МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему: **ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ОНКОХВОРИХ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ ЗАХВОРЮВАННЯ**

Виконав: студент 2 курсу, групи 8.053З-з-2-дн
Спеціальності 053-психологія
Чайка Єлизавета Ігорівна
Керівник: Залановська Л.І. к.психол.н,
доцент кафедри психології
Рецензент: Гредінарова О.М., к.психол.н,
доцент кафедри психології

Запоріжжя
2025

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології
Кафедра психології
Рівень вищої освіти магістр
Спеціальність 053 Психологія
Освітня програма Психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри _____

к.психол.н., доцент. Н.О. Губа

«____»_____2025 р.

З А В Д А Н Н Я

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ

Чайці Єлизаветі Ігорівні

Тема роботи (проєкту) Особливості психоемоційного стану онкохворих на різних етапах захворювання

керівник роботи : Залановська Л.І, к.психол.н, доцент кафедри психології

затверджені наказом ЗНУ від «24 « 09 2024 року № 1446-с

2.Термін подання студентом роботи _____

3. Вихідні дані до роботи: аналіз психолого-педагогічної літератури

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: вивчити специфіку психоемоційних станів онкохворих; описати психологічні чинники, які впливають на психоемоційний стан онкохворих на різних етапах захворювання; проаналізувати методи корекції психоемоційного стану онкохворих; провести емпіричне дослідження особливостей психоемоційного стану онкохворих на різних етапах захворювання й проаналізувати його результати; розробити й перевірити ефективність програми психологічної корекції психоемоційного стану онкохворих на різних етапах захворювання; сформулювати рекомендації щодо психологічної корекції психоемоційного стану онкохворих на різних етапах захворювання.

5.Перелік графічного матеріалу 9 таблиць, 10 рисунків

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
Вступ	Залановська Л.І., доцент		
Розділ 1	Залановська Л.І., доцент		
Розділ 2	Залановська Л.І., доцент		
Розділ 3	Залановська Л.І., доцент		
Висновки	Залановська Л.І., доцент		

Дата видачі завдання_ _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Термін виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	Січень-лютий 2024 р.	Виконано
2	Робота над вступом	Березень 2024 р.	Виконано
3	Написання першого розділу	Квітень-травень 2024 р.	Виконано
4	Написання другого розділу	Липень 2024 р.	Виконано
5	Написання третього розділу	Серпень 2024 р.	Виконано
6	Написання висновків до роботи	Вересень 2024 р.	Виконано
7	Оформлення роботи	Жовтень 2024 р.	Виконано
8	Проходження нормоконтролю	Листопад 2024 р.	Виконано
9	Рецензування	Січень 2025 р.	Виконано
10	Захист	Лютий 2025 р.	Виконано

Студент _____ Є. І. Чайка

Керівник роботи_____Л.І. Залановська

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ А.О. Неманежина

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 82 сторінки, 9 таблиць, 10 рисунків, 62 джерела.

Об’єкт дослідження – психологічні особливості онкохворого.

Предмет дослідження – психоемоційний стан онкохворих на різних етапах захворювання.

Мета дослідження – дослідити особливості психоемоційного стану онкохворих на різних етапах захворювання.

Гіпотеза дослідження: психоемоційний стан онкохворих погіршується зі зростанням стадій захворювання.

Методи дослідження**:** теоретичні: аналіз, синтез й узагальнення представлених у науковій літературі матеріалів щодо сучасного стану досліджуваної проблеми; емпіричні: методики психологічного діагностування: методика самооцінки стійкості до стресу, «Діагностика рівня емоційного вигорання» В. Бойка, Шкала депресії А. Бека; математико-статистичні: якісний, кількісний аналіз даних.

Наукова новизна полягає у розробці та впровадженні програми психологічної корекції психоемоційного стану онкохворих на різних стадіях захворювання.

Практичне значення роботи полягає в тому, що одержані результати і висновки можуть бути використані в психокорекційній роботі з онкохворими.

Галузь використання: центри практичної психології, медико-реабілітаційні центри, медичні заклади.

ОНКОЛОГІЯ, ПАЦІЄНТ, ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН, ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ, СТАДІЇ ЗАХВОРЮВАННЯ.

SUMMARY

Chaika E.I. Peculiarities of the Psychoemotional State of Cancer Patients at Different Stages of the Disease.

Master's Qualification Thesis: 82 pages, 9 tables, 10 figures, 62 references.

Object of Study: Psychological characteristics of a cancer patient.

Subject of Study: To investigate peculiarities of the psycho-emotional state of cancer patients at different stages of the disease.

Research Aim: To reveal the features of the psycho-emotional state of cancer patients at different stages of the disease.

Research Hypothesis: The psycho-emotional state of cancer patients worsens as the stages of the disease progress.

Research Methods:

Theoretical: Analysis, synthesis, and generalization of scientific literature on the research problem.

Empirical: Psychological diagnostic methods: self-assessment of stress resistance, V. Boyko's "Burnout Level Diagnosis," A. Beck's Depression Scale.

Mathematical and Statistical: Qualitative and quantitative data analysis.

Research Objectives:

To study the specifics of psycho-emotional states in cancer patients.

To describe psychological factors affecting the psycho-emotional state of cancer patients at different stages of the disease.

To analyze methods for correcting the psycho-emotional state of cancer patients.

To conduct an empirical study of the psycho-emotional state of cancer patients at different stages of the disease and analyze the results.

To develop and test the effectiveness of a psychological correction program for cancer patients at different stages of the disease.

To formulate recommendations for the psychological correction of the psycho-emotional state of cancer patients at different stages of the disease.

Chapter 1: "Theoretical aspects of the psycho-emotional state of cancer patients" focuses on analyzing the specifics of psycho-emotional states of cancer patients, identifying psychological factors affecting these states, and describing correction methods.

Chapter 2: "Empirical study of the psycho-emotional state of cancer patients at different stages of the disease" dedicated to conducting the empirical study and analyzing its results.

Chapter 3: "Psychological correction of the psycho-emotional state of cancer patients at different stages of the disease" covers the development and testing of a psychological correction program, as well as recommendations for improving the psycho-emotional state of cancer patients.

Keywords: oncology, patient, psycho-emotional state, psychological correction, disease stages.

ЗМІСТ

ВСТУП……..8
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ОНКОХВОРИХ……10
1.1. Визначення специфіки психоемоційних станів онкохворих……...10
1.2. Психологічні чинники, які впливають на психоемоційний стан онкохворих на різних етапах захворювання……...20
1.3. Методи корекції психоемоційного стану онкохворих…….26
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ОНКОХВОРИХ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ ЗАХВОРЮВАННЯ……....30
2.1. Організація та методи дослідження……...30
2.2. Вибірка дослідження……...31
2.3. Аналіз результатів дослідження…….33
РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ОНКОХВОРИХ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ ЗАХВОРЮВАННЯ ……..42
3.1. Розробка програми психологічної корекції психоемоційного стану онкохворих на різних етапах захворювання ……..42
3.2. Рекомендації щодо психологічної корекції психоемоційного стану онкохворих на різних етапах захворювання……...66
3.3. Ефективність програми психологічної корекції психоемоційного стану онкохворих на різних етапах захворювання……...67
ВИСНОВКИ……...73
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ…….76

ВСТУП

Актуальність дослідження. Повномасштабні військові дії від 24 лютого 2022 року на території України стали неймовірним випробуванням для усього нашого суспільства. Постійне тривожне інформаційне перенасичення жахливими подіями, страхами, очікуваннями небезпеки, соціальна криза внутрішнього переміщення найбільш постраждалого населення, втечі від окупації, артилерійських та ракетних обстрілів, концентрація та консервація негативних переживань та емоцій тощо продовжують позначатися як на фізичному, так і на психічному здоров'ї усіх людей. Особливо вразливими до зміни психоемоційного стану є особистості із уже наявними складними соматичними патологіями, зокрема з онкологічними захворюваннями. Їхній психоемоційний стан і так зазнав суттєвих деструктивних впливів через боротьбу з складною патологією, а виклики сьогодення продовжують поглиблювати негативні тенденції у їх психоемоційному стані. Загальновідомо, що ефективність боротьби пацієнта з онкологічним захворюванням залежить не тільки від адекватно підібраного лікування, але й від психоемоційного стану. Тому вивчення особливостей психоемоційного стану онкохворих на різних етапах захворювання є важливим завданням, вирішення якого сприятиме створенню умов для покращення психоемоційного стану людей з онкологічними захворюваннями, зниження емоційного вигорання, яке пов'язане з особливостями захворювання та лікування. Це й зумовило вибір теми наукового дослідження.

Об'єкт дослідження – психологічні особливості онкохворого.

Предмет дослідження – психоемоційний стан онкохворих на різних етапах захворювання.

Мета дослідження –дослідити особливості психоемоційного стану онкохворих на різних етапах захворювання.

Гіпотеза дослідження: психоемоційний стан онкохворих погіршується зі зростанням стадій захворювання.

Завдання дослідження:

1. Теоретично дослідити специфіку психоемоційних станів онкохворих;

2. Описати психологічні чинники, які впливають на психоемоційний стан онкохворих на різних етапах захворювання;

3. Провести емпіричне дослідження особливостей психоемоційного стану онкохворих на різних етапах захворювання й проаналізувати його результати;

4. Розробити й перевірити ефективність програми психологічної корекції психоемоційного стану онкохворих на різних етапах захворювання;

5.Запропонувати рекомендації щодо психологічної корекції психоемоційного стану онкохворих на різних етапах захворювання.

Методи дослідження:

— теоретичні: аналіз, синтез й узагальнення представлених у науковій літературі матеріалів щодо сучасного стану досліджуваної проблеми;

— емпіричні: методики психологічного діагностування: методика самооцінки стійкості до стресу, «Діагностика рівня емоційного вигорання» В. Бойка, Шкала депресії А. Бека;

— математико-статистичні: кількісний, якісний даних.

База дослідження. У дослідженні взяли участь 60 пацієнтів, які знаходяться на лікуванні в КНП «Запорізький регіональний протипухлинний центр» ЗОР, з них 24 чоловіки і 36 жінок.

Теоретичне значення роботи полягає у розширенні теоретичних уявлень про психоемоційний стан онкохворих, про методи його діагностування й психологічної корекції.

Практичне значення роботи полягає в тому, що одержані результати і висновки можуть бути використані в психокорекційній роботі з онкохворими.

Структура та обсяг дослідження. Робота складається зі вступу, трьох розділів, дев’яти підрозділів, проміжних і загальних висновків, списку використаних джерел. Загальний обсяг роботи – 82 сторінки.

РОЗДІЛ І
ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ОНКОХВОРИХ

1.1. Визначення специфіки психоемоційних станів онкохворих

Онкологічні хвороби спричиняють потужне психоемоційне стресове навантаження. Це зумовлено тим, що виняткова тяжкість захворювання часто є прямим синонімом приреченості, смертельним вироком. У сучасних деструктивних умовах особистість реагує на різні катаклізми, в тому числі на онкологічні захворювання, переживаннями страху, тривоги, безпорадності, туги і відчаю. Онкологічні захворювання у багатьох пацієнтів стають джерелом хронічного психологічного стресу. Людей, які стикаються з онкологією, часто охоплюють думки про перебіг хвороби та її потенційну загрозу для життя. Цей стрес супроводжується негативними емоціями, депресією або відчуженістю, що здатне негативно вплинути на процес одужання. Дані наукової літератури підтверджують, що як перебіг захворювання, так і соціально-психологічна реабілітація пацієнта, його повернення до активного життя, а також зниження ризику рецидиву значною мірою залежать від психологічного стану, мотивації до боротьби з недугою і загального ставлення до хвороби.

Суттєвою психологічною проблемою в онкології залишається реакція особистості на діагноз. Ставлення пацієнта до своєї хвороби відіграє ключову роль у ефективності лікування. Надання психологічної підтримки на початкових етапах терапії є важливим елементом боротьби з несприятливими емоційними впливами, що впливає на успіх лікувальних заходів. Злоякісні пухлини залишаються однією з провідних причин смертності у світі. У багатьох пацієнтів, які усвідомлюють злоякісність свого діагнозу, розвиваються психічні порушення. Проте більшість із них не звертається до психіатрів, недооцінюючи важливість лікування цих розладів на тлі основної загрози — злоякісного

процесу. Досягнення у галузі хірургії, хіміотерапії та променевої терапії сприяли збільшенню тривалості життя онкохворих, водночас підвищивши значення покращення якості їх життя та психоемоційного стану. Якість життя пацієнтів під час лікування та реабілітації значною мірою залежить від візуалізації наслідків хвороби, таких як алопеція, хірургічні шрами чи сліди від променевої терапії, що можуть негативно впливати на психологічний стан [11, 282-293].

Ефективне лікування психічних порушень у онкологічних пацієнтів не лише покращує якість їх життя, але й підвищує ефективність терапії злоякісного процесу. За даними дослідників, близько 47% онкохворих страждають на психічні розлади. У клінічній практиці виділяють два основних психологічних типи ставлення до хвороби. Перший, гіпернозогнозія, характеризується перебільшеною значущістю хвороби, акцентом на тілесному дискомфорті та впевненістю у неспроможності самостійно впоратися із захворюванням. У пацієнтів цього типу спостерігаються тривога, депресія, гіпохондрія, що супроводжуються частими зверненнями до лікарів, тривалими госпіталізаціями та застосуванням не завжди виправданих методів лікування. Другий тип, гіпонозогнозія, проявляється недооцінкою серйозності хвороби, зменшенням значущості симптомів та переконаністю у можливості подолати її самостійно. Це часто призводить до несвоєчасного звернення за допомогою, порушення лікарських рекомендацій і відмови від тривалої терапії. Обидва ці типи можуть ускладнювати процес лікування, діагностики та профілактики рецидивів. На різних етапах лікування у онкохворих можуть проявлятися психогенні реакції, що варіюють за інтенсивністю від легких (наближених до невротичного рівня) до важких, що досягають майже психотичного рівня. Провідними симптомами таких реакцій є тривога, зниження настрою, апатія або дисфорія. Ступінь їх виразності часто пов'язаний з етапом лікування та преморбідними рисами особистості пацієнта [11, 282-293].

Стикаючись із онкологічним захворюванням, кожна людина переживає конфліктну ситуацію, яка носить переважно психологічний характер, оскільки пов'язана з безпосередньою загрозою життю. Опинившись у такому стані, пацієнт часто відчуває тривогу та страх, що нерідко провокує психічні порушення й дезорганізацію поведінки. Загроза життю викликає надмірну емоційну напругу, що негативно впливає на важливі для особистості відносини. У такій ситуації зазвичай активуються механізми психологічного захисту, спрямовані на послаблення або усунення тривоги, яка виникає внаслідок усвідомлення конфлікту. Ці механізми створюють умовний бар’єр, що відділяє свідомість пацієнта від травматичних переживань. Вибір компенсаторних стратегій онкологічними хворими найчастіше відбувається підсвідомо та залежить від індивідуальних особливостей їхньої психіки [11, 282-293].

Науковці визначають п’ять основних фаз реагування пацієнтів на діагноз злоякісного новоутворення: анозогнозична фаза (виникає одразу після підозри на наявність онкологічної патології, для неї характерні заперечення діагнозу, недооцінка серйозності стану та впевненість у його помилковості); дисфорична фаза (настає після підтвердження діагнозу, супроводжується бурхливими протестами, емоційною нестабільністю, агресивними діями щодо оточуючих або самого себе (аж до суїцидальних намірів); аутосугестивна фаза (відображає часткове прийняття хвороби, що супроводжується готовністю лікуватися та певним «торгом» із собою чи лікарями — наприклад, бажанням уникнути болю); депресивна фаза (виникає після тривалого лікування, коли зникає надія на одужання, характеризується пригніченістю, пасивністю та песимістичним ставленням до життя); апатична фаза (з’являється на пізніх стадіях захворювання, коли пацієнт примиряється з діагнозом, стає байдужим до подій як у своєму внутрішньому, так і зовнішньому світі) [11, 282-293].

Онкологічні пацієнти часто демонструють зниження настрою, тривожність, а також відчуття недостатнього контролю над хворобою через її рецидивний характер і невизначеність прогнозу. Їм притаманні обмежені стратегії подолання стресу, знижені соціально-особистісні компетенції, зокрема

в таких сферах, як тілесність, соціальна активність, креативність і ціннісне осмислення життя. Багато хто відчуває недостатню задоволеність соціально-психологічною підтримкою. Зважаючи на це, онкологічним хворим необхідна допомога фахівця-онкопсихолога. Його завданням є адаптація пацієнта до реалій життя з хворобою та забезпечення психологічного супроводу на всіх етапах лікування й реабілітації [11, 282-293].

Дослідниця І. Мухаровська відмічає, що онкологічне захворювання суттєво знижує якість життя хворих, впливає на психоемоційний та фізичний стан, систему міжособистісних стосунків, працездатність. Фізичне та психічне здоров'я є найвразливішими сферами життя онкологічних пацієнтів. Фізичні труднощі призводять до зниження працездатності, а також частково обмежують здатність до самообслуговування та самостійності в повсякденному житті. Пацієнти з онкологічними захворюваннями часто відчувають невдоволення рівнем міжособистісної взаємодії, недостатньою емоційною підтримкою з боку близьких, а також незавершеністю своєї особистісної та духовної самореалізації. На всіх етапах лікування пухлинного процесу спостерігається зниження показників якості життя, причому з тривалістю захворювання цей вплив стає дедалі відчутнішим. Дослідження підтверджують, що жінки з онкопатологією демонструють нижчі рівні психологічного благополуччя, тоді як у чоловіків спостерігається погіршення показників соціально-емоційної взаємодії та рівня підтримки з боку суспільства. Тому психокорекція емоційного стану та відновлення гармонії у міжособистісних стосунках є ключовими аспектами психологічної підтримки, спрямованої на підвищення якості життя онкохворих. [35, 91-95].

Як зазначають дослідниці К. Іванчук та Т. Лях, онкологічні захворювання значно впливають на дорослу людину, але їхній вплив на дитину, чия особистість ще формується, може бути ще більш руйнівним. Важка хвороба здатна радикально змінити характер дитини, її емоційну сферу, когнітивні процеси, вольові якості, комунікативну поведінку та спосіб взаємодії з навколишнім світом. Усвідомлення пацієнтом несприятливого прогнозу часто

стає причиною важких депресивних станів. Крім того, фрагментарність отриманої вербальної інформації, трагічна поведінка близьких та уникаюча манера спілкування медичного персоналу можуть значно погіршити емоційну реакцію пацієнта на хворобу [23].

З позиції клінічної психології, онкологічні захворювання класифікуються як кризові й екстремальні ситуації. Їм притаманні такі характерні риси, як раптовість, руйнування звичного світогляду, відсутність контролю над подіями та стадійність не лише хвороби, але й реакцій на неї. Кризовість обумовлюється тим, що людина втрачає можливість функціонувати у звичний спосіб, реалізовувати життєві цілі та залишатися в межах попередніх моделей поведінки. Вона відчуває внутрішню безвихідь, яка перешкоджає нормальному ходу життя. Це викликає фрустрацію духовних потреб, передусім самоактуалізації, що посилює загострення кризи. Психологічна криза нерідко супроводжується втратою сенсу життя та важливих орієнтирів, які можливо відновити лише через глибоку внутрішню перебудову особистості [23].

