

Міністерство освіти і науки України
Український державний університет імені Михайла Драгоманова

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

Катерина ЛИСНИК

УДК 159.942:316.361(043.3)

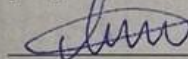
ДИСЕРТАЦІЯ
МЕДІА-ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ
ЖІНОК ЗІ СТРАХОМ ПОВТОРЕННЯ ТРАВМІВНИХ ПОДІЙ В
УМОВАХ СУСПІЛЬНОЇ КРИЗИ

053 Психологія

05 – Соціальні та поведінкові науки

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії в галузі психології

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

 К. Лисник

Науковий керівник:

Всеволод ЗЕЛЕНІН, кандидат психологічних наук, доцент, професор кафедри психології

Київ – 2024

АНОТАЦІЯ

Лисник К.А. Медіа-психологічна реабілітація жінок зі страхом повторення травмівних подій в умовах суспільної кризи. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії в галузі знань 05 – соціальні та поведінкові науки, спеціальність 053 – психологія. – Український державний університет імені Михайла Драгоманова, Київ, 2024.

Дисертацію присвячено теоретичному обґрунтуванню та емпіричному вивченню проблеми медіа-психологічної реабілітації жінок зі страхом повторення травмівних подій в умовах суспільної кризи.

Проведено аналіз філософської та психологічної наукової літератури за зазначеною темою, розглянуто поняття суспільних криз, їх травмівного впливу на психологічний стан, наслідків у вигляді виникнення страхів. Розглянуто теоретичні засади виникнення страху повторення травмівних подій, докладно вивчено особливості явища на прикладі страху рецидиву раку в онкопацієнтів на етапі ремісії. Вивчені підходи та методи, відомі в психоонкологічній науці для подолання травмівних наслідків криз, а також концепції щодо можливих цілей психологічного впливу. Аналіз поглядів науковців на принципи проведення психологічної реабілітації, її етапи, методи та медіаскладову свідчить, що медіаскладова є доволі новою сферою і в діяльності психологів, і в науково-психологічних дослідженнях.

Виявлена особливість страху повторення травмівних подій змінюватися залежно від поточної ситуації життя індивіда засвідчила, що суспільні кризи спричиняють загострення психологічних проблем. Страх рецидиву раку є показовим прикладом страхів повторення травмівних подій, водночас цей страх як психологічне явище притаманний більшості онкопацієнтів, що робить його актуальним напрямком дослідження. Відповідно обґрунтовано використання визначення *«страх рецидиву раку – це страх, занепокоєння або тривога, що рак може повернутися чи виникнути в тому самому органі або іншому»*.

Сформовано методологічні засади дослідження впливу

біопсихосоціальних чинників на рівень страху рецидиву раку в онкопацієнтів у стані ремісії. Враховано, що індивідуально-психологічні чинники зумовлюють подолання особистістю травмивних подій та інтеграцію їх у життєвий досвід, а біомедичні чинники, такі як тип та стадія онкозахворювання, попередньо впливають на сприйняття діагнозу. Разом із усвідомленням пацієнтом небезпеки хвороби для здоров'я та особливостей перебігу лікування, відбувається формування здоров'язберігаючої компетентності. Ці чинники створюють можливість (або ускладнюють процес) пристосування, однак для успішності повернення до повноцінного життя необхідна також психологічна і соціальна підтримка та додаткове підвищення здоров'язберігаючої компетенції.

Проведено аналіз впливу медіаінформації з інфопростору та схильності особистості до прийняття на віру міфічних причин виникнення раку та способів його лікування. Визначено, що наявність поширених у медіапросторі антинаукових відомостей щодо причин виникнення та шляхів подолання онкозахворювання, а також упередженого ставлення до раку з боку суспільства, є несприятливою для онкопацієнтів. Для протидії цим негативним тенденціям виокремлено напрямки реалізації просвітницької діяльності в медіапросторі.

Виокремлено чинники, які зумовлюють підвищення рівня страху рецидиву в онкопацієнтів, які розподілені на: 1) мікросоціальні (соціо-демографічні) та макросоціальні (вплив суспільної кризи, наявність соціальної підтримки суспільства); 2) біомедичні; 3) особистісні (індивідуально-психологічні чинники); 4) медіачинники. Розроблено теоретичну схему дослідження, яка враховує взаємозв'язок соціальних, біомедичних, особистісних та медіачинників.

Розроблено та модифіковано діагностичні методи дослідження впливу різних чинників на рівень страху рецидиву раку.

Визначено концептуальну модель виникнення, перебігу та зменшення страху рецидиву раку з урахуванням медіавпливу, обґрунтовано рівні страху (низький, середній та високий). *Низький рівень* свідчить про нормальну реакцію на загрозові обставини і вважається функціональним страхом. *Середній рівень*

є підвищеним і потребує від особистості змін здоров'язберігаючої поведінки заради його зниження. *Високий рівень* є дисфункційним і потребує психологічної реабілітації.

Проведено адаптацію та валідацію української версії Опитувальника страху рецидиву раку, FCRI, на вибірці учасниць ($n = 201$) з різними типами та стадіями онкозахворювання, різного віку для подальшого вимірювання рівня страху рецидиву в українських онкопацієнток. Статистично визначено альфа Кронбаха для шкал опитувальника, яка для шкал Опитувальника FCRI визначена в межах від 0,711 до 0,913, для загальної оцінки = 0,911, для скринінгової шкали Тяжкість дорівнює 0,727. Цей результат підтвердив внутрішню узгодженість та надійність Опитувальника FCRI, що уможлиблює використовувати його для оцінки рівня страху рецидиву раку в жінок, а шкалу Тяжкість – для скринінгової оцінки у вигляді короткої форми Опитувальника, FCRI-SF.

Визначено порогове значення, від якого рівень страху вважають дисфункційним; рекомендовано обрати за таке порогове значення загальні бали Опитувальника FCRI від 86 та вище, а для скринінгового Опитувальника FCRI-SF – значення від 22 та вище, що обґрунтовано для українських онкопацієнток в умовах суспільної кризи.

Результати констатувального експерименту ($n = 111$) засвідчили, що для українських онкопацієнток страх рецидиву раку є значною проблемою: лише 14,4% мають функціональний рівень страху рецидиву раку, більшість учасниць дослідження мають підвищений (25,7%) або дисфункційний (55,9%) рівень цього страху на стадії ремісії, що свідчить про необхідність розробки та впровадження медіа-психологічної реабілітації.

Поглиблено розуміння впливу біопсихосоціальних чинників на рівень страху рецидиву раку за результатами аналізу даних констатувального етапу дослідження. Було виявлено статистично значущий обернений зв'язок із часом, який пройшов з моменту встановлення діагнозу та виходу в ремісію. Щодо соціо-демографічних чинників було виявлено кореляцію рівня страху рецидиву раку з віком учасниць (обернений зв'язок).

Регресивний аналіз виявив, що чинниками високого рівня страху рецидиву раку в онкопацієнток є: висока реактивна та особистісна тривожність, висока інтолерантність до невизначеності, притаманний високий нейротизм, а також вибір ними дезадаптивних копінг-стратегій подолання проблем, зокрема в емоційній та поведінковій сфері. Отже, виявлено необхідність у розробці програми медіа-психологічної реабілітації та окреслено основні завдання цієї програми: збільшення толерантності до невизначеності в онкопацієнток, ознайомлення їх із більш адаптивними копінг-стратегіями та опанування ними психологічних технік зниження тривожності через заспокоєння, розслаблення, релаксацію тощо.

Запропоновано систему заходів, які прискорюють адаптацію онкопацієнтів до повноцінного життя після подолання хвороби, що містить вплив спеціалізованого медіаресурсу (сторінки інформування та психоедукації, на якій публікується науково підтвержені відомості з питань психоонкології, спростовується міфи про рак, надається корисна інформація засобами медіа) та медіа-психологічну реабілітацію. Інноваційною складовою дослідження є використання засобів медіа і при проведенні психологічного втручання, і для зменшення впливу травмивної інформації з інфопростору.

Обґрунтовано, розроблено та впроваджено програму медіа-психологічної реабілітації ConquerFear-UA для групової роботи онлайн. Теоретико-методологічною основою формувального експерименту стали основи особистісно-центрованого підходу до розвитку особистості та проведення групової терапії, теорії та методики когнітивно-поведінкового підходу до психологічного впливу на страх повторення травмивних подій.

Проведено формувальний експеримент з експериментальною і контрольною групою. Порівняльний аналіз динаміки змін показників рівня страху рецидиву і тривожності засвідчив, що в експериментальній групі, порівняно із контрольною, відбулися вагомі позитивні зміни за вимірюваними показниками, які є достовірними згідно з проведеною статистичною перевіркою. Виявлено зниження страху за Опитувальником FCRI і реактивної тривожності за

тестом Спілбергера-Ханіна в групі впливу, порівняно з контрольною.

На основі аналізу результатів упровадження можна зробити висновок, що розроблена програма медіа-психологічної реабілітації є ефективним засобом для використання в медіапросторі з метою зниження рівня страху рецидиву раку в онкопацієнток у ремісії. Згідно з G-критерієм знаків виявлено достовірне (на рівні 0,05) зниження реактивної тривожності та рівня страху рецидиву раку в експериментальній групі. Сформовано методичні рекомендації для психологів з використання розробленої програми, у яких узагальнено й розширено теоретичні та практичні підходи до психологічної реабілітації засобами медіа в умовах суспільної кризи.

Результати проведеного теоретичного й експериментального вивчення теми підтвердили висунуту гіпотезу та уможливили виведення загальних висновків. Також додатково окреслено перспективи подальших досліджень, зокрема в подальшому заплановано розглянути соціо-демографічні чинники впливу на страх рецидиву раку більш докладно, а також провести констатувальний експеримент для більшої вибірки учасників із залученням чоловіків для докладного вивчення отриманих закономірностей. За допомогою розробки в майбутньому курсу підвищення кваліфікації психологів з проведення груп підтримки за програмою ConquerFear-UA передбачено зробити психологічну допомогу в зниженні страху рецидиву раку широко доступною для українських онкопацієнток.

Ключові слова: тривожність, психологічна реабілітація, дезадаптивні копінг-стратегії, соціальні мережі, медіа, психологічна дезадаптація, психологічний вплив, підвищення стійкості, біопсихосоціальні чинники, здоров'язберігаюча поведінка, психоонкологія, онкологічні пацієнти, рак, страх рецидиву раку, якість життя.

SUMMARY

Lysnyk K.A. Media-psychological rehabilitation of women with fear of repeating traumatic events in conditions of social crisis. – Qualifying scientific work on manuscript rights.

The thesis for getting a scientific degree of Doctor of Philosophy in Psychology in the field of knowledge 05 – social and behavioral sciences, specialty 053 – Psychology – Mykhailo Drahomanov Ukrainian State University – Kyiv, 2024.

The dissertation is devoted to the theoretical substantiation and empirical study of the problem of media-psychological rehabilitation of women with fear of repeating traumatic events in conditions of social crisis.

An analysis of the philosophical and psychological scientific literature on the topic was carried out. The concept of social crisis, their traumatic impact on the psychological state, and the consequences in the form of the emergence of fears were also considered. The theoretical foundations of the fear of repeating traumatic events are considered, and the peculiarities of the fear are studied in detail using the example of the fear of cancer recurrence in cancer survivors at the remission stage. The approaches and methods that exist in psycho-oncological science to overcome the traumatic consequences of the crisis, as well as concepts regarding the possible goals of psychological influence, are studied. The analysis of scientists' views on the principles of psychological rehabilitation, its stages, methods, and the media component showed that the media aspect is quite new both in the everyday work of psychologists and in scientific psychological research.

The revealed feature of the fear of repeating traumatic events changes depending on the current situation of the individual's life proved that social crisis causes aggravation of psychological problems. The fear of cancer recurrence is a demonstrative example of fear of repeating traumatic events, and at the same time, this fear as a psychological phenomenon is inherent in most cancer patients, which makes it a valid research direction. Accordingly, the use of the definition "fear of cancer recurrence is the fear, worry, or anxiety that cancer may return or occur in the same organ or another" is justified.

The methodological foundations of the study of the influence of biopsychosocial factors on the level of fear of cancer recurrence among cancer survivors in remission were formed. It is taken into account that what determines the individual's overcoming of traumatic events and integration them into the life experience is individual and psychological factors, as well as biomedical factors, such as the type and stage of cancer, preliminarily influence the perception of the diagnosis. Together with the patient's awareness of the danger of the disease to health and the peculiarities of the course of treatment, the formation of health-preserving competence takes place. These factors create the possibility or complicate the process of adaptation; however, psychological and social support and additional health education are also necessary for the success of returning to a full life.

An analysis of the impact of media information from the infospace and the individual's tendency to believe in mythical causes of cancer and methods of its treatment was carried out. It was determined that the presence of unscientific information spread in the media space about the causes of the occurrence and ways of overcoming cancer, as well as the prejudiced attitude towards cancer on the part of society, is unfavorable for cancer patients. In order to counteract these negative trends, directions for the implementation of psychoeducational activities in the media space have been identified.

The factors that lead to an increase in the level of fear of recurrence in cancer patients are distinguished, which are divided into the following: 1) biomedical, 2) micro-social (socio-demographic) and macro-social (the impact of social crisis and the presence of social support from society) 3) personal (individual - psychological factors) and 4) media factors. A theoretical scheme of research has been developed, which takes into account the interrelationship of social, biomedical, personal, and media factors.

Diagnostic methods of studying the influence of various factors on the level of fear of cancer recurrence have been developed and modified.

A conceptual model of the emergence, course, and reduction of the fear of cancer recurrence, taking into account the media space influence, was determined, and the levels of fear (low, medium, and high) were substantiated. A low level indicates a

normal reaction to threatening circumstances and is considered a functional fear. The average level is elevated and requires changes in health-preserving behavior from the individual in order to reduce it. A high level is dysfunctional and requires psychological rehabilitation.

Adaptation and validation of the Fear of Cancer Recurrence Inventory, FCRI, was carried out in Ukrainian on a sample of participants with different types and stages of cancer, of different ages ($n = 201$) to further measure the level of fear of recurrence in Ukrainian women cancer survivors. Cronbach's alpha for the scales of the FCRI was statistically determined, which ranges from 0.711 to 0.913, for the Total = 0.911, for the screening scale Severity = 0.727. This result confirmed the internal consistency and reliability of the FCRI to assess the level of fear in women, with the Severity scale suitable for the purpose of a rapid screening assessment as the short form, FCRI-SF.

The threshold value above which the level of fear is considered dysfunctional has been determined; it is recommended to choose as such a threshold value of the total scores of the FCRI - from 86 and above, and for the screening FCRI-SF – the value from 22 and above, which is justified for Ukrainian cancer survivors women in conditions of social crisis.

The results of the ascertainment experiment ($n = 111$) proved that for Ukrainian cancer patients, the fear of cancer recurrence is a big problem: only 14.4% have a functional level of fear of cancer recurrence, most of the study participants have an increased (25.7%) or dysfunctional (55.9%) level at the stage of remission, which indicates the need to develop and implement media-psychological rehabilitation.

The understanding of the influence of biopsychosocial factors on the level of fear of cancer recurrence was deepened based on the data analysis results of the study's ascertainment stage. A statistically significant inverse relationship was found between the fear of cancer recurrence and the time passed from diagnosis to the experiment or from remission to the experiment. With regard to socio-demographic factors, a correlation of the level of fear of cancer recurrence with the age of the participants was found (inverse relationship).

When conducting a regression analysis, it was found that the factors that increase the level of fear of cancer recurrence are: high reactive and personal anxiety, high intolerance to uncertainty, high neuroticism, and usage of maladaptive coping strategies to overcome problems, in particular in the emotional and behavioral sphere. Thus, the need to develop a media-psychological rehabilitation program was identified, and the main tasks of this program were outlined: increasing tolerance to uncertainty, teaching more adaptive coping strategies, and mastering psychological techniques for reducing anxiety through calming, relaxation, etc.

A system of measures is proposed that accelerates the adaptation of cancer survivors to full life after overcoming the disease, which includes media psychological rehabilitation and influence through the media space, namely informational and psychoeducational social media pages, where scientifically proven information on psycho-oncology is published, myths are refuted, and useful information is provided. An innovative component of the research is the use of media both for psychological intervention and for reducing the impact of traumatic information from the media space.

The media-psychological rehabilitation program, named ConquerFear-UA, was substantiated, developed, and implemented for online group work. The theoretical and methodological basis of the formative experiment was the person-centered conceptual approach to personality development and conducting group therapy and the theory and methodology of a cognitive-behavioral approach to the psychological impact of the fear of repeating traumatic events on women.

A formative experiment was conducted with an experimental group and a control one. A comparative analysis of the dynamics of changes in indicators of the level of fear of cancer recurrence and reactive anxiety showed that in the experimental group, compared to the control group, there were significant positive quantitative shifts, which are reliable according to the conducted statistical tests. A decrease in fear of cancer recurrence according to the FCRI and reactive anxiety according to the State-Trait Anxiety Inventory was found in the experimental group in comparison to the control group.

The analysis of the implementation results allows us to conclude that the developed program of media-psychological rehabilitation is an effective tool for reducing the level of fear of cancer recurrence for women in remission. Methodological recommendations for psychologists on the use of the developed program have been formed, which summarize and expand theoretical and practical approaches to psychological rehabilitation via media in conditions of social crisis.

The results of the conducted theoretical and experimental research confirmed the proposed hypothesis and made it possible to draw general conclusions and outline prospects for further development of the problem. In particular, in the future, it is planned to consider the socio-demographic factors influencing the fear of cancer recurrence in more detail and to conduct a confirmatory experiment for a larger sample of participants with the involvement of men to figure out the obtained patterns in detail. It is also planned in the future to develop a training course for psychologists on conducting support groups under the ConquerFear-UA program, to make psychological help in reducing the fear of cancer recurrence widely available to Ukrainian cancer survivors in the remission stage.

Key words: anxiety, psychological rehabilitation, maladaptive coping strategies, social networks, media, psychological maladaptation, psychological impact, resilience enhancement, biopsychosocial factors, health-preserving behavior, psycho-oncology, cancer survivors, cancer, fear of cancer recurrence, quality of life.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Статті у наукових фахових виданнях, затверджених МОН України:

1. Лисник К. Сучасні підходи до вивчення страху рецидиву раку. Огляд іноземних досліджень. Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. *Психологія*. 2021. Вип. 2(12). С. 57–60. DOI: [https://doi.org/10.17721/BSP.2020.2\(12\).10](https://doi.org/10.17721/BSP.2020.2(12).10)
2. Лисник К. А. Теоретичні та емпіричні моделі подолання високого рівня страху рецидиву в онкоодужуючих. Науковий вісник Херсонського державного університету. *Психологічні науки*. 2021. Вип. 2. С. 144–152. DOI: <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2021-2-17>
3. Лисник К. А. Особливості адаптації методики ConquerFear для психологічної допомоги українським онкоодужуючим. Вісник Львівського університету. *Психологічні науки*. 2023. Вип. 16. С. 18–27. DOI: <https://doi.org/10.30970/PS.2023.16.3>
4. Лисник К. А. Особистісні реакції жінок на етапі ремісії онкозахворювання. Науковий часопис Українського державного університету імені Михайла Драгоманова. *Психологічні науки*. 2024. Вип. 23 (68). С. 61–71. DOI: [https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series12.2024.23\(68\).06](https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series12.2024.23(68).06)

Статті в іноземних фахових періодичних виданнях та збірниках, включених до міжнародних наукометричних баз (Web of Science):

5. Lysnyk K., Zelenin V. Sociocultural factors of the emotional state of cancer survivors (on the example of Ukraine and Israel). *Journal of interdisciplinary research*. 2024. Vol. 14(1). P. 205–214. DOI: <https://doi.org/10.33543/140139205214>

Статті в інших іноземних фахових виданнях:

6. Лисник К. А. Особливості адаптації української версії Опитувальника страху рецидиву раку. *KELM (Knowledge, Education, Law, Management)*,

section Social and behavioral sciences. 2022. Vol. 1(45) P. 133–141. DOI: <https://doi.org/10.51647/kelm.2022.1.20>

7. Lysnyk K. Conducting psychological support groups online during the war in Ukraine. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*. 2023. Vol. 1. P. 1–15. DOI: <https://doi.org/10.1080/14779757.2023.2167735>

Розділи колективних монографій:

8. Лисник К. А. Вплив толерантності до невизначеності на проживання онкологічного захворювання літніми людьми (кроскультурний аналіз). *Чинники розвитку толерантності особистості на різних етапах соціалізації: колективна монографія* / за ред. проф. О. І. Власової Київ: Яроченко Я., 2022. С. 296–315. URL: <https://inter-sci-guild.org.ua/chynnyky-rozvytku-tolerantnosti-osobystosti-na-riznykh-etapakh-sotsializatsiyi> (дата звернення: 05.05.2024).
9. Лисник К. А. Копінг-стратегії особистості в умовах ремісії онкозахворювання. *Особистість у сучасному соціо-психологічному вимірі: монографія* / за заг. ред. Г. А. Приба, Є. М. Калюжноі. Херсон, 2022. С. 432–445. URL: <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.33829.78565>.

Матеріали конференцій:

10. Мілютіна К. Л., Лисник К. А. Сучасні підходи до надання психологічної допомоги онкохворим. *Science and education: problems, prospects and innovations: VI міжнародна науково-практична конференція*. Кіото, Японія, 2021 р. / CPN Publishing Group, 2021. С. 419–422. URL: <https://sci-conf.com.ua/vi-mezhdunarodnaya-nauchno-prakticheskaya-konferentsiya-science-and-education-problems-prospects-and-innovations-3-5-marta-2021-goda-kioto-yaponiya-arhiv/> (дата звернення: 05.05.2024).
11. Мілютіна К. Л., Лисник К. А. Застосування вчинкового підходу до надання психологічної допомоги онкохворим. *Тенденції розвитку психології в Україні: історія і сучасність: матеріали міждисциплінарного круглого столу, присвяченого 95-річчю видатного українського психолога, фундатора вітчизняної історико-психологічної науки Володимира Роменця*

- / за наук. ред. І. В. Данилюка, І. В. Ващенко, Г. К. Юрчинської. Київ, Видавництво Ліра. Київ, 2021. С. 59–61.
12. Лисник К. А. Модель надання психологічної допомоги особистості в умовах кризи, спричиненої онкозахворюванням. *Соціально-психологічні технології розвитку особистості: Збірник матеріалів VI Міжнародної науково-практичної конференції молодих вчених, аспірантів та студентів*. 2021. С. 249–254.
13. Лисник К. А. Особливості психологічної корекції страху рецидиву раку в онкоодужавших. *Організаційно-управлінські та психологічні аспекти сучасного ринку праці України: тези доповідей X Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих вчених, 24 листопада 2021 р., м. Київ / упоряд. А. О. Волошко, Л. Г. Новаш. Київ, ІПК ДСЗУ, 2021. С. 123–125. URL: <http://new.ipk.edu.ua/wp-content/uploads/2021/12/збірник-матеріалів-Всеукр.-н.пр.-конф.-молодих-учених-24.11.2021-р..pdf> (дата звернення: 05.05.2024).*
14. Лисник К. А. Методики дослідження взаємозв'язку рівня страху рецидиву раку та соціально-психологічних особливостей особистості онкоодужуючого. *Formation of innovative potential of world science: collection of scientific papers «SCIENTIA» with Proceedings of the II International Scientific and Theoretical Conference. Tel Aviv, State of Israel: European Scientific Platform, 2021. Vol. 2. P. 76–78. DOI: <https://doi.org/10.36074/scientia-26.11.2021>*
15. Лисник К. А. Вплив соціально-демографічних чинників на страх рецидиву раку в онкоодужуючих-жінок. Психологічне здоров'я особистості в контексті процесів глобалізації: методологія дослідження, реалії та перспективи: матеріали I Міжнародної науково-практичної конференції. Київський національний університет ім. Т. Шевченка, м. Київ, 2022. С. 82–84.
16. Лисник К. А. Міфи про онкологію в українському інфопросторі як чинник психологічних криз. *Аксіопсихологічні вектори розвитку сучасної освіти"*.

- Секція 3. Моральна та соціально-психологічна підтримка учасників освітнього процесу в умовах війни: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції з нагоди 25-річчя кафедри психології розвитку та консультування Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка. 2023. С. 215–220. URL:http://dspace.tnpu.edu.ua/jspui/bitstream/123456789/31124/1/48_Lusnuk.pdf (дата звернення: 05.05.2024).*
17. Лисник К. А. Медіа-психологічна реабілітація в умовах суспільної кризи. *Наука та освіта в умовах викликів сьогодення". Секція 8. Соціально-гуманітарні науки: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції. м. Чернігів, 2023. С. 250–254. URL: <https://researcheurope.org/product/book-36/> (дата звернення: 05.05.2024).*
18. Лисник К. А. Вплив суспільних криз на сприйняття онкодіагнозу. *Modern problems of science, education and society: The 12th International scientific and practical conference. February 5–7, 2024 / SPC "Sciconf.com.ua", Kyiv, Ukraine. P. 769–774. URL: <https://sci-conf.com.ua/wp-content/uploads/2024/02/MODERN-PROBLEMS-OF-SCIENCE-EDUCATION-AND-SOCIETY-5-7.02.24.pdf> (дата звернення: 05.05.2024).*
19. Лисник К. А. Ведення психологічних груп для жінок зі страхом повторення травмивних подій в кризових умовах війни. *Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя: ІХ Всеукраїнська науково-практична конференція. м. Суми, 2024. С. 126–128.*
20. Лисник К. А. Здоров'язбережувальна компетентність онкопацієнтів в ремісії. *Психологічне здоров'я особистості в контексті процесів глобалізації: методологія дослідження, реалії та перспективи: II міжнародна науково-практична конференція. КНУ ім. Тараса Шевченка, м. Київ, 2024. С. 117–120.*
21. Лисник К. А. Інтегративний підхід до ведення груп психологічної підтримки онкопацієнтів в умовах суспільної кризи. *Політ. Сучасні проблеми науки: тези доповідей ХХІV Міжнародної науково-практичної*

конференції здобувачів вищої освіти і молодих учених. Том 1. Гуманітарні науки / НАУ, м. Київ, 2024. С. 115–116.

22. Lysnyk K., Zelenin V. Virtualreality for the rehabilitation of patients with anxiety disorders after stressful events. *Horizons of Innovation: Conference on Multidisciplinary Trends in Science*. 2024. P. 329–332. URL: <https://futuraity-publishing.com/horizons-of-innovation-conference-on-multidisciplinary-trends-in-science-2024-2/> (дата звернення: 05.05.2024).

ЗМІСТ

| | |
|---|------------|
| ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ..... | 19 |
| ВСТУП..... | 20 |
| РОЗДІЛ 1 | |
| ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ МЕДІА-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ СТРАХУ ПОВТОРЕННЯ ТРАВМІВНИХ ПОДІЙ..... | 31 |
| 1.1. Теоретичний аналіз сутності психологічної реабілітації в умовах суспільної кризи..... | 31 |
| 1.2. Специфіка страху повторення травмівних подій на прикладі онкопацієнтів у ремісії..... | 45 |
| 1.3. Обґрунтування теоретико-методологічної моделі дослідження страху повторення травмівних подій | 77 |
| Висновки до першого розділу..... | 95 |
| РОЗДІЛ 2 | |
| ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЧИННИКІВ СТРАХУ РЕЦИДИВУ РАКУ В ЖІНОК..... | 97 |
| 2.1. Матеріали та методи дослідження чинників впливу на рівень страху рецидиву раку в жінок | 97 |
| 2.2. Адаптація та валідація Опитувальника страху рецидиву раку..... | 111 |
| 2.3. Дослідження чинників впливу на страх рецидиву раку | 124 |
| 2.4. Дослідження медіавпливу..... | 169 |
| Висновки до другого розділу..... | 173 |
| РОЗДІЛ 3 | |
| МЕДІА-ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ЖІНОК ЗІ СТРАХОМ ПОВТОРЕННЯ ТРАВМІВНИХ ПОДІЙ В УМОВАХ СУСПІЛЬНОЇ КРИЗИ | 175 |
| 3.1. Засади створення програми медіа-психологічної реабілітації..... | 175 |
| 3.2. Створення та адаптація програми | 186 |

| | |
|---|------------|
| 3.3. Результати апробації програми ConquerFear-UA..... | 194 |
| 3.4. Методичні рекомендації для психологів щодо роботи з жінками зі страхом повторення травмівних подій..... | 208 |
| Висновки до третього розділу..... | 218 |
| ВИСНОВКИ..... | 228 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ..... | 223 |
| ДОДАТКИ..... | 260 |

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

- ACT – Acceptance and Commitment Therapy, терапія прийняття і прихильності
- ATT – Attention Training Technique, техніка тренування уваги
- CAS – cognitive attention syndrome, когнітивний синдром уваги
- CSM – The Common Sense Mode, модель здорового глузду
- DM – Detached Mindfulness, відсторонена уважність
- FCR – fear of cancer recurrence, страх рецидиву раку
- FCRI – fear of cancer recurrence inventory, опитувальник страху рецидиву раку
- FoP – Fear of progression, страх прогресування онкозахворювання
- RFT – Relational Frame Theory, теорія реляційних фреймів (рамки)
- SCPM – Social-Cognitive Processing Model, модель соціально-когнітивної обробки
- S-REF – Self-Regulatory Executive Function, модель саморегульованої виконавчої функції
- КПТ – когнітивно-поведінкова терапія
- МДП – моделі дуального процесу в горюванні
- ПТСР – посттравматичний стресовий розлад
- РМЗ – рак молочної залози
- ЦОТ – центрована на особистості терапія, що використовує особистісно-центрований підхід (person-centered approach, person-centered psychotherapy)

ВСТУП

Актуальність проблеми дослідження. За останні роки в Україні відбувається низка суспільних криз різного рівня інтенсивності – від повномасштабного вторгнення, військових дій, переміщення великих мас населення до супутніх економічних і політичних криз. Пандемія Covid-19 так само не оминула нашу країну та призвела до системних змін у житті та добробуті широких верств населення. Особливістю суспільних криз є те, що під час них набагато більша кількість людей стикається з психотравмуючими або травмівними подіями. Це суттєво впливає на психоемоційний стан українців, а отже, завданням психологів є допомога в подоланні психологічних наслідків суспільної кризи. Однак, навіть якщо людина успішно інтегрує свій минулий досвід у життя, питання щодо майбутнього залишається відкритим. На перший план серед психологічних проблем виходить страх повторення травмівних подій, для зменшення якого доцільно використовувати психологічну реабілітацію.

Вивченням поняття «криза» займалися відомі іноземні та вітчизняні вчені: О. Байер, А. Бандура, П. Горностай, С. Джозеф, Е. Еріксон, З. Кісарчук, А. Маслоу, Н. Пророк, К. Роджерс, Л. Сохань, Т. Титаренко, О. Тімченко, С. Уварова, В. Франкл, І. Черезова, Н. Шевченко та інші. Дослідженням психологічного впливу суспільної кризи на особистість займалися сучасні українські науковці К. Безверха, О. Блинова, О. Буковська, І. Зварич, В. Зливков, А. Коваленко, О. Лозова, Я. Чаплак та інші. Питання психологічної реабілітації висвітлювали К. Бабов, Г. Васильєва, О. Гірченко, Я. Каплуненко, Т. Ларіна, В. Лефтеров, В. Луньов, О. Любчук, М. Матяш, Г. Мозгова, О. Самара, А. Толстоухов та інші.

Є також окрема категорія населення, для яких травмівні події стаються в особистому життєвому просторі, однак переживають вони їх на фоні та залежно від наявної суспільної кризи – онкопаціенти, у яких страх повторення травмівних подій – це страх рецидиву раку, що виникає на етапі ремісії.

Психологічна допомога онкопаціентам цікавить і іноземних (В. Andersen, К. Augustiny, С. Breidenbach, S. Cobb, D. Costa, D. Easterling, A. Floyd, H. Götze,

J. Holland, J. Jenewein, H. Leventhal, E. Lykins, S. Madhusudhana, R. Mercieca-Bebber, K. Miller, I. Reznik, A. Seiler, L. Schaffner, L. Valach, E. Кюблер-Росс), і вітчизняних науковців (І. Ісаєва, І. Кислова, С. Максименко, О. Мельниченко, Г. Мозгова, Н. Отрощенко, О. Піонтковська, Т. Хомуленко, Г. Хомич, Н. Шевченко та інші). Українські науковці розглядають психологічну допомогу залежно від етапу лікування (О. Будкіна, Н. Волинець, І. Вострокнутов, О. Кирилова, С. Лукомська та інші). Деякі публікації присвячено проблемам адаптації до хвороби, проживання кризових станів (С. Мерлич, О. Строяновська), інші – дослідженню психологічних особливостей онкопацієнтів (Т. Кривоніс, І. Мухаровська, В. Пономарьова). Робіт, у яких розглянуто етап ремісії онкозахворювання, недостатньо (В. Березянська, В. Матринецький, Г. Шаповалова, І. Шмакова), досліджень страху рецидиву раку в Україні не було проведено взагалі. В іноземних дослідженнях страх рецидиву раку вивчено більш докладно, проте дослідження частіше за все проводять щодо певних соціальних груп чи типів онкозахворювання (Ph. Butow, J. Crist, J. Fardell, E. Grunfeld, T. Jaarsma, S. Lebel, G. Pool, A. Ranchor, T. Sanderman, B. Thewes та інші). Однак наразі в Україні немає методики оцінки рівня страху рецидиву раку в онкопацієнтів для виявлення тих із них, хто потребує психологічної реабілітації.

Отже, недостатнє представлення зазначеної проблеми та її соціальна значущість зумовили вибір теми дослідження *«Медіа-психологічна реабілітація жінок зі страхом повторення травмивних подій в умовах суспільної кризи»*.

Зв'язок роботи з науковими проблемами, планами, темами. Дисертаційне дослідження виконане відповідно до планів наукової діяльності кафедри психології факультету психології УДУ імені Михайла Драгоманова за напрямом «Зміст, форми та методи професійної підготовки студентів до фахової діяльності у сфері політичної психології, медіапсихології та коучингу в умовах вищої освіти». Тему дисертації затверджено кафедрою психології факультету психології УДУ імені Михайла Драгоманова (протокол №4 від 15.11.2023р.) та Вченою радою УДУ імені Михайла Драгоманова (протокол №4 від 30.11.2023 р.).

Об'єкт дослідження: страх повторення травмівних подій у жінок в умовах суспільної кризи.

Предмет дослідження: чинники медіа-психологічного впливу на рівень страху рецидиву раку в жінок у ремісії.

Мета дослідження – теоретично проаналізувати страх повторення травмівних подій у жінок в умовах суспільної кризи; емпірично дослідити вплив чинників на підвищення рівня страху на прикладі страху рецидиву раку в жінок у ремісії; обґрунтувати, розробити та апробувати програму медіа-психологічної реабілітації онкопацієнток зі страхом рецидиву раку.

Гіпотеза дослідження. На виникнення підвищеного та високого рівня страху рецидиву раку впливає некорисна та травмівна інформація в медіапросторі, соціально-психологічні чинники та індивідуальні особливості онкопацієнток, на основі яких вони обирають стратегії подолання (копінг-стратегії). Науково обґрунтована програма медіа-психологічної реабілітації може скорегувати в бік зниження рівень страху рецидиву раку, покращити психоемоційний стан та здоров'язберігаючу поведінку жінок на етапі ремісії онкозахворювання.

Для перевірки висунутої гіпотези було поставлено такі **завдання дослідження:**

1) здійснити теоретичний аналіз аспектів медіа-психологічної реабілітації феномену страху повторення травмівних подій; розробити концептуальну модель страхом повторення травмівних подій на прикладі страху рецидиву раку;

2) емпірично дослідити особливості перебігу страху рецидиву раку під впливом біопсихосоціальних та медіачинників;

3) створити модель впливу на перебіг страху повторення травмівних подій у жінок; виокремити цілі впливу для проведення медіа-психологічної реабілітації жінок зі страхом повторення травмівних подій на прикладі страху рецидиву раку в жінок у ремісії онкозахворювання; створити медіаресурс психоедукації для покращення здоров'язберігаючої поведінки онкопацієнтів у ремісії;

4) розробити та апробувати програму медіа-психологічної реабілітації

зниження надмірного рівня страху рецидиву раку; сформулювати методичні рекомендації для психологів.

Теоретико-методологічні основи дослідження: положення про сутність розвитку особистості (І. Булах, Г. Костюк, А. Маслоу, В. Франкл та інші); особливості подолання життєвих криз та пристосування до хвороби особистістю (L. Edgar, J. Goldenberg, E. Heim, P. Jacobsen, V. Knott, M. Lashbrook, H. McGinty, P. Valery та інші); теоретичні моделі виникнення та перебігу страху рецидиву раку в когнітивно-поведінковій парадигмі (Н. Burstein, Н. Leventhal, S. Simard, В. Thewes, А. Wells та інші); рекомендації з надання кризової допомоги (С. Максименко та Н. Шевченко); теоретичні і методичні основи групової психокорекції (Т. Яценко); особистісно-центрований підхід до психотерапії травмівних подій та групового психологічного втручання (С. Джозеф, К. Роджерс); результати апробації іноземних програм психологічної допомоги онкопацієнтам (Ph. Butow, M. Dieng, W. Lichtenthal, A. Otto, M. Van der Wal).

Методи дослідження. На виконання поставлених завдань застосовано систему загальнонаукових методів дослідження:

а) **теоретичні** – аналіз, порівняння, індукція, узагальнення, систематизація та моделювання для визначення теоретико-методологічних основ вивчення проблеми страху повторення травмівних подій у жінок в умовах суспільної кризи та виявлення організаційно-методичних засад дослідження сутності основних виявів і характеристик феномену; дослідження медіапростору щодо наявності його негативного впливу на здоров'язберігаючу поведінку онкопацієнтів;

б) **емпіричні** – спостереження, опитування, тестування, анкетування, метод клінічного інтерв'ю, констатувальний та формувальний експерименти, систематизація та узагальнення якісних та кількісних даних дослідження.

в) **методи математичної статистики:** описові статистики, порівняння середніх величин, кореляційний аналіз (обчислено коефіцієнт кореляції Пірсона, Тау-в Кендалла та коефіцієнт кореляції Спірмена), регресійний аналіз (критерій Дарбіна–Уотсона), узгодженість шкал валідованого опитувальника обчислено за допомогою альфа Кронбаха. Еквівалентність контрольної та експериментальної

груп проаналізовано з використанням критерію Манна–Уїтні. Перевірка ефективності розробленої та впровадженої програми медіа-психологічної реабілітації перевірено за допомогою t-критерію Стьюдента для незалежних вибірок (95% CI); міжгрупова різниця та величина ефекту для внутрішньогрупових відмінностей розрахована з використанням d Коена. З використанням G-критерію знаків перевірено достовірність (на рівні 0,05) зниження рівня страху рецидиву раку в учасників експериментальної групи. Статистична обробка здійснена за допомогою пакета IBMSPSS (версія 28.0);

г) **методи психологічної корекції** дисфункційного рівня страху рецидиву раку в онкопацієнтів групи впливу з метою покращення психоемоційного стану та підвищення здоров'язберігаючої поведінки.

Психодіагностичні методики використано на різних етапах дослідження: П'ятифакторний опитувальник особистості «Велика п'ятірка» (BFI 44), Big five Inventory; методика Діагностики копінг-стратегій Е. Хейма (BEFO); шкали реактивної і особистісної тривожності тесту Спілбергера–Ханіна (STAI); методика Толерантність до невизначеності С. Баднера (TAS); Опитувальник страху рецидиву раку (FCRI); авторська Анкета учасника дослідження для збору індивідуальних біомедичних та соціально-демографічних відомостей учасниць; авторський Опитувальник медіавпливу для виявлення реакцій онкопацієнтів на медіаконтент та його впливу на формування страху.

Для дослідження медіапростору було використано також контент-аналіз та змістовний аналіз медіапростору: відеозаписи, сайти, повідомлення в соціальних мережах тощо.

Організація дослідження. Дослідження було організовано у **чотири етапи:**

На першому етапі (2020–2021 рр.) – організаційно-прогностичному – вивчено стан проблеми та її відображення у вітчизняній та іноземній науковій літературі і практиці, розроблено вихідні положення майбутнього дослідження.

Протягом другого етапу (2021–2022 рр.) – змістовно-процесуального – сформовано понятійний апарат дослідження, визначено методологічні засади;

проведена адаптація та валідація Опитувальника страху рецидиву раку (англ. Fear of Cancer Recurrence Inventory, FCRI); створена Анкета учасника дослідження для збору демографічно-соціальних та медичних даних; було сформовано та апробовано комплекс методик для визначення індивідуально-психологічних чинників, що впливають на рівень страху рецидиву раку.

Третій етап дослідження (2022–2023 рр.) – аналітично-конкретизуючий – містив проведення констатувального експерименту; впровадження формувального етапу експерименту (психоедукація за допомогою медіапростору та проведення груп психологічного втручання); опрацювання та статистичну обробку результатів.

На четвертому етапі (2023–2024 рр.) – узагальнювальному – здійснена систематизація та узагальнення результатів і матеріалів дослідження, якісна інтерпретація отриманих даних, їх теоретичне обґрунтування, упровадження та формулювання висновків, проведена розробка методичних рекомендацій.

Експериментальна база дослідження. Емпіричне дослідження проведено у період з грудня 2021 року по квітень 2023 року на базі груп взаємопідтримки онкопацієнтів та членів їх родин через Інтернет у соціальній мережі Facebook та Instagram. Усього було задіяно 201 особу ($n = 201$), більшість – на етапі валідації опитувальника страху рецидиву раку. На констатувальному етапі через мережу Інтернет у соціальних мережах взаємопідтримки онкопацієнтів було опитано 111 респонденток ($n = 111$), які пройшли лікування раку (від стадії I до IV) від 6 місяців до 20 років тому; під час дослідження перебували в ремісії (не хворіли); були віком від 18 років (наймолодшій учасниці 23 роки, найстаршій 75 років); і дали інформовану згоду. Онкопацієнтки з депресією або психозом були виключені (2 особи), так само як і ті, в кого під час участі в дослідженні було виявлено рецидив (5 осіб).

З 78 особами, обраними довільно, було проведено клінічне інтерв'ю з використанням медіа (у відеоконференціях Вайбер, Телеграм, Скайп та Гугл-Міет). Тож на формувальному етапі брала участь 81 особа ($n = 81$): 40 осіб в експериментальній групі (група впливу) займалися за розробленою методикою

медіа-психологічної реабілітації ConquerFear-UA (у онлайн-конференції Zoom), водночас 41 особа увійшла до контрольної групи, яка двічі з перервою в 2,5 місяці заповнила онлайн-опитувальники FCRI та Спілбергера–Ханіна без будь-якого психологічного впливу. 363 особи отримали психоедукацію за допомогою створеного медіаресурсу із визначеної теми (n = 363) шляхом самостійного перегляду контенту (онлайн-сторінка соціальної мережі Facebook).

Наукова новизна та теоретичне значення дослідження полягає в тому, що *вперше*:

- обґрунтовано поняття «страх рецидиву раку» та «медіа-психологічна реабілітація»;

- створено концептуальну модель страху рецидиву раку, яка описує розвиток дисфункційного рівня страху, та основні чинники змін його перебігу (корекції), а також опосередкований вплив суспільної кризи на всі його компоненти;

- вивчено та класифіковано інформацію медіаресурсів, які потенційно призводять до підвищення рівня страху рецидиву раку або надмірно ризикованої поведінки онкопацієнтів.

Дослідженням *доведена істинність висунутої гіпотези* щодо того, що на виникнення підвищеного та високого рівня страху рецидиву раку впливають і індивідуально-психологічні чинники, і неадекватна інформація медіапростору.

Поглиблено й уточнено:

- теоретичний аналіз сутності медіа-психологічної реабілітації та вплив медіа на страх повторення травмівних подій;

- наукові уявлення щодо особливостей впливу біопсихосоціальних чинників на перебіг страху рецидиву раку в жінок у ремісії.

Набули подальшого розвитку:

- система знань про життєвий шлях особистості після досвіду травмівних подій на прикладі подолання онкологічної хвороби;

- дослідження впливу тривожності, толерантності до невизначеності та психологічної життєстійкості особистості, а також притаманних їй копінг-

стратегій в умовах суспільної кризи на подальше психологічне благополуччя;

- принципи формування здоров'язберігаючої поведінки.

Практичне значення дослідження полягає в тому, що вперше:

- запроваджено методику оцінки рівня страху рецидиву раку для онкопацієнтів у ремісії, а саме адаптовано та валідовано українську версію Опитувальника страху рецидиву раку, FCRI та його скринінгову коротку версію, FCRI-SF;

- проведено дослідження страху рецидиву раку в українських онкопацієнтів у ремісії та визначено порогові значення для рівнів такого страху: низький (або функціональний), підвищений та високий (або дисфункційний);

- виявлено вплив індивідуально-особистісних чинників, таких як рівень тривожності, інтолерантність до невизначеності та притаманні особистості копінг-стратегії на виникнення дисфункційних рівнів страху рецидиву раку;

- обґрунтовано, розроблено, апробовано та впроваджено програму медіа-психологічної реабілітації онкопацієнтів.

Адаптований Опитувальник страху рецидиву раку (42 питання), FCRI, може бути використаний психологами для визначення рівня страху рецидиву раку, а його коротка версія (9 питань) FCRI-SF – як простий та надійний засіб скринінгу для швидкого визначення тих онкопацієнтів, хто першочергово потребує психологічної допомоги. Розроблена програма медіа-психологічної реабілітації жінок зі страхом повторення травмивних подій, ConquerFear-UA, яка використовує інноваційні медіазасоби психологічного впливу, та методичні рекомендації будуть ефективними для використання психологами в роботі з онкопацієнтами на етапі ремісії.

Надійність і вірогідність результатів дослідження забезпечено поглибленим аналізом теоретичних витоків досліджуваної проблеми; систематизованою реалізацією обраних теоретичних положень для реалізації завдань емпіричного дослідження; комплексним застосуванням методів і психодіагностичних методик, що відповідають об'єкту, предмету, меті та завданням дослідження; проведенням експериментального етапу роботи з

дотриманням вимог валідності та надійності, забезпеченням репрезентативного обсягу вибірки; поєднанням якісного і кількісного аналізу емпіричних даних; адекватним використанням методів математичної статистики для обробки отриманих даних.

Апробація та впровадження результатів дослідження. Основні теоретичні та практичні положення обговорено та схвалено на міжнародних науково-практичних конференціях: VI міжнародній науково-практичній конференції «Science and education: problems, prospects and innovations» (Киото, Японія, 3-5 березня 2021 року); I International Scientific and Theoretical Conference (Tel-Aviv, State of Israel, 26 листопада 2021 року); VI Міжнародній науково-практичній конференції молодих вчених, аспірантів та студентів «Соціально-психологічні технології розвитку особистості» (м. Херсон, 21 квітня 2021 року); I Міжнародній науково-практичній конференції «Психологічне здоров'я особистості в контексті процесів глобалізації: методологія дослідження, реалії та перспективи», Київський національний університет імені Т. Шевченка (м. Київ, 04 листопада 2022 року); Міжнародній науково-практичній конференції з нагоди 25-річчя кафедри психології розвитку та консультування Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка "Аксіопсихологічні вектори розвитку сучасної освіти" в роботі секції 3: Моральна та соціально-психологічна підтримка учасників освітнього процесу в умовах війни (м. Тернопіль, 19–20 жовтня 2023 року); Міжнародній науково-практичній конференції "Наука та освіта в умовах викликів сьогодення" (м. Чернігів, 16 грудня 2023 року); XII Міжнародній науково-практичній конференції «Сучасні проблеми науки, освіти та суспільства» (м. Київ, 5–7 лютого 2024 року); Міжнародній конференції Horizons of Innovation: Conference on Multidisciplinary Trends in Science 2024 (Польща, 28 лютого 2024 року); II Міжнародній науково-практичній конференції «Психологічне здоров'я особистості в контексті процесів глобалізації: методологія дослідження, реалії та перспективи» КНУ імені Тараса Шевченка (м. Київ, 29 березня 2024 року); XXIV Міжнародній науково-практичній конференції здобувачів вищої освіти і молодих

учених. «Політ. Сучасні проблеми науки», НАУ (м. Київ, 2–5 квітня 2024 року). Також на всеукраїнських конференціях: на засіданні міждисциплінарного круглого столу, присвяченого 95-річчю видатного українського психолога, фундатора вітчизняної історико-психологічної науки Володимира Роменця (м. Київ, 18 лютого 2021 року); X Всеукраїнській науково-практичній конференції молодих вчених (м. Київ, 24 листопада 2021 року); та IX Всеукраїнській науково-практичній конференції «Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя» (м. Суми, 22–23 лютого 2024 року).

Результати теоретичного та емпіричного дослідження впроваджено в практику роботи психологів ГО «Українська психо-онкологічна асоціація», УПОА (довідка № 01/03 від 19.03.2024), в науково-освітній процес факультету психології КНУ імені Тараса Шевченка (довідка №016/20 від 28.03.2024), у практику роботи кафедри психосоматики та психології здоров'я факультету психології УДУ імені Михайла Драгоманова (довідка №_ від 10.05.2024), в освітньому процесі факультету психології Відкритого міжнародного університету розвитку людини «Україна» (довідка № 5784 від 14.03.2024), кафедри психології та соціальної роботи Академії праці, соціальних відносин і туризму (довідка № 17 від 03.04.2024). А також в межах медіазаходів: онлайн-групи підтримки «Подолати страхи» (14 серпня – 2 жовтня 2023 року); онлайн-групи підтримки «Подолати страхи» (25 вересня – 13 листопада 2023 року); онлайн-групи підтримки «Подолати страхи» (6 жовтня – 24 листопада 2023 року); онлайн-групи підтримки «Подолати страхи» (28 жовтня – 16 грудня 2023 року); онлайн-групи підтримки «Подолати страхи» (18 грудня 2023 р. – 5 лютого 2024 р.); Всеукраїнського клінічно-практичного симпозиуму «Виклики психіатристам у процесі роботи з онкохворими» 20 квітня 2024 року.

Публікації. Основні результати дослідження за темою дисертації опубліковано у 22 наукових працях, із них 4 наукових статті – у наукових фахових виданнях, затверджених МОН України, 2 статті – у міжнародних фахових виданнях, 1 стаття у виданні, що індексується науковою базою Scopus, 2 розділи колективних монографій, 13 публікацій – у матеріалах науково-практичних

конференцій.

Структура та обсяг дисертації зумовлені логікою дослідження та складаються зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (243 публікації, з яких 122 англійською мовою) та 15 додатків. Загальний обсяг дисертації становить 296 сторінок, основний зміст роботи викладено на 204 сторінках. Матеріали роботи проілюстровано 45 таблицями і 34 рисунками.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ МЕДІА- ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ СТРАХУ ПОВТОРЕННЯ ТРАВМІВНИХ ПОДІЙ

У першому розділі подано узагальнені результати теоретичного аналізу понять «суспільна криза», «стрес соціальних змін», «кризовий стан», «психологічна реабілітація», «медіавплив» та «здоров'язберігаюча компетентність» у психологічній та педагогічній науці, викладено погляди зарубіжних і вітчизняних учених; сформовано визначення понять «страх повторення травмівних подій», «страх рецидиву раку», «міфи про рак» та «медіа-психологічна реабілітація»; розглянуто теоретичні конструкти виникнення, перебігу та корекції страху рецидиву раку в онкопацієнтів у ремісії, описано особливості проведення психологічної реабілітації страху рецидиву раку в онкопацієнток та встановлено чинники впливу на рівень страху рецидиву у жінок, докладно розглянуто вплив медіачинників.

1.1. Теоретичний аналіз сутності психологічної реабілітації в умовах суспільної кризи

Двадцять перше століття не стало винятком з історії людства і наповнено суспільними кризами не менше, а можливо, навіть більше, ніж попередні століття. За останні роки людство зіткнулося з повністю новим викликом, спричиненим наслідками пандемії, яка примусила весь світ діяти злагоджено та провести безпрецедентні заходи заради свого виживання. В Україні пандемія Covid-19 також призвела до суттєвих системних змін у житті та добробуті широких верств населення та активувала багато психологічних проблем різного рівня. Після 24 лютого 2022 року українці зіткнулися з надзвичайними випробуваннями через повномасштабне вторгнення, активні військові дії по всій країні, вимушене переміщення великих мас населення та супутні політичні та економічні кризи.

Розглянемо теоретичне підґрунтя розуміння суспільної кризи, її

психосоціальних наслідків для особистості та принципів психологічного впливу на них. Дослідження А. Коваленко та К. Безверхої свідчать, що українці сприймали стан суспільства як кризовий ще задовго до початку пандемії та повномасштабного вторгнення, це підтверджувалося виявленими ознаками кризи в економічній, політичній та соціальній сферах [33]. О. Лозова стверджує, що наразі людство переживає період трансформації, за якого радикально змінюються способи життя, комунікація та соціальний устрій взаємодії людей, що сприймається як криза [49].

В енциклопедії сучасної України подано визначення суспільної кризи як порушення нормальної взаємодії між членами суспільства, його групами та соціальними інститутами, порушення зазвичай несподіваного, що призводить до соціальних суперечностей. Визначаються прояви суспільної кризи у вигляді руйнації звичних соціальних зв'язків і правил взаємодії у соціумі; зростанні інтенсивності та кількості конфліктних ситуацій між членами суспільства; підвищенні невизначеності [23].

Україна не є країною зі стабільною економікою, в її політичному просторі постійно відбуваються кризи, які також мають суспільні зміни і наслідки, що можуть бути доволі травмівними і суттєво впливати на психоемоційний стан українців. Н. Шевченко поділяє кризові ситуації на три групи: 1) *криза у великих групах (соціумі, громадських системах), спричинена, як правило, політичними, ідеологічними, економічними, національними (расовими, етнічними) та військовими конфліктами – суспільна криза*; 2) криза у малих соціальних групах/системах (наприклад, сімейні кризи, кризи в колективах); 3) кризи особистості [119]. Нас цікавлять психотравмівні наслідки суспільної кризи на психоемоційний стан особистості, яка переживає цю суспільну кризу.

О. Блинова виокремлює такі особливості сприймання людиною психологічних проблем в умовах суспільної кризи: почуття розгубленості та зростання тривоги; відчуття відсутності контролю; сприймання механізмів соціальної взаємодії як неефективних; почуття негативізму до будь-яких змін; відсутність можливості прогнозувати майбутнє через невизначеність ситуації;

стан когнітивного дисонансу через постійну невідповідність уявлень і очікувань; депресивний настрій через невдалі спроби переосмислення кризової ситуації [9].

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) вирізняла в окремий таксон «стрес соціальних змін» з огляду його впливу на психічне здоров'я та психологічне благополуччя населення. Соціальна криза викликає дистрес, пов'язаний з радикальними і великомасштабними змінами в суспільстві, здатними спричинити дезадаптацію в окремих людей, певних соціальних груп і навіть «соціальну дезорганізацію» суспільства загалом. Психічна дезадаптація, що настає в результаті пережитого стресу соціальних змін, на психологічному рівні може виявлятися втратою перспективи власного майбутнього, усвідомленням беспорядності, ізольованістю життя, почуттям соціальної відкинутості. Спричинена соціальним тиском психічна дезадаптація може супроводжуватися кризовим станом, кризою ідентичності [76].

У термінологічному словнику подано визначення психологічного «кризового стану» людини внаслідок різкої зміни в житті або зміни внутрішньо особистісної картини світу через суб'єктивно значиму й тяжку психічну травму (психотравму), яку вона переживає раптово (або перебуває під загрозою виникнення такої ситуації). Цей психічний стан в кризовій ситуації життя супроводжується почуттям інтенсивної (або змінної) тривоги та занепокоєння; переживаннями власної неспроможності та беспорядності; постійним обдумуванням ситуації, яка психічно травмує, через що знижується ефективність та можливість планувати дії; песимістичною оцінкою теперішнього та майбутнього життя, низькою самооцінкою [22].

У вітчизняних та іноземних дослідженнях проблеми кризових ситуацій життя зустрічається різна термінологія. Наприклад, за Е. Еріксоном, кризова ситуація або подія життя є поворотним етапом життєвого шляху, що для особистості сприймається як «криза ідентичності» [146]. В інших теоріях споріднені поняття визначають як «пробуджуюча подія» (за І. Яалом) [239], «життєві випробування» (у В. Франкла) [151], «кризові стани» (за Л. Сохань) [93], «психотравмуюча ситуація» (за Т. Кириленко) [29], «життєва криза»,

переломний момент, що супроводжується зміною життєвих ролей (за П. Горностаєм) [18], «життєва криза» (за Т. Титаренко) [99], «екстремальні ситуації» (за О. Буковською та О. Гірченко) [11] тощо.

Для кожної особистості інтенсивність сприйняття соціальних криз, несприятливих подій та їх факторів індивідуальна. Згідно з теорією Г. Костюка, природа людської психіки є біосоціальною, а найважливішим є процес «саморуху» від нижчих до вищих рівнів розвитку психіки, враховуючи розуміння детермінізму та спонтанності. Причому він оцінює внутрішні протиріччя, що виникають у кризові моменти в житті особистості, як джерело саморозвитку, який пришвидшує процес саморуху (розвитку) [38].

За П. Горностаєм, «життєва криза» – це внутрішній конфлікт життєвих ролей, коли необхідність зміни ролей нагтовхується на труднощі переломних моментів життя людини. Цю межу між старим і новим досвідом, якісний перехід з одного стану до іншого людина інколи не здатна подолати сама через неспроможність відмовитися від старої ролі, що втратила своє функційне значення. Інколи людина не може прийняти свою нову роль, наприклад, роль «хронічно хворого», важко переживає зміни життєвих ролей у переломний момент, і це супроводжується життєвою кризою [17].

Е. Еріксон досліджував ветеранів Другої світової війни і спочатку вживав термін «криза ідентичності» щодо їх досвіду. Однак пізніше він дійшов висновку, що криза ідентичності – це частина нормального розвитку особистості. Він спостерігав подібну кризу ідентичності в людей, які не були на війні, але через драматичні зміни в житті втратили життєві орієнтири. Еріксон припустив, що повторення кризи здатні викликати події або кризові ситуації, у яких людина має раптово змінювати свої плани на майбутнє. Наприклад, унаслідок несподіваної тяжкої хвороби людина знову відчуває відлуння тих криз ідентичності, з якими ніби вже впоралася [146].

Наслідками кризових станів, що слідують один за одним і перевищують ресурс життєстійкості особистості, стає дистрес, який призводить до психічного виснаження. Одне нещодавнє дослідження визначило, що більшість українців

через тривалу кризу воєнного часу в Україні є психічно травмованими та виснаженими. Зазначено, що 45% українців мають депресивні тенденції, а 86% проявили ознаки посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [44]. Інше дослідження доводить, що на глибину посттравматичних проблем впливає наявність попередніх психологічних травм [32]. У проведеному в 2023 році опитуванні виявлено, що в умовах пролонгованої суспільної кризи, спричиненої війною, відчуття страху час від часу мають 51,7% українців, а періодично – 25,8%, постійно відчувають страх 7% опитуваних [97]. Тож можна зробити висновок, що під час суспільної кризи рівень страху в людей підвищується.

О. Ткачишина зазначає, що в кризових умовах втрачають значення норми і зразки, які були орієнтирами раніше, що викликає підвищення тривожності через втрату попередніх цінностей і сенсів, та постійне відчуття загрози [102]. Ситуація суспільної кризи набуває статусу травмівної події для певної особистості, коли індивідуальні ресурси цієї особистості менші за зусилля, необхідні для опанування наслідків кризи. Однак на противагу ПТСР існує можливість посттравматичного розвитку особистості. За О. Сандалом, ресурси для інтеграції травмівної події в цілісний життєвий досвід походять з індивідуальних емоційних чинників особистості [92]. У разі відсутності таких індивідуальних ресурсів особистості потрібна психологічна допомога, інакше вона може отримати психотравму [87].

Стресором, який може спричинити психотравму, доволі часто є травмівна подія. У методичному посібнику з психологічної допомоги постраждалим внаслідок кризових подій наведено визначення травмівної події як інтенсивної та раптової події, яка надає людині кардинально нову інформацію про себе і світ, через що необхідно змінити базові переконання та уявлення за короткий проміжок часу. Така подія характеризується руйнівною силою, часто пов'язана із загрозою власної смерті або смертю близьких/знайомих, фактом насильницьких дій (зокрема й сексуальних) чи тяжкого тілесного ушкодження [86].

Підручник з основ реабілітаційної психології за ред. Н. Пророк визначає психотравму як будь-яку особисто значущу ситуацію або подію, що завдає

негативного психоемоційного впливу на психіку людини і може за умови недостатніх захисних механізмів зумовити психічні розлади. Водночас психотравма як стан (або процес) є суб'єктивним переживанням невідповідності загрози від травмивної події та власними можливостями впоратися з ними [74].

Розглянемо, які наслідки для психоемоційного стану особистості має травмивна подія. Т. Ларіна свідчить, що травмивна подія руйнує усталений ритм життя, знижує життєстійкість, робить людину більш уразливою, надає відчуття беззахисності, призводить до зниження працездатності та завдає шкоди психологічному добробуту. Її негативні наслідки містять невизначеність та страх майбутнього, нестерпні і болісні переживання, розгубленість, втрату емоційної рівноваги. Успішне відновлення особистості після переживання травмивної події залежить від власних відновлюваних ресурсів. Специфіка полягає в тому, що людина не завжди усвідомлює їх наявність [42].

Найбільшою проблемою для особистості, яка пережила травмивні події, є страх їх повторення. Оскільки людина вже розуміє, з якими важкими випробуваннями вона зіткнеться, і має певні побоювання щодо того, чи вистачить їй сил та ресурсів протистояти травмі наступного разу, страх повторення травмивних подій уособлює в собі все найнеприємніше, з чим довелося мати справу в минулому. Цей страх суттєво погіршує повернення до повноцінного життя, навіть якщо в цей момент особистість не стикається з наслідками травми, однак вона продовжує перебувати під впливом минулого. Розглянемо явище страху докладніше.

Страх – це психічний стан, направлений на джерело загрози (реальної або уявної), що супроводжується вираженою зміною психічних процесів, аж до проявів астенії та психічних розладів. Це явище завжди перебувало у фокусі уваги досліджень, наприклад, у словнику 1982 року подано таке визначення: «Страх – це психоемоційна реакція людини на небезпеку, справжню чи мниму. ... Емоції страху викликають як умовні рефлекси, так і механізми захисту та саморегуляції. Страх характеризується тривогою та нервуванням, спробами вийти з ситуації, що лякає, депресивним настроєм» [86; с. 184–185].

У словнику 2010 року подано таке визначення: «Страх виникає в ситуаціях загрози існуванню (у людей також соціальному стану), ця емоція спрямована на джерело дійсної або уявної небезпеки, а отже може виникати при передбаченні страждань. Інтенсивність страху має широкий спектр відчуттів, від побоювання, через страх, далі переляк, аж до жаху, що паралізує. У випадку, коли страх досягає сили жаху чи паніки (афективний стан), він викликає захисні механізми подолання або стереотипічні реакції» [23, с. 126].

Отже, у страху є рівень сили афекту, коли він починає заважати нормальному функціонуванню. Будемо називати цей страх дисфункційним. У випадках, коли наслідки травмівних подій призводять до виникнення дисфункційних страхів, які заважають нормальному функціонуванню особистості та призводять до суттєвого погіршення психоемоційного стану аж до клінічних рівнів, є доцільною психологічна допомога. Якщо в людини рівень страху заважає нормальному функціонуванню, цей страх дисфункційний і є доцільним застосування реабілітаційних заходів.

ВООЗ визначає, що реабілітація є сукупністю заходів, що мають на меті забезпечити якісне пристосування до змінених умов життя тим, хто мав втрату або порушення функцій в результаті хвороб, травм або вроджених особливих потреб [76]. Термін *реабілітація* походить від латинського «відновлення здатності», тобто відновлення здатності протистояти викликам життя. Зазвичай реабілітація є комплексом заходів для відновлення чи компенсації повністю або частково втрачених особистістю функцій через травмівні події (соціальні зміни, втрату близьких, роботи, житла, здоров'я тощо), через втрати і тяжкі переживання таких втрат.

Можна визначити психологічну реабілітацію як систему заходів, спрямованих на відновлення або корекцію психологічних функцій та властивостей особистості, які були порушені внаслідок травмівної події. Вона передбачає створення сприятливих умов для посттравматичного розвитку, прагнення до відновлення повноцінного функціонування, при цьому основним засобом є активізація власної життєстійкості людини, а психолог допомагає

особистості усвідомити власні цінності, подолати почуття безпорадності, поставити нові цілі та опанувати нові стратегії подолання. Теоретичною основою дослідження впливу травмівних подій обрано біопсихосоціальну модель, яка враховує медичні, психологічні та соціальні методи впливу.

Українські науковці доволі часто розглядають завдання психологічної реабілітації постраждалих осіб у своїх роботах, зокрема й тих, хто постраждав внаслідок військових травмівних подій, як-от вимушених переселенців та військових. Я. Каплуненко наводить статистичні дані, які вказують, що один із дев'яти жителів регіонів, які серйозно зачепила війна в Україні, страждає на психічні розлади – від помірних до значних. Він визначає психологічну реабілітацію як систему заходів для відновлення, корекції або компенсації психічних функцій особистості та вважає, що реабілітації потребують особи, які зазнали психологічної травми або перенесли поранення чи захворювання [28].

О. Любчук з колегами свідчить, що психологічна реабілітація спрямована на відновлення захисних ресурсів особистості, зміну свідомості щодо уявлень про безпорадність на впевненість та бажання активно діяти, знаходження енергії та мотивації для подолання психологічних комплексів та покращення самооцінки, зниження тривоги та страху [52].

Соціально-психологічна реабілітація є комплексом заходів, спрямованих на допомогу особам, що постраждали внаслідок травмівних подій, відновлення психічного стану та соціального статусу. Актуальним завданням психологічної реабілітації в умовах суспільної кризи є підвищення життєвої активності особистості, розвиток її адаптивних можливостей, збільшення стійкості до випробувань життя та зовнішніх впливів (зокрема й медіавплив) [23].

Психологічну реабілітацію в особистісному контексті досліджувала низка українських учених. Т. Титаренко вказує, що неможливо засобами реабілітації повернути особистість до попереднього життя, яке вона вела до травмівної події. Натомість необхідно зосередитися на змінах ціннісних орієнтацій, характеру діяльності, активізації здатності перепроєктування свого життя та формування нових цілей в усіх сферах. Психологічна допомога особистості має відновити

бажання самоактуалізації, зміцнити толерантність до невизначеності, підвищити стійкість. Вона також зазначає, що формою психологічної реабілітації може бути колективна комунікація, наприклад, щотижнева групова робота або тематичні кількогадинні сесії [100]. Доцільно зосередитися саме на груповій роботі.

О. Любчук з колегами також наголошує на перевагах групової форми психореабілітації і вказує, що вона найбільш доцільна при вирішенні проблем міжособистісного характеру, коли зміст психокорекційної роботи вимагає навчання та інформування (психоедукації), що поєднані з соціальною підтримкою. «У груповому форматі відбувається апробація набутих навичок спілкування, відпрацьовуються альтернативні форми поведінки та соціальної взаємодії. До того ж зворотний зв'язок у групі є більш вираженим» [52; с. 61].

Ми проаналізували рекомендації українських науковців щодо проведення психологічної реабілітації в умовах суспільної кризи. Так, О. Буковська та О. Гірченко вважають головним завданням психологічної реабілітації інтеграцію травмівної події в життєвий досвід особистості, зменшення розриву на «до» та «після», побудову перспективи на майбутнє, відновлення можливості активно справлятися з повсякденними справами [11]. В. Лефтеров та О. Самара основними методами психологічної реабілітації вважають оновлення самоідентифікації та самооцінки через збільшення комунікативних середовищ взаємодії з іншими, знаходження нових важливих сенсів, пошук найкращого життєвого шляху при дилемі вибору [43].

