на загальний індекс психологічного благополуччя онкопацієнтів на різних етапах лікування.

Сам фактор часу (змінна «Хвиля») не є статистично значущим ($p = 0.1002$), хоча і спостерігається певна позитивна тенденція до змін.

Так само загальний бал емоційних станів за «Шкалою емоційних станів» (PANAS) не є статистично значущим чинником впливу на досліджувані показники загального індексу психологічного благополуччя ($p = 0.3450$). Це може свідчити про стабільний емоційний стан пацієнтів або ж про те, що вплив інших факторів формування загального психологічного благополуччя може виявитись вагомим у даному контексті.

Оцінка взаємодії між змінною «Хвиля» та показником за «Шкалою емоційних станів» (PANAS) вказує на те, що спостерігається тенденція до зміни характеру впливу емоційних станів на загальний індекс психологічного благополуччя онкопацієнтів з РМЗ з плином часу ($p = 0.0979$). Від'ємна оцінка параметра (-0.51) вказує на те, що відбувається поступове зменшення показників загального індексу психологічного благополуччя та збільшенням балів за «Шкалою емоційних станів» (PANAS) у кожній наступній хвилі дослідження. Але ця взаємодія є неоднозначною і потребує подальшого вивчення для більш

детального розуміння. У цілому, ці результати вказують на складні взаємозв'язки між емоційним станом (показником за «Шкалою емоційних станів» (PANAS)) та загальним індексом психологічного благополуччя у пацієнток з РМЗ протягом різних хвиль дослідження.

Таблиця 3.30

Регресійна модель впливу тривоги та депресії на загальний індекс психологічного благополуччя онкопацієнток з плином часу

Фіксовані ефекти					
Параметр	Оцінка	Ст. похибка	Ступені свободи	t-значення	p-значення
Константа	93.77	5.62	62.02	16.68	< 2e-16
Хвиля	2.57	4.08	53.89	0.63	0.532
«Госпітальна шкала тривоги та депресії» (HADS)	-2.18	0.34	70.44	-6.49	1.04e-08
Інтеракція: Хвиля + «Госпітальна шкала тривоги та депресії» (HADS)	-0.22	0.25	63.84	-0.86	0.391
Випадкові ефекти					
Групи	Назва	Варіативність	Ст. відхилення		
ID	Константа	33.20	5.762		
	Залишки	61.03	7.812		

Примітка: Значення ($p < 0.001$) вказують на високий рівень статистичної значущості, ($p < 0.1$) вказує на тенденцію до статистичної значущості.

Наведена вище (табл. 3.30) змішана лінійна модель створена для перевірки особливостей взаємодії між такими незалежними змінними: «Хвиля» та показники тривоги і депресії за методикою «Госпітальна шкала тривоги та депресії» (HADS). Взаємодія між цими незалежними змінними оцінюється у якості чинника впливу на загальний індекс психологічного благополуччя

онкопацієнок з РМЗ. Отримані результати вказують на декілька закономірностей.

По-перше, на початку дослідження, у випадку нульових балів за показниками «Госпітальної шкали тривоги та депресії» (HADS), у пацієнок з РМЗ очікується досить високий рівень психологічного благополуччя (константа 93.77). І цей показник є статистично значущим ($p = < 2e-16$). Коефіцієнт оцінки для тривоги та депресії (за показниками «Госпітальної шкали тривоги та депресії» (HADS)) дорівнює -2.18 і є статистично значущим ($p < 1.04e-08$). Цей результат демонструє, що, зі збільшенням балів «Госпітальної шкали тривоги та депресії» (HADS) на одиницю, передбачається зниження загального індексу психологічного благополуччя онкопацієнок з РМЗ приблизно на 2 бали. Отже вищі рівні тривоги та депресії призводять до суттєвого зниження показників загального благополуччя у онкопацієнок з РМЗ.

При цьому сам фактор часу не є статистично значущим ($p = 0.532$). Це означає, що плин часу не має суттєвого впливу на загальний індекс психологічного благополуччя протягом дослідження. Такий результат може свідчити про відносну стабільність психологічного благополуччя онкопацієнок з РМЗ протягом досліджуваного періоду або ж про ефективність лікувальних чи підтримуючих втручань.

Так само не спостерігається статистично значущої взаємодії між змінною «Хвиля» та показниками «Госпітальної шкали тривоги та депресії» (HADS) у якості незалежних змінних ($p = 0.391$). Такий результат свідчить про те, що вплив часу не є статистично значущим у тому як ступінь прояву тривоги і депресії у онкопацієнтів з РМЗ позначається на їхньому загальному індексі психологічного благополуччя. Можливо, це пов'язано із тим, що тривога та депресія є факторами, які чинять постійний вплив на загальне психологічне благополуччя, незалежно від періоду лікування чи ремісії.

Узагальнюючи, результати цієї регресійної моделі показують, що прояви тривоги і депресії мають значущий негативний вплив на загальне психологічне

благополуччя онкопацієнок з РМЗ, і характер цього впливу не залежить від плинину часу.

Таблиця 3.31

Регресійна модель впливу соціальної підтримки на загальний індекс психологічного благополуччя онкопацієнок з плином часу

Фіксовані ефекти					
Параметр	Оцінка	Ст. похибка	Ступені свободи	t-значення	p-значення
Константа	42.46	12.10	63.57	3.51	0.000836
Хвиля	-12.421	7.80	31.11	-1.59	0.121499
«Багатомірна шкала оцінки соціальної підтримки» (MSPSS)	0.24	0.19	63.79	1.28	0.205017
Інтерація: Хвиля + «Багатомірна шкала оцінки соціальної підтримки» (MSPSS)	0.21	0.12	30.09	1.78	0.085233
Випадкові ефекти					
Групи	Назва	Варіативність	Ст.відхилення		
ID	Константа	285.89	16.91		
	Залишки	64.87	8.05		

Примітка: Значення ($p < 0.001$) вказують на високий рівень статистичної значущості, ($p < 0.1$) вказує на тенденцію до статистичної значущості.

У таблиці вище (табл. 3.31.) наведено результати регресійної моделі, яка вивчає взаємодію таких незалежних змінних у якості чинників впливу на загальний індекс психологічного благополуччя пацієнок з РМЗ: «Хвиля» та показники за методикою «Багатомірна шкала оцінки соціальної підтримки» (MSPSS).

Оцінка константи (42.46) вказує на те, що базовий рівень загального психологічного благополуччя пацієнок з РМЗ при нульовій соціальній підтримці складає приблизно 42.5 бали. А це є нижчим за середні показники. До

того ж, ці результати є статистично значущими ($p = 0.000836$). Як наслідок, підтверджується теза про те, що відсутність соціальної підтримки суттєво впливає на рівень загального психологічного благополуччя пацієнток з РМЗ.

Ефект впливу змінної «Хвиля» не є статистично значущим (оцінка -12.42 та p -значення 0.121499). Це свідчить про відсутність вагової залежності між хвилею дослідження та психологічним благополуччям пацієнток у даній моделі. Проте від'ємний коефіцієнт вказує на те, що є тенденція до зниження психологічного благополуччя з часом.

Загальний бал за методикою «Багатовимірна шкала оцінки соціальної підтримки» (MSPSS) показує незначний вплив на зростання загального індексу психологічного благополуччя – на 0.24 (з p -значенням 0.205017, що не дозволяє вважати його статистично значущим).

Взаємодія між хвилею дослідження та загальним балом сприйняття соціальної підтримки має оцінку 0.21 та p -значення 0.085233. Це свідчить про те, що важливість сприйняття соціальної підтримки у якості чинника загального психологічного благополуччя онкопацієнток з РМЗ зростає з плином часу. Хоча цей результат також не є статистично значущим на загальноприйнятому рівні ($0.085233 > 0.05$), він може вказувати на потенційну роль обумовлених плином часу змін сприйняття соціальної підтримки у формуванні загального психологічного благополуччя онкопацієнток з РМЗ.

Таблиця 3.32

Регресійна модель впливу показника психічної адаптації до онкозахворювання на загальний індекс психологічного благополуччя онкопацієнток з плином часу

Фіксовані ефекти					
Параметр	Оцінка	Ст. похибка	Ступені свободи	t-значення	p-значення
Константа	-25.87	21.71	63.72	-1.19	0.238
Хвиля	-13.15	15.98	48.40	-0.82	0.414
«Показник психічної»	0.7576	0.1905	63.9211	3.977	0.00018

адаптації до онкологічного діагнозу» (МАС): загальний бал					
Інтеракція: Хвиля + «Показник психічної адаптації до онкологічного діагнозу» (МАС)	0.111	0.138	47.823	0.8	0.427
Випадкові ефекти					
Групи	Назва	Варіативність	Ст.відхилення		
ID	Константа	103.97	10.197		
	Залишки	82.25	9.069		

Примітка: Значення ($p < 0.001$) вказують на високий рівень статистичної значущості, ($p < 0.1$) вказує на тенденцію до статистичної значущості.

Наступний досліджуваний предиктор – загальна міра адаптованості до онкологічного діагнозу (виміряна за показником «Шкали психічної адаптації до онкологічного діагнозу» (МАС)). Регресійна модель впливу цієї незалежної змінної на загальний індекс психологічного благополуччя онкопацієнток у взаємозв'язку зі змінною «Хвиля» наведена у таблиці вище (табл. 3.32).

Спершу варто звернути увагу на те, що сам по собі показник рівня адаптації до онкологічного діагнозу (загальний бал за «Шкалою психічної адаптації до онкологічного діагнозу» (МАС)) однозначно демонструє статистичну значущість у якості предиктора, що впливає на загальний індекс психологічного благополуччя жінок з РМЗ ($p = 0.00018$). Коефіцієнт вказує на позитивний характер цього впливу. Тобто, зі збільшенням балу за «Шкалою психічної адаптації до онкологічного діагнозу» (МАС) загальний індекс психологічного благополуччя передбачувано збільшується приблизно на 0.8 балу. Це означає, що пацієнтки з вищим рівнем адаптації до онкологічного діагнозу здатні краще долати стрес, пов'язаний із хворобою, і, як наслідок, відчувають вищий рівень загального психологічного благополуччя. Цей

результат вказує на те, що адаптації до онкологічного діагнозу чинить суттєвий вплив на психічний стан людини, яка стикається з онкологічним діагнозом. Коли рівень адаптації вищий, пацієнтка краще справляється з психологічними викликами, які ставить перед нею онкологічне захворювання та відповідне лікування.

Цікавим для інтерпретації також є значення константи (-25.87), яке вказує на очікуваний базовий рівень загального психологічного благополуччя при нульовому рівні адаптації до онкозахворювання (на початковій хвилі дослідження). Від'ємне значення може означати, що загалом значення за «Шкалою психічної адаптації до онкологічного діагнозу» (МАС) у вибірці можуть значно відрізнитись від нуля, тому реальні спостереження залежної змінної (загальний індекс психологічного благополуччя) при нульових значеннях цієї незалежної змінної можуть бути рідкісними або взагалі відсутніми серед досліджуваних. Такий від'ємний показник також демонструє, що низькі значення психічної адаптованості пацієнток до онкологічного діагнозу пов'язані з низьким рівнем психологічного благополуччя. Проте рівень статистичної значущості цього спостереження не є достатнім для того, аби використовувати його для узагальнень ($p = 0.238$).

Оцінка для параметра «Хвиля» (-13.15) не є статистично значущою ($p = 0.414$). Це означає, що значущих змін у рівні загального психологічного благополуччя пацієнток з РМЗ з плином часу не відбувається, якщо не враховувати інші фактори.

Інтеракція змінної «Хвиля» з результатами за «Шкалою психічної адаптації до онкологічного діагнозу» (МАС) (оцінка становить 0.111) також не є статистично значущою ($p = 0.427$). Це означає, що вагомої взаємодії між рівнем адаптації до онкологічного діагнозу та плином часу немає, коли йдеться про вплив на загальний індекс психологічного благополуччя пацієнток з РМЗ. Хоча певна позитивна тенденція змін і простежується.

Отже, результати, отримані при побудові цієї моделі, показують, що рівень психічної і психологічної адаптації до онкологічного діагнозу має значущий

позитивний вплив на загальний індекс психологічного благополуччя пацієнток з РМЗ. Проте вплив плину часу (незалежна змінна «Хвиля»), а також взаємодія між плином часу та рівнем психічної адаптації до онкологічного діагнозу не є статистично значущими чинниками впливу на залежну змінну.

Таблиця 3.33

Регресійна модель впливу рівня якості життя на загальний індекс психологічного благополуччя онкопацієнток з плином часу

Фіксовані ефекти					
Параметр	Оцінка	Ст. похибка	Ступені свободи	t-значення	p-значення
Константа	114.83	12.53	62.67	9.17	3.50e-13
Хвиля	5.85	9.01	43.66	0.65	0.520
«Шкала якості життя онкопацієнтів» (EORTC QLQ-30)	-1.024	0.23	62.796	-4.46	3.49e-05
Інтерація: Хвиля + «Шкала якості життя онкопацієнтів» (EORTC QLQ-30),	-0.13	0.17	44.93	-0.78	0.441
Випадкові ефекти					
Групи	Назва	Варіативність	Ст. відхилення		
ID	Константа	89.38	9.454		
	Залишки	84.63	9.199		

Примітка: Значення ($p < 0.001$) вказують на високий рівень статистичної значущості, ($p < 0.1$) вказує на тенденцію до статистичної значущості.

Регресійна модель, наведена вище (табл. 3.33) демонструє взаємозв'язок параметрів якості життя онкопацієнток з РМЗ (показника за методикою «Шкала якості життя онкопацієнтів» (EORTC QLQ-30)) та змінної «Хвиля» у якості незалежних змінних, які чинять вплив на залежну змінну, а саме: загальний індекс психологічного благополуччя онкопацієнток.

Одразу помітно, що вплив рівня якості життя (показник за «Шкалою якості життя онкопацієнтів» (EORtC QLQ–30)) на загальний індекс психологічного благополуччя досліджуваних є статистично значущим (p -значення становить $3.49e-05$). Оцінка -1.024 вказує на те, що зі збільшенням на одиницю показників за «Шкалою якості життя онкопацієнтів» (EORtC QLQ–30), рівень загального психологічного благополуччя зменшується приблизно на одиницю. Проте варто пам'ятати, що сутність питань у складі «Шкали якості життя онкопацієнтів» (EORtC QLQ–30) робить аналіз її результатів інвертованим, а саме: високі бали за цією шкалою відповідають низькій якості життя. Як наслідок, отриманий результат вказує на те, що зі зростанням якості життя онкопацієнток (зменшенням негативних аспектів, таких як біль і дискомфорт), загальне психологічне благополуччя покращується.

Константа у цій моделі (114.83) вказує на очікуване середнє значення індексу загального психологічного благополуччя у пацієнток з РМЗ на початку дослідження, при нульовому значенні за «Шкалою якості життя онкопацієнтів» (QLQ–30). Її показник є статистично значущим ($p = 3.50e-13$). При слід враховувати, що максимальний можливий бал за методикою «Загальний індекс психологічного благополуччя» (PGWBI) дорівнює 110. Причиною того, що константа перевищує цю межу, може бути те, що «Шкала якості життя онкопацієнтів» (QLQ–30) має, як зазначалося вище, інвертовані показники. І, як наслідок, обернений зв'язок з індексом загального психологічного благополуччя. Тобто нижчий бал за «Шкалою якості життя онкопацієнтів» (QLQ–30) вказує на вищий рівень якості життя, який пов'язаний, у свою чергу, із вищим рівнем загального психологічного благополуччя онкопацієнток з РМЗ. Проте через те, що у вибірці насправді не трапляються настільки низькі бали (близькі до нуля) за «Шкалою якості життя онкопацієнтів» (QLQ–30), оцінка константи відображає гіпотетичний показник, який неможливо досягти на основі наявної бази даних.

Коефіцієнт для змінної «Хвиля» (5.85) не є статистично значущим ($p = 0.520$). Це означає, що сам по собі час (етап дослідження) не має значущого

впливу на загальний індекс психологічного благополуччя онкопацієнток з РМЗ при інших фіксованих умовах.

Так само і коефіцієнт інтеракції між змінними «Хвиля» і якістю життя (показником за «Шкалою якості життя онкопацієнтів» (QLQ–30)) (-0.13) не є статистично значущим ($p = 0.441$). Тобто взаємодія між етапом дослідження та рівнем якості життя не має статистично значущого впливу на загальне психологічне благополуччя онкопацієнток з РМЗ. Скоріше внесок даного параметру є стабільно важливим для формування загального психологічного благополуччя і не залежить від плину часу. При цьому важливість рівня якості життя для благополуччя онкопацієнток з РМЗ, підтверджує вагомість цього аспекту для загального самопочуття та психічного стану. Навіть з часом вплив якості життя залишається стійким і визначальним для загального психологічного благополуччя пацієнток з РМЗ.