Онкологічний процес впливає на психіку в двох аспектах. З психогенної точки зору, сам діагноз, який традиційно сприймається як вирок, стає потужною психотравмою, здатною провокувати психічні розлади реактивного характеру. З соматогенного боку, онкопатологія є одним із найважчих соматичних факторів, що супроводжується вираженою астенією, фізичним та психічним виснаженням, формуючи психічні порушення соматогенної природи. Крім того, якщо пухлина локалізується в гормонозалежних чи гормонопродукуючих органах, існує висока ймовірність розвитку психоендокринного симптомокомплексу з характерними клінічними ознаками [23].

Американська дослідниця Е. Кюблер-Росс [57] виокремлює п’ять таких стадій реагування на хворобу: «заперечення і відчуження» (виникає з першим припущенням про наявність у пацієнта злоякісного новоутворення, супроводжується страхом, тривогою, депресією, бажанням померти); «злість» (з наявністю підтвердженого діагнозу, супроводжується реагуванням з

обвинуваченнями та виплесками злості на адресу медичного персоналу, що захищає пацієнта від внутрішнього конфлікту, можливі суїцидальні спроби, категорична відмова хворого від подальшого лікування і співпраці з лікарем, спроба втечі з лікарні; «торг» (намагання будь-що зробити краще, аби змінився діагноз, намагання відкласти неминучі подальші прояви хвороби і можливу смерть; «депресія» (прояви млявості, апатії, байдужості, ілюзорні переживання, можливість суїцидальної спроби); «прийняття» (відчуття свободи, релігійні уявлення, віра в безсмертя, концентрація на питаннях, пов'язаних з хворобою і смертю [23].

Аналізуючи психоемоційні стани онкохворих, дослідниця І. Березко констатує, що коли людина стикається з важким захворюванням, вона часто залишається наодинці зі своїми думками, страхами та тривогами. Цей стан супроводжується безпорадністю та панікою, які нерідко порівнюють із кораблетрощою, що залишає відчуття покинутості й самотності. Особистість, опинившись у такій ситуації, намагається самостійно впоратися з отриманим «вироком». Відсутність досвіду подібних криз, коли саме життя під загрозою, а майбутнє стає невизначеним, створює унікальну внутрішню напругу. Те, що раніше здавалося стабільним і прогнозованим, тепер опиняється під великим питанням. На цьому етапі хворі часто звертаються до різних стратегій перегляду свого життєвого досвіду і самоідентичності. Одні прагнуть зберегти звичний уклад життя, ігноруючи незворотність змін. Для них хвороба стає перервою, тимчасовим «антрактом», але без втрати цінностей та сформованих ідентичностей. Інші ж сприймають історію свого життя як помилкову, що призвела до кризи, й обирають шлях «почати з чистого аркуша», прагнучи змінити себе. Треті, аналізуючи свій досвід, розуміють, що багато їхніх життєвих проектів були нав’язані зовнішніми обставинами. У такому випадку хвороба стає нагодою «прибрати зайве» і зосередитися на істинно важливому [5, 103-107].

І. Березко також зазначає, що особлива увага онкохворих приділяється власному тілу, оскільки їхні майбутні плани нерозривно пов’язані з фізичним

станом. Хворі часто шукають способи стабілізації здоров'я, прагнуть зробити організм витривалішим, зміцнити його, а це нерідко стає центральною віссю їхніх життєвих проектів. Способи досягнення цієї мети бувають різними: від інтуїтивних експериментів до наслідування досвіду тих, хто досяг ремісії завдяки певним практикам. Розвиток віртуальних спільнот значно полегшує обмін таким досвідом, даючи змогу хворим обирати ті стратегії, які відповідають їхнім цінностям і потребам [5, 103-107].

Проте трансформації під час хвороби стосуються не лише фізичної, а й психологічної сфери. Емоційні стани стають як каталізатором, так і показником змін. Вони можуть активувати давні страхи або негативний досвід, який раніше залишався у підсвідомості. Такі емоційні «консерви» розкривають приховані внутрішні конфлікти, але водночас дозволяють виявити проблемні зони, які потребують уваги. Усвідомлення цих проблем може стати початком важливих змін. Онкохворі нерідко проявляють неабияку винахідливість у пошуках ресурсів, які допомагають їм триматися навіть у найскладніших ситуаціях. Навіть слабкий проблиск позитивної емоції вони здатні «роздмухати» у джерело натхнення, що допомагає мобілізувати сили для боротьби. Такі емоції не лише підтримують хворого в моменті, але й можуть відкрити нові грані його ідентичності, дозволяючи сформувати нове ставлення до життя. Важке захворювання часто стає моментом переосмислення й переформатування ціннісної системи. Хвороба руйнує звичні рамки, але водночас відкриває можливості для свідомого вибору, які ідентичності зберегти, які залишити в минулому, а які розвивати надалі. Це змушує пацієнтів знаходити нові способи самореалізації й глибше розуміти себе, виводячи життя за межі звичних амплуа [5, 103-107].

Психоемоційний стан онкохворих має певні гендерні особливості. Зокрема, дослідники Л. Вереіна, Г. Гардашнікова, О. Шишкіна вивчали особливості психоемоційного стану у жінок, хворих на онкологію. Наукові дослідження показують, що жінки, отримуючи діагноз онкологічного захворювання, часто стикаються з відчуттям розпачу, невпевненістю у

майбутньому, відмовляються брати на себе зобов'язання чи будувати плани. Такий стан часто супроводжується несвідомим очікуванням смерті, що значно знижує якість життя. Проте, якщо жінка зберігає радість до життя й знаходить у ньому сенс, її воля до життя зростає, навіть у присутності серйозної загрози. Першим кроком до покращення стану є комплексна психологічна підтримка, яка доповнює професійне лікування. Ця допомога спрямована на зміцнення віри пацієнтки в успішність терапії, активацію її здатності протистояти стресу, зміни ставлення до себе та оточення. Подолання негативних емоцій та формування більш позитивного уявлення про себе є основою підвищення психологічного потенціалу для боротьби із захворюванням [9, 103].

Доведено, що емоційний стан впливає на імунну систему, яка відіграє ключову роль у протидії раковим клітинам. Емоційні травми можуть значно ослабити захисні механізми організму, сприяючи прогресуванню хвороби. Багаточисельні дослідження підтверджують, що психічні фактори відіграють важливу роль у розвитку онкологічних захворювань. Зокрема, психологічна адаптація жінки до діагнозу залежить від її ставлення до хвороби, здатності долати страхи й працювати над стабілізацією психоемоційної сфери. Рак не лише впливає на функціональний стан організму, але й супроводжується складними психологічними проблемами. Тривала хвороба, госпіталізація, розрив із звичним способом життя й соціальним оточенням, а також травматичні операції часто руйнують сформовані життєві стереотипи. Зміна життєвих обставин потребує адаптації до нової реальності, що викликає внутрішнє напруження та переосмислення цінностей [9, с. 103].

Діагноз та лікування онкологічних захворювань, таких як рак матки, супроводжуються серйозним психологічним стресом. Пацієнтка може відчувати слабкість, гострий страх смерті, підвищену тривожність чи гнів. Часто жінка переживає зміну соціальної ролі, формування нових сімейних взаємин та усвідомлення своєї фізичної вразливості. Такі ситуації можуть провокувати глибокий душевний біль, втрату самооцінки та почуття самотності. Період адаптації після діагнозу та операцій супроводжується

внутрішніми конфліктами. Напруга між бажанням жити, працювати, зберігати сімейні стосунки та реаліями фізичних обмежень призводить до фрустрації. Пацієнтка може звинувачувати себе чи інших, намагатися уникати неприємностей або знижувати їх значущість. Водночас лікарі відзначають, що ставлення жінки до власної хвороби безпосередньо впливає на атмосферу в родині: менше драматизації – більше підтримки від близьких. Психологічна допомога жінкам, які зіткнулися з онкологічними захворюваннями, має велике значення. Вона дозволяє знайти новий сенс життя, прийняти себе у нових умовах і впоратися із психологічними викликами, сприяючи гармонізації внутрішнього стану та відновленню життєвої рівноваги [9, 103].

Численні дослідження присвячені не тільки психоемоційному стану онкохворих, але й їхніх родичів. Зокрема, у дослідженнях Т. Кривоніс зазначається, що психоемоційний стан родичів онкологічних пацієнтів визначається поєднанням впливу ряду чинників, до яких відносилися етап перебігу захворювання, рівень сімейної адаптації, гендерна складова. Прогресування онкологічного захворювання у пацієнта спричиняє значне зростання психопатологічних проявів у членів його сім'ї. Найпоширенішими є депресивні та тривожні стани, що виникають через повторну психотравматизацію та нестачу психологічних і психосоціальних ресурсів для подолання наслідків хвороби. Ці фактори погіршують здатність родини адаптуватися до складних умов, створених захворюванням. Порушення процесів сімейної адаптації часто супроводжуються зростанням рівня тривожності та депресії, які стають основою для розвитку як індивідуального, так і сімейного напруження. У жінок психоемоційний стан зазвичай характеризується переважанням тривожних реакцій, тоді як у чоловіків частіше спостерігаються депресивні прояви. Тому важливою складовою психологічної допомоги в онкології є корекція емоційного стану близьких пацієнта та стабілізація сімейної динаміки [29, 51].

Аналізуючи клініко-психологічні феномени у пацієнтів онкологічної практики на різних етапах лікувального процесу, дослідниця І. Мухаровська

констатує, що в онкологічних хворих були присутні клініко-психологічні феномени, які відображали особливості переживання перебігу хвороби та лікування: «поділу життя», «сортера», «нового початку», «маятника», «екстерналізації психічної напруги», «психологічної індукції», «децентралізації». Клініко-психологічні особливості, характерні для різних етапів лікування онкологічних пацієнтів, демонструють глибокий зв'язок між емоційним станом і перебігом терапії. На етапі первинного лікування ключовими психологічними феноменами виступають відчуття «поділу життя» на періоди до та після діагнозу, а також прагнення до «нового початку». Під час симптоматичної допомоги стають помітними такі явища, як «маятник» (коливання емоційного стану), «децентралізація» (зміщення центру уваги на зовнішні фактори) і «екстерналізація» (перенесення переживань назовні). На стадії прогресування хвороби та повторної протипухлинної терапії відзначається зниження значущості первинних феноменів, натомість зростає роль паліативних аспектів, спрямованих на підтримку якості життя. Незмінними для всіх етапів залишаються феномени «індукції» (вплив оточення на емоційний стан пацієнта) та «сортера» (переосмислення подій і вибіркове акцентування уваги). Психологічний стан онкологічних пацієнтів формується у тісному зв'язку з етапами лікувального процесу. Залежно від фази терапії змінюється не лише їхнє емоційне сприйняття ситуації, а й адаптивні механізми, що визначають здатність долати труднощі та взаємодіяти з оточенням [37, 74-77].

Аналізуючи детермінати негативних психоемоційних проявів в онкохворих, дослідниця О. Піонтковська до них відносить емоційні труднощі в дитячо-батьківських відносинах, подружніх відносинах, стосунках у розширеній родині; функціональні проблеми (професійні досягнення, кар'єрний ріст, самореалізація членів родини; можливості сімейного відпочинку; перерозподіл функціональних ролей та обов'язків); проблеми, пов'язані зі взаємодією з соціумом (стигматизація, соціальна самоізоляція); фінансові

труднощі (лікарські засоби, перебування у стаціонарі, транспортні витрати та ін.) [41, 76-83].

Отже, особливостями психоемоційного стану онкохворих є прояви депресії, підвищеної тривожності, агресивні тенденції, психологічного стресу, психоемоційного напруження, суїцидальні нахили, прагнення самотності, різноманітні фобії тощо.

1.2. Психологічні чинники, які впливають на психоемоційний стан онкохворих на різних етапах захворювання

Психоемоційний стан онкохворих є різним на різних стадіях захворювання. Науковці виокремлюють декілька стадій адаптації онкохворого. Перша з них – це психотравматичний шок. Ця стадія настає після повідомлення про діагноз і супроводжується втратою почуття безпеки. Пацієнт занурюється у стан розгубленості, відчаю та паніки, що паралізує його здатність адекватно сприймати реальність і слова лікаря. Основна емоція – сильний страх, який виконує захисну функцію, блокуючи надмірний стрес. У цей момент соціальна підтримка є вкрай важливою, оскільки допомагає пацієнту відчути, що він не самотній у своїй боротьбі [32, 222].

Друга стадія – це заперечення. На цій стадії активуються захисні механізми, які дозволяють людині знизити рівень травматизації. Пацієнт може заперечувати сам факт захворювання або його злоякісний характер. Часто це проявляється в прагненні звертатися до різних спеціалістів чи нетрадиційних методів лікування. Ця поведінка є спробою адаптуватися до нової реальності та знайти альтернативні способи подолання хвороби [32, 222].

Третьою стадією є агресія. Під час цієї стадії пацієнт усвідомлює серйозність своєї ситуації, що може викликати пошук винних у виникненні хвороби або відчуття провини за власний стан. Агресія часто спрямована на оточуючих, але іноді на самого себе, що є особливо небезпечним. Функція цієї стадії полягає у мобілізації внутрішніх ресурсів, проте важливо, щоб пацієнту

дали можливість проговорити свої емоції без осуду. Четверта стадія – це торг або магічне мислення. Ця фаза супроводжується спробами пацієнта "домовитися" із хворобою чи вищими силами за додатковий час або полегшення. Людина може використовувати різні ритуали або демонструвати зразкову поведінку, сподіваючись, що це допоможе їй одужати. Вперше після діагнозу пацієнт починає відповідально ставитися до лікування, намагаючись знайти внутрішню опору. П’ята стадія – депресія. Найчастіше депресивні прояви виникають після виписки зі стаціонару, коли пацієнт залишається сам на сам зі своїми страхами. Людина може ставати надмірно уважною до сигналів організму, відчувати провину за погіршення стану. Однак за відсутності клінічної депресії цей етап може стати періодом переосмислення сенсу життя, адаптації до нових умов і прийняття себе в новій ролі. Шостою стадією є прийняття хвороби (посттравматичне зростання). На цій стадії пацієнт інтегрує досвід хвороби у своє життя. Його установка змінюється: «Я хворий, але це не заважає мені жити». Людина починає усвідомлювати позитивні зміни, які стали можливими завдяки хворобі: глибше розуміння себе, переоцінка цінностей і життєвих пріоритетів. Цей етап символізує перехід до нового, більш гармонійного ставлення до життя [32, 222].

Окрім традиційних стадій прийняття хвороби ми визначаємо ще й психологічні особливості пацієнтів на різних етапах лікування онкології. Ними є такі:

Поліклінічний (діагностичний) етап, тобто перший контакт пацієнта з онкологами, який триває до госпіталізації. Цей етап є одним із найбільш психотравматичних: понад 70% пацієнтів стикаються з тривожно-депресивним синдромом. Він збігається з фазою психологічного шоку, коли домінують тривога, відчай, апатія, а також психомоторне збудження. Пацієнт відчуває безвихідь і не здатний адекватно сприймати інформацію. У цьому стані важливо забезпечити соціальну підтримку, щоб допомогти людині впоратися з сильним стресом [60].

Госпітальний етап – це перші сім днів після госпіталізації характеризуються поступовим зниженням інтенсивності негативних переживань. Пацієнти відчувають певне полегшення завдяки усвідомленню, що вони не самотні, перебуваючи серед людей із подібним діагнозом, і що лікарі допомагають їм. Основною емоцією цього етапу стає бажання якомога швидше розпочати лікування, тривога тепер пов'язана не зі страхом смерті, а із затримками початку терапії [60].

Передопераційний етап – це період, що триває від моменту ухвалення рішення про оперативне втручання до переведення пацієнта до операційної. Психологічний стан пацієнтів характеризується різким зростанням напруги та страху, що часто перевищує інтенсивність переживань на діагностичному етапі. Пацієнти можуть сумніватися у необхідності операції або шукати альтернативи. Спілкування з іншими пацієнтами, які переживають ускладнення після операції, лише посилює їхні побоювання. На цьому етапі ефективними є релаксаційні та візуалізаційні психотерапевтичні техніки, що допомагають знизити напругу [60].

Післяопераційний етап – це період після хірургічного втручання до відновлення здатності до самообслуговування. Спочатку пацієнти відчувають радість і оптимізм через вдало проведену операцію та видалення пухлини. Однак із часом, зі зменшенням медикаментозної підтримки, з'являються астено-невротичні симптоми, тривога щодо результатів лікування та подальшого життя.

Післягоспітальний етап – період, що починається з моменту виписки зі стаціонару та триває близько тижня. Пацієнти фокусуються на своїх соматичних відчуттях, відчуваючи тривогу за будь-які зміни у тілі, особливо в зоні операції. Усвідомлення необхідності подальшого лікування (хіміотерапія, опромінення) часто стає додатковим джерелом напруження.

Катамнестичний етап – амбулаторне лікування та перебування вдома. Пацієнти нерідко прагнуть до самоізоляції, уникають активної діяльності, навіть за задовільного соматичного стану. Виникає почуття безпорадності та

нерозуміння подальших перспектив. Завершення активного лікування часто не приносить радості, а викликає тривогу через відсутність підтримки лікаря, до якої вони звикли [60].

Однією із психологічних особливостей, яка стосується онкопацієнтів на різних стадіях захворювання, є переживання суб'єктивної тривоги, яка має два важливі компоненти — фізичний та емоційний, які значно впливають на когнітивний стан. До фізичних проявів тривоги належать прискорене серцебиття, задишка, тремтіння, сухість у роті, оніміння кінцівок, головний біль та інші симптоми, що підсилюють загальне відчуття дискомфорту. Емоційний компонент включає страх, занепокоєння, безсоння, дратівливість і неможливість розслабитися. Вплив цих факторів на пацієнтів посилюється стресом, пов'язаним із діагнозом та лікуванням, а також переживаннями, які стосуються як самого захворювання, так і його потенційних наслідків. Онкопацієнти демонструють різні стратегії подолання тривоги, серед яких найчастіше зустрічаються уникнення, заперечення та спроби самостійно покращити свій стан. Залежно від стадії захворювання, його типу, перебігу й локалізації, пацієнти можуть відчувати широкий спектр фізичних і психологічних наслідків, що включають слабкість, втрату працездатності чи навіть неможливість самообслуговування. Як зазначає І. Мухаровська у своїй роботі, тривога онкологічних хворих часто супроводжується сумом, дратівливістю та перепадами настрою, які можуть призвести до тривожного розладу чи депресії [36, 44].