Г. Мозгова та І. Візнюк указують, що психологічна реабілітація має бути спрямована на посилення психологічного ресурсу особистості, тому повинна містити комплекс заходів з підвищення рівня когнітивного, емоційного й поведінкового інтелекту та відновлення здатності до базового пізнання. Психокорекційна програма реабілітації, наведена в їх дослідженні, містить комплекс вправ, спрямованих на розвиток самопізнання та самоактуалізації, покращення здатності до рефлексії, підвищення психогігієни. Вони використовують у психологічній реабілітації прийоми нормалізації психоемоційного стану через тілесні вправи, релаксаційні техніки,

саморегуляцію через дихальні вправи. Посттравматичний розвиток особистості в межах цієї психокорекційної програми передбачає підвищення самооцінки, вивчення нових способів виявів емоцій та опору на наявні ресурси особистості [61].

Гармонійна особистість, яка прагне до самоактуалізації, за А. Маслоу, має широкий набір психологічних адаптивних механізмів (копінг-стратегій) і використовує їх більш конгруентно, відповідно до вимог реальних ситуацій, ніж особистість, яка є ригідною у використанні обмеженого набору захисних механізмів [195]. Тож питання розвитку особистості, зокрема посттравматичного розвитку, є однією з центральних тем психологічної допомоги.

І. Черезова вважає, що в умовах травмивної події людина використовує набір індивідуальних форм протидії небезпеці – копінг-стратегії подолання, що розгортаються зазвичай в площині «конфронтація-уникнення», оскільки в умовах інтенсивної психологічної залученості психічне і фізичне самопочуття залежить від швидкості вибору реакції [112]. Т. Ларіна наголошує на актуалізації реабілітаційного потенціалу конкретної людини, а саме відновлення ресурсів життєздатності особистості, яка переживає наслідки травмивних подій [42].

Ще одним важливим компонентом психологічної реабілітації особистості є формування або відновлення її здоров'язберігаючої поведінки, оскільки значним наслідком травмивних подій доволі часто стає нехтування власним здоров'ям, а інколи навіть саморуйнівна поведінка. Так К. Мілютіна зазначає, що втрата сенсу життя та криза нереалізованих можливостей сприяють появі аномії, а вона не дає людині можливості для пошуку більш адаптивного варіанту життєвої стратегії, при чому особистість може віддати перевагу дезадаптивним елементам – руйнівній або саморуйнівній поведінці, яка зумовлена прагненням до смерті [59]. Для протидії цьому необхідно розвинути в особистості основи здоров'язберігаючої компетенції шляхом відповідної психоедукації та психокорекції. Н. Афанасьєва вказує, що для психокорекції аутодеструкцій є важливими гармонізація взаємин з оточуючими, формування комунікативної компетентності, подолання внутрішньої кризи, оволодіння навичками

саморегуляції, оптимізація смисложиттєвих орієнтацій, формування поваги до власного життя та турботи про власне здоров'я [1].

Г. Чепурко та А. Соболев відносять до психосоціальних компетенцій здоров'язберігаючої поведінки достатньо високу самооцінку та рівень емпатії, стресостійкість, розвинуту критичність і творчість мислення, вміння протистояти негативним соціальним та медіавпливам тощо. Серед спеціальних компетенцій вони виділяють знання основ раціонального харчування, наявність складової фізичного розвитку, пропорційне розмежування навантажень і відпочинку, медико-гігієнічні знання тощо. До складу життєвих навичок вони зараховують вміння аналізувати проблеми та приймати адекватні зважені рішення, а також комунікативні навички [111].

Отже, здоров'язберігаюча компетентність – це достатній рівень науково-обґрунтованих знань особистості щодо норм здорового способу життя, основ раціонального харчування, медико-гігієнічних знань, на основі яких досягається збільшення проявів свідомої відповідальної поведінки щодо свого здоров'я, запровадження достатнього рівня фізичних навантажень, пропорційного розмежування навантажень і відпочинку, а також підсилення імунітету до негативного впливу медіапростору, яке проявляється у зменшенні вибору ризикованих форм поведінки, незважаючи на навіювання. Формування здоров'язберігаючої компетенції спрямовано на всебічний розвиток особистості та психокорекцію проявів небезпечної поведінки щодо свого здоров'я.

Необхідно зазначити, що в умовах суспільної кризи потреба в психологічній допомозі суттєво зростає, а можливість отримати її безпосередньо знижується, особливо через нестабільність роботи соціальних інститутів, роз'єднаність, відсутність достатньої кількості психологів у місцях, найбільш постраждалих від соціальних криз. Тож на перший план виходить можливість психологічної допомоги з використанням медіа.

До подолання травмівних впливів кризових подій засобами медіа належить: організація та ведення онлайн психологічних груп підтримки для осіб, які мають схожий досвід, з використанням різноформатного медіаконтенту;

проти дія негативному медіавпливу; застосування психоедукації за допомогою навчальних медіаресурсів або з використанням засобів медіа; покращення психоемоційного стану через створення власного медіаконтенту.

Повномасштабна війна та постійна прихована загроза життю впливають на суспільство негативно, а супутні соціальна, фізична та інформаційна депривації призводять до зростання ролі медіапростору в протидії цьому. Л. Никоненко вказує, що наявна наразі гіперсоціалізація за допомогою засобів медіа, на противагу зменшенню соціалізації звичайної, може мати певні ризики для психологічного благополуччя через ускладнення критичного аналізу медіаконтенту в разі надмірного його використання та формування медіазалежності в широких верств населення. Усе це полегшує медіавплив для маніпулювання суспільством (особливо інформаційні вкиди у форматі післяправди) та спричиняє розповсюдження панічних настроїв у значній кількості осіб [71].

Водночас О. Матвієнко з колегами зазначає, що позитивний вплив медіапростору полягає у швидкому розповсюдженні інформації, що створює основу для просвітництва та психоедукації, підвищує рівень обізнаності населення та полегшує розвиток культури [54]. Т. Пономаренко вважає, що в період надзвичайних ситуацій психологи в медіапросторі публікують дописи, короткі відео та інший медіаконтент, які допомагають знизити паніку серед населення через медіапросвіту, повертають людей до реальності, поширюють критичність ставлення до подій. У публікаціях засобами медіа психолог має формувати та розвивати конкретні знання, уміння і навички, які потрібні людям, та пояснювати, як краще діяти в кризових ситуаціях людям, які раніше ніколи з такими випробуваннями не стикалися, використовувати елементи психопрофілактики для зниження негативного впливу суспільної кризи на психологічний добробут населення [81].

Будемо вважати медіавпливом увесь інформаційний потік з медіапростору, який створює судження про перебіг описуваних подій та явищ, формує ставлення особистості до певної інформації та відповідні психоемоційні реакції, що мають

наслідками формування сприйняття та спонукання до реактивної поведінки. Як свідчить Н. Кутуза, медіавплив має психологічну складову, яка характеризує не лише навіювання ставлення до подій і явищ та подання шаблонів поведінки, а й обов'язкову наявність одночасно трьох факторів при сприйнятті: 1) когнітивного (пізнавального), 2) афективного (емоційного) і 3) конативного (поведінкового). При цьому когнітивний компонент залучає увагу, сприйняття, пам'ять, відчуття, уявлення, уяву й мислення для перероблення інформації, але провідним є емоційний фактор, який формує психологічний стан та спричиняє глибокий вплив на всю діяльність особистості [40].

Новою галуззю психологічного впливу є медіа-психологічна реабілітація, що проводить психологічну реабілітацію засобами медіа та використовує надбання та переваги медіапсихології, яка сприяє розповсюдженню психологічного знання в широку аудиторію. За Л. Найдьоновою, медіапсихологія займається психічними явищами, які зумовлюються взаємодією окремих осіб, груп та загальних мас у середовищі медіа і проявляються в особливостях поведінки як індивідуальної, так і групової (міжгрупової) [69].

Медіапсихологія наразі охоплює майже все наше життя, тож за її допомогою можливо запровадити психологічну допомогу в умовах суспільної кризи, коли можливість спілкування з психологом віч-на-віч [україн](#) обмежена. Цілеспрямоване застосування в реабілітації медіа-психологічних засобів – візуального медіаконтенту і психологічних технік, яких [навчають](#) учасників онлайн психологічних груп – призводить до активізації здатності життєтворення та втілення відповідальності за свої емоції, думки, поведінку, бажання знов стати автором свого життя, реалізовувати оновлені проєкти в особистісній, сімейній, професійній та суспільній сферах.

Важливою особливістю медіа-психологічного впливу є те, що медіаконтент запускає самоактуалізуючі процеси викликання, трансцендентності та мотивації. У процесі «викликання» медіаконтент зворушує людей, а потім викликає в них думки, що призводять до переосмислення травмивних подій. У процесі «трансцендентності» медіаконтент породжує обнадійливі почуття, а потім

викликає відчуття саморозширення. У процесі «мотивації» медіаконтент породжує почуття життєвої сили, а потім мотивує людей діяти як персонажі, наслідувати їх способи подолання більшою мірою, розширює Я-концепцію особистості. Усі три процеси разом можуть призвести до натхнення жити більш повноцінним життям. Наприклад, медіаконтент демонструє моральні чесноти людей, подолання труднощів через наполегливість і творчість, незважаючи на негаразди. Натхнення належить до ситуації, у якій особистість сприймає щось, що зазвичай виходить за межі її можливостей (тобто трансцендентність), через вплив ззовні (тобто викликання), і спонукається реалізувати те, що надихає (тобто мотивацію), наприклад, те, як трагічні персонажі відчувають зростання і трансформуються завдяки своїй завзятості, витривалості, зусиллям або іншим позитивним рисам [137]. Якщо медіа-психологічна реабілітація запустить усі ці три процеси, вони зможуть викликати важливі для особистості емоції, такі як зворушення, відчуття надії та відчуття життєвої сили. Так психоемоційний вплив на особистість приведе до підвищення її стійкості.

Н. Череповська та Н. Умеренкова свідчать, що медіа-психологічні засоби є не лише застосуванням медіаконтенту як дидактичного матеріалу, а й психологічним впливом від сприйняття медіаконтенту, тобто інструментарієм опрацювання. Відповідно медіа-психологічні засоби поділяють на два типи: 1) умовно-предметний, тобто чим здійснювати психологічний вплив; 2) процесуальний – яким способом реалізувати мету психологічного впливу [114].

Медіа-психологічна реабілітація має враховувати особистісні сенси, апелювати до життєвих цінностей та надавати психоедукаційну підтримку для посилення критичності мислення до медіаконтенту, з яким особистість стикається в медіапросторі. Також необхідним є навчання особистісній медіагігієні з метою зменшення травмивного впливу та обережність використання контенту, який може призвести до ретравматизації.

Заходами медіа-психологічної реабілітації можуть бути індивідуальні консультації, однак найкраще їх потенціал розкривається в груповому форматі. Залучення медіа-психологічних засобів посилює взаємодію в спеціалізованій

малій групі, що допомагає полегшити проживання життєвих криз кожному учаснику та дає можливість висловлюватися та ділитися непротими переживаннями опосередковано з використанням метафоричного та узагальненого контенту медіа. При цьому реакції інших учасників також виявляються не напряду, а з використанням медіа, що зменшує вірогідність зустрітись з негативним травмівним впливом та полегшує вивільнення почуттів [114].

У підсумку можна зазначити, що *медіа-психологічна реабілітація* – це комплекс психологічних заходів, спрямованих на відновлення, корекцію й компенсацію порушених психологічних функцій та станів особистості, що пережила травмівні події, допомога в розвитку її соціально-адаптивних можливостей та підвищення стійкості з використанням засобів медіа. В умовах суспільної кризи доцільно проводити її в форматі онлайн-груп.

1.2. Специфіка страху повторення травмівних подій на прикладі онкопацієнтів у ремісії

На основі розглянутих у попередньому розділі теоретичних конструктів можна сформулювати таке визначення: *«Страх повторення травмівних подій – це страх або занепокоєння особистості, що пережила травмівні події, знову зіткнутися з подібними подіями в майбутньому та побоювання, що наступного разу з небезпекою впоратися не вдасться, що призводить до формування в особистості когнітивних та поведінкових механізмів захисту, а емоційно до почуття розгубленості, невизначеностей цілей майбутнього, втрати рівноваги, нав'язливих думок».*

Розглядаючи явище страху повторення травмівних подій, необхідно виявити взаємозв'язок причин, що формують та підсилюють рівень цього страху, наслідки, які він має для функціонування особистості, та цілі психологічного впливу, на які доцільно спрямувати зусилля медіа-психологічної реабілітації.

Для конкретизації мети дослідження доцільно обрати окрему категорію

осіб, що мають певний страх повторення травмівних подій, дослідити біопсихосоціальні чинники, які впливають на зміни рівня страху, визначити засоби вимірювання цього страху, щоб надавати медіа-психологічну реабілітацію передусім тим, хто її потребує найбільше.

З огляду попередніх джерел відомо, що травмівною подією може бути будь-яка подія, пов'язана із загрозою життю і здоров'ю, наприклад, нещасний випадок, важка хвороба, сексуальне насильство, смерть близької людини, аварія, техногенна катастрофа, тілесне ушкодження, військові дії. Важливо обрати таку категорію осіб, що пережили травмівну подію у своєму житті, для яких умови її появи та виходу з неї є більш-менш однаковими, та розглянути, як виникає, розвивається та змінюється з часом їх страх повторення травмівних подій.

Нами обрана категорія осіб, які зіткнулися з онкологічною хворобою і в яких пристосування до суспільної кризи відбувається на тлі власної особистісної кризи, пов'язаної з виживанням, а саме власним онкозахворюванням і наступним тяжким та дороговартісним лікуванням, яке супроводжується підвищеною невизначеністю щодо його ефективності. Хоча існує багато різних типів раку, узагальнена назва «онкозахворювання» підкреслює певний загальний патерн психологічних реакцій.

Повідомлення про онкологічний діагноз для людини, яка з ним стикається, має всі ознаки травмівної події: раптовість та непередбачуваність виникнення, наявна загроза життю, порушення в самосприйнятті та ставленні до світу, втрата контролю над ситуацією та втрата впевненості в майбутньому. Для онкологічного захворювання характерні і специфічні ознаки, що доповнюють загальні: мультипатогенність захворювання, відрив від звичного середовища, етапи госпіталізації та оперативного втручання, які можуть інвалідизувати, стадійність перебігу психологічних реакцій на захворювання, тривалість лікування, яка призводить до зміни соціального статусу та економічного становища, та інші чинники.

Кількість онкопацієнтів збільшується в останні роки у світі та в Україні, за наявними статистичними даними майже кожен тридцятий дорослий українець

або українка стикалися з діагнозом рак; серед людей, старших 65 років, – це кожний п'ятий [89]. Згідно з відомостями Національного канцер-реєстру України за 2021 рік в Україні проживає майже 1 мільйон 200 тисяч онкопацієнтів, з яких кожен третій перебуває в ремісії більше року, а дехто навіть десятки років [13]. Статистично передбачається, що протягом життя кожний шостий чоловік і кожна п'ята жінка зіткнуться з власним онкодіагнозом, і при цьому щонайменше третина з них вийде в стійку ремісію. На тлі зростаючої кількості онкопацієнтів, що успішно долають рак, є важливою психологічна підтримка якості життя в ремісії онкозахворювання, причому найбільш відомою психологічною проблемою цього етапу є страх повторення травмивних подій, а саме страх рецидиву раку.

I. Мухаровська стверджує, що у формуванні психологічної реакції на власне онкозахворювання є актуалізація базового страху смерті та екзистенційних питань, таких як сенс життя, наявність вибору та межі контролю і відповідальності. Відбуваються суттєві зміни у функціонуванні, які пов'язані з фізичними (тілесними), психологічними та соціальними чинниками [67].

Як свідчить О. Байер, онкопацієнт може сприйняти захворювання як загрозу всій своїй сутності, оскільки рак означає більше, ніж «просто» хвороба: це сприймається як щось невиліковне, як «послання смерті» [2]. Навіть після того, як рак подоланий і людина одужала (прийнято визначати як «вийшла в ремісію», оскільки рак – це хронічна хвороба), психологічними наслідками пережитого часто залишається страх зіткнутися з цими випробуваннями знов.

Психологічні випробування на шляху лікування раку руйнують звичну систему цінностей особистості, змінюють копінг-стратегії та самосприйняття пацієнта, і, як зазначено в навчальному посібнику з психосоціальної допомоги в роботі з кризовою особистістю за редакцією Л. Вольнової, це ставить перед онкопацієнтом проблему адаптації до нових умов життя, що в разі перевищення наявних ресурсів особистості може призвести до того, що людині буде потрібна психологічна допомога [88]. Однак лише після досягнення ремісії можливо говорити про психологічну реабілітацію онкопацієнта, оскільки лише тоді

травмівна подія (онкозахворювання) залишається в минулому. Метою психологічної реабілітації онкопацієнтів є адаптація до життя в ремісії, поліпшення психоемоційного стану, планування майбутнього з огляду на наслідки хвороби, але життя якомога більш ціннісного та різноманітного [155].

Отже, конкретним прикладом страху повторення травмівних подій можна обрати страх рецидиву раку онкопацієнтів у ремісії, з огляду на поширеність випадків онкозахворювання, що робить його актуальним напрямком для нашого дослідження. Розглянемо специфіку страху повторення травмівних подій на прикладі страху рецидиву раку докладно.

Психологічна допомога онкопацієнтам широко розглянута і в іноземних (наприклад, [122; 154; 145; 153; 168; 183; 189; 230; 210]), і у вітчизняних джерелах (наприклад, [36; 50; 53; 62; 64; 65; 78; 108; 109]). Однак переживання та потреби пацієнтів на різних етапах боротьби з онкозахворюванням доволі відрізняються, тому психологічна допомога, що не враховує особистісний стан онкопацієнта та етап лікування, може не мати користі для нього.

Українські науковці зазвичай розглядають психологічні втручання при роботі з онкопацієнтами залежно від певного етапу лікування (наприклад, [10]). С. Лукомська виокремлює особливості психологічної допомоги на різних етапах лікування раку, серед яких: діагностичний, госпітальний, передопераційний, післяопераційний, післягоспітальний та катамнестичний. При цьому вона зазначає, що по завершенню лікування раку пацієнт стикається з кризою ідентичності переходу від людини «хворої на рак» до «людини із досвідом онкозахворювання», і це виявляється у відчутті безпорадності та страху майбутнього, а не в святкуванні завершення випробувань [50]. І. Мухаровська не ділить етап оперативного протипухлинного лікування на складові, однак додає етап хіміотерапії та променевої терапії, повторне лікування з приводу рецидиву, етап інвалідизації та паліатив [66].

О. Кирилова з колегами також виокремлюють завдання психологічної допомоги залежно від етапу лікування раку і додатково розділяють етапи хіміотерапевтичного лікування та амбулаторного [30]. У посібниках для

медичних психологів, наприклад, за редакцією Г. Пилягіної, наведені майже такі ж самі етапи: діагностичний, етап госпіталізації, оперативний етап, етап виписування зі стаціонару, етап проведення ад'ювантної терапії та етап прогресування онкозахворювання. Рекомендації щодо роботи для клінічних психологів наведено відповідно до психологічних проблем, з якими стикається онкопацієнт на кожному з цих етапів [56].

Варто зазначити, що для кожного онкопацієнта перебіг лікування є індивідуальним, тож порядок та кількість етапів значно варіюється в кожному окремому випадку. Однак є загальна схожість психологічних переживань, яка супроводжує всі стадії лікування раку.

За свідченнями науковців, переживання при повідомленні онкодіагнозу мають багато спільного в усіх онкопацієнтів, а при досягненні ремісії глибоко усвідомлюється та викликає серйозні переживання в онкопацієнтів те, що онкодіагноз та боротьба з хворобою призвели до втрат.

Для розуміння психологічних процесів, які відбуваються з особистістю на шляху пристосування до онкодіагнозу, багато психологів користуються моделлю Е. Кюблер-Росс, яка розроблена для психологічної роботи з пацієнтами на паліативному етапі захворювання в 1969 році [41]. Ця модель (заперечення – гнів – торг – депресія – прийняття) використовується й при психологічному супроводі горювання за померлими близькими. Проте наразі онкодіагноз вже давно не є синонімом смерті, актуальним є гасло «рак – не вирок», а тому модель Е. Кюблер-Росс більше шкодить, ніж допомагає онкопацієнтам.

В. Ворден запропонував у 1983 році Модель завдань горя, яку можна розглянути, якщо вважати рак втратою здоров'я і певних можливостей життя. В основі чотирьох етапів цієї моделі лежить «робота горя» за З. Фройдом [152]. Основні стадії моделі В. Вордена складають: 1) прийняття реальності втрат, пов'язаних з раком; 2) переживання болю горя і пристосування до життя з досвідом раку; 3) емоційне завершення попереднього життя; 4) побудова життя в нових вимірах і якості [238]. Однак ця модель є лінійною і послідовною, а тому погано співвідноситься зі складним і багатовимірним реальним світом людської

особистості.

Онкодіагноз може створити виклик цілісній концепції "Я" та "Світ", багато пацієнтів повідомляють про екзистенційну або духовну кризу. Тому важливо прояснювати роль сенсу та продовження життя в зменшенні психологічних переживань онкопацієнтів. Люди, які відчують більше сенсу в житті, мають вищий психологічний добробут, більш успішне налаштування, кращу якість життя та менший психологічний дистрес після діагностування в них раку, ніж онкопацієнти, які мало відчують сенс життя. Це підтверджено численними дослідженнями, наприклад, [191, 225].

Коли онкопацієнти діляться з оточенням своїми страхами щодо можливості рецидиву, зазвичай всі – від родини до друзів – поспішають заспокоїти людину, часто заборонами говорити про це, перешкоджаючи їй проживати своє занепокоєння природньо та змушуючи вдавати, ніби все добре [220]. Так само онкопацієнти в ремісії не говорять про своє занепокоєння сімейним лікарям чи онкологам, щоб їх не вважали невдячними, оскільки медики доклали стільки зусиль для їх лікування [162].

Однак відомі докази того, що проблема страху рецидиву раку є серйозною. Так, в одному якісному дослідженні з напівструктурованими інтерв'ю онкопацієнтів з рецидивами та без них було виявлено, що майбутні ризики та загрози рецидиву раку були центральними в їх картині майбутнього. Занепокоєння було пов'язане з ризиком рецидиву або розвитку інших видів раку, а також зі страхом щодо можливої ситуації, коли подальші варіанти лікування будуть недоступні. Попередній досвід затягування часу у встановленні діагнозу або призначенні лікування посилював страх. Зазвичай пацієнти розробляли захисні стратегії, щоб утриматися від думок, які лякають, прикладами таких стратегій були занурення в повсякденне життя, відволікання та зосередження на «дрібницях життя» [179].

Психологічна адаптація до такої травматичної події, як хвороба рак, – це здатність продовжувати повноцінно жити, незважаючи на хворобу, і послідовно приймати всі зміни, які вона вже спричинила або може привнести в життя. При

цьому тягар основного життєвого процесу не знімається з онкопацієнта, він намагається продовжувати виконувати **всі** свої соціальні ролі паралельно з лікуванням. Цей аспект не врахований у моделі Е. Кюблер-Росс (як і в інших лінійних моделях). Тому основою для психологічної роботи з онкопацієнтами, на наш погляд, має стати дуальна модель, яка враховує наявність процесу, орієнтованого на лікування (або опрацювання наслідків онкозахворювання), і процесу, орієнтованого на відновлення, продовження життя. Розглянемо відповідну модель.

Модель дуального процесу онкозахворювання. М. Стробе та Х. Шат в 2010 році розробили Модель дуального процесу (далі МДП), яка тепер є основою психотерапевтичної допомоги при горюванні (Рис. 1.1).



Рис. 1.1. Модель дуального процесу

МДП визначає два процеси при горюванні, а саме: категорію факторів стресу, які орієнтовані на горювання за втратою, і категорію, спрямовану на продовження життя. За МДП психологічне опрацювання втрати відбувається через регулювання переключення (коливання) між цими двома процесами, які спочатку визначають конфронтацію **й** уникнення, але з часом завдяки цим

коливанням особистість знаходить для себе прийнятний набір адаптивних копінг-стратегій [222].

На наш погляд, ця модель добре підходить для опису того, як онкопацієнт коливається між процесом, орієнтованим на лікування, і процесом, у якому продовжується повсякденне життя, поєднуючи в собі переживання надії та відчаю. Оскільки рак призводить до втрат, принаймні здоров'я, але частіше за все і певних можливостей життя, то існують переживання, орієнтовані на горювання.

Автори вказали, що між різними типами подій проведено паралелі з МДП у сферах втрати і відновлення, однак для використання цієї моделі до інших травмивних подій, таких як боротьба з хронічною хворобою, необхідно проводити емпіричне дослідження, чи буде ефективна подібна модель. Вони наголосили, що важливо адаптувати модель для інших ситуацій з урахуванням змін особистісного функціонування, можливостей, стосунків та усіх наявних викликів пристосування до нового життя [222].

Ураховуючи це, ми розробили аналогічну модель дуального процесу для онкозахворювання та пристосування до нього на різних етапах лікування, а також до переходу від лікування до життя в ремісії (Рис. 1.2). Численні обговорення і серед психологів, і з онкопацієнтами засвідчили доцільність її використання і не виявили заперечень, наприклад, [45].

Внутрішні переживання, які супроводжують процес прийняття онкодіагнозу, відображають зосередженість уваги на лікуванні, опанування почуттів, горювання за незворотними змінами життя та вторинними втратами, які є наслідками втрати здоров'я (процес, орієнтований на боротьбу з раком). Продовження життя та поступове його перепланування містить виконання повсякденних справ, перегляд своїх цінностей і цілей, переосмислення і відволікання, а також активну участь у змінах свого життя, і це є важливою частиною пристосування (процес, орієнтований на відновлення), частиною якого є формування адекватної здоров'язберігаючої поведінки.



Рис. 1.2. Модель дуального процесу в психоонкології

Обидва процеси можуть викликати стрес, страх і тривогу, відповідно онкопацієнти перебувають поперемінно то в тому, то в іншому процесі, протидіючи або уникаючи відповідних стресорів. Коливання між цих двох процесів є динамічним і непостійним, і саме воно визначає процес пристосування, при чому роздуми та переоцінка цінностей є важливими для обох процесів. Однак частіше за все відновлення ресурсів відбувається в процесі продовження життя і відновлення, в той час як процес боротьби з раком потребує значної кількості ресурсів і фізичних, і психологічних. Проте, якщо онкопацієнт буде намагатися постійно перебувати в процесі відновлення, це буде інконгруентно до реальності, оскільки процес лікування вимагає уваги та часу.

Ми плануємо використовувати цю модель при розробці програми психологічної реабілітації, оскільки так буде підсилено розуміння онкопацієнтами, що не все їх життя підвладне раку, є доволі значна частина, яка «вільна» від його деструктивного впливу, і саме цю частину доцільно використовувати для підвищення стійкості.

Розглянемо докладно особливості психологічного сприйняття страху

рецидиву раку онкопацієнтами в ремісії та вплив страху рецидиву раку на їх життя.

Сутність страху рецидиву раку. Багато онкопацієнтів на етапі ремісії відчують складні емоції, в основному негативні, оскільки лише по завершенню лікування з'являється достатньо часу на роздуми про те, що відбулося. Замість того, щоб відчувати полегшення, вони стикаються з серйозною психологічною проблемою – страхом рецидиву раку. І цей страх не можна вважати уявною небезпекою, оскільки медична статистика доводить досить великий відсоток ймовірності рецидиву онкозахворювання майже для всіх типів раку. Тож відносно страху рецидиву раку загрозу можна вважати реальною. Саме тому страх рецидиву раку не відповідає жодному визначеному розладу в п'ятому виданні Діагностичного та статистичного посібника по роботі з психічними розладами (DSM-5) або в десятому перегляді Міжнародної статистичної класифікації хвороб та супутніх проблем зі здоров'ям (МКБ-10).

Визначення страху рецидиву раку (англ. Fear Of Cancer Recurrence, далі FCR) було створене і затверджене на міжнародному колоквиумі з питань подолання страху рецидиву раку в 2015 році експертами з дослідження FCR як *"Страх рецидиву раку – страх, занепокоєння або тривога, що рак може повернутися чи прогресувати в тій самій або іншій частині тіла"* [127]. На основі експертної думки 83 учасників сформулювалася дефініція, точне формулювання було ретельно обговорено та вибрано, а метод Delphi був використаний для досягнення консенсусу за допомогою ітераційного процесу раундів [163]. Додатково було відокремлено, що FCR відрізняється від страху прогресування захворювання (англ. Fear Of Progressive, далі FoP). Відтоді ці визначення широко використовуються в психоонкології та в наукових дослідженнях (наприклад, [138, 188]).

Наведене визначення підтверджує, що FCR може бути обраний у нашому дослідженні як конкретний приклад страху повторення травмивних подій, оскільки повернення раку і є тією травмивною подією, з якою бояться знов стикнутися онкопацієнти.

Страх рецидиву раку визначається як найбільш знана психологічна проблема на етапі ремісії, і пов'язаний він з можливістю повернення онкозахворювання. FCR є адаптивною реакцією на пережиті випробування і не може розглядатися лише як невротичний страх, оскільки вірогідність рецидиву раку є реалістичною ситуацією. Хоча деякий рівень FCR є нормальною реакцією на рак (функціональний страх) та допомагає дбати про своє здоров'я, високі рівні FCR пов'язані з підвищенням тривожності і зниженням якості життя, зниженням впевненості в завершенні лікування, розвитку депресії, зниженням здоров'язберігаючої поведінки і більш частим зверненням до лікарів. З іншого боку, навпаки, дисфункційний рівень FCR може призвести до затримок у зверненні по медичну допомогу і зменшенні участі в рекомендованих програмах самообстеження щодо контролю раку. Рівень FCR можна вважати дисфункційним, коли з ним пов'язаний значний психологічний дистрес чи порушення в одній або декількох сферах функціонування [192].

FCR може стати хронічною проблемою. Також відомо, що для онкопацієнтів з високим рівнем FCR важче відбуваються зіткнення з екзистенційними питаннями, що призводить до труднощів у плануванні майбутнього і втрати сенсу життя, як свідчить І. Яалом [239].

Будемо вважати, що у FCR є 3 рівні: *низький рівень* свідчить про нормальну реакцію на загрозливі обставини і вважається функціональним страхом; *середній рівень* є підвищеним і потребує від особистості змін поведінки заради його зниження; *високий рівень* є дисфункційним і потребує психологічної реабілітації.

Для дисфункційного рівня FCR на міжнародному колоквиумі в 2015 році були запропоновані п'ять характеристик:

- 1) високий рівень занепокоєння, постійні роздуми чи нав'язливі думки;
- 2) дезадаптивні стратегії подолання (копінг-стратегії);
- 3) функціональні порушення;
- 4) надмірний дистрес через вплив зовнішніх обставин;
- 5) труднощі в плануванні майбутнього.

У теоретичному дослідженні 2020 року було визначено чотири ключові

характеристики дисфункційного рівня FCR:

- 1) високий рівень стурбованості;
- 2) високий рівень занепокоєння;
- 3) постійні нав'язливі думки;
- 4) підвищена пильність до фізичних симптомів [192].

На нашу думку, покращення здоров'язберігаючої компетенції в онкопацієнтів з підвищеним і дисфункційним рівнем FCR допоможе вирішити ці проблеми. Українські науковці, зокрема В. Білик, розглядають саморегуляцію здоров'язберігаючої поведінки та формування особистісних ціннісних орієнтацій як складну, багатокomпонентну систему, головними ознаками якої є усвідомлення своєї відповідальності за збереження власного здоров'я, залучення до цього процесу наявних ресурсів, яке є запорукою його успішності, поступове оволодіння здоров'яформувальними навичками з допомогою фахівців і активна самореалізація [8]. Г. Чепурко та А. Соболев в концепції здоров'язберігаючої поведінки визначають фактори впливу на стан здоров'я: генетичну схильність, умови особистісного життя індивіда, демографічну складову (вік, стать, наявність додаткових навантажень), економічні та екологічні характеристики, ефективність роботи інституцій з охорони здоров'я і соціокультурні детермінанти, виражені в традиціях піклування про власне здоров'я. Вони вважають, що особистісна поведінка, пов'язана зі здоров'ям, є найбільш впливовою, ніж інші фактори [111].

Зважаючи, що нами обрано проводити саме медіа-психологічну реабілітацію, необхідно розглянути вплив медіа на психоемоційний стан онкопацієнтів у ремісії та можливості використання медіа для зменшення страху рецидиву раку.

Вплив медіа на страх рецидиву раку

Сучасне життя неможливо уявити без інформації медіа, однак їх вплив не завжди є корисним. Деякі дослідники описують явище інформаційного перенавантаження, від якого люди втрачають продуктивність життя, потопаючи в лавині некорисної, а часом психологічно травмівної інформації, відволікаючись

від завдань підтримки власного життя та витрачаючи увесь вільний час на вивчення інформації різноманітних медіаресурсів [44]. Так само медіа можуть створювати і інформаційну безпеку, а саме відчуття задоволення та заспокійливий ефект від взаємодії з медіапростором, і медіаінформаційну небезпеку, яка психологічно сприймається як дискомфорт від медіаконтенту [114]. Тобто ми можемо поділити потік медіаінформації на корисну і некорисну складову, де «корисна» – це ті медіаінтеракції, які покращують психологічний стан особистості.

Наявні дослідження свідчать, що життєдіяльність людини під впливом безперервного медіапотуку інформації знижується через психічне перенавантаження, яке поширюється на фізичне самопочуття. Це використовують медіаресурси із застосуванням маніпулятивних технологій соціально-психологічного впливу, які в насиченому медіапотуці розчиняють дезінформацію та розповсюджують суперечливий контент. Процес кліповізації сприйняття інформації сучасними споживачами медіаконтенту може призвести до утворення викривленої картини подій та втрати критичності до відомостей з елементами абсурду [24].

В. Шебанова вказує, що кількість людей із різноманітними варіантами медіатравматизації та її негативними наслідками (підвищення тривоги, страхів, агресії, панічних настроїв) останнім часом значно збільшилася. Формування культури медіаповедінки доцільно здійснювати через формування здоров'язберігаючої компетентності щодо медіа. Це підвищення стійкості медіаспоживача до тих провокативних чинників, які можуть призвести до переживання негативних станів. Захисним бар'єром стає компетентність як орієнтація на стимуляцію критичного мислення медіаспоживачів заради протидії деструктивним інформаційним медіавпливам, запобігання поширенню інфодемії та неправдивої інформації [117].

Однак є і позитивна складова: зростаюче розповсюдження інформаційно-комунікаційних технологій сприяє широкому застосуванню медіазасобів у психоонкологічній допомозі. Інтернет-послуги використовують для навчання та

передачі знань; Інтернет-платформи пропонують групи підтримки та можливості створення груп на базі соціальних мереж; комп'ютерні програми або програми для смартфонів допомагають самоконтролю чи плануванню обстежень; електронні засоби зв'язку та медіапристрої уможливають підтримувати онлайн-зв'язок із працівниками охорони здоров'я.

Для онкопацієнтів є важливим розібратися в інформації щодо лікування, щоб бути спроможними робити правильні вибори, і вони звертаються до медіаресурсів для отримання пояснень чи додаткових відомостей. Проте наявна в медіапросторі інформація не завжди є корисною та інколи навіть суперечить раціональній логіці. Умовно медіаресурси можна поділити на три категорії:

1) важлива медична інформація щодо можливостей та напрямів лікування з медіаресурсів медичних центрів діагностики та лікування раку;

2) інформація з немедичних джерел, таких як соціальні групи взаємопідтримки онкопацієнтів (наприклад, інтернет-сторінка ГО Inspiration family [105]) та поодиноких медіаресурсів з психологічних питань супроводження онкозахворювання (наприклад, інтернет-сторінка ГО Українська психо-онкологічна асоціація [104]), які є корисними та підтримуючими;

3) інформація з ненаукових джерел про причини виникнення та способи лікування раку, що зазвичай є медіаресурсом шкідливого змісту.

Нами була вивчена інформацію з медіаресурсів, які потенційно можуть призводити до підвищення рівня FCR або надмірно ризикованої поведінки онкопацієнтів. Виявлено, що більша частина медіапотоків, наявна в українському сегменті інтернету, несе негативну, некорисну інформацію, що пригнічує стан і призводить до посилення відчуття безпорадності онкопацієнтів.

Більшістю інформація з наявних немедичних медіаресурсів про причини розвитку раку і його лікування суперечать сучасним онкологічним знанням, викладеним, наприклад, у класичній роботі 2010 року С. Мукерджи про рак [63]. Натомість пропагандуються різноманітні міфічні причини виникнення раку, які бентежать людей, що зіткнулися з онкодіагнозом, та утруднюють аналіз необхідної для лікування інформації.

Отже, ми виявили явище, яке умовно назвемо «міфи про рак» – низка безпідставних (міфічних), а інколи відверто антинаукових та нелогічних причин виникнення раку та способів його лікування, відмінних від загальноприйнятної медичної думки, які впливають на сприйняття онкопацієнтами себе та своєї хвороби, того, що потрібно або не потрібно робити для успішного лікування, та підштовхують їх до необачної та ризикованої поведінки щодо свого здоров'я, а інколи створюють почуття провини за власну хворобу. Це явище спостерігають й інші дослідники. Наприклад, І. Березко відзначає, що доволі часто в суб'єктивному сприйнятті онкопацієнта рак означає необхідність різкої зміни способу життя та способів мислення, оскільки він «покараний» за погану або неправильну поведінку та погані думки [6].

Цей погляд є дуже поширеним в українському соціумі, тож ми провели контент-аналіз некорисної інформації медіа щодо раку. Відповідно було виокремлено п'ять міфічних «причин» виникнення раку та відповідних антинаукових «способів лікування», такі як:

1. кара за гріхи;
2. конфлікти, неправильні думки, образи, тяжіння до негативних емоцій та розпач є психологічними канцерогенами, що спричинили «поламку» імунітету;
3. обов'язково захворіють на рак ті, хто не впевнені в собі, терплячі, залежні, самотні та мають почуття провини (відомий як тип поведінки "С");
4. життєві проблеми, постійний стрес, що не проходить від 0,5 до 1,5 років, провокують відчуття безсилля, яке запускає стратегію самознищення людини;
5. змова лікарів та фармацевтів, приховування від суспільства найпростіших методів лікування, як-то споживання «корисних» і відмова від «некорисних» продуктів, «правильного» розкладу дня, сповненого голодування та медитації.

Також відомі нелогічні та відверто антинаукові «забобони» на кшталт того, що «не можна робити операцію з видалення пухлини навесні, бо все в цей час розквітає і пухлина знов розквітне також, треба почекати осені», або «щоб подолати РМЗ потрібно носити бюстгальтер червоного кольору». Ми не будемо

спростовувати всі ці нісенітниці, натомість наведемо приклади на кожную з п'яти окреслених нами міфічних «причин».

Перша «причина», покарання за гріхи, є доволі розповсюдженою в суспільстві, яке відноситься до православної церкви. Релігія зазвичай готова регламентувати розклад життя та склад думок своїх парафіян, однак на противагу дає можливість спиратися на божу милість та дає надію. А от схильність до магічного мислення використовують різноманітні «ворожки» та «цілительки», які підштовхують онкопацієнтів до відчуття провини та натякають на провину за гріхи, за які їх покарано («Відьми та ворожки з тік-току», онлайн-ресурс [15]).

Прикладом до другої міфічної «причини» раку та шляхів його лікування є реклама «психосоматологів», які пропонують проробити свої образи та натякають, що неправильні думки матеріалізувалися в ракові клітини. Вони стверджують, що негативні емоції викликають негативний стан, який призводить до фізичних захворювань організму, а постійно згадувана образа викликає психосоматичні хвороби. Вони вважають, що рак викликає бажання помститися, і якщо проблеми не вирішити, рак «підживлюється» [72]. Для «пропрацювання» негативних емоцій потрібні спеціальні засоби (дуже дорогі), наприклад, ефірна суміш Прощення за 3000 грн [73].

Прикладом третьої «причини» про тип поведінки «С», назва якої походить від першої літери слова «cancer» (це «рак» англійською), може бути стаття з онлайн-ресурсу «Ваше здоров'я», у якій написано, що людина із «типом особистості С» є більш схильною до розвитку раку, бо їй притаманне терпіння, дух співробітництва та відсутність упевненості в собі. Через приховування негативних емоцій, таких як гнів, вони мають глибоке почуття провини, занедбаності й самотності. І зроблено висновок, що це спричиняє бажання померти, яке організм слухняно реалізує, «виросшуючи» рак [80].

Для четвертої міфічної «причини» наведемо посилання на ще один онлайн-ресурс, який стверджує, що «...початком захворювання на рак дійсно може стати хронічний стрес. Постійне нервове напруження запускає процеси, які згодом призводять до онкології, і на це є маса доведених вченими біологічних причин.

Хоча іноді гострий стрес необхідний організму – так він тренує реакції на небезпеку. Але такі сплески повинні бути короткими. А ось хронічний стрес, ознаками якого є сильна тривожність, психологічна пригніченість, втома, може привести, навпаки, до негативних змін в організмі. В такому випадку в організмі відбуваються процеси, які призводять до хвороб і ранньої смерті» [91].

П'яту причину, приховування «простих способів» лікування раку через змову лікарів та виробників ліків для активації продаж біододмішок, використовують сумнівні інтернет-ресурси начебто медичного рівня, наприклад, [120]. Вони стверджують, що тільки природа виліковує, а лікарі не дієві, бо людство «пішло не тим шляхом» хімічного синтезу ліків, а наприклад, їх препарат ресвератрол, здобутий з винограду, є протираковим пігментом, який потрібно їсти щодня, або... пити півтора літри червоного вина кожен день. А деякі ресурси навпаки йдуть шляхом заборони вживання харчових продуктів, найчастіше «поганими» виявляються цукор, глютен та лактоза. Також вони пропонують кардинально зменшити харчування взагалі за їх методикою, щоб раковим клітинам не було звідки брати поживні речовини, продаючи онкопацієнтам курси відповідного навчання, що саме не можна їсти [39]. Як при цьому буде виживати знесилений організм пацієнта – вони замовчують.

Вищезгадані міфи посилюють в онкопацієнтів кризу життєвих змін і перешкоджають формуванню «картини хвороби», тобто відношення до себе у хворобі, розуміння шляхів лікування, комплаєнса з лікарями. Вони погіршують психологічний настрій, викликають некорисні думки, які умовно можна поділити на такі: 1) лікарі є поганими фахівцями та приховують правду (на жаль, таке буває в реальності); 2) причини хвороби не належать до медицини, тож починати потрібно не з лікування, а з проробки образ та вимолювання прощення; 3) пацієнти самі винні, що захворіли, а зміна харчової поведінки та думок на позитивні знищить рак. Це призводить до втрати ресурсів, найважливішим із яких є час, а також до погіршення настрою через те, що вони не можуть бути завжди позитивними, «погані думки» все ще приходять їм в голову, а пробачити кривдникам не вдається.

Це явище спостерігається не лише в українців, іноземні дослідники також відзначають міфи про рак в ментальному просторі суспільства [142].

Щодо самих міфів, то варто відзначити, що сучасна криза доказовості щодо попередніх досліджень у психології визначається тим, що деякі дослідження неможливо повторити, інші не відповідають вимогам доказовості, а деякі не підтверджують колишніх результатів. Концепція типу поведінки «С», яка була популярна в 80-х роках минулого сторіччя, належить до третьої групи – численні дослідження не виявляють такого зв'язку, а вищезгаданий тип поведінки демонструють не більше чверті онкопацієнтів. Відповідно зв'язку між рисами особистості і виникненням раку не встановлено. Наразі наукові дослідження щодо психологічних причин онкозахворювань підтверджують, що жодна з рис особистості не є причиною виникнення раку, та не має статистично значущого зв'язку зі смертністю, причому вагомість проведених численних досліджень, які тривали від півроку до 30 років і охопили статистично вагому кількість учасників (від 200 осіб до 60 тис.), не викликає сумнівів [210].

Однак ми робимо припущення, що медіаінформація щодо «міфів про рак», розміщена в українському медіапросторі, має негативний вплив на психоемоційний стан онкопацієнтів. Це необхідно перевірити на етапі констатувального експерименту.

Онкологічну хворобу варто розглядати як складний багатofакторний процес, при якому не психосоціальні чинники сприяють виникненню раку, як повідомляли деякі наразі спростовані джерела в минулому сторіччі (наприклад, [215]), а навпаки, хвороба призводить до багатьох психосоціальних проблем і змін. Сучасні міжнародні дослідження не продемонстрували жодної або лише дуже незначної кореляції між рисами особистості, життєвими подіями та розвитком раку [210].

У той же час іноземні дослідження неодмінно повідомляють про значний відсоток онкопацієнтів, що страждають від підвищеного та високого рівня FCR (у деяких дослідженнях частка учасників з високим FCR сягала 53,3%, наприклад, [133], і що високий рівень FCR без психологічної допомоги ззовні, як

правило, не зменшується з часом [241].

Наявність ефективного методу вимірювання та оцінки FCR визначає можливість дослідження розповсюженості проблеми в українських онкопацієнтів та буде корисним для подальшого використання і науковцями, і психологами-практиками. Важливою є також можливість оцінити рівень FCR швидко, для чого необхідно мати відповідний метод скринінгу та окреслити поріг оцінки, який відокремлює функціональний, підвищений та дисфункційний рівні FCR. Отже, є необхідність визначити методи оцінки рівня FCR, порогові значення для різних рівнів страху рецидиву та можливість скринінгу.

Методи вимірювання та оцінки страху рецидиву раку. Поширеність проблеми страху рецидиву раку в українських онкопацієнтів наразі невідома, оскільки немає адаптованих та валідованих українськомовних методик, які дозволили б розрізнити функціональний, підвищений та дисфункційний рівні FCR. В Україні для оцінки рівня дистресу у відношенні до своєї хвороби використовують опитувальники стосовно відношення до якості здоров'я, такі як Короткий опитувальник якості життя SF-36 [43] або ЛОБІ, який описує різні аспекти особистісного ставлення до хвороби [21, 34].

В українському науковому середовищі нам не траплялося затверджених критеріїв оцінки якості опитувальників самозвіту пацієнтів. В іноземній літературі для оцінки засобів вимірювання рекомендовані атрибути та критерії для опитувальників, які мають заповнювати онкопацієнти, визначені канадською ГО «Довіра до медичних результатів» (англ. Medical Outcomes Trust, далі MOT) [209]. Указані атрибути якості опитувальника у вигляді самозвіту за MOT містять:

- визначення всіх наведених термінів та зрозумілість процедури вимірювання,
- зрозумілість,
- обґрунтованість,
- надійність,
- легкість заповнення та наявність форм для людей з особливими потребами (наприклад, для слабозорих),

- наявність культуральних та мовних адаптацій.

Ми будемо використовувати ці критерії при аналізі наявних іноземних опитувальників та тестових шкал щодо рівня FCR.

Перший у світовій науковій літературі систематичний огляд оцінки FCR був проведений у 2012 році, і він виявив лише одну шкалу, що на той час пройшла ретельну перевірку. Це шкала Оцінка занепокоєння пацієнтів (англ. Assessment of Survivor Concerns), однак вона не є специфічною для FCR, оцінює більш широку категорію занепокоєння здоров'ям [229] і зараз майже не використовується. Інколи для вимірювання занепокоєння онкопацієнтів використовують HADS, однак вона також не є специфічною для раку [153].

В іноземній психоонкології для оцінки рівня страху рецидиву раку часто використовують Шкалу стурбованості щодо рецидивів (англ. Concerns about Recurrence Scale, далі CARS), яка складається з 30 пунктів [143]. Для скринінгової оцінки на основі CARS була створена скринінгова шкала Анкета занепокоєння щодо рецидивів (англ. Concerns About Recurrence Questionnaire, далі CARQ). Це інструмент із п'яти пунктів, спочатку розроблений і перевірений для вимірювання страху прогресування хвороби, FoP, в онкопацієнтів з раком молочної залози (далі РМЗ). Психодіагностика пацієток з РМЗ показала достатню надійність та валідність лише для перших чотирьох пунктів, відповідно була створена скорочена версія CARQ-4. Три з цих пунктів були в подальшому адаптовані до проблем FCR, тож CARQ-4 може бути скринінгом рівня FCR для онкопацієток з РМЗ, однак є відомості, що його використовують і для тестування онкопацієнтів з іншими типами раку [197].

Шкала тривоги щодо раку (англ. Cancer Worry Scale, CWS) – це шкала оцінки тривоги в онкопацієнтів із 8 пунктів, яка має певний граничний бал, що розрізняє низький і високий рівні FCR. Однак останнім часом її рідше використовують у дослідженнях [184].

Опитувальник страху рецидивів раку (англ. Fear of Cancer Recurrence Inventory, далі FCRI) – це опитувальник із 42 пунктів, який часто використовують в англomовних дослідженнях з питань FCR. Він є комплексним, багатовимірним

опитувальником, який містить сім шкал: Тригери, Тяжкість, Психологічний дистрес, Порушення функціонування, Усвідомлення, Заспокоєння і Копінг-стратегії [213]. Більш високі бали вказують на більший рівень FCR. Вагомою перевагою Опитувальника FCRI є той факт, що він не є специфічним до одного типу онкологічного захворювання. Також, ґрунтуючись на сильних кореляційних зв'язках між загальними показниками FCRI та шкалою Тяжкість (Severity) з дев'яти пунктів цього опитувальника ($r = 0,8$), автори FCRI запропонували індекс шкали Тяжкість як інструмент скринінгу на FCR у змішаній вибірці онкопацієнтів з різними типами раку. Було проведено низку досліджень, у результаті яких доведено, що шкала Тяжкість може бути використана як скринінгова FCRI-SF (англ. short form, SF – коротка форма). Остаточні розробники зупинились на таких порогових значеннях: оцінка 13 або вище за цією шкалою (діапазон = 0–36) вказує на *підвищений*, а 16 або вище – на *високий* рівень FCR. Тож оцінка 16 рекомендована як *поріг для визначення дисфункційного рівня FCR* [214].

Нещодавно було запропоновано вимірювання FCR за одним пунктом (FCR-1), у якому учасників усно просили оцінити свій рівень FCR за шкалою 0–100. Воно продемонструвало відносно адекватну початкову самооцінку проблеми онкопацієнтами. Автори вважають, що шкала 0–100 дозволяє респондентам надати інтуїтивно зрозумілу глобальну оцінку власного FCR і може зафіксувати навіть незначні зміни FCR з часом [203]. Однак його адекватність поставленому завданню ще потребує додаткових досліджень.

Підсумовуючи, зазначимо, що в Україні наразі немає власних ані повних, ані скринінгових методик визначення рівня FCR, а відомі англomовні опитувальники не валідовані і потребують мовної та культуральної адаптації. Ми визначили, що Опитувальник страху рецидиву раку, FCRI, є досить перспективним для використання.

Для проведення психологічної підтримки доволі важливим є розуміння, які з біопсихосоціальних чинників можуть впливати на психоемоційний стан онкопацієнта, посилюючи чи послаблюючи його страх рецидиву раку.

Розглянемо наявні відомості докладно.

Чинники, що впливають на рівень страху рецидиву раку. Дослідження психологічних чинників, які впливають на підвищений рівень страху рецидиву, має спиратися на принципи інтегративно-особистісного підходу, запропонованого Г. Баллом [3]. Розглянемо наявну інформацію про фактори, які посилюють гостроту переживань у ремісії онкозахворювання та відповідно можуть впливати на підвищення FCR.

Онкопацієнт на шляху адаптації до своєї хвороби, так само як і стикаючись з будь-якими іншими випробуваннями, буде використовувати притаманні стратегії подолання (копінг-стратегії), вибір яких залежить від його особистісних особливостей та попереднього життєвого досвіду. З часом він почне опановувати нові копінг-стратегії свідомо чи несвідомо [51]. Одне іноземне дослідження виявило значний зв'язок між використовуваними копінг-стратегіями та рівнем прогнозованого FCR. Також у цьому дослідженні було виявлено, що онкопацієнти, які оцінюють вірогідність рецидиву в себе як високу або вважають, що їх тип раку рецидивує більш часто, мають більш високий FCR і частіше виявляють тривожність при будь-яких незрозумілих соматичних відчуттях (тимчасовий біль, поколювання, зміна кольору шкіри тощо) [125].

Є деякі докази того, що психологічний дистрес, особливо депресія, призводить до погіршення прогнозу при онкологічних захворюваннях [183]. Однак причинно-наслідковий характер цієї кореляції не доведений. Крім того, незрозуміло, чи пов'язані з депресією процеси впливають безпосередньо на прогресування раку, чи непрямі взаємозалежні фактори, такі як здоров'язберігаюча поведінка, опосередковують цей ефект, що розглянуто, наприклад, у [144].

Н. Родіна досліджувала копінг-стратегії поведінки пацієнток з РМЗ і зазначає, що в них доволі часто виявляється характерна організація загальносистемного характеру категорій "копінг, що уникає" і "копінг, що потребує зусиль". Пошук соціальної підтримки є найбільш характерною для онкопацієнток стратегією подолання, що рекомендовано використовувати як

ознаку успішності психологічної адаптації онкопацієнок при проведенні психореабілітаційних заходів [90].

С. Фолкмен розробила теорію когнітивного стресу, яка відносно до обраних особистістю копінг-стратегій визначає низку ключових компонентів:

- причина запуску процесу опанування та їх природа – фактори стресу;
- процес оцінки небезпеки – оцінка загрози;
- способи боротьби із загрозою – процеси подолання;
- індекси психічного і фізичного здоров'я, зміна рівня тривожності, тощо – змінні результату.

Тобто, за С. Фолкмен, копінг-стратегії визначають спроби управління та контролю (уникання, відволікання, пошук винних, тощо) в ситуації, у якій людина опиняється в результаті травмивної події, та патерни відповідних переживань. Це впливає на адаптацію, і ефективно обрані копінг-стратегії суб'єктивно зменшують проблеми і страждання [149].

Деякі дослідження виявили закономірність підвищення рівня FCR у тих випадках, коли наслідками лікування є видимі тілесні зміни чи постійні больові симптоми [140]. Інші дослідження засвідчили, що підтримувальна медикаментозна терапія (наприклад, гормональна), навіть тимчасова, суттєво впливає на суб'єктивне сприйняття ефективності завершеного лікування і також підвищує FCR [179].

Ще одне дослідження виявило, що онкопацієнтки з високим рівнем особистісної тривожності виявляли низьку критичність до навіювань, і песимістичні упередження сприймалися ними як факт, що підсилювало страх рецидиву раку. Це ж дослідження виявило, що незалежно від рівня особистісної тривожності притаманній особистості оптимізм суттєво знижував FCR та пом'якшував вплив упереджень [125].

Також виявлено вплив індивідуальної мінливості ступеня толерантності до невизначеності на FCR. Ті, хто мали високу толерантність до невизначеності, статистично значущо мали функціональний рівень FCR, водночас інтолерантність до невизначеності призводила до збільшення психологічних

страждань, адже невизначеність подальшого прогнозу є суттєвою щодо рецидиву раку [130]. В іншому дослідженні зазначено, що підвищена особистісна тривожність та низька толерантність до невизначеності можуть негативно, а соціальна підтримка та використання адаптивних копінг-стратегій – позитивно вплинути на рівень FCR онкопацієнтів [147].

Є дослідження, які вказують, що особистісні та (що особливо важливо) соціальні фактори підвищують життєстійкість онкопацієнтів і, як наслідок, психологічно сприяють позитивним результатам лікування [225]. Досвід перенесеного онкозахворювання пов'язаний і з негативними, і, що важливо, позитивними змінами в житті, тому підвищення стійкості може бути важливим компонентом психологічного супроводу лікування раку [230].

У деяких дослідженнях зазначено обернену залежність рівня FCR від віку онкопацієнта, відповідно онкопацієнти похилого віку мають менший страх рецидиву. Так, у дослідженні онкопацієнток з РМЗ виявлено, що значно більший рівень FCR мали молодші пацієнтки. Можливо, більш виражений вияв негативних емоцій характерний для молодих жінок, а можливо, емоційну стійкість забезпечує більший життєвий досвід, і тому жінки старшого віку не показують свої переживання, це потребує поглибленого дослідження [177]. Навіть за використання різних методів самооцінки щоразу виявлялося, що молоді жінки відчувають вищий рівень FCR, і ці вікові відмінності пояснюють більш високий об'єктивний ризик рецидиву в молодих жінок, а також зазвичай більш агресивне лікування і несподівана природа захворювання в молодому віці [202].

Крім того, для жінок, які мають дітей, рівень FCR завжди виявлявся підвищеним порівняно з тими, хто дітей не мав, причому чим меншими були діти, тим більшим був рівень FCR. Вірогідно, занепокоєння за майбутнє своєї дитини, яке суттєво залежить від наявності турботливої мами поруч у ранньому дитячому віці, впливало на страх матерів отримати рецидив [178].

Отримані в деяких дослідженнях результати свідчать про те, що рак може мати більш тяжкі психосоціальні наслідки для жінок, ніж для чоловіків. Зокрема, молоді жінки, у яких діагностовано онкологічне захворювання, стикаються з

можливістю порушення репродуктивної функції та розвитку передчасної менопаузи, що може суттєво підірвати їхню самооцінку [161]. Молоді жінки, які лікують рак, можуть переживати відчуття ізоляції чи відокремленості від своїх здорових однолітків, а також у них є висока ймовірність зіткнутися із труднощами у забезпеченні догляду за дітьми та зі значними фінансовими проблемами через захворювання [189]. Крім того, онкопацієнтки-жінки страждають від інших видів стресу, наприклад, спричинених наслідками оперативних втручань, і відбувається це частіше, ніж у чоловіків [200]. Також жінки страждали від симптомів, пов'язаних із зовнішнім виглядом, та відповідного дистресу внаслідок хіміотерапії більше, ніж чоловіки [169].

Дослідження українських науковців також доводять наявність відмінностей у сприйнятті онкозахворювання в чоловіків та жінок. Так, Т. Кривоніс та І. Жулкевич дослідили, що для жінок притаманне відкидання несприятливої інформації щодо прогнозу та емоційних коливань через невизначеність перебігу лікування, в той час як чоловіки частіше застосовують захист, який допомагає знайти назовні те, на що може бути спрямований вектор внутрішньої напруги [37].

В інших дослідженнях також було визначено суттєві гендерні відмінності в рівні психологічного дистресу серед онкопацієнтів. Так, Л. Вольнова визначає, що жінки, які стикаються з онкологічними діагнозами, мають більш високий рівень психологічного дистресу, ніж чоловіки [16]. І. Мухаровська досліджувала показники психологічного благополуччя і визначила, що в жінок отримано нижчі бали ($6,00 \pm 0,70$) порівняно з чоловіками ($6,53 \pm 0,67$ балів), $p < 0,05$ [66]. Отже, жінки та чоловіки мали різні реакції на онкологічні діагнози, що вказує на необхідність розробки гендерно орієнтованого підходу до психосоціальної підтримки.

Дорослі особистості, які пережили онкозахворювання в дитинстві, зазвичай мають більший FCR, ніж їх однолітки, які перехворіли нещодавно [122]. Вони більш схильні інтерпретувати як ознаку рецидиву раку будь-які фізичні симптоми (біль, дискомфорт, поколювання в різних частинах тіла) та проходять

більше медичних перевірок та тестів, частіше вдаються до спроб зниження занепокоєності у вигляді непотрібних самообстежень, які дають короткочасне полегшення, що призводить до виникнення дезадаптивних копінг-стратегій, які ще більше погіршують психологічний стан [140].

Деякі дослідження виявили збільшення рівня FCR в онкопацієнтів, які належать до етнічних (зокрема емігрантів) та сексуальних меншин, або тих, хто має проблеми у встановленні нормальної соціальної адаптації (наприклад, слабозорі і слабочуючі). Дослідники пояснюють це необхідністю мати певний рівень соціалізації, що допомагає проходити кризові періоди життя, такі як онкологічний діагноз, маючи відповідну підтримку [124].

У деяких дослідженнях визначено, що страх рецидиву раку непокоїть доглядальників онкопацієнта та його подружжя (чоловіка або жінку) і що рівень FCR може дорівнювати або навіть перевищувати рівень FCR самого пацієнта. Оскільки психологічні наслідки наявності високого рівня FCR, такі як втрата планів на майбутнє та підвищена тривожність, суттєво знижують якість життя, допомога доглядальникам і близьким онкопацієнта зі зниження рівня FCR є важливою [219]. Однак ми не плануємо розглядати страх рецидиву раку в доглядальників та близьких онкопацієнта в цьому дослідженні.

Усі ці дослідження вказують на зв'язок між соціально-психологічними особистісними особливостями та рівнем FCR в онкопацієнтів. Розглянемо, що відомо про зв'язок рівня FCR з медичними показниками.

У низці досліджень зазначено, що рівень FCR є вищим у тих онкопацієнтів, хто нещодавно завершив лікування, і що час, який пройшов з моменту встановлення діагнозу, обернено корелює із страхом рецидиву, а також про те, що рівень FCR залежить від діагностованої стадії [184, 218, 219].

Останнім часом суттєво збільшується впровадження індивідуальних таргетних, імунно- та молекулярно-специфічних ліків у лікування раку, через що збільшилася виживаність для деяких раніше смертельних видів онкохвороб. Однак таргетні методи лікування ще досі не мають сертифікації щодо рекомендованої тривалості лікування та мають підвищену частоту моніторингу

стану пацієнта з метою виявлення рецидивів. Це підвищує суб'єктивне сприйняття невизначеності лікування, що вірогідно погіршує рівень FCR в онкопацієнтів, які приймають таргетну терапію [243].

Упровадження пухлино-специфічного профілювання ДНК також викликало нові проблеми: тепер характеристики самого пацієнта і пухлини визначають доступ до лікування в онкопацієнтів, і ці пацієнти отримують результати геномних аналізів на руки, не маючи пояснень цього складного масиву інформації. Існуючі дані є напівкількісними, однак показують, що результати молекулярних тестів на мутації сприймаються онкопацієнтами неоднозначно і викликають побоювання і страхи, особливо якщо неможливо встановити попередній сімейний анамнез, а отже, вірогідно рівень FCR у таких пацієнтів буде вищим [212].

Інше дослідження показало, що онкопацієнтки з ранніми стадіями РМЗ та низьким геномним ризиком, які можуть відмовитися від хіміотерапії на основі результатів генного тестування, не роблять це і вимагають продовжувати хіміотерапію навіть за статистично невеликого покращення виживаності (до 1%). Хоча очікується, що довгостроково якість життя онкопацієнтів, що зменшили кількість хіміотерапій на основі геномної інформації, буде кращою через меншу кількість побічних ефектів лікування, однак психологічно вірогідніше за все вони будуть мати підвищений рівень FCR через суб'єктивне відчуття «недоотримання лікування». Тож врахування психологічного підґрунтя прийняття рішень є важливим, оскільки близько 10% онкопацієнток відмовляються від хіміотерапії навіть при високому ризику [129].

Імунотерапія – це ще один відносно новий спосіб лікування в онкології, який використовує методи блокування контрольних точок імунної системи, тим самим збільшуючи виживаність на роки (наприклад, для раку шкіри IV стадії). Інколи життя з імунотерапією майже не відрізняється від здорового життя, і це ставить питання перед медиками, наскільки довгострокова ремісія може означати одужання, однак для психологів питання полягає в тому, що неможливість безпечно припинити імунотерапію суб'єктивно сприймається як те, що

виліковування неможливо досягти, що підвищує FCR (чи FoP) у таких пацієнтів [212].

Також було помічено, що рідкісні (орфанні) типи онкологічного захворювання, щодо яких немає статистично значущих оцінок п'ятирічної виживаності, спричиняють у відповідних пацієнтів підвищення рівня FCR через загальну невідомість, чого очікувати в майбутньому.

Ми не плануємо залучати до дослідження учасників специфічних груп, як-от тих, хто хворів у дитинстві, мав рідкісний тип раку чи використовував таргетну або імунну терапію. Однак всі розглянуті чинники вказують, що індивідуальні потреби онкопацієнтів у ремісії мають бути враховані при створенні психологічного втручання для зниження FCR.

З огляду на все перелічене вище, у нашому дослідженні ми плануємо розглянути психологічні особливості проживання страху повернення травмивних подій у жінок-онкопацієнток дорослого віку із загальнопоширеними формами онкозахворювань, які пройшли лікування звичайними методами (критерієм виключення є проведена таргетна або імунотерапія), причому наявність підтримувальної медикаментозної терапії (гормональної) не є винятком.

Теоретичні моделі психологічного впливу на страх рецидиву. Для того, щоб спланувати програму психологічної реабілітації щодо зменшення рівня страху рецидиву раку в онкопацієнтів у ремісії в умовах суспільної кризи, необхідно розглянути наявні науково-обґрунтовані теоретичні моделі явища FCR щодо причин його виникнення та змін рівня вияву. Ми не виявили відповідних українських досліджень, а за оглядом світових наукових джерел обрали наступні теоретичні моделі, що є корисними для розуміння перебігу психологічних процесів.

Модель паралельного процесу Г. Левенталя [237] отримала розвиток як Модель розширеного паралельного процесу (англ. Extended Parallel Process Model) додаванням елементів теорії захисної мотивації. Страх виникає, якщо людина суб'єктивно вважає певну загрозу та її наслідки серйозною. Подальша когнітивна оцінка власної можливості відповіді на загрозу визначає реакцію

протидії. Страх зменшується, якщо людина розуміє, що вона може протидіяти загрозі. У дослідженні пацієток з РМЗ на ранній стадії вивчалися і суб'єктивна загроза та передбачувана ефективність протидії, і взаємозв'язок з їх рівнем FCR. Результати засвідчили користь від застосування цієї моделі та довели значний зв'язок такої суб'єктивної оцінки з рівнем FCR онкопацієток [186]. Однак результати інших досліджень припускають, що індивідуальні чинники онкопацієнтів впливають на суб'єктивне сприйняття ризику рецидиву, що не враховується в цій моделі, наприклад, [133].

Модель соціально-когнітивної обробки (англ. Social-Cognitive Processing Model, SCPM) забезпечує концептуальну основу для розуміння того, як близькі стосунки можуть служити для регулювання FCR в онкопацієнтів, та наголошує на важливості соціальної мережі людини для полегшення когнітивної обробки спогадів, думок і проблем, пов'язаних із раком. Відповідно до SCPM, коли особа не розповідає своїй дружині про проблеми, пов'язані з раком, когнітивна обробка порушується або затримується, що підтримує дистрес, пов'язаний з раком, і перешкоджає адаптації до життя з досвідом онкологічного захворювання. Додатково SCPM визначає соціальні обмеження як центральну причину небажання онкопацієнтів говорити з оточенням про свої проблеми. Також відомо, що приховування занепокоєння, пов'язаного з FCR, від свого партнера (захисна буферність) і відчуття, що партнер не реагує на таке розкриття (соціальне обмеження), впливають на підвищення рівня FCR [220].

Аспекти Теорії невизначеності хвороби (англ. Theory of uncertainty in illness) передбачають, що невизначеність впливає на рівень FCR, і її підживлює брак інформації про перебіг захворювання та пов'язані симптоми та невизначеність результатів його лікування. Інтеграція невизначеності у своє життя, так само як і побудова нового напрямку його розвитку, вважаються важливими для адаптації до діагнозу. Однак деякий ступінь невизначеності щодо рецидиву притаманний онкозахворюванню загалом, але не у всіх онкопацієнтів спостерігається дисфункційний FCR [184]. Дослідження використання теорії невизначеності хвороби щодо FCR для пацієток у ремісії РМЗ чи раку яєчників

продемонстрували зниження рівня FCR, яке супроводжувалося зменшенням невизначеності, однак взаємозв'язок не був доказаний статистично [172].