Таблиця 3.34

Регресійна модель впливу сенсу життя на загальний індекс психологічного благополуччя онкопацієнток з плином часу

Фіксовані ефекти					
Параметр	Оцінка	Ст. похибка	Ступені свободи	t-значення	p-значення
Константа	16.93	11.88	50.77	1.424	0.160503
Хвиля	-7.45	9.18	40.71	-0.812	0.421460
«Шкала сенсу життя»	0.47	0.13	50.75	3.665	0.000591
Інтеракція: Хвиля + «Шкала сенсу життя»	0.08	0.097	39.63	0.838	0.407166
Випадкові ефекти					
Групи	Назва	Варіативність	Ст. відхилення		
ID	Константа	117.36	10.833		
	Залишки	84.97	9.218		

Примітка: Значення ($p < 0.001$) вказують на високий рівень статистичної значущості, ($p < 0.1$) вказує на тенденцію до статистичної значущості.

Остання з досліджуваних регресійних моделей демонструє взаємодію таких незалежних змінних: показник за «Шкалою сенсу життя» та плин часу («Хвиля»). І демонструє їхній вплив на загальний індекс психологічного благополуччя онкопацієнток з РМЗ (табл. 3.34).

Коефіцієнт константи дорівнює 16.93, проте він не є статистично значущим ($p = 0.160503$). Тобто не слід робити узагальнених висновків щодо передбачуваного базового рівня загального психологічного благополуччя у пацієнток з РМЗ на початку дослідження, які могли б спостерігатися у випадку нульових показників за «Шкалою сенсу життя». Проте сам коефіцієнт є досить низьким, що може свідчити про те, що, за відсутності сенсу у житті онкопацієнток з РМЗ, бали за загальним індексом психологічного благополуччя суттєво знижуються.

Сама оцінка впливу сенсу життя (0.47) є статистично значущою ($p = 0.000591$). Цей результат підтверджує суттєвий вплив сенсу життя на загальний індекс психологічного благополуччя. Позитивне значення коефіцієнта свідчить про те, що більш високі показники за «Шкалою сенсу життя» асоціюються з вищим рівнем загального психологічного благополуччя (зростання балу за «Шкалою сенсу життя» призводить до збільшення «Загального індексу психологічного благополуччя» (PGWBI) приблизно на 0.5). У контексті онкозахворювання пацієнтки стикаються зі значним стресом. І смисложиттєві орієнтації визначають спосіб, у який пацієнтки сприймають стресори, що походять із цієї ситуації. А також те, як вони реагують на складні життєві обставини. Люди з високим рівнем за «Шкалою сенсу життя» схильні вважати власні дії значимими. Також вони усвідомлюють власну здатність впливати на життя, навіть у важких обставинах. Зважаючи, що сенс життя та смисложиттєві орієнтації пов'язані з такими конструктами, як резилієнтність, оптимізм і самовідчуття, такі люди зазвичай краще адаптуються до стресових ситуацій, мають більше емоційних ресурсів для подолання труднощів. Все це може позитивно впливати на їхню психічну стійкість і, відповідно, загальний індекс психологічного благополуччя.

Результати вказують на те, що вплив змінної «Хвиля» (зі значенням -7.45) не є статистично значущим ($p = 0.421$). Це свідчить про відсутність вагомого впливу змінної «Хвиля» (плин часу) на загальний індекс психологічного благополуччя онкопацієнок з РМЗ. Проте від'ємний коефіцієнт відображає тенденцію до зниження загального психологічного благополуччя з плином часу.

Коефіцієнт інтеракції змінної «Хвиля» із сенсом життя досить малий (становить 0.08) і не є статистично значущим ($p = 0.407$). Ці показники вказують на те, що плин часу (змінна «Хвиля») не модифікує вплив сенсу життя на загальний індекс психологічного благополуччя онкопацієнок з РМЗ.

В цілому, модель показує, що сенс життя має важливий вплив на загальний індекс психологічного благополуччя онкопацієнок з РМЗ і плин часу не змінює міри внеску цього фактора у загальний індекс психологічного благополуччя.

Таким чином, у рамках лонгітюдного дослідження такі параметри, як: сенс життя, рівень адаптованості до онкологічного діагнозу, тривога, депресія та якість життя продемонстрували стабільний вплив на психологічне благополуччя пацієнок з РМЗ. Це свідчить про необхідність системного підходу до психологічної підтримки онкопацієнтів з раком молочної залози, орієнтованого на підтримку позитивного емоційного стану, зменшення рівня тривоги і депресії, а також покращення якості життя впродовж усього лікування та реабілітаційного періоду. Такий підхід може включати індивідуальні консультації психолога, групові психотерапевтичні сесії, програми психосоціальної підтримки та регулярне спостереження за психічним станом пацієнтів. Додаткові дослідження в цьому напрямку можуть допомогти у вдосконаленні підходів до психологічної підтримки онкопацієнтів, що сприятиме покращенню їхнього психічного стану, загального самопочуття та якості життя під час боротьби з онкологічним захворюванням.

3.4. Практичні напрямки роботи з онкопацієнтами з РМЗ

Отримані в межах дисертаційного дослідження дані підтверджують важливість всебічного підходу до психологічної підтримки онкопацієнток із РМЗ. Психологічне благополуччя даної групи осіб є багатовимірним конструктом та включає фізичні, емоційні, соціальні та духовні аспекти. Пропоновані практичні рекомендації спрямовані на підвищення ефективності роботи практичних психологів і медичних фахівців, які працюють з цією категорією пацієнток.

Тривога та депресія є поширеними емоційними реакціями, що негативно впливають на психологічне благополуччя онкопацієнток з РМЗ [208]. Індивідуальні консультації психолога повинні включати роботу зі страхами та переживаннями пацієнток щодо лікування, рецидивів або наслідків хвороби. Використання технік КПТ, які дозволяють виявити та змінити деструктивні мисленнєві патерни, сприятиме зниженню тривожності та покращенню психологічної адаптації, навчатиме пацієнток ефективним стратегіям подолання стресу [58, 80, 81].

Екзистенційна терапія також може бути перспективною в роботі з онкопацієнтками. Цей вид терапії підкреслює важливість усвідомлення сенсу життя та особистої відповідальності за його наповнення, що може допомогти пацієнткам знаходити внутрішні ресурси для подолання кризових ситуацій. Як підкреслює І. Ялом, прийняття себе та відкритість до нових життєвих викликів сприяють психологічній стійкості [223]. Екзистенційний підхід може допомогти пацієнткам знайти нові смисли та цінності у житті, що сприйтиме зниженню тривоги та підтримуватиме їх під час лікування.

Оскільки для багатьох жінок проведення мастектомії або інших хірургічних втручань супроводжується суттєвими змінами у сприйнятті власного тіла, що може негативно впливати на самооцінку та впевненість у собі [121], робота психолога також має включати вправи з покращення

самоприйняття, техніки з дзеркальною терапією, де пацієнтки поступово адаптуються до змін у зовнішності, та арт-терапію, яка сприяє вираженню емоцій та формуванню позитивного сприйняття власного тіла.

Важливою складовою психологічної підтримки є залучення соціальних контактів пацієнток та підтримка з боку родини, друзів та медичного персоналу. Соціальна підтримка сприяє зниженню відчуття ізоляції та підвищенню емоційної стійкості [31, 92]. Групові терапевтичні сесії можуть допомогти пацієнткам обмінюватися досвідом, отримувати підтримку від інших жінок із подібними проблемами та знаходити нові шляхи подолання стресу [38]. У контексті роботи з родичами корисними можуть бути освітні семінари, де вони дізнаються про психологічні аспекти хвороби та отримують рекомендації щодо підтримки своїх близьких.

Психоосвітні програми також необхідні для підвищення рівня обізнаності пацієнток про своє захворювання, його вплив на емоційний стан та можливі способи психологічної адаптації. Програми повинні охоплювати теми, пов'язані з фізичними аспектами лікування, емоційними реакціями на стрес і методами боротьби з ними, такими як дихальні вправи, медитації, ведення щоденника емоцій та релаксаційні техніки. Навчання основам самодопомоги дозволило б пацієнткам самостійно управляти своїм емоційним станом у повсякденному житті.

Зважаючи на значний вплив фінансового стану на психологічне благополуччя пацієнток, важливо створити та розвивати програми фінансової підтримки та соціальної допомоги, що забезпечать доступ до необхідних ресурсів. Це може включати консультування щодо отримання матеріальної допомоги від благодійних фондів та державних програм, що могло б полегшити фінансові труднощі та знизити рівень стресу пацієнток.

Окрім того, психологам рекомендується працювати з пацієнтками від моменту встановлення діагнозу до завершення лікування і навіть під час ремісії. На початкових етапах діагностики важливо допомогти пацієнткам прийняти діагноз та адаптуватися до нових життєвих умов. Це включає допомогу у

формуванні реалістичних очікувань, зниження рівня тривоги та профілактику депресивних станів. Рекомендується включення технік самоуправління стресом та релаксації, щоб допомогти знизити фізіологічні реакції на стрес. Психологічна підтримка повинна тривати й після завершення основного курсу лікування. Створення програм довгострокового супроводу допомагає підтримувати психологічне благополуччя та запобігати можливим рецидивам депресії чи тривоги. Рекомендується періодичний моніторинг емоційного стану пацієнток за допомогою психодіагностичних методів для своєчасного коригування терапевтичних підходів.

Комплексне застосування цих рекомендацій допоможе створити цілісну систему психологічної допомоги, яка враховувала б специфіку психологічного благополуччя онкопацієнток із РМЗ.

Висновки до третього розділу

1. За допомогою порівняння груп були досліджені відмінності у параметрах загального психологічного благополуччя онкопацієнток з РМЗ залежно від соціо-демографічних характеристик. Зокрема, найбільшу різницю було виявлено серед онкопацієнток із різним фінансовим статусом. Виявилось, що зв'язок з матеріальним забезпеченням мають майже усі шкали «Загального індексу психологічного благополуччя» (PGWBI). Загалом, у групах з низьким фінансовим статусом частіше спостерігаються вищі рівні тривожності та депресії, проблеми зі здоров'ям та погіршення загального психологічного благополуччя. Онкопацієнтки з РМЗ, чий фінансовий стан дає змогу легко задовольняти нагальні потреби, забезпечувати належне лікування та рівень якості життя, загалом почувають себе впевненіше і стабільніше, легше адаптуються до ситуації хвороби. Крім того рівень фінансового благополуччя має стійку взаємозалежність із загальним здоров'ям. Це пояснюється тим, що онкопацієнтки з вищим рівнем фінансового забезпечення мають можливість виділяти більше коштів на підтримання власного фізичного здоров'я та

лікування. Пацієнтки з вищим фінансовим статусом можуть мати ширший доступ до таких послуг, як: медична допомога, психологічна підтримка, реабілітаційні програми тощо. Це сприяє посиленню почуття контролю над ситуацією, а також зменшує їхню схильність покладатися на зовнішні обставини.

Окрім того, значущим фактором, який пов'язаний із загальним індексом психологічного благополуччя, є наявність діагностованих психічних розладів. Пацієнтки з діагностованими психічними розладами мають значно нижчі показники «Загального індексу психологічного благополуччя» (PGWBI). Це свідчить, що важливо вчасно виявляти та лікувати психічні розлади для того, аби поліпшити загальний індекс психологічного благополуччя онкопацієнток із РМЗ. Діагностовані психічні розлади мають найбільш виражені зв'язки із субшкалами «Загального індексу психологічного благополуччя» (PGWBI), які відображають емоційний стан, зокрема прояви депресії та тривожності.

Інші соціально-демографічні показники (рівень освіти, робоча зайнятість, сімейний стан) показали менше значущих зв'язків зі шкалами «Загального індексу психологічного благополуччя» (PGWBI).

2. Аналіз кореляцій виявив важливі зв'язки між різними аспектами психологічного благополуччя у пацієнток з онкологічними захворюваннями. Було виявлено сильний зв'язок загального індексу психологічного благополуччя з проявами позитивних емоцій, оптимізмом і гарним самопочуттям у онкопацієнток. До того ж сильна негативна кореляція зі шкалами депресії та тривоги свідчить про те, що високий рівень загального психологічного благополуччя може вказувати на більш оптимістичний погляд на життя і психологічну стійкість. Це, своєю чергою, знижує прояви депресії та тривоги, які суттєво погіршують якість життя онкопацієнток з РМЗ, а також їхню сприйнятливність до лікування. Тривога та депресія можуть також сприяти розвитку інших розладів психічного здоров'я.

Сильна кореляція рівня загального психологічного благополуччя з якістю життя демонструє, що накопичення симптомів, пов'язаних із фізичними,

емоційними або психологічними проблемами також суттєво знижує задоволеність життям і власним станом у онкопацієнок з РМЗ.

Аналогічно, суттєві позитивні взаємозв'язки загального індексу психологічного благополуччя зі «Шкалою сенсу життя» та рівнем психічної адаптації до онкологічного діагнозу свідчать про те, що пацієнтки із РМЗ, які мають високий рівень загального психологічного благополуччя, є також більш свідомими щодо свого життя, його мети, легше знаходять сенс у власному досвіді, можуть зберігати більш позитивний погляд на нього і значно краще знаходять ефективні стратегії адаптації до нових умов, спричинених захворюванням. Все це сприяє їхньому психологічному благополуччю та кращій загальній якості життя.

3. Регресійні моделі, відповідно до теоретичної моделі дослідження, відтворили взаємодію загального психологічного благополуччя онкопацієнок із основними групами факторів, що на нього впливають, а саме: адаптація до захворювання, емоційний стан та соціальна підтримка. Усі отримані моделі продемонстрували високу пояснювальну здатність, підтверджуючи гіпотезу про значущість внеску зазначених факторів у загальний індекс психологічного благополуччя жінок з РМЗ. При цьому найвищий показник досягнуто при дослідженні внеску емоційного стану, зокрема негативного впливу депресії та тривоги, які спричиняють погіршення загального психологічного благополуччя. У той же час, наявність розвинених копінгових стратегій допомагає краще адаптуватися до захворювання.

Кращі стратегії адаптації до хвороби, більш позитивне сприйняття життя, внутрішня мотивація та наявність необхідної надійної соціальної підтримки підвищують ймовірність покращення загального психологічного благополуччя пацієнок і їхнього суб'єктивного благополуччя.

4. Лонгітюдний аналіз впливу емоційних станів на психологічне благополуччя онкопацієнтів протягом тривалості дослідження показав, що сам по собі фактор плину часу (змінна «Хвиля») не є статистично значущим у визначенні загального психологічного благополуччя пацієнок з РМЗ. Проте

емоційні стани, які спочатку не виявили значущого внеску у передбачення загального психологічного благополуччя, у динаміці показують тенденцію до незначного негативного впливу на психологічний стан онкопацієнток з плином часу. У той же час, деякі зміни на різних етапах лікування можуть простежуватись і у сприйнятті соціальної підтримки жінками з РМЗ (зокрема збільшення її важливості).

Такі ж параметри, як: сенс життя, міра психічної адаптованості до онкологічного діагнозу і, особливо, рівень тривоги, депресії та якість життя виявляють стабільний вплив з плином часу і не змінюють своєї значущості у формуванні загального індексу психологічного благополуччя пацієнток з РМЗ. Це підкреслює ключову роль перерахованих змінних протягом усього періоду лікування, а також після нього.

Отже, характер впливу цих параметрів у динаміці підкреслює необхідність комплексного психологічного підходу у лікуванні пацієнток з раком молочної залози, зосередженого на підтримці позитивного психологічного стану, адаптації до хвороби та покращенні якості їхнього життя.

4. На основі отриманих результатів емпіричного дослідження розроблено рекомендації для практичних психологів, які надають допомогу онкопацієнткам із раком молочної залози. У практичній роботі з цією групою важливо враховувати багатовимірність їхнього психологічного благополуччя, звертаючи особливу увагу на емоційні стани, соціальну підтримку та адаптацію до змін у зовнішності. Підтримка має охоплювати всі етапи лікування, включаючи етапи діагностики, лікування та періоди ремісії. Запропоновано застосовувати когнітивно-поведінковий та екзистенційний підходи, адаптовані до роботи з онкопацієнтками.

ВИСНОВКИ

1. Виявлено, що психологічне благополуччя онкопацієнтів з РМЗ характеризується багатовимірністю та включає фізичні, емоційні, соціальні та духовні аспекти, які впливають на загальний рівень благополуччя. Стрес, тривога, депресія, страх перед наслідками лікування та зміни зовнішності, викликані хірургічними втручаннями, мають негативний вплив на емоційний стан жінок. Особливо це стосується тих, хто стикається з безпліддям після хіміотерапії або радикальної мастектомії. Водночас важливими аспектами є соціальна підтримка та копінгові стратегії, які допомагають мінімізувати емоційний дистрес і покращити загальний стан пацієнток. Загальний рівень психологічного благополуччя онкопацієнток залежить від комплексної взаємодії внутрішніх та зовнішніх чинників, які включають особистісні ресурси, соціальні зв'язки та доступ до підтримки.