Фізичні наслідки тривоги можуть проявлятися у підвищенні м'язової напруги, що викликає біль і запаморочення, пришвидшенні дихання, нудоті та навіть гіпертонії. Ці зміни здатні порушити роботу серцево-судинної системи та імунітету, роблячи організм вразливішим до інфекцій. Порушення сну, які часто спостерігаються у пацієнтів із тривогою, також значно впливають на фізичний стан. Психологічні наслідки тривоги включають дратівливість, песимізм, негативне сприйняття реальності та зниження здатності концентруватися [60].

Дослідження показують, що тривога й депресія впливають на якість життя пацієнтів із раком, знижують ефективність лікування та збільшують термін перебування в лікарні. Пацієнти з високим рівнем тривоги часто відчувають біль сильніше, ніж ті, у кого її рівень є низьким. До того ж, такі пацієнти частіше страждають від порушень сну, що знижує їхню емоційну стійкість [62]. В Україні, за дослідженнями, тривога у пацієнтів із онкозахворюваннями часто пов'язана зі страхом смерті, ізоляцією від соціального середовища та відчуттям невизначеності щодо результатів лікування [36, 44]. Окрім того, існує тісний зв'язок між екзистенційним дистресом і якістю життя пацієнтів. Почуття безпорадності, страх бути тягарем для близьких, а також ізоляція значно знижують психологічне благополуччя онкопацієнтів, спричиняючи депресію та тривожні розлади [55; 56]. Як показують дослідження, екзистенційний дистрес і підвищена тривожність є чинниками, які значно погіршують якість життя пацієнтів із прогресуючим раком [61]. Соціальні фактори, як-от підтримка від родини, мають величезний вплив на емоційний стан пацієнтів. У той час, коли самотність посилює депресивні симптоми, доступ до підтримуючих спільнот і соціальної взаємодії може допомогти хворим подолати страхи та знайти мотивацію до боротьби з хворобою [59].

Дослідниця Г. Мозгова виділяє ряд біопсихосоціальних факторів наслідки, що впливають на якість життя пацієнтів з онкологічними захворюваннями. До них учена відносить самостійність, працевлаштованість, самореалізацію, пошук духовного ресурсу особистості, загальне сприйняття життя, емоційну підтримку, міжособистісну взаємодію, фізичне благополуччя, підтримку родини [34, 124].

Дослідники О. Кирилова, Є. Кирилова, І. Востроknутов до причин порушення психоемоційного стану онкохворих відносять такі, як: психічна реакція на стрес, зумовлена отриманням діагнозу онкологічного захворювання або необхідністю перенести операцію; прямий вплив пухлинного процесу на психіку пацієнта; а також наслідки, викликані протипухлинною терапією.

Кожен етап комплексного лікування супроводжується специфічними психосоматоформними реакціями. У більшості випадків у онкохворих розвиваються яскраво виражені невротичні розлади, пов'язані зі стресовими ситуаціями, а також соматоформні розлади, які часто проявляються у формі різних варіантів депресивного синдрому. Серед них найпоширенішими є тривожно-депресивний, астено-депресивний і тривожно-фобічний синдроми. Крім того, нерідко спостерігаються іпохондричні (зокрема канцерофобічні) реакції, коли пацієнт зосереджує увагу на своїх тілесних відчуттях і має надмірний страх щодо можливого прогресування хвороби. Астенічні стани, що характеризуються загальною слабкістю, підвищеною втомлюваністю і зниженням енергетичного рівня, також є типовими проявами психоемоційних розладів у пацієнтів із онкологічними захворюваннями [26, 84-92]. І. Мухаровська до факторів, що впливають на психоемоційний стан онкохворих на різних етапах лікування, зокрема під час паліативної допомоги, відносить соматичний дискомфорт, больовий синдром, екзистенційність стресу, особистісні особливості [58, 1-5]. В. Вовк, Є. Кирилова, Ю. Лазаренко, М. Неляпіна до факторів впливу на психоемоційний стан онкохворих відносять високий рівень дистресу, який був вищим у пацієнтів із більш тяжким перебігом захворювання та з песимістичною, пасивною позицією щодо лікування, фобії [10, 69].

Іншими факторами, які впливають на психоемоційний стан онкохворих є спілкування з хворим на «складні теми» (прогноз, лікування, майбутнє, смерть); переживання психотравмуючої ситуації та високий рівень психоемоційного навантаження; зміна соціальної активності (спілкування з друзями, близьким оточенням); труднощі поєднання професійної діяльності з доглядом за хворим (графік роботи, звільнення з роботи у зв’язку з доглядом за хворим); низька стресостійкість та високий рівень психосоціального стресу; психопатологічна симптоматика у вигляді афективних та невротичних симптомів; неадекватне почуття провини; неадаптивні стратегії стресодолаючої поведінки; розвиток специфічних страхів (канцерофобія); нерозуміння або брак інформації щодо

соматичних і психічних симптомів хвороби пацієнта; гармонізація стосунків у родині; підвищення комунікативної компетентності та асертивної поведінки [31, 40-45].

Отже, на психоемоційний стан онкологічних хворих впливає ряд факторів, серед яких: соматичний дискомфорт. больовий синдром, екзистенційність стресу, особистісні особливості, високий рівень дистресу, переживання психотравмуючої ситуації, зміна соціальної активності, фобії, нерозуміння або брак інформації щодо соматичних і психічних симптомів хвороби пацієнта; стосунки у родині.

1.3. Методи корекції психоемоційного стану онкохворих

Велику роль у корекції психоемоційного стану онкологічних хворих відіграють методи психологічного втручання. До методів роботи з онкохворими належить проведення консультацій, які включають активне слухання. Фахівець не просто фокусується на медичній історії пацієнта, а глибше вивчає його життєвий шлях, цінності та пріоритети. Це дозволяє зрозуміти, які аспекти життя зазнали найбільших змін через хворобу, які страхи домінують у свідомості пацієнта, а також визначити його головні прагнення. Особливу увагу під час роботи необхідно приділити виявленню ресурсів, які можуть сприяти адаптації до онкологічного діагнозу. У центрі цього процесу мають бути соціальні ресурси. Важливо з’ясувати, до кого пацієнт звертається по допомогу, чи обмежується його соціальна підтримка лише родиною, чи є сім’я дійсно джерелом допомоги. Водночас аналізується, яку саме підтримку надає родина: чи вона є матеріальною, емоційною, інформаційною. Також оцінюється, чи змінюється коло спілкування пацієнта після повідомлення про його діагноз, хто з рідних і друзів готовий допомогти йому, та які навички потрібні, щоб розширити соціальне оточення. Психологічна підтримка також спрямована на забезпечення доступу пацієнта до всіх можливих джерел допомоги. Це допомагає розвинути адаптивні копінг-стратегії, які базуються на усвідомленні

власних ресурсів, зміцненні самоконтролю та підвищенні впевненості у прийнятті рішень. Позитивне переосмислення ситуації («так, у мене рак, але…», «завдяки хворобі я…») допомагає пацієнту зосередитися на лікуванні, налаштуватися на подолання труднощів і знайти в собі сили для подальшого життя [32, 228].

Також важливим методом є арттерапія. Це, наприклад, лялькотерапія, яка поширена в роботі з онкохворими дітьми. Лялькотерапія – це метод заснований на процесах ідентифікації дитини з улюбленим героєм мультфільму, казки та улюбленою іграшкою. В якості основного прийому корекційного впливу лялька використовувалася нами як проміжний об'єкт взаємодії дитини та спеціаліста. Дитина пізнаючи реальний світ, його соціальні зв'язки та відносини, активно проектує власний досвід на специфічну ігрову ситуацію [54, 254].

Доцільними до застосування у психологічному супроводі онкохворих є проективні техніки, методики раціональної, когнітивно-біхевіоральної та гештальт-психотерапії [40, 29]; раціональна психотерапія, клієнт-центрована психотерапія, когнітивно-поведінкова психотерапія, музикотерапія, бібліотерапія [38, 18].

Науковиця О. Строяновська вказує на важливості урахування у психологічній роботі з онкохворими їх вікових особливостей. У групі пацієнтів віком 35–45 років важливо приділяти особливу увагу самопізнанню та аналізу стосунків з близьким оточенням. Акцент робиться на формуванні навичок адекватного реагування на наслідки хвороби, виявленні та розв'язанні психологічних проблем, які могли спричинити захворювання або виникли внаслідок нього. Важливим є навчання ефективного спілкування, а також розвиток активної життєвої позиції, яка сприяє подоланню труднощів. У пацієнтів віком 46–55 років психологічна робота має зосереджуватися на навчанні управління стресовими ситуаціями, зокрема на роботі, та покращенні вміння структурувати час між працею і відпочинком. Особливий акцент слід робити на розумінні власної особистості, пошуку нових сфер для самореалізації

та формуванні зрілої філософської позиції щодо життя і смерті. Особи віком від 56 років і старші потребують психологічної підтримки, орієнтованої на створення приємної атмосфери в групі, де вони можуть висловлювати свої страхи та негативні почуття, пов'язані з хворобою. Важливим є допомога у знаходженні творчих і продуктивних способів використання вільного часу, що сприяє емоційному відновленню. На різних етапах захворювання доцільно використовувати широкий спектр психолого-дидактичних засобів реабілітації, зокрема раціональну терапію, бібліотерапію, сугестивну терапію, релаксацію, музикотерапію, арттерапію, психогімнастику, психодраму, гештальт-терапію, а також методи роботи зі страхом смерті, такі як візуалізація чи поведінкова терапія. Індивідуалізований комплексний підхід до використання цих методів, з урахуванням особливостей сприйняття хвороби, стадії її розвитку та тяжкості, сприяє зниженню рівня депресії, покращенню якості життя та формуванню більш збалансованого ставлення до захворювання [46, 18].

Отже, для психокорекції негативних психоемоційних станів онкохворих можуть використовуватися: проективні техніки, методики раціональної, когнітивно-біхевіоральної та гештальт-психотерапії, поведінкова терапія, арт-терапія тощо.

Отже, аналізуючи специфіку психоемоційного стану онкохворих, ми з'ясували, що особливостями психоемоційного стану онкохворих є прояви депресії, підвищеної тривожності, агресивні тенденції, психологічного стресу, психоемоційного напруження, суїцидальні нахили, прагнення самотності, різноманітні фобії тощо.

У межах вивчення впливу різних чинників на психоемоційний стан онкологічних хворих ми дійшли до висновку, що основними з них є: соматичний дискомфорт. больовий синдром, екзистенційність стресу, особистісні особливості, високий рівень дистресу, переживання психотравмуючої ситуації, зміна соціальної активності, фобії, нерозуміння або брак інформації щодо соматичних і психічних симптомів хвороби пацієнта; стосунки у родині.

Вивчаючи методи психологічної корекції психоемоційної сфери онкохворих, ми встановили, що для психокорекції негативних психоемоційних станів онкохворих можуть використовуватися: проективні техніки, методики раціональної, когнітивно-біхевіоральної та гештальт-психотерапії, поведінкова терапія, арт-терапія тощо.

РОЗДІЛ ІІ
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ОНКОХВОРИХ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ ЗАХВОРЮВАННЯ

2.1. Організація та методи дослідження

Для визначення особливостей психоемоційного стану онкохворих на різних етапах захворювання проведено емпіричне дослідження. Воно складалося з таких етапів: організаційного – формування мети, завдань, вибір методів дослідження, формування вибірки; діагностичного – проведення процедур групового психологічного діагностування респондентів; підсумкового – аналіз й інтерпретація отриманих емпіричних даних, формулювання висновків.

Для проведення емпіричного дослідження психоемоційного стану онкохворих на різних етапах захворювання було обрано такі психодіагностичні методики: самооцінка стійкості до стресу, «Діагностика рівня емоційного вигорання» В. В. Бойко, Шкала депресії А. Бека.

Методика «Самооцінка стійкості до стресу» дає можливість визначити рівень стресостійкості особистості. Стресостійкість характеризує деяку сукупність особистісних якостей особистості, що дозволяє йому переборювати значні інтелектуальні, вольові й емоційні навантаження в умовах змін. За цією методикою досліджуваному пропонується 18 тверджень, які потрібно диференціювати за шкалою: «рідко», «іноді», «часто». Отримана досліджуваним сума балів свідчить про наявний у них рівень стійкості до стресу, який може бути: дуже низький, низький, нижче від середнього, трохи нижчий від середнього, середній, трохи вищий від середнього, вищий від середнього, високий, дуже високий [45].

Методика «Діагностика рівня емоційного вигорання» В. В. Бойко містить включає 84 твердження, мета яких полягає у можливості оцінити особливості вияву усіх компонентів «емоційного вигорання»: напруження, резистенції, виснаження. Для фази напруження характерні такі симптоми: переживання психотравмуючих обставин, незадоволеність собою, загнаність у кут, тривога і депресія. Друга фаза (резистенції) характеризується такими симптомами, як: неадекватне вибіркове емоційне реагування, емоційно-моральна дезорієнтація, розширення сфери економії емоцій, редукція професійних обов'язків. У третій – фазі виснаження – фіксуються такі ознаки, як: емоційний дефіцит, емоційне відчуження, особистісне відчуження (деперсоналізація), психосоматичні та психовегетативні порушення [19].

Шкала депресії А. Бека (BDI) складається з 21 питання, які допомагають виявити основні симптоми депресії. Кожне питання складається з п'яти тверджень. Ці твердження ранжуються відповідно до відсотка вираженості симптому в загальній тяжкості депресії. Бали підраховуються наступним чином: Кожній відповіді присвоюється бал від 0 до 3, залежно від вираженості симптому. Загальна сума балів коливається від 0 до 63 і зменшується в міру покращення стану. Загалом шкала поділяється на дві підшкали: одна для фізичних проявів психічного розладу (харчування, сон, статеве життя), інша - для емоційних та когнітивних проявів (маніакально-депресивний психоз). Перша розташована між пунктами 14 і 21, друга - між пунктами 1 і 13. Для моніторингу динаміки депресії використовуються такі тести кожні 2 тижні [53].

Отже, для визначення особливостей психоемоційного стану онкохворих на різних етапах захворювання проведено емпіричне дослідження. Його діагностичними показниками обрано стресостійкість, емоційне вигорання, депресію.

2.2. Вибірка дослідження

Для проведення емпіричного дослідження психоемоційного стану онкохворих на різних етапах захворювання сформовано вибірку у складі 30

пацієнтів, які знаходяться на лікуванні в КНП «Запорізький регіональний протипухлинний центр» ЗОР, 30 з яких перебувають на госпітальному етапі лікування, а інші 30 – на післяопераційному етапі лікування онкологічного захворювання. З них 24 чоловіки, 36 жінок.

Гендерний склад учасників дослідження представлено на рис. 2.1.



Рис.2.1. Стать учасників дослідження

Вік учасників дослідження – від 35 до 75 років, середній вік - 52,3 роки. Віковий склад представлено на рисунку 2.2.



Рис. 2.2. Вік учасників дослідження

У дослідженні прийняли участь пацієнти із другою стадією (33%), третьою стадією (33%) та четвертою стадією захворювання(33%). Локалізація пухлин: молочна залоза – 30%, простата – 25%, шлунок – 15%, пряма кишка – 30%.

Отже, для проведення емпіричного дослідження психоемоційного стану онкохворих на різних стадіях захворювання сформовано вибірку у кількості 60 осіб, з яких 20 перебуває на другій, а 20 – на третій, 20 – на четвертій стадії хвороби.

2.3. Аналіз результатів дослідження

Отримані результати дослідження за усіма психодіагностичними методиками подаємо нижче.

Таблиця 2.1

Рівні стресостійкості онкохворих на другій стадії захворювання

Рівень стресостійкості	Кількість учасників	%опитаних
Низький	1	5
Трохи нижчий за середній	2	10
Середній	10	50
Трохи вищий за середній	4	20
Високий	3	15

З таблиці 2.1 бачимо, що серед онкохворих, які перебувають на другій стадії захворювання, 5% учасників дослідження мають низький рівень стресостійкості, 10% – трохи нижчий за середній, 50% пацієнтів із онкозахворюваннями мають середній рівень стресостійкості, 20% – трохи вищий за середній рівень, 15% мають високий рівень стресостійкості. Описане вище пояснюється тим, що на другій стадії онкологічного захворювання пацієнти зберігають в основному середній рівень стресостійкості, адже вони ще мають надію на успішне лікування й одужання, концентруються на боротьбі з хворобою й виконують усі рекомендації лікарів.

Візуально рівні стресостійкості учасників дослідження представлено на рисунку 2.3.

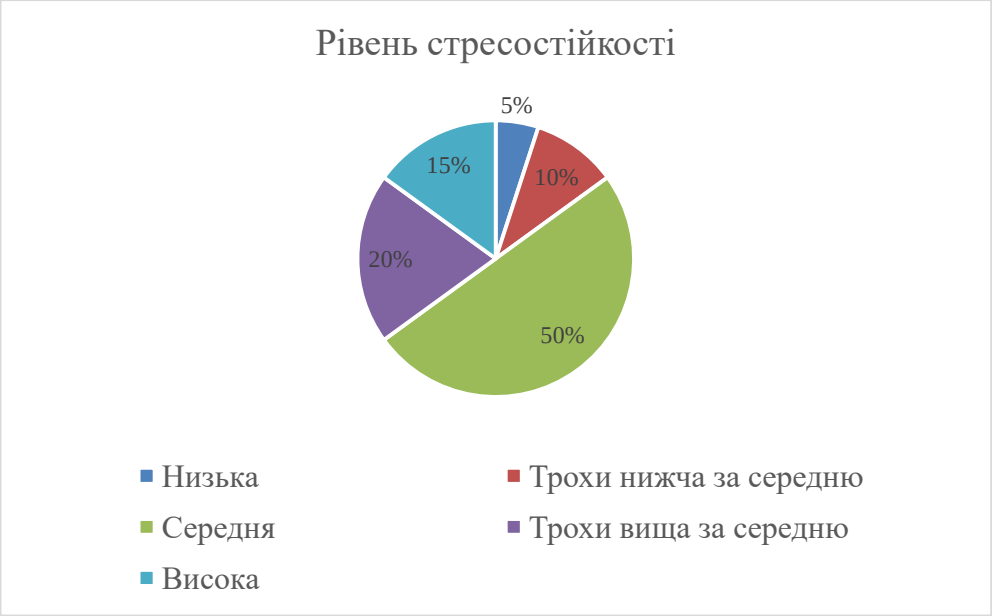


Рис. 2.3. Рівні стресостійкості онкохворих на другій стадії захворювання, %

Таблиця 2.2

Рівні стресостійкості онкохворих на третій стадії захворювання

Рівень стресостійкості	Кількість учасників	% опитаних
Низький	6	30
Трохи нижчий за середній	8	40
Середній	6	30
Трохи вищий за середній	4	20
Високий	0	0

На основі даних таблиці 2.2 можна констатувати, що 30% досліджуваних мають низький рівень стресостійкості, 40% опитаних – трохи нижчий за середній, 30 і 20%респондентів – середній і трохи вищий за середній рівні стресостійкості. Такі показники стресостійкості в онкохворих на третій стадії недуги пояснюються тим, що онкохворі втрачають опірність стресам, оскільки хвороба прогресує, лікування може стати більш агресивним і пацієнт починає усвідомлювати тривалість боротьби з хворобою.