Модель здорового глузду (англ. The Common Sense Mode, CSM) передбачає, що при стиканні з діагнозом рак уявлення людини про власну хворобу складається із когнітивної та емоційної систем обробки [174]. Активація когнітивної системи щодо онкодіагнозу призводить до поведінкових реакцій, які одночасно оцінюються щодо їх користі. Поведінкові реакції, що сприймаються особистістю як ефективні, додаються до поведінкового репертуару. Однак емоційна система пересильє когнітивну, особливо в стані емоційного збудження. Виникає когнітивна помилка петлі зворотного зв'язку, через що застосовуються дезадаптивні стратегії подолання, що якнайшвидше знижують стрес. Але в довгостроковій перспективі ефективними є ті поведінкові стратегії, які усувають реакції на тригери дистресу. Тож поведінкові реакції, направлені на швидке реагування, такі як постійна тілесна перевірка ознак рецидиву чи уникання інформації про рак, лише збільшують рівень FCR [193]. Модель CSM вважає важливими емоційні переживання щодо суб'єктивного сприйняття особистої схильності до рецидиву та незадоволення від власних попередніх рішень щодо лікування [175]. Онкопацієнтки з РМЗ ранніх стадій, які мали уявлення про рак як невиліковну хворобу, мали більш високі рівні FCR, ніж ті, хто вважав, що повністювилікував свій рак [184]. Проте є можливість впливати на уявлення онкопацієнта про рак, зокрема й міфи, також уявлення можуть змінюватися з часом під впливом нового досвіду та/або інформації медіа. Дослідження використання моделі CSM у психологічному коригуванні FCR вказує на зменшення тривоги і рівня FCR після відповідного психологічного втручання [171].

Розглянемо Модель саморегульованої виконавчої функції (англ. Self-Regulatory Executive Function, S-REF), яка враховує фактор розвитку тривожності, пов'язаної зі здоров'ям, і виводить цілі психологічного втручання щодо когнітивних чинників корекції FCR. Модель S-REF вводить поняття «когнітивний синдром уваги» (англ. Cognitive Attentional Syndrome, CAS), що

складається із занепокоєння та румінацій, моніторингу загрозливих симптомів, самонастороженості; тяжіння до інформації про рак, яка сприяє підсиленню тривоги, та дезадаптивних копінг-стратегій (наприклад, уникнення) [234]. Є дослідження, у яких отримано підтвердження, що навчання адаптивних копінг-стратегій, які є альтернативними застосовуваним раніше, є корисним для зменшення рівня страху [172].

Страх рецидиву раку відповідає шляхам розвитку CAS, а уявлення про те, якими мають бути думки (тобто метакогнітивні переконання), лежать в основі активації FCR. Тобто ті, хто вважає, що зміст думок впливає на одужання (наприклад, «якщо я постійно думаю про це, я не пропущу рецидив» або, навпаки, «потрібно мислити позитивно»), будуть мати підвищений FCR через наявність компонентів CAS. У дослідженні з психологічного втручання за моделлю S-REF виявлено, що дезадаптивні метакогніції (некорисні переконання) викликають і підтримують занепокоєння і прямо, і опосередковано, а застосування усвідомленості привело до значного зниження рівня FCR відразу після втручання [125].

Модель S-REF видається найбільш прийнятною до використання в нашому дослідженні за низкою причин. По-перше, вона пояснює те, що FCR радше є нормальною реакцією на досвід онкозахворювання, а не діагнозом психічного розладу. По-друге, наразі медицина не може надати гарантій одужання від раку і ймовірність рецидиву досі є значною, отже, відкинути думки про рецидив онкопацієнти не в змозі, тому корисним є зосередження уваги на посильних діях, а не на оскарженні думок. По-третє, модель S-REF пояснює збереження з часом емоційних коливань і реакцій навіть після завершення лікування в частини онкопацієнтів.

Теорія реляційних фреймів (англ. Relational Frame Theory, RFT) передбачає, що деякі онкопацієнти більш схильні до підвищення рівня FCR, оскільки їх попередній життєвий досвід містить травмивні події. RFT вважає, що використання вербальних і когнітивних процесів у спробах інтегрувати попередні події в досвід та відношення до тригерів лежать в основі нездатності

застосовувати адаптивні копінг-стратегії. Результатом стає уникнення болючих спогадів і тілесних відчуттів, які призводять до думок про рецидив [148].

Терапія прийняття і прихильності (англ. Acceptance and Commitment Therapy, АСТ) фокусується на важливості застосування адаптивних копінг-стратегій (дій) після когнітивного прийняття. Вона допомагає змінити реакції людини на зміст думок, використовуючи мову та прояснення когнітивних процесів. Основна мета АСТ – допомога у виборі тих напрямків життя, які відповідають внутрішнім цінностям, з огляду на контекст та з використанням роз'єднання емоцій та думок. Дослідження щодо використання АСТ у контексті допомоги онкопацієнтам зі змішаними діагнозами виявило, що психологічна гнучкість учасників зросла, вони навчилися більше звертати увагу на теперішнє, а не на можливі неприємності в майбутньому, якість життя та загальний психологічний настрій поліпшився [228].

На основі аналізу розглянутих моделей можна зробити висновок, що на підвищення рівня FCR впливають:

- використання дезадаптивних копінг-стратегій (наприклад, уникання);
- зосередженість на симптомах; нав'язливі думки (румінації);
- відсутність толерантності до невизначеності та брак психологічної гнучкості;
- недостатня інформованість щодо подальшого медичного супроводу та «нормальних» симптомів;
- певні когнітивні переконання стосовно небезпеки рецидивів.

Отже, було розглянуто специфіку травмивної події на прикладі онкодіагнозу, досліджено виникнення та перебіг страху повторення травмивних подій на прикладі страху рецидиву раку в онкопацієнтів у ремісії, проаналізовано відповідні теоретичні моделі, виокремлено метод вимірювання рівнів страху (низький, підвищений, високий) на основі Опитувальника страху рецидиву раку, FCRI, перелічено відомі чинники впливу на збільшення рівня страху, зокрема й медіачинник, проведено порівняння наявних психологічних програм зменшення

рівня такого страху. Проведений теоретичний аналіз уможливило обрати страх рецидиву раку для подальшого дослідження, виокремити *вибірку дослідження* – онкопацієнок-жінок, що лікувалися від раку та вийшли в ремісію від пів року тому, зокрема й онкопацієнтів, що перехворіли на рак у дитинстві, страждають на розлади особистості, орфанні типи раку та лікування з використанням таргетної чи імунотерапії.

1.3. Обґрунтування теоретико-методологічної моделі дослідження страху повторення травмівних подій

Досліджуючи закономірності розвитку психічних станів онкопацієнок у ремісії, зокрема виникнення в них страху рецидиву (повторення) раку, заплановано на основі розробленої моделі констатувального експерименту дослідити взаємозв'язок між біопсихосоціальними чинниками та виникненням певного рівня FCR у жінок. *Головною метою дослідження є* пошук нових психологічних знань про внутрішній світ людей, які стикаються зі страхом повторення травмівних подій в умовах суспільної кризи. *Додатковою метою дослідження є* уточнення, з огляду на отримані закономірності, психокорекційних цілей у психічній свідомості онкопацієнок у ремісії, на які буде направлено вплив медіа-психологічної реабілітації на формувальному етапі задля зниження рівня страху і покращення їх психологічного добробуту.

Базовим методологічним поняттям дослідження є парадигма. Ознаками парадигмального дослідження є: 1) адекватна об'єкту теоретична модель та 2) практично досліджені виявлені закономірності на великому наборі даних. Парадигма містить узагальнення, моделювання відповідно до концепції та приклади запропонованих рішень до завдань дослідження, зокрема й загальну гіпотезу та епістемологічну позицію [106].

Визначення чинників впливу на страх рецидиву раку. За біопсихосоціальним підходом до психологічних аспектів онкозахворювання передбачено, що, окрім медичних чинників, тобто особливостей перебігу хвороби і лікування, на страх повторення травмівних подій в онкопацієнок у

ремисії впливають їх макросоціальні (вплив суспільної кризи, наявна в суспільстві соціальна допомога), мікросоціальні (соціо-демографічні) та особистісні особливості. Окремо враховуємо медіачинник, тобто вплив інформації медіа щодо раку та його лікування.

Отже, нами структуровано та виокремлено такі категорії біопсихосоціальних чинників, які попередньо впливають на рівень страху повторення травмивних подій в онкопацієнтках:

1) *соціальні чинники*, які поділено на:

- *макросоціальні чинники*: вплив суспільної кризи, наявність системи соціальної підтримки;

- *мікросоціальні (соціо-демографічні) чинники*: вік, наявність сімейних зв'язків (чоловік, батьки), наявність ролей опіки (наявність дітей), рівень освіти, соціальна залученість (наявність роботи), місце проживання (оскільки ритм життя у великому місті суттєво відрізняється від життя в сільській місцевості);

2) *біомедичні чинники*: тип онкологічного захворювання та його перебіг, діагностована стадія, час, який пройшов з моменту встановлення діагнозу, і час з моменту завершення активного лікування, наявність/відсутність підтримувальної медикаментозної терапії (зокрема й гормональної) та чи зіткнулася онкопацієнтка вже з рецидивами;

3) *особистісні (індивідуально-психологічні) чинники*: тип особистості, притаманна тривожність, відношення до невизначеності (толерантність-інтолерантність), схильність піддаватись стресу; відкритість новому досвіду; тенденція до позитивного світосприйняття; копінг-стратегії, які особистість схильна використовувати для подолання труднощів;

4) *медіа чинник*: наявність в інформаційному просторі онкопацієнток медіаресурсів, які містять науково-недоказові дані, зокрема й міфи про рак, маніпуляції свідомістю на основі використання когнітивних викривлень та рекламу «альтернативних» способів лікування. Також до сприйнятності інформації з медіапростору належить схильність особистості до навіювання,

магічного мислення, відсутність критичності до переконань ззовні, використання дезадаптивних когнітивних та емоційних копінг-стратегії щодо впливу медіа.

На основі виокремлених чинників створено теоретичну схему дослідження впливу чинників на рівень FCR (Рис. 1.3).

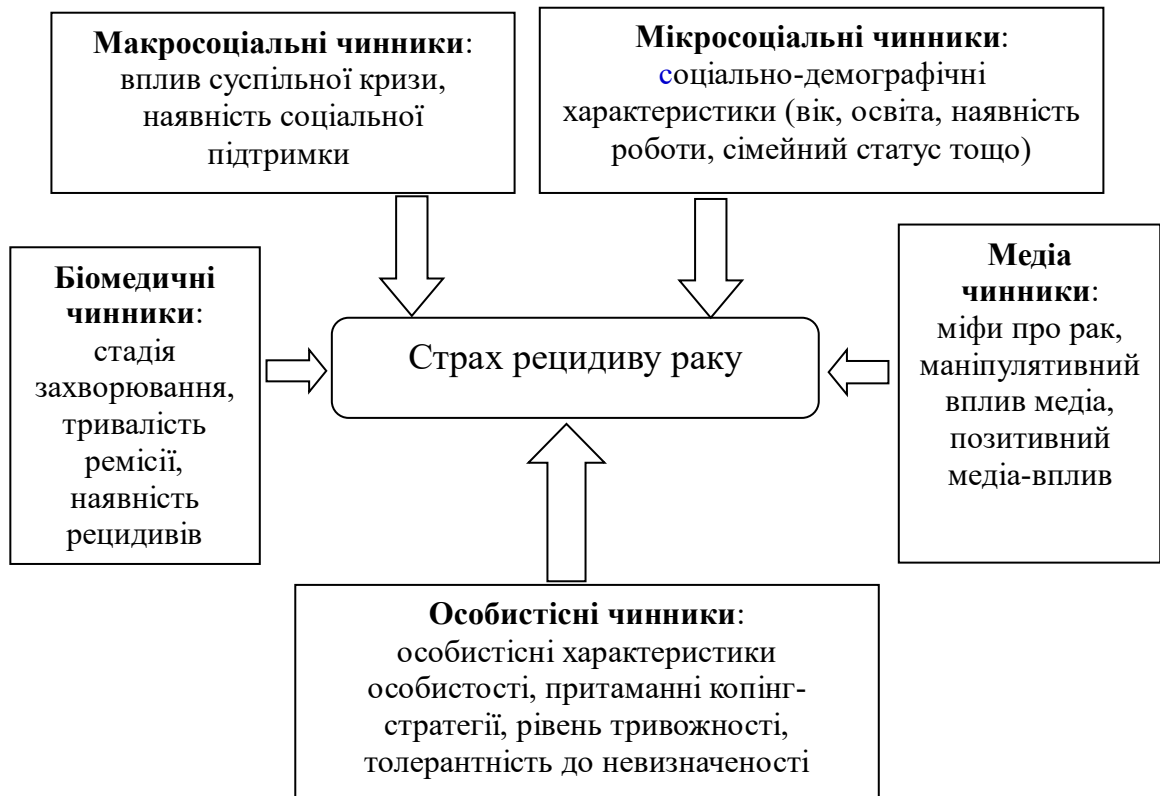


Рис. 1.3. Теоретична схема дослідження

Відповідно, у нашому дослідженні буде ретельно вивчено особистісні характеристики онкопацієнток, їх соціально-демографічні та біомедичні чинники та досліджено вплив цих показників на виникнення дисфункційного рівня страху повторення травмивних подій (онкозахворювання), який може суттєво знижувати якість життя в ремісії.

Передбачено, що наступні чинники впливають негативно, тобто підсилюють рівень FCR при їх наявності чи збільшенні їх інтенсивності (мають значущу позитивну кореляцію):

- тип онкозахворювання, більш висока діагностована стадія захворювання та рецидиви, які вже відбулися;
- наявність ролей опіки (діти, старі батьки – відчуття відповідальності не лише

за себе, страх «підвести»);

- відсутність працевлаштування (навіть підробіток або неповна зайнятість збільшує відчуття контролю власного життя);
- вживання підтримувальної медикаментозної терапії (зокрема й гормональної, що психологічно створює відчуття продовження лікування, а значить присутності хвороби);
- особистісні чинники, такі як високий нейротизм, інтолерантність до невизначеності, притаманна особистісна тривожність (схильність до «катастрофізації» та негативного погляду на життя);
- когнітивні, емоційні та поведінкові дезадаптивні копінг-стратегії, що їх використовує онкопацієнтка (які дають тимчасове полегшення, але не дають довгострокового позитивного впливу на психологічний стан);
- користування медіаресурсами, які містять не наукову інформацію та когнітивні викривлення (створюють замкнене коло проблемного стилю обробки інформації).

На противагу цьому наступні чинники, як ми передбачаємо, впливають позитивно на зниження FCR при їх наявності чи збільшенні їх інтенсивності (тобто мають значущу негативну кореляцію):

- проживання в місті з розвиненою медичною інфраструктурою (наприклад, у столиці) на противагу проживанню у сільській місцевості (місцях, де наявність якісної медичної допомоги менш доступна);
- кількість років, які пройшли з настання ремісії (передбачено, що чим більше людина в ремісії, тим більше вона заспокоюється);
- наявність системи соціальної підтримки, таких як робота, сім'я, батьки (залученість у процес, орієнтований на життя);
- особистісні чинники, такі як висока толерантність до невизначеності, оптимізм, відкритість досвіду (вміння знаходити можливості у кризових ситуаціях), сумлінність, більш високий рівень освіти та обізнаності.

Підбиваючи підсумки розглянутих теоретичних конструктів та наукових даних, зазначимо, що на життєстійкість особистості впливає притаманна їй

толерантність до невизначеності, схильність до депресії, екзистенційні переконання, попередній психотравмівний досвід, супутній вплив на життя суспільної кризи та рівень соціальної залученості і соціальної підтримки.

Теоретичне підґрунтя медіа-психологічної реабілітації. У переліку Діагностичного та статистичного посібника по роботі з психічними розладами (DSM-5) до травматичних стресорів, здатних викликати посттравматичний стресовий розлад, відмічені небезпечні для життя хвороби, і онкодіагноз належить до таких хвороб. Українські науковці, зокрема І. Мухаровська, свідчать, що онкологічний діагноз є серйозною травмівною подією, що може провокувати і посттравматичні розлади, і посттравматичне зростання [64]. Є важливим за допомогою вчасно проведених психологічних втручань сприяти онкопацієнтам перейти від посттравматичного стресу до посттравматичного зростання.

В. Зливков з колегами рекомендують проводити для онкопацієнтів як осіб, що зазнали впливу фізичної та психологічної травми, реабілітаційну програму у формі тренінгу посттравматичного зростання, що містить підвищення стійкості, кращу змогу до соціальної адаптації через переосмислення наслідків травми, зміни світосприйняття і самооцінки та створення нових цілей життя, які підвищують загальну життєву компетентність [25]. Розглядаючи життєву компетентність особистості, Л. Сохань з колегами визначає її як вміння, здатності та життєвий досвід, набуті знання, які є корисними для пручання життєвим викликам, пошуку шляхів вирішення проблем та продуктивного повноцінного життя, побудованого за індивідуальними цінностями [94].

В. Климчук у проведеному ним дослідженні стосовно хвороби коронавірус виводить закономірності щодо можливого посттравматичного зростання особистості, яку, на його погляд, суттєво знижують інтенсивні повторні переживання та спогади про травмівну подію, а у випадку, якщо відбулися негативні зміни у переконаннях, це провокує відповідні негативні думки та суттєво ускладнює можливість зростання. Однак наявність кореляцій між компонентами вказує, що в посттравматичне зростання особистості мають суттєвий внесок соціальні зв'язки та цінування позитивних моментів життя [33].

Т. Титаренко вважає зміну ставлення до факту травмівної події в житті найкращим способом покращення психологічного стану особистості. Тобто особистість має перестати відчувати себе жертвою, навчитися ставитися до травмівної події не тільки як до удару долі, який приніс страждання, а й як до вчителя, який показує приховані можливості особистості та дає поштовх до покращення себе і оточення [100].

С. Місяк доводить, що групова психотерапія є ефективним різновидом роботи з онкологічними пацієнтами, метою якої є допомога в зменшенні негативних наслідків, таких як занепокоєння, згадки про тяжкий досвід, відчуття безпомічності, збільшення способів самодопомоги, навичок та способів дій через обмін переживаннями, історіями перемог інших учасників групи і надання корисної інформації [60]. З ним згодні автори деяких іноземних досліджень, які вказують, що групове втручання є більш ефективним, ніж індивідуальне, у покращенні психологічних результатів [154].

Тему психологічної реабілітації онкопацієнтів згадано навіть у дослідженнях спеціалістів у галузі державного управління, зокрема О. Мельниченко, І. Ісаєва та Г. Мороз відзначають, що допомога онкологічним пацієнтам має містити навчання способам зниження психоемоційного напруження, поєднання індивідуальних консультацій та групової взаємодії, обов'язкову психоедукацію, психокорекцію дезадаптивних форм і стратегій реагування та поведінки, і це має покращити ефект від медичної допомоги [57].

Програми психологічної підтримки онкопацієнтів створюються і в Україні (наприклад, [30, 60, 84, 118]), і за її межами (наприклад, [150, 164, 207]).

Можна згадати розроблену В. Строяновською систему психологічної реабілітації жінок різного віку, які мають діагноз РМЗ, а саме психолого-дидактичну систему реабілітації, спрямовану на корекцію ставлення до власної онкохвороби та покращення способів взаємодії з навколишнім середовищем для кращого пристосування [98]. Однак вона розроблена для жінок із конкретним типом онкозахворювання, охоплює лише етап активного лікування та не розглядає допомогу на етапі ремісії.

Інша психокорекційна програма для онкопацієнтів, розроблена В. Березянською, розрахована на 10 сеансів, які знімають почуття страху хвороби, а головною метою цієї програми є розвиток жаги вітальності, тобто любові до життя, навчання основ піклування про себе та способів вияву емоцій, а також зміна цілей життя і покращення любові до себе [7]. Однак онкозахворювання розглядається нею з точки зору міфічних концепцій «заборони жити», які неодноразово спростовані сучасними світовими дослідженнями. Тому в цій роботі не розглядають необхідності психологічної допомоги на етапі ремісії, оскільки досягнення ремісії вважають синонімом подолання внутрішнього психологічного конфлікту, що є неправильним.

Г. Васильєва розглядає психокорекційні програми для онкопацієнток через консультаційно-єднальну модель медичної допомоги, яка полягає в лікуванні пацієнток спільно онкологом і психоонкологом. Хоча вона вірно спрямовує вплив психокорекційних програм на зменшення виявів тривоги, депресії, усвідомлення особистісного значення психотравмувальних подій, пов'язаних із хворобою, подолання песимістичності в сприйнятті прогнозу, боротьбу зі страхом рецидиву, виправлення ірраціональних переконань, формування нових цілей та відновлення соціально-рольових функцій, використання цієї моделі в умовах суспільної кризи доволі важко реалізувати, оскільки вплив воєнного стану обмежує можливості очних зустрічей з командою фахівців [14].

Деякі українські науковці розглядають досвід психологічної допомоги онкопацієнтам-дітям (наприклад, [77]). Однак реабілітація в дитячій онкології має свої особливості, оскільки реабілітаційні завдання з відновлення мають враховувати затримку розвитку відповідного вікового періоду [115, 116].

М. Красносельський із співавторами, аналізуючи наявні моделі психологічної реабілітації хворих на колоректальний рак, зробили висновок, що допомога повинна поєднувати індивідуальну та групову психологічну підтримку і хворого, і його близьких, яку будуть надавати на всіх етапах лікувального процесу [35]. Однак розглянуті в статті особливості психологічної допомоги онкопацієнтам з колоректальним раком складно застосовувати до онкопацієнтів

з іншими типами раку.

О. Кирилова з колегами, які проводили психоедукаційні та психотерапевтичні програми для онкопацієнтів, повідомляють, що після них статистично значущо підвищуються вимірювані показники якості життя, відбувається покращення емоційного рівня та зниження дистресу, і це впливає на покращення гормонального та імунного стану пацієнта, тобто фізіологічні ефекти [31].

У дослідженнях сучасних українських науковців більшість публікацій присвячено психологічним проблемам адаптації до хвороби, деякою мірою – проживання кризових станів, викликаних повідомленням про діагноз та агресивністю лікування (наприклад, [58]). Однак в українському науковому просторі мало робіт, у яких розглянуто саме етап ремісії та проблему страху рецидиву. Так, І. Мухаровська досліджувала психологічне реагування на власне онкозахворювання і виявила, що лише у $21,3 \pm 4,1\%$ пацієнтів визначалися адаптивні типи реагування в період повторного лікування, а ще в $14,2 \pm 3,5\%$ – змішано-адаптивні, отже, при повторному лікуванні (при рецидиві онкозахворювання) у $62,8\%$ досліджуваних осіб спостерігались порушення психосоціальної адаптації [64]. Це вказує на необхідність психологічної допомоги.

Однак українські науковці більш налаштовані на роботу з пацієнтами в активному лікуванні в медзакладах. В іноземних дослідженнях тема допомоги онкопацієнтам на етапі ремісії розглянута більш широко, проте зазвичай дослідження стосуються лише конкретної соціальної групи чи конкретного типу онкодіагнозу (наприклад, [171, 180, 187, 188, 194]).

Останнім часом через суспільні кризи, такі як пандемія Covid-19 з її дестабілізуючими життям локдаунами та повномасштабна війна, з'являються наукові дослідження щодо дистанційного супроводу онкопацієнтів як альтернативи роботі з ними в медичному закладі за допомогою засобів зв'язку (медіа) без очного контакту з психологом [95]. Зокрема, використовуються телемедичні засоби, завдяки чому пацієнту не потрібно особисто зустрічатися із

психологом, це економить час та зусилля, наприклад, на проїзд, що є важливим, якщо онкопацієнти живуть далеко, або перебувають територіально далеко від медичної установи, або їх можливість вільно пересуватися утруднена через виснажливе лікування чи інвалідизацію [68].

С. Уварова вказує на особливості проведення психологічної допомоги в умовах суспільної кризи, оскільки ті спеціалісти, які мають її надавати, теж переживають суспільну кризу (так званий стан спільного травмівного досвіду). Через це в умовах суспільної кризи відбувається зростання попиту на психологічну допомогу, однак можливості досвідчених спеціалістів обмежені, а волонтери зазвичай менш кваліфіковані і часом можуть більше зашкодити, ніж допомогти. Вона вважає варіантом збереження якості допомоги створення спеціалізованих програм на основі надійної методології, навчання волонтерів та належну допомогу їм у проведенні (як-то супервізії) [103].

В умовах суспільної кризи для проведення психологічної реабілітації ми плануємо використовувати медіапростір. Це є і інноваційним, і давно знаним одночасно. Так, ще майже сорок років тому Р. Стулс вбачав у медіапросторі такі умови, у яких фізично розподілені групи людей можуть працювати разом та створювати робочі середовища [223].

Сучасні українські науковці, зокрема В. Зеленін та Т. Пономаренко, свідчать, що медіапростір відкриває можливості для діяльності психологів, забезпечуючи можливість надання психологічної допомоги фізично розподіленим особам, збираючи їх в єдиному медіапросторі, наприклад, для подолання наслідків суспільної кризи [242]. Н. Череповська також згадує медіапростір як ресурс та засіб роботи з клієнтами в складних кризових ситуаціях [113]. Т. Пономаренко зазначає, що функціонал медіапростору дозволяє реалізовувати професійну діяльність психолога на новому рівні – рівні медіа, що допоможе реалізувати взаємодію групи учасників у режимі реального часу із забезпеченням безпосереднього зворотного зв'язку [82]. Однак використання медіа-психологічної реабілітації все ще є доволі новим і малодослідженим виміром психологічної допомоги.

Засобами медіа для програми психологічної реабілітації жінок зі страхом повторення травмівних подій в умовах суспільної кризи є проведення онлайн-груп підтримки, використання медіаконтенту, як-от: малюнків, схем та метафор, наочних презентацій, відео, аудіо та іншого цифрового контенту, що пояснює теми обговорення та виконання відповідних технік релаксації та розслаблення, дозволяє пройти онлайн-тести для визначення своїх особливостей і ресурсів, переглянути навчальні матеріали безпосередньо під час участі в групі. Відеоконтент має на меті змінити ставлення онкопацієнток до травмівної події (хвороби), зменшити негативний медіавплив та покращити їх самооцінку. Також плануємо використовувати засоби медіа у вигляді посилань на відеоролики в мережі YouTube, короткометражні мультиплікаційні фільми навчального змісту та надання доступу до медіаресурсу додаткового інформування та тестування. Вдало підібраний медіаконтент породжує почуття життєвої сили та мотивує людей діяти, допомагає наочно побачити свої слабкі місця, дослідити причинно-наслідкові зв'язки, розглянути альтернативи до поведінкових реакцій. Невимушений стиль перегляду психоедукаційного відео допомагає легше прийняти нові способи та стилі поведінки, а спільний перегляд медіаконтенту з подальшим обговоренням є ефективним способом зміни обмежувальних переконань та дезадаптивних копінг-стратегій.

Засади медіа-психологічної реабілітації страху рецидиву раку. Аналіз виникнення та перебігу страху повторення травмівних подій на прикладі FCR засвідчує, що цей страх спирається на когнітивні та емоційні реакції особистості на стимули та тригери, такі як обстеження в медзакладі чи інформація про рак з медіапростору. Тож для зменшення страху необхідно зменшувати використання дезадаптивних копінг-стратегій та проводити психоедукацію і навчання більш адаптивним.

Доволі важливим аспектом є опрацювання ірраціональних переконань. Так, за моделлю ірраціонального мислення, запропонованою А. Еллісом (модель мислення на базі ірраціональних переконань), певні ірраціональні переконання, на відміну від раціональних переконань, слід змінювати шляхом

цілеспрямованого втручання:

- за своєю природою ці переконання є абсолютними або догматичними і передаються у формі «повинен», «слід», «маю зробити»;
- ці переконання спричиняють негативні форми поведінки або призводять до використання психологічних захистів (таких як відкладання, зловживання ліками, моніторинг загроз та ін.);
- ці переконання призводять до негативних емоцій (наприклад, депресія, провина, гнів) і перешкоджають постановці цілей та їх досягненню [52, с. 56].

Відповідно, суб'єктивний FCR онкопацієнта суттєво залежить від його попереднього досвіду, особливо травмівного, переконань, життєвих цінностей та екзистенційного світосприйняття.

На основі аналізу теоретичних моделей виникнення FCR виокремлено такі психологічні цілі для реабілітаційного впливу:

- особистісна психологічна гнучкість, яка дозволяє людині повністю зануритися в теперішній момент (бути «тут і зараз»);
- вміння обирати таку поведінку, яка відповідає його цінностям;
- пропрацювання та інтеграція свого попереднього травматичного досвіду;
- усвідомлення відносин між подіями та стимулами, думками та емоціями;
- зміна копінг-стратегій, заснованих на уникненні, придушенні думок, мінімізації, на більш адаптивні;
- оскарження ірраціональних переконань та міфів про рак;
- зменшення зосередження уваги на собі та своїх фізичних симптомах, використання відстороненої уважності, відкладення хвилювань та техніки тренування уваги;
- подолання підвищеного емоційного збудження, коли система управління емоційним дистресом перебиває (пересилує) когнітивну систему, шляхом активації когнітивної системи, використання технік релаксації та розслаблення;
- психоедукація про когнітивні помилки мислення, адаптивні копінг-стратегії, орієнтація і на емоції, і на логіку одночасно;

- перегляд та оскарження переконань щодо оцінки загрози, зокрема й розгляд міфів про рак та критичний перегляд інформації медіа.

Досягати поставлених цілей заплановано прийомами саморегуляції емоційного стану, нормалізацією через психологічний вплив на фізичний стан (техніки гармонійного дихання, вправи тілесної терапії, релаксаційні вправи); корекцією самооцінки та усвідомлення змін ідентичності; вивченням власних сильних сторін та розвиток впевненості; зміцненням толерантності до невизначеності; переглядом ціннісних орієнтацій та постановка цілей; розширенням соціального поля спілкування; інтеграцією травмивної події у життєвий досвід, зменшенням розриву між «до» та «після»; побудовою перспективи на майбутнє; навчанням більш адаптивним копінг-стратегіям.

На основі цього нами створено концептуальну модель страху рецидиву раку (рис. 1.4). Враховано, що страх рецидиву раку має зворотний вплив на поведінку, а суспільна криза має опосередкований вплив на всі його компоненти.

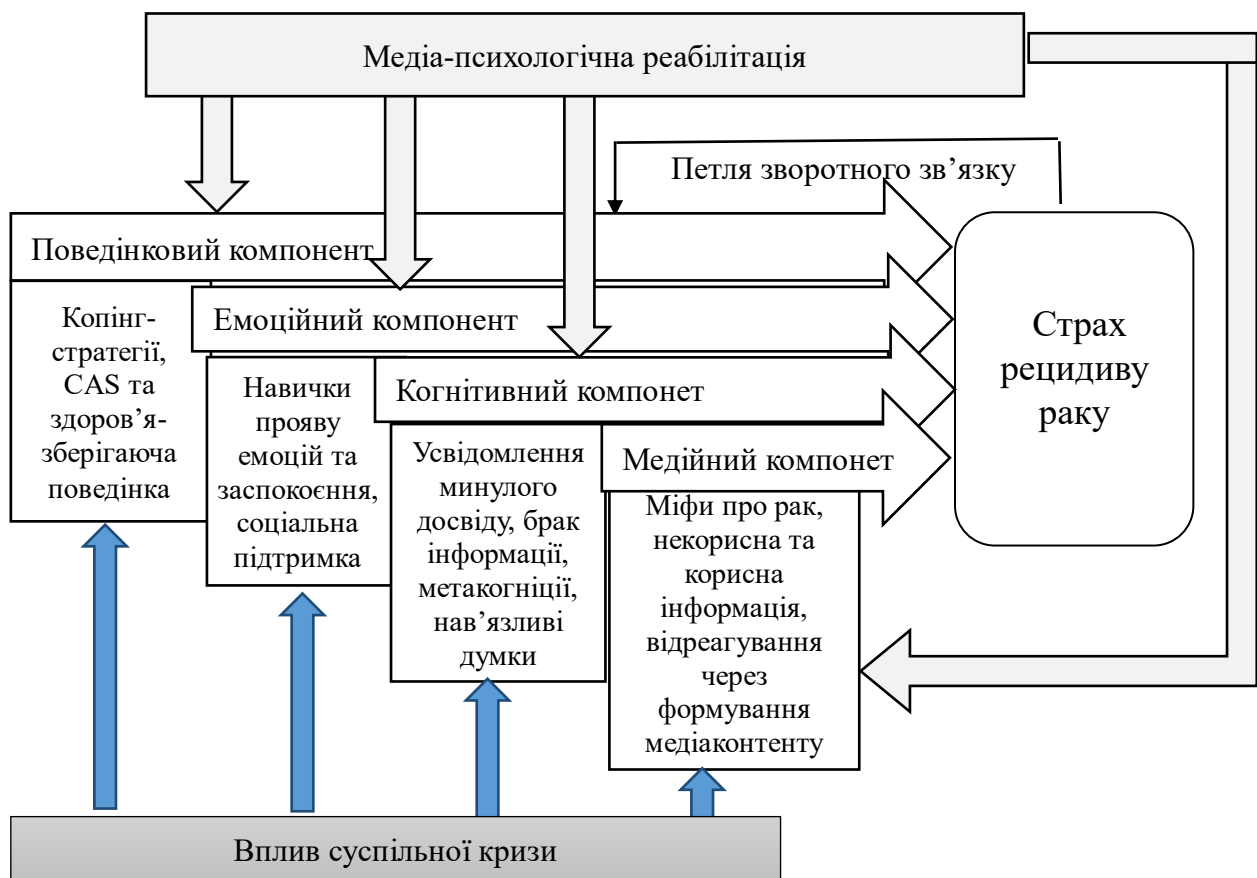


Рис. 1.4. Концептуальна модель страху рецидиву раку

Враховано вплив суспільної кризи на всі компоненти, визначена петля зворотного зв'язку між страхом рецидиву раку і поведінковими копінг-стратегіями і здоров'язберігаючою поведінкою, які обирає особистість (поведінковий компонент). До емоційного компоненту віднесено як емоційні особливості і навички особистості, так і наявна в неї соціальна підтримка, яка найбільше впливає саме на емоційне сприйняття травмивних подій в умовах суспільної кризи. Когнітивний компонент, такий як усвідомлення відношення до хвороби, наявні метакогніції (переконання), обрані цілі на основі притаманних особистості цінностей, так само має вплив суспільної кризи. Медійний компонент представлений через вплив позитивної та надлишок негативної інформації з медіапростору, обсяг якої підвищується в умовах суспільної кризи, та компенсаторний механізм у вигляді формування медіаконтенту.

Створена концептуальна модель страху рецидиву раку є підґрунтям для розробки програми медіа-психологічної реабілітації жінок зі страхом повторення травмивних подій в умовах суспільної кризи.

Підходи до проведення медіа-психологічної реабілітації. Аналіз наявних світових наукових надбань щодо зниження дисфункційного рівня FCR виявив, що більшість розглянутих теоретичних конструктів психологічних втручань спираються на когнітивно-поведінкову парадигму (Н. Burstein, Ph. Butow, J. Fardell, S. Lebel, Н. Leventhal, Н. Matthews, С.Park, S. Simard, В. Thewes, А. Wells, та інші).

Однак парадигма центрованої на особистості терапії (далі ЦОТ) за К. Роджерсом відома як ефективний підхід до психотерапії особистісних переживань, особливо при життєвих кризах [204]. Нами вбачається використання цього підходу доволі ефективним для зменшення впливу суспільної кризи та пов'язаних з нею стресових факторів, і досвід використання парадигми ЦОТ при веденні груп підтримки осіб з непростими переживаннями було описано в [181].

Принципами ЦОТ як гуманістичної терапії є: (1) орієнтованість на особистість, що стикається з травмивними подіями у своєму житті, однак є

головним експертом щодо необхідних змін; (2) емпатична та безоцінна підтримка в усіх переживаннях, через які проходить онкопацієнт, можливість бути з ним разом у переживаннях суспільної кризи; (3) конгруентність, тобто реалістичність оцінки себе та світу, а відповідно, усвідомлення реалістичності пережитого, що є важливим для позитивних змін у психологічному стані [206].

Принципи гуманістичної психотерапії розглядаються також крізь призму життєвих випробувань, наприклад, В. Франкл вважає необхідною складовою те, що особистість не повинна втрачати сенс життя навіть в надважких кризових обставинах або винайти для себе новий і реалізувати цей сенс навіть тоді, коли життя доволі обмежене [151], наприклад, онкодіагнозом.

Сучасні іноземні спеціалісти також вважають, що ЦОТ усвідомлює силу глибини відносин з психологом для онкопацієнтів і допомагає нормалізувати підвищену вразливість та емоційність пацієнтів за допомогою реляційної чутливості. Вони вважають, що досвід глибокого контакту, на якому зосереджується ЦОТ, допомагає онкопацієнтам у полегшенні взаємодії і з іншими, і з терапевтом, включаючи будь-який передбачуваний вплив [123].

Українські науковці також відзначають ефективність ЦОТ щодо зміни ставлення до хвороб. Наприклад, С. Казаков вважає, що директивний та інформаційний підходи до психологічних впливів щодо здоров'я є низько ефективними, а цілеспрямоване особистісно-орієнтоване навчання є гарною альтернативою [27].

В. Готич пропонує використовувати ідею когнітивного пристосування травмітного досвіду та перебудови уявлень про себе та світ з центрованої на особистості моделі С. Джозефа, що спирається та подовжує розвиток поглядів К. Роджерса [166]. Ця модель передбачає, що особистість використовує когнітивну обробку нової інформації, одержаної внаслідок проживання травмітної події, шляхом асиміляції в наявну модель світу. Для особистісного зростання та досягнення вищого, ніж до травми, рівня, особистість має пройти позитивну акомодацию досвіду, тобто процес зміни світогляду та перебудови Я-концепції [18].

Це продовжує ідею психологічної допомоги нормальному розвитку особистості, коли на шляху прагнення до самоактуалізації стають на заваді життєві кризи. Так, І. Булах свідчить, що розвиток особистості, за К. Роджерсом, означає динаміку процесу розвитку від відсутності усвідомлення власних проблем до повного і точного усвідомлення почуттів та потреб, що досягається терапією завдяки встановленню «допомагаючих взаємин» між психологом і клієнтом [12].

Г. Хомич розділяє психологічну допомогу онкопацієнтам на декілька етапів через створення довірчої атмосфери, у якій ті можуть безпечно досліджувати свої почуття і прийняти їх, замість того, щоб втрачати зусилля на використання захисних механізмів. Вона наголошує на тому, що з онкопацієнтом проводять роботу з переживаннями та психологічними реакціями шляхом емпатійного слухання, заохочування, приєднань, віддзеркалення, безоцінного прийняття для формування довіри та розкриття внутрішнього світу пацієнта і психологічних проблем, які були викликані онкологічним захворюванням [108]. Перелічені Г. Хомич терапевтичні техніки ЦОТ ми також вважаємо напрочуд дієвими при роботі з онкопацієнтами.

І. Мухаровська зазначає на основі аналізу результатів дослідження якості життя онкопацієнтів на різних етапах лікувального процесу, що гармонізація міжособистісних відносин та емоційної сфери є важливою для психологічної допомоги онкопацієнтам [65]. Саме на гармонізацію міжособистісних відносин, як на засіб покращення психологічного стану особистості, спирається психотерапевтичний процес у ЦОТ.

Недирективний стиль групового обговорення та фасилітація особистісних станів учасників групи також походить з ЦОТ, причому зазначена висока ефективність психотерапевтичних груп зустрічей (encounter group). Так, український академік Т. Яценко пропонує серед дієвих методів активного соціально-психологічного навчання використовувати групову дискусію [121], саме яку К. Роджерс упроваджував на своїх групах зустрічей.

Іноземні дослідження також указують, що покращення наявних

міжособистісних стосунків та створення нових, в тому разі через залучення до груп психологічної підтримки, може дозволити подолати наявне соціальне обмеження і говорити про свої переживання, таким чином обробляючи їх (ефект актора відповідно до SCPM) [220]. Ураховуючи це, для формувального експерименту в межах цього дослідження обрано використання групового формату психокорекції високого рівня FCR.

Ми обираємо використовувати когнітивно-поведінкову терапію (далі КПТ) як теоретичні конструкти для дослідження явища FCR, як конкретні механізми впливу на психологічний стан онкопацієнок та як базу для реабілітаційних вправ і практичних завдань зниження тривожності, занепокоєння та страхів.

Водночас ЦОТ створює умови для того, щоб онкопацієнт краще зрозумів себе і свої потреби та винайшов своє індивідуальне рішення власних проблем, саме тому ми обрали впровадження ЦОТ як основу реабілітаційного впливу на жінок зі страхом повторення травмивних подій в умовах суспільної кризи.

Нашим рішенням є використання парадигми ЦОТ заради:

- усунення та пом'якшення впливу стресових та травмивних подій (онкодіагнозу, психотравмивних факторів лікування, втрати здоров'я);
- підвищення розуміння себе та своїх переживань;
- підвищення самооцінки та відкритості досвіду (конгруентності);
- сприяння особистісному розвитку (самоактуалізації) та посттравматичному зростанню.

Оскільки певні техніки ЦОТ, такі як парафраз, доєднання до клієнта, підсумовування, емпатичне розділення з клієнтом переживань, якими той ділиться, були включені в КПТ 4-ї хвили, ми плануємо підтримувати тенденцію до симбіозу різних парадигм для кращої допомоги онкопацієнткам.

Отже, визначимо, що за методологічну основу дослідження ми обрали інтегративне поєднання ЦОТ та КПТ парадигм з використанням медіа.

Підсумовуючи теоретичний аналіз, проведений в цьому розділі, перелічимо компоненти, що будуть використані для створення програми реабілітації наслідків кризи, спричиненої онкозахворюванням.

Розроблена нами концептуальна модель страху рецидиву раку містить поведінковий, емоційний та когнітивний компонент впливу, а також медіакомпонент, ураховує додатковий вплив суспільної кризи і створює основу розробки психологічного втручання, яка дозволить якісно проводити психологічну реабілітацію з використанням засобів медіа.

Ми вважаємо доцільним спиратися на Модель дуального процесу в психонкології, оскільки коливання між двома процесами життя визначаються нею для балансу ресурсів особистості та здоров'язберігаючої поведінки: 1) між процесом, який орієнтований на боротьбу з онкозахворюванням, зокрема й горювання за втраченим здоров'ям та можливостями, і 2) між процесом, спрямованим на відновлення життя. Відповідно до неї є корисним екологічне вираження власних емоцій та збільшення діапазону копінг-стратегій, оскільки з деякими аспектами переживань краще розбиратися емоційно (наприклад, з фактом втрати здоров'я), а інші переживання краще вирішувати проблемно-орієнтовано (наприклад, що для збереження ресурсу необхідно відмовитися від надмірних навантажень).

Звертаючись до психосоціальних аспектів реабілітації, ми вважаємо за доцільне використати перегляд цінностей та окреслення відповідних життєвих цілей для відновлення бачення власного майбутнього життєвого шляху. Відновлення можливості до здійснення відповідних життєвих виборів вбачається забезпечити за рахунок підвищення відповідальності за власне життя, окреслення меж доступного контролю, зміни фокусу автобіографування та врахування змін ідентичності. Відповідно до цього ми плануємо обговорення компетенцій та вмінь, необхідних для забезпечення здоров'язберігаючої поведінки особистості в ремісії онкозахворювання.

Негативний медіавплив передбачено нівелювати психоедукацією, конфронуванням власних некорисних переконань (оскарженням) та обговоренням наявних науково-доказових рекомендацій з покращення способу життя для зниження ризику рецидиву раку, що підвищить здоров'язберігаючу компетенцію онкопацієнтів. Зокрема, ми визначилися, що необхідно обов'язково

додати до розроблюваної програми психологічного втручання наукове спростування міфів про рак та подальше обговорення з учасниками ставлення до них.

Корисним є створення медіаресурсу психоедукації та просвіти з психологічною інформацією з питань психоонкології для збільшення частоти надання відповідей на пошукові запити онкопацієнтів на науково обґрунтовану та корисну інформацію. Опосередкований вплив тематичного медіаресурсу дозволить частково знизити помірний рівень FCR в онкопацієнтів, сприятиме поширенню наукових знань, зменшенню розповсюдженості в онкопацієнтів магічного мислення та покращенню їх психоемоційного стану.

Підбиваючи підсумки, зазначимо, що методологічним підґрунтям вивчення взаємозв'язку між біопсихосоціальними чинниками та виникненням певного рівня FCR у жінок у ремісії онкозахворювання є розроблена нами теоретична схема дослідження. На емпіричному етапі дослідження будуть отримані дані щодо закономірностей та уточнені психокорекційні цілі впливу програми медіа-психологічної реабілітації.

Висновки до першого розділу

З метою реалізації першого завдання дисертаційного дослідження було здійснено теоретичний аналіз наукових джерел щодо психологічної реабілітації наслідків травмівних подій та виявлено низку розрізнених напрацювань щодо напрямків психологічної допомоги особистості в умовах суспільної кризи, зроблено деякі узагальнення, а також синтезовано визначення «страху повторення травмівних подій» та «медіа-психологічної реабілітації». Психологічна реабілітація подеколи використовується для створення умов посттравматичного зростання, проте питання надання комплексної допомоги жінкам зі страхом повторення травмівних подій залишається відкритим.

Порівняльний аналіз наукових джерел засвідчив, що суспільні кризи впливають на психологічний стан, а подолання залежить від притаманних особистості копінг-стратегій. Деякі вчені звертають увагу на сучасний медійний простір одночасно як на джерело, так і на засіб впливу на психологічний стан людей. Інші розглядають вплив суспільної кризи та їх наслідки для особистості. Більшість із них згодні, що індивідуальні чинники та відмінності ситуації, у якій перебуває особистість, суттєво змінюють вплив наслідків травмівної події.

Щоб докладно дослідити чинники впливу на страх повторення травмівних подій ми обрали окрему категорію осіб, що мають такий страх, а саме онкопацієнток у ремісії з високим рівнем страху рецидиву раку. Жінки зазвичай мають більш виражений рівень дистресу і більший рівень реакцій на травмівні події, отже, FCRу них передбачувано буде вищим, ніж у чоловіків.

З огляду на світові напрацювання для вимірювання рівня страху рецидиву раку обрано Опитувальник FCRI у вигляді самозвіту, який має скринінгову версію FCRI-SF. Створення української версії Опитувальника FCRI на основі англійської версії та її валідація необхідні для виявлення тих онкопацієнтів у ремісії, яким потрібна першочергова психологічна підтримка. Попередньо виявлено, що FCR у онкопацієнтів може мати *три рівні сформованості*: низький (функціональний), середній (підвищений) та високий (дисфункційний).

Було систематизовано наявні теоретичні моделі, що описують страх рецидиву раку, та обрано визначення «страх, занепокоєння або тривога, що рак

може повернутися чи виникнути в тому самому органі або іншій частині тіла». Сучасна наука відходить від лінійних моделей та механістичного погляду на пристосування людини до онкозахворювання, тому Модель дуального процесу в психоонкології видається доволі перспективною.

На основі аналізу контенту медіапростору ми виявили, що медіапростір України перевантажений сумнівною інформацією щодо міфічних причин виникнення та лікування раку, що впливає на здоров'язберігаючу поведінку онкопацієнтів. Враховуючи це, нами створена концептуальна модель перебігу страху рецидиву раку, яка має чотири компоненти, де до традиційних складових (когнітивна, емоційна, поведінкова) додається четверта – медіа. Враховано, що страх рецидиву раку має зворотний вплив на поведінку, а суспільна криза мають опосередкований вплив на всі його компоненти.

Виявлено, що більшість теорій психологічного впливу на страх рецидиву раку походять з КПТ та містять: оцінку загрози здоров'ю на основі наявних переконань, оцінку власної можливості дати відсіч загрозі, вплив внутрішніх (попередній травмівний досвід) і зовнішніх (суспільна криза) подій та формуванням відповідних реакції на загрозу. Однак психологічна реабілітація має враховувати теорію соціально-когнітивної обробки, виникнення екзистенційних питань та потребу в прийнятті, для чого найбільш ефективним є персоналізований підхід. Тому ми обрали ЦОТ за основний підхід до проведення психологічної реабілітації, а техніки КПТ будуть використані для психологічної корекції. Отже, буде використано симбіоз парадигм ЦОТ та КПТ для підвищення реабілітаційного впливу.

За результатами теоретичного аналізу нами були визначені чинники розвитку підвищеного рівня страху рецидиву раку: мікросоціальні (соціо-демографічні) і макросоціальні (вплив суспільної кризи та наявність соціальної підтримки суспільства); біомедичні; індивідуально-психологічні (особистісні); та медіачинник, зокрема й наявні в медіапросторі міфи про рак.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЧИННИКІВ СТРАХУ РЕЦИДИВУ РАКУ У ЖІНОК

У другому розділі відображено організаційні і методологічні засади та подано аналіз результатів емпіричного дослідження страху рецидиву раку в онкопацієнок у ремісії та чинників впливу на розвиток досліджуваного феномену. Наведено етапи та результати адаптації та валідації Опитувальника страху рецидиву раку FCRI та його короткої скринінгової форми FCRI-SF, виведено порогові рівні дисфункційного страху для обох опитувальників, а також проведено статистичний кореляційний та регресійний аналіз зв'язку біопсихосоціальних чинників особистості та її рівня страху рецидиву раку в умовах суспільної кризи. Докладно досліджено медіавплив та виявлено вагомні чинники впливу інформації з медіапростору на психологічний стан онкопацієнтів.

2.1. Матеріали та методи дослідження чинників впливу на рівень страху рецидиву раку у жінок

Об'єктом дослідження обрано страх повторення травмивних подій у жінок в умовах суспільної кризи, який ми будемо досліджувати на прикладі страху рецидиву раку в онкопацієнок, що перебувають у ремісії.

Аналіз методичної бази дослідження чинників впливу на страх рецидиву раку в онкопацієнок в ремісії в умовах суспільної кризи виявив відсутність надійного і валідного інструментарію для діагностики означеного феномену. Це можна пояснити тим, що страх рецидиву раку є відносно новим і мало вивченим явищем, оскільки лише останні десяток років онкологія досягла того рівня, що більшість онкопацієнтів виходять у ремісію. Стійкої ремісії (від пів року) досягають ще менше пацієнтів, і тому в психоонкологічній практиці (і у вітчизняній, і у світовій) не так багато інструментів для вимірювання відповідних критеріїв.

Дослідження психологічних станів онкопацієнтів та їх ставлення до власного онкологічного захворювання проводила низка вчених, наприклад, [6, 10,

41, 128, 145, 162, 200]. Доволі глибоко розглянуто вплив соціальних і пов'язаних з лікуванням чинників на якість життя онкопацієнта, наприклад, [36, 65, 84, 131, 137, 160, 168]. Водночас досліджень індивідуальних характеристик онкопацієнтів, які, можливо, впливають на рівень FCR, недостатньо, наприклад [201].

Під час здійснення констатувального та формуального експериментів цього дослідження ми використовували загальні методологічні принципи до вивчення чинників впливу на страх рецидиву раку в онкопацієнток у ремісії – **принцип** структурності, принцип системності й послідовності, принцип детермінізму, принцип причинності, принцип взаємозв'язку зовнішніх і внутрішніх факторів, принцип об'єктивності, принцип розвитку, принцип єдності психіки і діяльності, принцип ретельності й регулярності та принцип гуманізму. Ці принципи зумовили підбір та розробку діагностичного інструментарію дослідження чинників впливу на рівень страху рецидиву раку в онкопацієнток у ремісії в умовах суспільної кризи.

Розкриваючи сутність перерахованих принципів, зазначимо, що *принцип структурності* походить від системного підходу і визначає, що ми маємо створити таку методику дослідження, яка уможливить визначити взаємозв'язок усіх чинників та взаємний вплив їх на страх рецидиву раку, тобто розглянути загальну структуру та її складові. *Принцип системності й послідовності* передбачає вивчення об'єкта дослідження загалом, впливу його окремих компонентів та наявність внутрішніх зв'язків між ними. Це допоможе не лише констатувати рівень, а й прогнозувати подальший перебіг феномену страху рецидиву раку в онкопацієнток.

Принцип детермінізму констатує, що психіка особистості визначається способом та перебігом її життя (та наявних життєвих криз) і змінюється з його зміною. Це орієнтує нас на пошук причин, умов і факторів виникнення та перебігу певних психічних явищ, не задовольняючись тими чинниками, які лежать на поверхні, і, можливо, приховують чи опосередковують інші, більш вагомі явища чи умови відповідно до *принципу причинності* [110]. *Принцип*

взаємозв'язку зовнішніх і внутрішніх факторів вимагає ретельного дослідження чинників, які різною мірою (негативно чи позитивно) впливають на зміни страху рецидиву раку в онкопацієнток у ремісії, враховуючи, чи ці чинники є зовнішніми у відношенні до суб'єкта, чи внутрішніми. Це визначає, які чинники можна змінити, а вплив яких доведеться враховувати та опрацьовувати додатково.

Принцип об'єктивності визначає обґрунтованість висновків експерименту завдяки достатній кількості матеріалу, валідності підібраних методик, адекватно використаного апарату математичної статистики та перевірки отриманих результатів декількома методами.

Також важливим є *принцип розвитку*, який визначає людську психіку як таку, що постійно розвивається, формується під впливом вирішення нових завдань та ускладнення взаємодії з навколишнім світом, зокрема й подолання життєвих криз; та *принцип єдності психіки і діяльності*, який визначає психіку як продукт діяльності особистості як способу її життя, реакцій на емоційні та когнітивні подразники, що вимагають від неї освоєння нових навичок на шляху самореалізації, пристосування до змін життя.

Водночас *принцип ретельності і регулярності* вказує на потребу психологічно супроводжувати онкопацієнтів на всіх етапах їх пристосування до життя з травмівними наслідками онкозахворювання. А *принцип гуманізму*, головне положення якого в повазі до особистості, вірі в її внутрішні ресурси подолання, підтримки за будь-яких умов, незважаючи на те, через що особистість зараз проходить і як на це реагує, – ми використовували як основний при побудові взаємодії з учасниками дослідження.

Отже, ми маємо виявити саме ті фактори, що визначають рівень FCR, а також передбачити, спрогнозувати і віднайти найбільш оптимальні шляхи впливу на нього. На цьому шляху ми спираємося на наукові факти, які будуть одержані емпіричним (дослідним) шляхом. Об'єктивність отриманих наукових фактів, тобто їх незалежність від нашої суб'єктивної думки чи позиції вченого, визначає вибір концептуальної моделі, визначення вибірки дослідження, збір біопсихосоціальних відомостей учасників за допомогою стандартизованих

достовірних методик (тестів та опитувальників), статистична обробка та аналіз отриманого масиву даних, моделювання закономірностей, формувальний експеримент та перевірка результатів.

Метою констатувального експерименту є проведення емпіричного дослідження взаємозв'язку (кореляції та впливу) між рівнем FCR в учасниць дослідження та біопсихосоціальними чинниками українських онкопацієнок в умовах суспільної кризи.

На основі зібраних у констатувальному експерименті даних сплановано конкретизувати та описати виникнення, перебіг та зміни страху рецидиву раку в онкопацієнок в Україні, визначити рівні FCR, які є функціональними (низькі), підвищеними (середні) чи дисфункційними (високі), тобто визначити критерії і розробити показники оцінювання рівнів FCR та визначити рівень сформованості вказаної категорії в учасниць експерименту.

Наше дослідження проведено в чотири етапи протягом чотирьох років (2020–2024 рр.): організаційно-прогностичний етап, змістовно-процесуальний етап (який складався з двох частин: констатувального і формувального експерименту), аналітико-конкретизуючий та узагальнювальний етапи.

I. Організаційно-прогностичний етап проведено в 2020–2021 рр. Він виявив стан досліджуваної проблеми, привів до осмислення феномену та формулювання мети дослідження, уможливив окреслити завдання експериментальної роботи та теоретичні основи розробки програми медіа-психологічної реабілітації жінок з дисфункційним рівнем FCR.

II. Змістовно-процесуальний етап проведений протягом 2021–2022 та 2022–2023 рр. та складався з двох частин. Перша частина стосувалася проведення констатувального експерименту, що дав можливість виявити статистичну інформацію щодо рівня FCR в українських онкопацієнок та зробити висновки, що більшість з них потребує психологічної реабілітації для зменшення наслідків травмівних подій. Також було виявлено початковий (вхідний) рівень FCR онкопацієнок, що були задіяні у формувальному етапі й були розподілені рандомно на участь у контрольних та експериментальних

групах. Друга частина змістовно-процесуального етапу містила формувальний експеримент, а саме впровадження авторської програми медіа-психологічної реабілітації ConquerFear-UA у малих групах онлайн. Констатувальний і формувальний етапи залучали застосування взаємодоповнювальних методів анкетування й тестування учасниць за розробленою структурою дослідження та були проведені в умовах суспільної кризи.

III. Аналітично-конкретизуючий етап (2023 р.) містив аналіз отриманого експериментального матеріалу та його статистичну обробку; побудову графіків, таблиць; виявлення значущих закономірностей; оцінку валідності та узгодженості Опитувальника FCRI; виявлення значущих кореляційних зв'язків щодо феномену FCR; статистичного доведення не випадкової відмінності результатів психологічного втручання в експериментальних і контрольних групах; порівняння отриманих даних з метою і завданнями дослідження та з поставленими цілями; формулювання попередніх висновків.

IV. Узагальнювальний етап (2023–2024 рр.) нашого дослідження дав можливість провести аналіз всіх отриманих результатів, формулювання остаточних висновків; перевірку гіпотези та корегування припущень відповідно до отриманих результатів; оформлення й опис етапів впровадження дослідження та результатів проведення експерименту (розробленої методики ConquerFear-UA).

Дослідження проведено шляхом розміщення запрошення через Інтернет у соціальній мережі Facebook та Instagram у соціальних групах взаємопідтримки онкопацієнтів. Учасниці переходили за посиланням і заповнювали онлайн Анкету учасника дослідження і відповідні опитувальники шляхом самозвіту.

Базою дослідження стала 201 онкопацієнтка. Учасниці погодилися відповісти онлайн на питання опитувальників, що проходили лікування від онкозахворювань різного типу від 0,5 до 22 років перед тим, мали різні стадії прогресування (від I до IV), частина з яких (7,5%) вже зіткнулася з рецидивом, причому більшість (63,2%) приймала підтримувальну медикаментозну терапію. Середній вік учасниць склав $45,63 \pm 8,84$ років, в середньому вони перебували

близько 2,5 років у ремісії.

Як емпіричні використано методи експертних оцінок, анкетування та тестування, заповнення опитувальників шляхом самозвіту, клінічне інтерв'ю за О. Кернбергом. Головні принципи організації емпіричного дослідження змішаного типу допомагають визначити необхідну пропорцію комбінування кількісних та якісних методів оцінки та базуються на ретельному визначенні напрямку дослідження; оцінці ролі загально використовуваних та спеціально розроблених компонентів дотриманні всіх методологічних допущень використовуваних методик та залучення максимально доступної кількості даних [101].

Методи математичної статистики використано для узагальнення отриманих результатів: описові статистики, кореляційний аналіз зв'язків за критеріями Спірмена, Пірсона та Тау-в Кендалла, регресійний аналіз Дарбі–Уотсона, досліджувалась альфа Кронбаха для всіх шкал валідованого опитувальника. Еквівалентність груп проаналізовано з використанням t-критерію Стюдента для незалежних вибірок та критерію Манна–Уїтні. G-критерій знаків використано для перевірки достовірності зниження рівня страху рецидиву раку в експериментальній групі. Величина ефекту для внутрішньогрупових відмінностей розрахована з використанням d Коена. Статистична обробка здійснена за допомогою пакета IBMSPSS (версія 28.0). Опрацювання результатів відбувалося після їх попереднього кодування та узгодження засобами MS Excel version 2016, там же підраховано середні значення та відсотковий розподіл за групами критеріїв.

У дослідженні використані емпіричні методи анкетування та тестування, які складають методіку дослідження взаємозв'язку рівня страху рецидиву раку та біопсихосоціальних особливостей онкопацієнтів. Операціональна модель дослідження наведена на рис. 2.1.

При виборі психодіагностичних методик для вивчення особистісних характеристик, які впливають на рівень FCR, було враховано результати теоретичного дослідження особливостей виникнення та перебігу FCR, що

висвітлені в першому розділі цієї роботи.

Для дослідження впливу індивідуально-особистісних чинників на етапі пристосування до життя в ремісії онкозахворювання буде зіставлено рівень тривожності особистості, рівень толерантності до невизначеності (низький, середній чи високий) та копінг-стратегії, які вона використовує (адаптивні, частково адаптивні, чи дезадаптивні), з виникненням у неї дисфункційних рівнів страху рецидиву раку. Також цікавим є дослідження зв'язку особистісних особливостей особистості, таких як схильність до пошуку соціальної підтримки, позитивного ставлення до життя, схильності до стресу та відкритості новому досвіду (за П'ятифакторним опитувальником особистості).

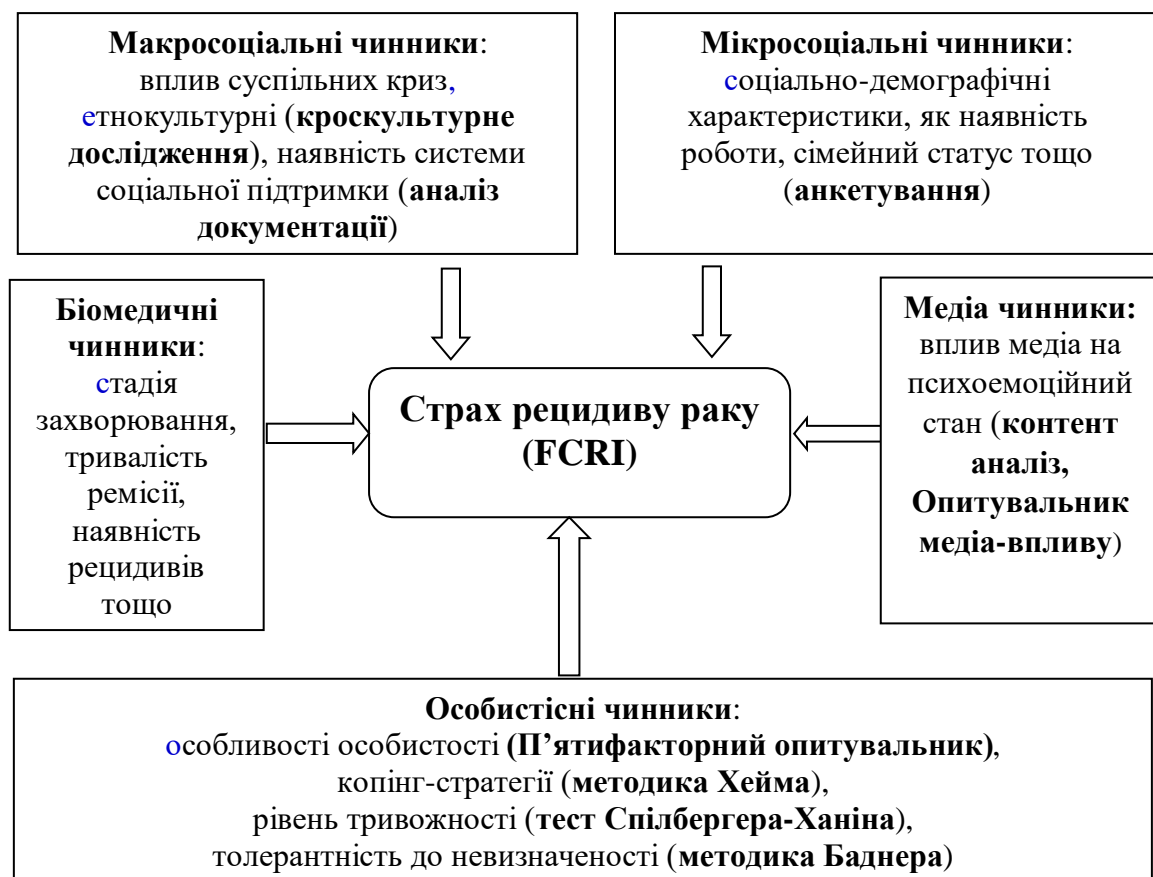


Рис. 2.1. Операціональна модель дослідження

Ми розробили Анкету учасника дослідження для збору соціо-демографічних та медичних відомостей щодо діагнозу та лікування кожної учасниці дослідження (див. Додаток 1). До анкети було додано перелік з 10 типів

онкології, найчастіше діагностованих в Україні останніми роками (згідно з даними Бюлетня Національного канцер-реєстру за 2020 рік [89]) та додано графу «Інше» для максимально комфортного заповнення учасниками.

Також спеціально для цього дослідження розроблено спеціалізований опитувальник дослідження медіавпливу для виявлення взаємодії онкопацієнок з інфопростором та ступеня впливу на їх психоемоційний стан наявної в медіапросторі інформації щодо причин виникнення онкозахворювання, способів лікування та відношення до онкопацієнтів. Десять питань опитувальника підібрано на основі проведеного в першому розділі контент-аналізу медіапростору та з метою всебічного дослідження проблематики, структуру опитувальника наведено в Додатку 2.

Для отримання даних щодо особистості учасниць використано стандартизовані тестові методики, описані нижче.

Методика *Толерантність до невизначеності С. Баднера* (англ. Tolerance Ambiguity Scale, TAS) визначає особистісну толерантність до невизначеності [134]. Версія, адаптована В. Барко для використання в Україні [5], дозволяє одночасно отримати оцінку толерантності та інтолерантності до невизначеності. Поняття толерантності до невизначеності зближується з поняттям життестійкості Мадді (hardiness), причому виявлено зв'язок з більшою самоефективністю в тих, чия толерантність до невизначеності більша. Інтолерантність до невизначеності зближується з ригідністю особистості, причому В. Барко вказує на зниження показників емоційного інтелекту з підвищенням інтолерантності до невизначеності, що виводить толерантність до невизначеності як важливу складову саморегуляції когнітивних стратегій подолання. Структуру методики Баднера наведено в Додатку 3.

П'ятифакторний опитувальник особистості дає можливість отримати «портрет особистості» на основі п'яти факторів особистісних чинників: екстраверсії, поступливості, сумлінності, нейротизму та відкритості досвіду. Було використано розроблену О. Джоном, Л. Науманом та С. Сото у 2008 році модифікацію із 44 запитань (англ. Big five Inventory, BFI 44) [165], яку учасник

заповнює як самозвіт («Про мене можна сказати, що я...»). Ступінь вияву особистісних якостей оцінюється за 5-бальною шкалою Лікерта – від 1 (якість відсутня або дуже слабо виражена – «зовсім ні») до 5 (якість виражена дуже яскраво – «повністю так»). П'ятифакторний опитувальник (BFI 44), адаптований В. Барко для використання в Україні [4], структуру наведено в Додатку 4.

Для дослідження поведінкових стратегій подолання (копінг-стратегій), які у разі зіткнення з випробуваннями використовує особистість, обрано методичку *Діагностики копінг-механізмів Хейма* (англ. BErncopingFOrms, BEFO) в адаптації В. Зливкова та С. Лукомської для використання в Україні [25, 26]. Методика, вперше використана саме для онкологічних пацієнтів в 90-ті роки минулого століття [157], уможлиблює досліджувати, які з 26 варіантів копінг-стратегій (адаптивні, частково адаптивні, дезадаптивні) за трьома шкалами – когнітивні, емоційні і поведінкові (відповідно до основних сфер психічної діяльності) – обирає особистість. Докладно структуру опитувальника див. у Додатку 5.

Для оцінки рівня особистісної (стійкої характеристики особистості) та реактивної (у реакції на події життя) тривожності особистості обрано тест *«Шкала реактивної і особистісної тривожності» Ч. Спілбергера* (англ. State Trate Anxiety Inventory, STAI) з 40 питань (по 20 на кожну шкалу) [221]. На кожне питання можливі 4 варіанти відповіді за ступенем інтенсивності реактивної тривожності («зовсім ні», «мабуть, так», «вірно», «цілком вірно») і по частоті вираженої особистісної тривожності («майже ніколи», «іноді», «часто», «майже завжди»). В Україні цю методичку використовують в адаптації та модифікації, проведеної у 1976–1978 рр. минулого століття Ю. Ханіним [107], відповідно вона має назву тест Спілбергера–Ханіна, див. Додаток 6.