2. Проаналізовано вплив етапів лікування на психологічне благополуччя онкопацієнтів з РМЗ. Найнижчі показники благополуччя спостерігаються на етапах встановлення діагнозу та при рецидиві захворювання. У процесі лікування, зокрема після завершення хірургічного втручання та основних етапів хіміотерапії, рівень благополуччя поступово покращується, але соціальні аспекти (взаємини з іншими людьми, сприйняття власної ролі в соціумі) часто залишаються на низькому рівні. Це свідчить про важливість психотерапевтичної допомоги протягом всього лікувального процесу, зокрема групової екзистенційної терапії та когнітивно-поведінкових підходів. Крім того, адаптація до змін у зовнішності після операцій є критичним компонентом для покращення психологічного стану пацієнток, що вимагає спеціальних психотерапевтичних підходів, спрямованих на роботу з образом тіла.

3. Розроблено емпіричну модель психологічного благополуччя онкопацієнтів з РМЗ, що заснована на теоретичних положеннях та відображає взаємозв'язок між онкозахворюванням та психологічним благополуччям пацієнток. У моделі визначені три основні групи факторів, які впливають на

благополуччя: адаптація до хвороби, емоційний стан та соціальна підтримка. Адаптація до хвороби включає такі параметри, як прийняття діагнозу, здатність пацієнток адаптуватися до змін у житті та використання копінг-стратегій. Емоційний стан характеризується рівнем депресії, тривоги та іншими проявами психічного здоров'я. Соціальна підтримка охоплює відчуття підтримки з боку родичів, друзів та медичного персоналу, що позитивно впливає на здатність пацієнток впоратися зі стресом та покращує їхній психологічний стан.

4. Показано, що фінансовий стан є одним із найсуттєвіших факторів, що впливають на рівень психологічного благополуччя онкопацієнтів з РМЗ. Жінки з вищим фінансовим забезпеченням мали кращі показники якості життя, менш схильні до депресії та тривожних розладів, що пов'язано з можливістю забезпечити належний рівень лікування, а також покращити свій фізичний стан. Пацієнтки з нижчим фінансовим статусом частіше стикаються з емоційними та психологічними труднощами через неможливість отримати якісну медичну та психологічну допомогу. Інші соціо-демографічні фактори, такі як вік, наявність дітей та рівень освіти, також мали певний вплив на благополуччя, проте їхній внесок був менш значущим порівняно з фінансовим станом. Пацієнтки з вищою освітою демонстрували кращу здатність до адаптації та використовували більш ефективні копінгові стратегії. Наявність дітей також дещо впливала на рівень психологічного благополуччя, оскільки жінки, які не мали дітей, частіше зазнавали тривоги щодо майбутнього і відчували емоційну невизначеність.

5. Відтворено взаємодію загального психологічного благополуччя онкопацієнток з основними групами факторів, що впливають на нього, відповідно до емпіричної моделі дослідження. Зокрема, адаптація до захворювання, емоційний стан та соціальна підтримка показали значущий внесок у формування загального індексу психологічного благополуччя жінок з РМЗ. Найбільший вплив мали емоційні стани, зокрема тривога та депресія, які суттєво погіршували психологічне благополуччя пацієнток. Натомість розвинені копінг-стратегії, здатність до адаптації та позитивне сприйняття життя покращували загальний стан пацієнток. Висока соціальна підтримка також

відіграла важливу роль у підтримці психологічної стійкості, дозволяючи пацієнткам ефективніше адаптуватися до захворювання.

6. Доведено, що загальний рівень психологічного благополуччя пацієнток з РМЗ не змінюється з плином часу. Проте в динаміці емоційні стани, такі як тривога та депресія, поступово демонструють негативний вплив на психологічний стан пацієнток. Крім того, було виявлено, що на різних етапах лікування соціальна підтримка набуває все більшої значущості, особливо в контексті подолання хвороби та відновлення. Інші фактори, такі як сенс життя, психічна адаптація до діагнозу, а також рівень якості життя, показали стабільний вплив з плином часу, підтверджуючи їхню важливу роль у формуванні загального індексу психологічного благополуччя пацієнток.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Антоненко, Т. Л. (2017). Ціннісно-смилова сфера особистості— фундаментальна основа її духовної безпеки. *Духовність особистості: методологія, теорія і практика*, (3), 25-34.
2. Гурлева, Т. С. (2014). Психологічна допомога клієнту у пошуку смислу особистісного існування засобами екзистенційно-гуманістичного підходу.
3. Каргіна, Н. В. Основні підходи до вивчення психологічного благополуччя особистості: теоретичний аспект / Н. В. Каргіна // *Наука та освіта: наук.-практ. журнал*. – 2015. – №3. – С.48-55. URL: <http://dspace.pdpu.edu.ua/jspui/handle/123456789/5364>
4. Нефедова, Т.О. Структурні особливості психологічного благополуччя онкологічних пацієнтів із раком молочної залози. *Габітус*. 2021. Т. 1. Випуск 28. С. 86-93.
5. Мотков, С. О. (2018). Ціннісно-смилова сфера особистості: роль, структура та функції. *Психологічний часопис*, (10), 105-128.
6. Панок, В. Г., & Рудь, Г. В. (2006). Психологія життєвого шляху особистості.
7. Сошина Ю. М. (2016). Проблема дослідження ціннісно-смилової сфери особистості: Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук. Київ. 224 с.
8. Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., ... & Takeda, F. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 85(5), 365-376.
9. Abbott, R.A., Ploubidis, G.B., Huppert, F.A. *et al.* Psychometric evaluation and predictive validity of Ryff's psychological well-being items in a UK birth cohort sample of women. *Health Qual Life Outcomes* 4, 76 (2006). <https://doi.org/10.1186/1477-7525-4-76>

10. Agarwal, J., Powers, K., Pappas, L. *et al.* Correlates of elevated distress thermometer scores in breast cancer patients. *Support Care Cancer* 21, 2125–2136 (2013). <https://doi.org/10.1007/s00520-013-1773-z>
11. Aguiñaga, S., Ehlers, D. K., Cosman, J., Severson, J., Kramer, A. F., & McAuley, E. (2018). Effects of physical activity on psychological well-being outcomes in breast cancer survivors from prediagnosis to posttreatment survivorship. *Psycho-oncology*, 27(8), 1987–1994. <https://doi.org/10.1002/pon.4755>
12. Alexander, R. (1992). Review of The Structure of Verse Language: Theoretical and Experimental Research in Russian and Serbo-Croatian Syllabo-Tonic Versification, by C. D. Tomei. *The Slavic and East European Journal*, 36(4), 516–518. <https://doi.org/10.2307/309019>
13. Alexander, S., Palmer, C., & Stone, P. C. (2010). Evaluation of screening instruments for depression and anxiety in breast cancer survivors. *Breast cancer research and treatment*, 122, 573-578.
14. Ando, N., Iwamitsu, Y., Kuranami, M., Okazaki, S., Nakatani, Y., Yamamoto, K., Watanabe, M., & Miyaoka, H. (2011). Predictors of Psychological Distress After Diagnosis in Breast Cancer Patients and Patients with Benign Breast Problems. *Psychosomatics*, 52(1), 56–64. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2010.11.012>
15. Andrews, F. M., & Crandall, R. (1976). The validity of measures of self-reported well-being. *Social Indicators Research*, 3(1), 1-19.
16. Andrykowski, M. A., Curran, S. L., Studts, J. L., Cunningham, L., Carpenter, J. S., McGrath, P. C., ... & Kenady, D. E. (1996). Psychosocial adjustment and quality of life in women with breast cancer and benign breast problems: a controlled comparison. *Journal of Clinical Epidemiology*, 49(8), 827-834.
17. Anic, P. i Tončić, M. (2013). Orientations to happiness, subjective well-being and life goals. *Psihologijske teme*, 22 (1), 135-153. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/100702>
18. Apolone, G., Filiberti, A., Cifani, S., Ruggiata, R., & Mosconi, P. (1998). Evaluation of the EORTC QLQ-C30 questionnaire: a comparison with SF-36 Health

Survey in a cohort of Italian long-survival cancer patients. *Annals of Oncology*, 9(5), 549-557.

19. Ashing-Giwa, K. T., & Lim, J.-W. (2010). Exploring the association between functional strain and emotional well-being among a population-based sample of breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 19(2), 150–159. <https://doi.org/10.1002/pon.1517>

20. Aukst-Margetić, B., Jakovljević, M., Margetić, B., Biščan, M., & Šamija, M. (2005). Religiosity, depression and pain in patients with breast cancer. *General Hospital Psychiatry*, 27(4), 250–255. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2005.04.004>

21. Aydin, E. (2008). Trauma and Resilience in Women Diagnosed with Breast Cancer: A Transactional Analysis Perspective. *Transactional Analysis Journal*, 38(4), 323–334. <https://doi.org/10.1177/036215370803800407>

22. Badia, X., Gutiérrez, F., Wiklund, I., & Alonso, J. (1996). Validity and reliability of the Spanish version of the Psychological General Well-Being Index. *Quality of Life Research*, 5, 101-108.

23. Bahri, N., Fathi Najafi, T., Homaei Shandiz, F., Tohidinik, H. R., & Khajavi, A. (2019). The relation between stressful life events and breast cancer: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Breast cancer research and treatment*, 176(1), 53–61. <https://doi.org/10.1007/s10549-019-05231-x>

24. Barlési, F., Doddoli, C., Loundou, A., Pillet, E., Thomas, P., & Auquier, P. (2006). Preoperative psychological global well being index (PGWBI) predicts postoperative quality of life for patients with non-small cell lung cancer managed with thoracic surgery. *European journal of cardio-thoracic surgery*, 30(3), 548-553

25. Bavbek, S., Kepil Özdemir, S., Doğanay Erdoğan, B., Karaboğa, I., Büyüköztürk, S., Gelincik, A., ... & Romano, A. (2016). Turkish version of the drug hypersensitivity quality of life questionnaire: assessment of reliability and validity. *Quality of Life Research*, 25, 101-109.

26. Bergman B., Sullivan M. & Sorenson S. (1992) Quality of life during chemotherapy for small cell lung cancer II. A longitudinal study of the EORTC Core

Questionnaire and comparison with the Sickness Impact Profile. *Acta Oncology* 31, 19–28.

27. Beutel, M. E., Weißflog, G., Leuteritz, K., Wiltink, J., Haselbacher, A., Ruckes, C., Kuhnt, S., Barthel, Y., Imruck, B. H., Zwerenz, R., & Brähler, E. (2014). Efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy (STPP) with depressed breast cancer patients: results of a randomized controlled multicenter trial. *Annals of Oncology*, 25(2), 378–384. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdt526>

28. Bidstrup, P. E., Christensen, J., Mertz, B. G., Rottmann, N., Dalton, S. O., & Johansen, C. (2015). Trajectories of distress, anxiety, and depression among women with breast cancer: Looking beyond the mean. *Acta Oncologica*, 54(5), 789–796. <https://doi.org/10.3109/0284186X.2014.1002571>

29. Blanco, C., Markowitz, J.C., Hellerstein, D.J. *et al.* A randomized trial of interpersonal psychotherapy, problem solving therapy, and supportive therapy for major depressive disorder in women with breast cancer. *Breast Cancer Res Treat* 173, 353–364 (2019). <https://doi.org/10.1007/s10549-018-4994-5>

30. Blaser, A., Znoj, H., & Grawe, K. (1994). *Psychotherapie: Grundlagen, Behandlung, Entwicklung*. Göttingen: Hogrefe.

31. Bloom, J. R. (1982). Social support, accommodation to stress and adjustment to breast cancer. *Social Science & Medicine*, 16(14), 1329–1338. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(82\)90028-4](https://doi.org/10.1016/0277-9536(82)90028-4)

32. Bloom, J. R., Stewart, S. L., Johnston, M., Banks, P., & Fobair, P. (2001). Sources of support and the physical and mental well-being of young women with breast cancer. *Social Science & Medicine*, 53(11), 1513–1524. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00440-8](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00440-8)

33. Bloom, J. R., Stewart, S. L., Oakley-Girvan, I., Banks, P. J., & Shema, S. (2011). Quality of life of younger breast cancer survivors: persistence of problems and sense of well-being. *Psycho-Oncology*, 21(6), 655–665. <https://doi.org/10.1002/pon.1965>

34. Boesen, E. H., Karlsen, R., Christensen, J., Paaschburg, B., Nielsen, D., Bloch, I. S., Christiansen, B., Jacobsen, K., & Johansen, C. (2011). Psychosocial group

intervention for patients with primary breast cancer: A randomised trial. *European Journal of Cancer*, 47(9), 1363–1372. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2011.01.002>

35. Boing, L., Pereira, G. S., Araújo, C. da C. R. de, Sperandio, F. F., Loch, M. da S. G., Bergmann, A., Borgatto, A. F., & Guimarães, A. C. de A. (2019). Factors associated with depression symptoms in women after breast cancer. *Revista De Saúde Pública*, 53, 30. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000786>

36. Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, 68(6), 394–424. <https://doi.org/10.3322/caac.21492>

37. Bredal, I. S. (2010). The Norwegian version of the Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale: factor structure and psychometric properties. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 19(2), 216–221

38. Breitbart, W., Rosenfeld, B., Gibson, C., Pessin, H., Poppito, S., Nelson, C., Tomarken, A., Timm, A. K., Berg, A., Jacobson, C., Sorger, B., Abbey, J., & Olden, M. (2010). Meaning-centered 31, psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, 19(1), 21–28. <https://doi.org/10.1002/pon.1556>

39. Bulotiene, G., Veseliunas, J. & Ostapenko, V. Quality of life of Lithuanian women with early stage breast cancer. *BMC Public Health* 7, 124 (2007). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-124>

40. Bultz, B. D., & Johansen, C. (2011). Screening for Distress, the 6th Vital Sign: where are we, and where are we going? *Psycho-Oncology*, 20(6), 569–571. <https://doi.org/10.1002/pon.1986>

41. Burgess, C. C., Potts, H. W. W., Hamed, H., Bish, A. M., Hunter, M. S., Richards, M. A., & Ramirez, A. J. (2006). Why do older women delay presentation with breast cancer symptoms? *Psycho-Oncology*, 15(11), 962–968. <https://doi.org/10.1002/pon.1030>

42. Caldeira, S., Carvalho, E. C. d., & Vieira, M. (2014). Between spiritual wellbeing and spiritual distress: possible related factors in elderly patients with

34. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3073.2382>

43. Calderón Garrido, C., Ferrando Piera, P. J., Lorenzo Seva, U., Gómez Sánchez, D., Fernández Montes, A., Palacín Lois, M., ... & Jiménez Fonseca, P. (2021). Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) in cancer patients: psychometric properties and measurement invariance. *Psicothema*

44. Caplette-Gingras, A., & Savard, J. (2008). Depression in women with metastatic breast cancer: A review of the literature. *Palliative and Supportive Care*, 6(4), 377–387. doi:10.1017/S1478951508000606

45. Carletto, S., Porcaro, C., Settanta, C., Vizzari, V., Stanizzo, M. R., Oliva, F., ... Ostacoli, L. (2019). Neurobiological features and response to eye movement desensitization and reprocessing treatment of posttraumatic stress disorder in patients with breast cancer. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1600832>

46. Carlson, L. E., Waller, A., Groff, S. L., Giese-Davis, J., & Bultz, B. D. (2011). What goes up does not always come down: patterns of distress, physical and psychosocial morbidity in people with cancer over a one year period. *Psycho-Oncology*, 22(1), 168–176. <https://doi.org/10.1002/pon.2068>

47. Carlsson, M., Arman, M., Backman, M., & Hamrin, E. (2005). Coping in women with breast cancer in complementary and conventional care over 5 years measured by the mental adjustment to cancer scale. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 11(3), 441-447.