Візуально рівні стресостійкості онкохворих на третій стадії недуги представлено на рисунку 2.4.

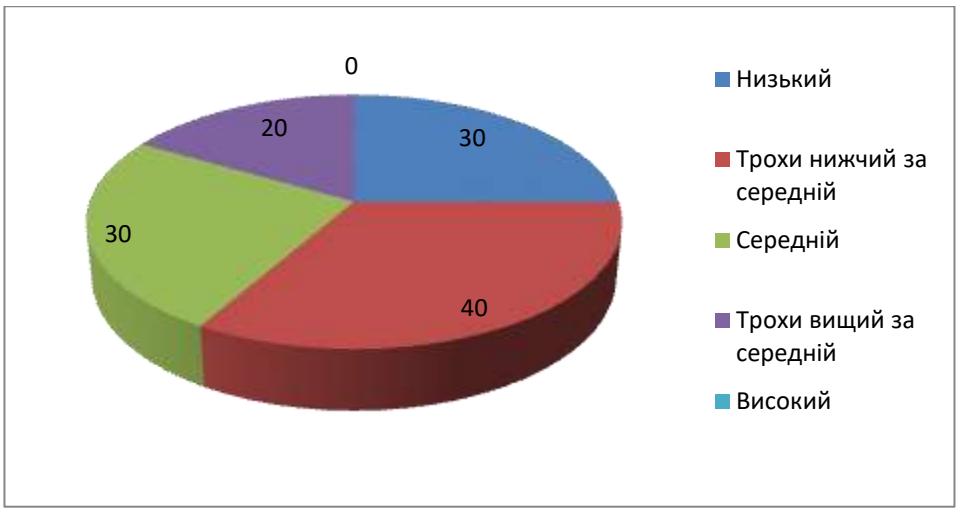


Рис. 2.4. Рівні стресостійкості онкохворих на третій стадії захворювання, %

Таблиця 2.3

Рівні стресостійкості онкохворих на четвертій стадії захворювання

Рівень стресостійкості	Кількість учасників	%опитаних
Низький	10	50
Трохи нижчий за середній	4	20
Середній	4	20
Трохи вищий за середній	2	10
Високий	0	0

З таблиці 2.3 бачимо, що серед онкохворих на четвертій стадії недуги переважають особи з низьким рівнем стресостійкості (50% опитаних). Також по 20% респондентів продемонстрували трохи нижчий за середній і середній рівні стресостійкості. 10% хворих мають трохи вищий за середній рівень стресостійкості. Описане вище пояснюється тим, що на цьому етапі захворювання стресостійкість значно знижується, оскільки пацієнт може почуватися безпорадним через невизначеність прогнозу та обмеженість лікувальних дій. Однак у деяких хворих спостерігається парадокс стресостійкості, коли вони досягають прийняття ситуації.

Візуально рівні стресостійкості онкохворих на третій стадії недуги представлено на рисунку 2.5.

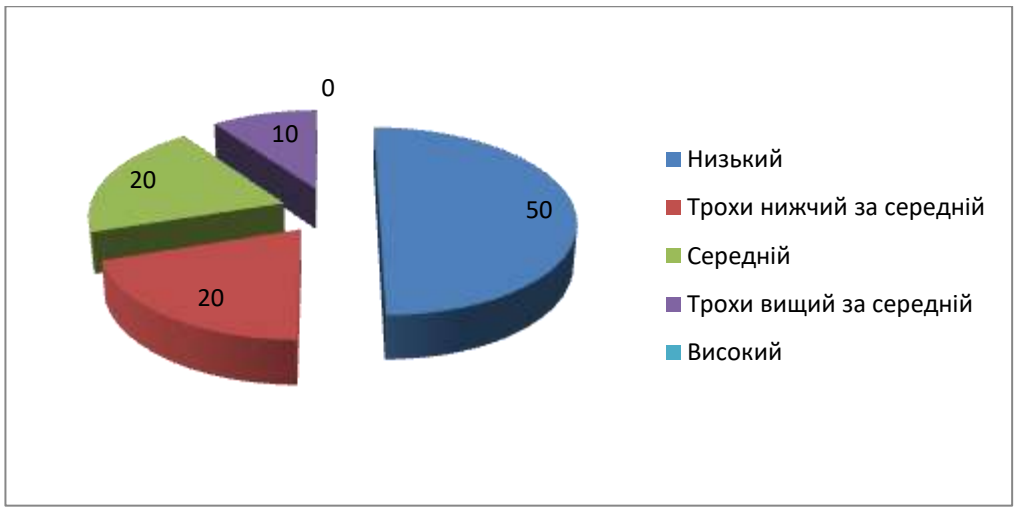


Рис. 2.5. Рівні стресостійкості онкохворих на четвертій стадії захворювання, %

У межах наукового дослідження нами проведено порівняльний аналіз рівнів стресостійкості онкохворих на різних стадіях захворювання. Дані порівняльного аналізу наведено на рис. 2.6.

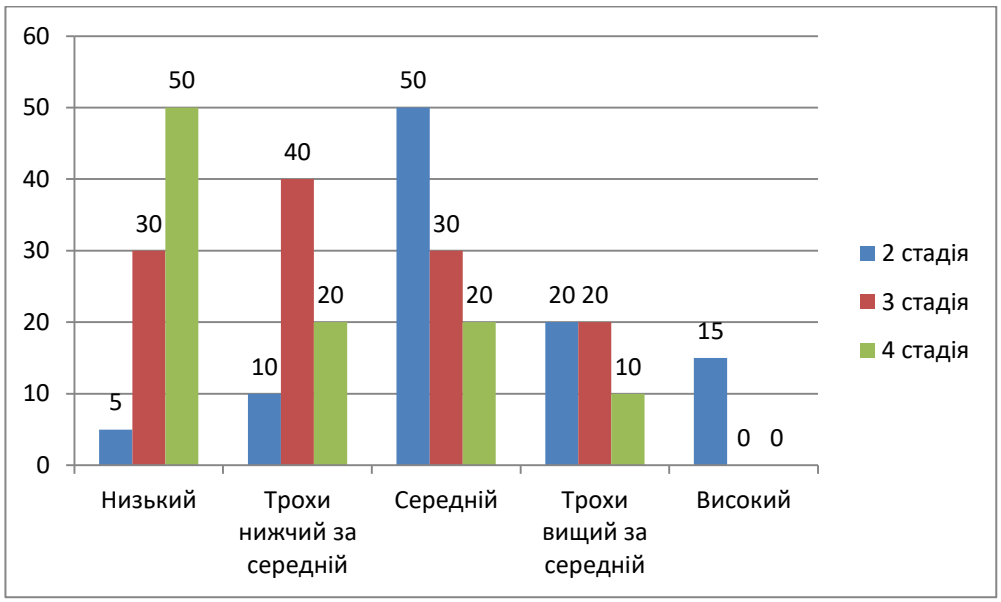


Рис. 2.6. Порівняльний аналіз стресостійкості онкохворих на різних стадіях захворювання, %

На основі наведеного на рис. 2.6 порівняльного аналізу можна стверджувати, що найвищі показники стресостійкості онкохворих зафіксовані на другій стадії захворювання, а найгірші – на четвертій. Це пояснюється тим, що на другій стадій захворювання пацієнти в основному вірять у своє

одужання, у прогрес лікування, намагаються сконцентруватися і виконувати усі рекомендації медперсоналу, а на четвертій стадії пацієнти втрачають віру, що зумовлено прогресуванням хвороби, використанням агресивних методів лікування, поганим самопочуттям, відчуттям безнадійності свого становища, тому їх опірність стресу суттєво знижується.

Результати визначення емоційного вигорання за методикою В. Бойка подано на рис. 2.7.

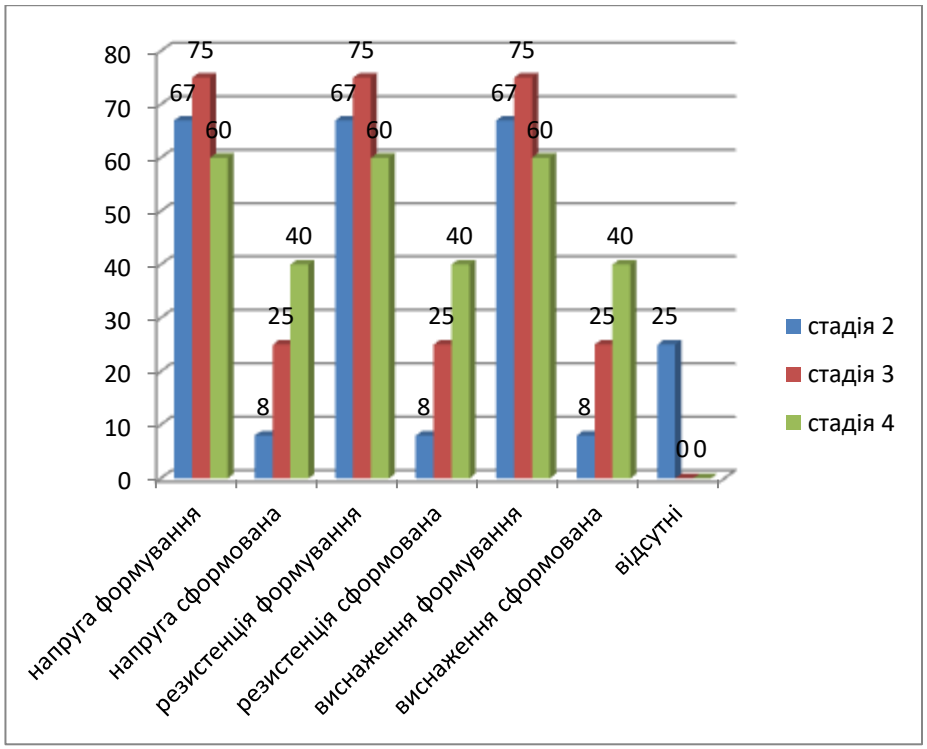


Рис. 2.7. Фази емоційного вигорання онкохворих на різних стадіях захворювання,%

Як бачимо з рис. 2.7, у 67% онкохворих на другий стадії недуги симптоми кожної із фаз емоційного вигорання перебувають на етапі формування, тільки у 8% вони сформовані, а у 25% узагалі відсутні. Це свідчить про те, що емоційне вигорання невисоке, оскільки пацієнт ще зберігає сили та мотивацію до боротьби. В онкохворих на третій стадії захворювання у 75% опитаних симптоми кожної з фаз емоційного вигорання перебувають на стадії формування, а у 25% вони вже сформовані. Це зумовлено тим, що в онкохворих на третій стадії зростає через фізичне та емоційне виснаження, викликане тривалим лікуванням. На четвертій стадії хвороби у 60%

досліджуваних симптоми емоційного вигорання формуються, а у 40% респондентів вони вже сформовані. Це означає, що емоційне вигорання таких пацієнтів максимально високе, оскільки пацієнт часто почувається вичерпаним емоційно, фізично і морально. Нами з'ясовано, що у пацієнтів з більш високою стадією онкозахворювання більш високий ризик емоційного вигорання й частіше визначаються сформовані всі три стадії емоційного вигорання. Ці відмінності мають статистичну достовірність, що було перевірено з використання t-критерія Стьюдента ($p<0,01$).

Результати опитувальника за шкалою депресії А. Бека подано в таблицях 2.4-2.6.

Таблиця 2.4

Ступінь депресії в онкохворих на другій стадії захворювання

Ступінь депресії	**Кількість учасників дослідження**	**% респондентів**
відсутня	1	5
легка	6	30
помірна	12	60
середньої важкості	1	5
важка	0	0

Як бачимо з таблиці 2.4, тільки у 5% учасників дослідження відсутні ознаки депресії. В 30% учасників дослідження діагностовано легку депресію, 60% учасників дослідження мають помірну депресію. Особливу увагу варто звернути на 5% (6 учасників дослідження), в яких виявлена депресія середньої важкості. Їм було рекомендовано звернутися до лікаря-психіатра. Важка депресія виявлена не була. Описане вище дає підстави стверджувати, що в аналізованій вибірці прояви депресії помірні, вони виникають через усвідомлення серйозності діагнозу та необхідності тривалого лікування.

Таблиця 2.5

Ступінь депресії в онкохворих на третій стадії захворювання

Ступінь депресії	Кількість учасників дослідження	% респондентів
відсутня	0	0
легка	2	10
помірна	5	25
середньої важкості	10	50
важка	3	15

Як бачимо з таблиці 2.5, серед онкохворих на третій стадії захворювання легка депресія відсутня. У 50% опитаних виявлено депресію середньої важкості, 25 і 10% пацієнтів відповідно мають симптоми помірної і легкої депресії. У 15% онкопацієнтів виявлено ознаки важкої депресії, тому вони потребую втручання лікаря-психіатра. Описані тенденції дають підстави констатувати, що в онкопацієнтів на третій стадії хвороби прояви депресії відчутно підвищуються через страх перед можливим ускладненням, втрату контролю над життєвими обставинами.

Таблиця 2.6

Ступінь депресії в онкохворих на четвертій стадії захворювання

Ступінь депресії	Кількість учасників дослідження	% респондентів
відсутня	0	0
легка	0	0
помірна	8	40
середньої важкості	6	30
важка	6	30

Як бачимо з таблиці 2.6, в онкохворих у четвертій стадії захворювання не виявлено ознак відсутності та легкої депресії. Більшість опитаних мають симптоми помірної (40%) і депресії середньої важкості (30%). Також третина опитаних продемонстрували ознаки важкої депресії й потребує консультації лікаря-психіатра. Описане вище підтверджує, що в онкопацієнтів на четвертій

стадії недуги фіксується найвищий рівень депресивних симптомів через прогресування хвороби, фізичний біль, втрату автономності та соціальну ізоляцію.

Нами також проведено порівняльний аналіз ступенів прояву депресії онкопацієнтів залежно від стадії захворювання. Дані порівняльного аналізу подано на рис. 2.8.

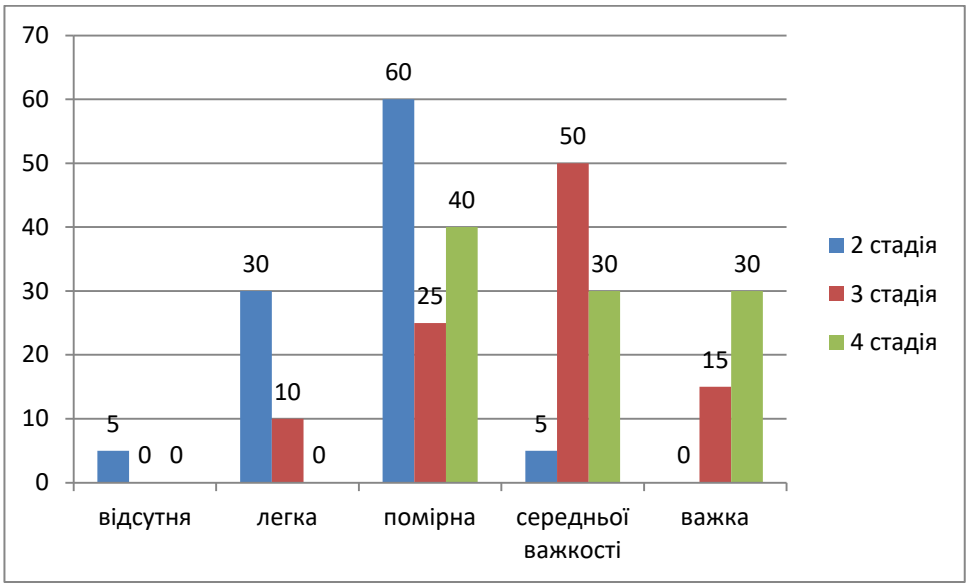


Рис. 2.8. Порівняльний аналіз ступенів прояву депресії онкопацієнтів залежно від стадії захворювання, %

З рис. 2.8. можна бачити, чим вище стадія онкозахворювання, тим вищий ступінь прояву депресії у пацієнтів. При чому, ці відмінності статистично достовірні ($p<0.01$).

Отже, у межах наукового пошуку було проведено емпіричне дослідження, яке передбачало психологічне діагностування пацієнтів з онкологічними захворюваннями. У дослідженні взяли участь 60 пацієнтів, які знаходяться на лікуванні в КНП «Запорізький регіональний протипухлинний центр» ЗОР, 24 чоловіки і 36 жінок; вік учасників дослідження – від 35 до 75 років, середній вік – 52,3 роки. Дослідженням охоплено онкохворих другої, третьої і четвертої стадії недуги.

Проведеним емпіричним дослідженням встановлено, що:

в онкохворих на другій стадії захворювання переважає середній рівень стресостійкості, оскільки вони ще мають надію на успішне лікування й одужання, концентруються на боротьбі з хворобою й виконують усі рекомендації лікарів, на третій стадії хвороби – трохи нижчий за середній і середній рівні стресостійкості, адже хвороба прогресує, лікування може стати більш агресивним і пацієнт починає усвідомлювати тривалість боротьби з хворобою, на четвертій стадії захворювання – низький рівень стресостійкості, оскільки оскільки пацієнт може почуватися безпорадним через невизначеність прогнозу та обмеженість лікувальних дій;

на другій стадії онкології емоційне вигорання невисоке, оскільки пацієнт ще зберігає сили та мотивацію до боротьби, на третій стадії хвороби - зростає через фізичне та емоційне виснаження, викликане тривалим лікуванням, на четвертій стадії онкологічного захворювання - емоційне вигорання пацієнтів максимально високе, оскільки пацієнт часто почувається вичерпаним емоційно, фізично і морально;

в онкохворих на другій стадії захворювання прояви депресії помірні, вони виникають через усвідомлення серйозності діагнозу та необхідності тривалого лікування; на третій стадії хвороби - прояви депресії відчутно підвищуються через страх перед можливим ускладненням, втрату контролю над життєвими обставинами; на четверті й стадії онкопатології - фіксується найвищий рівень депресивних симптомів через прогресування хвороби, фізичний біль, втрату автономності та соціальну ізоляцію.

Проведеним емпіричним дослідженням підтверджено, що онкологічні захворювання супроводжуються проявами зниження стресостійкості, депресії та емоційного вигоряння, що може суттєво впливати як на ефективність лікування, так і на бажання жити й боротися.