Для тестування рівня страху рецидиву раку обрано *Опитувальник страху рецидиву раку* (англ. Fear of Cancer Recurrence Inventory, FCRI), який найчастіше використовується у світовій психоонкології та добре себе зарекомендував [213]. Це тест у вигляді самозвіту із 42 питань має 7 шкал: Тригери, Тяжкість, Психологічний дистрес, Порушення функціонування, Усвідомлення, Заспокоєння та Стратегії подолання. Кожен показник оцінюється за шкалою

Лікєрта в діапазоні від 0 («зовсім ні» або «ніколи») до 4 («дуже багато» або «весь час»). Чим більші бали за шкалою, тим вищий відповідний чинник FCR. Шкала Тяжкість використовується як скринінгова і має власну назву Коротка версія опитувальника страху рецидиву раку, FCRI_SF. Для проведення адаптації та валідації української версії опитувальника FCRI ми отримали дозвіл автора С. Сімарда (Торонто, Канада). Адаптація проведена для українських жінок у ремісії онкозахворювання в межах цього дослідження, результати описано нижче.

На основі теоретичного узагальнення літературних джерел підібрано найбільш ефективні для нашого дослідження методики (див. таблицю 2.1). Кожна з обраних діагностичних методик відповідає складовій чи компоненту теоретичної схеми дослідження, яка була запропонована нами у Розділі 1.3.

Характеристика результату та кореляцій для кожного опитувальника описує припущення, які ми попередньо очікуємо перевірити на етапі констатувального експерименту.

Таблиця 2.1

Опис методик дослідження чинників впливу на страх рецидиву раку в онкопацієнток у ремісії

| <i>Мета використання</i> | <i>Методологічна основа</i> | <i>Характеристика результату вимірювань та кореляцій з іншими методиками</i> |
|---|--|---|
| <i>Анкета учасника дослідження (розроблена для цього дослідження)</i> | | |
| Збір соціо-демографічних та медичних відомостей | Відомості щодо соціально-демографічних (таких як вік, сімейний стан тощо) та медичні відомості (такі як тип онкозахворювання, діагностована стадія, чи були рецидиви, тощо) | Отримані дані за категоріями планується зіставити з рівнем страху рецидиву раку для пошуку закономірностей та взаємозв'язків |
| <i>Опитувальник медіа-впливу (розроблений для цього дослідження)</i> | | |
| Дослідження медіа-впливу на психоемоційний стан учасниць | Відомості щодо взаємодії онкопацієнток у ремісії з медіапростором та ступеня впливу на їх психоемоційний стан наявної в медіапросторі інформації щодо причин виникнення онкозахворювання, способів лікування та відношення до онкопацієнтів. | Методика дозволяє визначити, наскільки суб'єктивно сприймається онкопацієнтами стигматизованість раку, присутність міфічних причин виникнення та способів лікування раку, готовність пробувати ці способи, відношення до інформації |

| <i>Мета використання</i> | <i>Методологічна основа</i> | <i>Характеристика результату вимірювань та кореляцій з іншими методиками</i> |
|---|--|--|
| медіапростору загалом | | |
| <i>Тест Спілбергера–Ханіна (STAI)</i> | | |
| Дослідження ситуативного (реактивного) рівня тривожності і особистісної тривожності | Використовується для самооцінки ситуативного рівня тривожності (20 питань для визначення реактивної тривожності як стану) і особистісної тривожності (20 питань для визначення тривожності як стійкої характеристики особистості). | Особистісна тривожність, виміряна за <i>STAI</i> , ймовірно підвищує рівень FCR. Також цей показник має корелювати зі шкалою нейротизму опитувальника BFI 44. Реактивна тривожність вказує, наскільки особа більше тривожиться в даний момент, ніж зазвичай. Передбачається тісний зв'язок з рівнем FCR. |
| <i>Методика Хейма (BEFO)</i> | | |
| Визначення притаманних особистості копінг-стратегій подолання та стилю боротьби зі стресом | Опитувальник досліджує 26 ситуаційно-специфічних варіантів копінг-стратегій, розподілених відповідно до трьох сфер психічної діяльності людини на 1) когнітивні 2) емоційні та 3) поведінкові. Кожна з стратегій відноситься до адаптивних, дезадаптивних, або частково адаптивних (корисних у певних обставинах) | Отримані в результаті три притаманних особистості копінг-стратегії для когніцій, емоцій та поведінки оцінюються з точки зору їх адаптивності. Перевірці підлягає припущення, що використання дезадаптивних копінг-стратегій підвищує тривожність та FCR. |
| <i>П'ятифакторний опитувальник (BFI 44)</i> | | |
| Визначення п'яти притаманних особистості рис, що надають структурований психологічний портрет особистості | П'ятифакторний опитувальник особистості «Велика п'ятірка у модифікації BFI44 (44 питання) виявляє основні риси особистості, що розташовані за 5 шкалами, на кінцях яких: 1. Екстраверсія – інтроверсія (шкала Екстраверсії) 2. Прив'язаність – відокремленість (шкала Поступливості) 3. Самоконтроль – імпульсивність (шкала Сумлінність) 4. Емоційна стійкість – емоційна нестійкість (шкала Нейротизм) 5. Експресивність – практичність (шкала Відкритість досвіду) Кожна шкала об'єднує групу вторинних рис особистості. Значення кожної зі шкал за сирими балами переводиться в бали від 1 до 100, низькі або високі бали вказують на притаманність учаснику | Високі бали за шкалами Екстраверсії та Поступливості вочевидь корелюють з більшою соціальною включеністю особистості, що можливо знижує рівень FCR через отримання достатньої соціальної підтримки. Є цікавим, чи буде серед учасників дослідження більшість людей з високими показниками за шкалою Сумлінність. Це може вказувати на те, що онкопацієнтки з такою рисою ймовірніше завершують лікування вдало. Високі бали за шкалою Нейротизм вірогідно корелюють з особистісною тривожністю Спілбергера–Ханіна та високим рівнем FCR. Високі бали за шкалою |

| <i>Мета використання</i> | <i>Методологічна основа</i> | <i>Характеристика результату вимірювань та кореляцій з іншими методиками</i> |
|--|--|---|
| | певних рис, середні не дають змогу визначити точно, які з вторинних рис проявляє особистість. Психологічний портрет особистості надається в кількісних характеристиках. | Відкритість досвіду вірогідно корелюють з Толерантністю до невизначеності та низьким рівнем FCR. |
| <i>Методика Баднера (TAS)</i> | | |
| Дослідження толерантності до невизначеності та інтолерантності до невизначеності | TAS дозволяє оцінити відношення людини до невизначеності – чим вона вища, тим більш виражена особистісна «життєстійкість», а саме вміння витримувати кризову ситуацію, зберігаючи успішність діяльності. Висока інтолерантність до невизначеності передбачає це прагнення до ясності і неприйняття невизначеності, а також віднесення поведінки та думок до правильних та неправильних, підвищення тривожності в ситуаціях невизначеності. | Толерантність до невизначеності та інтолерантність до невизначеності вимірюються одночасно, результат оцінюється в категоріях «низька–помірна–висока». Передбачається, що толерантність до невизначеності позитивно впливає на зниження FCR. Водночас високий рівень інтолерантності до невизначеності, можливо, передбачає ймовірність високого рівня FCR. |
| <i>Опитувальник страху рецидиву раку, FCRI (адаптований для цього дослідження)</i> | | |
| Дослідження рівня страху рецидиву раку і супутніх питань | Опитувальник у вигляді самозвіту із 42 пунктів, який складається з 7 шкал: Тригери, Тяжкість, Психологічний дистрес, Порушення функціонування, Усвідомлення, Заспокоєння та Стратегії подолання. Цей опитувальник базується на когнітивно–поведінковій концептуалізації FCR. Шкала Тяжкість використовується у якості скринінгової. | Рівень страху рецидиву буде оцінюватися загалом, по всіх пунктах опитувальника, та за шкалою Тяжкість. Шкала Стратегії подолання має вказати на застосування дезадаптивних копінг-стратегій, тож необхідно дослідити взаємозв'язок результату з методикою Хейма. Шкала Усвідомлення вказує наскільки реалістично людина оцінює свої переживання |

Валідність сформованого банку методик для дослідження впливу біопсихосоціальних чинників на страх рецидиву раку в онкопацієнток у ремісії перевірено в пілотному дослідженні в репрезентативній вибірці з 51 учасниці різного віку та соціальної приналежності, з різними типами раку на різних стадіях. Достовірність методичного інструментарію підкріплена методом

«поперечних зрізів» у ході повторних досліджень та відповідного аналізу, що відображено у відповідних наукових статтях [46, 48], та підтверджує можливість використання банку методик у наукових дослідженнях, які стосуються проблеми страху рецидиву раку.

Дизайн дослідження. На базі соціальної мережі Facebook з використанням засобів медіа сплановано проведення психодіагностичного дослідження жінок у ремісії онкозахворювання щодо визначення притаманних ним рівнів FCR та чинників, які, за гіпотезою дослідження, впливають на його рівень (констатувальний етап, $n=120$).

Наступним етапом заплановано проведення дослідження щодо змін у рівнях FCR між показниками, виміряними до та після проходження розробленої програми медіа-психологічної реабілітації жінок зі страхом рецидиву раку (формувальний етап). 120 онкопацієнток констатувального етапу заплановано рандомно розподілити на дві групи по 60 осіб – експериментальну групу ($n_1=60$) та контрольну групу ($n_2=60$).

Для створення українськомовної версії Опитувальника страху рецидиву раку, FCRI, заплановано проведення підготовчого етапу дослідження, на якому необхідно перекласти українською англomовну версію FCRI, виконати її адаптацію та провести валідацію на вибірці з 200–300 учасниць ($200 < n_v < 300$).

Відповідно до завдань дослідження психодіагностичні процедури мають бути проведені після отримання інформованої згоди від учасниць, дані зберігатися в знеособленому форматі, до участі в дослідженні мають бути допущені онкопацієнтки, які завершили активне лікування раку більше ніж пів року тому.

Для формувального експерименту в експериментальній групі заповнення опитувальників проводять перед початком терапії та після останньої процедури (не пізніше, ніж за два тижні), а в контрольній групі – з інтервалом у 2,5 місяці, що відповідає проміжку часу, якій пройде між двома зрізами даних в експериментальній групі. Схематично дизайн дослідження наведено на рис. 2.2.

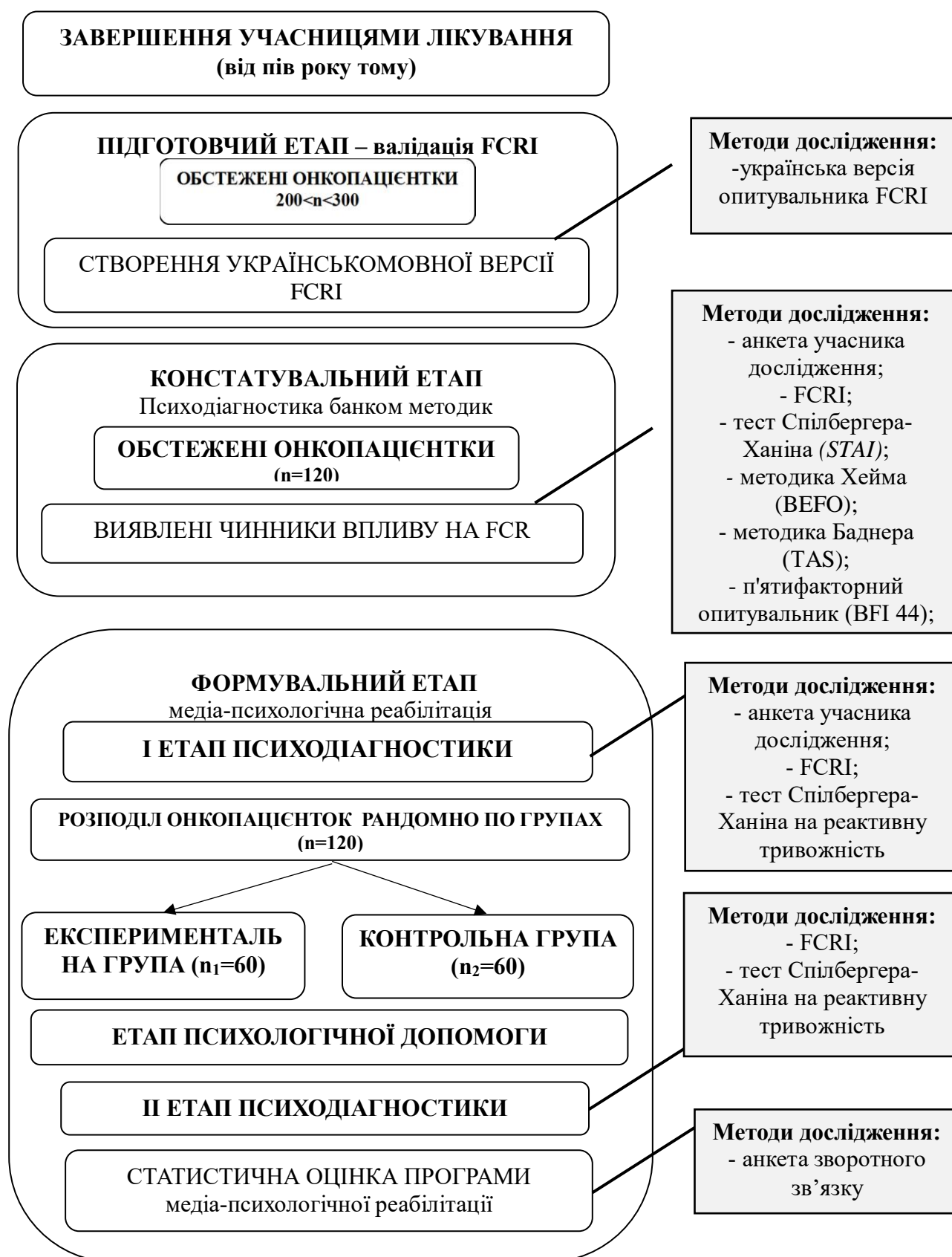


Рис. 2.2. Дизайн дослідження

За визначеним дизайном заплановано послідовно виконати етапи дослідження, статистично обробити та проаналізувати отримані дані, отримані закономірності та якісні оцінки викласти у висновках.

2.2. Адаптація та валідація Опитувальника страху рецидиву раку

Для дослідження явища страху рецидиву раку для українських онкопацієнток, а саме частоти виявлення та сили впливу на їх якість життя, необхідно застосовувати адаптовану та валідовану методику для вимірювання рівня FCR. У міжнародній психоонкології найчастіше використовують Опитувальник страху рецидиву раку, FCRI, розроблений С. Сімардом та Дж. Савардом [213]. Ми отримали дозвіл автора методики С. Сімарда (Торонто, Канада) на валідизацію, апробацію та використання FCRI в Україні.

Роботу з валідизації розпочато з перекладу з англійської мови на українську двома незалежними перекладачами, потім результати перекладу були об'єднані та переглянуті українськомовним спеціалістом з психоонкології для оцінки відповідності темі та семантиці. Затверджений варіант було перекладено зворотно англійською третім перекладачем та порівняно з оригіналом, незначні зміни запропоновано для формулювання трьох питань з 42. Найбільшу складність визначено для словосполучень «few times» та «several times», оскільки українською не зрозуміло, що суб'єктивно сприймається більшим: «декілька разів» чи «небагато». Було обрано кількісне «два–три рази» для «few times» та «декілька разів» для «several times».

Попереднє тестування сформованої першої української версії опитувальника FCRI було проведено 10 психоонкологами, що мали власну історію онкозахворювання та перебували в ремісії. Вони оцінювали чіткість інструкцій, формулювання питань та формат відповідей, за бажанням можна було надати свій варіант питання, яке здавалося нечітким, та додати ще одне питання до опитувальника. Щодо формулювань питань були запропоновані лише незначні граматичні зміни, що їх було узгоджено з перекладачем. Усі запропоновані варіанти збережено для можливих подальших адаптацій опитувальника,

наприклад, були запропоновані варіанти:

- «Що будете робити, якщо виявите рецидив? Чи є план дій в такій ситуації?»
- «Як впливають на ваш настрій думки про рецидив?»
- «Чи вільно ви можете говорити на тему рецидиву з рідними?»
- «Чи посилюються фізичні симптоми, коли ви думаєте про рецидив раку?»
- додати «свій варіант відповіді _____» до питань щодо стратегій подолання (№№34–41).

Цю інформацію прийнято до уваги, але не використано в поточній версії опитувальника.

Результати співбесіди з учасниками пілотного тестування після заповнення опитувальника вказували на те, що питання легко зрозуміти. Незначні непорозуміння викликав пункт 17. «Як довго Ви думаєте про можливість у Вас рецидиву раку?»: від «я не думаю про це» до «декілька років». Після відгуку трьох учасниць про їхні труднощі у відповіді на цей пункт, чи слід їм обирати «я не думаю про це», якщо вони думають декілька років, але не постійно, була спроба змінити варіант відповіді на «я не думаю про це постійно». Але наступні обговорення серед учасників пілотного тестування показали, що це не зняло вагань при виборі відповіді. Тож ми повернулися до дослівного англійського перекладу «я не думаю про це».

Змінена версія опитувальника FCRI була запропонована 5 онкопацієнткам у ремісії, які не виявили жодних складностей заповнення, тож цей варіант опитувальника використано на першому етапі валідації.

Перший етап валідації. Перший етап валідації Опитувальника FCRI було проведено на вибірці з 62 жінок, які взяли участь за запрошенням, розміщеним через Інтернет у соціальній мережі Facebook та Instagram у групах взаємопідтримки онкопацієнтів, та заповнили опитувальник онлайн за посиланням. Було проведено формування української версії та перевірки її на узгодженість та несуперечливість.

За допомогою програмного забезпечення з математичної статистики IBM SPSS version 28.0 було опрацьовано результати, підраховано альфу Кронбаха для

кожної з 7 шкал опитувальника і для Опитувальника FCRI загалом. Отримані дані відповідають аналогічним дослідженням авторів методики [213] та вказують на узгоджену структуру українськомовної версії (див. таблицю 2.2).

Таблиця 2.2

Статистика надійності Опитувальника FCRI за шкалами, перший етап

| Шкала FCRI | Альфа Кронбаха першого етапу тестування | Альфа Кронбаха на основі стандартизованих пунктів | N елементів |
|---------------------------|---|---|-------------|
| Тригери | 0,833 | 0,830 | 8 |
| Тяжкість | 0,652 | 0,674 | 9 |
| Психологічний дистрес | 0,793 | 0,795 | 4 |
| Порушення функціонування | 0,933 | 0,933 | 6 |
| Усвідомлення | 0,789 | 0,789 | 3 |
| Заспокоєння | 0,713 | 0,721 | 3 |
| Стратегії подолання | 0,821 | 0,820 | 9 |
| Опитувальник FCRI загалом | 0,913 | 0,912 | 43 |

Шкала Тригери оцінює вплив ситуацій зовнішнього простору, які можуть активувати страх рецидиву, наприклад, медичні обстеження чи звістка про рецидив інших пацієнтів. Шкала Тяжкість опитувальника FCRI вимірює суб'єктивний стан думок про можливість рецидиву раку та сприйняття загрози. Шкала Психологічного стресу оцінює психологічний вплив думок на FCR, а шкала Функціональних порушень – наслідки цього впливу на функціонування особистості, наприклад, думки можуть заважати робити повсякденні справи. Шкала Усвідомлення вимірює рівень критичного ставлення до інтенсивності власного страху рецидиву, шкали Заспокоєння та Стратегії подолання оцінюють частоту використання копінг-стратегій, які використовує онкопацієнт для подолання FCR.

Для перевірки впливу на валідність тексту опитувальника особливостей перекладу англійських значень «few» та «several» як «2–3 рази» та «декілька разів» було окремо проведено статистичне порівняння питань за значеннями альфи Кронбаха, в оцінці яких було їх використано – 15, 16 та 17, з трьома довільними питаннями 38, 39 та 40. Розбіжностей не виявлено, що дозволяє

вважати переклад зрозумілим та валідним (див. таблицю 2.3).

Таблиця 2.3

Результати перевірки особливості перекладу питань 15, 16 та 17

| Номери пунктів FCRI | Альфа Кронбаха | Альфа Кронбаха на основі стандартизованих пунктів | N елементів |
|---------------------|----------------|---|-------------|
| Питання 15, 16, 17 | 0,678 | 0,717 | 3 |
| Всі, крім 15,16, 17 | 0,913 | 0,912 | 43 |
| Питання 38, 39, 40 | 0,535 | 0,547 | 3 |
| Всі, крім 38,39,40 | 0,915 | 0,914 | 40 |

Також було проведено додаткову перевірку опитувальника FCRI за його парними та непарними пунктами, підрахована альфа Кронбаха виявилася статистично подібною, тож кореляція вказує на узгодженість опитувальника загалом (див. таблицю 2.4). Статистичні показники для парних та непарних питань опитувальника FCRI наведено в таблицях 2.5 та 2.6 відповідно.

Таблиця 2.4

Додаткова перевірка надійності за питаннями парними/непарними

| Розподіл | Альфа Кронбаха | Альфа Кронбаха на основі стандартизованих пунктів | N елементів |
|---------------------|----------------|---|-------------|
| Для парних питань | 0,852 | 0,849 | 21 |
| Для непарних питань | 0,808 | 0,805 | 22 |

Таблиця 2.5

Зведені статистики для парних пунктів

| | Середнє | Мінімум | Максимум | Діапазон | Максимум / Мінімум | Дисперсія | N |
|------------------------|---------|---------|----------|----------|--------------------|-----------|----|
| Середні пунктів | 1,925 | 0,806 | 2,968 | 2,161 | 3,680 | 0,453 | 21 |
| Дисперсії пунктів | 1,538 | 0,988 | 2,393 | 1,405 | 2,422 | 0,135 | 21 |
| Міжпунктові коваріації | 0,330 | -0,301 | 1,351 | 1,653 | -4,482 | 0,102 | 21 |
| Міжпунктові кореляції | 0,212 | -0,199 | 0,731 | 0,930 | -3,679 | 0,042 | 21 |

Таблиця 2.6

Зведені статистики для непарних пунктів

| | Середнє | Мінімум | Максимум | Діапазон | Максимум / Мінімум | Дисперсія | N |
|---------------------------|---------|---------|----------|----------|-----------------------|-----------|----|
| Середні пунктів | 2,136 | 0,919 | 3,081 | 2,161 | 3,351 | 0,424 | 22 |
| Дисперсії пунктів | 1,484 | 0,982 | 2,454 | 1,472 | 2,500 | 0,129 | 22 |
| Міжпунктові коваріації | 0,242 | -0,526 | 1,236 | 1,762 | -2,352 | 0,112 | 22 |
| Міжпунктові кореляції | 0,161 | -0,357 | 0,709 | 1,066 | -1,987 | 0,047 | 22 |

Можна помітити, що всі показники є статистично близькими, тож не виявлено невідповідності та неузгодженості, або питань, які б контрастували з загальною узгодженістю опитувальника, що означає можливість використання сформованої української версії опитувальника FCRI у подальшому дослідженні.

За результатами для всіх шкал опитувальника FCRI середнє квадратичне для балів, підрахованих для всіх відповідей учасниць на першому етапі валідації, відповідає нормальному розподілу, графік наведено на рис. 2.3.

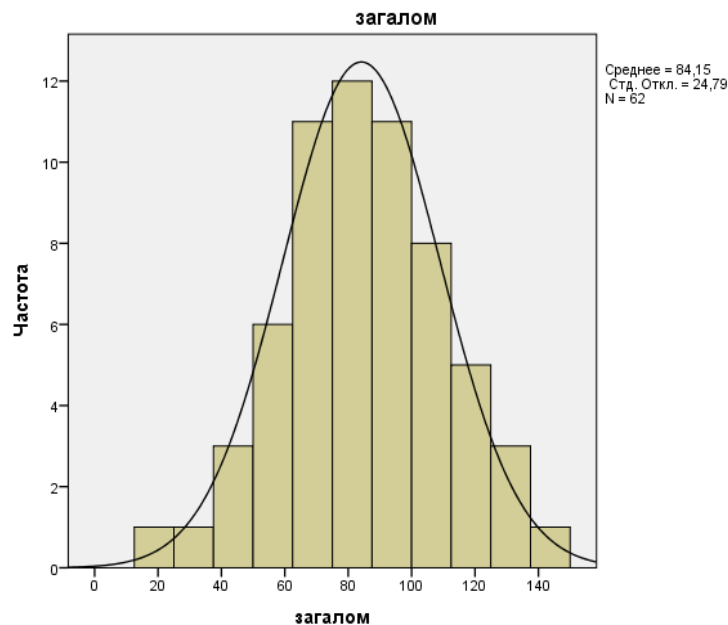


Рис. 2.3. Розподіл балів за опитувальником FCRI на етапі формування

Оскільки шкалу Тяжкість опитувальника FCRI можна використовувати як скринінгову для рівня FCR (вона має власну назву Коротка версія Опитувальника страху рецидиву раку, FCRI-SF), для неї було проведено підрахунок середнього

квадратичного окремо, який виявився не відповідним кривій Гауса, див. рис. 2.4. Це не дивно для невеликої вибірки з 62 учасниць і буде додатково перевірено на основному етапі валідації.

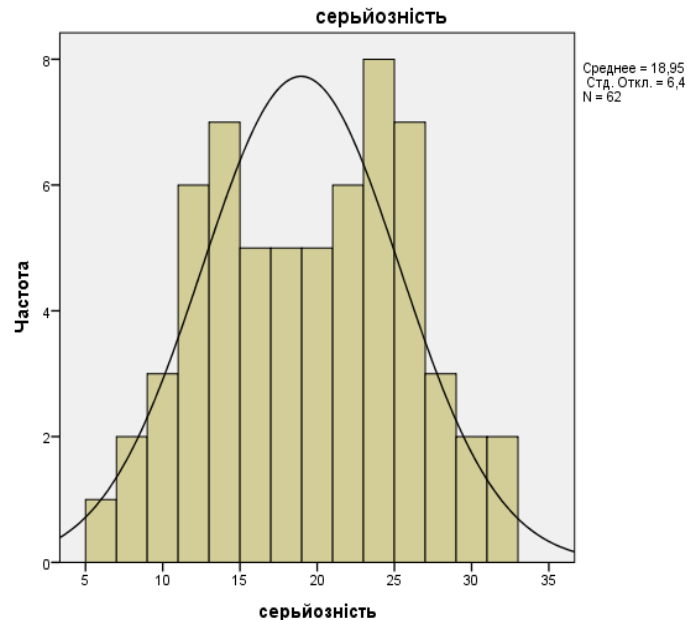


Рис. 2.4. Розподіл балів за шкалою Тяжкість (FCRI-SF) на етапі формування

Під час стажування в Університеті Тель-Авіву, Ізраїль, у Школі соціальної роботи імені Б. Шепеля, ми провели окреме крос-культурне дослідження з визначення рис особистості, які впливають на страх рецидиву раку для трьох культурних груп, які зіткнулися з онкологічним захворюванням й успішно його подолали (у стані ремісії більше шести місяців): українців, ізраїльтян та репатріантів до Ізраїлю з України [182]. Були використані такі самі методики опитування, наприклад, тест Спілбергера (STAI) на івриті був адаптований раніше [227]. Для опитувальника рис особистості (BFI 44) також було обрано аналогічну версію на івриті [211]. Методику Хейма (BEFO) ми переклали на іврит для цього крос-культурного дослідження [47].

Також для цього окремого дослідження було проведено переклад короткої версії Опитувальника страху рецидиву раку, FCRI-SF, на іврит, для чого було залучено декілька івритомовних психологів з університетів Тель-Авіву і Єрусаліму та додатково отримано згоду на створення варіанту опитувальника на івриті в автора С. Сімарда. У процесі перекладу та використання опитувальника

на івриті стало зрозумілим, що кращим варіантом є переклад «few» як «декілька разів», а «several» – як «більше, ніж декілька разів» і для версії на івриті, і для версії українською. Розробник опитувальника FCRI С. Сімард, франкомовний канадець, зауважив, що аналогічно перекладають ці пункти і французькою мовою. Тому українськомовну форму Опитувальника FCRI внесені відповідні зміни, отримано остаточну її форму (див. Додаток 7), після чого проведено основний етап її валідації.

Валідація FCRI, основний етап. Основний етап валідації на більшій вибірці досліджуваних також було проведено шляхом розміщення Опитувальника FCRI для заповнення через Інтернет у соціальних мережах Facebook та Instagram у групах взаємопідтримки онкопацієнток. Оголошення містило інформацію про можливість та умови участі в дослідницькому проєкті. Учасниці, які переходили за посиланням в оголошенні, заповнювали Анкету учасника дослідження та опитувальник FCRI шляхом самозвіту. Погодилася заповнити онлайн Опитувальник FCRI та Анкету учасника дослідження 201 жінка (N=201) з різними типами раку (див. Таблицю 2.7).

Таблиця 2.7

**Типи онкологічних захворювань учасниць
основного етапу валідації Опитувальника FCRI, %**

| Тип перенесеної онкології | Кількість учасників | Відсоток |
|---|---------------------|----------|
| Рак молочної залози | 124 | 61,7 |
| Рак шийки матки | 13 | 6,5 |
| Рак яєчників | 10 | 4,98 |
| Лімфома | 8 | 3,98 |
| Рак щитовидної залози | 7 | 3,5 |
| Рак кишківника | 4 | 1,99 |
| Саркома м'яких тканин | 4 | 1,99 |
| Лейкемія | 3 | 1,5 |
| Рак шлунка | 3 | 1,5 |
| Інші види раку | 19 | 9,4 |
| Кількість учасників, в яких більше одного види раку | 6 | 3,99 |

Учасниці мали різні діагностовані стадії, частина учасниць вже зіткнулася з рецидивом, але на момент участі в дослідженні всі вони були в ремісії від пів року до 22 років. Відповідно до вікової класифікації ВООЗ, молодий вік визначають від 25 до 44 років, середній – від 45 до 59 років, і похилий – від 60 до 75 років. Цю класифікацію ми використовуємо для розподілу учасниць за віковими категоріями. Загалом за вибіркою вік учасниць склав $45,63 \pm 8,84$ роки в середньому. За віковими категоріями ми отримали дещо нерівномірний розподіл, похилий вік представлений набагато меншою вибіркою, що частково можна пояснити меншим рівнем соціалізації людей похилого віку і меншим бажанням брати участь у будь-яких дослідженнях (знана психологічна проблема). Відомості щодо перебігу онкозахворювання і віку учасниць основного етапу валідації опитувальника FCRI зведено до таблиці 2.8.

Таблиця 2.8

**Відомості стосовно учасниць основного етапу валідації
Опитувальника FCRI**

| Показник | Градації | Відсоток учасниць |
|---|-----------------|--------------------------|
| Вік (за класифікацією ВООЗ) | молодий вік | 44,3% |
| | середній вік | 48,2% |
| | похилий вік | 7,5% |
| Років від встановлення діагнозу, в середньому | 3,51±2,61 | |
| Років у ремісії, в середньому | 2,48±3,17 | |
| Діагностована стадія | I | 26,4% |
| | II | 35,8% |
| | III | 30,3% |
| | IV | 5,8% |
| Рецидиви | Не було | 92,5% |
| | Був | 7,5% |

За отриманим від учасників масивом даних для основного етапу валідації Опитувальника страху рецидиву раку, FCRI, було проведено підрахунок статистики надійності за всіма шкалами і загалом. Результати зведено в таблицю 2.9. Значення для всіх шкал змінилися несуттєво порівняно з даними

першого етапу. Показник альфи Кронбаха за шкалою Тяжкість є дещо низьким, 0,727, і його можливо було б збільшити викресленням пункту 13. «Я вважаю, що я повністю вилікувався». Тоді альфа Кронбаха дорівнювала б 0,816. Але, по-перше, це єдиний обернений пункт в Опитувальнику FCRI, який допомагає перевірити, чи не заповнювали опитувальник механістично. По-друге, цей пункт сформований як твердження, яке атакує складову менталітету українців, що мальовничо можна описати фразеологізмом «не буди лихо, поки воно тихо», а саме ірраціонального переконання, що не можна казати, що все добре, інакше одразу стане погано. Це вияв міфічного мислення, домінування емоцій та почуттів над інтелектом і волею. Українцям притаманні несталість емоцій та настрою, швидка запальність та швидке згасання емоцій. Емоційність наповнює життя і оптимізмом, і песимізмом. Переконаність українця в будь-чому зумовлюється емоційною наповненістю того, що йому пропонується» [79; с. 3]. По-третє, на етапі проведення клінічних інтерв'ю (з частиною учасників дослідження) відповіді на питання пункту 13 започатковували обговорення, яке надавало психонкологу багато матеріалу для подальшої роботи. Тому ми вважаємо, що 13-те питання та шкалу Тяжкість загалом варто залишити в тому вигляді, як запропоновано розробниками.

Таблиця 2.9

Статистика надійності за шкалами, основний етап

| Шкала FCRI | Альфа Кронбаха основного етапу тестування | Альфа Кронбаха на основі стандартизованих пунктів | N елементів |
|--|---|--|-------------|
| Тригери | 0,846 | 0,845 | 8 |
| Тяжкість | 0,727 | 0,731 | 9 |
| Психологічний дистрес | 0,776 | 0,776 | 4 |
| Порушення функціонування | 0,913 | 0,913 | 6 |
| Усвідомлення | 0,856 | 0,856 | 3 |
| Заспокоєння | 0,712 | 0,719 | 3 |
| Стратегії подолання | 0,802 | 0,807 | 9 |
| Опитувальник FCRI, всі пункти загалом | 0,911 | 0,910 | 42 |

Значення Альфа Кронбаха для шкали Заспокоєння є найнижчим – 0,712. Можна збільшити це значення, прибравши пункт 31. «Я телефоную своєму лікарю чи іншому спеціалісту у сфері охорони здоров'я». Але шкала з двох пунктів є менш інформативною та узгодженою. Ми вважаємо, вибір учасниками відповідей для цього пункту був дещо спотворений обставинами суспільної кризи, у яких було проведено дослідження, оскільки основний етап валідації проведено після повномасштабного вторгнення в Україну, і варіанти, запропоновані в пункті 31, реально виконати в умовах війни складно. Перспективою подальших досліджень є проведення повторної валідації опитувальника після перемоги.

Середнє значення, дисперсія та значення середньоквадратичного відхилення для всіх шкал опитувальника наведено в таблиці 2.10. Ці статистичні показники можуть бути використані для оцінки та прогнозування відповідей опитуваних у майбутньому.

Таблиця 2.10

Статистичні показники відповідей за шкалами, основний етап

| Шкала FCRI | Середнє | Дисперсія | Середньоквадратичне відхилення |
|---------------------------------------|---------|-----------|--------------------------------|
| Тригери | 14,97 | 64,584 | 8,036 |
| Тяжкість | 17,61 | 69,06 | 8,31 |
| Психологічний дистрес | 6,95 | 16,838 | 4,103 |
| Порушення функціонування | 8,63 | 46,752 | 6,838 |
| Усвідомлення | 3,61 | 10,85 | 3,294 |
| Заспокоєння | 4,99 | 6,74 | 2,596 |
| Стратегії подолання | 22,86 | 47,21 | 6,871 |
| Опитувальник FCRI, усі пункти загалом | 86,24 | 627,923 | 25,058 |

Загалом по всіх шкалах опитувальника FCRI середньоквадратичне балів за відповідями учасниць основного етапу валідації наближено до нормального, графік наведено на рис.2.5.

На основі отриманого графіка розподілу можна зробити попередній висновок, що бали за Опитувальником загалом, вищі за 67, є показником підвищеного, а вище за 86 – дисфункційного рівня страху рецидиву і потребують

психосоціальної допомоги. Це буде додатково перевірено на етапі констатувального експерименту.

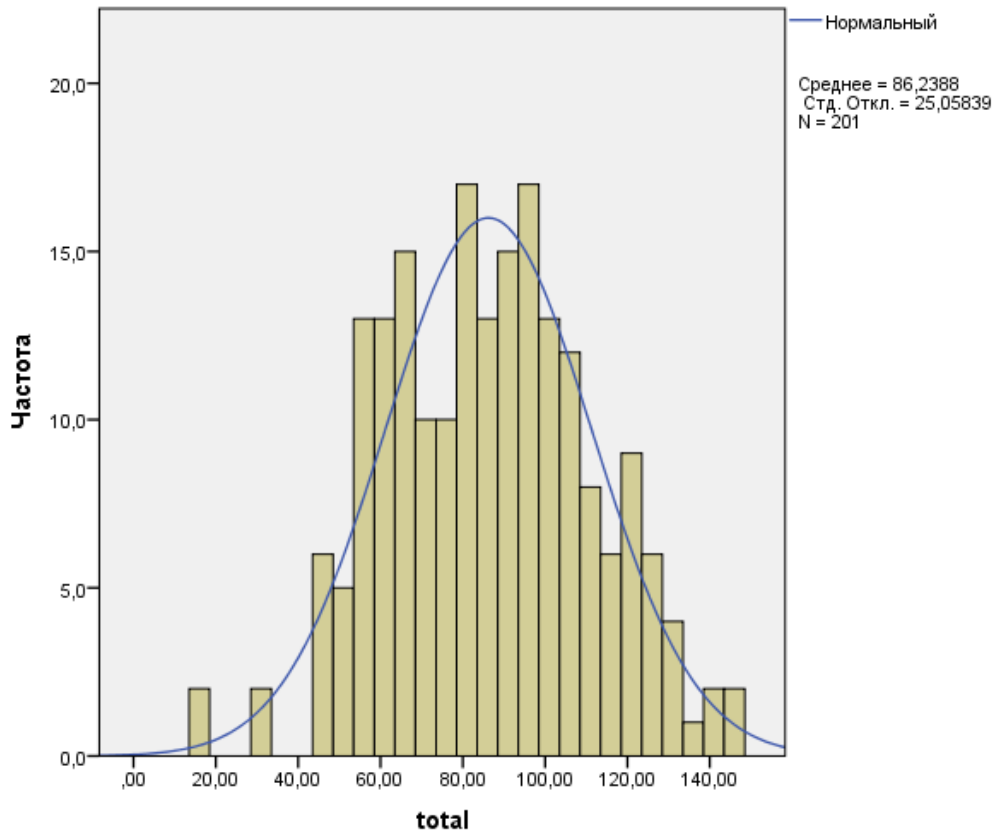


Рис. 2.5. Розподіл балів за опитувальником FCRI на етапі валідації

Шкала Тяжкість та порогове значення дисфункційного рівня FCR.

Шкала Тяжкості Опитувальника страху рецидиву раку в англomовній психоонкологічній літературі використовується як скринінгова коротка версія оцінки рівня страху рецидиву раку в онкопацієнтів і має власну назву FCRI-SF. Більш високі бали вказують на більш високі рівні FCR. Розробниками Опитувальника FCRI запропоновано вважати значення нижче за 13 за цією шкалою ознакою функціонального рівня страху рецидиву раку, значення 13–16 – підвищеним, а значення більше 16 – високим [214]. Тож розробниками порогом для клінічного рівня FCR рекомендовано значення 16 шкали Тяжкість, яке вказує на те, що в опитуваного наявний дисфункційний рівень страху. Дисфункційний рівень FCR суттєво впливає на психоемоційний стан онкопацієнтів, заважає їм нормально функціонувати та потребує психологічної допомоги [173].

Було перевірено кореляцію між значеннями загалом опитувальника FCRI

та значеннями його шкали Тяжкості на масиві відповідей для N=201, результати для різних типів кореляцій зведено в таблицю 2.11. Підтверджена кореляція значима на рівні 0,01 ** (двостороння).

Таблиця 2.11

**Кореляційні зв'язки для Опитувальника FCRI
та Опитувальника FCRI-SF (шкала Тяжкість FCRI)**

| Кореляції | Опитувальник FCRI-SF, Severity | Опитувальник FCRI, Total |
|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| Кореляція Пірсона, (двостороння) | 1 | 0,497** |
| Тау-в Кендалла (двостороння) | 1 | 0,432** |
| Кореляція Спірмена (двостороння) | 1 | 0,552** |

Грунтуючись на сильних кореляційних зв'язках між загальними показниками FCRI та шкалою Тяжкість ($r = 0,8$), ми довели в змішаній вибірці українських онкопацієнтів різного віку з різними типами та стадіями раку, що індекс шкали Тяжкість української версії Опитувальника FCRI можна використовувати як інструмент скринінгу на FCR (короткий тест) з власною назвою FCRI-SF.

При валідації Опитувальника FCRI було отримано розподілення відповідей за шкалою Тяжкості, які не відповідають нормальній кривій Гауса, а утворюють двогорбу криву, перший екстремум якої знаходиться близько 12 балів, другий екстремум – близько 22, а середнє дорівнює 17,6 (див. рис. 2.6).

На етапі теоретичного аналізу наявних наукових даних ми виявили дослідження з Канади [193] та Австралії [136], у яких зазначено, що учасники цих досліджень у середньому мали значення рівня FCR вище опублікованих авторами методики клінічного порогового значення (обраною ними на рівні 13) шкали Тяжкість FCRI у всі моменти часу. Аналіз робочих характеристик балів за цією шкалою для цих досліджень засвідчив оптимальне порогове значення більше або рівне 22. Вибірка в згаданих вище дослідженнях була вище значення 22 на вихідному етапі дослідження і змінилася на значення нижче 22 балів у своїх групах за результатами психологічних втручань протягом спостереження.

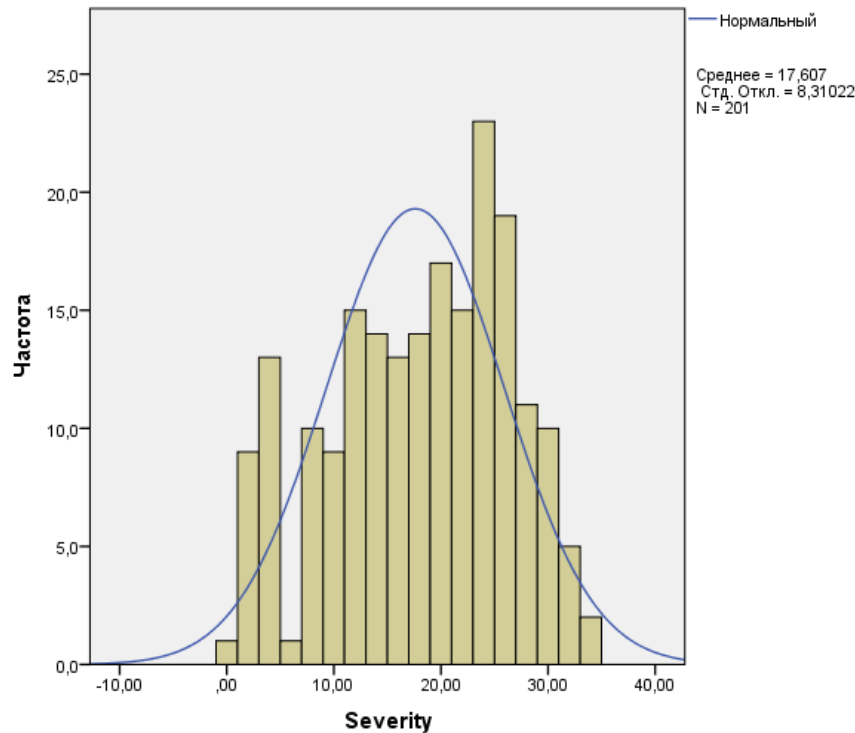


Рис. 2.6. Розподіл балів за шкалою Тяжкість (FCRI-SF) на етапі валідації

Тому в межах нашого дослідження для визначення порогового рівня ми плануємо детально розглянути та порівняти на етапі констатувального експерименту такі значення для порогового рівня дисфункційного страху рецидиву раку: 1) 16, як у розробників методики; 2) 18, отримане нами середнє етапу валідації; 3) 22, згідно з екстремумом та відомостями деяких світових досліджень щодо FCR.

Висновки щодо валідації FCRI. За результатами валідації Опитувальника FCRI на відповідях 201 української онкопацієнтки проведено оцінку отриманих даних, які вказують на його зрозумілість, докладність та легкість заповнення, отже, українська версія враховує відповідні культурні та мовні особливості.

Проведена статистична оцінка відповідей для всіх шкал Опитувальника FCRI підтвердила його внутрішню узгодженість та валідність. Тож адаптовану та валідовану остаточну версію українськомовного Опитувальника FCRI (Додаток 7), можливо використовувати на констатувальному і формуальному етапі для оцінки рівня страху рецидиву раку учасників дослідження. Також етап валідації довів, що можливо використовувати шкалу Тяжкість Опитувальника

FCRI як скринінгову методику для швидкого отримання відомостей про рівень FCR – формат короткої версії українськомовного Опитувальника FCRI-SF (див. Додаток 8). Однак питання визначення порогового значення дисфункційного рівня FCR ми залишили відкритим і плануємо повернутися до визначення порогового значення на етапі підведення підсумків констатувального експерименту.

У майбутніх дослідженнях заплановано відтворити факторну структуру англійської версії FCRI та провести валідацію опитувальника FCRI на вибірці з залученням чоловіків.

2.3. Дослідження чинників впливу на страх рецидиву раку

Вибірка дослідження. Для участі в дослідженні було розміщено оголошення в онлайн-групах взаємопідтримки онкопацієнтів та членів їх родин у соціальних мережах Facebook та Instagram. погодилися взяти участь 120 респонденток, які заповнили онлайн всі методики дослідження шляхом самозвіту у гугл-формах у зручному для них темпі, а результати зберігаються на гугл-диску дослідника. У подальшому відповіді кодувались і переводились в MS Excel, де ми проаналізували та формалізували їх за необхідністю, після чого провели підрахунок результатів за шкалами опитувальників, за потреби сирі бали переводили у дискретні або 100-бальні значення, відповідно до методики використання відповідних опитувальників. Статистична обробка отриманих результатів виконана в програмі IBM SPSS.

Від 4 респонденток не вдалося отримати відповідь за вказаними контактами. Повністю заповнили анкету і всі опитувальники 113 учасниць, частково заповнили ще три. За результатами заповнення опитувальників 2 учасниці було вилучено з вибірки, оскільки виявилося, що вони ще досі проходять активне лікування, що було основним критерієм вилучення: незавершене лікування чи перебування в ремісії менше ніж пів року (від останнього активного лікування). Тож остаточна вибірка склала 111 осіб.

Отже, у дослідженні взяли участь 111 жінок віком 23–75 років (середній

вік – $46,25 \pm 9,67$ роки), які завершили активне лікування раку різного типу та стадії більше ніж півроку тому (в середньому з моменту виходу в ремісію пройшло $2,37 \pm 2,21$ роки) і перебувають у ремісії. У середньому від встановлення діагнозу пройшло $3,69 \pm 3,83$ роки. Більшість учасниць лікувалися від раку молочної залози – 64,86%. Рецидиву не було у 89,2% учасниць, з одним чи більше рецидивом зіткнулися 10,8% учасниць. Підтримувальну медикаментозну терапію отримували 68,47% учасниць, не отримували 31,53%, тобто майже третина учасниць. Соціально-демографічні показники учасниць дослідження зведено до таблиці 2.12.

Таблиця 2.12

Соціально-демографічні відомості щодо учасниць дослідження

| Показник | Градації | Відсоток учасниць |
|-----------------------------|--|-------------------|
| Вік (за класифікацією ВООЗ) | молодий вік | 45,1% |
| | середній вік | 45,9% |
| | похилий вік | 9% |
| Освіта | середня – закінчено 10 (зараз 11) класів школи | 3,6% |
| | середня спеціальна (технікум, коледж) | 20,7% |
| | неповна вища (не менше 2-х курсів ЗВО) | 1,8% |
| | вища | 56,8% |
| | друга (третя і більше) вища | 12,6% |
| | учений ступінь (кандидат наук, доктор наук) | 4,5% |
| Сімейний стан | незаміжня, ніколи не була в шлюбі | 9% |
| | не зареєстровані, але живемо разом | 10,8% |
| | заміжня | 62,2% |
| | розлучена | 10,8% |
| | живемо окремо, але не розведені | 2,7% |
| | вдова | 4,5% |
| Кількість дітей | немає | 18% |
| | 1 | 41,4% |
| | 2 | 32,4% |
| | 3 | 7,2% |
| | 4 | 0,9% |
| Чи живі батьки | ні | 28,8% |

| Показник | Градації | Відсоток учасниць |
|------------------|-----------------------------|-------------------|
| | один з батьків живий | 45,1% |
| | так | 26,1% |
| Місце проживання | столиця | 37,8% |
| | регіональне місто | 47,7% |
| | сільська місцевість | 14,5% |
| Робота | повна трудова зайнятість | 44,1% |
| | неповна трудова зайнятість | 21,6% |
| | шукаю роботу | 4,5% |
| | не працюю і не шукаю роботу | 13,5% |
| | на пенсії | 10,8% |
| | індивідуальна зайнятість | 3,6% |

Після отримання результатів заповнення анкети та опитувальників від учасниць дослідження, з тими з них, хто погодився провести зустріч онлайн (в конференції Zoom), було проведено структуроване клінічне інтерв'ю за Отто Кернбергом [167]. У результаті спілкування з 78 учасницями (70,3% від загальної кількості учасниць) було суб'єктивно оцінено відповідність отриманих від них даних, додатково перевірено, наскільки зрозумілими були питання Опитувальника FCRI, та зроблено деякі висновки щодо критеріїв оцінки їх рівня FCR за опитувальниками.

За результатами статистичної обробки відповідей онкопацієнок на питання анкети виявлено, що в нашій вибірці неоднорідно представлені жінки похилого віку (лише 9%) та ті, хто мешкає в сільській місцевості (лише 14,5%). Відсоток тих, хто мають вищу освіту (у нашому дослідженні 73,3%), відповідає статистичним даним для населення України [96] за 2020 рік – приблизно 70% українців мають вищу освіту. За офіційними даними, в Україні працюють 67% жінок, для учасниць нашого дослідження тих, хто працює – 69,3%, що є відповідним. Для сімейного стану відсотковий розподіл респонденток майже відповідає офіційній статистиці, окрім показника «ніколи не була у шлюбі», який виявився меншим (9%), ніж середньостатистичний, 14,7% [70]. Можливо, це

можна пояснити тим, що середній вік онкопацієнок більший, ніж середньостатистичний (більше жінок «встигло» зареєструвати шлюб до виявлення онкозахворювання). Відсотковий розподіл учасниць нашого дослідження без дітей (18,1%) та з дітьми відрізняється від статистики для України в цілому [20]: одна дитина є в 41,4% онкопацієнок, дві дитини – у 32,4%, три та більше дитини – у 7,9% учасниць.

У результаті збору даних шляхом анкетування та заповнення опитувальників самозвіту від учасниць дослідження ми отримали відомості 4 типів:

1. соціо-демографічні дані учасниць та медичні дані щодо онкозахворювання та її лікування;
2. відомості про рівень страху рецидиву раку учасниць і супутні показники;
3. інформація про індивідуально-психологічні особливості – сталі риси особистості учасниць та змінні характеристики, такі як рівень реактивної тривожності та толерантність до невизначеності;
4. інформація про стратегії подолання (копінг-стратегії), притаманні учасницям.

Медичні показники для учасниць дослідження зведено до таблиці 2.13. З них два показники, «Років в ремісії» та «Років від встановлення діагнозу», є шкалою значень, тому для них є можливість підрахувати кореляцію з рівнем FCR.

Таблиця 2.13

Медичні відомості щодо учасниць дослідження

| Показник | Градації | Відсоток учасниць |
|---------------------------|-----------------------|-------------------|
| Наявність рецидиву | Не було | 89,2% |
| | Був | 10,8% |
| Тип перенесеної онкології | Рак молочної залози | 64,9% |
| | Рак матки | 5,4% |
| | Рак щитовидної залози | 4,5% |
| | Рак яєчника | 6,3% |
| | Лімфома | 2,7% |
| | Меланома | 2,7% |
| | Ліпосаркома | 1,8% |
| | Інші види раку | 11,7% |

| Показник | Градації | Відсоток учасниць |
|--|-----------|-------------------|
| Років від встановлення діагнозу, середнє | 3,69±3,83 | |
| Стадія, що була діагностована | I | 30,6% |
| | II | 34,2% |
| | III | 28,8% |
| | IV | 6,3% |
| Чи приймає підтримувальну медикаментозну терапію | Ні | 33,53% |
| | Так | 68,47% |
| Років у ремісії, в середньому | 2,37±2,21 | |

Отримані після заповнення опитувальників дані від респондентів опрацьовано з використанням програмного забезпечення IBM SPSS методами математичної статистики. Було проведено визначення відповідності між соціально-психологічними особливостями онкопацієнток, їх рівнем страху рецидиву раку та тими стратегіями подолання, які вони використовують. Також було перевірено кореляційні зв'язки між рівнем страху рецидиву раку і кожним з інших трьох типів відомостей. Спочатку проаналізуємо дані стосовно страху рецидиву раку.

Рівень FCR в учасниць дослідження. Загальна оцінка страху рецидиву раку за опитувальником FCRI діагностує вплив страху на життя онкопацієнтів – рівень страху може бути функціональним, підвищеним або дисфункційним. У разі дисфункційного рівня страху онкопацієнтам необхідна психологічна допомога. Розробники FCRI з Канади вважають значення загального бала (Total) за опитувальником FCRI в межах верхньої третини (понад 112) за дисфункційний рівень страху рецидиву раку [213]. Також вони вважають важливим для діагностики балів у межах нижньої третини (значення до 56) – такі бали, ймовірно, вказують на те, що опитуваний використовує захисні механізми витіснення, а отже, обирає відповіді, які надто маскують його FCR.

Однак під час проведення інтерв'ю з учасницями, які набрали низький бал, не було помічено невідповідностей з їх психологічним станом (доволі спокійним) та самосприйняттям проблеми FCR. Також на етапі валідації FCRI було виявлено відповідність відповідей нормальному розподілу Гауса і прийняте попереднє рішення вважати дисфункційним рівень FCR, який перевищує для загального

бала Опитувальника FCRI (Total) оцінку вище 86. При інтерв'юванні учасниці, які мали рівень FCR вищий за значення 86, повідомили, що відчують страх суб'єктивно підвищеним та вважали це проблемою. Перевіримо ці варіанти статистично.

Серед учасниць нашого дослідження виявлено 7 осіб (6,3%), які набрали низький бал (у межах першої третини значень) для загальної оцінки за Опитувальником FCRI. Також виявилось, що високий рівень (у межах верхньої третини) має 21 учасниця (18,9%). Отже, загальний бал у межах середньої третини мають 74,8% учасниць дослідження, а дисфункційний (перша та третя третини разом) – 25,2%, наочно див. рис. 2.7.

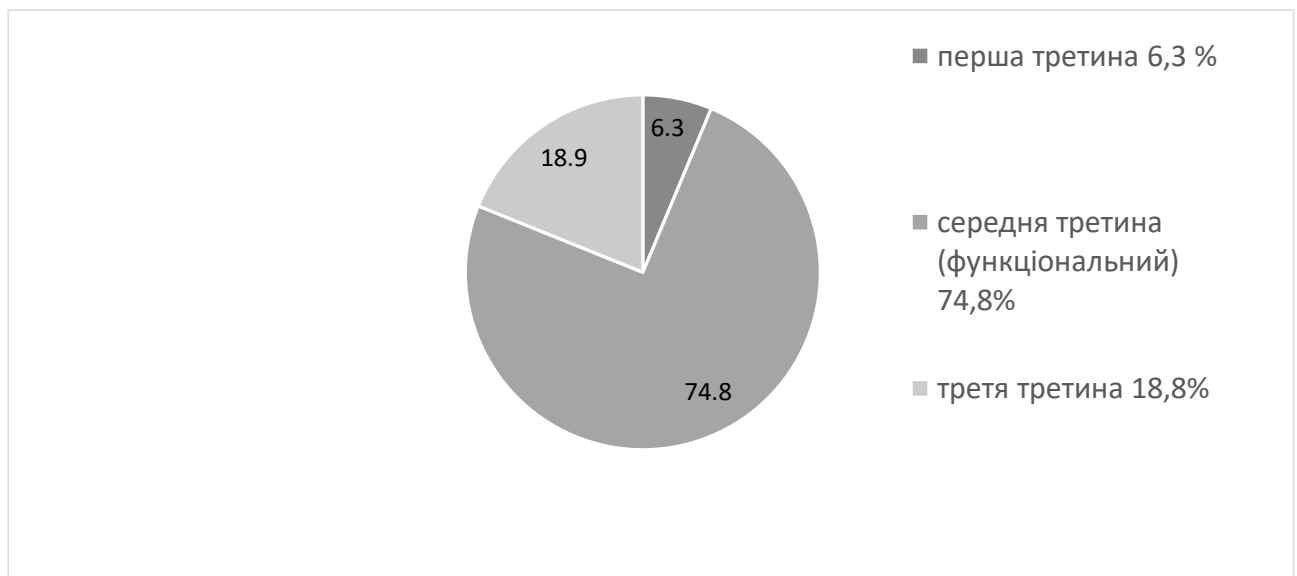


Рис. 2.7. Розподіл відповідей учасниць за третинами загального бала FCRI

За такими критеріями розробників опитувальника FCRI оцінки рівня страху учасниць ми отримуємо дуже невелику порівняно з результатами світових досліджень кількість українських учасниць, які мають дисфункційний рівень FCR, близько чверті (зазвичай повідомляють, що дисфункційний рівень FCR мають від третини до половини учасниць). Це малоймовірно, оскільки в Україні наявна суспільна криза, впливу якої неможливо уникнути при проведенні досліджень, та попередньо відомо, що в умовах суспільної кризи зазвичай рівень тривожності та страху в членів суспільства підвищується. Тож розглянемо інші варіанти оцінки порогового рівня FCR.

Якщо виокремити учасниць, загальний бал за Опитувальником FCRI у яких перевищує значення 86 (визначене нами на етапі валідації Опитувальника FCRI) – їх кількість сягатиме 67 осіб (60,4%). Для порогового рівня підвищеного FCR за загальними балами Опитувальника FCRI від 67 балів 17 учасниць (15,3%) будуть мати низький рівень FCR. При цьому учасниці з підвищеним рівнем FCR складуть 24,3%, див. рис. 2.8.

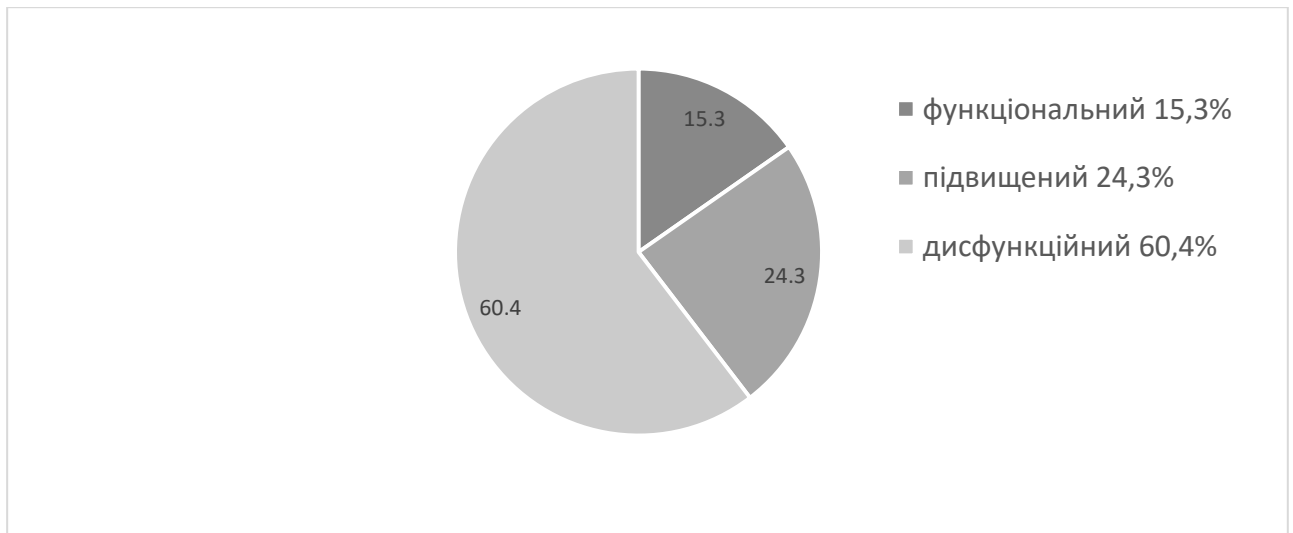


Рис. 2.8. Розподіл відповідей учасниць, поріг 86 для загального бала FCRI

Такий відсотковий розподіл видається нам більш реалістичним для українських онкопацієнок, враховуючи вплив суспільної кризи, спричиненої війною, яка призводить до підвищення страхів у членів кризового суспільства.

За результатами підрахунку балів скринінгової шкали Тяжкість, яку можна використовувати як Опитувальник FCRI-SF, з пороговими значеннями розробників виявилось, що функціональний рівень страху рецидиву раку (до 13) мають лише 16 учасниць дослідження (14,4%), ще 14 учасниць (12,6%) мають підвищений рівень FCR (до 16 включно), тобто разом (нормальний та підвищений) 27% учасниць, а переважна більшість, 73%, мають дисфункційний рівень, див. рис. 2.9. Це видається нам нереалістичним, перебільшеним.

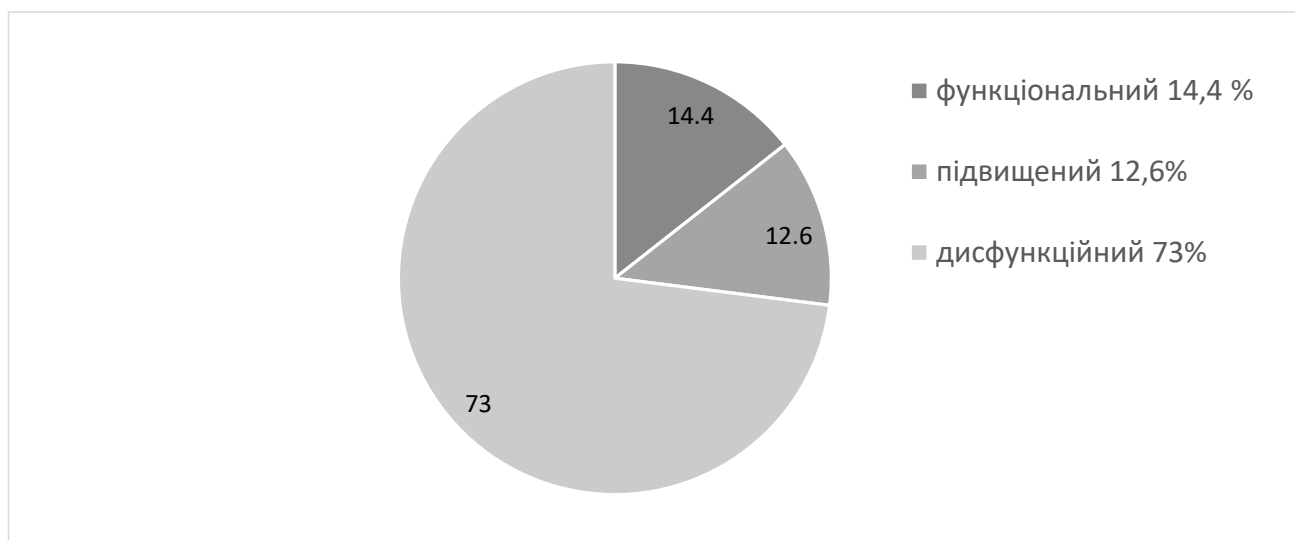


Рис. 2.9. Розподіл відповідей учасниць, поріг 13–16 для FCRI-SF

Розглянемо порогове значення 18 (середнє етапу валідації) для визначення дисфункційного рівня страху за шкалою Тяжкості. У такому випадку 34 особи (31,6%) мають функціональний рівень страху рецидиву, а ті, хто має дисфункційний рівень, відповідно – 77 осіб (69,4%), див. рис. 2.10. Такий розподіл – дві третини учасниць з дисфункційним рівнем FCR, ми вважаємо зависоким.

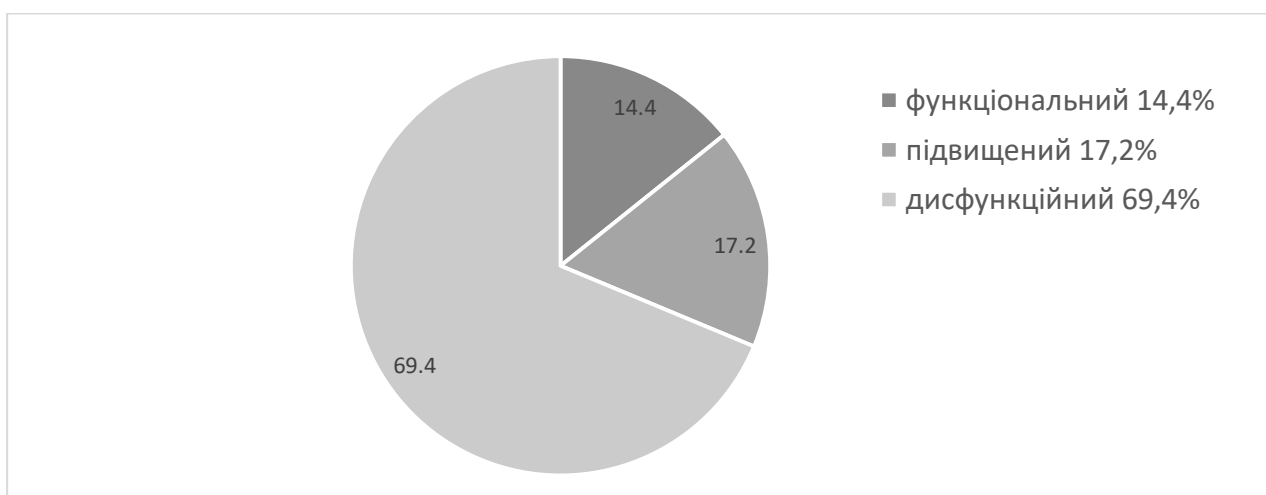


Рис. 2.10. Розподіл відповідей учасниць, поріг 13–18 для FCRI-SF

Якщо використати порогове значення 22 для визначення дисфункційного рівня страху за шкалою Тяжкості, тобто значення, рекомендовані в низці іноземних досліджень, тоді відсоток учасниць, які мають функціональний та підвищений рівень FCR, складає 44,1%, а тих, хто має дисфункційний рівень – 62

учасниці (55,9%), див. рис. 2.11.

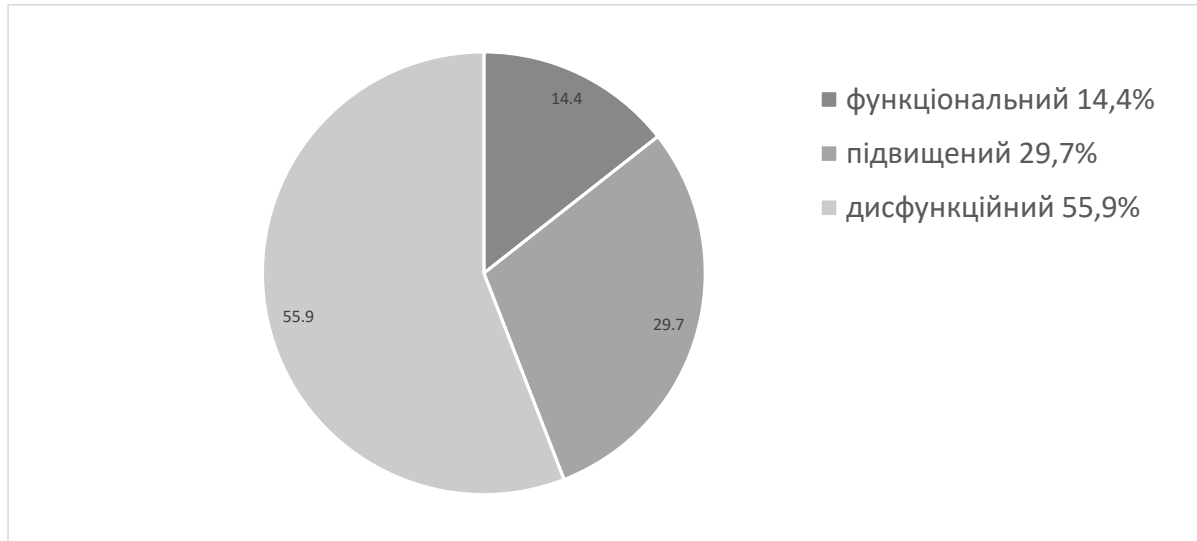


Рис. 2.11. Розподіл відповідей учасниць, поріг 13–22 для FCRI-SF

Такий розподіл рівнів FCR в учасниць дослідження схожий на відомості світових досліджень, хоч є трохи більшим, і це зрозуміло через те, що в Україні наявна суспільна криза. Додатково можна відзначити, що він майже узгоджується з отриманим розподілом за загальними балами Опитувальника FCRI (15,3%, 24,3% та 60,4%), тож структура відповідей учасниць за балами Опитувальника FCRI та за Опитувальником FCRI-SF є схожою, див. таблицю 2.14.