48. Carlsson, M., Hamrin, E., & Lindqvist, R. (1999). Psychometric assessment of the Life Satisfaction Questionnaire (LSQ) and a comparison of a randomised sample of Swedish women and those suffering from breast cancer. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 8(3), 245–253. <https://doi.org/10.1023/a:1008875306645>

49. Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267–283. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>

50. Cerezo, M. V., Ortiz-Tallo, M., Cardenal, V., & de la Torre-Luque, A. (2014). Positive Psychology Group Intervention for Breast Cancer Patients: A Randomised Trial. *Psychological Reports*, 115(1), 44-64. <https://doi.org/10.2466/15.20.PR0.115c17z7>
51. Chen, F.F., Jing, Y., Hayes, A.M., & Lee, J.M. (2012). Two Concepts or Two Approaches? A Bifactor Analysis of Psychological and Subjective Well-Being. *Journal of Happiness Studies*, 14, 1033 - 1068. DOI 10.1007/s10902-012-9367-x
52. Chen, J., You, H., Liu, Y., Kong, Q., Lei, A., & Guo, X. (2021). Association between spiritual well-being, quality of life, anxiety and depression in patients with gynaecological cancer in China. *Medicine*, 100(1), e24264. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000024264>
53. Cheng, Q., Liu, X., Li, X. *et al.* Improving spiritual well-being among cancer patients: implications for clinical care. *Support Care Cancer* 27, 3403–3409 (2019). <https://doi.org/10.1007/s00520-019-4636-4>
54. Ching, S. S., Martinson, I. M., & Wong, T. K. (2012). Meaning making: Psychological adjustment to breast cancer by Chinese women. *Qualitative Health Research*, 22(2), 250-262. <https://doi.org/10.1177/1049732311421679>
55. Chirikos, T. N., Russell-Jacobs, A., & Jacobsen, P. B. (2002). Functional Impairment and the Economic Consequences of Female Breast Cancer. *Women & Health*, 36(1), 1–20. https://doi.org/10.1300/J013v36n01_01
56. Christopher, J. C. (1999). Situating Psychological Well-Being: Exploring the Cultural Roots of Its Theory and Research. *Journal of Counseling & Development*, 77(2), 141–152. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1999.tb02434.x>
57. Cohee A, Johns SA, Alwine JS, Talib T, Monahan PO, Stump TE, Cella D, Champion VL. The mediating role of avoidant coping in the relationships between physical, psychological, and social wellbeing and distress in breast cancer survivors. *Psychooncology*. 2021 Jul;30(7):1129-1136. doi: 10.1002/pon.5663

58. Cohen, M., & Fried, G. (2007). Comparing Relaxation Training and Cognitive-Behavioral Group Therapy for Women With Breast Cancer. *Research on Social Work Practice*, 17(3), 313-323. <https://doi.org/10.1177/1049731506293741>
59. Corwin, D., Wall, K., & Koopman, C. (2012). Psycho-Spiritual Integrative Therapy: Psychological Intervention for Women With Breast Cancer. *The Journal for Specialists in Group Work*, 37(3), 252–273. <https://doi.org/10.1080/01933922.2012.686961>
60. Costantini, M., Musso, M., Viterbori, P., Bonci, F., Del Mastro, L., Garrone, O., ... & Morasso, G. (1999). Detecting psychological distress in cancer patients: validity of the Italian version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Supportive Care in Cancer*, 7, 121-127
61. Coward D. D. (1991). Self-transcendence and emotional well-being in women with advanced breast cancer. *Oncology nursing forum*, 18(5), 857–863. PMID: 1891414
62. Crumbaugh, J. C., & Maholick, L. T. (1964). An experimental study in existentialism: The psychometric approach to Frankl's concept of noogenic neurosis. *Journal of clinical psychology*, 20(2), 200-207.
63. D'Zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78(1), 107–126.
64. Daboui P, Akbari M E, Khayamzadeh M, Moradi S, Nouri M, et al. Quality of Life and Hope Assessment in Women with Breast Cancer After Poetry Therapy as a Psychotherapy Method: A 6-Month Follow-Up Study. *Int J Cancer Manag*. 2020;13(1):e96069. <https://doi.org/10.5812/ijcm.96069>.
65. Dalenc, F., Ribet, V., Rossi, A. B., Guyonnaud, J., Bernard-Marty, C., de Lafontan, B., ... & Sibaud, V. (2018). Efficacy of a global supportive skin care programme with hydrotherapy after non-metastatic breast cancer treatment: a randomised, controlled study. *European Journal of Cancer Care*, 27(1), e12735.
66. Deci, E.L., Ryan, R.M. Hedonia, eudaimonia, and well-being: an introduction. *J Happiness Stud* 9, 1–11 (2008). <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9018-1>

67. Delle Fave, A. (2021). Eudaimonic and Hedonic Happiness. In: Maggino, F. (eds) Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-69909-7_3778-2
68. Diener, E. (2009). Subjective Well-Being. In: Diener, E. (eds) The Science of Well-Being. Social Indicators Research Series, vol 37. Springer, Dordrecht. https://doi.org/10.1007/978-90-481-2350-6_2
69. Diener, E. (2009). The science of well-being: The collected works of Ed Diener (Vol. 37, pp. 11-58). New York: Springer.
70. Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71-75.
71. Diener, E., & Chan, M. Y. (2011). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied psychology: health and well-being*, 3(1), 1-43.
72. Diener, E., & Emmons, R. A. (1984). The independence of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47(5), 1105–1117. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.47.5.1105>
73. Diener, E., Diener, M. (2009). Cross-Cultural Correlates of Life Satisfaction and Self-Esteem. In: Diener, E. (eds) Culture and Well-Being. Social Indicators Research Series, vol 38. Springer, Dordrecht. https://doi.org/10.1007/978-90-481-2352-0_4
74. Dinapoli, L., Colloca, G., Di Capua, B., & Valentini, V. (2021). Psychological Aspects to Consider in Breast Cancer Diagnosis and Treatment. *Current oncology reports*, 23(3), 38. <https://doi.org/10.1007/s11912-021-01049-3>
75. Dorval, M., Maunsell, E., Deschênes, L., Brisson, J., & Mâsse, B. (1998). Long-term quality of life after breast cancer: comparison of 8-year survivors with population controls. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 16(2), 487–494. <https://doi.org/10.1200/JCO.1998.16.2.487>
76. Dowlatabadi, M. M., Ahmadi, S. M., Sorbi, M. H., Beiki, O., Razavi, T. K., & Bidaki, R. (2016). The effectiveness of group positive psychotherapy on depression and happiness in breast cancer patients: A randomized controlled trial. *Electronic physician*, 8(3), 2175–2180. <https://doi.org/10.19082/2175>

77. Duffy, C., & Allen, S. (2009). Medical and psychosocial aspects of fertility after cancer. *Cancer journal (Sudbury, Mass.)*, *15*(1), 27–33. <https://doi.org/10.1097/PPO.0b013e3181976602>

78. Dupuy, H. J. (1984). The psychological general well-being (PGWB) index. Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies, 170-183.

79. Dyson, G. J., Thompson, K., Palmer, S., Thomas, D. M., & Schofield, P. (2012). The relationship between unmet needs and distress amongst young people with cancer. *Supportive Care in Cancer*, *20*, 75-85.

80. Edelman, S., Bell, D. R., & Kidman, A. D. (1999). A group cognitive behaviour therapy programme with metastatic breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, *8*(4), 295–305. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1099-1611\(199907/08\)8:4%3C295::aid-pon386%3E3.0.co;2-y](https://doi.org/10.1002/(sici)1099-1611(199907/08)8:4%3C295::aid-pon386%3E3.0.co;2-y)

81. Edelman, S., Bell, D. R., & Kidman, A. D. (1999a). Group CBT Versus Supportive Therapy With Patients Who Have Primary Breast Cancer. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *13*(3), 189–202. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.13.3.189>

82. Edelman, S., Lemon, J., Bell, D. R., & Kidman, A. D. (1999). Effects of group CBT on the survival time of patients with metastatic breast cancer. *Psycho-Oncology*, *8*(6), 474–481. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1099-1611\(199911/12\)8:6%3C474::aid-pon427%3E3.0.co;2-a](https://doi.org/10.1002/(sici)1099-1611(199911/12)8:6%3C474::aid-pon427%3E3.0.co;2-a)

83. Edmonds, C. V. I., Lockwood, G. A., & Cunningham, A. J. (1999). Psychological response to long term group therapy: a randomized trial with metastatic breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, *8*(1), 74–91. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1099-1611\(199901/02\)8:1%3C74::aid-pon339%3E3.0.co;2-k](https://doi.org/10.1002/(sici)1099-1611(199901/02)8:1%3C74::aid-pon339%3E3.0.co;2-k)

84. Ellison, Craig W. "Spiritual well-being: Conceptualization and measurement." *Journal of psychology and theology* 11.4 (1983): 330-338.

85. Ellman R, Thomas BA, Ellman R. Is Psychological Wellbeing Impaired in Long Term Survivors of Breast Cancer? *Journal of Medical Screening*. 1995;2(1):5-9. doi:10.1177/096914139500200103

86. Enns, A., Waller, A., Groff, S. L., Bultz, B. D., Fung, T., & Carlson, L. E. (2013). Risk Factors for Continuous Distress Over a 12-Month Period in Newly Diagnosed Cancer Outpatients. *Journal of Psychosocial Oncology*, *31*(5), 489–506. <https://doi.org/10.1080/07347332.2013.822052>
87. Epping-Jordan, J. E., Compas, B. E., Osowiecki, D. M., Oppedisano, G., Gerhardt, C., Primo, K., & Krag, D. N. (1999). Psychological adjustment in breast cancer: Processes of emotional distress. *Health Psychology*, *18*(4), 315–326. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.18.4.315>
88. European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Group. (2019). EORTC QLQ-C30 (Ukrainian translation). EORTC Quality of Life Group. Retrieved from <https://qol.eortc.org/questionnaire/eortc-QLQ-c30/>
89. Fann, J. R., Thomas-Rich, A. M., Katon, W. J., Cowley, D., Pepping, M., McGregor, B. A., & Gralow, J. (2008). Major depression after breast cancer: a review of epidemiology and treatment. *General Hospital Psychiatry*, *30*(2), 112–126. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2007.10.008>
90. Faustova, A. G. (2020). Dataset on posttraumatic growth in women survived breast cancer. *Data in Brief*, *33*, 106468. <https://doi.org/10.1016/j.dib.2020.106468>
91. Ferrell, B. R., Grant, M., Funk, B., Garcia, N., Otis-Green, S., & Schaffner, M. L. (1996). Quality of life in breast cancer. *Cancer practice*, *4*(6), 331–340. PMID: 9128486
92. Filazoglu, G., & Griva, K. (2008). Coping and social support and health related quality of life in women with breast cancer in Turkey. *Psychology, health & medicine*, *13*(5), 559-573.
93. Fong, A. J., Scarapicchia, T. M. F., McDonough, M. H., Wrosch, C., & Sabiston, C. M. (2016). Changes in social support predict emotional well-being in breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, *26*(5), 664–671. <https://doi.org/10.1002/pon.4064>
94. Funch, D. P., & Marshall, J. (1983). The role of stress, social support and age in survival from breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, *27*(1), 77–83. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(83\)90112-5](https://doi.org/10.1016/0022-3999(83)90112-5)

95. Geertz, C. (1973). The interpretation of cultures (Vol. 5019). Basic books.
96. Gonçalves, V., & Quinn, G. P. (2016). Review of fertility preservation issues for young women with breast cancer. *Human Fertility*, 19(3), 152–165. <https://doi.org/10.1080/14647273.2016.1193228>
97. Gonçalves, V., Sehovic, I., & Quinn, G. (2014). Childbearing attitudes and decisions of young breast cancer survivors: a systematic review. *Human reproduction update*, 20(2), 279–292. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmt039>
98. González-Fernández, S., Fernández-Rodríguez, C., Mota-Alonso, M. J., García-Tejido, P., Pedrosa, I., & Pérez-Álvarez, M. (2017). Emotional state and psychological flexibility in breast cancer survivors. *European Journal of Oncology Nursing*, 30, 75–83. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.08.006>
99. Gonzalez, P., Castañeda, S. F., Dale, J., Medeiros, E. A., Buelna, C., Nuñez, A., Espinoza, R., & Talavera, G. A. (2014). Spiritual well-being and depressive symptoms among cancer survivors. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 22(9), 2393–2400. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2207-2>
100. Gore-felton, C., & Spiegel, D. (1999). Enhancing women's lives: The role of support groups among breast cancer patients. *The Journal for Specialists in Group Work*, 24(3), 274–287. <https://doi.org/10.1080/01933929908411436>
101. Gravandi, S., Gram, K., Mazloomi, A., & Mazloomi, E. (2014). Effectiveness of Group Cognitive Therapy on Life Expectancy and Depression Women with Breast Cancer. *Health Psychology*, 3(12), 7-23. URL: http://hpj.journals.pnu.ac.ir/mobile/article_1395.html?lang=en
102. Greer, S., & Morris, T. (1975). Psychological attributes of women who develop breast cancer: A controlled study. *Journal of Psychosomatic Research*, 19(2), 147–153. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(75\)90062-8](https://doi.org/10.1016/0022-3999(75)90062-8)
103. Greer, S., Morris, T., & Pettingale, K. W. (1979). Psychological response to breast cancer: effect on outcome. *The Lancet*, 314(8146), 785–787. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(79\)92127-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(79)92127-5)

104. Grimison, P. S., & Stockler, M. R. (2007). Quality of life and adjuvant systemic therapy for early-stage breast cancer. *Expert review of anticancer therapy*, 7(8), 1123–1134. <https://doi.org/10.1586/14737140.7.8.1123>
105. Guzelant, A., Goksel, T., Ozkok, S., Tasbakan, S., Aysan, T., & Bottomley, A. (2004). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: an examination into the cultural validity and reliability of the Turkish version of the EORTC QLQ-C30. *European journal of cancer care*, 13(2), 135–144.
106. Hall, D. L., Mishel, M. H., & Germino, B. B. (2014). Living with cancer-related uncertainty: associations with fatigue, insomnia, and affect in younger breast cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 22, 2489–2495.
107. Halle C. F. Moore et al., Phase III trial (Prevention of Early Menopause Study [POEMS]-SWOG S0230) of LHRH analog during chemotherapy (CT) to reduce ovarian failure in early-stage, hormone receptor-negative breast cancer: An international Intergroup trial of SWOG, IBCSG, ECOG, and CALGB (Alliance).. *JCO* 32, LBA505-LBA505(2014). DOI:10.1200/jco.2014.32.18_suppl.lba505
108. Hanson Frost, M., Suman, V. J., Rummans, T. A., Dose, A. M., Taylor, M., Novotny, P., Johnson, R., & Evans, R. E. (2000). Physical, psychological and social well-being of women with breast cancer: the influence of disease phase. *Psycho-Oncology*, 9(3), 221–231. [https://doi.org/10.1002/1099-1611\(200005/06\)9:3%3C221::aid-pon456%3E3.0.co;2-t](https://doi.org/10.1002/1099-1611(200005/06)9:3%3C221::aid-pon456%3E3.0.co;2-t)
109. Hillner, B. E., Penberthy, L., Desch, C. E., McDonald, M. K., Smith, T. J., & Retchin, S. M. (1996). Variation in staging and treatment of local and regional breast cancer in the elderly. *Breast cancer research and treatment*, 40(1), 75–86. <https://doi.org/10.1007/BF01806004>
110. Hilton B. A. (1996). Getting back to normal: the family experience during early stage breast cancer. *Oncology nursing forum*, 23(4), 605–614. PMID: 8735319
111. Hiratsuka, Y., Suh, SY., Maeda, I. *et al.* Factors influencing spiritual well-being in terminally ill cancer inpatients in Japan. *Support Care Cancer* 29, 2795–2802 (2021). <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05802-5>

112. Holland, J. C., Andersen, B., Breitbart, W. S., Buchmann, L. O., Compas, B., Deshields, T. L., Dudley, M. M., Fleishman, S., Fulcher, C. D., Greenberg, D. B., Greiner, C. B., Handzo, G. F., Hoofring, L., Hoover, C., Jacobsen, P. B., Kvale, E., Levy, M. H., Loscalzo, M. J., McAllister-Black, R., Mechanic, K. Y., Palesh, O., Pazar, J. P., Riba, M. B., Roper, K., Valentine, A. D., Wagner, L. I., Zevon, M. A., McMillian, N. R., & Freedman-Cass, D. A. (2013). Distress Management. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network J Natl Compr Canc Netw*, *11*(2), 190-209. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2013.0027>
113. Howard-Anderson, J., Ganz, P. A., Bower, J. E., & Stanton, A. L. (2012). Quality of life, fertility concerns, and behavioral health outcomes in younger breast cancer survivors: a systematic review. *Journal of the National Cancer Institute*, *104*(5), 386–405. <https://doi.org/10.1093/jnci/djr541>
114. Hsiao, F.-H., Chang, K.-J., Kuo, W.-H., Huang, C.-S., Liu, Y.-F., Lai, Y.-M., Jow, G.-M., Ho, R. T. H., Ng, S.-M., & Chan, C. L. W. (2013). A longitudinal study of cortisol responses, sleep problems, and psychological well-being as the predictors of changes in depressive symptoms among breast cancer survivors. *Psychoneuroendocrinology*, *38*(3), 356–366. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2012.06.010>
115. Hsiao, F.-H., Jow, G.-M., Kuo, W.-H., Chang, K.-J., Liu, Y.-F., Ho, R. T. H., Ng, S.-M., Chan, C. L. W., Lai, Y.-M., & Chen, Y.-T. (2012). The Effects of Psychotherapy on Psychological Well-Being and Diurnal Cortisol Patterns in Breast Cancer Survivors. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *81*(3), 173–182. <https://doi.org/10.1159/000329178>
116. Huta, V., Waterman, A.S. Eudaimonia and Its Distinction from Hedonia: Developing a Classification and Terminology for Understanding Conceptual and Operational Definitions. *J Happiness Stud* *15*, 1425–1456 (2014). <https://doi.org/10.1007/s10902-013-9485-0>
117. Iravani, K., Jafari, P., Akhlaghi, A., & Khademi, B. (2018). Assessing whether EORTC QLQ-30 and FACT-G measure the same constructs of quality of life in patients with total laryngectomy. *Health and quality of life outcomes*, *16*, 1-8.

118. Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. Basic Books. <https://doi.org/10.1037/11258-000>
119. Janz, N.K., Friese, C.R., Li, Y. *et al.* Emotional well-being years post-treatment for breast cancer: prospective, multi-ethnic, and population-based analysis. *J Cancer Surviv* 8, 131–142 (2014). <https://doi.org/10.1007/s11764-013-0309-3>
120. Janz, N.K., Mujahid, M.S., Hawley, S.T. *et al.* Racial/ethnic differences in quality of life after diagnosis of breast cancer. *J Cancer Surviv* 3, 212–222 (2009). <https://doi.org/10.1007/s11764-009-0097-y>
121. Jing, L., Zhang, C., Li, W. *et al.* Incidence and severity of sexual dysfunction among women with breast cancer: a meta-analysis based on female sexual function index. *Support Care Cancer* 27, 1171–1180 (2019). <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04667-7>
122. John R. Wingard, Barbara Curbow, Frank Baker, et al. Health, Functional Status, and Employment of Adult Survivors of Bone Marrow Transplantation. *Ann Intern Med*.1991;114:113-118. doi:[10.7326/0003-4819-114-2-113](https://doi.org/10.7326/0003-4819-114-2-113)
123. Julia H. Rowland, Katherine A. Desmond, Beth E. Meyerowitz, Thomas R. Belin, Gail E. Wyatt, Patricia A. Ganz, Role of Breast Reconstructive Surgery in Physical and Emotional Outcomes Among Breast Cancer Survivors, *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, Volume 92, Issue 17, 6 September 2000, Pages 1422–1429, <https://doi.org/10.1093/jnci/92.17.1422>
124. Kahneman, D. (1999). Objective happiness. *Well-being: The foundations of hedonic psychology*, 3(25), 1-23.
125. Kanner, A.D., Coyne, J.C., Schaefer, C. *et al.* Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. *J Behav Med* 4, 1–39 (1981). <https://doi.org/10.1007/BF00844845>
126. Kashani, F. L., Vaziri, S., Akbari, M. E., Mousavi, S. M., & Far, N. S. (2014). Effectiveness of Four-Factor Psychotherapy in Decreasing Distress of Women with Breast Cancer. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 159, 214–218. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.12.359>

127. Kazarian, S. S., & McCabe, S. B. (1991). Dimensions of social support in the MSPSS: Factorial structure, reliability, and theoretical implications. *Journal of Community psychology*, 19(2), 150-160.
128. Kerri M. Clough-Gorr et al., Older Breast Cancer Survivors: Factors Associated With Change in Emotional Well-Being. *JCO* 25, 1334-1340(2007). DOI:10.1200/JCO.2006.09.8665
129. Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007–1022. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.6.1007>
130. Keyes, C., & Annas, J. (2009). Feeling good and functioning well: distinctive concepts in ancient philosophy and contemporary science. *The Journal of Positive Psychology*, 4, 197 - 201. DOI: 10.1080/17439760902844228
131. Khudoyan, Samvel. (2017). Psychological problem: essence, characteristics, types. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.15995.00809>
132. Kim J, Jeong Yeob Han, Shaw B, McTavish F, Gustafson D. The Roles of Social Support and Coping Strategies in Predicting Breast Cancer Patients' Emotional Well-being: Testing Mediation and Moderation Models. *Journal of Health Psychology*. 2010;15(4):543-552. doi:10.1177/1359105309355338
133. King, M.T., Kenny, P., Shiell, A. *et al.* Quality of life three months and one year after first treatment for early stage breast cancer: Influence of treatment and patient characteristics. *Qual Life Res* 9, 789–800 (2000). <https://doi.org/10.1023/A:1008936830764>
134. Kissane, D. W., Bloch, S., Smith, G. C., Miach, P., Clarke, D. M., Ikin, J., Love, A., Ranieri, N., & McKenzie, D. (2003). Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: A randomised controlled trial. *Psycho-Oncology*, 12(6), 532–546. <https://doi.org/10.1002/pon.683>
135. Kourou, K., Manikis, G., Poikonen-Saksela, P., Mazzocco, K., Pat-Horenczyk, R., Sousa, B., Oliveira-Maia, A. J., Mattson, J., Roziner, I., Pettini, G., Kondylakis, H., Marias, K., Karademas, E., Simos, P., & Fotiadis, D. I. (2021). A machine learning-based pipeline for modeling medical, socio-demographic, lifestyle

and self-reported psychological traits as predictors of mental health outcomes after breast cancer diagnosis: An initial effort to define resilience effects. *Computers in Biology and Medicine*, 131, 104266. <https://doi.org/10.1016/j.combiomed.2021.104266>

136. Kuhlman, K. R., Boyle, C. C., Irwin, M. R., Ganz, P. A., Crespi, C. M., Asher, A., Petersen, L., & Bower, J. E. (2017). Childhood maltreatment, psychological resources, and depressive symptoms in women with breast cancer. *Child Abuse & Neglect*, 72, 360–369. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.08.025>

137. Kvillemo P, Brañstroöm R (2014) Coping with Breast Cancer: A Meta-Analysis. *PLoS ONE* 9(11): e112733. doi:10.1371/journal.pone.0112733

138. Lantz, J., Gregoire, T. Existential Psychotherapy with Couples Facing Breast Cancer: A Twenty Year Report. *Contemporary Family Therapy* 22, 315–327 (2000). <https://doi.org/10.1023/A:1007812624449>

139. Leite, A., Ramires, A., Moura, A. D., Souto, T., & Maroco, J. (2019). Psychological well-being and health perception: predictors for past, present and future. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 46, 53-60.

140. LeRoy, A.S., Shields, A., Chen, M.A. *et al.* Improving Breast Cancer Survivors' Psychological Outcomes and Quality of Life: Alternatives to Traditional Psychotherapy. *Curr Breast Cancer Rep* 10, 28–34 (2018). <https://doi.org/10.1007/s12609-018-0266-y>

141. Leszcz, M., & Goodwin, P. J. (1998). The Rationale and Foundations Of Group Psychotherapy for Women with Metastatic Breast Cancer. *International Journal of Group Psychotherapy*, 48(2), 245–273. <https://doi.org/10.1080/00207284.1998.11491538>

142. Levine, E.G., & Targ, E.F. (2002). Spiritual Correlates of Functional Well-Being in Women With Breast Cancer. *Integrative Cancer Therapies*, 1, 166 - 174. DOI: 10.1177/1534735402001002008.

143. Lindemalm, C., Strang, P. & Lekander, M. Support group for cancer patients. Does it improve their physical and psychological wellbeing? A pilot

study. *Support Care Cancer* 13, 652–657 (2005). <https://doi.org/10.1007/s00520-005-0785-8>

144. Lipsett, A., Barrett, S., Haruna, F., Mustian, K., & O'Donovan, A. (2017). The impact of exercise during adjuvant radiotherapy for breast cancer on fatigue and quality of life: A systematic review and meta-analysis. *The breast*, 32, 144-155. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2017.02.002>

145. Lock, M. (1982). Popular Conceptions of Mental Health in Japan. In: Marsella, A.J., White, G.M. (eds) *Cultural Conceptions of Mental Health and Therapy. Culture, Illness, and Healing*, vol 4. Springer, Dordrecht. https://doi.org/10.1007/978-94-010-9220-3_8

146. Love, A. W., Kissane, D. W., Bloch, S., & Clarke, D. M. (2002). Diagnostic efficiency of the Hospital Anxiety and Depression Scale in women with early stage breast cancer. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(2), 246-250

147. Lundgren-Nilsson, Å., Jonsdottir, I. H., Ahlborg, G., & Tennant, A. (2013). Construct validity of the psychological general well being index (PGWBI) in a sample of patients undergoing treatment for stress-related exhaustion: a rasch analysis. *Health and quality of life outcomes*, 11, 1-9

148. Lyubomirsky, S., & Lepper, H. S. (1999). A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation. *Social indicators research*, 46, 137-155.

149. Maass, S. W. M. C., Boerman, L. M., Verhaak, P. F. M., Du, J., de Bock, G. H., & Berendsen, A. J. (2019). Long-term psychological distress in breast cancer survivors and their matched controls: A cross-sectional study. *Maturitas*, 130, 6–12. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.09.003>

150. Mahar, K. K., BrintzenhofeSzoc, K., & Shields, J. J. (2008). The Impact of Changes in Employment Status on Psychosocial Well-Being: A Study of Breast Cancer Survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 26(3), 1–17. <https://doi.org/10.1080/07347330802115400>

151. Mangone, L., Mandato, V. D., Gandolfi, R., Tromellini, C., & Abrate, M. (2014). The impact of epithelial ovarian cancer diagnosis on women's life: a qualitative study. *European Journal of Gynaecological Oncology*, 35(1), 32-38.
152. Mapi Research Institute. (2005). HADS (Ukrainian translation). Retrieved from <https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/hospital-anxiety-and-depression-scale>
153. Mapi Research Institute. (2005). PGWBI (Ukrainian translation). Retrieved from <https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/psychological-general-well-being-index>.
154. Marchioro, G., Azzarello, G., Checchin, F., Perale, M., Segati, R., Sampognaro, E., Rosetti, F., Franchin, A., Pappagallo, G. L., & Vinante, O. (1996). The impact of a psychological intervention on quality of life in non-metastatic breast cancer. *European Journal of Cancer*, 32(9), 1612–1615. [https://doi.org/10.1016/0959-8049\(96\)00134-7](https://doi.org/10.1016/0959-8049(96)00134-7)
155. Martins H, Dias Domingues T, Caldeira S. Spiritual Well-Being in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy in an Outpatient Setting: A Cross-Sectional Study. *Journal of Holistic Nursing*. 2020;38(1):68-77. doi:10.1177/0898010119858269
156. Martsenkovskyi, D., Babych, V., Martsenkovska, I., Napryeyenko, O., Napryeyenko, N., & Martsenkovsky, I. (2022). Depression, anxiety, stress and trauma-related symptoms and their association with perceived social support in medical professionals during the COVID-19 pandemic in Ukraine. *Advances in Psychiatry and Neurology/Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 31(1).
157. Mary Jane Esplen et al., Restoring Body Image After Cancer (ReBIC): Results of a Randomized Controlled Trial. (2018). *JCO* 36, 749-756. <https://doi.org/10.1200/JCO.2017.74.8244>
158. Maslow, A. H. (1968). *Toward a psychology of being* (2nd ed.). New York: Van Nostrand
159. Masoumi, S., Amiri, M., & Afrashteh, M. Y. (2022). Self-Compassion: The Factor That Explains a Relationship between Perceived Social Support and

Emotional Self-Regulation in Psychological Well-Being of Breast Cancer Survivors. *Iranian Journal of Psychiatry*, 17(3), 341.

160. McDonough, M. H., Sabiston, C. M., & Wrosch, C. (2013). Predicting changes in posttraumatic growth and subjective well-being among breast cancer survivors: the role of social support and stress. *Psycho-Oncology*, 23(1), 114–120. <https://doi.org/10.1002/pon.3380>

161. McKenna, M. C., Zevon, M. A., Corn, B., & Rounds, J. (1999). Psychosocial factors and the development of breast cancer: A meta-analysis. *Health Psychology*, 18(5), 520–531. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.18.5.520>

162. McKeon, R. (Ed.). (2009). *The basic works of Aristotle*. ModernLibrary.

163. Meraviglia M. (2006). Effects of spirituality in breast cancer survivors. *Oncology nursing forum*, 33(1), E1–E7. <https://doi.org/10.1188/06.ONF.E1-E7>

164. Min-So Paek, Edward H. Ip, Beverly Levine, Nancy E. Avis, Longitudinal Reciprocal Relationships Between Quality of Life and Coping Strategies Among Women with Breast Cancer, *Annals of Behavioral Medicine*, Volume 50, Issue 5, October 2016, Pages 775–783. <https://doi.org/10.1007/s12160-016-9803-y>

165. Mitchell, A. J., Meader, N., & Symonds, P. (2010). Diagnostic validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in cancer and palliative settings: a meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 126(3), 335-348.

166. Montazeri, A., Vahdaninia, M., Ebrahimi, M., & Jarvandi, S. (2003). The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): translation and validation study of the Iranian version. *Health and quality of life outcomes*, 1(1), 1-5.

167. Montazeri, A., Vahdaninia, M., Harirchi, I. *et al.* Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis: an eighteen months follow-up study. *BMC Cancer* 8, 330 (2008). <https://doi.org/10.1186/1471-2407-8-330>

168. Morgan, P. D., Gaston-Johansson, F., & Mock, V. (2006). Spiritual well-being, religious coping, and the quality of life of African American breast cancer treatment: a pilot study. *The ABNF journal : official journal of the Association of Black Nursing Faculty in Higher Education, Inc*, 17(2), 73–77. PMID: 18402347

169. Morris, T., Greer, S., Pettingale, K. W., & Watson, M. (1981). Patterns of expression of anger and their psychological correlates in women with breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 25(2), 111–117. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(81\)90098-2](https://doi.org/10.1016/0022-3999(81)90098-2)
170. Musarezaie A, Momeni Ghaleghasemi T, Ebrahimi A, Karimian J. The Relationship between spiritual wellbeing with Stress, Anxiety, and Some Demographic Variables in Women with Breast Cancer Referring to the Specialized Cancer Treatment Center in Isfahan, Iran. *HSR* 2012; 8 (1) :104-113
URL: <http://hsr.mui.ac.ir/article-1-361-en.html>
171. Namkoong, K., Shah, D. V., Han, J. Y., Kim, S. C., Yoo, W., Fan, D., McTavish, F. M., & Gustafson, D. H. (2010). Expression and reception of treatment information in breast cancer support groups: How health self-efficacy moderates effects on emotional well-being. *Patient Education and Counseling*, 81, S41—S47. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.09.009>
172. Ng, C. G., Mohamed, S., See, M. H., Harun, F., Dahlui, M., Sulaiman, A. H., ... & MyBCC Study group. (2015). Anxiety, depression, perceived social support and quality of life in Malaysian breast cancer patients: a 1-year prospective study. *Health and quality of life outcomes*, 13, 1-9.
173. Norley, S. (2014). Sexual dysfunction, body image distress and marital dissatisfaction in breast cancer patients of University Malaya Medical Centre (UMMC)/Norley Shuib (Doctoral dissertation, University of Malaya).
174. O'Brien, C. W., & Moorey, S. (2010). Outlook and adaptation in advanced cancer: a systematic review. *Psycho-oncology*, 19(12), 1239-1249.
175. Oldervoll, L. M., Kaasa, S., Hjermstad, M. J., Lund, J. Å., & Loge, J. H. (2004). Physical exercise results in the improved subjective well-being of a few or is effective rehabilitation for all cancer patients? *European Journal of Cancer*, 40(7), 951–962. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2003.12.005>
176. Olver, J. M., & Mooradian, T. A. (2003). Personality traits and personal values: a conceptual and empirical integration. *Personality and Individual Differences*, 35(1), 109–125. [https://doi.org/10.1016/s0191-8869\(02\)00145-9](https://doi.org/10.1016/s0191-8869(02)00145-9)

177. Osborne, R. H., Elsworth, G. R., Kissane, D. W., Burke, S. A., & Hopper, J. L. (1999). The Mental Adjustment to Cancer (MAC) scale: replication and refinement in 632 breast cancer patients. *Psychological medicine*, 29(6), 1335-1345.
178. Osoba, D., Rodrigues, G., Myles, J., Zee, B., & Pater, J. (1998). Interpreting the significance of changes in health-related quality-of-life scores. *Journal of clinical oncology*, 16(1), 139-144.
179. Oster, I., Svensk, A. C., Magnusson, E., Thyme, K. E., Sjödin, M., Aström, S., & Lindh, J. (2006). Art therapy improves coping resources: a randomized, controlled study among women with breast cancer. *Palliative & supportive care*, 4(1), 57–64. <https://doi.org/10.1017/s147895150606007x>
180. Park JH, Bae SH, Chun M, Jung YS, Jung YM. Factors Influencing Elevated Distress Scores at the End of Primary Treatment of Breast Cancer. *Asian Oncol Nurs*. 2015 Sep;15(3):132-139. <https://doi.org/10.5388/aon.2015.15.3.132>
181. Park, B. W., Lee, S., Lee, A. R., Lee, K. H., & Hwang, S. Y. (2011). Quality of Life Differences between Younger and Older Breast Cancer Patients. *Journal of breast cancer*, 14(2), 112–118. <https://doi.org/10.4048/jbc.2011.14.2.112>
182. Partridge, A. H., Gelber, S., Peppercorn, J., Sampson, E., Knudsen, K., Laufer, M., Rosenberg, R., Przepyszny, M., Rein, A., & Winer, E. P. (2004). Web-based survey of fertility issues in young women with breast cancer. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 22(20), 4174–4183. <https://doi.org/10.1200/JCO.2004.01.159>
183. Perkins, E. A., Small, B. J., Balducci, L., Extermann, M., Robb, C., & Haley, W. E. (2007). Individual differences in well-being in older breast cancer survivors. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 62(1), 74–83. <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2006.11.002>
184. Phillips, S.M., McAuley, E. Associations between self-reported post-diagnosis physical activity changes, body weight changes, and psychosocial well-being in breast cancer survivors. *Support Care Cancer* 23, 159–167 (2015). <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2346-5>