РОЗДІЛ ІІІ
ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ОНКОХВОРИХ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ ЗАХВОРЮВАННЯ

3.1. Розробка програми психологічної корекції психоемоційного стану онкохворих на різних етапах захворювання

Для проведення психологічної психологічної корекції психологічної корекції психоемоційного стану онкохворих на різних етапах захворювання нами розроблено відповідну програму. Метою програми психологічної корекції психологічної корекції психоемоційного стану онкохворих на різних етапах захворювання є коригування й стабілізація психоемоційного стану онкохворих на різних етапах захворювання. Завданнями програми психологічної корекції психологічної корекції психоемоційного стану онкохворих на різних етапах захворювання є:

— підвищення стресостійкості онкохворих пацієнтів;

— зниження проявів депресії пацієнтів з онкопатологією;

— зменшення проявів емоційного вигорання онкохворих;

— зменшення відчуття тривоги в онкопацієнтів;

— формування у пацієнтів позитивного світосприйняття, позитивного емоційного налаштування.

Програма психологічної корекції психологічної корекції психоемоційного стану онкохворих на різних етапах захворювання розрахована на 18 корекційних занять. Заняття можуть проводитися у групах по 10 осіб. Кожне корекційне заняття розраховане у середньому на 45 хв. Тематику корекційних занять подано в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Структура програми психологічної корекції психологічної корекції психоемоційного стану онкохворих на різних етапах захворювання

№ заняття	Тема заняття	Мета заняття	Тривалість
1	Що для нас стрес	підвищення стресостійкості онкохворих пацієнтів	35 хв
2	Чи завжди стрес є негативним	підвищення стресостійкості онкохворих пацієнтів	35 хв
3	Як жити зі стресом	підвищення стресостійкості онкохворих пацієнтів	35 хв
4	Як подолати стрес	підвищення стресостійкості онкохворих пацієнтів	40 хв
5	Чому виникає депресія	зниження проявів депресії пацієнтів з онкопатологією	35 хв
6	Співжиття з депресією	зниження проявів депресії пацієнтів з онкопатологією	30 хв
7	Як вийти з депресії	зниження проявів депресії пацієнтів з онкопатологією	40 хв
8	Які емоції переважають у мене зараз	зменшення проявів емоційного вигорання онкохворих	35 хв
9	Звідки брати позитивні емоції	зменшення проявів емоційного вигорання онкохворих	30 хв

Продовження таблиця 3.1

10	Як протидіяти негативним емоціям	зменшення проявів емоційного вигорання онкохворих	40 хв
11	Чи буває життя без тривоги	зменшення відчуття тривоги в онкопацієнтів	35 хв
12	Чи кращим було б життя без тривоги	зменшення відчуття тривоги в онкопацієнтів	30 хв
13	Чи можливо знизити тривожність	зменшення відчуття тривоги в онкопацієнтів	40 хв
14	Досвід зниження тривожності	зменшення відчуття тривоги в онкопацієнтів	35 хв
15	Способи зниження тривожності	зменшення відчуття тривоги в онкопацієнтів	30 хв
16	Чи можна зовсім подолати тривогу	зменшення відчуття тривоги в онкопацієнтів	40 хв
17	Прекрасне поруч і навколо нас	формування у пацієнтів позитивного світосприйняття, позитивного емоційного налаштування	35 хв
18	Хобі як джерело позитиву	формування у пацієнтів позитивного світосприйняття, позитивного емоційного налаштування	30 хв

Заняття 1

Тема: Що для нас стрес

Мета: підвищення стресостійкості онкохворих пацієнтів.

I. Розминка

Вітання.

Вправа 1. «Правила».

Мета: створення сприятливої атмосфери для продуктивної роботи під час заняття.

Пацієнтам потрібно сформулювати 6-8 правил, яких потрібно дотримуватися під час групових занять.

Вправа 2. «Очікування»

Мета: створення сприятливої атмосфери для продуктивної роботи під час заняття.

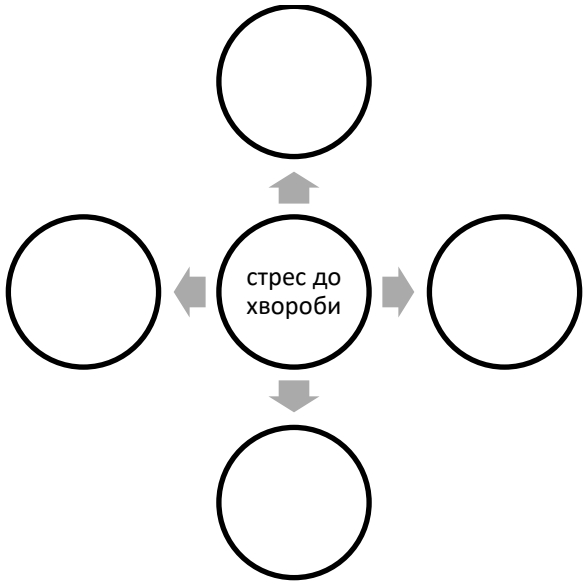
Пацієнтам потрібно сформулювати 4-5 очікувань від заняття.

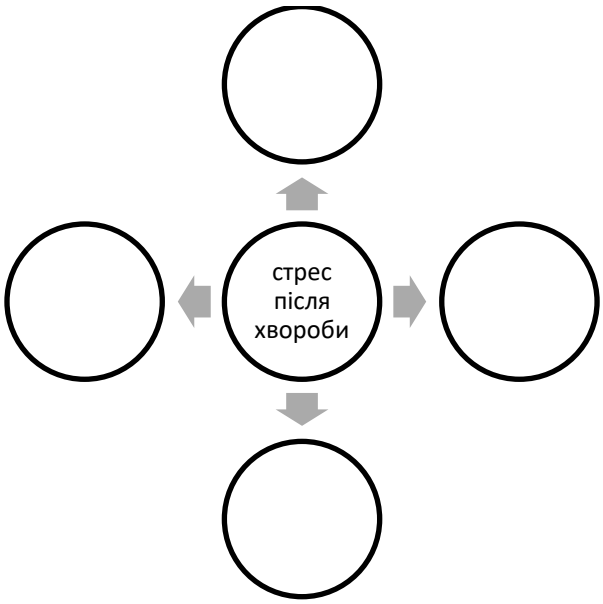
II. Основна частина

Вправа 3. «Гроно ідей»

Мета: утвердження розуміння наявності стресу в житті будь-якої людини.

Опис: Пацієнтам потрібно попрацювати у парах і скласти гроно асоціацій до слова «стрес», вказавши, які події в їх житті до та після хвороби викликають стрес. Для цього можна заповнити такі схеми:





У кінці вправи робиться висновок про те, що стрес є в житті будь-якої людини: і в здорової, і в хворої.

Вправа 4. «Дихання для заспокоєння»

Учасники сідають зручно, закривають очі і звертають увагу на своє дихання. Виконують техніку "повільного дихання": вдих через ніс на 4 рахунки, затримка дихання на 4 рахунки, видих через рот на 6 рахунків. Повторюють протягом 5-7 хвилин.

III. Заключна частина

Вправа 5. Рефлексія «Очікування – результат»

Мета: співвіднесення очікувань і результатів групового заняття.

Пацієнтам потрібно порівняти свої очікування із результатами заняття. Також треба висновок про те, які їхні очікування справдились, а які – ні.

Прощання.

Заняття 2

Тема: Чи завжди стрес є негативним

Мета: підвищення стресостійкості онкохворих пацієнтів.

I. Розминка

Вітання.

Вправа 1. «Правила».

Мета: створення сприятливої атмосфери для продуктивної роботи під час заняття.

Пацієнтам потрібно сформулювати 6-8 правил, яких потрібно дотримуватися під час групових занять.

Вправа 2. «Очікування»

Мета: створення сприятливої атмосфери для продуктивної роботи під час заняття.

Пацієнтам потрібно сформулювати 4-5 очікувань від заняття.

II. Основна частина

Вправа 3. « Внутрішня дитина» [12]

Вправа 4. «Афірмація»

Мета: підвищення стресостійкості онкохворих.

Опис: пацієнтам потрібно сформулювати по два позитивних твердження стосовно свого подальшого життя.

Вправа 5. Арт-вправа «Малюємо себе у стресі»

Мета: підвищення стресостійкості онкохворих.

Опис: пацієнтам потрібно попрацювати у парах: один малює себе у спокійному стані, а інший - у стресі, потім малюнки порівнюються.

Вправа 6. Групова дискусія: Чи завжди стрес негативний?»

III. Заключна частина

Вправа 7. Рефлексія «Очікування – результат»

Мета: співвіднесення очікувань і результатів групового заняття.

Пацієнтам потрібно порівняти свої очікування із результатами заняття. Також треба висновок про те, які їхні очікування справдились, а які – ні.

Прощання.

Заняття 3

Тема: Як жити зі стресом

Мета: підвищення стресостійкості онкохворих пацієнтів.

I. Розминка

Вітання.

Вправа 1. «Правила».

Мета: створення сприятливої атмосфери для продуктивної роботи під час заняття.

Пацієнтам потрібно сформулювати 6-8 правил, яких потрібно дотримуватися під час групових занять.

Вправа 2. «Очікування»

Мета: створення сприятливої атмосфери для продуктивної роботи під час заняття.

Пацієнтам потрібно сформулювати 4-5 очікувань від заняття.

II. Основна частина

Вправа 3. Арт-вправа «Намалюю стрес»

Мета: підвищення стресостійкості онкохворих.

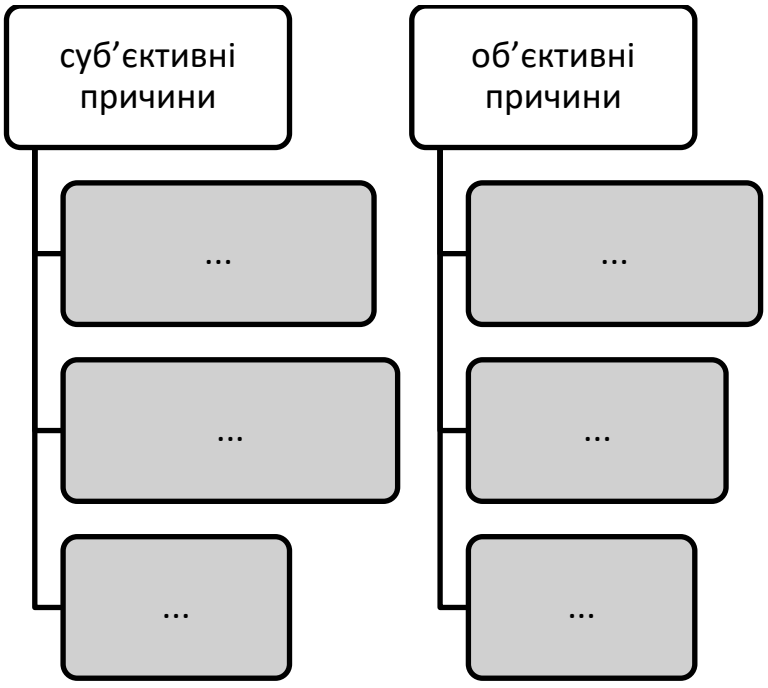
Опис: пацієнтам потрібно уявити стрес і зобразити його з допомогою кольорових фарб.

Вправа 4. Групова дискусія «Чи можливе життя без стресу?

Вправа 5. «Причини мого стресу».

Мета: вироблення навичок адекватного аналізу причин стресу.

Опис: пацієнтам потрібно схему, вказавши суб'єктивні й об'єктивні причини стресу і зробити висновки. Для цього можна заповнити таку схему:



III. Заключна частина

Вправа 6. Рефлексія «Очікування – результат»

Мета: співвіднесення очікувань і результатів групового заняття.

Пацієнтам потрібно порівняти свої очікування із результатами заняття. Також треба висновок про те, які їхні очікування справдились, а які – ні.

Прощання.

Заняття 4

Тема: Як подолати стрес

Мета: підвищення стресостійкості онкохворих пацієнтів.

I. Розминка

Вітання.

Вправа 1. «Правила».

Мета: створення сприятливої атмосфери для продуктивної роботи під час заняття.

Пацієнтам потрібно сформулювати 6-8 правил, яких потрібно дотримуватися під час групових занять.

Вправа 2. «Очікування»

Мета: створення сприятливої атмосфери для продуктивної роботи під час заняття.

Пацієнтам потрібно сформулювати 4-5 очікувань від заняття.

II. Основна частина

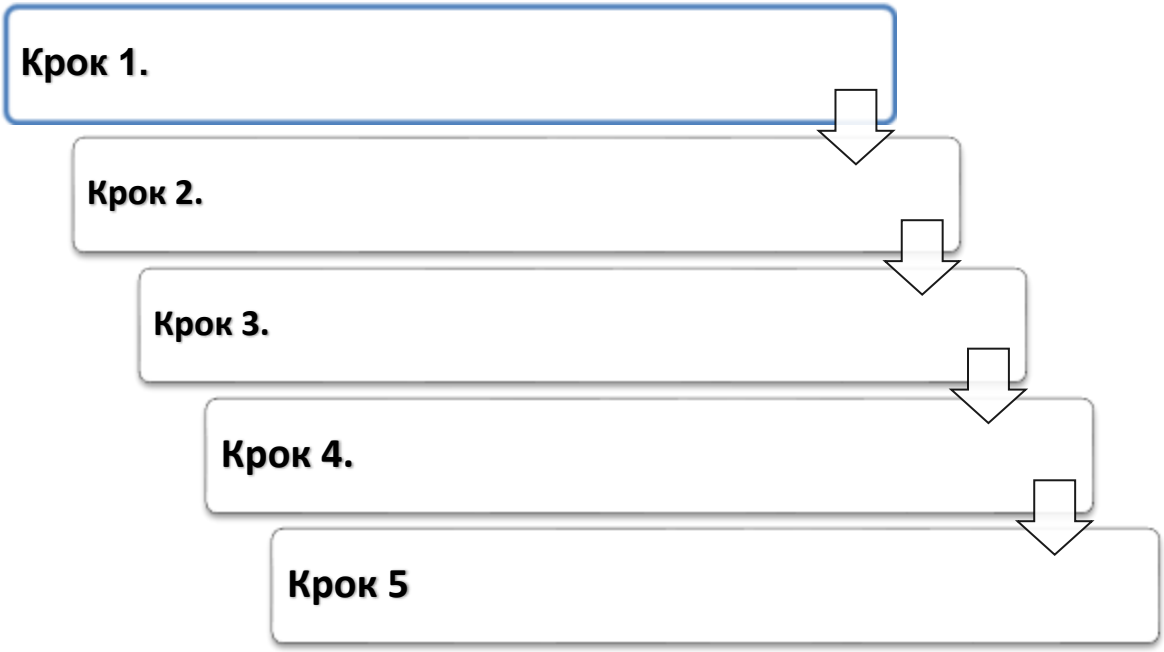
Вправа 3. Методика медитація Джо Диспенса «Сила підсвідомості» (за опублікованим відео в Ютуб) [33].

Вправа 4. Рольова гра «Діалог з моїм стресом».

Вправа 5. «Що я можу змінити?».

Мета: вироблення навичок подолання проявів стресу.

Опис: пацієнтам пропонується сформулювати п’яти кроків подолання проявів стресу, які залежать безпосередньо від них. Для цього можна заповнити подану нижче схему.



III. Заключна частина

Вправа 5. Рефлексія «Очікування – результат»

Мета: співвіднесення очікувань і результатів групового заняття.

Пацієнтам потрібно порівняти свої очікування із результатами заняття. Також треба висновок про те, які їхні очікування справдились, а які – ні.

Прощання.

Заняття 5

Тема: Чому виникає депресія

Мета: зниження проявів депресії пацієнтів з онкопатологією.

I. Розминка

Вітання.

Вправа 1. «Правила».

Мета: створення сприятливої атмосфери для продуктивної роботи під час заняття.

Пацієнтам потрібно сформулювати 6-8 правил, яких потрібно дотримуватися під час групових занять.

Вправа 2. «Очікування»

Мета: створення сприятливої атмосфери для продуктивної роботи під час заняття.

Пацієнтам потрібно сформулювати 4-5 очікувань від заняття.

ІІ. Основна частина

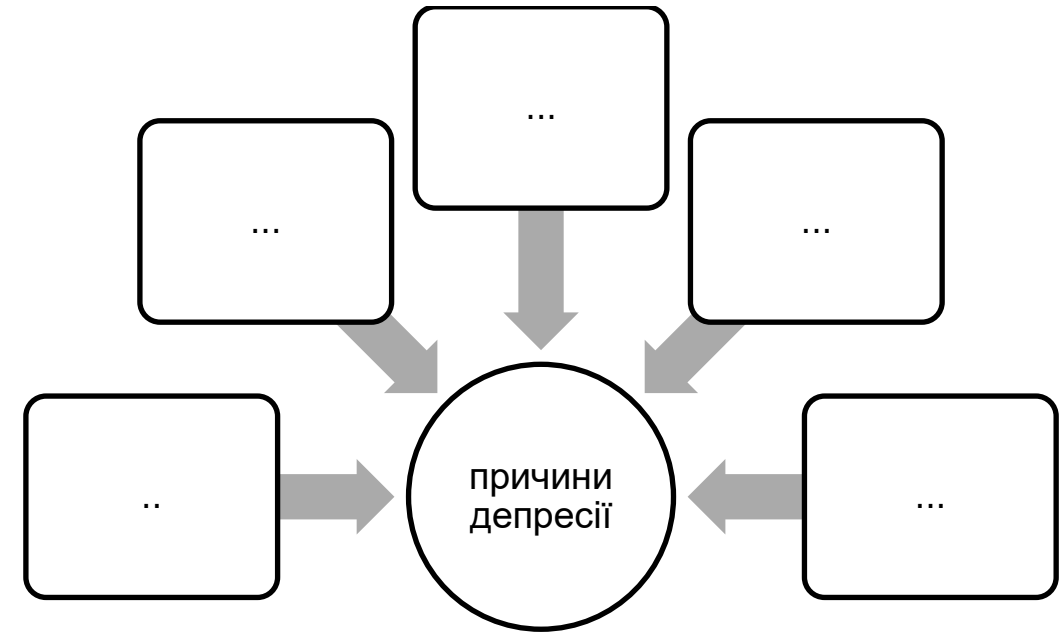
Вправа 3. Візуалізація - з книги Луізи Хей "Зціли своє життя", 1984 [51].