Таблиця 2.14

Порівняння порогових рівнів і відсотка учасниць для основного опитувальника та його короткої версії

| | Низький, функціональний бал, кіл-ть (відсоток) | Середній, підвищений бал, кіл-ть (відсоток) | Високий, дисфункційний бал, кіл-ть (відсоток) |
|-------------------------|--|---|---|
| Опитувальник FCRI | <67 17 (15,3%) | <86 27 (24,3%) | ≥86 67 (60,4%) |
| Опитувальник FCRI-SF | <13 16 (14,4%) | <22 33 (29,7%) | ≥22 62 (55,9%) |

Маємо засвідчити, що вибір рівня проведено з урахуванням аналізу наявної психологічної картини (феноменологією) в українських онкопацієнток у ремісії. Проведене клінічне інтерв'ю за О. Кернбергом дозволило переконатися, що учасниці в більшості суб'єктивно відчувають пригніченість, тривожність, перепади настрою та інші вияви високого рівня страху повторення травмивних

подій, тож отримані нами кількісні дані збігаються з якісними.

Водночас відомо декілька іноземних досліджень, у яких ідеться про розподіл учасниць за відсотками за рівнями FCR за шкалою Тяжкість (опитувальник FCRI-SF), результати яких співвідносяться з отриманими нами. Так, у деяких дослідженнях з використанням ≤ 13 балів за шкалою FCRI-SF як порогового значення більше половини (53,9%) учасників набрали бали, що свідчили про підвищений рівень FCR (наприклад [217, 208]). В інших дослідженнях з даними про порогове значення ≤ 16 приблизно 43,3% осіб мали бали, що вказували на високі рівні FCR, наприклад, [159, 185]. У ще двох вибірках досліджень з даними про порогове значення ≤ 22 приблизно одна третина (30%) учасників отримала бали, що вказували на дисфункційні рівні FCR [196, 193].

Ще одне дослідження, у якому проведено аналіз наукових даних з питання, якому відсотку онкопацієнтів притаманний дисфункційний рівень FCR, засвідчило, що цей страх є повсюдною і поширеною проблемою при онкологічних захворюваннях, при цьому – залежно від обраного порогового значення – від чверті до половини онкопацієнтів, імовірно, будуть мати підвищені або високі рівні FCR. Дослідники порівняли середні значення FCRI-SF з пороговим значенням 22 з обсерваційних досліджень (середнє значення 15,6) з результатами 10 клінічних випробувань (середнє значення 15,8), відмінностей не було виявлено ($Q = 0,01$; $p = 0,94$). Проте такі результати слід інтерпретувати з огляду на методологічні обмеження, оскільки учасники клінічних досліджень можуть відрізнятися від загальної популяції онкопацієнтів [217].

Описові статистики всіх шкал Опитувальника FCRI за вибіркою в 111 досліджуваних наведено в таблиці 2.15. Вони свідчать про достатній статистичний розподіл відповідей серед учасниць нашого дослідження. Тож ми прийняли рішення на основі аналізу статистичних даних та враховуючи досвід іноземних досліджень рекомендувати в якості порогового значення дисфункційного (високого) рівня FCR значення від 22 та вище для скринінгової

шкали Тяжкість Опитувальника FCRI-SF для українських онкопацієнок в умовах суспільної кризи.

Таблиця 2.15

Описові статистики шкал Опитувальника FCRI

| Шкала | Мінімум | Максимум | Середнє | Середньоквадратичне відхилення | Дисперсія |
|--------------------------|---------|----------|---------|--------------------------------|-----------|
| Тригери | 3 | 31 | 18,29 | 6,53 | 42,59 |
| Тяжкість | 2 | 31 | 20,91 | 6,56 | 43,02 |
| Психологічний дистрес | 2 | 16 | 8,73 | 3,97 | 15,76 |
| Порушення функціонування | 0 | 24 | 10,59 | 6,46 | 41,78 |
| Усвідомлення | 0 | 12 | 4,13 | 2,39 | 5,72 |
| Заспокоєння | 0 | 12 | 5,62 | 2,39 | 5,74 |
| Стратегії подолання | 8 | 36 | 23,62 | 5,94 | 35,57 |
| Загалом | 46 | 143 | 92,31 | 22,20 | 493,04 |

Цікавим є виявлений факт, що самі учасниці не усвідомлюють, наскільки дисфункційним є їх рівень страху рецидиву раку. За шкалою Усвідомлення Опитувальника FCRI підсумовано бали відповідей на питання:

28. Я відчуваю, що я надмірно хвилююся про можливість рецидиву раку.
29. Інші люди вважають, що я надмірно хвилююся про можливість рецидиву раку.
30. Я думаю, що я більше хвилююся про можливість рецидиву раку, ніж інші люди, у яких був діагностований рак.

Результати засвідчують, що шкала Усвідомлення (Insight) не відповідає даним шкали Тяжкості Опитувальника FCRI і за відсотковим розподілом (рис. 2.12), і кількісно – лише 16 респонденток (14,4%) від загальної кількості учасниць усвідомлюють, що мають високий рівень страху рецидиву раку.

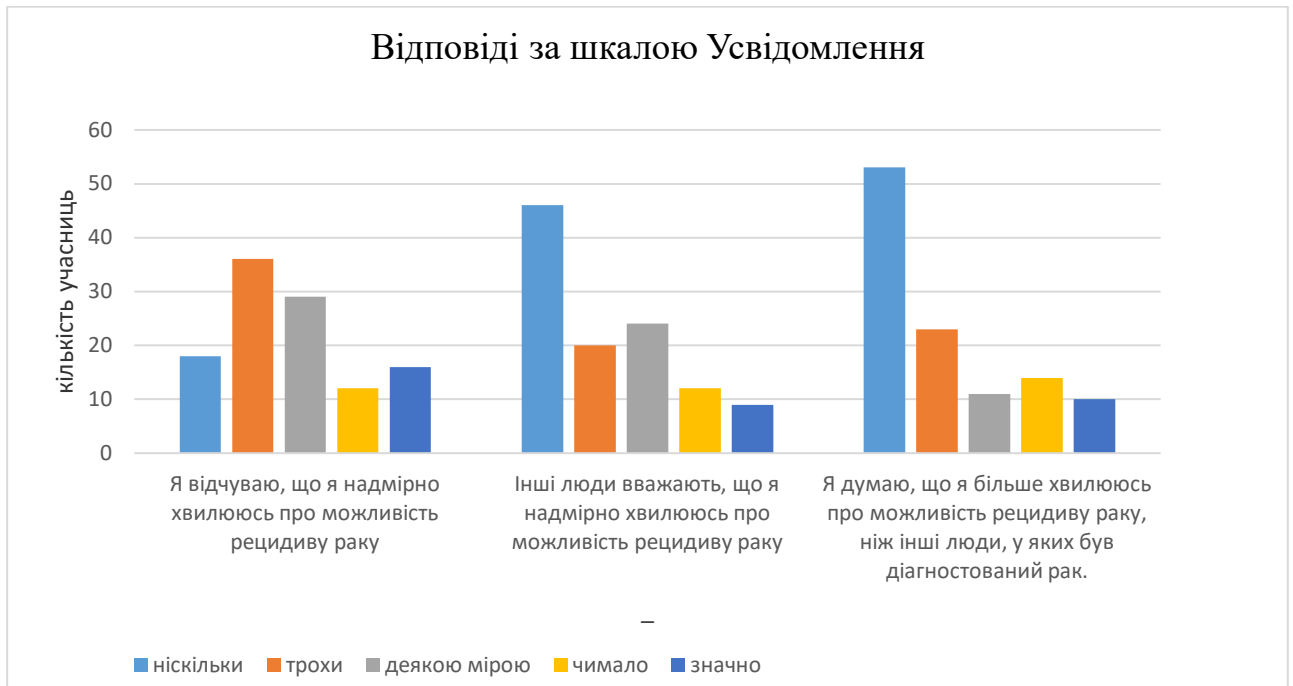


Рис. 2.12. Результат опитування за шкалою Усвідомлення FCRI

При цьому найбільше балів у середньому набрало 28 питання, а найменше – 30. Тобто більшість учасниць нашого дослідження розуміють, що тривожаться занадто, але не думають, що їх тривожність вища, ніж в інших онкопацієнток.

Також було проаналізовано, наскільки учасниці відчувають психологічний дистрес від свого FCR та наскільки цей страх впливає на порушення їх щоденного функціонування. Опитувальник FCRI має шкали Психологічний дистрес (Psychological distress) та Порушення функціонування (Functioning impairments).

Шкала Психологічного дистресу Опитувальника FCRI виявила, що страх рецидиву раку викликає в учасниць дослідження найбільше – занепокоєння та тривогу (середнє 2,84), менше – сум, зневіру та розчарування (середнє 2,4), ще менше – безпорадність та смиренність (середнє 1,96) і найменше – гнів або обурення (середнє 1,53), див. рис. 2.13.

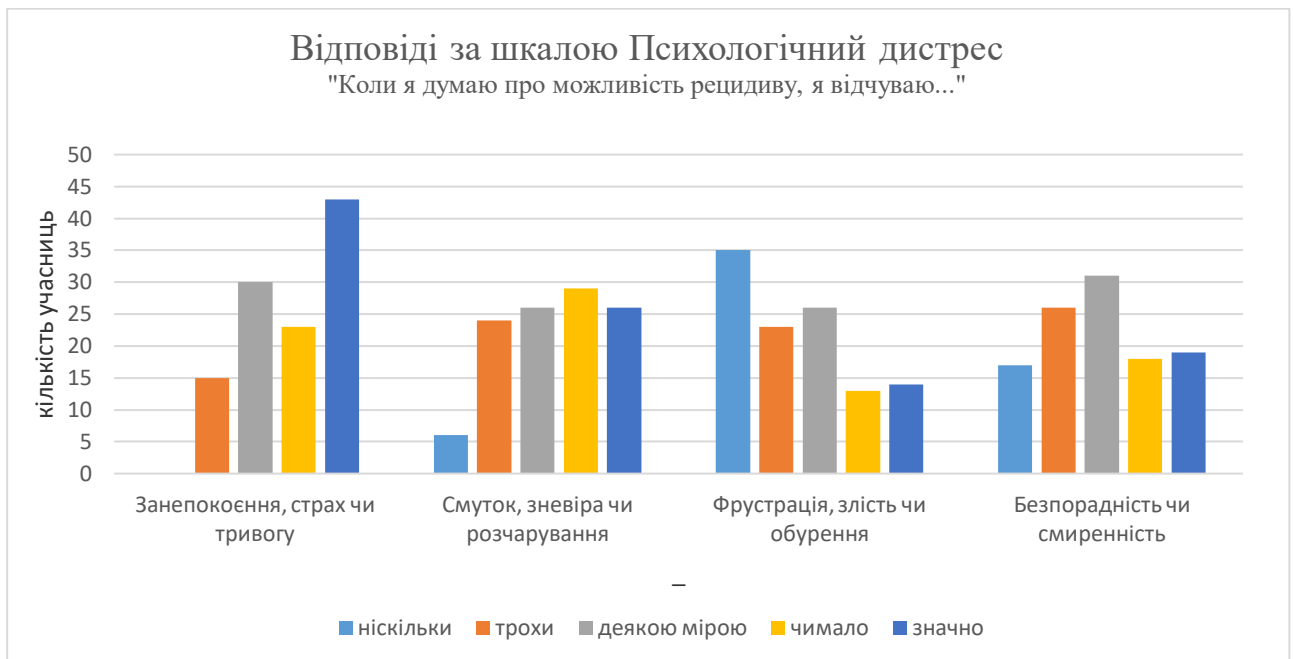


Рис. 2.13. Результат опитування за шкалою Психологічний дистрес FCRI

При цьому майже половина, 59 учасниць дослідження (53%), вважають, що страх рецидиву раку суттєво впливає на їх життя психологічно, збільшуючи дистрес.

Шкала Порушення функціонування Опитувальника FCRI засвідчила, що в учасниць дослідження думки щодо можливого рецидиву раку погіршують (дані наведено в порядку зменшення середніх значень):

- психічний стан та настрої (середнє 2,37);
- здатність складати плани на майбутнє та ставити життєві цілі (середнє 2,2);
- якість життя загалом (середнє 2,06);
- соціальні активності та дозвілля (прогулянки, спорт, подорожі) (середнє 1,51);
- мою роботу чи повсякденну активність (середнє 1,50);
- і найменше: стосунки з партнером, сім'єю або близькими мені людьми (середнє 1,41).

При цьому лише 24 учасниці дослідження (21,6%, приблизно кожна п'ята) вважають, що страх рецидиву раку суттєво впливає на їх життя, погіршуючи повсякденне функціонування (див. рис. 2.14).

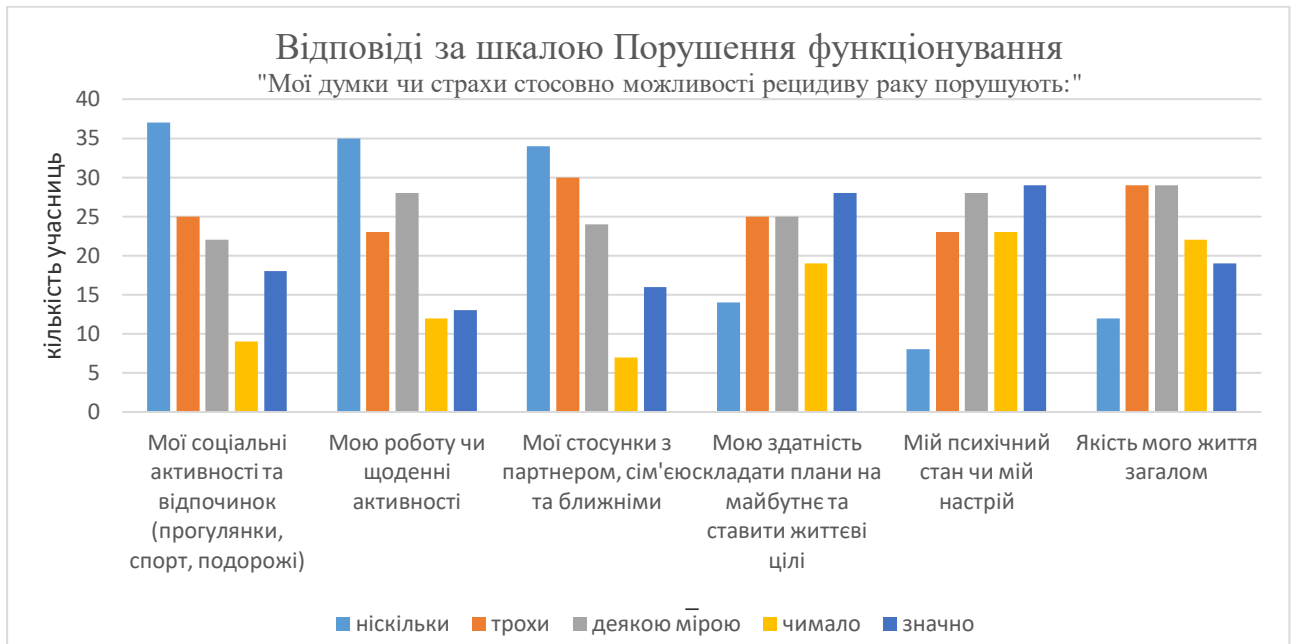


Рис. 2.14. Результат опитування за шкалою Порушення функціонування FCRI

Для планування психологічної допомоги є важливим розуміти, як саме в психіці онкопацієнток обробляється конструкт FCR. Ми визначили, що для них психологічний дискомфорт відчувається суб'єктивно більшою проблемою, ніж порушення функціонування, тобто, незважаючи на психологічні проблеми, більшість з українських онкопацієнток налаштована продовжувати жити та діяти.

Підводячи підсумки за статистичною обробкою та аналізом відповідей учасниць за Опитувальником FCRI, а також спираючись на дані, отримані при проведенні інтерв'ю з учасницями за О. Кернбергом, маємо визначити, що є певна неоднозначність в інтерпретації його відповідей. Так, не завжди бали, що відповідають дисфункційному рівню FCR за Опитувальником FCRI та за FCRI-SF, збігалися між собою (відповідно до визначених нами порогових значень 86 та 22 бали). Ми вважаємо, що суспільні кризи, які відбувалися в Україні під час проведення нашого дослідження, вплинули на оцінні значення рівнів страху рецидиву, оскільки в холистичній концепції людської психіки важко виокремити вплив війни на страх майбутнього та вплив чинників, які стосуються суто онкозахворювання. Ми не знайшли відповідних досліджень щодо цього питання. У подальших дослідженнях потрібно буде відтворити проведену оцінку

порогових рівнів в умовах без впливу суспільної кризи.

Хоча єдиний бал за Опитувальником FCRI простіше аналізувати та повідомляти, інтерпретація цього загального бала є сумнівною. Деякі з авторів іноземних досліджень стверджували, що ця сукупність поєднує рівень страху з деякими з його причин та наслідків, ігноруючи можливу причинну структуру між областями та приховуючи можливість того, що різні респонденти можуть отримати однакові, навіть ідентичні, загальні бали за допомогою дуже різних оцінок за шкалами (наприклад, [217]). Тож на етапі формувального експерименту ми плануємо використовувати передусім оцінку рівня FCR на основі скринінгової шкали Тяжкість, FCRI-SF, причому пороговим значенням дисфункційного рівня FCR визначити індекс опитувальника FCRI-SF ≤ 22 . І лише після цього оцінювати рівень FCR на основі загального бала (total) Опитувальника FCRI, вважаючи порогом дисфункційного рівня показники ≤ 86 .

Додатково необхідно наголосити, що результати нашого дослідження мають бути розглянуті як такі, що валідні саме в умовах суспільної кризи, пов'язані з повномасштабним вторгненням та воєнним станом, оскільки на відповіді респондентів вплинув цей зовнішній макросоціальний чинник, який неможливо нівелювати і відкинути. Обмеження у форматі зібраних даних (дизайн використаної анкети) також вплинули на можливість дослідити ці закономірності докладно, що має бути враховано на етапі майбутніх досліджень з цієї теми.

Вплив соціо-демографічних та медичних чинників на рівень FCR.

Вважаємо цікавим напрямком дослідження перевірити, чи впливають біомедичні та соціальні чинники на рівень страху рецидиву раку, оскільки для планування формувального впливу на психологічні чинники необхідно розуміти зв'язок з наявністю інших факторів. На початку нашого дослідження ми припустили, що наявність різноманітних соціальних зв'язків впливає позитивно і зменшує страх рецидиву раку. Для дослідження цього було внесено низку питань до анкети учасника, таких як: «Чи живі ваші батьки?», «Чи маєте ви дітей?», а також питання щодо наявності пари (шлюб, або стосунки, або навпаки, розлучення,

вдівство чи самотність). Також ми збирали інформацію щодо мешкання учасників (у сільській місцевості, регіональному місті чи в столиці), для того щоб дослідити наявність зв'язку з ритмом життя, притаманного місцю проживання загалом.

Однак у процесі проведення дослідження, а саме на етапі клінічних інтерв'ю з учасниками, було виявлено, що питання соціального фону учасників має бути досліджено детальніше, ніж передбачено в розробленій нами анкеті. Також важливим зовнішнім фактором, який спричинив вплив на отримані результати та на дизайн дослідження, стало повномасштабне вторгнення та спричинені ним наслідки, а саме суспільна криза.

Наявність чоловіка, позначена учасницею дослідження в графі «Сімейний стан», в умовах війни стає відносно неінформативною, оскільки за форматом нашої підготовленої до початку війни анкети неможливо виокремити випадки, коли чоловік – військовий, зокрема перебуває на передовій. Зрозуміло, що цей фактор різко підвищує страх рецидиву раку, особливо при наявності в родині маленьких дітей.

Те, що під час проведення нами дослідження на теренах України відбулося повномасштабне вторгнення, значно вплинуло на рівень тривожності та невизначеність життя всіх українців, а особливо тих, хто і без того вів боротьбу з підступною онкологічною хворобою. Це відзначено в багатьох дослідженнях, зокрема, колектив психоонкологів у брошурі для онкопацієнтів про війну рекомендує прийняти те, що життя і далі буде невизначеним, а для зменшення занепокоєння радить зосередитися на речах і діях, які підвладні контролю, наприклад, їжа чи прогулянка. Вони вкотре наголошують, що нормально почуватися невпевнено під час суспільних або особистих криз, однак завжди є те, що залишається у сфері нашого контролю [26].

Інформація про наявність батьків, яку ми збирали за допомогою нашої анкети, виявилася так само малоінформативною. По-перше, нам не вдалося знайти наукового обґрунтування питанню, до якого віку учасника дослідження живі батьки можуть однозначно бути розглянуті як фактор підтримки. По-друге,

в анкеті не враховані стосунки з батьками. А це є досить вагомий фактор: стосунки можуть бути підтримувальними, проблемними чи навіть відсутніми взагалі, особливо якщо батьки залишилися в зоні тимчасово окупованих територій. Також при підготовці до проведення дослідження нами не був врахований важливий фактор, який, за даними деяких досліджень (наприклад, [75]), суттєво впливає на страх рецидиву раку – випадки, коли батьки самі мають онкозахворювання або померли через рак. Особливо впливовою є ситуація, якщо тип онкозахворювання батьків має спадковий характер або учасник дослідження має той самий тип онкологічного захворювання [235]. Проте не лише хвороби батьків можуть впливати на рівень FCR. Наявність у родині онкоісторії, наприклад, у бабусь/дідусів, тіток/дядьків, братів/сестер та небіжів – так само сприймається як фактор, що погіршує психологічний стан, провокує певну безпорадність у зустрічі з онкологією.

Відсутність дітей лише на перший погляд є психологічним фактором, який полегшує життя, бо знімає тягар відповідальності за них. Але відомі нетривіальні випадки, наприклад, коли жінка дізналася про свій онкологічний діагноз під час вагітності і довелось робити переривання цієї вагітності. У таких випадках страх рецидиву більше пов'язаний із втратою можливості мати дітей (та з їх відсутністю), що не відображається в статистичних показниках «маю/не маю дітей». Так само анкета не відображає випадки, коли дитина була, але померла, і найстрашніше, якщо від онкології. При цьому додавання нейтрального варіанту «Інше» – не дає якісної можливості якось дослідити представлене явище, а слугує лише вилученню учасників з «нестандартними» історіями батьківства з вибірки дослідження. На жаль, тепер внаслідок активних військових дій на території України загибель дитини може статися через насильницькі дії. У такому випадку для майбутніх досліджень постає питання розширення варіантів відповіді на «Була дитина, але померла».

Дослідження кореляції впливу на рівень страху рецидиву раку соціо-демографічних чинників не показало статистично значущих кореляційних зв'язків із сімейним станом, освітою, присутністю у житті онкопацієнток живих

батьків та наявністю дітей.

При порівнянні середніх значень FCR для різних груп сімейного стану найнижчі показники рівня FCR мали учасниці, які не одружені, розлучені або є вдовами, але відмінність з іншими категоріями не є статистично значущою, крім жінок, які живуть окремо, але ще не розірвали шлюб, у них рівень FCR найвищий. Цікавим є й те, що вдови мали найнижчу реактивну тривожність (і це не пов'язано з віком, бо наступні – не одружені, які зазвичай більш молоді, ніж, наприклад, заміжні), у той час як ті, хто живе в незареєстрованому шлюбі або розведені, – найвищу. Жінки нашого дослідження, які живуть окремо, але не розірвали шлюб, мають найвищу толерантність до невизначеності, а вдови – найвищу інтолерантність до невизначеності. Кількість учасниць недостатня для далекоглядних висновків на основі виявлених закономірностей. Середні значення відповідних показників зведено в Таблицю 2.16.

Таблиця 2.16

**Особистісні характеристики учасниць в залежності від Сімейного стану
(середнє за групами)**

| Сімейний стан | Кіль- ть | Інтолерантність до невизначеності | Толерантність до невизначеності | Скринінгова шкала Тяжкість (Severity) | Загалом за опитувальником FCRI (Total) | Реактивна тривожність | Особистісна тривожність |
|------------------------------------|-------------|--------------------------------------|------------------------------------|---|--|--------------------------|----------------------------|
| не одружена | 10 | 4,8±2,3 | 4±2,4 | 20,3±5,1 | 88,1±20 | 42,2±12,1 | 44±8,5 |
| не зареєстровані | 12 | 6,1±2,2 | 4,9±1,7 | 20,5±5,9 | 91±20 | 45,7±9,8 | 51,8±10,2 |
| заміжня | 69 | 6±2,1 | 3,8±1,8 | 21,2±7,1 | 93,3±23,7 | 43,5±10 | 49,2±10,2 |
| розлучена | 12 | 4,8±2,1 | 3,3±2 | 20,4±6,2 | 89,3±20 | 45±11,3 | 47,5±12,5 |
| живемо окремо, але не розлучені | 3 | 5,7±2,5 | 5,7±0,6 | 23±4 | 108±7 | 47,7±9,1 | 55,3±4,9 |
| вдова | 5 | 6,8±1,8 | 4,2±3,3 | 19,2±7,7 | 88,6±23,2 | 41±8,9 | 50,4±4,3 |
| загалом | 111 | 5,8±2,1 | 4±2 | 20,9±6,6 | 92,3±22,2 | 43,8±10,1 | 49,1±10,1 |

Було виявлено кореляцію Спірмена -0,201 з коефіцієнтом 0,035 на рівні 0,05 сімейного стану зі шкалою Сумлінність за П'ятифакторним

опитувальником. Цю кореляцію планується дослідити більш докладно в майбутніх дослідженнях.

Було виявлено кореляцію між наявністю батьків та шкалою Заспокоєння (Reassurance) Опитувальника FCRI, кореляцію Пірсона $-0,249$ з коефіцієнтом $0,009$ на рівні значущості $0,01$ та Спірмана $-0,256$ з коефіцієнтом $0,007$ на рівні значущості $0,01$. Однак за Опитувальником загалом та за скринінговою шкалою Тяжкість кореляція не виявлена, також при порівнянні середніх значень балів за варіантами «батьки живі», «один з батьків живий» та «батьків немає» зв'язку виявлено не було.

Щодо наявності дітей кореляції із шкалами Опитувальника FCRI виявлено не було, проте при порівнянні середніх значень рівня FCR між двома групами (тими, хто має дітей (82%), та тими, хто їх не має (18%)), було помічено незначну відмінність. Так, у бездітних реактивна тривожність у середньому висока $=47,2$, (поріг високих значень $=45$), в той час як у тих, хто має дітей, у середньому помірна $=42,8$. Також у бездітних дещо вища толерантність до невизначеності, в середньому $4,3$ проти $3,8$ у тих, хто має дітей. Але ці відмінності не є статистично значущими, можливо, через обмежений об'єм вибірки нашого дослідження. Було також виявлено кореляцію Спірмена $0,211$ з коефіцієнтом $0,027$ на рівні $0,05$ наявності дітей з притаманними емоційними копінг-стратегіями за методикою Хейма; та кореляцію Спірмена $-0,203$ з коефіцієнтом $0,033$ на рівні $0,05$ кількості дітей із Сумлінністю за П'ятифакторним опитувальником. Ці кореляційні зв'язки є відносно слабкими, однак вказують цікаві напрямки майбутніх досліджень, як-от вплив батьківства на розвиненості емоційної сфери онкопацієнток.

Як і в інших дослідженнях чинників, що впливають на рівень страху рецидиву раку (наприклад, [177]), було виявлено обернений зв'язок між віком учасниць та притаманним їм рівнем страху рецидиву раку, тобто чим старші учасниці, тим нижчий їх рівень страху рецидиву і загалом за Опитувальником FCRI, і за скринінговою шкалою Тяжкість (значення відповідних кореляцій див. в таблиці 2.17).

Ми отримали певну кореляцію між шкалою Тригери (Triggers)

Опитувальника FCRI і місцем проживання, кореляція Пірсона 0,228 з коефіцієнтом 0,016 на рівні значущості 0,05. Можна зробити попереднє припущення, що в більших містах у медіапросторі навколо онкопацієнтів більше тригерів. Також ми отримали кореляцію між балами за шкалою Заспокоєння (Reassurance) Опитувальника FCRI і місцем проживання, кореляція Спірмена - 0,229 з коефіцієнтом 0,017 на рівні значущості 0,05 (тут і далі використано такі позначки: ** – кореляція значуща на рівні 0,01; * – кореляція значуща на рівні 0,05).

Таблиця 2.17

Кореляція FCR та віку учасниць

| Скільки років вам виповнилося? | | |
|--|--------------------------------|----------|
| Шкала Тяжкість (Severity) | Кореляція Пірсона, коефіцієнт | -0,196* |
| | Знач. (двостороння) | 0,039 |
| | Кореляція Спірмена, коефіцієнт | -0,177* |
| | Знач. (одностороння) | 0,032 |
| Шкала Психологічний дистрес (Psychological distress) | Кореляція Пірсона, коефіцієнт | -0,260** |
| | Знач. (двостороння) | 0,006 |
| | Кореляція Спірмена, коефіцієнт | -0,265** |
| | Знач. (двостороння) | 0,005 |

Враховуючи, що способи заспокоєння містять варіанти «31. Я телефоную своєму лікарю чи іншому спеціалісту у сфері охорони здоров'я» та «32. Я йду по обстеження до лікарні чи поліклініки», що фізично легше зробити в столиці, де є багато медичних закладів, можна зробити попередній висновок, що доступність способів заспокоєння підвищує їх використання. Також було виявлено кореляцію Спірмена -0,238 з коефіцієнтом 0,012 на рівні 0,05 місця проживання з Нейротизмом за П'ятифакторним опитувальником. Однак ці кореляції є статистично слабкими і мають бути перевірені в майбутньому на більшій вибірці.

Якщо розглянути середні значення для груп онкопацієнок, можна помітити, що в жительок сільської місцевості найвищий загальний рівень FCR за

Опитувальником FCRI та найнижчий рівень толерантності до невизначеності. А в жительок столиці найнижча реактивна та особистісна тривожність. Відмінності між середніми значеннями показників, розподілених по групах за фактором Місце проживання, зведено до таблиці 2.18.

Таблиця 2.18

**Особистісні характеристики учасниць залежно від Місця проживання
(середнє за групами)**

| Місце проживання | Кількість учасниць у групі | Інтollerантність до невизначеності | Толерантність до невизначеності | Скринінгова шкала Тяжкості (Severity) | Загалом за опитувальником FCRI (Total) | Реактивна тривожність | Особистісна тривожність |
|---------------------|----------------------------|------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|--|-----------------------|-------------------------|
| Столиця | 42 | 5,5±2,3 | 4±2 | 21,9±6 | 92,2±20,5 | 42±10 | 46,9±10,4 |
| Регіон. місто | 53 | 6,2±2 | 4,1±2 | 19,9±7 | 90,4±23,3 | 44,7±10,3 | 50,5±10,7 |
| Сільська місцевість | 16 | 5,3±2 | 3,1±1,8 | 21,8±6,4 | 99,1±22,8 | 45,1±9,7 | 50±9,3 |
| Загалом | 111 | 5,8±2,1 | 4±2 | 20,9±6,6 | 92,3±22,2 | 43,8±10,1 | 49,1±10,1 |

Ще одним виміром була освіта. Передбачалось, що більший освітній рівень позитивно впливає на психологічний стан та зменшує вияви страху рецидиву раку. Однак було помічено незначну відмінність між групами з середньою та середньою спеціальною освітою проти тих, у кого є вища освіта, навіть неповна. У людей з середньою освітою реактивна тривожність найвища, 50,3, зі середньою спеціальною освітою висока, 46,0 (поріг високих значень = 45) у той час як у тих, хто має вищу освіту, навіть неповну, вона в середньому помірна (41,5). Так само в людей з середньою та середньою спеціальною освітою найнижча толерантність до невизначеності. Водночас найнижчий рівень FCR за FCRI у людей із **у**ченим ступенем, 88,6, а за FCRI-SF – у людей з неповною вищою освітою, 17,0, однак відмінності не є статистично значущими (див. таблицю 2.19). Також було виявлено кореляцію Спірмена 0,264 з коефіцієнтом 0,005 на рівні 0,01 наявності освіти з Відкритістю досвіду за П'ятифакторним

опитувальником, що є досить зрозумілим.

Отже, наше припущення, що наявність вищої освіти (а отже, більша обізнаність) позитивно впливає на рівень FCR, зменшуючи його, статистично не підтвердилося. Можливо, нам не вдалося виокремити для порівняння гомогенні групи досліджуваних, різниця між якими проходить саме за цим критерієм. Тож спростування або підтвердження, що це припущення було хибне, сплановано виконати в майбутніх дослідженнях.

Таблиця 2.19

**Особистісні характеристики учасниць залежно від Освіти
(середнє за групами)**

| Овіта | Кіль- ть | Інтолерантність до невизначеності | Толерантність до невизначеності | Скринінгова шкала Тяжкість (Severity) | Загалом (Total) за опитувальником FCRI | Реактивна тривожність | Особистісна тривожність |
|--------------------------------|-------------|--------------------------------------|------------------------------------|---|--|--------------------------|----------------------------|
| середня | 4 | 5,3±4,3 | 3,8±3,8 | 24,7±6 | 93,7±28,3 | 50,3±14,7 | 64±7 |
| середня спеціальна | 23 | 6,2±1,8 | 3,8±1,6 | 21,9±6,5 | 100,1±24,1 | 46±10,6 | 51,9±9,7 |
| неповна вища | 2 | 5±0 | 4±1,4 | 17±7,1 | 94,5±14,8 | 41,5±6,4 | 39,5±5 |
| вища | 63 | 5,8±2,2 | 4±2 | 20,4±6,6 | 90,4±21,7 | 43±69,7 | 47,7±10,1 |
| друга (третя і більше) вища | 14 | 5,4±2 | 4±1,7 | 21±7,3 | 89±23,9 | 42±10,9 | 46,5±8,7 |
| учений ступінь | 5 | 6±1 | 4,2±3,1 | 20,8±5 | 88,6±10,2 | 44,2±7,5 | 52±3,2 |
| Загалом | 111 | 5,8±2,1 | 4±2 | 20,9±6,6 | 92,3±22,2 | 43,8±10,1 | 49,1±10,1 |

Попередньо передбачалось, що соціальна залученість, а саме працевлаштованість, буде позитивно впливати на рівень FCR. За даними, що ми отримали, наявність або відсутність роботи корелює зі значенням шкали Заспокоєння (Reassurance) Опитувальника FCRI: кореляція Пірсона -0,248 з коефіцієнтом 0,009 на рівні значущості 0,01; кореляція Спірмена -0,226 з коефіцієнтом 0,017 на рівні значущості 0,05. Також виявлена кореляція працевлаштованості зі значенням шкали Копінг-стратегії (Coping-strategies)

Опитувальника FCRI: кореляція Пірсона $-0,242$ з коефіцієнтом $0,01$ на рівні значущості $0,05$; кореляція Спірмена $-0,272$ з коефіцієнтом $0,004$ на рівні значущості $0,01$; Тобто це припущення підтвердилося, принаймні частково. Однак на загальний бал Опитувальника FCRI впливають інші фактори, тож кореляція з працевлаштованістю не збереглася.

Дослідивши відмінності між середніми значеннями рівня страху рецидиву за різними типами залученості в роботу (див. таблицю 2.20), ми отримали певну закономірність: найнижчий рівень FCR у тих, хто працює неповний робочий день, потім ті, хто є зайнятим в індивідуальній діяльності, потім ті, хто шукає роботу (усі ці групи мають FCR нижчий за дисфункційний рівень 86), у всіх інших груп FCR вищий за пороговий рівень, а найвищий у тих, хто не працює і не шукає роботу.

Таблиця 2.20

**Особистісні характеристики учасниць залежно від Працевлаштованості
(середнє за групами)**

| Робота | Кіль- ть | Інтолерантність до невизначеності | Толерантність до невизначеності | Скринінгова шкала Тяжкість (Severity) | Загалом (Total) за опитувальником FCRI | Реактивна тривожність | Особистісна тривожність |
|------------------------------------|-------------|--------------------------------------|------------------------------------|---|--|--------------------------|----------------------------|
| Працюю повний робочий день | 49 | 5,9±2 | 3,8±1,7 | 21,8±5,3 | 95,7±20,5 | 43,8±10,2 | 49,1±10,9 |
| Працюю неповний робочий день | 24 | 5,5±2,2 | 4,2±2,3 | 18,3±6,8 | 83,4±21 | 44,1±9,1 | 46,8±7,8 |
| Шукаю роботу | 5 | 6,2±2,6 | 4,6±2 | 18,4±10,6 | 85±23 | 43,8±9,9 | 50,8±9,2 |
| Не працюю і не шукаю роботу | 15 | 5,6±2 | 3,6±1,9 | 24,3±5,7 | 104,1±20,8 | 46,9±8,8 | 50,8±10,5 |
| Індивідуальна діяльність | 4 | 5,5±2,4 | 5,3±2,9 | 17±6,5 | 84,3±28,6 | 31±6,5 | 41,8±10,5 |
| На пенсії | 12 | 5,8±2,6 | 3,8±2,2 | 21,3±7,6 | 91,1±24,5 | 45,3±11,7 | 53,8±8,5 |
| Загалом | 111 | 5,8±2,1 | 4±2 | 20,9±6,6 | 92,3±22,2 | 43,8±10,1 | 49,1±10,1 |

Аналогічні закономірності помітні за балами FCRI-SF. Також є помітні

відмінності за толерантністю до невизначеності – вона найвища в тих, хто зайнятий в індивідуальній діяльності, і найнижча у тих, хто не працює і не шукає роботу. Однак найвища інтолерантність до невизначеності у тих, хто зараз шукає роботу. А тривожність у них найбільша на противагу найнижчій у тих, хто має індивідуальну трудову зайнятість.

Невідомо, наскільки цей вплив зумовлений іншими факторами, такими як стан здоров'я, який не дає можливості працювати. Можливо, саме втрата здоров'я під час лікування онкодіагнозу опосередковано впливає на страх рецидиву, що проявляється через такий фактор, як працевлаштованість. Це планується визначити на етапі майбутніх досліджень.

Також ми перевірили вплив на рівень FCR учасниць дослідження особливостей перебігу їх хвороби, дані отримано з медичних відомостей, наданих ними шляхом самозвіту заповнення Анкети учасника дослідження. Так, медичний показник Давність ремісії виявився пов'язаним зі скринінговою шкалою Тяжкість (Severity) Опитувальника FCRI, з кореляцією Пірсона $=-0,248$ з коефіцієнтом $0,009$ на рівні значущості $0,01$; та кореляцією Спірмена $=-0,198$ з коефіцієнтом $0,037$ на рівні значущості $0,05$. Також було виявлено зв'язок кількості років, які пройшли з моменту встановлення онкодіагнозу, з балами за Опитувальником FCRI загалом (total) з кореляцією Спірмена $=-0,195$ з коефіцієнтом $0,041$ на рівні значущості $0,05$; та зі значеннями шкали Тригери (Triggers) з кореляцією Спірмена $=-0,229$ з коефіцієнтом $0,016$ на рівні значущості $0,05$; а також зі значеннями шкали Психологічний дистрес (Psychological distress) з кореляцією Пірсона $= -0,203$ з коефіцієнтом $0,033$ на рівні значущості $0,05$. Тобто невеликий час, який пройшов із завершення лікування, впливає на більший рівень FCR, що є очікуваним, оскільки про такий зв'язок повідомляли деякі іноземні дослідження. Вони також відзначали, що страх рецидиву раку без допоміжного психологічного втручання зазвичай не знижується з часом [241]. Здається цілком імовірним, що онкопацієнтки також більше звертають увагу на тригери, якщо лікування завершено нещодавно, і це психологічно більше впливає на них.

Продовження підтримувального медикаментозного лікування (зазвичай гормонального) в нашому дослідженні не знайшло статистично значущого зв'язку з рівнем FCR. Так само на етапі клінічних інтерв'ю ми не помітили суб'єктивної різниці між страхами учасниць, оскільки вони повідомляли однаково і про страх, спричинений думками, що лікування «ще триває, а отже хвороба не подолана до кінця», і про страх, що «лікування завершено і тепер я не захищена перед рецидивом». При порівнянні середніх значень виявлено, що для тих, хто приймає ліки, середнє значення дорівнює 20,92 для Тяжкості і 92,4 для загального бала Опитувальника FCRI; для тих, хто не приймає ліки, – 20,88 для Тяжкості і 92,1 для загального бала Опитувальника FCRI, тобто майже однаково.

Наявність історії рецидивів не є статистично значущою відносно рівня FCR. Середнє для шкали Тяжкість дорівнює 20,81 для тих, у кого не було рецидиву, і 21,75 у тих, хто мав рецидив. За загальним балом Опитувальника FCRI у середньому 92,7 для тих, у кого не було рецидиву, і 89,1 у тих, у кого був, тобто відбувається незначне зниження страху.

Ми виявили незначний статистично значущий кореляційний зв'язок між стадією, що була діагностована, та рівнем FCR за шкалою Порушення функціонування (Functioning impairments) кореляція Пірсона $= -0,188$ з коефіцієнтом $0,048$ на рівні значущості $0,05$. Однак із загальними балами Опитувальника FCRI та з балами за шкалою Тяжкість зв'язку знайдено не було. Ми перевірили середні значення рівня страху за загальним балом Опитувальника FCRI та за скринінговою шкалою Тяжкість: найнижчий рівень FCR в учасниць з виявленою VI стадією = 88,14 (19,57), потім в учасниць з I стадією, FCR=91,27 (20,45 відповідно), потім з III, FCR=91,69 (20,5), і найвищий – в учасниць з II стадією онкозахворювання, FCR=94,92 (21,89). Але всі ці значення належать до одного діапазону дисфункційності та не відрізняються статистично.

При цьому першу стадію онкозахворювання мали 30,6% учасниць нашого дослідження, другу – 34,2%, третю – 28,8%, а четверту – лише 6,3% учасниць (що є медично обґрунтованим, вихід у ремісію на IV стадії онкозахворювання відбувається зрідка, частіше вдається лише стабілізувати стан постійним

прийомом медикаментів). Деякі дослідження також містять інформацію про відсутність кореляції стадії та рівня FCR, наприклад, [184].

Усі інші виявлені статистично значущі зв'язки проявлялися лише на рівні окремих шкал Опитувальника FCRI, однак у сумі загального бала за Опитувальником нівелювалися іншими факторами. За результатами аналізу нами були виявлені певні можливості щодо покращення якості збору статистики в майбутніх дослідженнях.

Вплив індивідуально-психологічних чинників на рівень FCR. Для практичних психологів найважливішим є виявлення кореляції рівня FCR з психологічними чинниками. Індивідуально-психологічні чинники, такі як відношення до невизначеності (толерантність-інтолерантність), притаманна тривожність та тип особистості (нейротизм; відкритість новому досвіду; екстраверсія тощо) вимірювали в учасниць нашого дослідження за допомогою стандартизованих опитувальників та були проаналізовані нами щодо впливу на рівень їх FCR.

Толерантність/інтолерантність до невизначеності ми виміряли за методикою Баднера й отримали такі значення для учасниць дослідження:

1) За шкалою толерантності до невизначеності (корелює із життєстійкістю особистості) виявлено, що низьку толерантність до невизначеності мають 53,2% опитуваних, середню – 36,9%, і лише 9,9% – високу. Висока толерантність до невизначеності пов'язана з готовністю навчатися в нових ситуаціях, спробувати діяти по-новому, розвиватися, набути нового досвіду. Тим, хто має низьку толерантність до невизначеності, притаманно розглядати будь-яку невизначену ситуацію як небезпечну, неприємну або таку, що лякає.

2) За шкалою інтолерантності до невизначеності (корелює з ригідністю особистості) низькі показники мають 16,2% учасниць, середні – 41,5% і 42,3% учасниць дослідження мають високу інтолерантність до невизначеності. Висока інтолерантність до невизначеності пов'язана з прагненням упорядковувати життя, слідувати означеним правилам і принципам, вважати певні думки, цінності та поведінку неправильною.

Нами була перевірена кореляція між значенням рівня страху рецидиву раку, виміряного за Опитувальником FCRI загалом, та толерантністю/інтолерантністю до невизначеності, і така кореляція є, хоча лише для шкали Інтолерантність до невизначеності, див. таблицю 2.21.

Таблиця 2.21

Кореляція інтолерантності до невизначеності з рівнем страху рецидиву за Опитувальником FCRI

| Рівень страху рецидиву за опитувальником FCRI | | |
|---|--------------------------------|--------|
| Інтолерантність до невизначеності | Кореляція Пірсона, коефіцієнт | 0,191* |
| | Знач. (двостороння) | 0,045 |
| | Кореляція Спірмена, коефіцієнт | 0,197* |
| | Знач. (двостороння) | 0,038 |

Для Опитувальника FCRI-SF (скринінгового) нами також була перевірена кореляція з толерантністю/інтолерантністю до невизначеності. Виявлена кореляція для шкали Інтолерантності до невизначеності, що значуща на рівні 0,05, результати див. таблицю 2.22.

Таблиця 2.22

Кореляція інтолерантності до невизначеності з рівнем страху рецидиву за Опитувальником FCRI-SF

| Рівень страху рецидиву за опитувальником FCRI-SF | | |
|--|--------------------------------|--------|
| Інтолерантність до невизначеності | Кореляція Пірсона, коефіцієнт | 0,189* |
| | Знач. (двостороння) | 0,047 |
| | Кореляція Спірмена, коефіцієнт | 0,198* |
| | Знач. (двостороння) | 0,037 |

Також було знайдено зв'язок Інтолерантності до невизначеності зі шкалою Тригери (Triggers) Опитувальником FCRI – кореляція Спірмена -0,198 з коефіцієнтом 0,037 на рівні значущості 0,05, що може свідчити про залежність інтолерантних людей від наявності в медіапросторі навколо них тригерів щодо онкозахворювання.

Українські вчені, наприклад А. Гусев, які докладно вивчали толерантність до невизначеності та її значення для особистості, констатують, що толерантність

до невизначеності в кризовий період може досконально змінитися і представлена у ситуації кризової взаємодії як оцінка, що впливає на емоційне сприйняття особистістю кризи. Вона має здатність до розвитку, особистість стає більш толерантною до невизначеності під впливом ускладнення системи взаємозв'язків і внутрішньо-особистих, і з іншими учасниками ситуації [19]. Тож, ми відзначили необхідність сприяння розвитку толерантності до невизначеності і, відповідно, зниженню інтолерантності до невизначеності в онкопацієнток для зниження рівня їх FCR.

Відомі припущення, що толерантність до невизначеності під час війни знижується у всіх людей, тому перспективою подальших досліджень є перевірка відсотка онкопацієнток з низькою толерантністю до невизначеності без додаткового впливу суспільної кризи.

Тест Спілбергера–Ханіна виявив, що серед наших досліджуваних низьку особистісну тривожність мають лише 1,8% учасниць, помірну – 31,5% і високу – 66,7%. Щодо реактивної тривожності (тривожності, що підіймається у відповідь на події життя) отримано такі показники: низька спостерігається у 9,9% учасниць, помірна – у 44,2% та висока – у 45,9%. Тут ми ще раз маємо вказати на вплив зовнішніх обставин, які не вдається вилучити з експерименту, а саме умови суспільної кризи, тож відоме припущення, яке бажано перевірити в майбутньому, що реактивна тривожність наразі може бути підвищена в усіх українців.

На основі отриманих високих значень щодо особистісної тривожності, яка притаманна двом третинам учасниць нашого дослідження, можна зробити два наукових припущення, справедливості яких бажано перевірити додатковими дослідженнями: 1) жителям України, які постійно перебувають під впливом тих чи інших суспільних криз взагалі притаманна підвищена особистісна тривожність; 2) переживання онкодіагнозу незворотно змінює особистість та її особистісні риси, тож підвищений рівень особистісної тривожності буде притаманний усім онкопацієнткам.

Ми виявили кореляційний зв'язок між балами Опитувальника FCRI загалом і рівнем тривожності учасниць, причому для опитувальника загалом

кореляція виявилася доволі висока – див. таблицю 2.23.

Таблиця 2.23

**Кореляція Тривожності з рівнем страху рецидиву
за Опитувальником FCRI загалом**

| До рівня страху рецидиву за опитувальником FCRI загалом (total): | | |
|--|--------------------------------|---------|
| Реактивна тривожність | Кореляція Пірсона, коефіцієнт | 0,390** |
| | Знач. (двостороння) | 0,000 |
| | Кореляція Спірмена, коефіцієнт | 0,408** |
| | Знач. (двостороння) | 0,000 |
| Особистісна тривожність | Кореляція Пірсона, коефіцієнт | 0,424** |
| | Знач. (двостороння) | 0,000 |
| | Кореляція Спірмена, коефіцієнт | 0,446** |
| | Знач. (двостороння) | 0,000 |

Для Особистісної тривожності кореляції за шкалами Опитувальника FCRI значення зведено до таблиці 2.24, для Реактивної тривожності кореляції зведено до таблиці 2.25.

Таблиця 2.24

**Кореляція Реактивної тривожності з рівнем страху рецидиву
за шкалами Опитувальника FCRI**

| Реактивна тривожність | | |
|--|--------------------------------|---------|
| Шкала Тригери (triggers) | Кореляція Пірсона, коефіцієнт | 0,259* |
| | Знач. (двостороння) | 0,006 |
| | Кореляція Спірмена, коефіцієнт | 0,269** |
| | Знач. (двостороння) | 0,004 |
| Шкала Тяжкість (Severity) | Кореляція Пірсона, коефіцієнт | 0,296* |
| | Знач. (двостороння) | 0,002 |
| | Кореляція Спірмена, коефіцієнт | 0,317** |
| | Знач. (двостороння) | 0,001 |
| Шкала Психологічний дистрес (Psychological distress) | Кореляція Пірсона, коефіцієнт | 0,357** |
| | Знач. (двостороння) | 0,000 |
| | Кореляція Спірмена, коефіцієнт | 0,372** |
| | Знач. (двостороння) | 0,000 |
| Шкала Порушення функціонування (Functioning impairments) | Кореляція Пірсона, коефіцієнт | 0,481** |
| | Знач. (двостороння) | 0,000 |

| | | |
|------------------------------|--------------------------------|---------|
| Реактивна тривожність | | |
| | Кореляція Спірмена, коефіцієнт | 0,484** |
| | Знач. (двостороння) | 0,000 |
| Шкала Усвідомлення (Insight) | Кореляція Пірсона, коефіцієнт | 0,329** |
| | Знач. (двостороння) | 0,000 |
| | Кореляція Спірмена, коефіцієнт | 0,358** |
| | Знач. (двостороння) | 0,000 |

Була виявлена доволі висока кореляція зі шкалами Опитувальника FCRI, включаючи кореляцію зі скринінговою шкалою Тяжкість (FCRI-SF).

Таблиця 2.25

Кореляція Особистісної тривожності з рівнем страху рецидиву за шкалами Опитувальника FCRI

| | | |
|--|--------------------------------|---------|
| Особистісна тривожність | | |
| Шкала Тригери (triggers) | Кореляція Пірсона, коефіцієнт | 0,324** |
| | Знач. (двостороння) | 0,001 |
| | Кореляція Спірмена, коефіцієнт | 0,345** |
| | Знач. (двостороння) | 0,000 |
| Шкала Тяжкість (Severity) | Кореляція Пірсона, коефіцієнт | 0,289** |
| | Знач. (двостороння) | 0,002 |
| | Кореляція Спірмена, коефіцієнт | 0,316** |
| | Знач. (двостороння) | 0,001 |
| Шкала Психологічний дистрес (Psychological distress) | Кореляція Пірсона, коефіцієнт | 0,466** |
| | Знач. (двостороння) | 0,000 |
| | Кореляція Спірмена, коефіцієнт | 0,479** |
| | Знач. (двостороння) | 0,000 |
| Шкала Порушення функціонування (Functioning impairments) | Кореляція Пірсона, коефіцієнт | 0,493** |
| | Знач. (двостороння) | 0,000 |
| | Кореляція Спірмена, коефіцієнт | 0,527** |
| | Знач. (двостороння) | 0,000 |
| Шкала Усвідомлення (Insight) | Кореляція Пірсона, коефіцієнт | 0,437** |
| | Знач. (двостороння) | 0,000 |
| | Кореляція Спірмена, коефіцієнт | 0,451** |
| | Знач. (двостороння) | 0,000 |

За П'ятифакторним опитувальником було отримано дані за шкалами Екстраверсії, Поступливості, Сумлінності, Нейротизму та Відкритості досвіду. Однозначно стверджувати про притаманну досліджуваному рису особистості можливо, якщо сирі бали, приведені до 100-бальної шкали, є меншими за 30, або більшими за 70 балів. Для середніх показників вважається, що особистість виявляє себе залежно від ситуації (або при проходженні тесту обирала «середні» відповіді, можливо, вважаючи їх соціально схвальними), тож для встановлення кореляційних зв'язків у межах цього дослідження важливими є риси, що виявилися яскраво.

За шкалою Екстраверсії–Інтроверсії, однозначно інтровертами виявилися 8,1% опитуваних, екстравертами – 20,7%. Але є ймовірність, що онкопацієнтки, яким притаманна екстраверсія, були більш готові взяти участь у дослідженні. У майбутніх дослідженнях бажано залучити учасників шляхом рандомізованого відбору, щоб максимально виключити вплив цього фактору, якщо він наявний.

За шкалою Прив'язаність–Відокремленість (Поступливість) виявлено лише одну особу (0,9%), що має яскраву рису відособленості та дистанціювання у стосунках, і 32,4% виявилися такими, що демонструють явні риси прив'язаності та чуйності.

За шкалою Самоконтроль–Імпульсивність (Сумлінність) виявлено трьох учасниць дослідження, які продемонстрували значення, що відповідають імпульсивності (це 2,7%), проте 44,1% учасниць нашого дослідження демонструють рису високої відповідальності та самоконтролю. Робити далекоглядні висновки зарано, зважаючи на відносно невелику вибірку учасниць, проте можна зробити обережне припущення, що довести лікування онкозахворювання до етапу виходу в ремісію допомагають такі риси характеру, як доброзичливість, поступливість, самоконтроль та наполегливість. Це потрібно перевірити в майбутньому.

За шкалою Нейротизму виявлено 16,2% емоційно спокійних та реалістично налаштованих учасниць і 25,2% таких, що виявляють тривожність та імпульсивність. Результати нашого дослідження можна вважати попередніми,

які тільки виявляють певні закономірності, що наявні у співвідношенні рис особистості та результатах лікування онкозахворювання, однак на основі отриманих даних за шкалою Нейротизм можна підтвердити, що захворювання на рак не залежить від того, чи «позитивно налаштована» людина, чи постійно сумнівається та нервує, оскільки відмінності в кількості онкопацієнток з цими протилежними рисами особистості не є статистично значущими.

За шкалою Відкритості досвіду виявлено 10,8% учасниць нашого дослідження, які демонструють практичність та консерватизм, і 18% тих, кому притаманні допитливість та готовність сприймати нове.

Також було досліджено, чи існує кореляційний зв'язок між рисами особистості учасниць дослідження та визначеним у них рівнем страху рецидиву раку. Такий зв'язок було знайдено лише для шкали Нейротизму, результати наведено в таблиці 2.26.

Таблиця 2.26

**Кореляція Нейротизму з рівнем страху рецидиву
за Опитувальником FCRI**

| Нейротизм (П'ятифакторний опитувальник) | | |
|---|--------------------------------|---------|
| Значення за опитувальником FCRI загалом (total) | Кореляція Пірсона, коефіцієнт | 0,369** |
| | Знач. (двостороння) | 0,000 |
| | Кореляція Спірмена, коефіцієнт | 0,360** |
| | Знач. (двостороння) | 0,000 |
| Шкала Тяжкість, (Severity) | Кореляція Пірсона, коефіцієнт | 0,260** |
| | Знач. (двостороння) | 0,006 |
| | Кореляція Спірмена, коефіцієнт | 0,265** |
| | Знач. (двостороння) | 0,002 |

Нами виявлене лише одне іноземне дослідження, у якому повідомлено про такий зв'язок, проте в ньому розглянуті лише онкопацієнти-чоловіки [216].

Додатково нами були досліджені кореляції між іншими шкалами Опитувальника FCRI та шкалами П'ятифакторного опитувальника, результати зведено до таблиці 2.27.

Таблиця 2.27

Кореляція особистісних особливостей зі шкалами FCRI

| | | |
|--|--------------------------------|---------|
| Нейротизм | | |
| Шкала Тригери (triggers) | Кореляція Пірсона, коефіцієнт | 0,246** |
| | Знач. (двостороння) | 0,009 |
| | Кореляція Спірмена, коефіцієнт | 0,253** |
| | Знач. (двостороння) | 0,007 |
| Шкала Психологічний дистрес (Psychological distress) | Кореляція Пірсона, коефіцієнт | 0,397** |
| | Знач. (двостороння) | 0,000 |
| | Кореляція Спірмена, коефіцієнт | 0,401** |
| | Знач. (двостороння) | 0,000 |
| Шкала Порушення функціонування (Functioning impairments) | Кореляція Пірсона, коефіцієнт | 0,393** |
| | Знач. (двостороння) | 0,000 |
| | Кореляція Спірмена, коефіцієнт | 0,410** |
| | Знач. (двостороння) | 0,000 |
| Шкала Усвідомлення (Insight) | Кореляція Пірсона, коефіцієнт | 0,413** |
| | Знач. (двостороння) | 0,000 |
| | Кореляція Спірмена, коефіцієнт | 0,419** |
| | Знач. (двостороння) | 0,000 |
| Сумлінність | | |
| Шкала Заспокоєння (Reassurance) | Кореляція Пірсона, коефіцієнт | 0,210* |
| | Знач. (двостороння) | 0,027 |
| Шкала Стратегії подолання (Coping strategies) | Кореляція Спірмена, коефіцієнт | 0,288** |
| | Знач. (двостороння) | 0,002 |
| Відкритість досвіду | | |
| Шкала Стратегії подолання (Coping strategies) | Кореляція Пірсона, коефіцієнт | 0,206* |
| | Знач. (двостороння) | 0,030 |
| | Кореляція Спірмена, коефіцієнт | 0,195* |
| | Знач. (двостороння) | 0,040 |
| Екстраверсія | | |
| Шкала Порушення функціонування (Functioning impairments) | Кореляція Пірсона, коефіцієнт | -0,221* |
| | Знач. (двостороння) | 0,020 |
| | Кореляція Спірмена, коефіцієнт | -0,227* |
| | Знач. (двостороння) | 0,017 |
| Шкала Стратегії подолання (Coping strategies) | Кореляція Пірсона, коефіцієнт | 0,296** |

| | | |
|-------------|--------------------------------|---------|
| strategies) | Знач. (двостороння) | 0,002 |
| | Кореляція Спірмена, коефіцієнт | 0,300** |
| | Знач. (двостороння) | 0,001 |

Для показників толерантності за методикою Баднера, тривожності за тестом Спілбергера–Ханіна та П'ятифакторним опитувальником описові характеристики шкал сирих балів наведено в таблиці 2.28. Можна зробити попередній висновок, що рівень страху рецидиву раку, визначений за Опитувальником FCRI, і за скринінговою шкалою Тяжкість (Severity), і сумарно за всіма шкалами (Total) залежить від рівня тривожності (особистісного та реактивного) онкопацієнтів, визначеного за Опитувальником Спілбергера, рівня Інтолерантності до невизначеності, визначеного за методикою Баднера, та показників шкали Нейротизму (емоційної стійкості), визначеної за П'ятифакторним опитувальником.

Таблиця 2.28

Описові характеристики використаних методик

| Характеристика | Мінімум | Максимум | Середнє | Середньоквадратичне відхилення | Дисперсія |
|-----------------------------------|---------|----------|---------|--------------------------------|-----------|
| Екстраверсія | 12 | 38 | 26,15 | 5,527 | 30,549 |
| Поступливість | 20 | 42 | 32,79 | 4,372 | 19,111 |
| Сумлінність | 18 | 44 | 33,07 | 6,229 | 38,795 |
| Нейротизм | 12 | 38 | 24,75 | 6,780 | 45,972 |
| Відкритість досвіду | 12 | 48 | 31,70 | 7,380 | 54,465 |
| Інтолерантність до невизначеності | 1 | 9 | 5,80 | 2,110 | 4,451 |
| Толерантність до невизначеності | 1 | 9 | 3,95 | 1,963 | 3,852 |
| Реактивна тривожність | 21 | 63 | 43,76 | 10,087 | 101,749 |
| Особистісна тривожність | 27 | 72 | 49,05 | 10,065 | 101,306 |

Підсумовуючи отримані дані, можна стверджувати, що індивідуально-психологічні чинники онкопацієнтів мають кореляцію з рівнем FCR, причому за

рівнем тривожності, за тестом Спілбергера–Ханіна, виявлена висока кореляція Пірсона і для реактивної тривожності, і для особистісної за балами FCRI та скринінгового опитувальника FCRI-SF. Також виявлена кореляція рівня тривожності з окремими шкалами Опитувальника FCRI. Загалом, в онкопацієнок спостерігалася підвищена тривожність (66,7% учасниць дослідження мають підвищений рівень особистісної тривожності).

У той же час низька толерантність до невизначеності (життестійкість) виявлена в більшості опитуваних – 53,2%, середня – у 36,9% і висока – лише в 9,9%. Друга шкала методики Баднера, інтолерантність до невизначеності (ригідність), також свідчить, що більшість учасниць дослідження сприймають невизначеність подальшого прогнозу як небезпеку: висока інтолерантність до невизначеності в більшості опитуваних 42,3%, середня – у 41,5%, низькі показники мають лише 16,2% учасниць. Виявлена статистично значуща кореляція Пірсона між інтолерантністю до невизначеності та рівнем FCR і за Опитувальником FCRI, і за опитувальником FCRI-SF.

Риси особистості, досліджені за П'ятифакторним опитувальником, у онкопацієнок виявилися зміщеними до високих граничних значень за шкалою Сумлінності – лише 2,7% мають особистісну рису імпульсивності, проте 44,1% учасниць демонструють риси високої відповідальності та самоконтролю. Значення для інших шкал П'ятифакторного опитувальника відповідають нормальному розподілу. Можна зробити обережне припущення, що довести лікування онкозахворювання до етапу виходу в стійку ремісію допомагають такі риси характеру, як готовність підлаштовуватись, доброзичливість, самоконтроль та наполегливість. Установлено високий кореляційний зв'язок між рисою особистості Нейротизм за П'ятифакторним опитувальником з рівнем FCR за опитувальником FCRI і FCRI-SF та для інших шкал Опитувальника FCRI.

Визначену кореляцію особистісних значень шкал Екстраверсія, Сумлінність та Відкритість досвіду П'ятифакторного опитувальника зі шкалою Стратегії подолання (Coping strategies) Опитувальника FCRI дозволяє стверджувати, що від копінг-стратегій, які особистість використовує для

подолання життєвих труднощів, залежать її рівень страху рецидиву раку. Далі буде більш докладно розглянуто питання копінг-стратегій, досліджених за допомогою методики Хейма.

Зв'язок стратегій подолання з рівнем FCR. Для владнання своїх страхів онкопацієнтки використовують певні копінг-стратегії (стратегії подолання) свідомо чи несвідомо. Гіпотезою дослідження передбачалось, що вибір цих стратегій залежить від особистісних особливостей людини та попереднього життєвого досвіду. Для виявлення закономірностей було проведено пошук кореляційних зв'язків між стратегіями подолання, виявленими за методикою Хейма (когнітивними, емоційними і поведінковими), рівнем FCR та індивідуально-психологічними чинниками, які ми досліджували в учасниць.

Кореляційний зв'язок за загальними балами Опитувальника FCRI виявлено лише для емоційних стратегій за методикою Хейма, і він доволі незначний: кореляція Пірсона = 0,191 з коефіцієнтом 0,045 на рівні значущості 0,05, а для скринінгового Опитувальника FCRI-SF кореляційного зв'язку не виявлено взагалі. Додатково було досліджено кореляційний зв'язок когнітивних, емоційних та поведінкових стратегій подолання, які використовують учасниці дослідження згідно з методикою Хейма, з іншими шкалами Опитувальника FCRI, з притаманною тривожністю за тестом Спілбергера–Ханіна, шкалами П'ятифакторного опитувальника та Толерантністю/інтолерантністю до невизначеності за методикою Баднера.

Такий зв'язок знайдено. Виявлено, що з когнітивними копінг-стратегіями корелюють шкали Усвідомлення та Психологічний дистрес за Опитувальником FCRI, Реактивна тривожність за тестом Спілбергера–Ханіна та Екстраверсія і Нейротизм за П'ятифакторним опитувальником BFI44, в той час як Відкритість досвіду має обернений зв'язок – чим вона вища, тим більш адаптивні копінг-стратегії використовує особистість (див. таблицю 2.29).

Таблиця 2.29

**Кореляція з когнітивними копінг-стратегіями за шкалами
Опитувальника FCRI**

| Обрані учасницями когнітивні копінг-стратегії методики Хейма | | |
|---|--------------------------------|---------|
| Шкала Усвідомлення (Insight) опитувальника FCRI | Кореляція Пірсона, коефіцієнт | 0,213* |
| | Знач. (двостороння) | 0,025 |
| | Кореляція Спірмена, коефіцієнт | 0,210* |
| | Знач. (двостороння) | 0,027 |
| Шкала Психологічний дистрес (Psychological distress) опитувальника FCRI | Кореляція Пірсона, коефіцієнт | 0,222* |
| | Знач. (двостороння) | 0,019 |
| | Кореляція Спірмена, коефіцієнт | 0,238* |
| | Знач. (двостороння) | 0,012 |
| Особистісна тривожність | Кореляція Пірсона, коефіцієнт | 0,256** |
| | Знач. (двостороння) | 0,007 |
| | Кореляція Спірмена, коефіцієнт | 0,278** |
| | Знач. (двостороння) | 0,003 |
| Екстраверсія | Кореляція Пірсона, коефіцієнт | 0,226* |
| | Знач. (двостороння) | 0,017 |
| | Кореляція Спірмена, коефіцієнт | -0,208* |
| | Знач. (двостороння) | 0,028 |
| Нейротизм | Кореляція Пірсона, коефіцієнт | 0,332** |
| | Знач. (двостороння) | 0,000 |
| | Кореляція Спірмена, коефіцієнт | 0,341** |
| | Знач. (двостороння) | 0,000 |
| Відкритість досвіду | Кореляція Пірсона, коефіцієнт | -0,218* |
| | Знач. (двостороння) | 0,022 |
| | Кореляція Спірмена, коефіцієнт | -0,210* |
| | Знач. (двостороння) | 0,027 |

Відповідно, з емоційними копінг-стратегіями корелюють (див. таблицю 2.30) шкали Усвідомлення, Психологічний дистрес та Порушення функціонування за Опитувальником FCRI, рівень тривожності за тестом Спілбергера–Ханіна та інтолерантність до невизначеності за методикою Баднера. І знову Відкритість досвіду має обернений зв'язок, так само як і Поступливість і

Сумлінність за BFI44.