185. Pierre, W. (Ред.). (1992). *The Chronic illness trajectory framework: The Corbin and Strauss nursing model*. Springer Pub. Co. ISBN 0826180000
186. Pieterse, K., van Dooren, S., Seynaeve, C., Bartels, C. C. M., Rijnsburger, A. J., de Koning, H. J., Klijn, J. G. M., van Elderen, T., Tibben, A., & Duivenvoorden, H. J. (2007). Passive coping and psychological distress in women adhering to regular breast cancer surveillance. *Psycho-Oncology*, *16*(9), 851–858. <https://doi.org/10.1002/pon.1135>
187. Pinquart, M., & Fröhlich, C. (2009). Psychosocial resources and subjective well-being of cancer patients. *Psychology & Health*, *24*(4), 407–421. <https://doi.org/10.1080/08870440701717009>
188. Pintado, S. (2017). Self-concept and emotional well-being in patients with breast cancer. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, *8*(2). <https://doi.org/10.23923/j.riips.2017.08.007>
189. *Predictors of Quality of Life in Women with Breast Cancer -Journal of Korean Academy of Nursing | Korea Science*. <https://www.koreascience.or.kr/article/JAKO200725522698013.page>
190. Protheroe, D., Turvey, K., Horgan, K., Benson, E., Bowers, D., & House, A. (1999). Stressful life events and difficulties and onset of breast cancer: case-control study. *BMJ (Clinical research ed.)*, *319*(7216), 1027–1030. <https://doi.org/10.1136/bmj.319.7216.1027>
191. Proulx, C. M., Helms, H. M., & Buehler, C. (2007). Marital Quality and Personal Well-Being: A Meta-Analysis. *Journal of Marriage and Family*, *69*(3), 576–593. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2007.00393.x>
192. Purnama Sari, N. (2019). Physical Wellbeing in Cervical and Breast Cancer Survivors: A Cross-sectional Study in Surabaya, Indonesia. *Indonesian Journal of Cancer*, *12*(3), 80-87. doi:<https://doi.org/10.33371/ijoc.v12i3.614>
193. Rabitti, E., Cavuto, S., Iani, L. *et al.* The assessment of spiritual well-being in cancer patients with advanced disease: which are its meaningful dimensions?. *BMC Palliat Care* *19*, 26 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12904-020-0534-2>

194. Rabow, M. W., & Knish, S. J. (2015). Spiritual well-being among outpatients with cancer receiving concurrent oncologic and palliative care. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 23(4), 919–923. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2428-4>
195. Ramírez-Vélez, R., Zambom-Ferraresi, F., García-Hermoso, A., Kievisiene, J., Rauckiene-Michealsson, A., & Agostinis-Sobrinho, C. (2021). Evidence-Based Exercise Recommendations to Improve Mental Wellbeing in Women with Breast Cancer during Active Treatment: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cancers*, 13(2), 264. <https://doi.org/10.3390/cancers13020264>
196. Raykov, T., & Marcoulides, G. A. (2011). A first course in structural equation modeling. Psychology Press.
197. Regush, L., Alekseeva, E.V., Veretina, O.R., Orlova, A.V., & Pezhemskaya, J.S. (2020). Operationalization of the concept “psychological problem” in Russian and international research. *Izvestia: Herzen University Journal of Humanities & Sciences*. <https://doi.org/10.33910/1992-6464-2020-197-7-17>
198. Reinecke, L., & Oliver, M.B. (Eds.). (2016). The Routledge Handbook of Media Use and Well-Being: International Perspectives on Theory and Research on Positive Media Effects (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315714752>
199. Reynolds, F., & Lim, K. H. (2007). Contribution of visual art-making to the subjective well-being of women living with cancer: A qualitative study. *The Arts in Psychotherapy*, 34(1), 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2006.09.005>
200. Roccas, S., Sagiv, L., Schwartz, S. H., & Knafo, A. (2002). The Big Five Personality Factors and Personal Values. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28(6), 789-801. <https://doi.org/10.1177/0146167202289008>
201. Rottmann, N., Dalton, S.O., Christensen, J. *et al.* Self-efficacy, adjustment style and well-being in breast cancer patients: a longitudinal study. *Qual Life Res* 19, 827–836 (2010). <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9653-1>
202. Royak-Schaler, R., Stanton, A. L., & Danoff-Burg, S. (1997). Breast cancer: Psychosocial factors influencing risk perception, screening, diagnosis, and treatment. In S. J. Gallant, G. P. Keita, & R. Royak-Schaler (Eds.), *Health care for*

women: *Psychological, social, and behavioral influences* (pp. 295–314). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10235-018>

203. Ruddy, K. J., & Partridge, A. H. (2012). The unique reproductive concerns of young women with breast cancer. *Advances in experimental medicine and biology*, 732, 77–87. https://doi.org/10.1007/978-94-007-2492-1_6

204. Rudolph, A., Chang-Claude, J. & Schmidt, M. Gene–environment interaction and risk of breast cancer. *Br J Cancer* 114, 125–133 (2016). <https://doi.org/10.1038/bjc.2015.439>

205. Ruini, C., Vescovelli, F. & Albieri, E. Post-traumatic Growth in Breast Cancer Survivors: New Insights into its Relationships with Well-Being and Distress. *J Clin Psychol Med Settings* 20, 383–391 (2013). <https://doi.org/10.1007/s10880-012-9340-1>

206. Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57(6), 1069.

207. Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719–727. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>

208. Saboonchi, F., Petersson, L.-M., Wennman-Larsen, A., Alexanderson, K., Brännström, R., & Vaez, M. (2014). Changes in caseness of anxiety and depression in breast cancer patients during the first year following surgery: Patterns of transiency and severity of the distress response. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(6), 598–604. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.06.007>

209. Schnoll, R. A., Harlow, L. L., Brandt, U., & Stolbach, L. L. (1998). Using two factor structures of the mental adjustment to cancer (MAC) scale for assessing adaptation to breast cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 7(5), 424-435.

210. Schou, I., Ekeberg, Ø., Sandvik, L., Hjermsstad, M. J., & Ruland, C. M. (2005). Multiple predictors of health-related quality of life in early stage breast cancer. Data from a year follow-up study compared with the general population. *Quality of life*

research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation, 14(8), 1813–1823. <https://doi.org/10.1007/s11136-005-4344-z>

211. Seligman, M. E. (2012). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. Simon and Schuster.

212. Seliktar, N., Polek, C., Brooks, A., & Hardie, T. (2014). Cognition in breast cancer survivors: hormones versus depression. *Psycho-Oncology*, 24(4), 402–407. <https://doi.org/10.1002/pon.3602>

213. Seok, J.-H., Kim, L. S., Hong, N., Hong, H. J., Kim, S.-J., Kang, H. J., & Jon, D.-I. (2010). Psychological and neuroendocrinological characteristics associated with depressive symptoms in breast cancer patients at the initial cancer diagnosis. *General Hospital Psychiatry*, 32(5), 503–508. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2010.06.001>

214. Serpentine, S., Del Bianco, P., Alducci, E., Toppan, P., Ferretti, F., Folin, M., ... & Pucciarelli, S. (2011). Psychological well-being outcomes in disease-free survivors of mid-low rectal cancer following curative surgery. *Psycho-Oncology*, 20(7), 706-714.

215. Shahbaz, K., Shibli, N., Amjad, S., & John, S. (2022). Impacts of Perceived Care Quality on Psychological Wellbeing of Cancer Patients. *International Transaction Journal of Engineering, Management, & Applied Sciences & Technologies*, 13(1), 1-11.

216. Shapiro, S. L., Lopez, A. M., Schwartz, G. E., Bootzin, R., Figueredo, A. J., Braden, C. J., & Kurker, S. F. (2001). Quality of life and breast cancer: Relationship to psychosocial variables. *Journal of Clinical Psychology*, 57(4), 501–519. <https://doi.org/10.1002/jclp.1026>

217. Shelby, R.A., Edmond, S.N., Wren, A.A. *et al.* Self-efficacy for coping with symptoms moderates the relationship between physical symptoms and well-being in breast cancer survivors taking adjuvant endocrine therapy. *Support Care Cancer* 22, 2851–2859 (2014). <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2269-1>

218. Shin, D.C., Johnson, D.M. Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Social Indicators Research* 5, 475–492 (1978). <https://doi.org/10.1007/BF00352944>
219. Shostrom, E. L. (1973). From abnormality to actualization. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 10(1), 36–40. <https://doi.org/10.1037/h0087540>
220. Simon, A. E., & Wardle, J. (2008). Socioeconomic disparities in psychosocial wellbeing in cancer patients. *European Journal of Cancer*, 44(4), 572–578. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2007.12.013>
221. Sojung Claire Kim, Dhavan V. Shah, Kang Namkoong, Fiona M. McTavish, David H. Gustafson, Predictors of Online Health Information Seeking among Women with Breast Cancer: the Role of Social Support Perception and Emotional Well-Being, *Journal of Computer-Mediated Communication*, Volume 18, Issue 2, 1 January 2013, Pages 212–232, <https://doi.org/10.1111/jcc4.12002>
222. Spiegel, D. (2013). Minding the body: Psychotherapy and cancer survival. *British Journal of Health Psychology*, 19(3), 465–485. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12061>
223. Spiegel, D., Bloom, J. R., & Yalom, I. (1981). Group support for patients with metastatic cancer. A randomized outcome study. *Archives of general psychiatry*, 38(5), 527–533. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1980.01780300039004>
224. Spiegel, D., Morrow, G. R., Classen, C., Raubertas, R., Stott, P. B., Mudaliar, N., Pierce, H. I., Flynn, P. J., Heard, L., & Riggs, G. (1999). Group psychotherapy for recently diagnosed breast cancer patients: a multicenter feasibility study. *Psycho-Oncology*, 8(6), 482–493. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1099-1611\(199911/12\)8:6%3C482::aid-pon402%3E3.0.co;2-w](https://doi.org/10.1002/(sici)1099-1611(199911/12)8:6%3C482::aid-pon402%3E3.0.co;2-w)
225. Spiridonov V., Kiselnikova (Volkova) N., Danina M. (2019). Personal problem's representation and the process of its solving as a subject of psychological research. *Psikhologicheskii zhurnal* 40(2), pp.27-37 DOI: 10.31857/S020595920004053-4

226. *Spiritual Wellbeing and Life Attitude of Breast Cancer Patients - The Korean Journal of Rehabilitation Nursing*. Korea Science. <https://www.koreascience.or.kr/article/JAKO200625952569585.page>
227. Srivastava, J., Shukla, H., Kaushik, S., & Tewari, M. (2016). 499PD Assessment of distress (depression, anxiety and stress) in Indian women with breast cancer: Predictive role of spiritual well being. *Annals of Oncology*, 27, ix161—ix162. [https://doi.org/10.1016/s0923-7534\(21\)00657-8](https://doi.org/10.1016/s0923-7534(21)00657-8)
228. Steger, M., & SHIN, J. Y. (2012). Happiness and meaning in a technological age: A psychological approach. In *The good life in a technological age* (pp. 110-126). Routledge.
229. Stone, P., Richards, M., A'Hern, R., & Hardy, J. (2000). A study to investigate the prevalence, severity and correlates of fatigue among patients with cancer in comparison with a control group of volunteers without cancer. *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology*, 11(5), 561–567. <https://doi.org/10.1023/a:1008331230608>
230. Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, 71(3), 209–249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
231. Tancherla, A., Celine, E., Dharmaraja, F., Natalie, F., Putri, H., Nathania, R., & Kurniawan, A. (2019). Relationship of Mechanism of Coping and Psychological Problems in Breast Cancer Patients. *Annals of Oncology*, 30, vi146. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdz343.132>
232. Tao, Z., Shi, A., Lu, C., Song, T., Zhang, Z., & Zhao, J. (2015). Breast Cancer: Epidemiology and Etiology. *Cell biochemistry and biophysics*, 72(2), 333–338. <https://doi.org/10.1007/s12013-014-0459-6>
233. Tas, F., Karalar, U., Aliustaoglu, M. *et al.* The major stressful life events and cancer: stress history and cancer. *Med Oncol* 29, 1371–1377 (2012). <https://doi.org/10.1007/s12032-011-9927-7>

234. Taub, C., Fisher, H., Nahin, E., Blomberg, B., Lippman, M., Hudson, B., Diaz, A., Lechner, S., Kwak, T., Hwang, G., Carver, C., & Antoni, M. (2019). Abstract # 3145 Rage-associated S100a8/A9 levels associated with circulating proinflammatory cytokines and social well-being in patients with breast cancer over the first 12 months of treatment. *Brain, Behavior, and Immunity*, 76, Стаття e29. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2018.11.264>
235. Taylor, C. (1992). *The Politics of Recognition*. W: Ch. Taylor, A. Gutmann (eds.), *Multiculturalism* (s. 25–74).
236. Taylor, C., & Charles, T. (1985). *Philosophical papers: Human agency and language* (Vol. 1). Cambridge University Press.
237. Tessier, P., Blanchin, M., & Sébille, V. (2017). Does the relationship between health-related quality of life and subjective well-being change over time? An exploratory study among breast cancer patients. *Social Science & Medicine*, 174, 96–103. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.12.021>
238. Tessier, P., Lelorain, S., & Bonnaud-Antignac, A. (2012). A comparison of the clinical determinants of health-related quality of life and subjective well-being in long-term breast cancer survivors. *European Journal of Cancer Care*, 21(5), 692–700. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2012.01344.x>
239. Thayer, R. E. (1989). *The biopsychology of mood and arousal*. Oxford University Press.
240. *The Effectiveness of Group Music Psychotherapy in Improving the Self-Concept of Breast Cancer Survivors*. <http://dx.doi.org/10.34944/dspace/650>
241. Thomas, S. F., & Marks, D. F. (1995). The measurement of coping in breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 4(3), 231–237. <https://doi.org/10.1002/pon.2960040309>
242. Thyme, K. E., Sundin, E. C., Wiberg, B., Oster, I., Aström, S., & Lindh, J. (2009). Individual brief art therapy can be helpful for women with breast cancer: a randomized controlled clinical study. *Palliative & supportive care*, 7(1), 87–95. <https://doi.org/10.1017/S147895150900011X>

243. Tiberius, V. (2013). Recipes for a good life: Eudaimonism and the contribution of philosophy. In A. S. Waterman (Ed.), *The best within us: Positive psychology perspectives on eudaimonia* (pp. 19–38). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14092-002>
244. Timko, C., & Janoff-Bulman, R. (1985). Attributions, vulnerability, and psychological adjustment: the case of breast cancer. *Health Psychology, 4*(6), 521. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.4.6.521>
245. Tim, L. S. (2015). Expressive writing improves psychological and physical health among breast cancer survivors: a review of journal articles. *J Educ Soc Behav Sci, 6*(1), 9-23.
246. Tomich, P. L., & Helgeson, V. S. (2002). Five years later: a cross-sectional comparison of breast cancer survivors with healthy women. *Psycho-Oncology, 11*(2), 154–169. <https://doi.org/10.1002/pon.570>
247. Trief, P. M., & Donohue-Smith, M. (1996). Counseling needs of women with breast cancer: what the women tell us. *Journal of psychosocial nursing and mental health services, 34*(5), 24–29. PMID: 8732979. <https://doi.org/10.3928/0279-3695-19960501-14>
248. Tuccitto, D. E., Giacobbi Jr, P. R., & Leite, W. L. (2010). The internal structure of positive and negative affect: A confirmatory factor analysis of the PANAS. *Educational and psychological measurement, 70*(1), 125-141.
249. Vadiraja, H. S., Rao, M. R., Nagarathna, R., Nagendra, H. R., Rekha, M., Vanitha, N., ... & Rao, N. (2009). Effects of yoga program on quality of life and affect in early breast cancer patients undergoing adjuvant radiotherapy: a randomized controlled trial. *Complementary therapies in medicine, 17*(5-6), 274-280.
250. Vaillo, Y. A., Pérez, S. M., López, P. M., & Retes, R. R. (2018). Minimal adjustment to Cancer scale: construct validation in Spanish breast cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research, 114*, 38-44.
251. van der Pompe, G., Duivenvoorden, H. J., Antoni, M. H., Visser, A., & Heijnen, C. J. (1997). Effectiveness of a short-term group psychotherapy program on endocrine and immune function in breast cancer patients: An exploratory

- study. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(5), 453–466. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(96\)00393-5](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(96)00393-5)
252. Vandendorpe, B., Drouet, Y., Ramiandrisoa, F., Guilbert, P., Costa, B., & Servagi-Vernat, S. (2021). Psychological and physical impact in women treated for breast cancer: Need for multidisciplinary surveillance and care provision. *Cancer/Radiothérapie*, 25(4), 330–339. <https://doi.org/10.1016/j.canrad.2020.12.005>
253. VanHoose, L., Black, L.L., Doty, K. *et al.* An analysis of the distress thermometer problem list and distress in patients with cancer. *Support Care Cancer* 23, 1225–1232 (2015). <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2471-1>
254. Vinokur, A. D., Threath, B. A., Caplan, R. D., & Zimmerman, B. L. (1989). Physical and psychosocial functioning and adjustment to breast cancer. Long-term follow-up of a screening population. *Cancer*, 63(2), 394–405. [https://doi.org/10.1002/1097-0142\(19890115\)63:2%3C394::aid-cnrcr2820630233%3E3.0.co;2-5](https://doi.org/10.1002/1097-0142(19890115)63:2%3C394::aid-cnrcr2820630233%3E3.0.co;2-5)
255. Vittersø, J., Oelmann, H., & Wang, A.L. (2009). Life Satisfaction is not a Balanced Estimator of the Good Life: Evidence from Reaction Time Measures and Self-Reported Emotions. *Journal of Happiness Studies*, 10, 1-17. DOI: 10.1007/s10902-007-9058-1
256. Vocabulary.com. (n.d.). Alert. Retrieved September 2022, from <https://www.vocabulary.com/dictionary/alert>
257. Vogt, C. (2012). The spiral of scientific culture and cultural well-being: Brazil and Ibero-America. *Public Understanding of Science*, 21(1), 4-16. <https://doi.org/10.1177/0963662511420410>
258. Von Ah, D., Kang, D.-H., & Carpenter, J. S. (2007). Stress, optimism, and social support: Impact on immune responses in breast cancer. *Research in Nursing & Health*, 30(1), 72–83. <https://doi.org/10.1002/nur.20164>
259. Vos, P. J., Visser, A. P., Garssen, B., Duivenvoorden, H. J., & Haes, H. C. J. M. de. (2007). Effectiveness of Group Psychotherapy Compared to Social Support

Groups in Patients with Primary, Non-Metastatic Breast Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 25(4), 37–60. https://doi.org/10.1300/J077v25n04_03

260. Wang, X., Wang, S.-S., Peng, R.-J., Qin, T., Shi, Y.-X., Teng, X.-Y., ... Yuan, Z.-Y. (2012, April 30). Interaction of Coping Styles and Psychological Stress on Anxious and Depressive Symptoms in Chinese Breast Cancer Patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. Asian Pacific Organization for Cancer Prevention. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2012.13.4.1645>

261. Warner, N. J., King, M., Langlands, A. O., Kenny, P., & Boyages, J. (1999). Symptoms 2 weeks, 3 months and 12 months after treatment of early breast cancer: the patients' perspectives. *The Breast*, 8(5), 273–277. <https://doi.org/10.1054/brst.1999.0069>

262. Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of personality and social psychology*, 54(6), 1063.