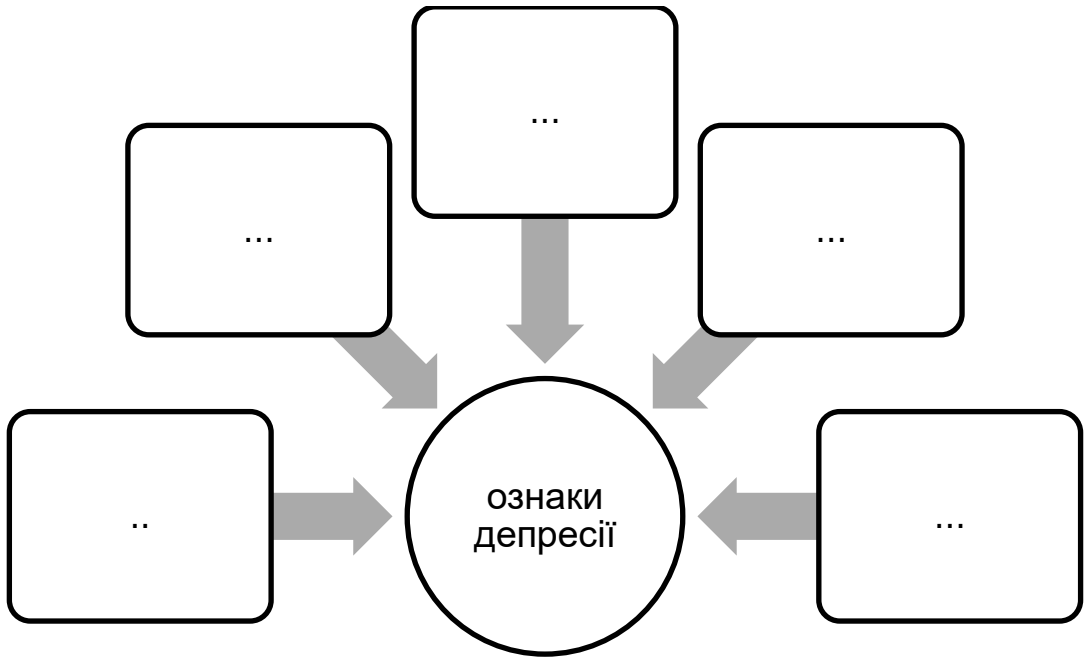
Вправа 4. «Гроно асоціацій»

Мета: усвідомлення причин і проявів депресії.

Опис: пацієнтам потрібно об’єднатися у 2 групи: перша визначає причини, а інша – ознаки депресії.

Для цього заповнюються дві схеми:





У кінці вправи робиться висновок про те, що тривала хвороба часто призводить до депресії.

Вправа 5.«Техніка дихання 4–7–8» [4].

Вправа 6. Музикотерапія. Прослуховування музики Бетховена.

ІІІ. Заключна частина

Вправа 7. Рефлексія «Очікування – результат»

Мета: співвіднесення очікувань і результатів групового заняття.

Пацієнтам потрібно порівняти свої очікування із результатами заняття. Також треба висновок про те, які їхні очікування справдились, а які – ні.

Прощання.

Заняття 6

Тема: Співжиття з депресією

Мета: зниження проявів депресії пацієнтів з онкопатологією.

І. Розминка

Вітання.

Вправа 1. «Правила».

Мета: створення сприятливої атмосфери для продуктивної роботи під час заняття.

Пацієнтам потрібно сформулювати 6-8 правил, яких потрібно дотримуватися під час групових занять.

Вправа 2. «Очікування»

Мета: створення сприятливої атмосфери для продуктивної роботи під час заняття.

Пацієнтам потрібно сформулювати 4-5 очікувань від заняття.

ІІ. Основна частина

Вправа 3. Візуалізація - з книги Луізи Хей "Зціли своє життя", 1984 [51].

Вправа 4. Музикотерапія. Прослуховування музики Бетховена.

Вправа 5. Групова дискусія: Як хворій людині жити з депресією?

III. Заключна частина

Вправа 6. Рефлексія «Очікування – результат»

Мета: співвіднесення очікувань і результатів групового заняття.

Учасникам потрібно порівняти свої очікування із результатами заняття. Також треба висновок про те, які їхні очікування справдились, а які – ні.

Прощання.

Заняття 7

Тема: Як вийти з депресії

Мета: зниження проявів депресії пацієнтів з онкопатологією.

I. Розминка

Вітання.

Вправа 1. «Правила».

Мета: створення сприятливої атмосфери для продуктивної роботи під час заняття.

Пацієнтам потрібно сформулювати 6-8 правил, яких потрібно дотримуватися під час групових занять.

Вправа 2. «Очікування»

Мета: створення сприятливої атмосфери для продуктивної роботи під час заняття.

Пацієнтам потрібно сформулювати 4-5 очікувань від заняття.

II. Основна частина

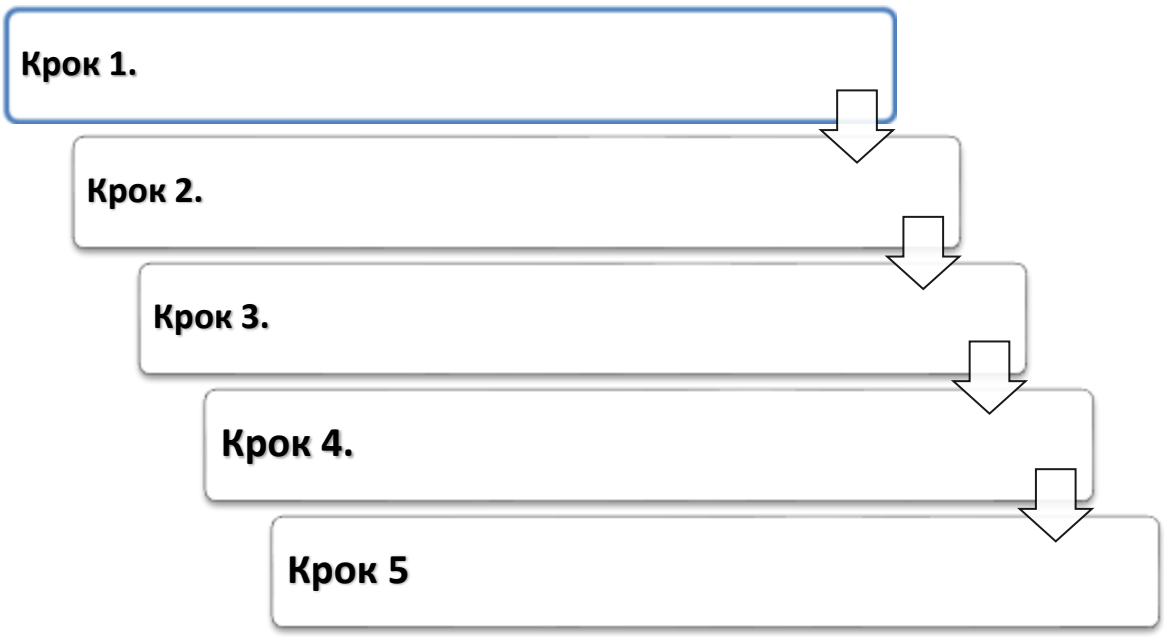
Вправа 3. « Внутрішня дитина» [12]

Вправа 4. «Афірмація» [48; 49].

Вправа 5. «Що залежить від мене»

Мета: вироблення навичок подолання проявів депресії.

Опис: пацієнтам пропонується сформулювати п’яти кроків подолання проявів депресії, які залежать безпосередньо від них. Для цього можна заповнити подану нижче схему.



III. Заключна частина

Вправа 6. Рефлексія «Очікування – результат»

Мета: співвіднесення очікувань і результатів групового заняття.

Пацієнтам потрібно порівняти свої очікування із результатами заняття. Також треба висновок про те, які їхні очікування справдились, а які – ні.

Прощання.

Заняття 8

Тема: Які емоції переважають у мене зараз

Мета: зменшення проявів емоційного вигорання онкохворих.

I. Розминка

Вітання.

Вправа 1. «Правила».

Мета: створення сприятливої атмосфери для продуктивної роботи під час заняття.

Пацієнтам потрібно сформулювати 6-8 правил, яких потрібно дотримуватися під час групових занять.

Вправа 2. «Очікування»

Мета: створення сприятливої атмосфери для продуктивної роботи під час заняття.

Пацієнтам потрібно сформулювати 4-5 очікувань від заняття.

ІІ. Основна частина

Арт-вправа 3. «Мої емоції»

Мета: самодіагностика емоційного стану.

Опис: пацієнтам потрібно визначити, які емоції у них переважають зараз. Для цього можна використати кольорові фарби (на вибір) і зобразити їх.

Вправа 4. Музикотерапія. Прослуховування мелодій Вівальді.

Вправа 5. Гра «Упізнай емоцію»

Мета: зняття емоційного напруження.

Опис: пацієнтам пропонуються зображення, картинки з емоціями. Їм потрібно швидко назвати емоції.

Вправа 6. Групова дискусія «Як навчитися правильно розпізнавати емоції»

ІІІ. Заключна частина

Вправа 7. Рефлексія «Очікування – результат»

Мета: співвіднесення очікувань і результатів групового заняття.

Пацієнтам потрібно порівняти свої очікування із результатами заняття. Також треба висновок про те, які їхні очікування справдились, а які – ні.

Прощання.

Заняття 9

Тема: Звідки брати позитивні емоції

Мета: зменшення проявів емоційного вигорання онкохворих.

І. Розминка

Вітання.

Вправа 1. «Правила».

Мета: створення сприятливої атмосфери для продуктивної роботи під час заняття.

Пацієнтам потрібно сформулювати 6-8 правил, яких потрібно дотримуватися під час групових занять.

Вправа 2. «Очікування»

Мета: створення сприятливої атмосфери для продуктивної роботи під час заняття.

Пацієнтам потрібно сформулювати 4-5 очікувань від заняття.

II. Основна частина

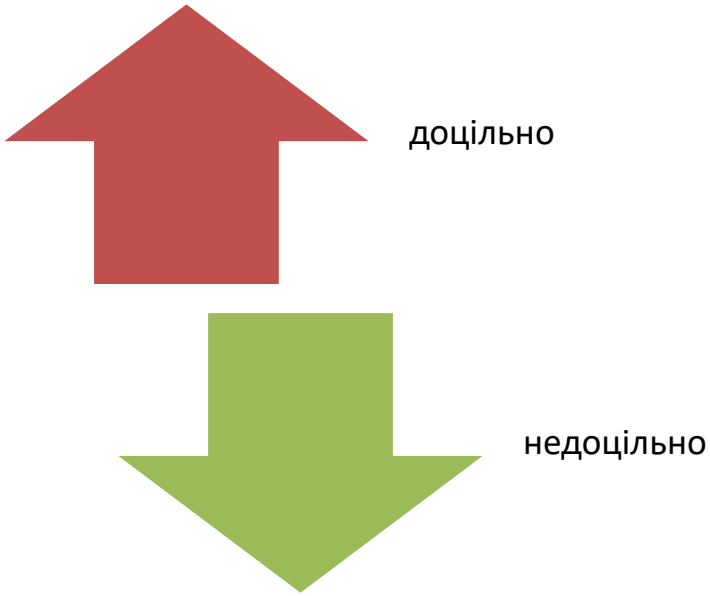
Вправа 3. «Техніка дихання 4–7–8» [4].

Вправа 4. Музикотерапія. Прослуховування мелодій Моцарта.

Вправа 5. «Стрілки зупинки».

Мета: формування умінь диференціювати доцільні й недоцільні дії, спрямовані на зменшення проявів емоційного вигорання.

Опис: учасникам потрібно окреслити доцільні й недоцільні дії, спрямовані на зменшення проявів емоційного вигорання.



III. Заключна частина

Вправа 6. Рефлексія «Очікування – результат»

Мета: співвіднесення очікувань і результатів групового заняття.

Пацієнтам потрібно порівняти свої очікування із результатами заняття. Також треба висновок про те, які їхні очікування справдились, а які – ні.

Прощання.

Заняття 10

Тема: Як протидіяти негативним емоціям

Мета: зменшення проявів емоційного вигорання онкохворих.

I. Розминка

Вітання.

Вправа 1. «Правила».

Мета: створення сприятливої атмосфери для продуктивної роботи під час заняття.

Пацієнтам потрібно сформулювати 6-8 правил, яких потрібно дотримуватися під час групових занять.

Вправа 2. «Очікування»

Мета: створення сприятливої атмосфери для продуктивної роботи під час заняття.

Пацієнтам потрібно сформулювати 4-5 очікувань від заняття.

II. Основна частина

Вправа 3. «Коло ідей»

Мета: формування навичок протидії негативним емоціям.

Опис: пацієнтам потрібно обмінятися ідеями щодо способів протидії негативним емоційним станам.

Вправа 4. Музикотерапія. Прослуховування мелодій Моцарта.

Вправа 5. Прогресивна м'язова релаксація [42].

III. Заключна частина

Вправа 6. Рефлексія «Очікування – результат»

Мета: співвіднесення очікувань і результатів групового заняття.

Учасникам потрібно порівняти свої очікування із результатами заняття. Також треба висновок про те, які їхні очікування справдились, а які – ні.

Прощання.

Заняття 11

Тема: Чи буває життя без тривог

Мета: зменшення відчуття тривоги в онкопацієнтів.

Вітання.

Вправа 1. «Правила».

Мета: створення сприятливої атмосфери для продуктивної роботи під час заняття.

Пацієнтам потрібно сформулювати 6-8 правил, яких потрібно дотримуватися під час групових занять.

Вправа 2. «Очікування»

Мета: створення сприятливої атмосфери для продуктивної роботи під час заняття.

Пацієнтам потрібно сформулювати 4-5 очікувань від заняття.

II. Основна частина

Вправа 3. Перегляд мотиваційного ролика.

Вправа 4. Групова дискусія «Чи буває життя без тривог»

Вправа 5. «Афірмація» [48; 49].

Мета: формування позитивного психоемоційного середовища.

Учасникам пропонується афірмація для коментування:

Перед моїми очима розгортається нова, краща реальність, для кожного з нас. Сьогодні я тут, щоб майбутнє було світлим [48].

III. Заключна частина

Вправа 6. Рефлексія «Очікування – результат»

Мета: співвіднесення очікувань і результатів групового заняття.

Пацієнтам потрібно порівняти свої очікування із результатами заняття. Також треба висновок про те, які їхні очікування справдились, а які – ні.

Прощання.

Заняття 12

Тема: Чи кращим було б життя без тривог

Мета: зменшення відчуття тривоги в онкопацієнтів.

I. Розминка

Вітання.

Вправа 1. «Правила».

Мета: створення сприятливої атмосфери для продуктивної роботи під час заняття.

Пацієнтам потрібно сформулювати 6-8 правил, яких потрібно дотримуватися під час групових занять.

Вправа 2. «Очікування»

Мета: створення сприятливої атмосфери для продуктивної роботи під час заняття.

Пацієнтам потрібно сформулювати 4-5 очікувань від заняття.

II. Основна частина

Вправа 3. Музикотерапія. Прослуховування музики Вівальді.

Вправа 4. Прогресивна м'язова релаксація за Джейкобсоном [42].

Вправа 5. Групова дискусія «Яким було б Ваше життя без тривог»

III. Заключна частина

Вправа 6. Рефлексія «Очікування – результат»

Мета: співвіднесення очікувань і результатів групового заняття.

Пацієнтам потрібно порівняти свої очікування із результатами заняття. Також треба висновок про те, які їхні очікування справдились, а які – ні.

Прощання.

Заняття 13

Тема: Чи можливо знизити тривожність

Мета: зменшення відчуття тривоги в онкопацієнтів.

I. Розминка

Вітання.

Вправа 1. «Правила».

Мета: створення сприятливої атмосфери для продуктивної роботи під час заняття.

Пацієнтам потрібно сформулювати 6-8 правил, яких потрібно дотримуватися під час групових занять.

Вправа 2. «Очікування»

Мета: створення сприятливої атмосфери для продуктивної роботи під час заняття.

Пацієнтам потрібно сформулювати 4-5 очікувань від заняття.

II. Основна частина

Вправа 3. Перегляд мотиваційного ролика.

Вправа 4. Рольова гра «Діалог з моєю тривогою».

Мета: усвідомлення наявності тривоги у житті, розуміння її як нормального явища.

Опис: пацієнтам потрібно попрацювати у парах. Одна особа грає роль «тривоги», а інша – бере у неї інтерв'ю.

Вправа 5. Арт-вправа «Намалюю тривогу»

Мета: усвідомлення наявності тривоги у житті, розуміння її як нормального явища.

Пацієнтам потрібно зобразити себе у тривожному стані.

III. Заключна частина

Вправа 6. Рефлексія «Очікування – результат»

Мета: співвіднесення очікувань і результатів групового заняття.

Пацієнтам потрібно порівняти свої очікування із результатами заняття. Також треба висновок про те, які їхні очікування справдились, а які – ні.

Прощання.

Заняття 14

Тема: Досвід зниження тривожності

Мета: зменшення відчуття тривоги в онкопацієнтів.

I. Розминка

Вітання.

Вправа 1. «Правила».

Мета: створення сприятливої атмосфери для продуктивної роботи під час заняття.

Пацієнтам потрібно сформулювати 6-8 правил, яких потрібно дотримуватися під час групових занять.

Вправа 2. «Очікування»

Мета: створення сприятливої атмосфери для продуктивної роботи під час заняття.

Пацієнтам потрібно сформулювати 4-5 очікувань від заняття.

ІІ. Основна частина

Вправа 3. «Дихання для заспокоєння»

Пацієнти сідають зручно, закривають очі і звертають увагу на своє дихання. Виконують техніку "повільного дихання": вдих через ніс на 4 рахунки, затримка дихання на 4 рахунки, видих через рот на 6 рахунків. Повторюють протягом 5-7 хвилин.

Арт-вправа 4. «Ліпимо дім»

Мета: зняття проявів тривожності.

Опис: пацієнтам пропонується виліпити з глини дім, в якому вони почуваються безпечно.

Вправа 5. Музикотерапія. Прослуховування творів Вівальді.

ІІІ. Заключна частина

Вправа 6. Рефлексія «Очікування – результат»

Мета: співвіднесення очікувань і результатів групового заняття.

Пацієнтам потрібно порівняти свої очікування із результатами заняття. Також треба висновок про те, які їхні очікування справдились, а які – ні.

Прощання.

Заняття 15

Тема: Способи зниження тривожності

Мета: зменшення відчуття тривоги в онкопацієнтів.

І. Розминка

Вітання.

Вправа 1. «Правила».

Мета: створення сприятливої атмосфери для продуктивної роботи під час заняття.

Пацієнтам потрібно сформулювати 6-8 правил, яких потрібно дотримуватися під час групових занять.

Вправа 2. «Очікування»

Мета: створення сприятливої атмосфери для продуктивної роботи під час заняття.

Пацієнтам потрібно сформулювати 4-5 очікувань від заняття.

II. Основна частина

Вправа 3. Дихальна гімнастика [4].

Вправа 4. Гра «План дій»

Вправа 5. Психогімнастика «Сонце».

III. Заключна частина

Вправа 6. Рефлексія «Очікування – результат»

Мета: співвіднесення очікувань і результатів групового заняття.

Учасникам потрібно порівняти свої очікування із результатами заняття. Також треба висновок про те, які їхні очікування справдились, а які – ні.

Прощання.

Заняття 16

Тема: Чи можна зовсім подолати тривогу

Мета: зменшення відчуття тривоги в онкопацієнтів.

I. Розминка

Вітання.

Вправа 1. «Правила».

Мета: створення сприятливої атмосфери для продуктивної роботи під час заняття.

Пацієнтам потрібно сформулювати 6-8 правил, яких потрібно дотримуватися під час групових занять.

Вправа 2. «Очікування»

Мета: створення сприятливої атмосфери для продуктивної роботи під час заняття.