Таблиця 2.30

**Кореляція з емоційними копінг-стратегіями за шкалами
Опитувальника FCRI**

| Обрані учасницями емоційні копінг-стратегії методики Хейма | | |
|---|--------------------------------|---------|
| Рівень страху рецидиву за опитувальником FCRI загалом (total) | Кореляція Пірсона, коефіцієнт | 0,191* |
| | Знач. (двостороння) | 0,045 |
| | Кореляція Спірмена, коефіцієнт | 0,225* |
| | Знач. (двостороння) | 0,018 |
| Шкала Психологічний дистрес (Psychological distress) опитувальника FCRI | Кореляція Пірсона, коефіцієнт | 0,258** |
| | Знач. (двостороння) | 0,006 |
| | Кореляція Спірмена, коефіцієнт | 0,268** |
| | Знач. (двостороння) | 0,005 |
| Шкала Порушення функціонування (Functioning impairments) опитувальника FCRI | Кореляція Пірсона, коефіцієнт | 0,299** |
| | Знач. (двостороння) | 0,001 |
| | Кореляція Спірмена, коефіцієнт | 0,310** |
| | Знач. (двостороння) | 0,001 |
| Шкала Усвідомлення (Insight) опитувальника FCRI | Кореляція Пірсона, коефіцієнт | 0,231* |
| | Знач. (двостороння) | 0,014 |
| | Кореляція Спірмена, коефіцієнт | 0,246** |
| | Знач. (двостороння) | 0,009 |
| Реактивна тривожність | Кореляція Пірсона, коефіцієнт | 0,347** |
| | Знач. (двостороння) | 0,000 |
| | Кореляція Спірмена, коефіцієнт | 0,370** |
| | Знач. (двостороння) | 0,000 |
| Особистісна тривожність | Кореляція Пірсона, коефіцієнт | 0,483** |
| | Знач. (двостороння) | 0,000 |
| | Кореляція Спірмена, коефіцієнт | 0,482** |
| | Знач. (двостороння) | 0,000 |
| Інтолерантність до невизначеності | Кореляція Пірсона, коефіцієнт | 0,331** |
| | Знач. (двостороння) | 0,000 |
| | Кореляція Спірмена, коефіцієнт | 0,328** |
| | Знач. (двостороння) | 0,000 |
| Поступливість | Кореляція Пірсона, коефіцієнт | -0,196* |
| | Знач. (двостороння) | 0,039 |
| | Кореляція Пірсона, коефіцієнт | -0,194* |

| Обрані учасницями емоційні копінг-стратегії методики Хейма | | |
|--|--------------------------------|---------|
| Сумлінність | Знач. (двостороння) | 0,041 |
| Нейротизм | Кореляція Пірсона, коефіцієнт | 0,431** |
| | Знач. (двостороння) | 0,000 |
| | Кореляція Спірмена, коефіцієнт | 0,442** |
| | Знач. (двостороння) | 0,000 |
| Відкритість досвіду | Кореляція Пірсона, коефіцієнт | -0,240* |
| | Знач. (двостороння) | 0,011 |
| | Кореляція Спірмена, коефіцієнт | -0,214* |
| | Знач. (двостороння) | 0,024 |

Також ми виявили, і це є цілком зрозумілим, що поведінкові стратегії подолання корелюють з Тригерами та Порушенням функціонування за Опитувальником FCRI, а Відкритість досвіду і Екстраверсія за П'ятифакторним опитувальником мають з ними обернений зв'язок (див. таблицю 2.31)

Таблиця 2.31

Кореляція з поведінковими копінг-стратегіями за шкалами Опитувальника FCRI

| Обрані учасницями поведінкові копінг-стратегії методики Хейма | | |
|---|--------------------------------|----------|
| Шкала Тригери (triggers) | Кореляція Пірсона, коефіцієнт | 0,243* |
| | Знач. (двостороння) | 0,010 |
| | Кореляція Спірмена, коефіцієнт | 0,259** |
| | Знач. (двостороння) | 0,006 |
| Шкала Порушення функціонування (Functioning impairments) | Кореляція Спірмена, коефіцієнт | 0,202* |
| | Знач. (двостороння) | 0,034 |
| Екстраверсія | Кореляція Пірсона, коефіцієнт | -0,233* |
| | Знач. (двостороння) | 0,014 |
| | Кореляція Спірмена, коефіцієнт | -0,204* |
| | Знач. (двостороння) | 0,032 |
| Відкритість досвіду | Кореляція Пірсона, коефіцієнт | -0,191* |
| | Знач. (двостороння) | 0,045 |
| | Кореляція Спірмена, коефіцієнт | -0,191** |
| | Знач. (двостороння) | 0,045 |

Враховуючи обмежений обсяг нашої вибірки учасниць та вплив суспільної

кризи, вважаємо за доцільне провести в майбутньому додаткові дослідження для виявлення стійких взаємозв'язків з особистісними характеристиками. Можливо, це дозволить виявити певні профілі особистості онкопацієнтів, для яких притаманні певні копінг-стратегії, а відповідно, вже за типом особистості підбирати направленість психологічного впливу, зокрема й заради навчання нових, більш адаптивних, копінг-стратегій.

На масиві отриманих від учасниць даних було досліджено, які поведінкові стратегії подолання (адаптивні, дезадаптивні, частково адаптивні) онкопацієнтки найчастіше використовують щодо угамування свого страху рецидиву раку (шкала Стратегії подолання Опитувальника FCRI). Додатково виявлено, які стратегії вони використовують зазвичай, безвідносно до досвіду онкозахворювання, у повсякденному житті, у випадку стикання з травмівними чи стресовими ситуаціями, за методикою Хейма.

Учасниці дослідження використовують для владнання неприємних або стресових ситуацій у житті певні копінг-стратегії, що досліджено за методикою Хейма (див. Таблицю 2.32).

Таблиця 2.32

Використання копінг-стратегій учасницями за методикою Хейма

| Копінг-стратегії | Адаптивні | Частково адаптивні | Дезадаптивні |
|------------------|-----------|--------------------|--------------|
| Когнітивні | 48,6% | 23,4% | 28% |
| Емоційні | 41,4% | 13,5% | 45,5% |
| Поведінкові | 30% | 33,3% | 36,7% |

Майже половина учасниць дослідження (48,6%) використовують адаптивні когнітивні копінг-стратегії, 41,4% – адаптивні емоційні копінг-стратегії, і лише 30% учасниць використовують адаптивні поведінкові копінг-стратегії. Відсоток учасниць, які використовують адаптивні копінг-стратегії для всіх трьох типів стратегій, становить 7,2%. Майже 23,4% учасниць використовують адаптивні та частково адаптивні копінг-стратегії. 40,5% учасниць використовують хоча б одну дезадаптивну копінг-стратегію, 19,8% з них використовують дезадаптивні стратегії двох типів і 8,1% учасниць – трьох. Це вказує певний напрям для

проведення психологічної допомоги – вірогідно, буде корисно провести навчання учасниць більш адаптивним копінг-стратегіям або принаймні пошук альтернатив чи оскарження ригідних схем, що може покращити і рівень FCR, і рівень тривожності.

Наочно у формі кругових діаграм результати, отримані в констатувальному експерименті щодо використання когнітивних, емоційних і поведінкових копінг-стратегій учасницями, наведено на рис. 2.15 – 2.17.



Рис. 2.15. Структура когнітивних копінг-стратегій, використаних учасницями

На рис. 2.15 наочно відображено, що майже чверть учасниць дослідження (25,2%), і це є найчастіше використовувана стратегія, використовують адаптивну когнітивну копінг-стратегію «Проблемний аналіз», при тому що найменше використовують частково адаптивну стратегію «Релігійність» (лише 3,6%).

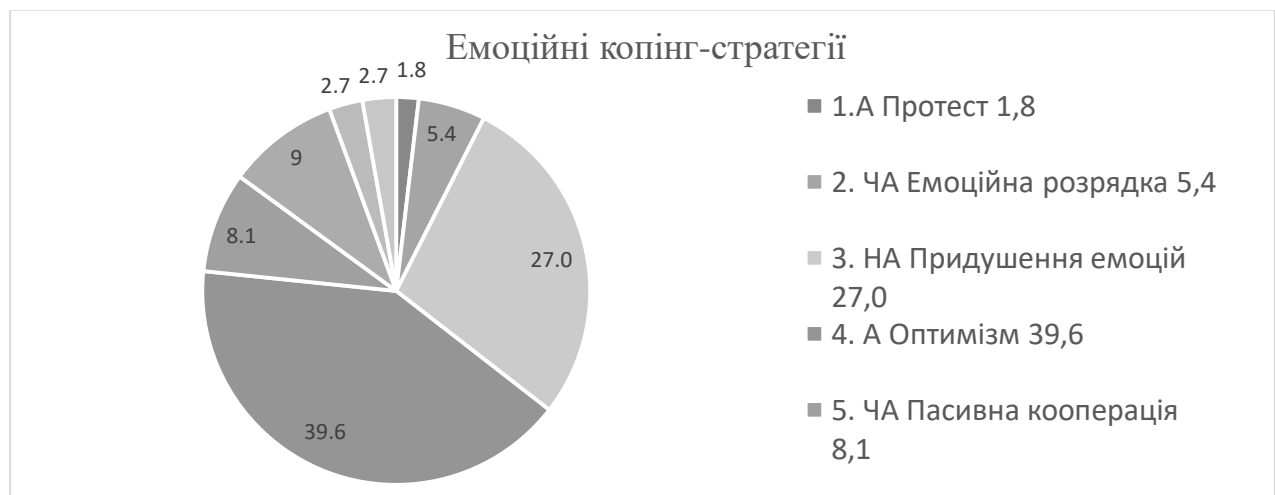


Рис. 2.16. Структура емоційних копінг-стратегій, використаних учасницями

Як наочно показує кругова діаграма щодо емоційних копінг-стратегій на рис. 2.16, майже 40% учасниць використовують адаптивну стратегію «Оптимізм», і це добре. Однак більше чверті учасниць (27%) використовують дезадаптивну стратегію «Придушення емоцій», можливо, саме через те, що їм не вдається мати той оптимізм, який доволі часто в медіа пропагандують як запоруку успіху лікування «Думай позитивно – і все буде добре». Тож 27% учасниць дослідження страждають через те, що мають «неправильні» емоції, ті намагаються придушити їх в собі, що не є корисним для них.



Рис. 2.17. Структура поведінкових копінг-стратегій, використаних учасницями

Як наочно показує діаграма на рис. 2.17, з поведінковими копінг-стратегіями все ще складніше. Найбільше учасниці дослідження використовують дезадаптивні поведінкові копінг-стратегії «Відступ», 18%, і ще 18,9% учасниць використовують частково-адаптивну копінг-стратегію «Відволікання».

Отже, щодо оцінки результатів дослідження стратегій подолання, які використовують онкопацієнтки для подолання наслідків травмивних подій, можемо зробити певні висновки. Оскільки частково-адаптивні копінг-стратегії є допоміжними лише в певних умовах, будемо вважати, що половина учасниць використовують їх дезадаптивно. Додавши половину частково-адаптивних стратегій до адаптивних, отримаємо приблизну оцінку, що більша частка учасниць нашого дослідження використовує:

- адаптивні когнітивні стратегії;

- дезадаптивні емоційні стратегії;
- дезадаптивні поведінкові стратегії.

Тобто учасниці розуміють свої переживання, але сприймають їх у дезадаптивний спосіб та не вміють правильно регулювати їх поведінкою.

Водночас опитування виявило, що за шкалою Стратегії подолання опитувальника FCRI учасниці дослідження використовують стратегії у такій послідовності (від «найчастіше» до «найрідше»):

- 34. (поведінкова частково адаптивна) Я намагаюсь відволіктися (наприклад, займаюсь різноманітними активностями, дивлюся телебачення, читаю, працюю) – 75,4%
- 40. (когнітивна частково адаптивна) Я намагаюсь знайти вирішення – 74,1%
- 39. (когнітивна адаптивна) Я намагаюсь зрозуміти, що відбувається, і впоратися з цим – 72,7%
- 37. (емоційна дезадаптивна) Я намагаюсь переконати себе, що все буде добре, мислю позитивно – 71,4%
- 41. (емоційна частково адаптивна) Я намагаюсь замінити цю думку більш приємною – 68,9%
- 35. (когнітивна дезадаптивна) Я намагаюсь не думати про це, викинути цю ідею зі своєї голови – 68,9%
- 42. (поведінкова дезадаптивна) Я кажу собі «зупинись» – 65,8%
- 36. (емоційна адаптивна) Я молюся, медитую чи роблю релаксацію – 52%
- 38. (поведінкова адаптивна) Я про це з кимось розмовляю – 39,6%

За шкалою Стратегій подолання Опитувальника FCRI було виявлено аналогічну картину – учасниці дослідження використовують адаптивні і частково адаптивні когнітивні стратегії подолання, однак надають перевагу дезадаптивним копінг-стратегіям уникання, придушення емоцій чи відволікання, і набагато рідше використовують адаптивні поведінкові стратегії, наприклад, релаксацію чи можливість обговорити свої переживання. Тобто респондентки не намагаються розслабитися або поговорити з кимось про те, що їх турбує; навпроти, вони безуспішно намагаються тримати власні емоції під контролем.

Виявлені закономірності використання дезадаптивних копінг-стратегій подолання можуть бути використані при плануванні та розробці програми медіа-психологічної реабілітації, для направлення психологічного впливу на

покращення усвідомлення своїх почуттів та навчання більш адаптивних дієвих поведінкових стратегій подолання для зниження рівня страху рецидиву раку.

Регресійний аналіз. Ми провели регресійний аналіз за методикою Дарбіна–Уотсона для Опитувальника FCRI та для скринінгового Опитувальника FCRI-SF. Виявлена статистично значуща залежність рівня страху рецидиву раку на основі балів Опитувальника FCRI-SF від Особистісної та Реактивної тривожності тесту Спілбергера–Ханіна; поведінкових копінг-стратегій, визначених за методикою Хейма; Нейротизму, визначеного за опитувальником BigFive; Інтолерантності до невизначеності за методикою Баднера. Описові статистики для змінної перемінної Опитувальника FCRI-SF для Зведення для моделі^b та Коефіцієнтів^a зведено до таблиць 2.33 та 2.34 відповідно.

Таблиця 2.33

Опитувальник FCRI-SF. Зведення для моделі^b

| Опитувальник FCRI-SF (змінна) Модель (константа) | R | R-квадрат | Скоригований R-квадрат | Стандартна помилка оцінки | Дарбін– Уотсон |
|--|--------------------|-----------|---------------------------|------------------------------|-------------------|
| Інтолерантність до невизначеності | 0,218 ^a | 0,047 | 0,037 | 6,502 | 1,619 |
| Нейротизм | 0,237 ^a | 0,056 | 0,046 | 6,472 | 1,675 |
| Реактивна тривожність | 0,285 ^a | 0,081 | 0,072 | 6,385 | 1,715 |
| Особистісна тривожність | 0,312 ^a | 0,097 | 0,088 | 6,330 | 1,655 |
| Поведінкові копінг-стратегії | 0,166 ^a | 0,028 | 0,017 | 6,570 | 1,797 |

Для значень загальної оцінки рівня FCR за Опитувальником FCRI нами була виявлена статистично значуща залежність страху рецидиву раку від Особистісної та Реактивної тривожності тесту Спілбергера–Ханіна емоційними копінг-стратегіями методики Хейма і шкалами Інтолерантність до невизначеності та Толерантність до невизначеності методики Баднера.

Таблиця 2.34

Опитувальник FCRI-SF. Коефіцієнти^a

| Опитувальник FCRI-SF (змінна) Модель (Константа) | Нестандартизовані коефіцієнти | | Стандартизовані коефіцієнти | t | Значимість |
|--|----------------------------------|-----------------------|--------------------------------|---|------------|
| | B | Стандартна помилка | Бета | | |

| | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------|----------------|-------|-----------------|----------------|
| Інтолерантність до невизначеності | 16,779 0,674 | 1,944 0,314 | 0,218 | 8,633 2,151 | 0,000 0,034 |
| Нейротизм | 14,916 0,237 | 2,549 0,101 | 0,237 | 5,852 2,353 | 0,000 0,021 |
| Реактивна тривожність | 12,472 0,192 | 2,941 0,067 | 0,285 | 4,240 2,872 | 0,000 0,005 |
| Особистісна тривожність | 10,672 0,205 | 3,235 0,065 | 0,312 | 3,299 3,166 | 0,001 0,002 |
| Поведінкові копінг-стратегії | 18,082 1,347 | 1,750 0,829 | 0,166 | 10,331 1,624 | 0,000 0,027 |

Описові статистики для змінної перемінної значень Опитувальника FCRI загалом (Total) для моделі^b та Коефіцієнтів^a зведено до таблиць 2.35 та 2.36 відповідно.

Таблиця 2.35

Опитувальник FCRI. Зведення для моделі^b

| Опитувальник FCRI (змінна) Модель(константа) | R | R- квадрат | Скоригований R-квадрат | Стандартна помилка оцінки | Дарбін- Уотсон |
|---|--------------------|---------------|---------------------------|------------------------------|-------------------|
| Інтолерантність до невизначеності | 0,251 ^a | 0,063 | 0,053 | 21,701 | 1,964 |
| Толерантність до невизначеності | 0,043 ^a | 0,002 | -0,009 | 22,396 | 2,088 |
| Реактивна тривожність | 0,361 ^a | 0,130 | 0,121 | 20,908 | 2,092 |
| Особистісна тривожність | 0,412 ^a | 0,170 | 0,161 | 20,427 | 2,035 |
| Емоційні копінг-стратегії | 0,209 ^a | 0,044 | 0,034 | 21,919 | 2 |

Таблиця 2.36

Опитувальник FCRI. Коефіцієнти^a

| Опитувальник FCRI (змінна) Модель (константа) | Нестандартизовані коефіцієнти | | Стандартизовані коефіцієнти | t | Значимість |
|--|----------------------------------|-----------------------|--------------------------------|-----------------|----------------|
| | B | Стандартна помилка | Бета | | |
| Інтолерантність до невизначеності | 16,78 0,674 | 1,944 0,314 | 0,218 | 8,633 2,151 | 0,000 0,034 |
| Толерантність до невизначеності | 14,916 0,237 | 2,549 0,101 | 0,237 | 5,852 2,353 | 0,000 0,021 |
| Реактивна тривожність | 56,73 0,817 | 9,631 0,219 | 0,361 | 5,890 3,729 | 0 0,000 |
| Особистісна тривожність | 47,158 0,912 | 10,439 0,209 | 0,412 | 4,517 4,359 | 0 0,000 |
| Емоційні копінг-стратегії | 81,829 5,033 | 5,298 2,437 | 0,209 | 15,446 2,065 | 0 0,042 |

Це підтверджує попередньо отримані кореляційні зв'язки між страхом рецидиву раку та індивідуально-психологічними характеристиками особистості онкопацієнтки в ремісії, такими як тривожність, толерантність до невизначеності та притаманні копінг-стратегії. Усі ці особистісні характеристики не є сталими, а можуть змінюватися з часом під впливом обставин.

Отже, на основі результатів регресійного аналізу ми отримали статистичне підтвердження, що FCR залежить від рівня толерантності до невизначеності, рівня притаманної тривожності та використовуваних копінг-стратегій особистості.

Тож за отриманими результатами щодо залежності FCR від психологічних факторів доречно спрямувати психологічний вплив програми медіа-психологічної реабілітації на підвищення толерантності до невизначеності, зниження тривожності та навчання нових, більш адаптивних копінг-стратегій, залучаючи поведінкові стратегії подолання, усвідомлення власних емоцій та когнітивний перегляд переконань (оскарження метакогніцій).

2.4. Дослідження медіавпливу

Щоб урахувати негативний медіавплив на психоемоційний стан онкопацієнтів, особливо навіювання щодо міфічних причин виникнення раку та способів лікування, проведено опитування з використанням створеного для цього дослідження спеціалізованого Опитувальника медіа-впливу (див. Додаток 2). У дослідженні медіавпливу взяло участь 85 респонденток. Діаграми щодо відповідей учасниць наочно відображають отриманий нами зріз цієї проблеми, розглянемо їх докладно.

За результатами проведеного опитування онкопацієнток у ремісії виявлено, що переважна більшість респонденток використовують медіапростір для пошуку інформації щодо симптомів та лікування: не шукали ніколи інформацію лише 4,7%, водночас шукають таку інформацію постійно 41,2% опитаних. До того ж, 10,6% учасниць постійно запитують про свої симптоми не в лікарів, а в соціальних мережах, що є проблемою, оскільки виявляється, що майже кожний

десятий онкопацієнт радиться про лікування не з лікарем. Водночас зі стигматизацією через онкозахворювання не стикалися 37,6%, тобто близько третини опитуваних, усі інші стикалися зрідка, часто, а 3,5% респондентів – постійно (див. рис. 2.18).

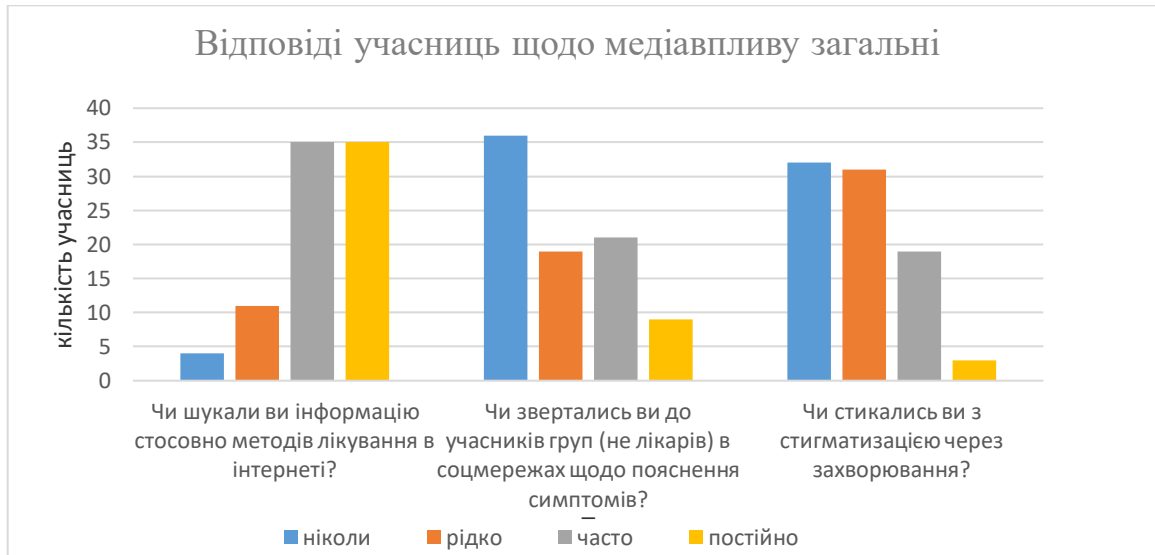


Рис. 2.18. Розподіл відповідей учасниць щодо загального медіавпливу

Виявлено, що з переконаннями щодо міфічних причин виникнення раку через образи чи погані думки постійно стикаються ще більше респондентів – 22,4%, і лише 17,6% ніколи, див. рис. 2.19. Видається непоганим результатом, що 40% опитуваних ніколи не отримували пропозицій щодо альтернативних способів лікування, а 31,8% (приблизно третина) ніколи не отримували без запиту пропозицій щодо корекції здоров'язберігаючої поведінки. Однак 60% отримують контент-рекламу з пропозиціями альтернативних методів лікування часто або час від часу, що впливає на їх сприйняття запропонованих офіційною медициною протоколів лікування. Отже, ми виявили, що дві третини учасниць стикалися з агресивним медіавпливом на здоров'язберігаючу поведінку: 10,6% постійно, 27,1% часто, а 20,6% зрідка.

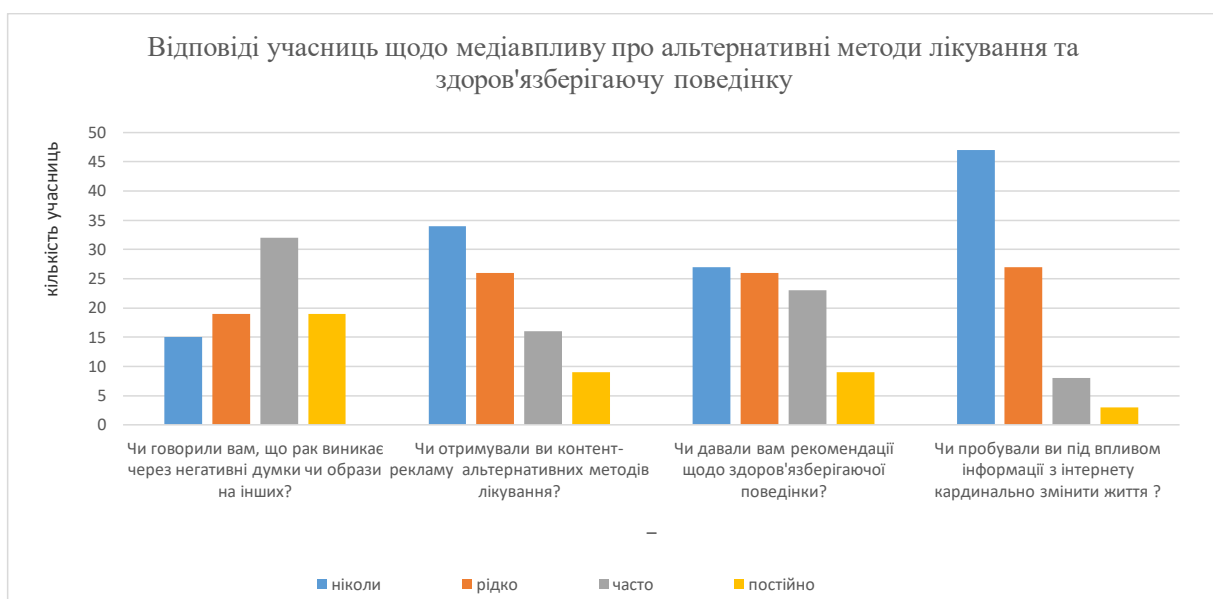


Рис. 2.19. Розподіл відповідей учасниць щодо медіавпливу на методи лікування

Доволі стійкими виявилися переконання щодо користі чи шкоди певних видів харчових продуктів на перебіг онкозахворювання (див. рис. 2.20). Так, поради припинити вживати ті чи інші продукти аж до голодування постійно отримували майже чверть опитуваних, 21,2%, і стільки ж не отримували їх ніколи, а решта, 57,6%, потерпають від таких «порад» зрідка чи часто. В той же час вживати продукти, «які вбивають ракові клітини», постійно отримували пропозицію майже шоста частина респондентів – 14,1%, а часто – 35,3% (більше третини), і такі агресивні «поради» ззовні доволі сильно впливають на переконання онкопацієнтів.

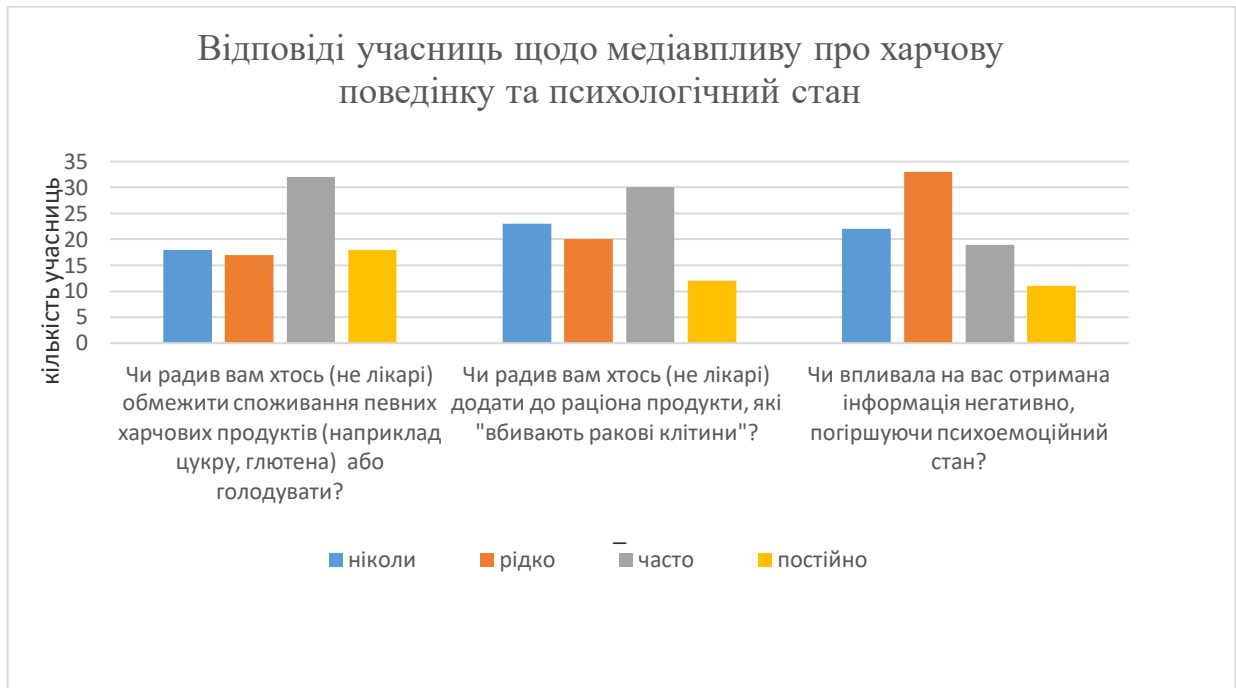


Рис. 2.20. Розподіл відповідей учасниць щодо медіавпливу на харчування

Виявилося, що лише 3,5 % опитуваних є схильними до впливу медіапростору і на основі неперевіреної інформації постійно намагаються різко змінити спосіб свого життя, проте 55,3% опитуваних не піддаються такому впливу або не отримують його, що є доволі позитивним. Однак негативний психоемоційний медіавплив на собі відчувають 12,9% респондентів постійно, 22,4% часто, а 38,8% зрідка. І лише чверть, 25,9% опитуваних, повідомили, що ніколи не погіршують свій психоемоційний стан через інформаційний вплив медіа.

Отже, виявлено вплив медіапростору, який є переважно негативним і потребує опрацювання психологічними засобами при проведенні програми медіа-психологічної реабілітації.

Проведене нами емпіричне дослідження встановило критерії та чинники, які впливають на підвищення та зниження рівня страху повторення травмивних подій у жінок. Було досліджено особливості перебігу страху рецидиву раку та виокремлено цілі впливу для проведення медіа-психологічної реабілітації жінок зі страхом повторення травмивних подій на прикладі страху рецидиву раку в українських онкопацієнток на етапі ремісії.

Висновки до другого розділу

З метою реалізації другого та третього завдання дисертаційного дослідження підібрано банк методик, за якими досліджено вплив біопсихосоціальних чинників на рівень страху повторення травмивних подій на прикладі страху рецидиву раку в онкопацієнток у ремісії. Докладно розглянуто вплив медіачинника та підґрунтя використання медіа для зниження FCR.

Дослідження було проведено на вибірці з 201 респондентки і є репрезентативним. Під час проведення дослідження Україна перебувала під впливом суспільної кризи, спочатку від наслідків пандемії Covid-19, а потім через війну. Це спричинило вплив зовнішніх факторів (макросоціальний вплив) на вимірювання чинників, який неможливо усунути, тож отримані результати та висновки актуальні саме в контексті суспільної кризи.

Було проведено адаптацію та валідацію Опитувальника страху рецидиву раку, FCRI, для визначення рівня FCR, створено його українську версію (42 питання) та рекомендовано значення порогу дисфункційного рівня FCR від 86 та вище. Адаптовано також українськомовну скринінгову версію опитувальника (9 питань), FCRI-SF, і визначено значення порогу підвищеного рівня – від 13, та дисфункційного – від 22. Згідно з результатами психодіагностики за валідизованими опитувальниками дисфункційний рівень FCR мають 60,4% опитуваних за FCRI, а за FCRI-SF – 55,9%. Отже, проблема високого FCR є суттєвою для українських онкопацієнток у ремісії. Отримані дані є узгодженими за кореляційним зв'язком ($r=0,8$) між обома версіями.

Результати емпіричного дослідження біопсихосоціальних чинників впливу на надмірний рівень FCR в українських онкопацієнток засвідчили, що:

1) *соціо-демографічні чинники* мають обернену кореляцію з рівнем FCR за віком учасниць, що збігається з відомостями щодо розвитку FCR: його рівень зменшується зі збільшенням віку учасників. Соціальна залученість та підтримка з боку сімейної системи за отриманими нами даними не показала статистично значущих кореляційних зв'язків з рівнем FCR.

2) для *біомедичних чинників* виявлена кореляція з рівнем FCR за часом,

який пройшов з моменту виходу в ремісію, що відповідає даним іноземних досліджень. Не було виявлено статистично значущого зв'язку між рівнем FCR та стадією, що була діагностована, а також наявністю попередніх рецидивів.

3) *індивідуально-психологічні чинники* мають кореляцію з рівнем FCR і за опитувальником FCRI, і за скринінговим FCRI-SF. Виявлена висока кореляція для реактивної та особистісної тривожності за тестом Спілбергера–Ханіна, причому в більшості онкопацієнок була підвищена тривожність (66,7%). За методикою Баднера у більшості учасниць виявлена низька толерантність до невизначеності (53,2%) і висока інтолерантність (42,3%), тобто більшість сприймає невизначеність подальшого прогнозу як небезпеку. Також виявлена кореляція між інтолерантністю до невизначеності та рівнем FCR. Риси особистості, досліджені за П'ятифакторним опитувальником, засвідчили, що 44,1% учасниць демонструють високі значення за шкалою Сумлінність, а 32,4 – за шкалою Поступливість, тож можна зробити обережне припущення, що ці риси допомагають довести лікування раку до етапу виходу в стійку ремісію. Також встановлено кореляційний зв'язок між FCR та нейротизмом. За методикою Хейма виявлена кореляція емоційних копінг-стратегій з рівнем FCR, лише 30% учасниць використовують адаптивні поведінкові копінг-стратегії, а адаптивні стратегії всіх трьох типів використовують лише 7,2% учасниць.

4) *медіачинник* має переважно негативний вплив на здоров'язберігаючу поведінку, який виявляється в розповсюдженні переконань щодо міфів про рак, користі чи шкоди певних харчових продуктів на перебіг онкозахворювання; впливі контент-реклами пропозиції альтернативних методів лікування. Цей негативний вплив медіа відчують постійно 12,9% респондентів, 22,4% – часто, а 38,8% – зрідка, а 44,7% опитуваних виявилися схильними до навіювання, через що на основі неперевіреної інформації готові різко змінювати спосіб свого життя.

Отже, встановлено чинники високого впливу на рівень FCR (основні цілі медіа-психологічного втручання) в онкопацієнок, а саме: 1) реактивна тривожність, 2) інтолерантність до невизначеності, 3) копінг-стратегії подолання, які вони використовують, 4) вплив медіа, особливо міфів про рак.

РОЗДІЛ 3.

МЕДІА-ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ЖІНОК ЗІ СТРАХОМ ПОВТОРЕННЯ ТРАВМІВНИХ ПОДІЙ В УМОВАХ СУСПІЛЬНОЇ КРИЗИ

У третьому розділі дисертаційного дослідження подана модель впливу на страх повторення травмівних подій у жінок та розглянуто як окремий випадок модель впливу на страх рецидиву раку в онкопацієнток, обґрунтовано ефективність упровадження медіа-психологічної реабілітації як засобу втручання заради зменшення дисфункційного рівня страху рецидиву раку в умовах суспільної кризи (пандемії Covid-19 та війни); представлено програму медіа-психологічної реабілітації; проаналізовано динаміку змін рівня FCR та тривожності в онкопацієнток у ремісії завдяки проходженню програми ConquerFear-UA; презентовано методичні рекомендації для клінічних психологів щодо зменшення дисфункційних рівнів страху рецидиву раку в пацієнтів та впровадження програми медіа-психологічної реабілітації.

3.1. Засади створення програми медіа-психологічної реабілітації

Психологічну реабілітацію застосовують для попередження погіршення психічного та фізичного здоров'я людей внаслідок впливу життєвих обставин чи травмівних подій шляхом інформування (психоедукації), надання допомоги для відновлення соціальної взаємодії та психологічного добробуту завдяки опрацюванню людиною власних психічних станів.

Розглянемо засади, на яких має ґрунтуватися програма медіа-психологічної реабілітації жінок зі страхом повторення травмівних подій в умовах суспільної кризи (на основі теоретико-практичного наукового досвіду з Розділу 1):

- розширення соціальної взаємодії, зокрема й за рахунок об'єднання в групи взаємопідтримки осіб зі схожим травмівним досвідом;
- покращення здатності до рефлексії, оволодіння навичками саморегуляції, розвиток самоактуалізації;
- опрацювання наслідків стресових станів, викликаних травмівною подією;
- асиміляція отриманого досвіду в картину самосприйняття;
- збільшення варіативності використовуваних копінг-стратегій;

- підвищення відкритості до змін та толерантності до невизначеності;
- відновлення захисних ресурсів особистості, зокрема й критичності до медіавпливу;
- підвищення самоефективності та створення нових життєвих перспектив.

Відповідно ми виокремлюємо компоненти та створюємо Модель впливу на страх повторення травмивних подій у жінок, яка враховує нормальну адаптацію, завади її розвитку та медіа-психологічну реабілітацію, розроблену на перелічених засадах психологічного впливу (див. Рис. 3.1).

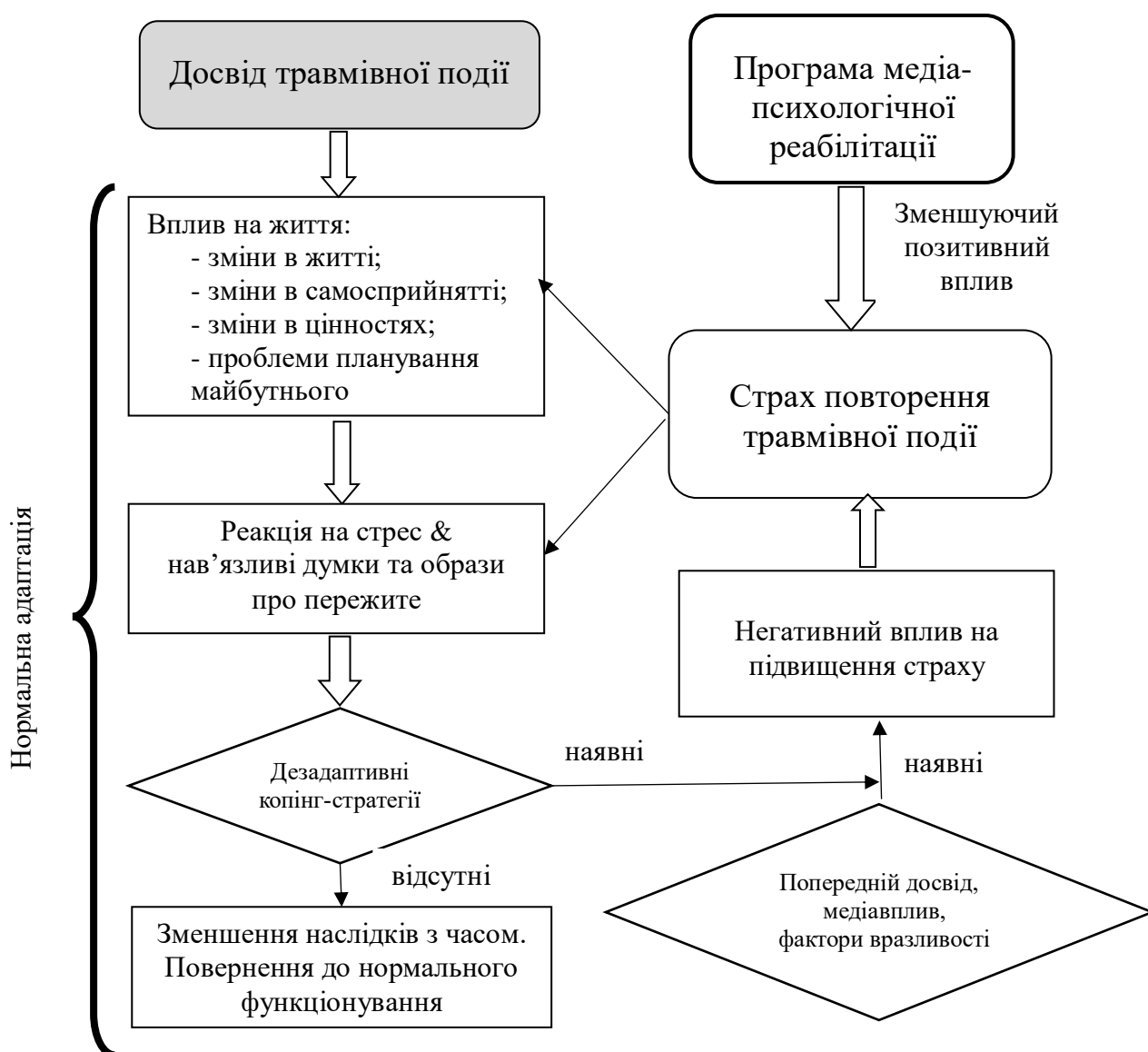


Рис. 3.1. Модель впливу на страх повторення травмивних подій

Створення програми медіа-психологічної реабілітації буде проведено на прикладі зниження рівня страху рецидиву раку в жінок у ремісії

онкозахворювання. Ця категорія жінок, що пережили травмівні події, як-от повідомлення про онкодіагноз та лікування раку, мають певні особливості психологічного процесу пристосування до життя з історією онкозахворювання. Розглянемо їх.

У моделі А. Бандури самоефективність – це впевненість людини у своїх силах досягти будь-якої мети, а самоефективність щодо хвороби – це впевненість людини у своїх можливостях впоратися із хворобою, вилікуватися або (у разі хронічного захворювання) зберігати звичний рівень активності та коло інтересів, незважаючи на захворювання [126]. Отже, необхідно заохочувати онкопацієнток розширювати коло своїх інтересів та ефективно діяти в різноманітних ситуаціях життя, незважаючи на досвід онкозахворювання.

Як було визначено в першому розділі, страх рецидиву раку – це страх, занепокоєння або тривога, що рак може повернутися або виникнути в тому самому органі або іншому. Причому відносно FCR загрозу, до якої відчувається страх, слід вважати реальною, оскільки відомо про статистично високий рівень рецидивів в онкопацієнтів. FCR складається із страху власне рецидиву, страху пропустити (або побачити) відповідні симптоми та страху пов'язаних із рецидивом втрат (таких як матеріальні, часові, тощо) чи катастрофічних наслідків (не буде необхідних ліків, не вдасться подолати рак вдруге, страх смерті) [129]. FCR також містить постійний надмірний моніторинг загрозливих ознак і симптомів, що провокує збільшення звернень до лікарів та кількості обстежень. Додатково іноземні психоонкологи виявили, що від 30% до 53,5% онкопацієнтів у ремісії мають дисфункційний рівень FCR, і саме вони передусім мають отримати психологічну допомогу, націлену на зниження FCR [217].

FCR пов'язаний з екзистенціальними питаннями, а фізичні та психологічні зміни внаслідок лікування можуть призвести до того, що онкопацієнти після всього пережитого можуть відчувати себе іншою людиною і кардинально змінити ставлення до себе і світу. Як наслідок, онкопацієнтки можуть поводитися нехарактерно для себе з минулих часів, і це призводить до непорозуміння з близькими та знайомими. Багато кого починають дратувати певні розмови,

стосунки чи дії, які раніше їм підходили, вони здаються безглуздими та нецікавими на фоні пережитої загрози життю. Онкопацієнти можуть відчувати розчарування або навіть провину, а контакт з власними цінностями може бути порушеним, хоча це все є природною реакцією на таке усвідомлення. Тому обговорення змін ідентичності є важливим процесом інтеграції свого досвіду.

I. Березко зазначає, що в розповідях онкопацієнток, які вже достатньо довго в ремісії та соціально реадaptувалися до змінених умов життя, можна почути про те, що завдяки пережитій хворобі вони стали сильнішими, простіше ставляться до багатьох речей, оскільки перестали вбачати в них проблему через те, що вони розвинули в собі життєстійкість та здатність знаходити рішення для складних питань, відбулося підвищення самооцінки та зміна ідентичності «Я-до-хвороби» і «Я-після-хвороби» [6]. Це підтверджує важливість обговорення теми змін ідентичності, яку необхідно додати до реабілітаційного втручання.

Лікування онкозахворювання є непротим, і пацієнти та особи, які за ними доглядають, мають усвідомити і обробити багато медичної інформації, зміст якої може суттєво відрізнятись залежно від стилю спілкування, особистості лікаря-онколога та можливостей сприйняття онкопацієнта. Однак деякі дослідження вказують, що онкопацієнтам буває важко зрозуміти інформацію про ризик рецидиву, а ще частіше вона губиться серед інших багатьох важливих тем, пов'язаних із послідовністю обстежень і порядком застосування підтримувальної медикаментозної терапії [158].

Розглянута нами ситуація з *міфами про рак* в медіапросторі переконливо доводить, що необхідно додати до програми психологічної реабілітації обговорення цієї теми, оскільки усвідомлення небезпеки від некорисних переконань може суттєво допомогти онкопацієнтам, а брак інформації про медичні та фізичні фактори стає на заваді ефективного піклування про себе, особливо щодо власної здоров'язберігаючої поведінки. Онкодiагноз часто залишає по собі довгострокові побічні ефекти, як-от втому, зниження настрою, гормональні розбалансування, когнітивні зміни, фізичні зміни тіла внаслідок операції та зниження сексуальної функції. Особи з високим FCR можуть сильно

переживати через фізичні відчуття, на які вони раніше б не звернули увагу. Оскільки ведення лікарем-онкологом у ремісії зводиться до декількох зустрічей на рік, зростає невизначеність щодо медичних питань, через що онкопацієнти починають шукати інформацію самостійно в медіа, що провокує страхи. Обговорення медичної інформації та психоедукація є важливими, тому заради формування здоров'язберігаючої поведінки варто приділити увагу питанням періодичності та точності графіка перевірок, виявлення фізичних симптомів, які є насторожуючими, та порядку проведення самообстежень.

Навіть після завершення лікування раку онкопацієнти потребують регулярних візитів до лікарні протягом щонайменше 5 років після діагностики раку, щоб перевірити наявність рецидиву раку, метастазів або вторинного раку, а деякі пацієнти потребують тривалої реабілітації. Щоб запобігти рецидивам раку, необхідний постійний контроль за здоров'ям, зокрема й *зміни способу життя*, такі як припинення куріння та вживання алкоголю, фізичні вправи та дієта. Дослідження щодо ефективності самообслуговування як ключового елементу здоров'язберігаючої поведінки тих, хто пережив раку, довели, що належний самоконтроль зменшує симптоми, пов'язані з хворобою, покращує якість життя та покращує загальне самопочуття [240].

Для зменшення тривожності та страху, навчання діалектичного погляду на можливі перспективи (не «або – або», а «і...і») в програмі психологічної реабілітації нам видається корисним використання певних психологічних технік КПТ, викладених у практичних посібниках для онкологічних пацієнтів, наприклад, [190; 224]. Відповідно до теоретичних досліджень у КПТ, тривога та депресивні когнітивні упередження щодо рецидиву та дезадаптивні копінг-стратегії підтримки здоров'я формуються на основі попереднього досвіду та активуються тригерами ззовні, які викликають неприємні думки. Це може призводити до змін у тілесних відчуттях (вегетативні та чуттєві реакції) та поведінці (наприклад, запис на непотрібну медичну перевірку). Однак когнітивні зміни продовжуються (румінації та надмірна пильність до теми раку), а це збільшує загальне занепокоєння здоров'ям [199]. Зазвичай фокус КПТ-підходу

до психологічної допомоги при тривозі за здоров'я полягає в зміні змісту когнітивних упереджень, однак рецидив раку не є вигаданою проблемою, і, на жаль, ризик є реальним і потенційно можливим, тож оскарження думок не доцільне. Тож має бути врахована необхідність навчити онкопацієнтів адаптивних копінг-стратегій реагування на думки та переживання, пов'язані із FCR.

Більшість онкопацієнтів налаштовані завершити лікування якнайшвидше і проходять через непрості процедури, спираючись на надію повністю перемогти рак. Отже, думка про рецидив як можливість знову зіткнутися з онкозахворюванням – це те, що протирічить попередньому настрою залишити позаду всі відповідні травмивні події. Тому ця думка зазвичай лякає більше, ніж інші думки.

Ми не виявили в Україні систематичної або спеціалізованої програми психологічної підтримки на етапі ремісії, лише поодинокі згадки в наукових статтях (наприклад, [55]). При цьому в межах нашого дослідження було виявлено, що високий (дисфункційний) рівень FCR мають 60,4% українських онкопацієнток, тобто ця проблема є гострою. Також було визначено, що тривожність, толерантність/інтолерантність до невизначеності та притаманні копінг-стратегії особистості корелюють із рівнем її FCR, і ці чинники важливо виділити як цілі реабілітаційного впливу. Натомість було докладно розглянуто декілька іноземних досліджень з упровадження психологічних методів реабілітації високого рівня FCR з частковим або повним описом відповідної програми втручання (див. таблицю 3.1).

Перше дослідження для жінок з РМЗ без відбору за рівнем FCR у якості психологічного опрацювання застосовувало написання листа подяки і виявило певний позитивний ефект покращення самопочуття та настрою, зокрема й думок про FCR, однак не мало контрольної групи та подальших перевірок з плином часу. Тому невідомо, чи не сталося покращення через увагу до проблем онкопацієнток з боку дослідників [198].

Таблиця 3.1

Характеристики наявних психологічних програм втручання щодо FCR

| Група втручання | Контрольна група | Попередній результат, опитувальник | Розмір ефекту |
|--|---|---|---|
| <u>Перше дослідження</u> 10 хвилин щотижня писати подяку комусь, до кого відчуваються відповідні почуття | відсутня | CARS | Не оцінювалося |
| <u>Друге дослідження</u> Програма модифікації когнітивного упередження та інтерпретації | Плацебо | CARS | 0,25 одразу після втручання; 0,44 через певний час спостереження |
| <u>Третє дослідження</u> 5 індивідуальних сеансів КПТ по 1 годині; три 15-хвилинні онлайн-консультації, втручання направлені на модифікацію поведінкових копінг-стратегій | Звичайна психологічна допомога | FCRI | 0,76 |
| <u>Четверте дослідження</u> Мінімальне психосоціальне втручання з інформування щодо ризиків при меланомі (брошура та 3 годинні консультації по телефону) | Звичайна психологічна допомога | FCRI-SF | 0,5 одразу після втручання; 0,3 через 6 міс. |
| <u>П'яте дослідження</u> Втручання ConquerFear: 5 очних занять протягом 10 тижнів | Take-it-Easy: 5 очних сеансів протягом 10 тижнів | FCRI | 0,46 одразу після втручання; 0,38 через 3 міс.; 0,39 через 6 міс. |

У другому дослідженні 120 жінок з РМЗ розподілили випадково по двох підгрупах, одна з яких не отримувала психологічної допомоги, а другу 8 сесій онлайн за допомогою програмного забезпечення навчали адаптивних копінг-стратегій щодо когнітивних упереджень. Це допомогло учасницям у випадку неоднозначної інформації трактувати її як сприйнятливую щодо подальших прогнозів щодо рецидиву раку. За оцінкою результатів змін рівня FCR до та після втручання статистично значущого зниження не відбулося, однак досягнуто певну користь у плані здоров'язберігаючої поведінки. Додатково було виявлено, що короткі втручання без участі психотерапевта добре масштабуються та можуть бути застосовані, коли FCR очікувано підвищується (наприклад, перед щорічним

КТ) [176].

Третє дослідження SWORD з використання КПТ напрацювань містило очні консультації з психологом, 3 короткострокові онлайн-консультації та доступ до сайту інтерактивної терапії. Онкопацієнти з високим FCR, які завершили лікування від 6 міс. до 5 років, були поділені на дві групи рандомно, перша група отримала програму SWORD, а друга – звичайні психологічні консультації за вимогою. 29% з тих учасників, які отримували втручання SWORD, відчували статистично значуще зниження рівня FCR при пост-оцінці; 71% в експериментальній групі, порівняно з 33% в контрольній групі, відзначили, що їх психологічний стан покращився [231].

Четверте дослідження розподілило рандомно 164 онкопацієнти, які завершили лікування від меланому, в експериментальну групу для отримання спеціалізованого буклету і 3-х телефонних дзвінків і в контрольну групу із стандартної психологічної підтримки. Психоедукація групи впливу містила докладну інформацію про ризик рецидиву, план подальшого спостереження та медичної підтримки, навчання з самообстежень і листи з питаннями до самостійного опрацювання, що спонукало онкопацієнтів мати більшу ефективну здоров'язберігаючу поведінку. Результати довели статистично значуще зниження рівня FCR одразу після втручання, які збереглися і через 6 місяців потому [139].

П'яте дослідження перевіряло ефективність програми втручання ConquerFear, основаної на найкращих надбаннях КПТ, порівняно з методикою Take-it-Easy, на основі релаксаційної терапії [136]. Take-it-Easy містило набір технік з розслаблення, таких як прогресивна м'язова релаксація, тілесні техніки розслаблення, медитації, візуалізація безпечного місця тощо. ConquerFear застосовувало метакогнітивну терапію, терапію прийняття і прихильності, відсторонення, обговорення поведінки щодо самообстежень і постановку цілей подальшого життя на основі цінностей. Результат дослідження засвідчив значне зниження рівня FCR, виміряного за опитувальником FCRI, у групі ConquerFear, порівняно з Take-it-Easy (відразу після терапії, через 3 місяці і через 6 місяців). ConquerFear також знизив тривожність і покращив самооцінку якості життя

відразу після втручання. Висновок також засвідчував, що ConquerFear вимагає багато часу і ресурсів, тому рекомендовано використовувати поетапний підхід, надаючи перевагу доступу до втручання ConquerFear онкопацієнтам з дисфункційними рівнями FCR [136].

За результатами огляду за основу для програми медіа-психологічної реабілітації обрано методіку ConquerFear з урахуванням свідчень щодо її економічності та доведеної ефективності [236]. Дозвіл на використання та адаптацію методіки отримано в розробників (Ф. Бутов, Сідней, Австралія). Урахувавши вплив суспільної кризи, ми суттєво змінили програму під реалії українського суспільства та провели адаптацію програми під медіаформат проведення та роботу в малих групах.

Цілями базової програми ConquerFear були:

1. навчити стратегій щодо зменшення надмірного моніторингу загроз;
2. змінити метакогнітивні переконання, особливо про користь або шкоду занепокоєння;
3. нормалізувати поведінку щодо самообстежень та періодичних медичних обстежень;
4. навчити адаптивних стратегій поведінки для зниження ризику рецидиву;
5. сприяти постановці цілей на майбутнє;
6. навчити методик управління уваги для збільшення діапазону реагування на нав'язливі думки про рецидив раку [135].

На основі створеної концептуальної моделі страху рецидиву раку, окреслених цілей психологічного впливу, створеної моделі страху повторення травмивних подій (див. рис. 3.1) та теоретичного підґрунтя базової моделі психологічного втручання ConquerFear нами розроблена Модель впливу на перебіг FCR, яка враховує всі необхідні цілі психологічного впливу, а також чинники, які погіршують процес адаптації, та буде використана як основа програми медіа-психологічної реабілітації онкопацієнтів (рис. 3.2).

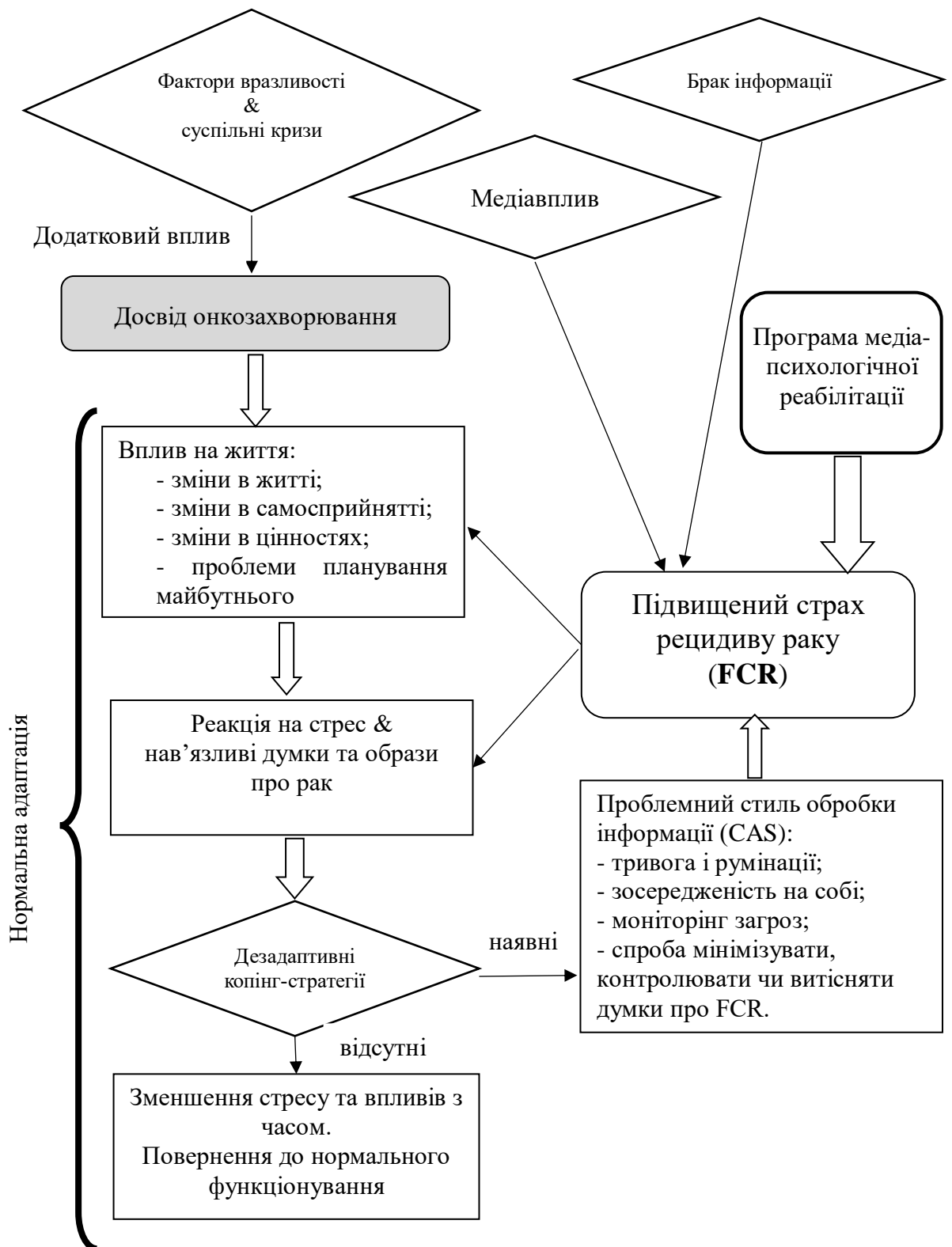


Рис. 3.2. Модель впливу на перебіг FCR

Ця модель враховує, що досвід лікування онкологічного захворювання, так само, як і будь-які інші травмівні події, має вплив на життя особистості, і як реакція на негативні наслідки формуються захисні реакції, відповідно з'являється нормальна реакція на стрес з негативними переживаннями та

думками включно. З плином часу, за умови відсутності використання дезадаптивних копінг-стратегій (або перегляду тих, що використовуються, та заміни їх більш адаптивними, хоча б частково), відбувається зменшення стресу та виявів наслідків інших негативних впливів з часом та повернення особистості до нормального функціонування.

Якщо до проживання онкозахворювання особистість вже зіткнулася з певними травмівними подіями, має додаткові фактори вразливості або в суспільстві наявні соціальні кризи – проживання онкозахворювання має важчий перебіг, а нормальна адаптація затягується в часі.

Якщо онкопацієнти використовують дезадаптивні копінг-стратегії, то з'являється замкнене коло самопідживлення підвищення рівня FCR, яке спирається на проблемний стиль обробки інформації, CAS. При такому стилі обробки особистості притаманні тривога і румінації; зосередженість на собі і своїх переживаннях; постійний моніторинг загроз; спроба мінімізувати, контролювати чи витіснити думки про FCR. Усе це загалом призводить до зменшення якості життя та «затягання» в циклі постійного проживання наслідків онкохвороби – затягання в процесі, орієнтованому на боротьбу з раком, та мінімізація перебування в процесі, орієнтованому на відновлення життя (за МДП в психоонкології, див. рис. 1.2).

Також на процес підживлення дисфункційного рівня страху рецидиву раку впливає відсутність в онкопацієнта інформації, зокрема медичної, необхідної для розуміння своїх подальших дій на шляху підтримки власного здоров'я та наявності можливих ризиків, та психологічної, необхідної для опанування травмівного досвіду та інтеграції його в життя.

Достатньо важливим компонентом впливу на підживлення чи зменшення дисфункційного рівня FCR є медіавплив, оскільки його негативна частина підвищує страхи та тривожність, навіює некорисні переконання та пропагандує дії, які є сумнівними щодо здоров'язберігаючої поведінки.

Розроблена нами модель впливу на підвищений рівень FCR буде використана для створення програми медіа-психологічної реабілітації

онкопацієнток зі страхом рецидиву раку, щоб запровадити компоненти впливу для опрацювання всіх перелічених факторів.

3.2. Створення та адаптація програми

Теоретичний аналіз наукових джерел щодо психологічної реабілітації онкопацієнтів у ремісії виявив, що програма психологічного впливу ConquerFear [135] має найбільший практичний інтерес для створення на її базі методики медіа-психологічної реабілітації для зниження рівня FCR в українських онкопацієнток. Розглянемо компоненти програми ConquerFear більш докладно.

Програма була розроблена для індивідуальної роботи терапевта з клієнтом очно протягом 5 сесій упродовж від 1 до 1,5 годин, тобто загалом на одного онкопацієнта виділено 6,5 годин психологічного втручання. Докладний опис програми ConquerFear для індивідуальної роботи наведено в таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Зміст програми ConquerFear для індивідуального втручання

| Зміст | Час (хвилин) |
|--|--------------|
| Сесія 1: Початкове оцінювання випадку, пояснення щодо FCR, робота з цінностями | |
| <ul style="list-style-type: none"> • клінічне інтерв'ю; • ознайомлення зі схемою розвитку FCR та програмою втручання; • вправа щодо цінностей. | 90 |
| Сесія 2: Обговорення попередніх травмивних подій життя (фактори вразливості до FCR), ознайомлення з технікою тренування уваги | |
| <ul style="list-style-type: none"> • обговорення життєвого досвіду клієнта щодо страху рецидиву раку, проблем взаємин з іншими та прихильності, які можуть бути факторами вразливості; • вступ до АГТ. | 60–90 |
| Сесія 3: Відсторонена уважність | |
| <ul style="list-style-type: none"> • теоретична основа відстороненої уважності; • виконання вправ на ДМ. | 60 |
| Сесія 4: Поведінка щодо подальшого життя | |
| <ul style="list-style-type: none"> • нормалізація моніторингу загроз; • оцінка дотримання рекомендованих планів медичного супроводу та самоскринінгу; • техніки відкладення хвилювань. | 60 |
| Сесія 5: Підсумок і розробка нових сценаріїв для реагування на тригери FCR. | |
| <ul style="list-style-type: none"> • обговорення змін щодо FCR за період відвідування програми; • уточнення нових стратегій щодо реагування на думки про FCR, профілактика рецидивів | 60 |

Програма ConquerFear використовує теоретичні моделі RFT та метакогнітивної терапії (англ. Metacognitive Therapy), заснованої на моделі S-REF, яка має компоненти, корисні для опанування онкопацієнтами: 1) техніка тренування уваги (англ. Attention Training Technique, АТТ) і 2) відсторонена уважність (англ. Detached Mindfulness, DM). Відсторонена уважність зосереджується на метакогнітивному рівні взаємодії з думками без необхідності взаємодії з їх змістом, оскарження чи спростування його [233]. АТТ змінює стандартні реакції на нав'язливі думки і розриває цикл переживання про здоров'я, зменшуючи румінації, не ставлячи під сумнів їх зміст, а отже, не підсилюючи петлю зворотного зв'язку CAS. DM навчає онкопацієнтів усвідомлювати свої думки без реакції на них постійною оцінкою, спробами контролювати або пригнічувати їх, що зменшує їх вплив та «важливість» [232].

Думки щодо FCR є природними, однак те, як онкопацієнт оцінює їх користь чи шкоду для себе, впливає на подальші емоційні наслідки. Якщо онкопацієнти обирають некорисні поведінкові копінг-стратегії (наприклад, спроби придушувати думки або часті медичні перевірки), це призводить до виникнення в них CAS, який тільки підсилює їх тривожність. А, як засвідчують отримані нами на етапі констатувального експерименту відомості, підвищена тривожність впливає на підвищення рівня FCR.

FCR заважає тим, хто страждає від нього, ефективно планувати майбутнє, ставити цілі на основі власних цінностей. Компоненти терапії прийняття та зобов'язань, АСТ, включені до втручання ConquerFear з метою вирішення цих проблем, щоб допомогти онкопацієнтам окреслити важливі для них цінності і встановити доступні цілі, які будуть слугувати орієнтиром для вибору відповідних дій: а) вправу щодо дослідження змін у цінностях; б) вправу для встановлення цілей на майбутнє; в) метафори АСТ щодо життя з наявним досвідом та відповідними побоюваннями [226].

У класичному посібнику втручання ConquerFear вказано, що психонкологи можуть змінити застосування або вибір методів програми,

привівши втручання ConquerFear до потреб конкретного онкопацієнта або до особливостей власної повсякденної роботи [135].

Ми модифікували втручання ConquerFear для впровадження в групах підтримки у форматі онлайн, змінили склад та структуру сесій, також деякі техніки адаптували під онлайн-формат. Тривалість групових сесій збільшено порівняно з індивідуальним форматом і визначено 2 години, щоб вистачило часу всім учасникам групи і при цьому зустрічі не були занадто виснажливими.

Протягом останніх трьох років ми проводили велику кількість груп психологічної підтримки для українців, які проживають різні життєві кризи – від втрати близьких через смерть до втрат, пов'язаних з війною, і цей попередній досвід вказує, що українці високо цінують міжособистісне спілкування та взаємодію в групі, їм важливо поділитися, як йдуть справи в них, та почути, як в інших [181]. Тому в створювану програму додано час на взаємодію учасників, яку фасилітує ведучий, і це є чудовим способом і задовольнити потребу учасників у спілкуванні, і провести необхідну психоедукацію, змінити ставлення учасників до проблем.

У класичному центрованому на особистості підході фасилітатор має мінімізувати свої втручання, виконуючи майже непомітну роботу з покращення комунікації між учасниками [205], однак ми вважаємо за доцільне дещо направляти спілкування, щоб використати час з максимальною користю. До аналогічних висновків дійшли дехто з українських науковців, зокрема С. Казаков вважає, що освоєння навичок турботи про власне здоров'я вимагає фасилітації. Він доводить, що директивний та інформаційний підходи до профілактики покращення здоров'язберігаючої поведінки поза закладом охорони здоров'я є низькоефективними, а альтернативою може слугувати спрямоване особистісно-орієнтоване навчання [27]. Через необхідність додаткового часу на ці фасилітації особистісних станів учасниць кількість сесій було збільшено до восьми.

Також було додано ефективні релаксаційні та заспокійливі техніки з кризової тілесної терапії, для того щоб надати учасникам групи дієві інструменти вгамування своїх переживань у разі затоплення почуттями під час обговорення

складних та неприємних тем, а також сприяти загальному зниженню тривожності. Крім того, було додано презентацію моделі Вікна толерантності для розуміння впливу травмівних подій на функціонування [132] та використання моделі Basic Ph [170], яка навчає адаптивних копінг-стратегій на основі ефективного використання шести ресурсних каналів самопідтримки, оскільки саме на брак ресурсу на подолання життєвих труднощів скаржилися українські онкопацієнтки на етапі клінічних інтерв'ю.

У результаті було створено нову програму медіа-психологічної реабілітації «Подолати страхи» ConquerFear-UA, яку проводять онлайн з використанням медіа. Заняття базуються на чергуванні презентацій теорії терапевтом, виконанні учасниками вправ і фасилітацію психологічних проблем учасників у групових дискусіях. Зміст програми групового психологічного втручання ConquerFear-UA наведено в таблиці 3.3. Докладний опис програми наведено в Додатку 9, приклади використаних засобів медіа наведено в Додатку 10. За методикою ConquerFear-UA також можливо проводити зустрічі групи очно.