263. Watson, M., Greer, S., Rowden, L., Gorman, C., Robertson, B., Bliss, J. M., & Tunmore, R. (1991). Relationships between emotional control, adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer patients. *Psychological Medicine*, 21(1), 51–57. doi:10.1017/S0033291700014641

264. Watson, M., Greer, S., Slabinska, I., & Soloshenko, Y. (2008). Mental Adjustment to Cancer (MAC) Scale [Ukrainian Version]. Copyright © 2008. Maggie Watson

265. Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C., & Robertson, B. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychological medicine*, 18(1), 203-209.

266. Wefel, J. S., Lenzi, R., Theriault, R. L., Davis, R. N., & Meyers, C. A. (2004). The cognitive sequelae of standard-dose adjuvant chemotherapy in women with breast carcinoma: results of a prospective, randomized, longitudinal trial. *Cancer*, 100(11), 2292–2299. <https://doi.org/10.1002/cncr.20272>

267. Weißflog, G., Brähler, E., Leuteritz, K. *et al.* Does psychodynamic short-term psychotherapy for depressed breast cancer patients also improve fatigue? Results

- from a randomized controlled trial. *Breast Cancer Res Treat* 152, 581–588 (2015). <https://doi.org/10.1007/s10549-015-3494-0>
268. Witek Janusek, L., Tell, D., & Mathews, H. L. (2019). Mindfulness based stress reduction provides psychological benefit and restores immune function of women newly diagnosed with breast cancer: A randomized trial with active control. *Brain, Behavior, and Immunity*, 80, 358–373. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2019.04.012>
269. Wrosch, C., & Sabiston, C. M. (2012). Goal adjustment, physical and sedentary activity, and well-being and health among breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 22(3), 581–589. <https://doi.org/10.1002/pon.3037>
270. Yeung, N. C. Y., Wang, L.-J., Ji, L., Lu, Q., & Lu, G. (2020). Difficulties in identifying and describing feelings, social constraints, affect, and functional well-being among Chinese breast cancer patients: A mediation model. *European Journal of Oncology Nursing*, 47, 101760. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101760>
271. Zhang, X., Pennell, M. L., Bernardo, B. M., Clark, J., Krok-Schoen, J. L., Focht, B. C., Crane, T. E., Shadyab, A. H., & Paskett, E. D. (2021). Body image, physical activity and psychological health in older female cancer survivors. *Journal of Geriatric Oncology*, 12(7), 1059–1067. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2021.04.007>
272. Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, 67(6), 361-370.
273. Zikyryakhodzhaev A.D., Ermoschenkova M.V., Syrota N.A., Fetysov B.A. (2015). Psychological aspects of patients with breast cancer depending on the presence of a visible postoperative defect. *Research'n Practical Medicine Journal*. 2(2), 85-91. <https://doi.org/10.17709/2409-2231-2015-2-2-85-91>
274. Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 52(1), 30-41.
275. Zwerenz, R., Beutel, M.E., Imruck, B.H. *et al.* Efficacy of psychodynamic short-term psychotherapy for depressed breast cancer patients: study protocol for a

randomized controlled trial. *BMC Cancer* 12, 578 (2012).
<https://doi.org/10.1186/1471-2407-12-578>

ДОДАТКИ

Додаток А

Результати кореляційного аналізу за Спірменом (коефіцієнти)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. PGWBI: депресія	1,000	0,742	0,809	0,620	0,552	0,700	0,870	0,663	-0,567	0,580	0,578	0,600	0,589
2. PGWBI: тривога	0,742	1,000	0,721	0,700	0,546	0,643	0,874	0,567	-0,564	0,452	0,493	0,592	0,498
3. PGWBI: позитивне благополуччя	0,809	0,721	1,000	0,671	0,578	0,724	0,888	0,688	-0,568	0,646	0,657	0,703	0,697
4. PGWBI: самоконтроль	0,620	0,700	0,671	1,000	0,453	0,522	0,775	0,628	-0,480	0,533	0,530	0,609	0,615
5. PGWBI: загальне здоров'я	0,552	0,546	0,578	0,453	1,000	0,687	0,746	0,484	-0,680	0,369	0,364	0,409	0,404
6. PGWBI: вітальність	0,700	0,643	0,724	0,522	0,687	1,000	0,847	0,566	-0,701	0,607	0,600	0,619	0,634
7. PGWBI: загальний	0,870	0,874	0,888	0,775	0,746	0,847	1,000	0,700	-0,701	0,632	0,634	0,705	0,681
8. MAC: загальний	0,663	0,567	0,688	0,628	0,484	0,566	0,700	1,000	-0,559	0,675	0,673	0,663	0,703
9. Рівень якості життя	-0,567	-0,564	-0,568	-0,480	-0,680	-0,701	-0,701	-0,559	1,000	-0,488	-0,473	-0,495	-0,479
10. Цілі в житті	0,580	0,452	0,646	0,533	0,369	0,607	0,632	0,675	-0,488	1,000	0,760	0,812	0,863
11. Процес життя	0,578	0,493	0,657	0,530	0,364	0,600	0,634	0,673	-0,473	0,760	1,000	0,781	0,752
12. Результат життя	0,600	0,592	0,703	0,609	0,409	0,619	0,705	0,663	-0,495	0,812	0,781	1,000	0,812
13. Локус контролю - я	0,589	0,498	0,697	0,615	0,404	0,634	0,681	0,703	-0,479	0,863	0,752	0,812	1,000
14. Локус контролю - життя	0,536	0,456	0,570	0,419	0,323	0,510	0,568	0,659	-0,432	0,760	0,719	0,736	0,788
15. Сенс життя: загальний	0,630	0,541	0,712	0,585	0,402	0,644	0,700	0,724	-0,522	0,911	0,878	0,899	0,917
16. HADS: тривога	-0,612	-0,712	-0,597	-0,650	-0,457	-0,485	-0,696	-0,622	0,499	-0,445	-0,540	-0,533	-0,476
17. HADS: депресія	-0,708	-0,667	-0,714	-0,688	-0,578	-0,699	-0,802	-0,698	0,675	-0,587	-0,589	-0,577	-0,589
18. HADS: загальний	-0,746	-0,772	-0,740	-0,753	-0,583	-0,670	-0,845	-0,740	0,660	-0,586	-0,630	-0,625	-0,600
19. Позитивні емоційні стани	0,360	0,177	0,404	0,251	0,249	0,417	0,363	0,431	-0,214	0,385	0,366	0,412	0,429
20. Негативні емоційні стани	-0,414	-0,513	-0,383	-0,432	-0,214	-0,274	-0,443	-0,282	0,408	-0,309	-0,332	-0,299	-0,238
21. Емоційні стани: загальний	-0,061	-0,227	-0,024	-0,124	-0,017	0,055	-0,080	0,056	0,146	0,021	-0,014	0,028	0,087
22. MSPSS: значущий інший	0,288	0,230	0,383	0,243	0,181	0,243	0,314	0,296	-0,172	0,350	0,383	0,365	0,350
23. MSPSS: родина	0,275	0,193	0,351	0,259	0,110	0,193	0,269	0,302	-0,155	0,378	0,293	0,355	0,348
24. MSPSS: друзі	0,298	0,246	0,376	0,415	0,234	0,255	0,364	0,415	-0,239	0,453	0,340	0,415	0,434
25. MSPSS: загальний	0,344	0,257	0,436	0,370	0,208	0,281	0,377	0,398	-0,228	0,477	0,393	0,449	0,466

**Результати кореляційного аналізу за Спірменом (коефіцієнти) –
продовження**

	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
1. PGWBI: депресія	0,536	0,630	-0,612	-0,708	-0,746	0,360	-0,414	-0,061	0,288	0,275	0,298	0,344
2. PGWBI: тривога	0,456	0,541	-0,712	-0,667	-0,772	0,177	-0,513	-0,227	0,230	0,193	0,246	0,257
3. PGWBI: позитивне благополуччя	0,570	0,712	-0,597	-0,714	-0,740	0,404	-0,383	-0,024	0,383	0,351	0,376	0,436
4. PGWBI: самоконтроль	0,419	0,585	-0,650	-0,688	-0,753	0,251	-0,432	-0,124	0,243	0,259	0,415	0,370
5. PGWBI: загальне здоров'я	0,323	0,402	-0,457	-0,578	-0,583	0,249	-0,214	-0,017	0,181	0,110	0,234	0,208
6. PGWBI: вітальність	0,510	0,644	-0,485	-0,699	-0,670	0,417	-0,274	0,055	0,243	0,193	0,255	0,281
7. PGWBI: загальний	0,568	0,700	-0,696	-0,802	-0,845	0,363	-0,443	-0,080	0,314	0,269	0,364	0,377
8. MAC: загальний	0,659	0,724	-0,622	-0,698	-0,740	0,431	-0,282	0,056	0,296	0,302	0,415	0,398
9. Рівень якості життя	-0,432	-0,522	0,499	0,675	0,660	-0,214	0,408	0,146	-0,172	-0,155	-0,239	-0,228
10. Цілі в житті	0,760	0,911	-0,445	-0,587	-0,586	0,385	-0,309	0,021	0,350	0,378	0,453	0,477
11. Процес життя	0,719	0,878	-0,540	-0,589	-0,630	0,366	-0,332	-0,014	0,383	0,293	0,340	0,393
12. Результат життя	0,736	0,899	-0,533	-0,577	-0,625	0,412	-0,299	0,028	0,365	0,355	0,415	0,449
13. Локус контролю - я	0,788	0,917	-0,476	-0,589	-0,600	0,429	-0,238	0,087	0,350	0,348	0,434	0,466
14. Локус контролю - життя	1,000	0,883	-0,455	-0,491	-0,524	0,329	-0,215	0,039	0,357	0,372	0,368	0,439
15. Сенс життя: загальний	0,883	1,000	-0,534	-0,625	-0,651	0,432	-0,319	0,035	0,360	0,352	0,422	0,454
16. HADS: тривога	-0,455	-0,534	1,000	0,603	0,879	-0,123	0,562	0,297	-0,172	-0,184	-0,396	-0,295
17. HADS: депресія	-0,491	-0,625	0,603	1,000	0,902	-0,349	0,442	0,083	-0,315	-0,271	-0,378	-0,380
18. HADS: загальний	-0,524	-0,651	0,879	0,902	1,000	-0,284	0,548	0,191	-0,269	-0,250	-0,434	-0,375
19. Позитивні емоційні стани	0,329	0,432	-0,123	-0,349	-0,284	1,000	0,342	0,786	0,209	0,161	0,214	0,228
20. Негативні емоційні стани	-0,215	-0,319	0,562	0,442	0,548	0,342	1,000	0,829	-0,039	-0,073	-0,150	-0,091
21. Емоційні стани: загальний	0,039	0,035	0,297	0,083	0,191	0,786	0,829	1,000	0,103	0,057	0,026	0,085
22. MSPSS: значущий інший	0,357	0,360	-0,172	-0,315	-0,269	0,209	-0,039	0,103	1,000	0,704	0,416	0,818
23. MSPSS: родина	0,372	0,352	-0,184	-0,271	-0,250	0,161	-0,073	0,057	0,704	1,000	0,373	0,812
24. MSPSS: друзі	0,368	0,422	-0,396	-0,378	-0,434	0,214	-0,150	0,026	0,416	0,373	1,000	0,756
25. MSPSS: загальний	0,439	0,454	-0,295	-0,380	-0,375	0,228	-0,091	0,085	0,818	0,812	0,756	1,000

Результати кореляційного аналізу за Спірменом (р-значення)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. PGWBI: депресія	0	2,16E-26	1,22E-34	1,17E-16	7,38E-13	1,64E-22	1,85E-45	1,80E-19	1,24E-13	2,43E-14	3,45E-14	1,87E-15
2. PGWBI: тривога	2,16E-26	0	1,98E-24	1,60E-22	1,42E-12	3,82E-18	1,89E-46	1,64E-13	1,79E-13	1,25E-08	3,44E-10	5,73E-15
3. PGWBI: позитивне благопо-луччя	1,22E-34	1,98E-24	0	3,68E-20	3,49E-14	1,21E-24	7,65E-50	2,29E-21	1,16E-13	2,42E-18	3,56E-19	8,76E-23
4. PGWBI: само-контроль	1,17E-16	1,60E-22	3,68E-20	0	1,15E-08	1,96E-11	4,67E-30	4,88E-17	1,15E-09	6,12E-12	8,76E-12	5,47E-16
5. PGWBI: загальне здоров'я	7,38E-13	1,42E-12	3,49E-14	1,15E-08	0	1,81E-21	7,39E-27	8,88E-10	7,64E-21	5,19E-06	7,36E-06	3,58E-07
6. PGWBI: вітальність	1,64E-22	3,82E-18	1,21E-24	1,96E-11	1,81E-21	0	9,16E-41	1,80E-13	1,38E-22	7,08E-16	1,91E-15	1,30E-16
7. PGWBI: загальний	1,85E-45	1,89E-46	7,65E-50	4,67E-30	7,39E-27	9,16E-41	0	2,26E-22	1,25E-22	2,00E-17	1,50E-17	6,24E-23
8. MAC: загальний	1,80E-19	1,64E-13	2,29E-21	4,88E-17	8,88E-10	1,80E-13	2,26E-22	0	3,97E-13	2,38E-20	3,13E-20	1,74E-19
9. Рівень якості життя	1,24E-13	1,79E-13	1,16E-13	1,15E-09	7,64E-21	1,38E-22	1,25E-22	3,97E-13	0	5,64E-10	2,18E-09	2,76E-10
10. Цілі в житті	2,43E-14	1,25E-08	2,42E-18	6,12E-12	5,19E-06	7,08E-16	2,00E-17	2,38E-20	5,64E-10	0	2,24E-28	4,73E-35
11. Процес життя	3,45E-14	3,44E-10	3,56E-19	8,76E-12	7,36E-06	1,91E-15	1,50E-17	3,13E-20	2,18E-09	2,24E-28	0	8,12E-31
12. Результат життя	1,87E-15	5,73E-15	8,76E-23	5,47E-16	3,58E-07	1,30E-16	6,24E-23	1,74E-19	2,76E-10	4,73E-35	8,12E-31	0
13. Локус контролю - я	8,58E-15	2,12E-10	2,81E-22	2,45E-16	5,08E-07	1,55E-17	5,70E-21	1,26E-22	1,20E-09	5,35E-44	1,89E-27	5,82E-35
14. Локус контролю - життя	4,28E-12	9,19E-09	9,30E-14	1,76E-07	7,80E-05	6,69E-11	1,07E-13	3,62E-19	6,44E-08	2,07E-28	3,40E-24	7,35E-26
15. Смысло-життєві орієнтації: загальний	2,74E-17	2,57E-12	1,52E-23	1,30E-14	5,92E-07	3,22E-18	1,63E-22	1,51E-24	1,98E-11	1,51E-56	2,54E-47	9,20E-53
16. HADS: тривога	3,63E-16	1,59E-23	3,00E-15	1,19E-18	8,58E-09	6,96E-10	3,36E-22	1,07E-16	1,98E-10	2,30E-08	2,91E-12	6,37E-12
17. HADS: депресія	3,34E-23	7,53E-20	9,08E-24	1,69E-21	3,22E-14	2,00E-22	1,37E-33	3,56E-22	1,86E-20	1,10E-14	7,77E-15	3,74E-14
18. HADS: загальний	6,89E-27	9,21E-30	3,36E-26	1,47E-27	1,84E-14	3,99E-20	1,77E-40	4,42E-26	2,29E-19	1,21E-14	2,50E-17	5,62E-17
19. Позитивні емоційні стани	9,14E-06	0,0343	5,08E-07	0,0025	0,0027	1,94E-07	7,94E-06	7,47E-08	0,0099	1,83E-06	6,51E-06	2,84E-07
20. Негативні емоційні стани	2,53E-07	4,76E-11	2,10E-06	6,43E-08	0,0100	0,0009	2,80E-08	0,0007	3,80E-07	0,0002	4,88E-05	0,0003
21. Емоційні стани: загальний	0,4695	0,0062	0,7781	0,1402	0,8376	0,5103	0,3403	0,5061	0,0815	0,8065	0,8650	0,7379
22. MSPSS: значущий інший	0,0005	0,0055	2,16E-06	0,0034	0,0297	0,0034	0,0001	0,0003	0,0388	1,73E-05	2,17E-06	6,92E-06
23. MSPSS: родина	0,0008	0,0206	1,62E-05	0,0017	0,1897	0,0205	0,0011	0,0002	0,0639	2,98E-06	0,0004	1,27E-05
24. MSPSS: друзі	0,0003	0,0029	3,42E-06	2,25E-07	0,0048	0,0021	7,13E-06	2,53E-07	0,0039	1,23E-08	3,07E-05	2,36E-07
25. MSPSS: загальний	2,49E-05	0,0019	4,72E-08	5,06E-06	0,0122	0,0007	3,20E-06	8,51E-07	0,0061	1,50E-09	1,10E-06	1,71E-08