Пацієнтам потрібно сформулювати 4-5 очікувань від заняття.

II. Основна частина

Арт-вправа 3. Ліплення з глини

Пацієнтам потрібно виготовити вежу з глини. Також потрібно поділитися, що вони відчували під час ліплення.

Вправа 4. Психогімнастика «Вивільнення емоцій»

пацієнати уявляють перед собою кульку, яка символізує їхній емоційний вантаж. Вони поступово стискають уявну кульку, відчуваючи, як напруження зростає, а потім різко її "відпускають", уявляючи, як кулька вибухає та звільняє їх від негативних емоцій.

Вправа 5. Прогресивна м'язова релаксація [42].

III. Заключна частина

Вправа 6. Рефлексія «Очікування – результат»

Мета: співвіднесення очікувань і результатів групового заняття.

Учасникам потрібно порівняти свої очікування із результатами заняття. Також треба висновок про те, які їхні очікування справдились, а які – ні.

Прощання.

Заняття 17

Тема: Прекрасне поруч і навколо нас.

Мета: формування у пацієнтів позитивного світосприйняття, позитивного емоційного налаштування.

I. Розминка

Вітання.

Вправа 1. «Правила».

Мета: створення сприятливої атмосфери для продуктивної роботи під час заняття.

Пацієнтам потрібно сформулювати 6-8 правил, яких потрібно дотримуватися під час групових занять.

Вправа 2. «Очікування»

Мета: створення сприятливої атмосфери для продуктивної роботи під час заняття.

Пацієнтам потрібно сформулювати 4-5 очікувань від заняття.

II. Основна частина

Вправа 3. «Коло ідей»

Мета: формування позитивного світосприйняття, позитивного емоційного налаштування.

Опис. Пацієнтам потрібно обмінятися ідеями щодо того, що прекрасне їх оточує (квіти, гори…тощо).

Вправа 4. Медитація: «Сила спокою»

Мета: формування позитивного світосприйняття, позитивного емоційного налаштування.

Опис. Пацієнти сідають зручно, заплющують очі й слухають ведучого, який проводить їх через медитацію. Уявляючи, як спокій заповнює їхнє тіло з кожним вдихом, вони зосереджуються на внутрішньому світлі та гармонії.

Вправа 5. «План дій»

Мета: формування позитивного світосприйняття, позитивного емоційного налаштування.

Опис. Пацієнтам потрібно скласти «план дій», як насолоджуватися красою навколо, перебуваючи у складному процесі хвороби й тривалого лікування.

Вправа 6. Музикотерапія. Прослуховування мелодій Вівальді

III. Заключна частина

Вправа 7. Рефлексія «Очікування – результат»

Мета: співвіднесення очікувань і результатів групового заняття.

Пацієнтам потрібно порівняти свої очікування із результатами заняття. Також треба висновок про те, які їхні очікування справдились, а які – ні.

Прощання.

Заняття 18

Тема: Хобі як джерело позитиву

Мета: формування у пацієнтів позитивного світосприйняття, позитивного емоційного налаштування.

I. Розминка

Вітання.

Вправа 1. «Правила».

Мета: створення сприятливої атмосфери для продуктивної роботи під час заняття.

Пацієнтам потрібно сформулювати 6-8 правил, яких потрібно дотримуватися під час групових занять.

Вправа 2. «Очікування»

Мета: створення сприятливої атмосфери для продуктивної роботи під час заняття.

Пацієнтам потрібно сформулювати 4-5 очікувань від заняття.

II. Основна частина

Вправа 3. «Коло ідей»

Мета: формування у пацієнтів позитивного світосприйняття, позитивного емоційного налаштування.

Опис. Пацієнтам потрібно розповісти про своє хобі, які емоції воно їм дає.

Вправа 4. Музикотерапія. Прослуховування музики Моцарта.

Вправа 5. Групова дискусія «Чи може хобі принести духовне й тілесне зцілення»

III. Заключна частина

Вправа 6. Рефлексія «Очікування – результат»

Мета: співвіднесення очікувань і результатів групового заняття.

Учасникам потрібно порівняти свої очікування із результатами заняття. Також треба висновок про те, які їхні очікування справдились, а які – ні.

Вправа 7. «Смайл прощання».

Опис: пацієнти пишуть на звороті виданих їм зображень смайликів свої враження від тренінгу.

Прощання.

Отже, для проведення психологічної психологічної корекції психологічної корекції психоемоційного стану онкохворих на різних етапах захворювання нами розроблено відповідну програму. Вона складається з 16 занять за темами: «Що для нас стрес», «Чи завжди стрес є негативним», «Як жити зі стресом», «Як подолати стрес», «Чому виникає депресія», «Співжиття з депресією», «Як вийти з депресії», «Які емоції переважають у мене зараз», «Звідки брати позитивні емоції», «Як протидіяти негативним емоціям», «Чи

буває життя без тривог», «Чи кращим було б життя без тривог», «Чи можливо знизити тривожність», «Досвід зниження тривожності», «Способи зниження тривожності», «Чи можна зовсім подолати тривогу», «Прекрасне поруч і навколо нас», «Хобі як джерело позитиву». Метою запропонованих нами психокорекційних занять є: підвищення стресостійкості онкохворих пацієнтів, зниження проявів депресії пацієнтів з онкопатологією, зменшення проявів емоційного вигорання онкохворих, зменшення відчуття тривоги в онкопацієнтів, формування у пацієнтів позитивного світосприйняття, позитивного емоційного налаштування. У межах психокорекційних занять використано дихальні вправи, музикотерапія, арт-вправи, медитацію, м'язову релаксацію, групові дискусії, інтерактивні вправи тощо.

3.2. Рекомендації щодо психологічної корекції психоемоційного стану онкохворих на різних етапах захворювання

На основі проведеного дослідження можна сформулювати такі рекомендації практичним психологам, які працюють з онкохворими, щодо психологічної корекції психоемоційного стану онкохворих на різних етапах захворювання:

На першій-другій стадії онкохвороби:

Встановлювати довірливий контакт із пацієнтом.

Створювати комфортну атмосферу для спілкування.

Уникати надмірного співчуття.

Зберігати професійну нейтральність.

Використовувати емпатичне слухання.

Пояснювати пацієнту можливості підтримки.

Допомагати прийняти діагноз.

Зосереджувати увагу на надії та можливостях лікування.

Навчати пацієнтів технік глибокого дихання для зниження тривожності.

Підтримувати мотивацію пацієнта щодо виконання рекомендацій лікаря.

Допомагати управляти емоціями через арт-терапію чи релаксаційні методики.

Використовувати когнітивно-поведінкові підходи для роботи зі страхами.

Навчати пацієнта технік саморегуляції емоцій.

Допомагати пацієнтам повернутись до звичного життя поступово.

Сприяти формуванню нових життєвих цілей.

Використовуйте позитивну психологію для закріплення почуття контролю.

На третій-четвертій стадії онкопатології:

Використовуйте методи зниження депресивних станів.

Роз'яснювати пацієнту важливість фокусування на якості життя.

Сприяти підтриманню активного мислення.

Забезпечувати психологічний супровід для роботи зі страхом смерті.

Допомагати пацієнту розв’язувати важливі емоційні питання.

Зосереджувати увагу на створенні почуття завершеності життєвого шляху.

Описані вище рекомендації спрямовані на зниження рівня тривожності, депресії та покращення емоційного стану онкопацієнтів.

3.3. Ефективність програми психологічної корекції психоемоційного стану онкохворих на різних етапах захворювання

Запропонована нами програми психологічної корекції психоемоційного стану онкохворих на різних етапах захворювання було упроваджена у систему психологічного супроводу онкопацієнтів. Учасниками корекційного процесу стали усі респонденти нашого дослідження. Упровадження програми передбачало проведення корекційних занять упродовж двох місяців (по два рази в тиждень).

Для перевірки ефективності програми психологічної корекції психоемоційного стану онкохворих на різних етапах захворювання після її упровадження було проведено повторне психологічне діагностування за такими методиками: самооцінка стійкості до стресу, Шкала депресії А. Бека. Отримані результати дослідження після корекції наведено нижче.

Таблиця 3.2

Рівні стресостійкості онкохворих після упровадження програми корекції, %

Рівень стресостійкості	Стадія 2	Стадія 3	Стадія 4
Низький	0	20	40
Трохи нижчий за середній	5	30	20
Середній	50	10	20
Трохи вищий за середній	30	30	20
Високий	15	10	0

З таблиці 3.2 бачимо, що після упровадження програми корекції серед онкохворих на другій стадії патології виявлено 5% осіб з трохи нижчим за середній рівнем стресостійкості, 50% із середнім рівнем аналізовано показника, 30 і 15% відповідно з трохи вищим за середнім і високим рівнем стресостійкості, тобто серед онкопацієнтів з другою стадією хвороби переважають особи з середнім рівнем стресостійкості. Також встановлено, що серед онкохворих з третьою стадією патології виявлено 20% респондентів з низьким, 30% з трохи нижчим за середнім, 10% з середнім рівнями аналізованого показника. Окрім того, 30 і 10% онкопацієнтів з другою стадією хвороби мають трохи вищий за середній і високий рівні стресостійкості. У вибірці онкопацієнтів з четвертою стадією недуги виявлено 40% осіб з низьким рівнем стресостійкості. Також по 20% респондентів мають трохи нижчий за середній, середній, трохи вищий за середній рівні стресостійкості.

Нами також проведено порівняльний аналіз рівнів стресостійкості онкохворих на різних стадіях патології до та після корекційної роботи з ними. Дані порівняльного аналізу узагальнено на рис. 3.1.

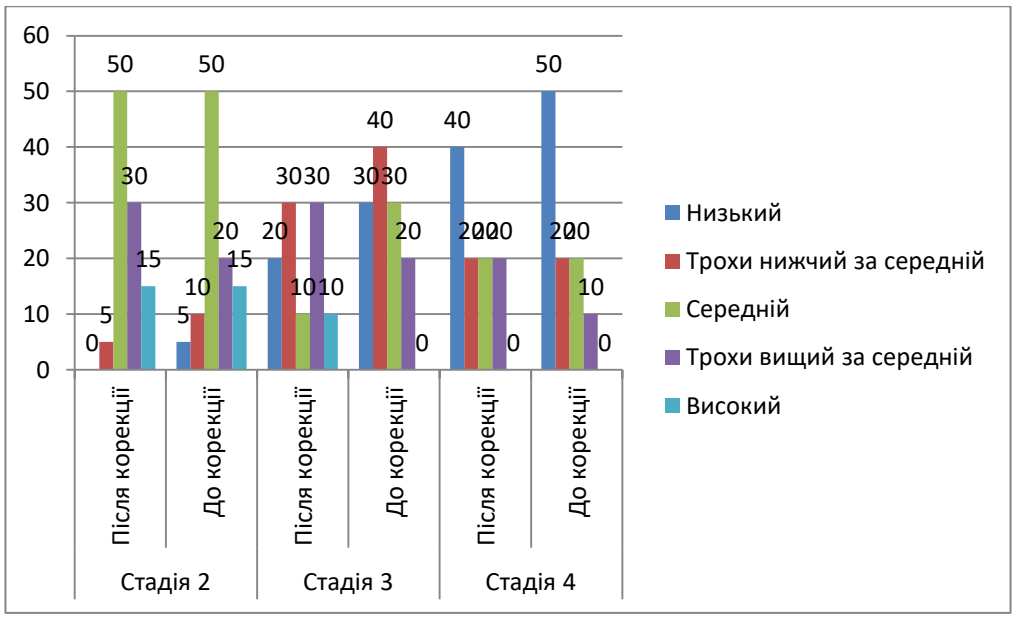


Рис. 3.1. Порівняльний аналіз стресостійкості онкохворих до та після корекції, %

На основі даних рис. 3.1 можна констатувати, що після проведення корекційної роботи серед онкопацієнтів з другою стадією зменшилася кількість хворих з низьким (на 5%), трохи нижчим за середній (5%) показниками стресостійкості, збільшилася кількість респондентів з трохи вищим за середній (на 10%) рівнем стресостійкості, з третьою стадією – зменшилася кількість осіб з низьким (на 10%), трохи нижчим за середній (на 10%), з середнім (на 20%), збільшилась кількість пацієнтів з високим (на 10%) і трохи вищим за середній (на 10%) рівнями стресостійкості; з четвертою стадією – зменшилася кількість осіб з низьким (на 10%), збільшилася кількість пацієнтів з трохи вищим за середній (на 10%) рівнями стресостійкості. Описане вище свідчить про позитивний вплив психокорекційної програми на рівень стресостійкості онкопацієнтів на різних стадіях патології.

Таблиця 3.3

Ступінь депресії в онкохворих після упровадження програми корекції, %

Рівень депресії	Стадія 2	Стадія 3	Стадія 4
відсутня	5	0	0
легка	30	10	0
помірна	60	25	40
середньої важкості	5	50	30
важка	0	15	30

З таблиці 3.3 видно, що серед онкопацієнтів з другою стадією захворювання після корекційних заходів виявлено 5% осіб з відсутністю ознак депресії, 30% - з легкою, 60% - з помірною, 5% - депресією середньої важкості, тобто серед онкохворих з другою стадією патології переважають особи з помірним рівнем депресії. Окрім того, з'ясовано, що серед пацієнтів з третьою стадією онкологічного захворювання переважають особи з ознаками депресії середньої важкості (50% опитаних). Також 10, 25 і 15% респондентів відповідно мають симптоми легкої, помірної і важкої депресії. Серед онкохворих з четвертою стадією недуги переважають особи з ознаками депресії середньої важкості та важкої (по 30% респондентів). Також 40% опитаних мають симптоми помірної депресії.

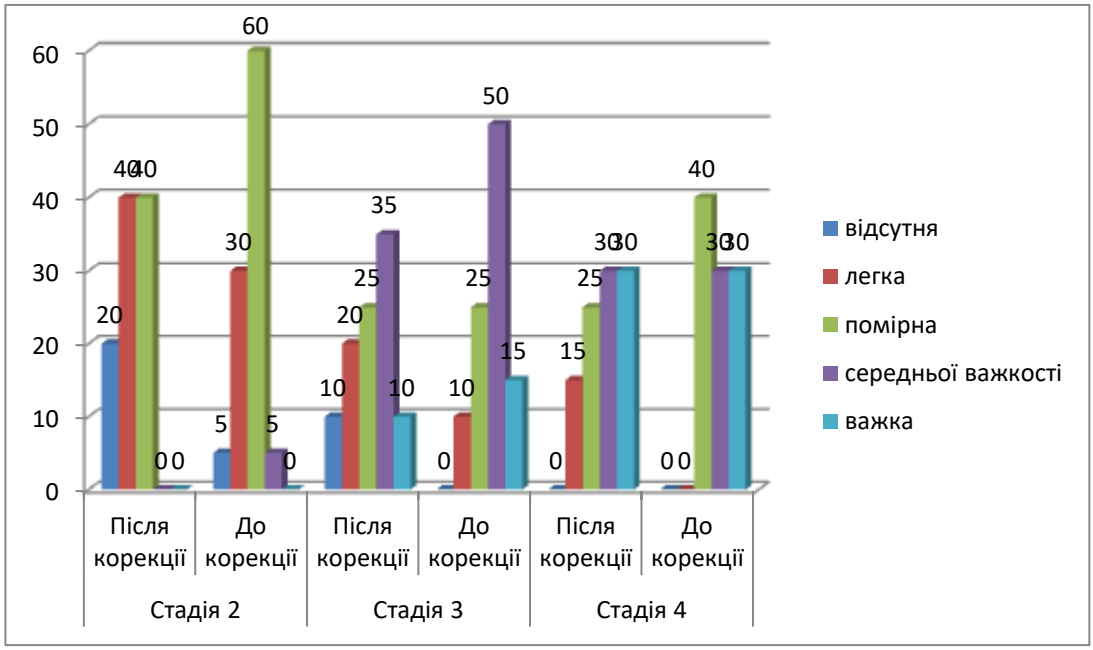


Рис. 3.2. Порівняльний аналіз рівня депресії онкохворих до та після корекції, %

Як видно з рис. 3.2, після упровадження психокорекційної програми серед онкопацієнтів з другою стадією хвороби зросла кількість осіб з відсутніми ознаками депресії (на 15%), зменшилася кількість осіб з помірною депресією (на 20%), серед хворих з третьою стадією онкопатології – зросла кількість респондентів з відсутніми депресивними проявами (на 10%), з ознаками легкої депресії (на 10%), з ознаками депресії середньої важкості (на

15%), важкої депресії (на 5%); серед онкохворих з четвертою стадією – збільшилась кількість осіб з ознаками легкої депресії (на 15%), зменшилась кількість респондентів з проявами помірної депресії (на 10%), показники депресії середньої важкості та важкої депресії залишилися незмінними. Описані вище тенденції свідчать про позитивний вплив запропонованої нами корекційної програми на прояви депресії в онкохворих, але з кожною стадією хвороби цей вплив зменшується.

Отже, для здійснення психологічної корекції психоемоційного стану онкохворих на різних етапах захворювання була розроблена спеціалізована програма. Ця програма включає 16 тематичних занять: «Що для нас стрес», «Чи завжди стрес є негативним», «Як жити зі стресом», «Як подолати стрес», «Чому виникає депресія», «Співжиття з депресією», «Як вийти з депресії», «Які емоції переважають у мене зараз», «Звідки брати позитивні емоції», «Як протидіяти негативним емоціям», «Чи буває життя без тривог», «Чи кращим було б життя без тривог», «Чи можливо знизити тривожність», «Досвід зниження тривожності», «Способи зниження тривожності», «Чи можна зовсім подолати тривогу», «Прекрасне поруч і навколо нас», «Хобі як джерело позитиву». Основними завданнями запропонованих занять є: підвищення рівня стресостійкості онкохворих, зменшення симптомів депресії, зниження проявів емоційного виснаження, зменшення тривожності, а також формування позитивного ставлення до життя і створення позитивного емоційного настрою. У рамках програми застосовуються різноманітні методики, такі як дихальні вправи, музикотерапія, арт-терапія, медитація, м’язова релаксація, групові дискусії та інтерактивні вправи.

На основі проведеного дослідження рекомендовано на ранніх стадіях онкохвороби зосереджуватися на підтримці довірливого контакту, формуванні мотивації та використанні технік релаксації, спрямованих на зниження тривожності та емоційної напруги. На пізніх стадіях важливо акцентувати увагу на покращенні якості життя, роботі зі страхом смерті та створенні почуття завершеності життєвого шляху.

Запропонована нами програма психологічної корекції психоемоційного стану онкохворих, яка включає низку корекційних занять, була успішно впроваджена у систему психологічного супроводу пацієнтів, що дало змогу покращити їхній емоційний стан. Проведений повторний аналіз рівнів стресостійкості показав, що серед онкопацієнтів на другій стадії хвороби зменшилася кількість осіб із низькими показниками стресостійкості та депресії, а також зросла кількість пацієнтів із середнім і високим рівнями цих показників. На третій і четвертій стадіях також спостерігалася позитивна динаміка, проте ефективність програми поступово знижувалася зі збільшенням тяжкості захворювання. Тому запропонована програма підтверджує свою доцільність у роботі з онкохворими, особливо на початкових стадіях патології, коли її вплив є найвиразнішим.