Таблиця 3.3

Зміст групової програми ConquerFear-UA

| Завдання сесії | Час (хвилин) |
|--|--------------|
| Сесія 1: Початок роботи групи та роз'яснення щодо програми втручання | |
| <ul style="list-style-type: none"> • вступне знайомство учасників групи та обговорення очікувань (60 хв.) • ознайомлення з теорією щодо моделі FCR, дуальної моделі та пояснення плану роботи (35 хв.) • групова дискусія (25 хв.) | 120 |
| Сесія 2: Ресурси, сенси та цінності | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Basic Ph – шість каналів підтримки для кожного (40 хв) • метафора «Папка перед обличчям» (20 хв.) • вправи на обговорення цінностей та цілей (30 хв.) • групова дискусія (20 хв.) | 120 |
| Сесія 3: Тригери FCR. Відсторонена уважність | |
| <ul style="list-style-type: none"> • створення спільного плану цілей групи (30 хв.) • тригери страху рецидиву, групова дискусія, вправа Метелик (20 хв.) • презентація відстороненої уважності, вправ на відсторонену уважність(30 хв) • групова дискусія (20 хв.) | 120 |

| Завдання сесії | Час (хвилин) |
|--|-----------------|
| Сесія 4: Обговорення факторів вразливості. Техніка Тренування Уваги (АТТ) | |
| <ul style="list-style-type: none"> • обговорення життєвого досвіду, який може підвищувати FCR (30 хв.) • метафори з АСТ стосовно минулого (10 хв.) • вправа Сніжинка (10 хв.) • Техніка тренування уваги АТТ (вправа, 30 хв.) • групова дискусія (30 хв.) | 120 |
| Сесія 5: Метакогнітивні переконання. Зміна ідентичності | |
| <ul style="list-style-type: none"> • метакогнітивні переконання та їх вплив на FCR (40 хв.) • прогресивна м'язова релаксація (10 хв.) • зміна ідентичності та її наслідки (30 хв.) • вправа Минуле–теперішнє–майбутнє (10 хв.) • групова дискусія (20 хв.) | 120 |
| Сесія 6: Відкладення хвилювань. Баланс ресурсів | |
| <ul style="list-style-type: none"> • ознайомлення з технікою відкладення хвилювань (35 хв.) • Вікно толерантності та ресурси стресостійкості (15 хв) • вправа на дослідження витрати ресурсів (вправа, 30 хв) • групова дискусія (30 хв.) | 120 |
| Сесія 7: Здоров'яформувальна компетентність | |
| <ul style="list-style-type: none"> • дотримання рекомендованих методів подальшого спостереження та самообстеження, нормалізація моніторингу загроз (30 хв.) • обговорення здоров'язберігаючої поведінки (30 хв.) • міфи про рак (30 хв.) • групова дискусія (30 хв.) | 120 |
| Сесія 8: Підсумок роботи в групі та профілактика рецидивів | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Обговорення нових цінностей і планування майбутніх цілей (40 хв.) • Консолідація нових стратегій управління FCR у майбутніх ситуаціях (20 хв.) • Підсумкове групове обговорення (50 хв.) | 120 |

До початку роботи малої групи за програмою медіа-психологічної реабілітації ConquerFear-UA з кожним майбутнім учасником проведено попередню індивідуальну зустріч-знайомство (тривалістю до 60 хвилин) для формування попереднього стосунку з психологом та попередньої оцінки ефекту від участі в групі. Метою цієї підготовчої зустрічі є також визначення індивідуальних потреб кожного учасника. Перелік питань, які доречно поставити майбутньому учаснику, наведено в таблиці 3.4.

Таблиця 3.4

Питання до попередньої зустрічі з кожним учасником

| |
|--|
| <p>Життєва ситуація клієнта:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Соціо-демографічні відомості, перебіг лікування, скарги і побажання. - Чи був досвід звернення до психологів і який він? - Як відбувається повсякденне життя після лікування і як наслідки онкохвороби впливають на нього? - Чи змінився психологічний стан після лікування, як? - Які є та як вирішуються вторинні наслідки онкодіагнозу? |
| <p>Стосунки з іншими в близькому оточенні та середовищі:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Як складаються стосунки в щоденному оточенні, наприклад, сім'я, робота, групи інтересів, спортивні команди? - Чи знають про онкодіагноз оточення? - Як змінилися взаємозв'язки з оточенням після онкодіагнозу? - Чи є напруга/хвилювання, викликані нерозв'язаними конфліктами? |
| <p>Особистісні реакції:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Які найбільш очевидні надмірні реакції? - Чи є гнів, депресія, соціальна замкнутість, страхи, проблеми зі сном, тривога тощо? - Бачення клієнта щодо завершення лікування та вразливості до рецидиву. - Як побудована розмова з психологом? |
| <p>Особистісний досвід:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Чи історія онкозахворювання сформована настільки, що легко розповідається іншим? - Самооцінка значення можливого рецидиву. - Наявні стратегії подолання FCR (можна надати опитувальник FCRI) - Як часто онкопацієнт звертається до медичних обстежень та самообстежень? |

Може так статися, що за результатами знайомства учаснику не буде рекомендовано відвідування групи медіа-психологічної реабілітації, у випадку якщо психолог визначить, що це буде некорисно і для учасника, і для групи загалом. Доволі важливим є розуміння, до яких інших надавачів психологічних послуг можливо перенаправити претендента, щоб не залишити його без допомоги взагалі, однак вирішення цього питання не розглянуто в цьому дослідженні.

Ми сформували перелік умов, які є протипоказанням до залучення в групову роботу онкопацієнтів за програмою ConquerFear-UA, і відмова претендентові, що відповідає таким умовам, передбачувано зменшує вірогідність загальних проблем проведення групової медіа-психологічної реабілітації. Їх умовно можна поділити на два типи – 1) незмінні перешкоди, тобто претендент не зможе стати

учасником групи взагалі; 2) тимчасові перешкоди до участі в групі, які можуть змінитися з плином часу та змінами в психологічному або фізичному стані претендента. Умовно другий тип можна також поділити на два варіанти: а) небажання або тимчасова неможливість самого клієнта бути залученим у групу; б) виявлені обставини, які можуть змінитися з плином часу. Відповідні переліки умов наведені в таблиці 3.5.

Таблиця 3.5.

Умови, коли не можна долучати учасника до групової роботи

| |
|---|
| 1) Незмінні умови |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. старечій вік за визначенням ВООЗ, від 75 років, – вважається специфічної групою, допомога можлива лише з урахуванням особливостей геронтології, що не враховано в програмі реабілітації; 2. стиль спілкування або задекларовані переконання претендента надто провокативні, через що будуть виникати конфлікти з іншими учасниками; 3. якщо відомо про наявні психічні розлади претендента, групова терапія щодо онкодіагнозу недоцільна; 4. фізичні обмеження, наприклад, важко зрозуміти через нерозбірливе мовлення; 5. (для очних груп додатково) має фізичні обмеження, через які важко транспортувати чи неможливо приходити вчасно. |
| 2) Тимчасові перешкоди до участі в групі |
| а) претендент не може або не хоче брати участь |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. претендента переповнюють переживання, через що немає ресурсу чути про проблеми інших; 2. бажання відвідувати групу не самого претендента, а когось з його оточення; 3. претендент має проблеми з побудовою комунікації (соціальна відчуженість), через що поки не готовий працювати в групі. |
| б) є зовнішні перешкоди до участі, які можуть зникнути з часом |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. з моменту активного лікування пройшло менше півроку (ремісія нестійка); 2. сімейна або життєва ситуація не дає змоги наразі відвідувати групу (наприклад хвороба дитини, активний процес розлучення тощо); 3. умови проживання (відсутність усамітнення, планові відключення в час проведення групи) не дають повноцінно зануритися в процес роботи; 4. виявлено суттєві ознаки психотравми – потрібно провести терапію травми до участі в реабілітації щодо FCR; |

5. поточна життєва ситуація онкопацієнта занадто складна, через що на допомогу йому в умовах групи буде затрачено забагато часу, за рахунок інших учасників;
6. ситуація клієнта виходить за межі стандартної програми – необхідна попередня індивідуальна терапія.

Онкопацієнтів, які належать до вказаних в умовах виключення категорій, необхідно проінформувати про виявлені перешкоди, а також надати перспективу на майбутнє. Зрозуміло, що найлегше це зробити для тих, яким потрібно почекати деякий час, перш ніж брати участь у групі медіа-психологічної реабілітації, однак не варто залишати кожного претендента без перспективи в будь-якому разі.

Ми провели апробацію онлайн-використання програми медіа-психологічної реабілітації онкопацієнток у ремісії. Статистичну обробку та аналіз результатів наведено в наступному розділі.

Додатково ми запропонували систему заходів, які прискорюють адаптацію онкопацієнтів до повноцінного життя після подолання хвороби, що містить вплив спеціалізованого медіаресурсу: створено сторінку інформування в соціальній мережі Facebook, на якій регулярно публікують науково підтвержені відомості з питань психоонкології, спростовують міфи про рак, надають корисну інформацію для онкопацієнтів (див. Додаток 11). За час роботи сторінки її підписниками стали 363 особи. Цей медіаресурс просвітництва та психоедукації створено як протидію негативному впливу медіаресурсів, що розповсюджують міфи про рак, і його наявність в інфопросторі сприяє покращенню здоров'язберігаючої поведінки онкопацієнтів у ремісії. Супутніми цілями психологічного впливу обрано навчання нових стратегій подолання, сприяння самодослідженню особистісних життєвих цінностей та усвідомлення пережитого досвіду для зменшення FCR.

3.3. Результати апробації програми ConquerFear-UA

Для апробації розробленої програми медіа-психологічної реабілітації ConquerFear-UA було рандомно розподілено учасниць констатувального етапу

дослідження між двома групами – експериментальною і контрольною – порівну. З тими, хто був відібраний до експериментальної групи, проведено співбесіду, за результатами узгоджено участь у формульованому експерименті. Від тих, хто був відібраний до контрольної групи, отримана згода пройти опитування ще раз через 3 місяці. Загальна кількість учасниць, які взяли участь в апробації програми медіа-психологічної реабілітації ConquerFear-UA, склала 81 особу.

Програму медіа-психологічної реабілітації проведено в малих групах (7–8 учасників), загальна кількість учасниць експериментальної групи (групи впливу) склала 40 осіб. Було проведено 5 наборів груп. Зустрічі за програмою відбувалися протягом 8 тижнів раз на тиждень, початкове заповнення Опитувальника FCRI та тест Спілберґера–Ханіна шкали реактивної тривожності проведено у вигляді відповідей на запитання онлайн-форми не пізніше, ніж за один-два тижня до початку групи. Повторне заповнення опитувальників проведено протягом тижня від завершення групи. Детальнішу інформацію про програму групового психологічного втручання «Подолати страхи» ConquerFear-UA див. в Додатку 9.

Загальна кількість учасниць контрольної групи склала 41 особу. Учасниці контрольної групи не отримували психологічної допомоги взагалі, тільки заповнювали Опитувальник FCRI та тест Спілберґера–Ханіна щодо реактивної тривожності повторно з інтервалом 2,5 міс.

Соціо-демографічні та медичні характеристики для 81 учасниці формульованого етапу дослідження – групи впливу та контрольної групи – перераховані в таблиці 3.6.

Не було виявлено значних відмінностей у соціо-демографічних чи медичних характеристиках між учасниками двох груп. Певні відмінності були виявлені за параметром «Вік»: так, у контрольній групі було більше учасниць середнього віку, а в групі впливу – більше молодих учасниць. Дещо відрізнялися показники за чинником «Місце проживання», у групі впливу виявлено більше жительок столиці, а в контрольній групі – більше жительок сільської місцевості. Також відрізнялися показники параметра «Сімейний стан» – у контрольній групі заміжніми виявилася більше половини учасниць, 59,37%, а в групі втручання –

понад дві третини, 79,31%. І були виявлені розбіжності в показниках параметра «Стадія онкозахворювання»: в групі втручання більше учасниць з I стадією, а в контрольній – із III.

Таблиця 3.6

**Соціо-демографічні та медичні характеристики
учасниць формувального експерименту**

| Показник | Градації | Учасниці контрольної групи | Учасниці групи впливу |
|-----------------------------|--|----------------------------|-----------------------|
| Вік (за класифікацією ВООЗ) | молодий вік | 37,5% | 48,28% |
| | середній вік | 56,25% | 44,83% |
| | похилий вік | 6,25% | 6,89% |
| Сімейний стан | заміжня | 59,37% | 79,31% |
| | інше | 40,63% | 20,69% |
| Наявність дітей | є | 78,12% | 82,75% |
| | немає | 21,88% | 17,25% |
| Середня кількість дітей | | 1,34 | 1,24 |
| Місце проживання | столиця | 34,38% | 41,38% |
| | регіональне місто | 46,88% | 44,82% |
| | сільська місцевість | 18,75% | 13,8% |
| Освіта | середня – закінчено 10 (зараз 11) класів школи | 6,25% | 2,94% |
| | середня спеціальна (технікум, коледж) | 15,62% | 11,76% |
| | вища | 68,75% | 65,52% |
| | друга (третья і більше) вища | 3,12% | 10,34% |
| | вчений ступінь (кандидат наук, доктор наук) | 3,12% | 3,45% |
| Робота | працюю повний робочий день | 31,25% | 37,93% |
| | працюю неповний робочий день | 31,25% | 27,59% |
| | шукаю роботу | 3,12% | 3,45% |
| | не працюю і не шукаю роботу | 21,88% | 20,7% |
| | на пенсії | 6,25% | 6,9% |
| | інше | 3,12% | 3,45% |
| Тип перенесеної | РМЗ | 78,13% | 65,52% |
| | Рак матки | 6,25% | 3,45% |

| Показник | Градації | Учасниці контрольної групи | Учасниці групи впливу |
|---|----------------|----------------------------|-----------------------|
| онкології | Рак яєчника | 6,25% | 6,9% |
| | Рак кишківника | 3,12% | 3,45% |
| | інше | 6,25% | 20,68% |
| Років у ремісії, в середньому | | 1,9% | 2,1% |
| Років від встановлення діагнозу, в середньому | | 2,8% | 2,74% |
| Діагностована стадія | I | 18,75% | 41,38% |
| | II | 43,75% | 27,59% |
| | III | 31,25% | 20,69% |
| | IV | 6,25% | 10,34% |
| Наявність рецидивів | | 9,38% | 6,9% |

Еквівалентність групи впливу та контрольної групи була проаналізована статистично з використанням критерію Манна–Уїтні (див. таблицю 3.7). Не було визначено відмінностей між експериментальною та контрольною групами ($n_1=40$ та $n_2=41$ відповідно) ні за соціально-демографічними, ні за медичними характеристиками. Так, група впливу та контрольна групи є рівнозначними та узгодженими.

Первинним результатом був рівень FCR, оцінений за Опитувальником FCRI та за шкалою Тяжкість (FCRI-SF). Вищий бал указував на більший рівень FCR. Інші шість шкал Опитувальника FCRI (Тригери, Психологічний дистрес, Функціональні порушення, Усвідомлення, Заспокоєння, Стратегії подолання) також були проаналізовані як додаткові первинні результати. Також було перевірено рівень реактивної тривожності учасників за допомогою тесту Спілбергера–Ханіна.

Також було порівняно початкові оцінки за всіма шкалами Опитувальника FCRI і реактивної тривожності за тестом Спілбергера–Ханіна для обох груп за критерієм Манна–Уїтні для незалежних вибірок. Було виявлено, що розподіл є статистично однаковим для обох груп за всіма перевіреними показниками. Первинні результати для обох груп (впливу і контрольної) та відповідні критерії

Манна–Уїтні зведено в таблиці 3.8.

Таблиця 3.7

Критерії Манна–Уїтні для характеристик двох незалежних груп

| Параметр | Критерій Манна–Уїтні |
|---------------------------------|----------------------|
| Вік | 0,544 |
| Освіта | 0,645 |
| Сімейний стан | 0,864 |
| Наявність дітей | 0,652 |
| Скільки дітей | 0,646 |
| Місце проживання | 0,515 |
| Чи живі батьки | 0,393 |
| Робота | 0,886 |
| Чи приймаєте медикаменти | 0,756 |
| Років від встановлення діагнозу | 0,483 |
| Років у ремісії | 0,715 |
| Діагностована стадія | 0,220 |
| Наявність рецидивів | 0,727 |

Програма медіа-психологічної реабілітації ConquerFear-UA тривала протягом 8 тижнів, зустрічі відбувалися раз на тиждень у той самий час. Залишили групу впливу, не пройшовши програму повністю, 4 учасниці з особистих причин і 5 учасниць припинили роботу в групі через рецидив. Тож остаточна кількість учасниць експериментальної групи склала 31 особу (n=31).

Із 31 учасниці групи впливу, які завершили програму, 13 (41,9%) пройшли всі 8 запланованих сесій; 11 (35,5%) пропустили по одній сесії; 7 (22,6%) пропустили дві зустрічі. У середньому учасниці отримали 14,27 години психологічної підтримки (стандартне відхилення 1,72 години). Середня тривалість сеансу склала 2 години, інколи група дещо затримувалася наприкінці зустрічі для завершення всіх процесів учасниць (стандартне відхилення = 11 хв.). Загальна прихильність протоколу програми втручання склала 88%, оскільки в деяких групах через рецидиви в учасниць або особистісні питання доводилося проводити певні додаткові обговорення. В інших випадках активне обговорення теми, яка зацікавила учасниць, призводило до необхідності перерозподілу часу,

тож інколи роботу з певним *Роздатковим матеріалом* переносили на домашнє завдання, з перевіркою і обговоренням результатів – на наступній зустрічі групи.

Таблиця 3.8

Критерії Манна–Уїтні для первинних результатів двох груп

| Первинний результат | Контрольна група, n=41 | Група впливу, n=40 | Критерій Манна–Уїтні |
|--------------------------|------------------------|--------------------|----------------------|
| Тригери | 18,78 | 19,35 | 0,751 |
| Тяжкість | 22,34 | 22 | 0,356 |
| Психологічний дистрес | 10,34 | 9,22 | 0,255 |
| Порушення функціонування | 13,63 | 12,58 | 0,517 |
| Усвідомлення | 4,69 | 5,06 | 0,634 |
| Заспокоєння | 5,97 | 5,58 | 0,603 |
| Стратегії подолання | 23,65 | 23,61 | 0,918 |
| Опитувальник FCRIзагалом | 99,4 | 97,42 | 0,690 |
| Реактивна тривожність | 45 | 48 | 0,3262 |

У контрольній групі 9 учасниць не вийшли на зв'язок або не заповнили опитувальники через 2,5 міс., тож остаточної кількості учасниць у контрольній групі склала 32 онкопацієнтки у ремісії (n=32). Кількість рецидивів у цій групі невідома, однак можна припустити їх наявність у тих, хто не відповів.

Ефект втручання оцінено за змінами середніх балів первинних результатів та вихідних значень (після проходження програми медіа-психологічної реабілітації для групи впливу та через 2,5 міс. для контрольної групи) за балами всіх шкал Опитувальника FCRI та за балами тесту Спілбергера–Ханіна, а також за підрахунком t-критерію Стьюдента і d-Коена для отриманих результатів. У таблиці 3.8 наведено результати середніх значень для всіх шкал Опитувальника FCRI та тесту Спілбергера–Ханіна шкали Реактивна тривожність до та після втручання.

Величину ефекту для внутрішньогрупових відмінностей розраховано з використанням d Коена. Були виявлені лише несуттєві відмінності між групами на початковому рівні (Cohen d, <0,2). Оцінка статистичного ефекту за допомогою d Коена уможливорює узагальнити результати досліджень, розрахувавши їх

загальний зважений ефект. Інтерпретація розміру ефекту відповідно до Коена така: $0 < d < 0,2$ несуттєвий, $0,2 < d < 0,5$ малий, $0,5 < d < 0,8$ середній, $0,8 < d < 1$ великий. Тож для порівняння стандартизованої різниці між середніми значеннями по завершенню проведення з експериментальною групою медіа-психологічної реабілітації – в результаті отримуємо стандартизовану різницю, яка для шкал Опитувальника FCRI-SF та опитувальника FCRI загалом – є середньою (0,74 та 0,76), так само, як і для шкал Психологічний дистрес і Заспокоєння (0,76 та 0,6 відповідно); а для реактивної тривожності статистичний ефект є великим (0,88). Для інших шкал він також є суттєвим, але відносно малим ($d < 0,5$).

Достовірність відмінностей міжгрупового статистичного ефекту між показниками кожної групи для першого та другого вимірювань оцінено за допомогою t-критерію Стьюдента для незалежних вибірок. Т-тест для незалежних вибірок порівнює середні значення двох незалежних груп, щоб визначити, чи є значна різниця між даними за двома групами. Можна побачити, що до початку проведення програми медіа-психологічної реабілітації експериментальна та контрольна групи майже не відрізнялися за критерієм Стьюдента, а по завершенню – стали суттєво відрізнятися (див. таблицю 3.9).

Після проходження програми ConquerFear-UA учасниці групи впливу продемонстрували менший страх рецидиву раку, зниження на 6,9 бали за шкалою Тяжкості (Опитувальник FCRI-SF), порівняно зі зниженням на 2,5 бали в контрольній групі учасників. Для рівня страху рецидиву раку за Опитувальником FCRI загалом в учасників страх рецидиву знизився на 21,37 бали порівняно зі зниженням на 8,24 бали в контрольній групі. Для значень реактивної тривожності в контрольній групі відбулося зниження середніх показників лише на 1,34 бали, в той час як для групи впливу відбулося суттєве зниження середніх показників на 12,33 бали, причому середній рівень перемістився з проміжку високих значень (більше 45) у проміжок помірної тривожності (від 30 до 45), навіть ближче до низької (=35,67).

Таблиця 3.9

Ефект втручання в порівнянні первинного результату і вихідного

| Шкали | Контрольна група | | Група впливу | | Міжгрупова різниця | | | Ефект Коена d | |
|----------------------------|------------------|---------|--------------|---------|--------------------|------------|-----------------------|-------------------------|-------|
| | N | середнє | N | середнє | t-критерій | p значення | Сер. різниця (95% CI) | | |
| Тригери | до початку | 41 | 18,78 | 40 | 19,35 | 0,368 | 0,714 | 0,57 (-2,54 до 3,68) | 0,08 |
| | по завершенню | 32 | 17,0 | 31 | 14,81 | -1,44 | 0,154 | -2,19 (-5,23 до 0,84) | -0,36 |
| Тяжкість | до початку | 41 | 22,34 | 40 | 22 | -0,393 | 0,696 | -0,56 (-3,42 до 2,29) | -0,14 |
| | по завершенню | 32 | 19,84 | 31 | 15,1 | -3,299 | 0,002 | -4,74 (-7,62 до -1,87) | -0,77 |
| Психологічний дистрес | до початку | 41 | 10,34 | 40 | 9,22 | -1,184 | 0,241 | -1,12 (-3,01 до 0,77) | -0,27 |
| | по завершенню | 32 | 9,16 | 31 | 6,06 | -3,314 | 0,002 | -3,09 (-4,96 до -1,23) | -0,77 |
| Порушення функціонування | до початку | 41 | 13,63 | 40 | 12,58 | -0,637 | 0,526 | -1,04 (-4,32 до 2,23) | -0,23 |
| | по завершенню | 32 | 12,31 | 31 | 7,42 | -3,330 | 0,001 | -4,89 (-7,83 до -1,96) | -0,77 |
| Усвідомлення | до початку | 41 | 4,68 | 40 | 5,06 | 0,439 | 0,662 | 0,37 (-1,34 до 2,09) | 0,10 |
| | по завершенню | 32 | 3,56 | 31 | 2,61 | -1,309 | 0,195 | -0,95 (-2,40 до 0,50) | -0,33 |
| Заспокоєння | до початку | 41 | 5,97 | 40 | 5,58 | -0,630 | 0,531 | -0,38 (-1,62 до 0,884) | -0,10 |
| | по завершенню | 32 | 5,81 | 31 | 4,23 | -2,576 | 0,012 | -1,58 (-2,82 до -0,36) | -0,62 |
| Стратегії подолання | до початку | 41 | 23,66 | 40 | 23,61 | -0,030 | 0,976 | -0,4 (-2,94 до 2,85) | -0,04 |
| | по завершенню | 32 | 23,47 | 31 | 25,16 | 1,273 | 0,208 | 1,69 (-0,96 до 4,35) | 0,32 |
| Опитувальник FCRI, загалом | до початку | 41 | 99,4 | 40 | 97,42 | -0,442 | 0,660 | -2,21 (-12,19 до 7,77) | -0,15 |
| | по завершенню | 32 | 91,16 | 31 | 75,69 | -3,344 | 0,001 | -15,76 (-25,2 до -6,34) | -0,78 |
| Реактивна тривожність | до початку | 41 | 45 | 40 | 48 | 1,299 | 0,199 | 3,00 (-1,61 до 7,62) | 0,31 |
| | по завершенню | 32 | 43,66 | 31 | 35,67 | -3,954 | 0,000 | -7,97 (-12,01 до -3,94) | -0,9 |

За іншими шкалами Опитувальника FCRI в учасників групи впливу в середньому також було виявлено зниження показників Психологічного дистресу,

Порушення функціонування, Усвідомлення та Заспокоєння в групі впливу порівняно з вхідним рівнем. Важливо, що зниження використання Стратегій подолання не відбулося взагалі, навпаки, підвищилося на 1,55 бали. Проте варто відзначити, що і для контрольної групи не відбулося значного зменшення балів за цією шкалою – лише на 0,19 бали, що може бути пояснено незначними змінами в поведінці учасниць дослідження за невеликий проміжок часу – 2,5 міс. Перспективою подальшого дослідження є перевірка результатів учасників експериментальної та контрольної груп через пів року та більше для дослідження пролонгованого ефекту.

У Додатку 12 наведено таблицю зі змінами для кожного учасника експериментальної групи за шкалами Опитувальника FCRI та шкали Реактивної тривожності за тестом Спілбергера–Ханіна. Жирним шрифтом виділено ті пари, де, замість зменшення, відбулося підвищення рівня показників, курсивом – не змінні. Виявлено, що для шкали Тяжкість Гексп = 5 (кількість нетипових здвигів); для FCRI загалом Гексп = 4, а для реактивної тривожності Гексп = 1, тобто можна застосувати G-критерій знаків (критерій Мак-Немара) для виявлення найбільш характерного в досліджуваній групі напрямку зсуву кожного обраного показника. Для $n=31$ порогом є 10. Отже, згідно з G-критерієм знаків в експериментальній групі виявлено достовірне (на рівні 0,05) зниження рівня страху рецидиву раку за Опитувальником FCRI загалом та за шкалою Тяжкості, FCRI-SF; і достовірне зниження за рівнем реактивної тривожності, визначеної за тестом Спілбергера–Ханіна, що передусім відбулося за рахунок зменшення дезадаптивних та збільшення кількості адаптивних стратегій подолання.

Ефект втручання був переважно позитивним для всіх учасників групи впливу, однак значний взаємозв'язок був виявлений з вихідними показниками рівня FCR при класифікації відповідно до порогових значень «підвищений» та «дисфункційний» страх, що вказує на те, що зниження FCR було більше для учасників, які мали дисфункційні рівні FCR на вихідному рівні, порівняно з тими, хто мав низькі та підвищені рівні FCR. На початку формуального експерименту високий рівень FCR за Опитувальником FCRI-SF, вище за поріг у

22 бали, мали 61,3% учасниць групи впливу порівняно з 62,5% у контрольній групі. Через 2,5 міс. ця частка склала 16,1% (зменшення на 45,2% або в 3,8 рази) для групи впливу, та 46,9% для контрольної групи (зменшення на 15,6% або в 1,33 рази). Водночас за Опитувальником FCRI високий рівень FCR, вище за поріг у 86 балів, мали 71% учасниць групи впливу порівняно з 75% у контрольній групі. Через 2,5 міс. ця частка склала 16,1% (зниження на 54,9% або в 4,4 рази) для групи впливу, а в контрольній групі 62,5% (зменшення на 12,5% або в 1,2 рази).

Щодо рівня реактивної тривожності, то до початку проходження програми медіа-психологічної реабілітації 61,3% учасниць групи впливу мали високий рівень реактивної тривожності порівняно з 46,9% у контрольній групі. Через 2,5 місяці ця частка склала 12,9% (зменшення на 48,4% або в 4,7 рази) для групи впливу та 56,3% (збільшення на 9,4% або в 1,2 рази) для контрольної групи.

На рис. 3.3 наведено діаграму змін рівня FCR для кожної учасниці групи впливу, виміряного за FCRI-SF до початку групи (синій графік) і по завершенню (червоний графік) програми медіа-психологічної реабілітації.

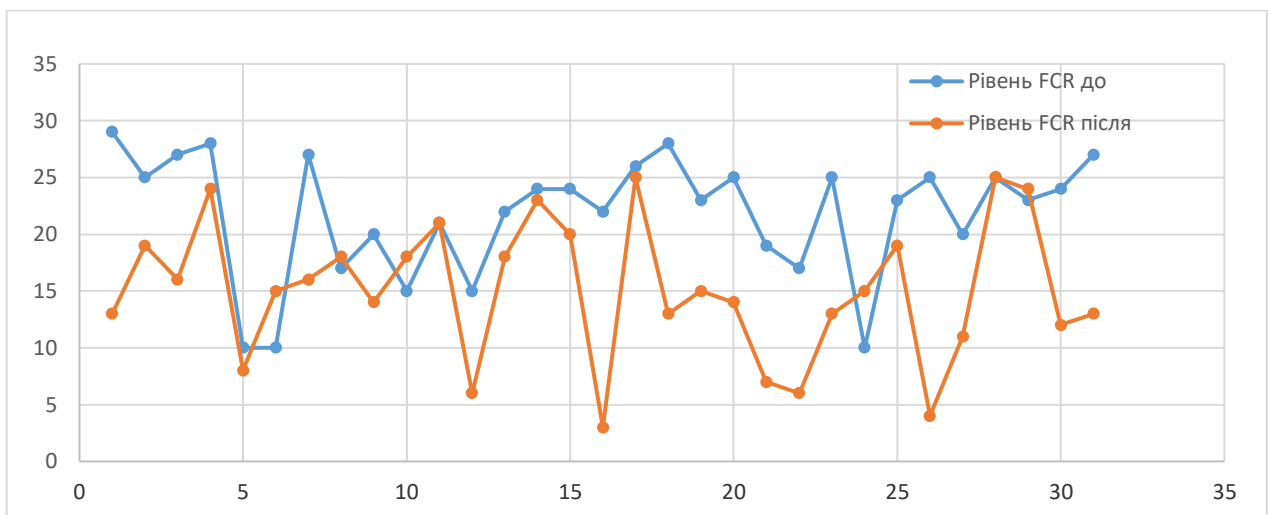


Рис. 3.3. Динаміка змін рівня FCR за FCRI-SF у групі впливу до та після

На рис. 3.4 наведено аналогічний графік для рівней FCR, виміряних за Опитувальником FCRI загалом.

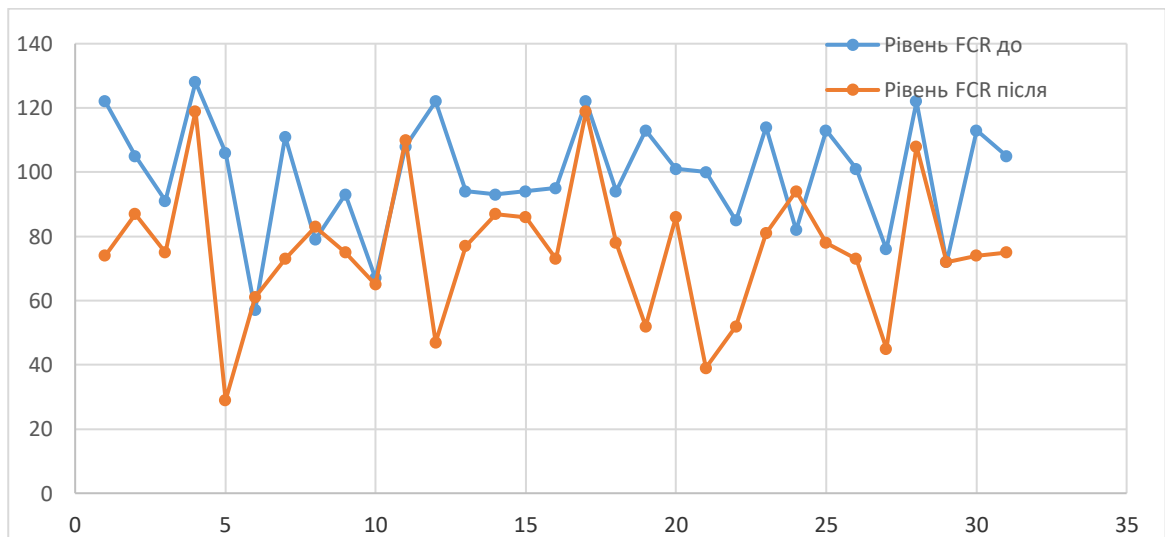


Рис. 3.4. Динаміка змін рівня FCR за FCRІ у групі впливу до та після

На рис. 3.5 наведено графік зміни рівня реактивної тривожності для кожної учасниці групи впливу за тестом Спілбергера–Ханіна. За наведеними графіками наочно видно, наскільки покращився психологічний стан учасниць групи впливу. Кількість учасниць, рівень страху та тривожності яких не змінився чи, навпаки, підвищився, є у межах статистичної похибки за показником G-критерію знаків (критерію Мак-Немара).

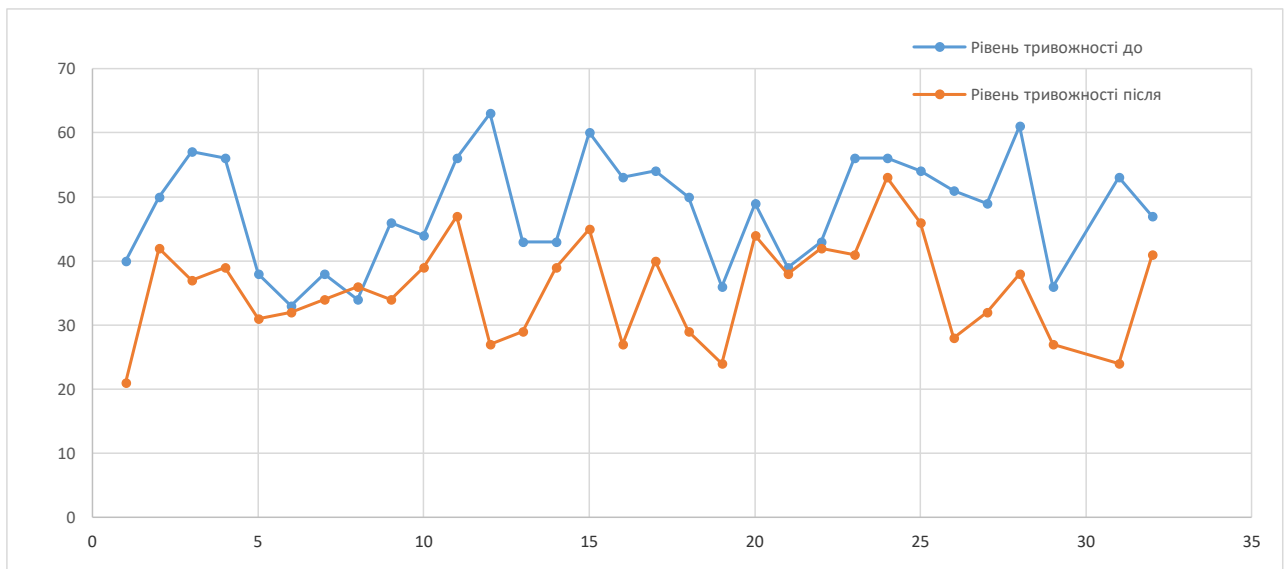


Рис. 3.5. Динаміка змін рівня реактивної тривожності у групі впливу до та після

Результати формувального експерименту засвідчили, що до відвідування програми медіа-психологічної реабілітації не невідзначено відмінностей між двома групами. А після проходження програми ConquerFear-UA є явні

відмінності між досліджуваними нами вибірками учасників експериментальної і контрольної груп із статистично значущим зниженням рівня страху і тривожності в групі впливу.

Для оцінки ефективності розробленої програми медіа-психологічної реабілітації «Подолати страхи» ConquerFear-UA учасникам було запропоновано заповнити Анкету зворотного зв'язку у вигляді самозвіту після відвідування групи. Питання Анкети зворотного зв'язку наведено в Додатку 13.

На рис. 3.6 – 3.9 наведено результати суб'єктивної оцінки користі програми «Подолати страхи», ConquerFear-UA. Можна помітити, що по всіх пунктах учасниці високо оцінили участь у програмі, вказавши оцінки у 8–10 балів.

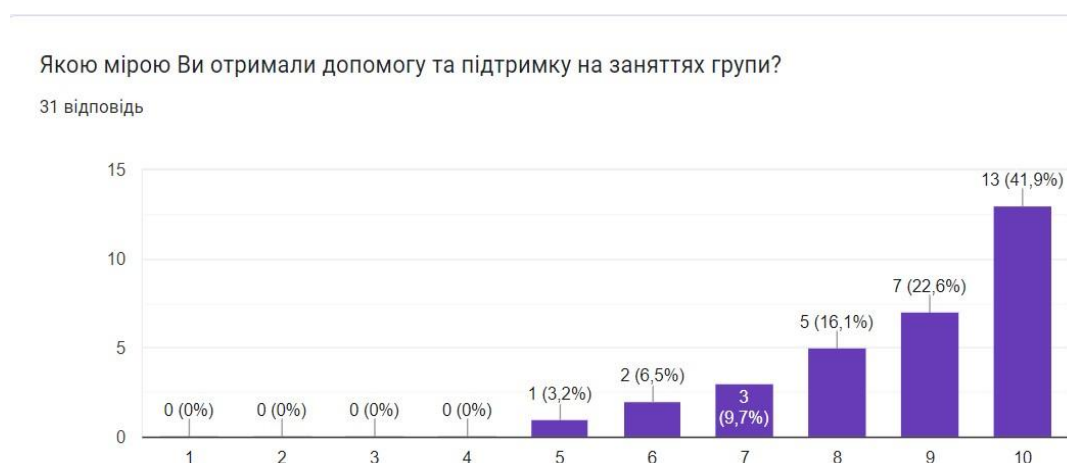


Рис. 3.6. Суб'єктивна оцінка учасниками отриманої підтримки

Чи вплинула на Вас зустріч з людьми, які є в ситуації, подібній до Вашої?

31 відповідь

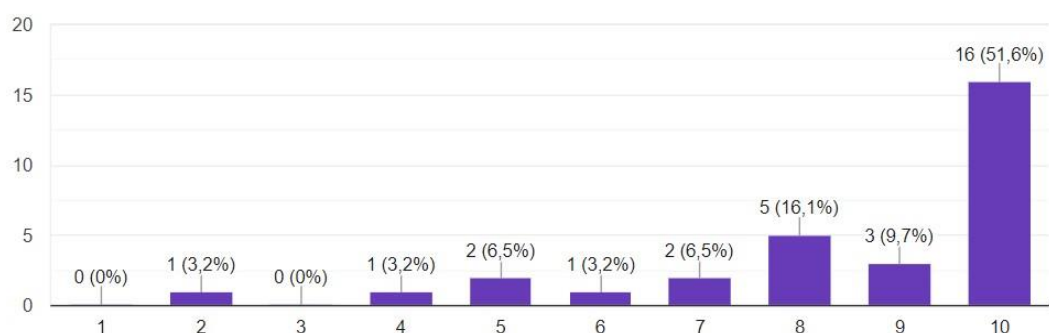


Рис. 3.7. Суб'єктивна оцінка учасниками користі спілкування з іншими

Чи відчували Ви себе в групі прийнятими з розумінням?

Копіювати

31 відповідь

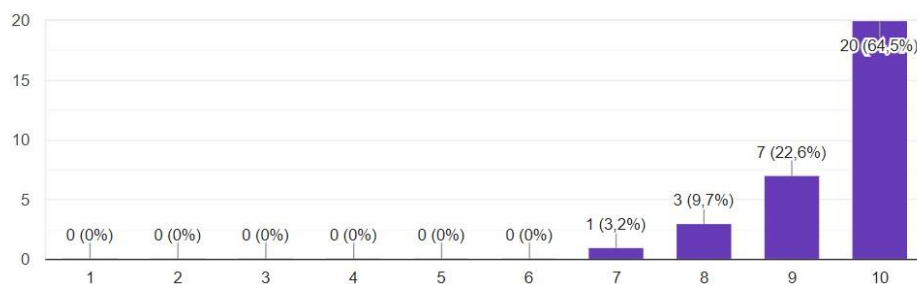


Рис. 3.8. Суб'єктивна оцінка учасниками прояснення думок і почуттів

Чи отримали Ви допомогу у формулюванні своїх думок та почуттів?

31 відповідь

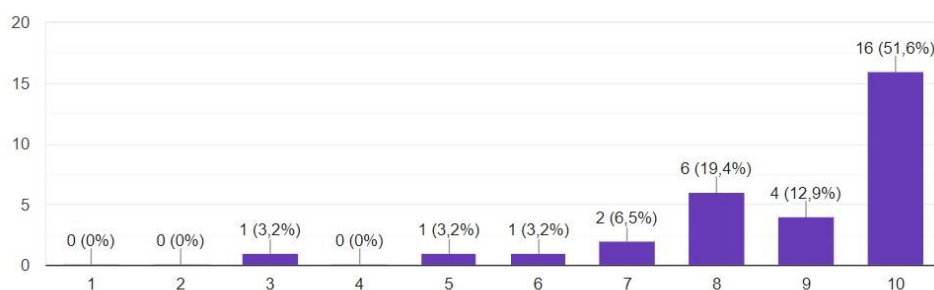


Рис. 3.9. Суб'єктивна оцінка учасниками прийняття і розуміння

Доволі цікавим є суб'єктивна оцінка користі від участі в групі щодо подолання надмірного страху рецидиву раку в учасниць експериментальної групи (див. рис. 3.10). Засвідчено, що всі учасниці визначили програму як дуже корисну (бали 7 з 10 та вище), тобто навіть учасниці, у яких за балами опитування після групи не виявлено позитивної динаміки змін, суб'єктивно вважають групу корисною для себе.

Чи допомогла участь у групі в подоланні труднощів та страхів?

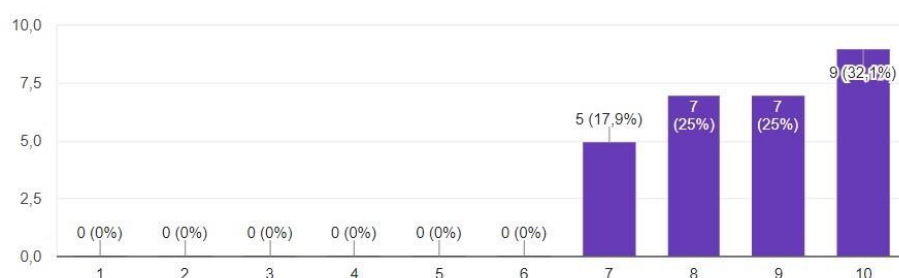


Рис. 3.10. Суб'єктивна оцінка учасниками успіху в подоланні страху

За результатами проходження групи учасниці визначали, чи порекомендували б участь у програмі іншим онкопацієнтам у ремісії. Тут думка була майже однотайною (див. рис. 3.11) і вказує, що група сприймається учасниками як дуже корисна.

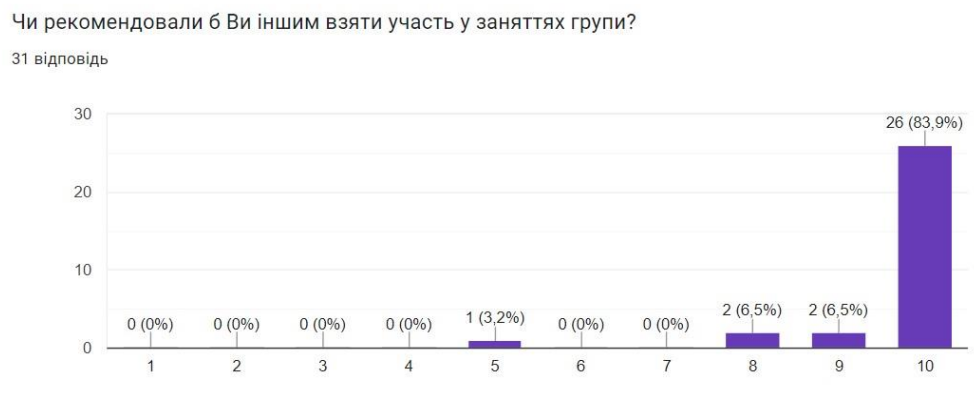


Рис. 3.11. Суб'єктивна оцінка учасниками користі від участі в програмі

Також учасниці оцінили користь окремих складових програми, питання «Чи були наступні складові програми втручання корисними?» оцінювали в 4 варіантах відповіді за ступенем суб'єктивної користі для кожного учасника («зовсім ні», «частково», «корисно», «дуже корисно»). Результати статистичної обробки відповідей засвідчили, що для учасників найкориснішими виявилися «Усвідомлення минулого досвіду» та «Міфи про рак» – 89,2% учасників визнали користь. На другому місці з 85,7% корисності – «Техніка тренування уваги», «Вікно толерантності», «Презентація моделі страху рецидиву раку», «Представлення дуальної моделі онкозахворювання» та «Метапізнання (оскарження некорисних переконань)». На третьому місці з 82,1% корисності – «Злив/наповнення ресурсів», «Відкладення хвилювань», «Зміна ідентичності після лікування» та «Відсторонена уважність». На четвертому з 78,6% корисності – «Обговорення екзистенційних питань», «Знання про подальший медичний супровід» та «Метафори терапії прийняття». На п'ятому місці з 75% корисності – «Експеримент з пригнічення думок і, як протилежне, вправа тигра», «Обговорення цінностей та цілей» та «Метафора Папка перед обличчям».

Тобто всі складові програми буди високо оцінені учасниками – на рівні корисності 75% і вище. Також учасниці повідомили додатково, що вони отримали користь для себе від спілкування з людьми, які їх розуміють, сприймають самооцінку тривожності та депресії як зменшену, а знання про те, який додатковий медичний контроль є необхідним і достатнім для їх виду онкологічного діагнозу, покращилися в них у результаті обговорення та заохочення поспілкуватися зі своїм лікарем-онкологом.

У той же час за результатами проведення серії груп психологічної підтримки за програмою медіа-психологічної реабілітації ConquerFear-UA нами були виділені певні недоліки роботи онлайн, які необхідно враховувати при плануванні психологічної реабілітації засобами медіа:

- певні труднощі в сприйнятті емоційного стану учасників через обмежене зображення (зазвичай у форматі «голова-бюст»), наявності відносно великої кількості зображень одночасно, що вимагає від ведучого підвищеної емпатії;

- ризик втрати зв'язку з кимось із учасників або найгірше – з ведучим. Це вимагає додаткового проговорювання правил взаємодії та алгоритму дій у надзвичайних ситуаціях;

- можливість виникнення непорозумінь через обмеженість потоку невербальної інформації, що вимагає певного додаткового урегулювання комунікації та постійних уточнень;

- затримка зв'язку у відеоконференціях або зниження якості, якщо пропускну здатність каналу знижується. У таких випадках рекомендовано учасникам вимикати відеоскладову, щоб принаймні мати можливість комунікувати аудіо. У найгірших ситуаціях запропоновано використовувати чат відеоконференції для відправки повідомлень, які ведучий має обов'язково зачитувати, щоб створити ефект залученості до роботи групи;

- можливі значні затримки в інформуванні в чаті групи, створеному для взаємодії поза зустрічами, що вимагає чіткого планування.

За результатами апробації програми можна стверджувати, що обраний нами синтез на основі двох психологічних підходів, КПТ та ЦОТ, при веденні

програми медіа-психологічної реабілітації жінок повністю себе виправдав. У моменті зустрічей міжособистісне спілкування та безумовне позитивне сприйняття всього, чим діляться учасниці, забезпечував психологічне полегшення, зворотний зв'язок указував, що учасниці не одні в своїх проблемах і переживаннях, і все це провокувало вивільнення від умов цінності та перехід до самоактуалізації. По завершенню роботи групи наставав час для учасниць застосовувати техніки та вправи КПТ, які були представлені до використання. У післягруповій взаємодії з учасницями (через місяць-два після завершення групи) вони відзначали, що використовують вивчені техніки і відчують полегшення. Додаткових статистичних вимірювань цього ефекту не проведено, це є перспективою подальших досліджень.

За результатами впровадження програми медіа-психологічної реабілітації ConquerFear-UA за статистичною обробкою та порівнянням вихідних результатів експериментальної та контрольної груп можна зробити висновок, що програма є ефективним засобом зменшення дисфункційного рівня FCR в онкопацієнток у ремісії.

3.4. Методичні рекомендації для психологів щодо роботи з жінками зі страхом повторення травмівних подій

На основі огляду теоретичної та практичної наукової літератури було визначено, що страх повторення травмівних подій – це страх або занепокоєння особистості, що пережила травмівні події, знову зіткнутися з подібними подіями в майбутньому та побоювання, що наступного разу з небезпекою впоратися не вдасться, які призводять до формування когнітивних та поведінкових механізмів захисту, а емоційно – до почуття розгубленості, невизначеностей цілей майбутнього, втрати рівноваги, нав'язливих думок. Ми розглянули окремий випадок такого страху – страх рецидиву раку в жінок на етапі ремісії онкозахворювання.

Вивчення явища FCR з огляду на біопсихосоціальну модель виявило, що напрямками допомоги, окрім медичної, можуть бути юридична та соціальна

допомога, однак нас цікавила саме психологічна допомога жінкам зі страхом повторення травмівних подій.

Методичні рекомендації для психологів щодо роботи з такою категорією осіб передбачають:

- 1) індивідуальний підхід до кожної жінки зі страхом повторення травмівних подій з урахуванням її життєвої ситуації та особистісних особливостей;
- 2) побудова психологічної допомоги з використанням психодіагностичних критеріїв оцінки стану жінок зі страхом повторення травмівних подій на основі перевірених методик та технік;
- 3) окреслення цілей психотерапевтичного впливу та підбір відповідних методик для їх досягнення;
- 4) формування та чітка реалізація плану психологічної реабілітації за переліком виявлених цілей впливу, пояснення використовуваних втручань клієнтам до їх проведення, перевірка результатів втручань (наявність позитивного впливу);
- 5) тактовність та обережність заради мінімізації можливості ретравматизації клієнток;
- 6) повага до будь-яких виявів особистісних реакцій жінок зі страхом повторення травмівних подій в умовах суспільної кризи, робота в інтересах клієнта;
- 7) мінімізація негативного впливу на психолога наслідків проживання спільної травмівної реальності в умовах суспільної кризи (врахування ситуацій, коли психолог пережив схожі травмівні події і не має брати до роботи випадки, які є для нього занадто важкими або тригерними).

Усі ці методичні рекомендації були враховані нами при створенні програми медіа-психологічної реабілітації жінок зі страхом повторення травмівних подій на прикладі онкопацієнток зі страхом рецидиву раку.

Виведені нами **принципи роботи з онкопацієнтами зі страхом рецидиву раку** можуть бути корисними для клінічних психологів, психоонкологів, соціальних працівників та реабілітологів, а також інших експертів, що працюють з онкопацієнтами. Ці принципи містять:

- 1) попереднє тестування респондентів за допомогою Опитувальника FCRI або Опитувальника FCRI-SF для виявлення найбільш вразливих категорій учасників, щоб допомога була надана передусім тим, хто її потребує найбільше;
- 2) урахування когнітивної, емоційної та поведінкової сфери, а також медіавпливу;
- 3) розуміння впливу суспільної кризи та її наслідків для кожної конкретної особистості;
- 4) спрямування реабілітаційної роботи на підвищення стійкості, навчання більш адаптивних копінг-стратегій та активацію цінностей та цілей, опрацювання ірраціональних переконань;
- 5) особистісний підхід до кожного.

Відомо багато способів психологічної реабілітації: санаторно-курортна, на місці працевлаштування, в соціальному середовищі, у духовних центрах тощо. Нами була докладно розглянута медіа-психологічна реабілітація онлайн з використанням соціальних мереж. Відповідно нижче наведено деякі практичні рекомендації для клінічних психологів із ведення програми ConquerFear-UA.

Загальна підготовка до проведення групи. Ми вважаємо за корисне проводити попереднє тестування за Опитувальником FCRI та Анкетою учасника дослідження перед початком участі в групі підтримки для розуміння його життєвої ситуації, супутніх психологічних проблем та рівня FCRI. Зустріч-знайомство перед групою має супроводжуватися психолого-виховними заходами, що містять інформування майбутнього учасника про спектр послуг (програму 8 занять за методикою ConquerFear-UA) та оцінку його бажання долучитись до групи. Перелік питань, доречних на зустрічі-знайомстві, див. в таблиці 3.4. За результатами зустрічі-знайомства формуються групи, перевага для залучення до групи надана тим, у кого рівень FCR є дисфункційним за показниками опитувальників. Критерії відмови в долученні до групи проведення програми медіа-психологічної реабілітації наведено в Таблиці 3.5.

Групове втручання ConquerFear-UA можна реалізовувати і у форматі очно, і онлайн, але не рекомендовано змішаний варіант. У випадку проведення груп

медіа-психологічної реабілітації очно для представлення медіаматеріалів потрібно мати відповідні засоби, а роздруковані матеріали й аркуші з вправами доречно організувати в папки, щоб учасники не губили їх від зустрічі до зустрічі. Важливо також надавати учасникам доступ до медіаресурсів з матеріалами, які використовуються в процесі проходження програми, для самостійного перегляду вдома між зустрічами групи.

Рекомендована кількість учасників у групі 8 (+/- 2). Варто зауважити, що специфіка проведення груп підтримки така, що певний відсоток учасників припиняє участь у групі або через обставини життя (зміни в робочому графіку або соціальних ролях), або через опір змінам. Навіть при зменшенні кількості відвідувачів групи на половину учасників (коли залишається принаймні 4 активних учасників) користь для тих, хто продовжує участь, має спонукати ведучих продовжувати проводити зустрічі групи.

У поодиноких випадках склад та особливості історій та особистостей учасників не дозволяють групі існувати разом, попри всі правила та намагання ведучого, і тоді група «розвалюється». Не варто сприймати такі ситуації як свідчення некомпетенції ведучого, однак звернення за супервізійною підтримкою є корисним.

Нами сформовані за результатами апробації та впровадження деякі **рекомендації до рівня підготовки психолога**, який буде вести групи медіа-психологічної реабілітації за програмою ConquerFear-UA.

Для ведення груп онлайн для підтримки онкопацієнтів зі страхом повторення травмивних подій, ведучий групи (психолог) зобов'язаний мати достатній рівень власної обізнаності (компетенції) в темах кризової психології, психоонкології, роботи з ПТСР, травмою та міжособистісними стосунками, зокрема й знання динаміки створення та ведення груп. Також, за філософією ЦОТ, він має бути більш конгруентним, ніж учасники групи, та може передати емпатію та безоцінне сприйняття кожному учаснику. Крім того, він має розвивати власні компетенції, серед яких важливими є висока творчість, толерантність до невизначеності та резильєнтність, оскільки ведення груп онлайн передбачає

підвищений рівень можливості виникнення непередбачуваних ситуацій.

Відповідно до проблем використання медіапростору для проведення психологічної реабілітації Т. Пономаренко зазначає додаткові вимоги до компетенцій психолога, який планує вести групи засобами медіа. Ми вважаємо ці рекомендації цілком природними та корисними, а саме вимоги до психологічної готовності вести діяльність у медіапросторі:

- резильєнтність до хейту та нападів у соціальних мережах;
- вміння триматися в кадрі, чіткість промови, послідовність викладення інформації на камеру;
- організаторські здібності для побудови і забезпечення комунікації;
- здатність ефективно вирішувати можливі технічні проблеми та готовність до кризових інтервенцій;
- пошук компромісів і вміння швидко вирішувати конфліктні ситуації;
- високий рівень розвитку креативності;
- вміння працювати навіть при неадекватній поведінці деяких учасниць, коректно виправляти порушення встановлених правил при роботі онлайн;
- вміння контролювати та стримувати себе в спілкуванні;
- критичне мислення, а також здатність до медіадіалогу, вміння тримати зв'язок з кожним із учасників групи [83].

В умовах суспільних криз, коли загальна тривожність і небезпека суттєво зростають, **забезпечення безпеки учасників групи** вартує більше, ніж запланований порядок або регулярна відвідуваність. Повітряна тривога чи позапланові вимкнення електроенергії можуть перервати роботу групи, що унеможлиблює подальшу присутність частини онкопацієнток, ведучий має вжити певних заходів щодо забезпечення робочого процесу. Рекомендоване рішення: створити чат групи в соціальній мережі (Вайбер, Телеграм тощо), де публікувати всі матеріали за кожну зустріч, та повертатися до обговорення пропущеної теми наступного разу. Ми вважаємо, що навіть декілька пропусків у програмі не є проблемою, оскільки навіть неповне проходження реабілітаційної програми краще, ніж відсутність психологічної допомоги взагалі.

Під час суспільної кризи (війни) учасники групи можуть мати додаткові переживання через непередбачені події в їх особистісному житті або суспільстві, які настільки інтенсивні, що робота за програмою медіа-психологічної реабілітації унеможлиблюється доти, доки не знизиться їх інтенсивність. Рекомендовано використовувати час на міжгрупове спілкування для кризових інтервенцій та опрацювання наявних потреб учасниць, таких як наслідки обстрілів, смерті знайомих, погані новини, власні сімейні чи життєві проблеми, які не входять до програми роботи, однак їх неможливо залишити без розгляду.

Також нами сформовані рекомендації щодо подальших дій **при настанні рецидиву в учасниці під час відвідування групи.**

Це неможливо було передбачити заздалегідь, однак у 5 групах, які ми провели, рецидив в однієї з учасниць таки ставався. Оскільки інструментарій оцінки впливу макросоціальних чинників на кількість рецидивів не був запланований за дизайном нашого дослідження, за цими фактами неможливо зробити якісь висновки щодо збільшення чи зменшення кількості рецидивів серед онкопацієнток у ремісії. Однак суб'єктивно ми зазначаємо неприємну тенденцію до збільшення рецидивів під час суспільних криз, оскільки в базовій програмі ConquerFear дослідники не відзначили жодного рецидиву серед учасниць втручання за весь час проведення. Перспективою подальших досліджень вважаємо вивчення статистики змін рецидивів внаслідок перебування в стресових обставинах.

Розробники програми ConquerFear рекомендують не вилучати учасницю з рецидивом з групи, однак ми пересвідчилися, що рецидив однієї з учасниць групи викликає суттєві переживання у всіх та порушує заплановану роботу на зустрічі, де про факт рецидиву стає відомо іншим учасникам, і роботу зазвичай неможливо продовжувати без проведення певної кризової інтервенції. За отриманим досвідом ми вважаємо, що продовження відвідування групи медіа-психологічної реабілітації є некорисним і для учасниці, яку спіткав рецидив, і для інших.

На основі відомих наукових доказів (наприклад, [138]), а також власного досвіду психологічного супроводу онкопацієнтів ми вважаємо, що проживання

страху прогресування онкозахворювання, FoP, відрізняється від проживання страху рецидиву раку, FCR, а в разі настання рецидиву життєві завдання та відповідні психологічні переживання онкопацієнта зазнають значних змін. Ми вважаємо за правильне таке організаційне рішення: у разі настання рецидиву учасник припиняє відвідування групи за програмою ConquerFear-UA, про що має бути заздалегідь попереджено кожного учасника. Натомість учасника з рецидивом запрошують на завершальну індивідуальну зустріч з психологом, і на цій консультації він має змогу опрацювати ті психологічні процеси, що розпочалися в групі, та отримати початкову підтримку в когнітивному переналаштуванні на етап подальшого лікування. Нещодавні дослідження вказують на те, що надання економічної підтримки – грошового гранту, впливає на отримувача на рівні якісної короткотривалої психотерапевтичної підтримки [156]. Тому ми вважаємо за доцільне зробити щось подібне, надавши саме безкоштовну якісну психологічну консультацію учасниці з рецидивом.

За розробленою програмою медіа-психологічної реабілітації ConquerFear-UA можливо проводити і очні, і онлайн-групи підтримки онкопацієнтів у ремісії. Завдяки чіткій структурі та докладно описаним методикам проводити групи може широке коло кваліфікованих психологів після навчання використання програми, що допоможе надати більше психологічної допомоги українським онкопацієнтам, особливо зважаючи на можливість проводити групи онлайн. Отже, розроблені нами програма медіа-психологічної реабілітації та методичні рекомендації для клінічних психологів уможливають розвивати психологічну допомогу для щораз більшої кількості онкопацієнтів, що перебувають на етапі ремісії, з використанням переваг медіапростору.

У дослідженнях людей, які прожили довге життя, незважаючи на наявність у них онкологічного захворювання, виявляють притаманні їм якості:

- 1) вони толерантні до невизначеності, на зміни реагують не так як на загрозу, як на виклик, не чіпляються за звичне і готові будувати нові стосунки зі світом;
- 2) їм властивий самоконтроль, здійснюваний через самостійні рішення, тому вони не почувуються безпорадними перед життям;

3) вони виявляють інтерес до життя, почуваються залученими в суспільство та мають цілі;

4) вони мають здоров'язберігаючі компетенції;

5) у них є надійні соціальні зв'язки.

За результатами проведених груп і спілкування з учасницями ми можемо приєднатися до таких висновків навіть при тому, що в більшості учасниць період ремісії не перевищував 2 років (62,8%).

Необхідно зазначити, що принципи, покладені в основу програми медіа-психологічної реабілітації ConquerFear-UA, можна успішно використовувати не лише для онкопацієнтів. Більшість психологічних втручань, закладених в основу програми, матимуть користь для людей з будь-якими страхами повторення травмівних подій.

Перспективи подальших досліджень ми вбачаємо у 4 напрямках:

1) теоретично та емпірично дослідити динаміку розвитку і перебігу страху рецидиву раку на більш широкій вибірці варіативності чинників впливу на FCR, зокрема й у чоловіків;

2) дослідити профілі онкопацієнтів для прогнозування потреб психологічної допомоги залежно від мікро- та макросоціальних, особистісних та медіа чинників;

3) провести дослідження в умовах без впливу суспільної кризи, для вивчення порогових рівнів низького, середнього та помірного FCR в українських онкопацієнтів у ремісії в нормальних умовах;

4) розробити курс підвищення кваліфікації для психологів для навчання принципів зниження рівня страху повторення травмівних подій.

Майбутні дослідження необхідні для визначення ефективності в довгостроковій перспективі (збереження позитивних ефектів через 6 і більше місяців після завершення втручання передбачає, що учасники розвинули впевненість та навички, більш ефективно управляють своїми страхами та стресом у довгостроковій перспективі), оцінки впливу втручання на конкретні галузі якості життя, пов'язаного зі здоров'ям.

Висновки до третього розділу

Реалізуючи четверте завдання дисертаційного дослідження, ми розробили, апробували та впровадили програму медіа-психологічної реабілітації «Подолати страхи», ConquerFear-UA, та підготували методичні рекомендації для психологів щодо зменшення рівня FCR в онкопацієнток за вказаною програмою.

Програма ConquerFear-UA передбачає формування в онкопацієнтів у ремісії нових навичок щодо реакції на тригери та неприємні думки, обговорення екзистенційних питань, інтеграцію травмивного досвіду в самосприйняття та світогляд, перегляд власних переживань та цінностей, формулювання на їх основі цілей на майбутнє, повернення контролю над власним життям, опанування більш адаптивних копінг-стратегій та підвищення здоров'язберігаючої компетенції. Проведення груп з використанням засобів медіа робить психологічну реабілітацію легко масштабованою для ведучих (психологів) та доступною для щораз більшої кількості онкопацієнтів у ремісії (клієнтів).

Установлено, що онлайн-програма медіа-психологічної реабілітації ConquerFear-UA уможлиблює в короткотривалій роботі за вісім двогодинних зустрічей за допомогою дидактичного потенціалу медійного простору надати достатню психологічну підтримку українським пацієнтам на етапі ремісії онкозахворювання, де б вони не перебували (удома, в евакуації, ВПО, на ТОТ чи за кордоном), для зменшення їх тривожності та рівня страху повторення травмивних подій. Сервісами для проведення програми були соціальні мережі Facebook та Instagram, платформа відеоконференцій Zoom, месенджери соціальних мереж Telegram, Viber, WhatsApp, FB Messenger.

Програму медіа-психологічної реабілітації було протестовано на вибірці з 81 учасниці, розподілених в експериментальну групу ($n_1=40$), у якій проводили вплив, та контрольну групу ($n_2=41$), яка не отримувала психологічної допомоги взагалі. Психологічне втручання за програмою ConquerFear-UA зменшило рівень FCR та тривожність в учасниць групи впливу, згідно з G-критерієм знаків це зниження є достовірним (на рівні 0,05).

Результати формувального експерименту засвідчили, що в учасниць відбулося статистично значуще зниження рівня FCR за Опитувальниками FCRI

та FCRI-SF та рівня реактивної тривожності за тестом Спілбергера–Ханіна. До початку проходження програми медіа-психологічної реабілітації 61,3% учасниць групи впливу мали високий рівень реактивної тривожності порівняно з 46,9% у контрольній групі; а після – 12,9% (зменшення на 48,4%, або в 4,7 рази) для групи впливу та 56,3% (збільшення на 9,4%, або в 1,2 рази) для контрольної групи. Високий рівень за Опитувальником FCRI-SF, вищий за поріг у 22 бали, мали 61,3% учасниць групи впливу порівняно з 62,5% у контрольній групі; а після – 16,1% (зменшення на 45,2%, або в 3,8 рази) для групи впливу та 46,9% для контрольної групи (зменшення на 15,6%, або в 1,33 рази).

Водночас було виявлено макросоціальний вплив медіаінформації, який підвищує навантаження на особистість в її кризових переживаннях. Як додатковий напрямок психологічної допомоги для протидії негативного впливу цього чинника було створено медіаресурс просвітництва, де викладено матеріали з доказових наукових джерел, пояснювальну інформацію у наочному форматі для покращення здоров'язберігаючої компетентності онкопацієнтів у ремісії, активними користувачами якого стали 363 особи.

Так, у межах формувального експерименту доведено ефективність розробленої програми медіа-психологічної реабілітації ConquerFear-UA. Онлайн-групи з використанням засобів медіа значно покращили психоемоційний стан онкопацієнток в ремісії – відбулося зниження рівня FCR та тривожності. Потреба саме в такому втручанні, яке передбачає реабілітаційну роботу в медіапросторі, є доволі актуальною у зв'язку з змінами умов життя в напрямку переведення робочих, навчальних та інших процесів в онлайн, обмеженням очного спілкування через світову пандемію та унеможливлення очного формату проведення груп через повномасштабну війну на території України.

Викладена у нашому дослідженні програма медіа-психологічної реабілітації ConquerFear-UA адаптована для українських реалій і надає можливість до розповсюдження методики серед психологів лікарень.

ВИСНОВКИ

У дисертаційному дослідженні запропоновано розв'язання актуальної проблеми медіа-психологічної реабілітації жінок зі страхом повторення травмивних подій в умовах суспільної кризи.

За результатами виконання всіх завдань дослідження:

1. Здійснено теоретичний аналіз аспектів медіа-психологічної реабілітації феномену страху повторення травмивних подій в умовах суспільної кризи. Обґрунтовано визначення понять «медіа-психологічна реабілітація» та «страх повторення травмивних подій». Специфіка страху повторення травмивних подій докладно досліджена на прикладі страху рецидиву раку в жінок у ремісії онкозахворювання. Виявлено, що на рівень страху рецидиву раку впливають такі чинники: 1) соціальні, зокрема макросоціальні (вплив суспільної кризи, наявність системи соціальної підтримки) та мікросоціальні (соціо-демографічні); 2) біомедичні чинники; 3) особистісні (індивідуально-психологічні) чинники та 4) медіачинник. Медіачинник досліджено докладно, виявлено, що медіапростір України перевантажений пропагандуванням «міфів про рак», що має негативний вплив на здоров'язберігаючу компетентність онкопацієнтів. Однак медіачинник одночасно є і негативним зовнішнім впливом, і інструментом корекції. Наведено чотирьохкомпонентну концептуальну модель страху рецидиву раку. Методом вимірювання обрано Опитувальник страху рецидиву раку, FRCI, який має поріг оцінки низького рівня страху, помірного та високого (дисфункційного), а також коротку скринінгову версію FCRI-SF. Визначено особливості проведення медіа-психологічної реабілітації страху рецидиву раку в онкопацієнток в умовах суспільної кризи. За методологічну основу психологічного втручання обрано інтегративне поєднання ЦОТ та КПТ парадигм.