**Результати кореляційного аналізу за Спірменом (р-значення) –
продовження**

	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
1. PGWBI: депресія	8,58E-15	4,28E-12	2,74E-17	3,63E-16	3,34E-23	6,89E-27	9,14E-06	2,53E-07	0,4695	0,0005	0,0008	0,0003	2,49E-05
2. PGWBI: тривога	2,12E-10	9,19E-09	2,57E-12	1,59E-23	7,53E-20	9,21E-30	0,0343	4,76E-11	0,0062	0,0055	0,0206	0,0029	0,0019
3. PGWBI: позитивне благополуччя	2,81E-22	9,30E-14	1,52E-23	3,00E-15	9,08E-24	3,36E-26	5,08E-07	2,10E-06	0,7781	2,16E-06	1,62E-05	3,42E-06	4,72E-08
4. PGWBI: самоконтроль	2,45E-16	1,76E-07	1,30E-14	1,19E-18	1,69E-21	1,47E-27	0,0025	6,43E-08	0,1402	0,0034	0,0017	2,25E-07	5,06E-06
5. PGWBI: загальне здоров'я	5,08E-07	7,80E-05	5,92E-07	8,58E-09	3,22E-14	1,84E-14	0,0027	0,0100	0,8376	0,0297	0,1897	0,0048	0,0122
6. PGWBI: вітальність	1,55E-17	6,69E-11	3,22E-18	6,96E-10	2,00E-22	3,99E-20	1,94E-07	0,0009	0,5103	0,0034	0,0205	0,0021	0,0007
7. PGWBI: загальний	5,70E-21	1,07E-13	1,63E-22	3,36E-22	1,37E-33	1,77E-40	7,94E-06	2,80E-08	0,3403	0,0001	0,0011	7,13E-06	3,20E-06
8. MAC: загальний	1,26E-22	3,62E-19	1,51E-24	1,07E-16	3,56E-22	4,42E-26	7,47E-08	0,0007	0,5061	0,0003	0,0002	2,53E-07	8,51E-07
9. Рівень якості життя	1,20E-09	6,44E-08	1,98E-11	1,98E-10	1,86E-20	2,29E-19	0,0099	3,80E-07	0,0815	0,0388	0,0639	0,0039	0,0061
10. Цілі в житті	5,35E-44	2,07E-28	1,51E-56	2,30E-08	1,10E-14	1,21E-14	1,83E-06	0,0002	0,8065	1,73E-05	2,98E-06	1,23E-08	1,50E-09
11. Процес життя	1,89E-27	3,40E-24	2,54E-47	2,91E-12	7,77E-15	2,50E-17	6,51E-06	4,88E-05	0,8650	2,17E-06	0,0004	3,07E-05	1,10E-06
12. Результат життя	5,82E-35	7,35E-26	9,20E-53	6,37E-12	3,74E-14	5,62E-17	2,84E-07	0,0003	0,7379	6,92E-06	1,27E-05	2,36E-07	1,71E-08
13. Локус контролю - я	0	1,06E-31	2,03E-58	1,63E-09	7,74E-15	2,03E-15	7,91E-08	0,0040	0,3021	1,70E-05	1,89E-05	5,62E-08	3,87E-09
14. Локус контролю - життя	1,06E-31	0	1,90E-48	1,01E-08	4,03E-10	1,57E-11	5,80E-05	0,0095	0,6384	1,09E-05	4,44E-06	5,80E-06	3,71E-08
15. Сенс життя: загальний	2,03E-58	1,90E-48	0	5,61E-12	5,61E-17	9,68E-19	6,35E-08	9,61E-05	0,6790	9,45E-06	1,55E-05	1,43E-07	1,08E-08
16. HADS: тривога	1,63E-09	1,01E-08	5,61E-12	0	1,31E-15	1,95E-47	0,1419	2,30E-13	0,0003	0,0388	0,0272	8,85E-07	0,0003
17. HADS: депресія	7,74E-15	4,03E-10	5,61E-17	1,31E-15	0	8,43E-54	1,76E-05	2,96E-08	0,3198	0,0001	0,0010	3,07E-06	2,57E-06
18. HADS: загальний	2,03E-15	1,57E-11	9,68E-19	1,95E-47	8,43E-54	0	0,0006	1,17E-12	0,0216	0,0011	0,0026	5,40E-08	3,53E-06
19. Позитивні емоційні стани	7,91E-08	5,80E-05	6,35E-08	0,1419	1,76E-05	0,0006	0	2,79E-05	1,65E-31	0,0121	0,0545	0,0099	0,0060
20. Негативні емоційні стани	0,0040	0,0095	9,61E-05	2,30E-13	2,96E-08	1,17E-12	2,79E-05	0	1,30E-37	0,6449	0,3841	0,0724	0,2769
21. Емоційні стани: загальний	0,3021	0,6384	0,6790	0,0003	0,3198	0,0216	1,65E-31	1,30E-37	0	0,2196	0,4950	0,7604	0,3093
22. MSPSS: значущий інший	1,70E-05	1,09E-05	9,45E-06	0,0388	0,0001	0,0011	0,0121	0,6449	0,2196	0	7,70E-23	2,22E-07	6,71E-36
23. MSPSS: родина	1,89E-05	4,44E-06	1,55E-05	0,0272	0,0010	0,0026	0,0545	0,3841	0,4950	7,70E-23	0	4,23E-06	4,75E-35
24. MSPSS: друзі	5,62E-08	5,80E-06	1,43E-07	8,85E-07	3,07E-06	5,40E-08	0,0099	0,0724	0,7604	2,22E-07	4,23E-06	0	5,97E-28
25. MSPSS: загальний	3,87E-09	3,71E-08	1,08E-08	0,0003	2,57E-06	3,53E-06	0,0060	0,2769	0,3093	6,71E-36	4,75E-35	5,97E-28	0

Регресійна модель впливу фінансового стану, ментального здоров'я і соціальної підтримки на психологічне благополуччя онкопацієнтів

Предиктор	Коефіцієнт	Ст. похибка	t-значення	p-значення	Значущість
Константа	-33.65288	8.96747	-3.753	0.000257	***
Фінансовий стан (2)*	-2.18996	4.28806	-0.511	0.610375	
Фінансовий стан (3)*	6.87528	4.25182	1.617	0.108174	
Фінансовий стан (4)*	8.41209	4.64919	1.809	0.072586	.
Наявність психічного розладу	-8.02362	2.85579	-2.810	0.005687	**
Рівень адаптації до онкології	0.80470	0.07618	10.563	<0.00001	***
				Множ. $R^2 = 0.5736$	
				Скориг. $R^2 = 0.558$	

Примітка: *** - $p \leq 0.001$, ** - $0.001 < p \leq 0.01$, * $0.01 < p \leq 0.05$, . - $0.05 < p \leq 0.1$

*Фінансовий стан (2) – низький рівень фінансової забезпеченості

Фінансовий стан (3) – середній рівень

Фінансовий стан (4) – матеріально забезпечені

Додаток Б (продовження)

Регресійна модель впливу фінансового стану, ментального здоров'я, соціальної підтримки та якості життя на психологічне благополуччя онкопацієнтів

Предиктор	Коефіцієнт	Ст. похибка	t-значення	p-значення	Значущість
Константа	33.65316	12.02401	2.799	0.00587	**
Фінансовий стан (2)*	-4.17694	3.66514	-1.140	0.25644	
Фінансовий стан (3)*	2.11596	3.68295	0.575	0.56656	
Фінансовий стан (4)*	3.15451	4.02847	0.783	0.43496	
Наявність психічного розладу	-6.51028	2.44303	-2.665	0.00863	**
Рівень адаптації до онкології	0.53834	0.07460	7.216	<0.00001	***
Рівень якості життя	-0.61771	0.08519	-7.251	<0.00001	***
Множ. $R^2 = 0.6925$					
Скориг. $R^2 = 0.6789$					

Примітка: *** - $p \leq 0.001$, ** - $0.001 < p \leq 0.01$, * $0.01 < p \leq 0.05$, . - $0.05 < p \leq 0.1$

Додаток Б (продовження)

Регресійна модель впливу фінансового стану, ментального здоров'я, соціальної підтримки, якості життя та сенсу життя на психологічне благополуччя онкопацієнтів

Предиктор	Коефіцієнт	Ст. похибка	t-значення	p-значення	Значущість
Константа	37.14609	11.71829	3.170	0.001887	**
Фінансовий стан (2)*	-3.73127	3.55820	-1.049	0.296217	
Фінансовий стан (3)*	1.94023	3.57300	0.543	0.588008	
Фінансовий стан (4)*	3.03848	3.90789	0.778	0.438210	
Наявність психічного розладу	-5.98741	2.37584	-2.520	0.012896	*
Рівень адаптації до онкології	0.34728	0.09521	3.647	0.000377	***
Рівень якості життя	-0.58389	0.08336	-7.005	1.06e-10	***
Сенс життя: загальний бал	0.18215	0.05899	3.088	0.002447	**
Множ. $R^2 = 0.7128$					
Скориг. $R^2 = 0.6979$					

Примітка: *** - $p \leq 0.001$, ** - $0.001 < p \leq 0.01$, * $0.01 < p \leq 0.05$, . - $0.05 < p \leq 0.1$

Додаток Б (продовження)

Результати комплексного регресійного аналізу моделі психологічного благополуччя онкопацієнтів

Предиктор	Коефіцієнт	Ст. похибка	t-значення	p-значення	Значущість
Константа	78.55591	11.06236	7.101	6.56e-11	***
Фінансовий стан (2)*	-4.55048	2.95598	-1.539	0.126062	
Фінансовий стан (3)*	-0.32540	2.98039	-0.109	0.913222	
Фінансовий стан (4)*	-0.55953	3.27657	-0.171	0.864664	
Наявність психічного розладу	-2.88736	2.01151	-1.435	0.153497	
Рівень адаптації до онкології	0.06429	0.08685	0.740	0.460437	
Рівень якості життя	-0.28997	0.07865	-3.687	0.000329	***
Сенс життя: загальний бал	0.14953	0.04915	3.042	0.002826	**
HADS: загальний бал	-1.40617	0.17880	-7.865	1.09e-12	***
Множ. $R^2 = 0.8035$					
Скориг. $R^2 = 0.7918$					

Примітка: *** - $p \leq 0.001$, ** - $0.001 < p \leq 0.01$, * $0.01 < -p \leq 0.05$, . - $0.05 < p \leq 0.1$

Додаток Б (продовження)

Результати комплексного регресійного аналізу моделі психологічного благополуччя онкопацієнтів, включаючи емоційну складову

Предиктор	Коефіцієнт	Ст. похибка	t-значення	p-значення	Значущість
Константа	77.78011	11.00020	7.071	7.88e-11	***
Фінансовий стан (2)*	-3.64627	2.98668	-1.221	0.224305	
Фінансовий стан (3)*	0.54092	3.00649	0.180	0.857492	
Фінансовий стан (4)*	-0.11880	3.26601	-0.036	0.971038	
Наявність психічного розладу	-2.74434	2.00026	-1.372	0.172375	
Рівень адаптації до онкології	0.02633	0.08926	0.295	0.768502	
Рівень якості життя	-0.30756	0.07885	-3.900	0.000152	***
Сенс життя: загальний бал	0.14099	0.04910	2.872	0.004755	**
HADS: загальний бал	-1.51266	0.18883	-8.011	5.08e-13	***
PANAS: загальний бал	0.16466	0.09906	1.662	0.098822	.
Множ. $R^2 = 0.8075$					
Скориг. $R^2 = 0.7945$					

Примітка: *** - $p \leq 0.001$, ** - $0.001 < p \leq 0.01$, * $0.01 < p \leq 0.05$, . - $0.05 < p \leq 0.1$

Додаток Б (продовження)

Результати деталізованого комплексного регресійного аналізу моделі
психологічного благополуччя онкопацієнтів

Предиктор	Коефіцієнт	Ст. похибка	t- значення	p- значення	Значущість
Константа	77.15827	11.06493	6.973	1.34e-10	***
Фінансовий стан (2)*	-3.74254	2.99675	-1.249	0.213924	
Фінансовий стан (3)*	0.45604	3.01578	0.151	0.880035	
Фінансовий стан (4)*	-0.11630	3.27306	-0.036	0.971708	
Наявність психічного розладу	-2.97286	2.03483	-1.461	0.146395	
Рівень адаптації до онкології	0.02235	0.08966	0.249	0.803502	
Рівень якості життя	-0.31295	0.07945	-3.939	0.000132	***
Сенс життя: загальний бал	0.13219	0.05101	2.591	0.010637	*
HADS: загальний бал	-1.49567	0.19101	-7.830	1.41e-12	***
PANAS: загальний бал	0.15871	0.09969	1.592	0.113780	
MSPSS: загальний бал	0.03590	0.05492	0.654	0.514463	
Множ. $R^2 = 0.8081$					
Скориг. $R^2 = 0.7936$					

Примітка: *** - $p \leq 0.001$, ** - $0.001 < p \leq 0.01$, * $0.01 < p \leq 0.05$, . - $0.05 < p \leq 0.1$

Додаток Б (продовження)

Регресійна модель впливу якості життя, сенсу життя та емоційного стану на психологічне благополуччя онкопацієнтів

Предиктор	Коефіцієнт	Ст. похибка	t-значення	p-значення	Значущість
Константа	83.55655	6.13579	13.618	<0.00001	***
Рівень якості життя	-0.29658	0.07847	-3.779	0.000232	***
Сенс життя: загальний бал	0.17668	0.04126	4.282	0.0000342	***
HADS: загальний бал	-1.53674	0.15853	-9.694	<0.00001	***
Множ. $R^2 = 0.7903$					
Скориг. $R^2 = 0.7858$					

Примітка: *** - $p \leq 0.001$, ** - $0.001 < p \leq 0.01$, * $0.01 < -p \leq 0.05$, . - $0.05 < p \leq 0.1$

Додаток Б (продовження)

Регресійна модель впливу фінансового стану, ментального здоров'я, рівня адаптованості до онкологічного діагнозу та емоційного стану на психологічне благополуччя онкопацієнтів

Предиктор	Коефіцієнт	Ст. похибка	t-значення	p-значення	Значущість
Константа	-18.21876	10.76700	-1.692	0.09292	.
Фінансовий стан (2)*	-4.31919	4.29505	-1.006	0.31638	
Фінансовий стан (3)*	4.31324	4.29848	1.003	0.31743	
Фінансовий стан (4)*	6.41136	4.63372	1.384	0.16874	
Наявність психічного розладу	-7.69781	2.80619	-2.743	0.00691	**
Рівень адаптації до онкології	0.81665	0.07493	10.898	<0.00001	***
PANAS: загальний бал	-0.31711	0.12740	-2.489	0.01402	*
Множ. $R^2 = 0.5922$					
Скориг. $R^2 = 0.5742$					

Примітка: *** - $p \leq 0.001$, ** - $0.001 < p \leq 0.01$, * $0.01 < p \leq 0.05$, . - $0.05 < p \leq 0.1$