ВИСНОВКИ

У межах наукового пошуку нами вивчено специфіку психоемоційних станів онкохворих, описано психологічні чинники, які впливають на психоемоційний стан онкохворих на різних етапах захворювання; проаналізовано методи корекції психоемоційного стану онкохворих; проведено емпіричне дослідження особливостей психоемоційного стану онкохворих на різних етапах захворювання й проаналізовано його результати; розроблено й перевірено ефективність програми психологічної корекції психоемоційного стану онкохворих на різних етапах захворювання; сформульовано рекомендації щодо психологічної корекції психоемоційного стану онкохворих на різних етапах захворювання.

Проведене дослідження є підставою для формулювання таких висновків:

1. Основними особливостями психоемоційного стану онкохворих є прояви депресії, підвищеної тривожності, агресивні тенденції, психологічного стресу, психоемоційного напруження, суїцидальні нахили, прагнення самотності, різноманітні фобії тощо.

2. Основними чинниками, які впливають на психоемоційний стан онкологічних хворих, є такі: соматичний дискомфорт. больовий синдром, екзистенційність стресу, особистісні особливості, високий рівень дистресу, переживання психотравмуючої ситуації, зміна соціальної активності, фобії, нерозуміння або брак інформації щодо соматичних і психічних симптомів хвороби пацієнта; стосунки у родині.

3. Для психокорекції негативних психоемоційних станів онкохворих можуть використовуватися проективні техніки, методики раціональної, когнітивно-біхевіоральної та гештальт-психотерапії, поведінкова терапія, арт-терапія тощо.

4. Проведеним емпіричним дослідженням встановлено, що в онкохворих на другій стадії захворювання переважає середній рівень

стресостійкості, оскільки вони ще мають надію на успішне лікування й одужання, концентруються на боротьбі з хворобою й виконують усі рекомендації лікарів, емоційне вигорання невисоке, оскільки пацієнт ще зберігає сили та мотивацію до боротьби; прояви депресії помірні, вони виникають через усвідомлення серйозності діагнозу та необхідності тривалого лікування. На третій стадії хвороби в онкопацієнтів переважають трохи нижчий за середній і середній рівні стресостійкості, адже хвороба прогресує, лікування може стати більш агресивним і пацієнт починає усвідомлювати тривалість боротьби з хворобою, зростає через фізичне та емоційне виснаження, викликане тривалим лікуванням, прояви депресії відчутно підвищуються через страх перед можливим ускладненням, втрату контролю над життєвими обставинами. На четвертій стадії захворювання в пацієнтів з онкопатологією фіксується низький рівень стресостійкості, оскільки оскільки пацієнти можуть почуватися безпорадним через невизначеність прогнозу та обмеженість лікувальних дій; емоційне вигорання пацієнтів максимально високе, оскільки пацієнт часто почувається вичерпаним емоційно, фізично і морально; найвищий рівень депресивних симптомів через прогресування хвороби, фізичний біль, втрату автономності та соціальну ізоляцію.

5. Для проведення психологічної психологічної корекції психологічної корекції психоемоційного стану онкохворих на різних етапах захворювання нами розроблено відповідну програму. Вона складається з 16 занять за темами: «Що для нас стрес», «Чи завжди стрес є негативним», «Як жити зі стресом», «Як подолати стрес», «Чому виникає депресія», «Співжиття з депресією», «Як вийти з депресії», «Які емоції переважають у мене зараз», «Звідки брати позитивні емоції», «Як протидіяти негативним емоціям», «Чи буває життя без тривог», «Чи кращим було б життя без тривог», «Чи можливо знизити тривожність», «Досвід зниження тривожності», «Способи зниження тривожності», «Чи можна зовсім подолати тривогу», «Прекрасне поруч і навколо нас», «Хобі як джерело позитиву». Метою запропонованих нами психокорекційних занять є: підвищення стресостійкості онкохворих пацієнтів,

зниження проявів депресії пацієнтів з онкопатологією, зменшення проявів емоційного вигорання онкохворих, зменшення відчуття тривоги в онкопацієнтів, формування у пацієнтів позитивного світосприйняття, позитивного емоційного налаштування. У межах психокорекційних занять використано дихальні вправи, музикотерапія, арт-вправи, медитацію, м'язову релаксацію, групові дискусії, інтерактивні вправи тощо.

6. Рекомендації щодо корекції психоемоційного стану онкохворих на різних стадіях недуги передбачають підтримку довірливого контакту, формування мотивації та використання технік релаксації, спрямованих на зниження тривожності та емоційної напруги. На пізніх стадіях важливо акцентувати увагу на покращенні якості життя, роботі зі страхом смерті та створенні почуття завершеності життєвого шляху.

7. Запропонована нами програма психологічної корекції психоемоційного стану онкохворих, яка включає низку корекційних занять, була успішно впроваджена у систему психологічного супроводу пацієнтів, що дало змогу покращити їхній емоційний стан. Проведений повторний аналіз рівнів стресостійкості показав, що серед онкопацієнтів на другій стадії хвороби зменшилася кількість осіб із низькими показниками стресостійкості та депресії, а також зросла кількість пацієнтів із середнім і високим рівнями цих показників. На третій і четвертій стадіях також спостерігалася позитивна динаміка, проте ефективність програми поступово знижувалася зі збільшенням тяжкості захворювання.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Асанова А., Кравцова О. Типові складні ситуації у взаємодії лікар-пацієнт в залежності від особистісних особливостей і психічного стану реагування пацієнта. *Психосоматична медицина та загальна практика.* 2018. № 3.Том 3. С. 1-12.

2. Афанасьєва Н. Є., Перелигіна Л. А. Теоретико-методологічні основи соціально-психологічного тренінгу. URL : https://surl.li/acsnfn (дата звернення: 25.12.2024).

3. Афузова Г. В. Вплив психосоматичних порушень на психічну діяльність особистості. *Науковий часопис*. Спеціальна психологія. 2013. С. 315-317.

4. Баранська І. Дихальні техніки для зняття стресу та міцного сну. URL : https://surl.li/bufrly (дата звернення: 30.12.2024).

5. Березко І. В. Специфіка дискурсивних технологій самопроектування особистості у кризових життєвих обставинах, які викликані онкологічним захворюванням. *Актуальні проблеми психології* : збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2018. Том. II: Психологічна герменевтика. Вип. 11. Житомир: Вид-воЖДУ ім. І. Франка.С. 99-112.

6. Блохіна В. П., Вітенко І. С., Спіріна І. Д., Лисиця Г. І., Кетков Д. Ф. Загальна та медична психологія : практикум. Донецьк, АРТ-ПРЕС, 2002. 176 с.

7. Булах І. Профілактика негативних ефектів кризового консультування. *Цифровий репозитарій Українського державного університету імені Михайла Драгоманова*. 2016. № 4(49). С. 3-11.

8. Варій М. Й. Загальна психологія: навчальний посібник. 2-ге видан., випр. і доп. Київ : «Центр учбової літератури», 2007. 968 с.

9. Вереіна Л. В., Гардашнікова Г. Т., Шишкін О. Л. Психокорекція емоційного стану жінок, хворих на рак статевих органів. *Проблеми сучасної психології* : збірник наукових праць КПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г.С.Костюка НАПН України.. 2012. Вип.18. С. 96-106.

10. Вовк В. І., Кирилова Є. І., Лазаренко Ю. М., Неляпіна М. М.. Особливості психоемоційної адаптації при підготовці до радіотерапії. *Міжнародний медичний журнал.* 2021. № 4. С. 67-69.

11. Волинець Н. В., Будкіна О. В.. Особливості психоемоційних станів онкологічних хворих. Соціально-психологічна діяльність психолога в соціономічній сфері : колективна монографія / Н. В. Волинець, С. М. Кондратюк, Л. В. Левицька, А. П. Фрадинська, І. В. Войціх, О. А. Новікова [та ін.] ; за ред. Н. В. Волинець. Київ : Університет „Україна”. С. 282-293.

12. Вправа - Внутрішня дитина. URL : https://surl.li/dpoyak (дата звернення: 30.12.2024).

13. Вправи для подолання тривожності в умовах війни. URL : https://putivlska-gromada.gov.ua/news/1677353314/ (дата звернення: 30.12.2024).

14. Вправи, які допоможуть при тривозі. URL : https://surl.li/ctajtn (дата звернення: 30.12.2024).

15. Герасименко Л. О. Психічні та психологічні особливості хворих із вродженими і набутими вадами (огляд літератури). *Медична психологія.* 2019. № 4. С. 48-52.

16. Гільман А. Ю., Карпович І. В. Особливості емоційних станів пацієнтів із різними соматичними захворюваннями. *Public Health Journal.* 2023. Вип. 4. С. 15-22.

17. Губко В., Сила Т. Кризове консультування та інтенсивний догляд як підходи кризового втручання. *Юність науки. Соціально-економічні та гуманітарні аспекти розвитку суспільства* : зб. тез XI Міжнарод. наук.-практ. конф. студентів, аспірантів і молодих вчених (м. Чернігів, 25-26 берез. 2021 р.): у 2 ч. Чернігів: НУ «Чернігівська політехніка», 2021. Ч. 2. С. 36-37.

18. Дзвоник Г. П., Ламбуцька Ж. А. Соціально-психологічна характеристика стресу і його наслідків. *Новини передової науки* : матеріали науково-практичної конференції. 2010. Вип. 13. С. 248-254.

19. Діагностика рівня емоційного вигорання В. В. Бойко. URL : https://surl.li/pbsdwy (дата звернення: 02.01.2025).

20. Дончак Н. М., Ковтун А. Ю. До питання тривожності людини у сучасних умовах. *Психологія і війна* : збірник матеріалів XIV Міжнародної науково-практичної конференції (23–24 квітня 2024 р., м. Ніжин); за ред. М. В.Папучі. Ніжин: НДУ ім. М. Гоголя, 2024. С. 104-105.

21. Заіка В. М. Психологія депресії: сучасний стан проблеми. *Інноваційний потенціал та правове забезпечення соціально-економічного розвитку України: виклик глобального світу* : матеріали Міжн. наук.-практ. конф., м. Полтава, 19-20 квітня 2017 р.: у 3 т. Т. 1. Київ: Університет «Україна, 2017. С.100-104.

22. Зливков В., Лукомська С., Федан О. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях: навч. посіб. Київ: Педагогічна думка, 2016. 219 с.

23. Іванчук К. П., Лях Т. Л. Соціально-психологічний портрет і потреби онкохворої дитини. URL : https://surl.li/ncrfak (дата звернення: 02.01.2025).

24. Калюжна Є. М., Житкевич А. О. Тривожність як фактор опанувальної поведінки особистості у стресових ситуаціях. *Наукові перспективи.* 2023.№ 12(42). С. 811-822.

25. Карпич І. А. Проблема тривожного розладу особистості у сучасних умовах. *Актуальні проблеми практичної психології :* збірник наукових праць Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції 19 травня 2023 року. Одеса, 2023. С. 69-73.

26. Кирилова О. О., Кирилова Є. І., Востроknутов І. Л. Особливості соматопсихічних проявів в онкології на різних етапах протипухлинного лікування (оглядова стаття). *Актуальні проблеми сучасної медицини*. 2020. Вип. 6. С. 84-92.

27. Книшик А. І., Чередник Л. М. Психологічний тренінг як метод практичної психології. *Сучасна гуманітарна наука в інтерпретації молодих дослідників* : збірник доповідей учасників всеукраїнської студентсько-учнівської науково-практичної он-лайн конференції. Київ: НУБІП України, 2021. С. 117-119.

28. Кресан О. Д. Особливості переживання та усвідомлення людиною життєвих подій у процесі психологічного консультування. *Актуальні проблеми безпеки життєдіяльності людини в сучасному суспільстві* : матеріали Всеукраїнської науково-теоретичної інтернет-конференції, м. Миколаїв, 24 листопада 2021 р. Миколаїв : МНАУ, 2021.С. 158-161.

29. Кривоніс Т. Г. Прояви тривоги та депресії у родичів пацієнтів з онкологічними захворюваннями. *Scientific Journal «ScienceRise : Medical Science».* 2020. № 2(35). С. 45-52.

30. Кривоніс Т. Г., Жулкевич І. В. Гендерні особливості прояву клініко-психологічних феноменів у онкологічних пацієнтів. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини.* 2020. № 1. С. 115-119.

31. Лісецький В. А., Маркова М. В., Мухаровська І. Р., Калачов О. В. Психологічна допомога родичам при паліативному лікуванні інкурабельних онкологічних хворих. *Біль, знеболювання і інтенсивна терапія*. 2013. №4. С. 40-45.

32. Лукомська С. О. Психосоціальні ресурси онкологічних хворих. *Актуальні проблеми психології* : збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Том XIV: Методологія і теорія психології. Випуск 2. Київ– Ніжин. Видавець «ПП Лисенко М.М.». 2019. С. 220-230.

33. Методика медитація Джо Диспенса «Сила підсвідомості». URL : https://surl.li/yefxce (дата звернення: 30.12.2024).

34. Мозгова Г. П. Вплив тривожності на якість життя онкологічних пацієнтів: роль біопсихосоціальних чинників. *Вчені записки таврійського національного університету імені В.І. Вернадського*. Серія: Психологія. Том 35 (74) № 2 2024. Видавничий дім. «Гельветика». 2024. С. 122-128.

35. Мухаровська І. Р. Якість життя онкологічних хворих на етапах лікувального процесу. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2017. Т. 4, № 1 (7). С. 91-95.

36. Мухаровська І. Особливості психоемоційного стану онкологічних хворих на діагностичному етапі. *Медична психологія*. 2016. Вип. 3. С. 44–47

37. Мухаровська І. Р. Клініко-психологічні феномени у пацієнтів онкологічної практики на різних етапах лікувального процесу. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*. 2016. № 4. С. 74-77.

38. Мухаровська І. Р. Медико-психологічний паспорт захворювання онкологічного профілю. *Медична психологія*. 2015. № 4. С. 15-19.

39. Пасічняк Н. І., Матейко Н. М. Психологічні особливості депресивних розладів. *Сучасна психологія: теорія і практика* : матеріали III Міжнародної науково-практичної конференції (м. Чернігів, 5-6 травня 2017 року). Херсон: Видавничий дім «Гельветика», 2016. С. 46-50.

40. Піонтковська О. В. Базові засади та обгрунтування медико-психологічної допомоги у сфері дитячої онкології. *Медична психологія.* 2013, № 4. С. 24-30.

41. Піонтковська О. В. Дитяча психоонкологія: проблеми та шляхи їх вирішення. *Архів психіатрії*. №4 (71). 2012. С. 76-83.

42. Прогресивна м’язова релаксація за Джейкобсоном: проста методика проти стресу та тривожності. URL : https://surl.li/xrfjco (дата звернення: 30.12.2024).

43. Психологічні аспекти медичної праці: навч. посібник / Уклад. І. В. Федік. Київ: ДП «Вид. дім «Персонал», 2017. 126 с.

44. Савост М. Три найбільш ефективні дихальні вправи, які змінюють життя. URL : https://www.youtube.com/watch?v=As734bEtVNE (дата звернення: 30.12.2024).

45. Самооцінка стійкості до стресу. URL : https://surl.li/tlkpvi (дата звернення: 02.01.2025).

46. Строяновська О. В. Психолого-дидактичні засоби реабілітації онкологічних хворих різного віку: автореф. дис… канд.. психолог. наук:. 19.00.07. Київ, 2003. 23с.

47. Федоренко Р. П., Шкарлатюк К. І. Психологічний практикум з консультування: зміст, прийоми, технології: навч.посіб. для студ. Вищ. Навч. Закл. ІІІ - ІV рівнів акредитації. Луцьк: Східноєвроп. Нац. Ун-т ім. Лесі Українки, 2012. 237 с.

48. Холістичний підхід до здоров'я та творчості. URL : https://www.instagram.com/_mistetstvo_/ (дата звернення: 30.12.2024).

49. Холістичний психолог. URL : https://surl.li/ahpjtk (дата звернення: 30.12.2024).

50. Цимбалюк І. М. Психологічне консультування та корекція. Модульно-рейтинговий курс: навч. посібн. Київ: ВД «Професіонал», 2005. 656 с.

51. Чугай І. В. Техніка зцілення для дорослих. URL : https://surl.li/gkghts (дата звернення: 30.12.2024).

52. Шевелєв П. Консультування як метод психологічного впливу. URL: https://surl.li/dibnlf (дата звернення: 05.01.2025).

53. Шкала депресії А. Бека. URL : https://surl.li/fdbpsm (дата звернення: 02.01.2025).

54. Щелочева Х. В. Використання методу лялькотерапії в роботі з онкохворими дітьми. *Студентський науковий вимір соціально-педагогічних проблем сьогодення*: збірник матеріалів Міжнародної студентської науково-практичної конференції (26 квітня 2017 р., м. Ніжин) / За заг. ред. О.В. Лісовця. Ніжин : НДУ ім. М.Гоголя, 2017. С. 253-256.

55. Chen W., Chen Y., Xiao H. Existential Distress in Cancer Patients: A Concept Analysis. *Cancer nursing.* 2022. Vol. 45(2). P. 471–486.

56. Ghiggia A., Pierotti V., Tesio V., Bovero A. Personality matters: relationship between personality characteristics, spirituality, demoralization, and perceived quality of life in a sample of end-of-life cancer patients. *Supportive care in*

cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer. 2021. Vol. 29(12). P. 7775–7783.

57. Kübler-Ross E. On death and dying. New York : Macmillan, 1969. 304 p.

58. Mukharovska I. The psychological distress and psychic phenomena in cancer patients during palliative care. *Psychosomatic Medicine and General Practice*. Vol.1(1). 2016. C. 1-5.

59. Polański J., Misiąg W., Chabowski M. Impact of Loneliness on Functioning in Lung Cancer Patients. *International journal of environmental research and public health*. Vol. 19(23). 2022. P. 15793.

60. Sutanto Y. S., Ibrahim D., Septiawan D., Sudiyanto A., Kurniawan H. Effect of Cognitive Behavioral Therapy on Improving Anxiety, Depression, and Quality of Life in Pre-Diagnosed Lung Cancer Patients. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*. Vol. 22(11). 2021. P. 3455–3460.

61. Xiaodan L., Guiru X., Guojuan C., Huimin X. Self-perceived burden predicts lower quality of life in advanced cancer patients: the mediating role of existential distress and anxiety. *BMC geriatrics.* Vol. 22(1). 2022. P. 803.

62. Zhang S., Li J., Hu X. Peer support interventions on quality of life, depression, anxiety, and self-efficacy among patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Patient education and counseling.* Vol. 105(11). 2022. P. 3213–3224.