2. Емпірично досліджено особливості перебігу страху рецидиву раку під впливом біопсихосоціальних та медіа-чинників. За проведеними клінічними інтерв'ю виявлено, що онкопацієнтки з низьким рівнем страху рецидиву раку

(функціональним) спроможні впоратися самі; онкопацієнткам із підвищеним рівнем страху допомагають медіаресурси психоедукації та формування здоров'язберігаючої поведінки; а в онкопацієнток з високим рівнем страху рецидиву раку відбуваються зміни в сприйнятті себе та навколишнього світу, які потребують психологічної реабілітації. Для вимірювання рівня FCR проведено адаптацію та валідацію української версії Опитувальника страху рецидиву раку, FCRI, та його короткої скринінгової форми, FCRI-SF, виведено порогові рівні для обох опитувальників. Виявлено, що послідовне проживання низки суспільних криз вплинуло на загальний рівень тривожності та страху в українських онкопацієнток, оскільки середні значення є вищими, ніж у світовій популяції загалом. Визначено, що проблема страху рецидиву раку є суттєвою для українських жінок у ремісії онкозахворювання, більше половини учасниць (60,2%) мають дисфункційний рівень цього страху. За результатами емпіричного дослідження виявлена статистично значуща кореляція рівня страху рецидиву раку з толерантністю/інтолерантністю до невизначеності за методикою Баднера (низьку толерантність до невизначеності мають 53,2% учасниць), тривожності за тестом Спілбергера–Ханіна (високу реактивну тривожність мають 45,9% учасниць) та емоційних копінг-стратегій за методикою Хейма (адаптивні емоційні стратегії використовують лише 41,4% учасниць). Також виявлено, що більшість учасниць дослідження використовують адаптивні когнітивні копінг-стратегії (48,6%), однак лише третина (30%) – адаптивні поведінкові копінг-стратегії, а адаптивні копінг-стратегії всіх трьох типів використовує лише кожна 13 учасниця (7,2%). Дослідження медіавпливу на психологічний стан онкопацієнтів вказує, що він є суттєвим (негативний психоемоційний медіавплив відчувають 12,3% учасниць постійно, 22,2% часто, а 40,7% зрідка), однак майже половина учасниць зберігає критичність до нього (55,3%).

3. Виокремлено цілі впливу для проведення медіа-психологічної реабілітації жінок зі страхом повторення травмивних подій, наведено загальну Модель впливу на страх повторення травмивних подій у жінок. З метою конкретизації докладно вивчено страх рецидиву раку в жінок у ремісії

онкозахворювання, визначені чинники високого впливу на нього, а саме: 1) реактивна тривожність, 2) інтолерантність до невизначеності, 3) копінг-стратегії, які використовують онкопацієнтки, та 4) вплив медіа, особливо міфи про рак. Для нівелювання негативного медіа-впливу в соціальних мережах створено медіаресурс інформування та психоедукації, на якому розміщені науково-підтверджені матеріали щодо психологічних питань онкопацієнтів, пояснені помилкові переконання, формується адаптивне ставлення до лікування раку, розповідається про відомі психологічні проблеми, способи їх владнання тощо. Створено Модель впливу на перебіг страху рецидиву раку, яка враховує чинники впливу на його дисфункційний рівень, на основі якої створюється програма медіа-психологічної реабілітації онкопацієнток.

4. Розроблено та впроваджено програму медіа-психологічної реабілітації жінок з надмірним рівнем страху рецидиву раку, яка спрямована на розвиток більш адаптивних копінг-стратегій, інтеграцію травмивного досвіду, опрацювання суміжних питань, навчання технік самопідтримки, розвиток життєстійкості, зниження тривожності та фасилітацію особистісних станів учасниць в міжособистісній комунікації між членами групи у вільному спілкуванні. Методика ConquerFear-UA складається з 8 занять та реалізована у формі зустрічей онлайн-групи психологічної підтримки з використанням медіа. Програма протестована на достатній вибірці жінок у ремісії онкозахворювання (40 учасниць експериментальної групи і 41 – контрольної), результати уможливають рекомендувати розроблену програму для впровадження в Україні. Вимірювані показники рівня страху рецидиву раку та реактивної тривожності до та після впровадження програми медіа-психологічної реабілітації в групі впливу достовірно змінилися згідно з G-критерієм знаків на рівні 0,05. Доведено, що після проходження медіа-психологічних реабілітацій ConquerFear-UA відбувається статистично значуще зниження страху рецидиву раку за опитувальниками FCRI та FCRI-SF (зменшення на 45,2%, або в 3,8 рази) та рівня реактивної тривожності за тестом Спілбергера–Ханіна (зменшення на 48,4%, або в 4,7 рази).

Завдяки використанню особистісно-центрованого підходу втручання пододало перешкоди на шляху до індивідуальної психологічної допомоги, про які зазвичай повідомляють онкопацієнти. На нашу думку, найбільш впливовими на позитивний результат були два чинники – міжособистісне спілкування в групі і когнітивно-поведінкові техніки, які учасниці використовували за межами групи за наданими алгоритмами. На основі результатів упровадження сформовано методичні рекомендації для психологів щодо роботи зі страхом повторення травмивних подій та практичні поради щодо проведення програми ConquerFear-UA з використанням медіа в умовах суспільної кризи.

Наскільки нам відомо, це перше опубліковане рандомізоване контрольоване українське дослідження щодо оцінки медіа-психологічного реабілітаційного втручання онлайн, спеціально розробленого для безпосереднього впливу на страх повторення травмивних подій, виконане якісно та докладно. Дослідженням доведена істинність висунутої гіпотези **щодо** того, що на підвищення рівня страху рецидиву раку впливають **і** індивідуально-психологічні чинники, **і** негативна та антинаукова інформація медіапростору. Виявлено відповідний вплив особистісних чинників, таких як тривожність, толерантність до невизначеності та притаманних онкопацієнткам копінг-стратегій подолання. **Усі** отримані результати є достовірними в умовах суспільної кризи.

Надійність і вірогідність результатів дослідження забезпечувалися ретельною теоретичною підготовкою, послугуванням науковими принципами проведення емпіричного дослідження; застосуванням моделі дослідження та набору психодіагностичних методик, адекватних об'єкту, предмету, меті та завданням дослідження; проведенням констатувального та формувального експериментів з дотриманням вимог надійності та валідності, достатньою репрезентативністю вибірки, застосуванням методів математичної статистики для обробки отриманих результатів.

Водночас проведене дисертаційне дослідження не вичерпує всіх напрямків означеної проблеми медіа-психологічної реабілітації жінок зі страхом

повторення травмівних подій в умовах суспільної кризи. Перспективами подальших наукових досліджень є: 1) перевірити, чи зберігається ефект від втручання пролонговано, через 6 та більше місяців, та провести аналогічне дослідження без впливу суспільних криз; 2) розширити вибірку дослідження з залученням чоловіків та створення більшої градації учасників за різними критеріями для більш докладного вивчення виявлених закономірностей та підтвердження чи спростування висунутих припущень; 3) провести більш докладний аналіз оцінки притаманних онкопацієнтам рис особистості, які допомагають їм подолати хворобу і вийти в стійку ремісію, порівняти відсотковий розподіл із загальною популяцією української вибірки осіб; 4) використати кластерний аналіз для виявлення профілів онкопацієнтів залежно від особистісних чинників та рівня страху рецидиву з використанням більш докладних відомостей щодо медичних та демографічних особливостей учасників; 5) розробити курс підвищення кваліфікації для психологів задля покращення їх обізнаності у сфері психоонкології та підвищення можливості надавати якісну психологічну підтримку онкопацієнтам з опорою на науково-доведені закономірності та з урахуванням особливостей перебігу пристосування до хвороби та повернення до повноцінного життя після виходу в ремісію.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Афанасьєва Н. Є. Психологічні підходи до корекції та терапії аутодеструктивної поведінки особистості. *Актуальні проблеми реалізації адаптаційного потенціалу особистості в сучасних умовах життєдіяльності*: матеріали II міжнародної науково-практичної конференції. Вінниця, 2022. С. 120–123.
2. Байєр О. О. Життєві кризи особистості: навч. посібник. Дніпропетровськ: Вид-во Дніпропетр. нац. ун-т, 2010. 244 с.
3. Балл Г. Інтегративно-особистісний підхід у психології: впорядкування головних понять. *Психологія і суспільство*. 2009. № 4. С. 25–53
4. Барко В. І., Барко В. В., Кирієнко Л. А. Адаптація опитувальника "Великої п'ятірки" для використання психологами Національної поліції України. *Наука і правоохорона*. 2018. № 3. С. 229–237.
5. Барко В. І., Остапович В. П. Українськомовна адаптація опитувальника Баднера для використання в Національній поліції. *Психологічний часопис*. 2019. Т. 5, № 8. С. 249–263. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/psch_2019_5_8_18 (дата звернення: 05.05.2024).
6. Березко І. В. Особливості футурологічного наративу у жінок, що мають досвід онкологічного захворювання. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*. 2012. № 31. С.156–165.
7. Березянська В. В. Порівняння психологічних особливостей онкохворого в хворобі та ремісії інструментами транзакційного аналізу: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04. Київ, 2019.
8. Білик В. Г. Природничо-наукова підготовка майбутніх психологів в руслі здоров'яформувальної освіти. *Освіта і здоров'я підростаючого покоління*: матеріали другого міжнародного симпозіуму. Зб. наук. праць в 2-х частинах. 2018. Вип. 2, Ч. 1. С. 43–45.
9. Блинова О. Є. Криза ідентичності особистості у нестабільні періоди розвитку

суспільства. *Вісник Одеського національного університету*. 2013. Том 18. Вип. 22. Ч. 1. С. 30–38.

10. Будкіна Н. В., Волинець О. В. Особливості психоемоційних станів онкологічних хворих. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету "Україна"*. 2017. № 14. С. 184–188.

11. Буковська О. О., Гірченко О. Л. Сучасні напрями психологічної реабілітації кризових станів викликаних екстремальними ситуаціями. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка. Екологічна психологія*. 2018. Том. VII. Вип. 45. С. 19–27.

12. Булах І. С. Витоки особистісного зростання людини. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Психологічні науки*. 2017. Вип. 6(51). С. 53–63.

13. Бюлетень національного канцер-реєстру України № 24. Київ, 2023. URL: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_23/index.htm (дата звернення: 05.05.2024).

14. Васильєва Г. Ю. До питання про психотерапевтичну інтервенцію у комплексну реабілітацію пацієнток, які страждають на злоякісні новоутворення органів жіночої репродуктивної сфери. *Український вісник психоневрології*. 2012. Т. 20. Вип. 3. 167 с.

15. Відьми та ворожки з тік-току. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=LKml9f6g4Oo> (дата звернення: 05.05.2024).

16. Вольнова Л. Гендерні відмінності у психологічному дистресі осіб, які зіткнулись з онкологічним діагнозом. *Науковий часопис Українського державного університету імені Михайла Драгоманова. Психологічні науки*. 2024. Вип. 23(68). С. 14–24.

17. Горностай П. П. Психологія рольової самореалізації особистості: автореф. дис. ... д-ра. психол. наук: 19.00.05. Київ, 2009. 32 с.

18. Готич В. О. Теоретичні підходи до феномену посттравматичного зростання. *Сучасні аспекти модернізації науки: стан, проблеми, тенденції розвитку:*

- матеріали XXXI Міжнародної науково-практичної конференції / за ред. І. В. Жукової, Є. О. Романенка. Рим (Італія): ГО «ВАДНД», 2023. С. 318–322.
19. Гусєв А. І. Толерантність до невизначеності як чинник розвитку ідентичності особистості: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07. Київ, 2009. 233 с.
20. Діти, жінки та сім'я в Україні. Статистичний збірник. *Державна служба статистики України*. Київ, 2020. 284 с.
21. Михайлов Б. В. та ін. Експериментально-психологічне дослідження в загальній практиці – сімейній медицині. Навчальний посібник для лікарів-інтернів і лікарів слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти. / За заг. ред. Б. В. Михайлова. Харків: ХМАПО, 2014. 328 с.
22. Александров Ю. В. та ін. Екстремальна та кризова психологія: термінологічний словник. / за заг. ред. О. В. Тімченко. Харків: ХНАДУ; НУЦЗУ, 2010. 291 с.
23. Енциклопедія Сучасної України / гол. ред. кол.: І. М. Дзюба, А. І. Жуковський та ін. Київ: Ін-т енциклопед. дослідж. НАН України, Т. 15: Кот-Куз, 2014. 709 с.
24. Зварич І., Чаплак Я. Хаотизація кіберпростору як засіб абсурдизації та прояв суспільної кризи. *Психологічна допомога особистості в складних обставинах життєдіяльності: тези доповідей всеукраїнського науково-практичного семінару* / ред. кол.: Т. М. Титаренко та ін. Чернівці: ЧНУ ім. Ю. Федьковича, 2018. С. 36–40.
25. Зливков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ: Педагогічна думка, 2016. 219 с.
26. Зливков В., Лукомська С., Котух О., Копилов С., Краєва О. Психологічна підтримка онкопацієнтів під час війни: метод. рекомендації. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2022. 195 с.
27. Казаков С. С. Засади центрованої на особистості терапії у подоланні інтенційно-поведінкового розриву турботи про здоров'я. *Актуальні проблеми клінічної психології, психотерапії та психологічного консультування: матеріали I Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю*

Київського національного університету імені Тараса Шевченка, 2023 / За ред. Л. Ф. Крупельницька та ін. С. 71–74. [URL:https://doi.org/10.32782/978-617-521-049-9](https://doi.org/10.32782/978-617-521-049-9) (дата звернення: 05.05.2024).

28. Каплуненко Я. Ю. Психологічна реабілітація: історія та сьогодення. *Психологічні виміри особистісної взаємодії суб'єктів освітнього простору в контексті гуманістичної парадигми: тези наукових доповідей III Всеукраїнської конференції з міжнародною участю Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2020. С. 82–87.*

29. Кириленко Т. С. Пошук гармонії: емоційні переживання та стани особистості (вчинково-орієнтований підхід): монографія. Київ: Київський університет, 2004. 100 с.

30. Кирилова О. О., Кирилова Є. І., Вострокнутов І. Л. Особливості соматопсихічних проявів в онкології на різних етапах протипухлинного лікування (оглядова стаття). *Актуальні проблеми сучасної медицини*. 2020. № 6. С. 84–92. DOI: <https://doi.org/10.26565/2617-409X-2020-6-11>

31. Кирилова О. О., Старенький В. П., Артюх С. В., Прохач Н. Е., Кіян Т. Г. Роль клінічного психолога в системі медико-психологічного супроводу онкохворих на етапі променевої терапії (аналітичний огляд літератури та власні клінічні дані). *Український радіологічний та онкологічний журнал*. 2020. Вип. 28(3). С. 255–272.

32. Климчук В. О. Психологія посттравматичного зростання: монографія. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2020. 125 с.

33. Коваленко А. Б., Безверха К. С. Соціальна ідентичність як механізм адаптації особистості під час суспільної кризи. *Український психологічний журнал*. 2017. № 1(3). С. 48–62.

34. Коцан І. Я., Ложкін Г. В., Мушкевич М. І. Психологія здоров'я людини / За ред. І. Я. Коцана. Луцьк: РВВ “Вежа”, Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2009. 316 с.

35. Красносельський М. В., Кирилова О. О., Рубльова Т. В., Павліченко Ю. В. Сучасні погляди на проблему медико-психологічної реабілітації пацієнтів із

- колоректальним раком (огляд літератури). *Журнал НАМН України*. 2022. № 28(2). С. 389–398.
36. Кривоніс Т. Г. Вплив сімейної адаптації на психологічний статус онкологічних пацієнтів. *Вісник морської медицини*. 2020. № 1(86). С. 15–21.
37. 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.
38. Кузікова С. Б. Психологічні основи становлення суб'єкта саморозвитку в юнацькому віці. Монографія. Суми: Видавництво СумДПУ, 2020. 324 с.
39. Курс протиракового лікування голодуванням. Одеса. URL: <https://www.facebook.com/reel/682259410416006> (дата звернення: 05.05.2024).
40. Кутуза Н. Фактор інтерактивної актуалізації в алгоритмі медіавпливу: теоретичні основи. *Образ*. 2022. Вип. 2(39). С. 6–14. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/obraz_2022_2_3 (дата звернення: 05.05.2024).
41. Кюблер-Росс Е. Про смерть і вмирання. К: Софія, 2001. 110 с.
42. Ларіна Т. О. Соціально-психологічна реабілітація особистості: покрокове набуття життєздатності. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*. 2018. № 42. С. 139–147.
43. Лебідь І. Г., Руденко Н. М., Сидоренко А. Ю., Ханенова В. А., Лебедь Є. І., Стогова О. В. Якість життя у пацієнтів із вродженими вадами серця. Практичний Посібник. Київ: ДУ «НПМЦДКК МОЗ України», 2016. 49 с.
44. Лефтеров В., Самара О. Особливості психологічної реабілітації осіб, які переживають травматичні події війни. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2022. № 1(3). С. 73–83. DOI: <https://doi.org/10.52363/dcpp-2022.3.7>
45. Лисник К. А. Методики дослідження взаємозв'язку рівня страху рецидиву раку та соціально-психологічних особливостей особистості онкоодужуючого. *European Scientific Platform*. 2021. Vol. 2. P. 76–78. DOI: <https://doi.org/10.36074/scientia-26.11.2021>

46. Лисник К. А. Модель надання психологічної допомоги особистості в умовах кризи, спричиненої онкозахворюванням. *Соціально-психологічні технології розвитку особистості: збірник матеріалів VI Міжнародної науково-практичної конференції молодих вчених, аспірантів та студентів*. 2021. С. 249–254.
47. Лисник К. А. Вплив толерантності до невизначеності на проживання онкологічного захворювання літніми людьми (кроскультурний аналіз). *Чинники розвитку толерантності особистості на різних етапах соціалізації: колективна монографія* / за ред. проф. Власової О. І. Київ: Яроченко Я., 2022. С. 296–315. URL: <https://inter-sci-guild.org.ua/chynnyky-rozvytku-tolerantnosti-osobystosti-na-riznykh-etapakh-sotsializatsiyi> (дата звернення: 05.05.2024).
48. Лисник К. А. Особистісні реакції жінок на етапі ремісії онкозахворювання. *Науковий часопис Українського державного університету імені Михайла Драгоманова. Психологічні науки*. 2024. Вип. 23(68). С. 61–71. DOI: [https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series12.2024.23\(68\).06](https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series12.2024.23(68).06)
49. Лозова О. М. Психологічні проблеми особистості в часи суспільних трансформацій. *Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя: психотехнології особистісних змін: матеріали III Всеукраїнської науково-практичної конференції*. Вид-во СумДПУ імені А.С. Макаренка. Суми, 2017. С. 48–50.
50. Лукомська С. О. Психосоціальні ресурси онкологічних хворих. *Раціогуманістичні студії. Збірник наукових статей за матеріалами круглого столу 30 травня 2019 р.* / за гол. ред. В. Л. Зливкова. Київ, 2019. 273 с.
51. Лукомська С. О. Ресурсний підхід до подолання особистістю кризових ситуацій. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Психологічні науки*. 2020. Вип. 1. С. 190–195.
52. Любчук О. К., Матяш М. М., Толстоухов А. В., Луньов В. Є. Основи психореабілітації для фахівців з соціальної роботи: навчальний посібник. Київ: АртЕк, 2019. 182 с.
53. Максименко С. Д., Шевченко Н. Ф. Психологічна допомога тяжким соматично

хворим: навчальний посібник. Київ: Інститут психології ім. Г. С. Костюка АПН України, Ніжин: Міланік, 2007. 115 с.

54. Матвієнко О. В., Цивін М. Н., Новальська Т. В., Бачинська Н. А. Дозвіллеві практики особистості у медійному просторі: проблеми інформаційно-психологічної безпеки. *Питання культурології*. 2021. № 38. С. 314–333.

55. Матреницький В. Л. Забута психоонкологія: про необхідність психотерапії та психосоціальної реабілітації у профілактиці рецидивів та метастазів онкозахворювань. *Клінічна онкологія*. 2018. № 1.

56. Мельниченко О. А., Ісаєва І. М., Мороз Г. А. Заходи по мінімізації негативних проявів тривожних і депресивних розладів у онкологічних пацієнтів. *Стратегічні напрямки розвитку науки: фактори впливу та взаємодії*: матеріали міжнар. наук.-практ. конф., Суми: МЦНД, 2020.

57. Медична психологія: підручник. 2 т. / за ред. Г. Я. Пилягіна Нова книга, 2020. 496 с.

58. Мерліч С. В. Участь міждисциплінарної команди в наданні комплексної психоонкологічної допомоги. *Таврический журнал психиатрии*. 2013. Т. 17, № 3(64). С.112–115.

59. Мілютіна К. Л. Психологія зміни життєвої стратегії особистості. Проблеми сучасної педагогічної освіти. *Педагогіка і психологія*. 2013. Вип. 38(2). С. 43–50.

60. Місяк С. А. Психосоматичні аспекти поведінки онкологічних хворих, які потрібно враховувати при реабілітації. *Запоріжській медичний журнал*. 2016. № 1(94). С. 91–96. DOI: <https://doi.org/10.14739/2310-1210.2016.1.63940>

61. Мозгова Г. П. Вплив тривожності на якість життя онкологічних пацієнтів: роль біопсихосоціальних чинників. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Психологія*. 2024. Т. 35(74), № 2. С. 122–128. DOI: <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2024.2/20>

62. Мозгова Г. П., Візнюк І. М. Психологічна реабілітація психосоматичних хворих працездатного віку. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова, Серія 12. Психологічні науки*. 2021. Вип. 16(61). С. 62–73. DOI:

[https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series12.2021.16\(61\).06](https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series12.2021.16(61).06)

63. Сиддхартха М. Імператор усіх хвороб. Біографія раку. Київ: Видавництво Жупанського, 2013. 520 с.
64. Мухаровська І. Р. Особливості психологічного реагування на захворювання у онкологічних хворих. *Science Rise. Medical science*. 2016. № 11. С. 16–20. DOI: <https://doi.org/10.15587/2519-4798.2016.84037>
65. Мухаровська І. Р. Медико-психологічна допомога для онкохворих на різних етапах лікувального процесу. *Scientific journal «sciencerise: medicalscience»*. 2017. № 1(9). С. 15–19. DOI: <https://doi.org/10.15587/2519-4798.2017.91024>
66. Мухаровська І. Р. Якість життя онкологічних хворих на етапах лікувального процесу. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2017. Вип. 4(1(7)). С. 91–95.
67. Мухаровська І. Р., Маркова М.В., Кривоніс Т. Г., Жулкевич І. В. Алгоритм оцінки сімейного статусу родини з онкологічним пацієнтом. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2020. Вип. 1(83) С. 18–23. DOI: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2020.1.11200>
68. Мухаровська І. Р., Становский В. Телемедичні засоби у наданні медико психологічної допомоги онкологічним пацієнтам в умовах війни. *Psychosomatic Medicine and General Practice*. 2022. Vol. 7(2).
69. Найдьонова Л. А. Медіапсихологія: основи рефлексивного підходу: підручник. Кіровоград: Імекс-ЛТД, 2013. 244 с.
70. Населення України 2021. Статистичний збірник. Державна служба статистики України, ДССУ / За ред. М. Тімоніної. 185 с.
71. Никоненко Л. В. Медіапрактики як засіб адаптації до надзвичайних ситуацій. *Медіаторчість в сучасних реаліях: протистояння медіатравмі*: матеріали Всеукраїнської наукової інтернетконференції (з міжнародною участю), м. Київ, 19 червня 2020 р. / укладач Ю. С. Чаплінська, ред. Н. Л. Дятел. URL: https://Nykonenko_LV_Mediapraktyky_yak_zasib-adaptatsiyi_do_nadzvyhajnyh_sytuatsij.pdf (mediaosvita.org.ua) (дата звернення:

05.05.2024).

72. Образа як позбудеться саморуйнування. Психологія. URL: <https://www.qui.help/blog/obida-kak-izbavitsya-ot-samorazrusheniya-psikhologiya-obidy> (дата звернення: 05.05.2024).

73. Олійна мікстура «Прощення». URL: <https://prom.ua/ua/p987155730-efirnaya-smes-proschenie.html> (дата звернення: 05.05.2024).

74. Основи реабілітаційної психології, подолання наслідків кризи: навчальний посібник / За ред. Н. В. Пророк. Київ, 2018. Т. 1. 208 с.

75. Отрощенко Н. П., Отрощенко І. П., Отрощенко П. О. Проблеми депресії та аутоагресивних проявів у онкохворих. Radiation Diagnostics, Radiation therapy. 2019. № 4. С. 23–27. DOI: <https://doi.org/10.37336/2707-0700-2019-4-2>

76. Охорона психічного здоров'я: підручник для лікарів / за заг. ред. професора Л. М. Юр'євої, професора Н. О. Марути. Харків: «Видавець Строков Д. В.», 2022. 384 с.

77. Піонтковська О. В. Базові засади та обґрунтування медико-психологічної допомоги у сфері дитячої онкології. *Медична психологія*. 2013. Вип. 8(4). С. 24–30.

78. Піонтковська О. В. Загальні засади медико-психологічного супроводу онкологічних хворих. *Медична Психологія*. 2015. № 3. С. 29–31.

79. Питайло І. Особливості українського менталітету: чому ми такі, якими є. URL: <http://ukrconf.fl.kpi.ua/wp-content/uploads/2014/12/6.-Pytaylo-Iryna.pdf> (дата звернення: 05.05.2024).

80. Психоонкологія – наука про перемогу над раком. *Ваше здоров'я*. URL: <https://www.vz.kiev.ua/polshha-psixoonkologiya-nauka-pro-peremogu-nad-rakom/> (дата звернення: 05.05.2024).

81. Пономаренко Т. І. Комунікативна компетентність сучасного психолога як чинник формування психологічної безпеки суспільства. *Медіатворчість в сучасних реаліях: протистояння медіатравмі*: матеріали Всеукраїнської наукової інтернет-конференції (з міжнародною участю), м. Київ, 19 червня 2020

р. / укладач Ю. С. Чаплінська, ред. Н. Л. Дятел. URL: Ponomarenko_TI_Komunikatyvna_mediakompetentnist_suchasnogo_psyhologa.pdf (mediaosvita.org.ua) (дата звернення: 05.05.2024).

82. Пономаренко Т. І. Особливості комунікативної медіакомпетентності сучасних психологів-студентів і практиків. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Психологічні науки*. 2020. Вип. 12(57). С. 90–100. DOI: [https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series12.2020.12\(57\).08](https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series12.2020.12(57).08)

83. Пономаренко Т. І. Психологічні чинники розвитку комунікативної компетентності майбутніх психологів у медійному просторі: дис. ... д-ра філос. у галузі психол. Київ, 2022. 281 с.

84. Пономарьова В. Психологічна реабілітація онкогінекологічних хворих. *Scientific bases of solving of the modern tasks: in the 19 th international scientific and practical conference, Frankfurt-am-Main, Germany, 2020*. P. 292–297.

85. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З. Г. Кісарчукта ін.; за ред. З. Г. Кісарчук. Київ: ТОВ «Логос», 2015. 207 с.

86. Психологічні ресурси в умовах життєвої та суспільної кризи: соціальний та особистісний виміри: колект. моногр. / наук. ред. О. Є. Блинова, відпов. ред. В. Ф. Казібекова. Херсон: Вид-во ФОП Вишемирський В. С., 2021. 364 с.

87. Психологічний словник / За ред. В. І.Войтка. Київ: «Вища школа», 1982. 189 с.

88. Психосоціальна допомога в роботі з кризовою особистістю: навчальний посібник / наук. ред. та керівник проблем. групи Л. М. Вольнова. Київ, 2012. 275 с.

89. Рак в Україні, 2018–2019. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. *Бюлетень Національного канцер-реєстру України*. 2020. № 20.

90. Родіна Н. В. Копінг-поведінка пацієнтів з раком молочної залози. Структура та детермінанти. *Наука і освіта: наук.-практ. журнал*. 2012. № 3. С. 86–91.

91. Розуміння того, як стрес прискорює поширення раку. *Редакція платформи «Аксемедін»*, 2024. URL: <https://accemedin.com/material/82/7044> (дата звернення: 05.05.2024).
92. Сандал О. С. Психотравмувальні події як чинник травматичного досвіду особистості. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Психологічні науки*. 2021. № 2. С. 49–62.
93. Сохань Л., Злобина Е., Тихонович В. *Жизненный путь личности*. Київ: Наукова думка, 1987. 279 с.
94. Сохань Л. В., Єрмакова І. Г., Несен Г. М. *Життєва компетентність особистості: науково-методичний посібник* / За ред. Л. В. Сохань, І. Г. Єрмакова, Г. М. Несен. Київ: Богдана, 2003. 520 с.
95. Становський В. Проблеми психологічного дистанційного супроводу онкологічних пацієнтів в умовах пандемії COVID-19. *Psychosomatic Medicine and General Practice*. 2021. Vol. 6(2), e0602279 p. DOI: <https://doi.org/10.26766/PMGP.V6I2.279>
96. Стратегія розвитку вищої освіти в Україні на 2021–2031 роки. Міністерство освіти і науки України. Київ, 2020. 71 с.
97. Стресові стани населення України в контексті війни: результати всеукраїнського опитування Національна академія наук України. Інститут соціології. 2023. URL: https://ratinggroup.ua/research/ukraine/stresovi_stany_naselennya_ukrainy_v_konteksti_viyni.html (дата звернення: 05.05.2024).
98. Строяновська О. В. *Психолого-дидактичні засоби реабілітації онкологічних хворих різного віку: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07*. Київ, 2003.
99. Титаренко Т. М. Соціально-психологічна реабілітація особистості: етапи, технології, техніки. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*. 2018. № 41. С. 157–167.
100. Титаренко Т. М. Способи підвищення психологічного благополуччя особистості, що пережила травму. *Психологія: теорія і практика*. 2018. № 1. С.

112–119.

101. Ткаченко О. М. Принципи і категорії психології. Київ: Вища школа, 1979. 200 с.

102. Ткачишина О. Р. Особливості соціально-психологічної адаптації особистості в умовах кризових ситуацій. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського*. 2021. № 32(71). С. 93–98.

103. Уварова С. Г. Концептуальна модель психологічної допомоги особистості в умовах суспільної кризи. *Психологія і особистість*. 2019. № 1(15). С. 225–243. DOI: <https://doi.org/10.33989/2226-4078.2019.2.177358>

104. Українська психоонкологічна асоціація, фейсбук-сторінка психоонкологів України. URL: <https://www.facebook.com/Ukrpsyonco> (дата звернення: 05.05.2024).

105. Фейсбук-сторінка групи інформаційної та емоційної підтримки дорослих онкопацієнтів. Inspiration family. URL: <https://www.facebook.com/groups/inspirationfamilysupportgroup> (дата звернення: 05.05.2024).

106. Фурман А. Методологічне обґрунтування багаторівневості парадигмальних досліджень у соціальній психології. *Психологія і суспільство*. 2012. № 4(50). С. 78–125.

107. Ханін Ю. Л. Особистісні та соціально-психологічні опитувальники в прикладних дослідженнях: проблеми і перспективи. *Соціальна психологія і суспільна практика*. 1985. С. 163–177.

108. Хомич Г. О. Психологічна допомога онкохворим у процесі консультування. *Збірник наукових праць КПНУ імені Івана Огієнка. Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України*. 2011. Вип. 13. С. 596–605.

109. Хомуленко Т. Б., Кислова І. С., Лесніченко Н. П. Психологічні особливості тілесного “я” жінок, хворих на рак репродуктивної системи. *Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди. Психологія*. 2020. Вип. 63. С. 107–116.

110. Хохліна О. П. Проблема методологічних принципів в психології. *Юридична психологія*. 2015. № 2. С. 5–27.
111. Чепурко Г., Соболев А. Стратегії та моделі формування здорового способу життя в контексті здоров'язберігаючої поведінки. *Міжнародний науковий журнал «Грааль науки». Секція XVII. Соціологія та статистика*. 2023. № 32. С. 222–230.
112. Черезова І. О. Психологія життєвих криз особистості: навчальний посібник. Бердянськ: БДПУ, 2016. 193 с.
113. Череповська Н. І. Візуальна медіакультура: розвиток критичного мислення і творчого сприймання. Методичні рекомендації до медіаосвітнього курсу «Медіакультура» для старшокласників загальноосвітніх навчальних закладів. Київ: Міленіум, 2014. 116 с.
114. Череповська Н., Умеренкова Н. Медіапсихологічні ресурси подолання травми війни: практичний посібник / уклад.: Н. Череповська. 2-ге вид., випр. та доп. Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. 2021. 220 с.
115. Шаповалова Г. А., Бабов К. Д. Психологічна реабілітація дітей в період ремісії онкогематологічних захворювань в умовах санаторію для дітей з батьками. *Biomedical and biosocial anthropology*. 2017. № 29. С. 109–111.
116. Шаповалова Г. А., Шмакова І. П. Обґрунтування диференційованих програм санаторно-курортної реабілітації дітей в стадії ремісії онкозахворювань з урахуванням супутньої патології. *Перспективи розвитку медичної та фізичної реабілітації на різних рівнях надання медичної допомоги: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю м.Тернопіль*, 2021. С. 80–87.
117. Шебанова В. І. Формування здоров'язберезувальної компетентності щодо медіаповедінки як індивідуального ресурсу особистості. *Медіаторчість в сучасних реаліях: протистояння медіатравмі: матеріали Всеукраїнської наукової інтернет-конференції (з міжнародною участю), м. Київ, 25 червня 2021*

р. / укладач Ю. С. Чаплінська, ред. Н. Л. Дятел. URL:http://Shebanova-V_zdorov-yazberezhuvalna-kompetentnist.pdf (mediaosvita.org.ua) (дата звернення: 05.05.2024).

118. Шевченко Н. Ф. Практикум із психологічної допомоги соматичним хворим: навчальний посібник. Запоріжжя: Інсервіс, 2003. 56 с.

119. Шевченко Н. Ф. Психологічна допомога в кризових та екстремальних ситуаціях: навчальний посібник для здобувачів ступеня вищої освіти магістра спеціальності «Психологія» освітньо-професійної програми «Психологія». Запорізький національний університет, 2021. 193 с.

120. Як захистити себе від раку Топ-10 порад. URL: <https://myhelix.com.ua/articles/category-anti-aging/post-150-yak-zahistiti-sebe-vid-raku-top-10-porad> (дата звернення: 05.05.2024).

121. Яценко Т. С. Психологічні основи групової психокорекції: навчальний посібник. Київ: Либідь, 1996. 264 с.

122. Abdelhadi O. A., Pollock B. H., Joseph J. G., Keegan T. H. Psychological distress and associated additional medical expenditures in adolescent and young adult cancer survivors. *Cancer*. 2022. Vol. 128(7). P. 1523–1531.

123. Anderson R., Cooper M., Steffen E. M. Cancer patients' experiences of moments of relational depth during psychological therapy: a qualitative study. *Journal of psychosocial oncology*. 2023. P. 1–17.

124. Anderson K., Smith A. B., Diaz A. et al. A systematic review of fear of cancer recurrence among indigenous and minority peoples. *Frontiers in Psychology*. 2021. Vol. 12. 621850 p.

125. Arabameri F, Khodabakhshi-koolae A. The Role of Early Maladaptive Schemas on Coping Styles and Fear of Recurrence in Women With Breast Cancer: A Cross-Sectional Study. *Multidisciplinary Cancer Investigation*. 2021. Vol. 5(4). P. 1–9.

126. Bandura A. Regulation of cognitive processes through perceived self-efficacy. *Psychology of education*. 2000. Vol. 2. P. 365–380.

127. Bergerot C., Philip E., Bergerot P., Siddiq N., Tinianov S., Lustberg M. Fear of cancer recurrence or progression: what is it and what can we do about it? *American Society of Clinical Oncology Educational Book*. 2022. Vol. 42. P. 18–27.
128. Berlin P., von Blanckenburg P. Death anxiety as general factor to fear of cancer recurrence. *Psycho-Oncology*. 2022. Vol. 31(9). P. 1527–1535.
129. Bilani N., El Ladki S., Yaghi M. et al. Factors associated with the decision to decline chemotherapy in patients with early-stage, ER+/HER2-breast cancer and high-risk scoring on genomic assays. *Clinical Breast Cancer*. 2022. Vol. 22(4). P. 367–373.
130. Blom M., Guicherit O., Hoogwegt M. Perfectionism, intolerance of uncertainty and coping in relation to fear of cancer recurrence in breast cancer patients. *Psycho-Oncology*. 2023. Vol. 32(4). P. 581–588.
131. Borreani C., Alfieri S., Farina L. et al. Fear of cancer recurrence in haematological cancer patients: exploring socio-demographic, psychological, existential and disease-related factors. *Supportive Care in Cancer*. 2022. Vol. 28. P. 5973–5982.
132. Braarud H., Nordanger D. O. Regulation as the key concept at the Window of Tolerance as the model in a new trauma psychology. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. 2014. Vol. 51(7). P. 530–536.
133. Breidenbach C., Wesselmann S., Sibert N. et al. Use of social service counseling by cancer patients: an analysis of quality assurance data of 6339 breast cancer patients from 13 certified centers in Germany treated between 2015 and 2017. *BMC cancer*. 2021. Vol. 21(1). P. 1–9.
134. Budner Steanly. Intolerance of ambiguity as a personality variable. *Journal of Personality*. 1962. Vol. 30, № 1. P. 29–50. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1962.tb02303.x>
135. Butow Ph., Thewes B., Gilchrist J., Turner J. A. Psychological and Educational Intervention for Fear of Cancer Recurrence. Therapist treatment manual. University of Sydney, 2022. URL: [ConquerFear manuals_individual and group format_incl handouts 050422.pdf \(pocog.org.au\)](#). (date of access: 05.05.2024).
136. Butow Ph., Turner J., Gilchrist J., Sharpe L. Randomized Trial of ConquerFear: A

Novel, Theoretically Based Psychosocial Intervention for Fear of Cancer Recurrence. *Journal of Clinical Oncology*. 2017. Vol. 35(36). P. 4066–4077.

137. Chang C. Being Inspired by Media Content: Psychological Processes Leading to Inspiration. *Media Psychology*. 2023. Vol. 26(1). P. 72–87.

138. Coughlin S. S. A review of social determinants of prostate cancer risk, stage, and survival. *Prostate international*. 2020. Vol. 8(2). P. 49–54.

139. Coutts-Bain D., Sharpe L., Pradhan P. et al. Are fear of cancer recurrence and fear of progression equivalent constructs? *Psycho-Oncology*. 2022. Vol. 31(8). P. 1381–1389.

140. Cunningham S., Patton M., Schulte F., Richardson P., Heathcote L. Worry about somatic symptoms as a sign of cancer recurrence: prevalence and associations with fear of recurrence and quality of life in survivors of childhood cancer. *Psycho-Oncology*. 2021. Vol. 30(7). P. 1077–1085.

141. Dieng M., Butow P. N., Costa D.S. et al. Psychoeducational intervention to reduce fear of cancer recurrence in people at high risk of developing another primary melanoma: results of a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*. 2016. Vol. 34. P. 4405–4414.

142. Downs J., de Bruin W., Fischhoff B., Hesse B., Maibach E. How people think about cancer: A mental models approach. In: *Handbook of risk and crisis communication*. Routledge. 2020. P. 507–524.

143. Easterling D., Leventhal H. Contributions of concrete cognition to emotion: neutral symptoms as elicitors of worry about cancer. *Journal of Applied Psychology*. 1989. Vol. 74(5). P. 787–796.

144. Eckerling A., Ricon-Becker I., Sorski L., Sandbank E., Ben-Eliyahu S. Stress and cancer: mechanisms, significance and future directions. *Nature Reviews Cancer*. 2021. Vol. 21(12). P. 767–785.

145. Edgar L. Coping Skills for Oncology Patients: A Practical Guide. In *Seminars in Oncology Nursing*. 2022. Vol. 38, № 5. 151335 p.

146. Erikson E. H. Dimensions of a new identity. WW Norton & Company, 1979. 132 p.
147. Eyni S., Mousavi S. E. Intolerance of uncertainty, cognitive fusion, coping self-efficacy and self-perceived burden in patients diagnosed with cancer. *Psycho-Oncology*. 2023. Vol. 32(5). P. 800–809.
148. Fletcher L., Hayes S. Relational frame theory, acceptance and commitment therapy, and a functional analytic definition of mindfulness. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavioral Therapy*. 2005. Vol. 23. P. 315–336.
149. Folkman S. Revised coping theory and the process of bereavement. *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care Washington* / ed. By M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, H. Schut. DC: American Psychological Association, 2001. P. 563–584. DOI: <https://doi.org/10.1037/10436-024>
150. Fraguell-Hernando C., Limonero J. T., Gil F. Psychological intervention in patients with advanced cancer at home through Individual Meaning-Centered Psychotherapy-Palliative Care: a pilot study. *Supportive Care in cancer*. 2020. Vol. 28(10). P. 4803–4811.
151. Frankl V. E. Man's search for meaning. Ebury Press, Penguin, 2021. 240 p.
152. Freud S. Mourning and melancholia. *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. 1917. Vol. 14(1914–1916). P. 237–258.
153. Götze H., Friedrich M., Taubenheim S., Dietz A., Lordick F., Mehnert A. Depression and anxiety in long-term survivors 5 and 10 years after cancer diagnosis. *Supportive Care in Cancer*. 2020. Vol. 28. P. 211–220.
154. Guarino A., Polini C., Forte G., Favieri F., Boncompagni I., Casagrande M. The effectiveness of psychological treatments in women with breast cancer: A systematic review and meta-analysis. *Journal of clinical medicine*. 2020. Vol. 9(1). 209 p.
155. Han P., Gutheil C., Hutchinson R., LaChance J. Cause or effect? The role of prognostic uncertainty in the fear of cancer recurrence. *Frontiers in psychology*. 2021. Vol. 11. 626038 p.

156. Haushofer J., Mudida R., Shapiro J. P. The comparative impact of cash transfers and a psychotherapy program on psychological and economic well-being (№ w28106). *National Bureau of Economic Research*. 2020.
157. Heim E., Augustiny K. L., Schaffner L., Valach L. Coping with breast cancer over time and situation. *Journal of Psychosomatic Research*. 1993. Vol. 37(5). P. 523–542. DOI: [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(93\)90008-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(93)90008-4)
158. Holden C., Wheelwright S., Harle A., Wagland R. The role of health literacy in cancer care: a mixed studies systematic review. *PLoS One*. 2021. Vol. 16(11). e0259815 p.
159. Hovdenak Jakobsen I., Jeppesen M., Simard S., Thaysen H. V., Laurberg S., Juul T. Initial validation of the Danish version of the Fear of Cancer Recurrence Inventory (FCRI) in colorectal cancer patients. *Journal of Cancer Survivorship*. 2018. Vol. 12. P. 723–732.
160. Hyer J. M., Tsilimigras D. I., Diaz A. et al. High social vulnerability and «textbook outcomes» after cancer operation. *Journal of the American College of Surgeons*. 2021. Vol. 232(4). P. 351–359.
161. Iddrisu M., Aziato L., Dedey F. Psychological and physical effects of breast cancer diagnosis and treatment on young Ghanaian women: a qualitative study. *BMC psychiatry*. 2020. Vol. 20(1). P. 353–362.
162. Inhestern L., Johannsen L. M., Bergelt C. Families affected by parental cancer: quality of life, impact on children and psychosocial care needs. *Frontiers in psychiatry*. 2021. Vol. 12. 765327 p.
163. Ismail G., Taliep N. The Delphi Method. In: Liamputtong, P. (eds) *Handbook of Social Sciences and Global Public Health*. Springer, 2023. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-030-96778-9_66-2
164. Jassim G., Doherty S., Whitford D., Khashan A. Psychological interventions for women with non-metastatic breast cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2023. Vol. 1.

165. John O. P., Naumann L. P., Soto C. J. Paradigm Shift to the Integrative Big-Five Trait Taxonomy: History, Measurement, and Conceptual Issues. *Handbook of personality: Theory and research* / ed. by O. P. John, R. W. Robins, L. A. Pervin. New York: Guilford Press, 2008. P. 114–158.
166. Joseph S., Linley P. A. Growth following adversity: Theoretical perspectives and implications for clinical practice. *Clinical Psychology Review*. 2006. Vol. 26. P. 1041–1053.
167. Kernberg O. F. Structural interviewing. *Psychiatric clinics*. 1981. Vol. 4(1). P. 169–195.
168. Kusch M., Labouvie H., Schiewer V. et al. Integrated, cross-sectoral psycho-oncology (isPO): a new form of care for newly diagnosed cancer patients in Germany. *BMC Health Services Research*. 2022. Vol. 22(1). 543 p.
169. Kuswanto C. N., Sharp J., Stafford L., Schofield P. Fear of cancer recurrence as a pathway from fatigue to psychological distress in mothers who are breast cancer survivors. *Stress and Health*. 2023. Vol. 39(1). P. 197–208.
170. Lahad M. From victim to victor: The development of the BASIC PH model of coping and resiliency. *Traumatology*. 2017. Vol. 23(1). 27 p.
171. Latella L., Rogers M., Leventhal H. et al. Fear of cancer recurrence in lymphoma survivors: a descriptive study. *Journal of psychosocial oncology*. 2020. Vol. 38(3). P. 251–271.
172. Lebel S., Maheu C., Lefebvre M. et al. Addressing fear of cancer recurrence among women with cancer: a feasibility and preliminary outcome study. *Journal of Cancer Survivorship*. 2014. Vol. 8. P. 485–496.
173. Lebel S., Simard S., Harris C. et al. Empirical validation of the English version of the Fear of Cancer Recurrence Inventory. *Quality Life Research*. 2016. Vol. 25. P. 311–321. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1088-2>
174. Leventhal H., Diefenbach M., Leventhal E. A. Illness cognition: using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*. 1992. Vol. 16. P. 143–163.

175. Leventhal H., Phillips L., Burns E., Cohen J. Commonsense Modeling (CSM) of Health Behaviors. *The Wiley Encyclopedia of Health Psychology*. 2020. P. 315–327.
176. Lichtenthal W. G., Corner G. W., Slivjak E. T. et al. A pilot randomized controlled trial of cognitive bias modification to reduce fear of breast cancer recurrence. *Cancer*. 2017. Vol. 123. P. 1424–1433.
177. Lim E., Humphris G. The relationship between fears of cancer recurrence and patient age: a systematic review and meta-analysis. *Cancer Reports*. 2020. Vol. 3(3). e1235 p.
178. Luigjes-Huizer Y., Tauber N., Humphris G. et al. What is the prevalence of fear of cancer recurrence in cancer survivors and patients? A systematic review and individual participant data meta-analysis. *Psycho-Oncology*. 2022. Vol. 31(6). P. 879–892.
179. Lundberg P., Phoosuwan N. Life situations of Swedish women after mastectomy due to breast cancer: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*. 2022. Vol. 57. 02116 p.
180. Lynch F., Katona L., Jefford M. et al. Feasibility and acceptability of fear-less: a stepped-care program to manage fear of cancer recurrence in people with metastatic melanoma. *Journal of clinical medicine* 2020. Vol. 9(9). 2969 p.
181. Lysnyk K. Conducting psychological support groups online during the war in Ukraine. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*. 2023. Vol. 1. P. 1–15. DOI: <https://doi.org/10.1080/14779757.2023.2167735>
182. Lysnyk K., Zelenin, V. Sociocultural factors of the emotional state of cancer survivors (on the example of Ukraine and Israel). *Journal of interdisciplinary research*. 2024. Vol. 14(1). P. 205–214.
183. Madhusudhana S., Gates M., Singh D., Grover P., Indaram M., Cheng, A. Impact of psychological distress on treatment timeliness in oncology patients at a safety-net hospital. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 2021. P. 1–7. DOI: <https://doi.org/10.6004/jnccn.2021.7018>

184. Maheu C., Singh M., Tock W. L. et al. Fear of cancer recurrence, health anxiety, worry, and uncertainty: A scoping review about their conceptualization and measurement within breast cancer survivorship research. *Frontiers in psychology*. 2021. Vol. 12. 644932 p.
185. Mahendran R., Liu J., Kuparasundram S. et al. Fear of cancer recurrence among cancer survivors in Singapore. *Singapore medical journal*. 2020. Vol. 62(6). 305 p. DOI: <https://doi.org/10.11622/smedj.2020007>
186. McGinty H., Goldenberg J., Jacobsen P. Relationship of threat appraisal with coping appraisal to fear of cancer recurrence in breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*. 2012. Vol. 21. P. 203–210.
187. Meissner V., Olze L., Schiele S. et al. Fear of cancer recurrence and disease progression in long-term prostate cancer survivors after radical prostatectomy: a longitudinal study. *Cancer*. 2021. Vol. 127(22). P. 4287–4295.
188. Mell C., Jewett P., Teoh D., Vogel R., Everson-Rose S. Psychosocial predictors of fear of cancer recurrence in a cohort of gynecologic cancer survivors. *Psycho-Oncology*. 2022. Vol. 31(12). P. 2141–2148.
189. Miller K. D., Nogueira L., Devasia, T. et al. Cancer treatment and survivorship statistics. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2022. Vol. 72(5). P. 409–436.
190. Moorey S., Greer S. Oxford Guide to CBT for People with Cancer. OUP Oxford, 2011. 284 p.
191. Mostarac I., Brajković L. Life after facing cancer: Posttraumatic growth, meaning in life and life satisfaction. *Journal of clinical psychology in medical settings*. 2022. Vol. 29(1). P. 92–102.
192. Mutsaers B., Butow Ph., Dinkel A. et al. Identifying the key characteristics of clinical fear of cancer recurrence: an international Delphi study. *Psychooncology*. 2020. Vol. 29(2). P. 430–436. DOI: <https://doi.org/10.1002/pon.5283>
193. Mutsaers B., Rutkowski N., Jones G., Lamarche J., Lebel S. Assessing and managing patient fear of cancer recurrence. *Canadian Family Physician*. 2020. Vol. 66(9). P. 672–673.

194. Nahm S., Blinman P., Butler S., Tan S., Vardy J. Factors associated with fear of cancer recurrence in breast and colorectal cancer survivors: A cross-sectional study of cancer survivors. *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology*. 2021. Vol. 17(3). P. 222–229.
195. Navy S. L. Theory of Human Motivation-Abraham Maslow. In: Akpan, B., Kennedy, T.J. (eds) *Science Education in Theory and Practice*. Springer Texts in Education. Springer, Cham, 2020. P. 17–28. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-030-43620-9_2
196. Ng D., Kwong A., Suen D. et al. Fear of cancer recurrence among Chinese cancer survivors: prevalence and associations with metacognition and neuroticism. *Psychooncology*. 2019. Vol. 28(6). P. 1243–1251. DOI: <https://doi.org/10.1002/pon.5073>
197. Nilsson R., Næss-Andresen T., Myklebust T., Bernklev T., Kersten H., Haug E. Fear of recurrence in prostate cancer patients: a cross-sectional study after radical prostatectomy or active surveillance. *European Urology Open Science*. 2021. Vol. 25. P. 44–51.
198. Otto A. K., Szczesny E. C., Soriano E. C. et al. Effects of a randomized gratitude intervention on death-related fear of recurrence in breast cancer survivors. *Health Psychology*. 2016. Vol. 35. P. 1320–1328.
199. Park S., Lim J. Cognitive behavioral therapy for reducing fear of cancer recurrence (FCR) among breast cancer survivors: a systematic review of the literature. *BMC cancer*. 2022. Vol. 22(1). P. 217–224.
200. Peters L., Brederecke J., Franzke A., de Zwaan M., Zimmermann T. Psychological distress in a sample of inpatients with mixed cancer – a cross-sectional study of routine clinical data. *Frontiers in psychology*. 2020. Vol. 11. 591771 p.
201. Reed S., Bell J., Miglioretti D., Nekhlyudov L., Fairman N., Joseph J. Fear of cancer recurrence and associations with mental health status and individual characteristics among cancer survivors: Findings from a nationally representative sample. *Journal of psychosocial oncology*. 2020. Vol. 38(2). P. 125–142.

202. Richter D., Clever K., Mehnert-Theuerkauf A., Schönfelder A. Fear of recurrence in young adult cancer patients – a network analysis. *Cancers*. 2022. Vol. 14(9). 2092 p.
203. Rudy L., Maheu C., Körner A., Lebel S., Gélinas C. The FCR-1: initial validation of a single-item measure of fear of cancer recurrence. *Psycho-Oncology*. 2020. Vol. 29(4). P. 788–795.
204. Rogers C. R. *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin, 1961. 420 p.
205. Rogers C. R. Carl Rogers Describes His Way of Facilitating Encounter Groups. *American Journal of Nursing*. 1971. Vol. 71, Iss. 2. P. 275–279.
206. Rogers C. R. *Client–Centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory*. (70th Anniversary Edition). Robinson publisher, 2021. 592 p.
207. Sarizadeh M., Mozaffari S. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on the fear of cancer recurrence and post–traumatic growth among patients with breast cancer. *Koomesh*. 2024. Vol. 20(4). P. 626–632.
208. Savard J., Savard M., Caplette–Gingras A., Casault L., Camateros C. Development and feasibility of a group cognitive–behavioral therapy for fear of cancer recurrence. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2018. Vol. 25(2). P. 275–285.
209. Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust. Assessing health status and quality-of-life instruments: attributes and review criteria. *Quality of life research*. 2002. Vol. 11. P. 193–205.
210. Shahidi S. Psycho–oncology: The relationship between psychology, personality and cancer. *Cancer Genetics and Psychotherapy*. 2017. P. 1–12.
211. Shmotkin D., Keinan G. Who is prone to react to coinciding threats of terrorism and war? Exploring vulnerability through global versus differential reactivity. *Community Mental Health Journal*. 2011. Vol. 47. P. 35–46. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10597-010-9354-9>
212. Shuldiner J. A mixed–methods study of genetic information decisions and

- psychological implications of cancer panel testing in women at risk for ovarian cancer. Doctoral dissertation, University of Toronto, Canada. 2020.
213. Simard S., Savard J. Fear of Cancer Recurrence Inventory: Development and initial validation of a multidimensional measure of fear of cancer recurrence. *Supportive Cancer Care*. 2009. Vol. 17(3). P. 241–251. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00520-008-0444-y>
214. Simard S., Savard J. Screening and comorbidity of clinical levels of fear of cancer recurrence. *Journal of Cancer Survivorship*. 2015. Vol. 9. P. 481–491.
215. Simonton O. C., Simonton S. S. Belief systems and management of the emotional aspects of malignancy. *Journal of Transpersonal Psychology*. 1975. Vol. 7(1). P. 29–47.
216. Skaali T., Fossa S. D., Bremnes R. et al. Fear of recurrence in long term testicular cancer survivors. *Psycho-Oncology*. 2009. Vol. 18. P. 580–588.
217. Smith A. B., Costa D., Galica J., Lebel S., Tauber N., van Helmond S. J., Zachariae R. Spotlight on the fear of cancer recurrence inventory (FCRI) *Psychology research and behavior management*. 2020. Vol. 13. P. 1257–1268. DOI: <https://doi.org/10.2147/prbm.S231577>
218. Smith A. B., Sharpe L., Thewes B. et al. Medical, demographic and psychological correlates of fear of cancer recurrence (FCR) morbidity in breast, colorectal and melanoma cancer survivors with probable clinically significant FCR seeking psychological treatment through the ConquerFear study. *Support Care Cancer*. 2018. Vol. 26(12). P. 4207–4216. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4294-y>
219. Smith A. B., Wu V. S., Lambert S. et al. A systematic mixed studies review of fear of cancer recurrence in families and caregivers of adults diagnosed with cancer. *Journal of Cancer Survivorship*. 2022. Vol. 16(6). P. 1184–1219.
220. Soriano E., Otto A., LoSavio S., Perndorfer C., Siegel S., Laurenceau J. Fear of cancer recurrence and inhibited disclosure: testing the social–cognitive processing model in couples coping with breast cancer. *Annals of Behavioral Medicine*. 2021. Vol. 55(3). P. 192–202.

221. Spielberger C. D., Gorsuch R. L., Lushene R. E. The State Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1970.
222. Stroebe M., Schut H. The Dual Process Model of Coping with Bereavement: A Decade on. *OMEGA—Journal of Death and Dying*. 2010. Vol. 61(4). P. 273–289.
223. Stults R. Media space. Xerox PARC technical report. Stults. 1986. 20 p. URL: <https://people.cs.vt.edu/srh/Downloads/Media%20Space%20Report.pdf> (date of access: 05.05.2024).
224. Stuntz E., Linehan M. Coping with Cancer. DBT Skills to Manage Your Emotions and Balance Uncertainty with Hope. Guilford Press, 2021. 167 p.
225. Tamura S., Suzuki K., Ito Y., Fukawa A. Factors related to the resilience and mental health of adult cancer patients: a systematic review. *Supportive Care in Cancer*. 2021. Vol. 29. P. 3471–3486.
226. Tauber N., O’Toole M., Zachariae R. et al. Conquer Fear group manual. *University of Sydney*. 2022. URL: [conquerfear-group_manual_incl_handouts_050422.pdf](http://pocog.org.au/conquerfear-group_manual_incl_handouts_050422.pdf) (pocog.org.au) (date of access: 05.05.2024).
227. Teichman, Y., Melineck, C. Manual for the Hebrew State Trait Anxiety Inventory. Tel Aviv, Israel, 1978.
228. Thewes B., Brebach R., Dzidowska M. et al. Current approaches to managing fear of cancer recurrence; a descriptive survey of psychosocial and clinical health professionals. *Psycho-Oncology*. 2014. Vol. 23. P. 390–396.
229. Thewes B., Butow P., Zachariae B. et al. Fear of cancer recurrence: a systematic literature review of self-report measures. *Psycho-Oncology*. 2012. Vol. 21(6). P. 571–587. DOI: <https://doi.org/10.1002/pon.2070>
230. Tu P., Yeh D., Hsieh H. Positive psychological changes after breast cancer diagnosis and treatment: The role of trait resilience and coping styles. *Journal of Psychosocial Oncology*. 2020. Vol. 38(2). P. 156–170.
231. Van der Wal M., Thewes B., Gielissen M. et al. Efficacy of a blended cognitive behaviour therapy for high fear of recurrence in breast, prostate and colorectal cancer

- survivors: the SWORD study, a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*. 2017. Vol. 35(19). P. 2173–2185.
232. Wells A. Detached mindfulness in cognitive therapy: a metacognitive analysis and ten techniques. *Journal of Rational–Emotive and Cognitive-Behavioral Therapy*. 2005. Vol. 23. P. 337–355.
233. Wells A. Metacognitive Therapy: Cognition Applied To Regulating Cognition. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2008. Vol. 36, Issue 06. P. 651–658.
234. Wells A., Matthews G. Modelling cognition in emotional disorder: the S-REF model. *Behavior Research and Therapy*. 1996. Vol.34(11–12). P. 881–888.
235. Wevers M. R., Schou–Bredal I., Verhoef S., Bleiker E. M. et al. Psychological distress in newly diagnosed breast cancer patients: an observational study comparing those at high risk of hereditary cancer with those of unknown risk. *Journal of Psychosocial Oncology Research and Practice*. 2020. Vol. 2(1). e18 p.
236. Williams J., Pearce A., Smith A. A systematic review of fear of cancer recurrence related healthcare use and intervention cost-effectiveness. *Psycho-Oncology*. 2021. Vol. 30(8). P. 1185–1195.
237. Witte K. Putting the fear back into fear appeals: The extended parallel process model. *Communication Monographs*. 1992. Vol. 59(4). P. 329–349. DOI: <https://doi.org/10.1080/03637759209376276>
238. Worden J. Grief counselling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner. 4th ed. New York: Springer, 2009. 305 p.
239. Yalom I. D. Existential psychotherapy. Hachette UK, 2020. 416 p.
240. Yeom J. W., Yeom I. S., Park H. Y., Lim S. H. Cultural factors affecting the self-care of cancer survivors: An integrative review. *European Journal of Oncology Nursing*. 2022. Vol. 59. 102165 p.
241. Zhang X., Sun D., Qin N., Liu M., Jiang N., Li X. Factors correlated with fear of cancer recurrence in cancer survivors: a meta-analysis. *Cancer nursing*. 2020. Vol. 45(5). P. 406–415.

242. Zelenin V., Ponomarenko T. Media competence of a future psychologist as a condition of successful professional fulfillment. *Modern researches in psychology and pedagogy: Collective monograph*. Riga: Izdevnieciba «Baltija Publishing», 2020. P. 163–181. DOI: <https://doi.org/10.30525/978-9934-588-36-5/9>

243. Zwanenburg L. C., Suijkerbuijk K. P., van Dongen S. I. et al. Living in the twilight zone: a qualitative study on the experiences of patients with advanced cancer obtaining long-term response to immunotherapy or targeted therapy. *Journal of Cancer Survivorship*. 2024. Vol. 18(3). P. 750–760

ДОДАТКИ

Додаток 1

Соціо-демографічна та медична Анкета учасника дослідження

1. Скільки років вам виповнилося? (цифра) _____

2. Стать:

- жіноча
- чоловіча

3. Місце проживання:

- столиця
- регіональне місто
- сільська місцевість

4. Освіта:

- неповне середнє – закінчено 7–8 (зараз 9) класів школи
- середня – закінчено 10 (зараз 11) класів школи
- середня спеціальна (технікум, коледж)
- неповна вища (не менше 2-х курсів ВНЗ)
- вища
- другий (третій і більше) вищий
- науковий ступінь (кандидат наук, доктор наук)

5. Сімейний стан:

- не одружений (заміжня), ніколи не був(а) у шлюбі
- не зареєстровані, але живемо разом
- одружений (одружена)
- живемо окремо, але не розлучені
- розлучений (а)
- вдовець (вдова)

6. Ви маєте дітей?

- Ні
- Так. Скільки дітей (цифра) _____

7. Чи живі Ваші батьки?

- Ні
- Один із батьків живий
- Так

Додаток 1 (продовження)

8. Робота:

- працюю повний робочий день
- працюю неповний робочий день
- шукаю роботу
- не працюю і не шукаю роботу
- індивідуальна зайнятість
- на пенсії
- інше (що саме?) _____

9. Тип перенесеної онкології:

- рак молочної залози
- лейкемія
- лімфома
- рак кишківника
- рак шкіри
- рак яєчника
- рак щитовидної залози
- меланома
- рак матки
- рак простати
- інше (а саме) _____

10. Стадія, що була діагностована:

- I
- II
- III
- IV

11. Рецидиви:

- не було
- був

12. Давність ремісії (років) _____

13. Скільки років минуло з виявлення онкології? _____

14. Ви приймаєте підтримуючу медикаментозну терапію?

- Ні
- Так

Медіавплив інфопростору на онкопацієнтів

Прочитайте уважно кожен з наведених нижче пропозицій і поставте відмітку у стовпці, який відповідає вашому досвіду.

| № | Запитання | Ніколи | Рідко | Часто | Постійно |
|----|---|--------|-------|-------|----------|
| 1 | Чи шукали ви інформацію стосовно методів лікування в інтернеті? | | | | |
| 2 | Чи звертались ви до учасників груп (не лікарів) у соцмережах щодо пояснення симптомів? | | | | |
| 3 | Чи стикались ви з стигматизацією через захворювання? | | | | |
| 4 | Чи говорили вам, що рак виникає через негативні думки чи образи на інших? | | | | |
| 5 | Чи отримували ви контент-рекламу з пропозиціями альтернативних методів лікування? | | | | |
| 6 | Чи давали вам без запиту з вашого боку рекомендації щодо здоров'язберігаючої поведінки? | | | | |
| 7 | Чи пробували ви під впливом інформації з інтернету кардинально змінити життя (наприклад, вставати до сходу сонця, спати на жорсткому, різко збільшити/зменшити фізичні навантаження)? | | | | |
| 8 | Чи радив вам хтось (не лікарі) обмежити споживання певних харчових продуктів (наприклад цукру, глютену) або голодувати? | | | | |
| 9 | Чи радив вам хтось (не лікарі) додати до раціону продукти, які «вбивають ракові клітини»? | | | | |
| 10 | Чи впливала на вас отримана інформація негативно, погіршуючи психоемоційний стан? | | | | |

Методика Баднера (TAS)

Цей опитувальник має дві шкали та дозволяє отримати результат у балах стосовно толерантності та інтолерантності до невизначеності. Поняття «інтолерантності до невизначеності» є близьким до поняття ригідності у вітчизняній психології, а «толерантність до невизначеності» близька до поняття життєстійкості за Мадді.

Усі пункти підраховуються у прямих значеннях: від «абсолютно не згоден» = 1 бал до «абсолютно згоден» = 7 балів.

Інтолерантність до невизначеності (ІТН): сума 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7.

Толерантність до невизначеності (ТН): сума 8, 9, 10, 11, 12, 13.

Отримані після підрахунку бали є сирими, за нижченаведеною таблицею їх необхідно перевести у стандартні оцінки.

Пояснення:

Низька Толерантність до невизначеності – особистість розглядає будь-яку невизначену ситуацію як небезпечну, неприємну або таку, що навіть лякає. Намагається отримати контроль над ситуацією, щоб підвищити впевненість, його відсутність впливає деструктивно на самопочуття і поведінку. Перевагу надає знайомим, звичним рішенням, які забезпечують безпеку. Схильна спиратись на правила та закони.

Середня Толерантність до невизначеності – особистість зважено ставиться до неоднозначних ситуацій, хоча б прагнула їх уникнути. Може функціонувати в невизначених обставинах, але втрачає досить багато ресурсів на упорядкування ситуації, прояснення її для себе.

Висока Толерантність до невизначеності – особистість спокійно ставиться до неоднозначних чи невизначених ситуацій, розглядає будь-яку невизначену ситуацію як можливість вибору, розвитку, набуття нового досвіду. Така особа не відчуває деструктивної тривоги в невизначених ситуаціях, здатна активно і продуктивно діяти в них.

Особистість з низькою інтолерантністю до невизначеності має низький рівень тривожності у ситуаціях невизначеності, припускає, що ця невизначеність означає розвиток та позитивну зміну у майбутньому. Такі люди схильні приймати нове стосовно всіх сфер життя, у тому числі стосовно відносин та набуття досвіду.

Середня Інтолерантність до невизначеності – помірне прагнення до ясності, упорядкованості життя, певна схильність до поділу поведінки, думок, цінностей та способів реакцій на правильні і неправильні.

Висока Інтолерантність до невизначеності – прагнення до ясності, упорядкованості у всьому, повага до ролі правил і принципів у житті, поділ думок, цінностей та поведінки на правильні та неправильні. Такі люди схильні до жорсткої регламентації всіх сфер життя, у тому числі систем набуття досвіду. Виділяється також міжособистісна інтолерантність до невизначеності, це прагнення до ясності та контролю у міжособистісних відносинах.

Додаток 3 (продовження)

| | | | | | | |
|---------------------|-----------|------------------------------|---------|------------------------------|--------|------------------|
| Абсолютно не згоден | Не згоден | Більше не згоден, ніж згоден | Не знаю | Більше згоден, ніж не згоден | Згоден | Абсолютно згоден |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Цей опитувальник містить твердження, що відображають уявлення або думки різних людей. Прочитайте уважно кожне твердження, і вирішіть, наскільки ви згодні або не згодні з ним. У кожному разі відзначте ту відповідь, яка найкраще відображає вашу думку.

Пам'ятайте, що не існує правильних і неправильних відповідей, ви висловлюєте вашу особисту думку та притаманний вам стан.

| № | Твердження | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|----|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Фахівець, який не може дати чіткої відповіді, можливо, не дуже багато знає. | | | | | | | |
| 2 | Хороша робота – це та, на якій завжди ясно, що і як це потрібно робити. | | | | | | | |
| 3 | У довгостроковій перспективі досягти більшого можливо, вирішуючи маленькі та прості проблеми, ніж більші та складніші. | | | | | | | |
| 4 | Звичне завжди краще за незнайоме. | | | | | | | |
| 5 | Людина, яка веде рівне, розмірене життя (без особливих сюрпризів і несподіванок), насправді має бути вдячна долі. | | | | | | | |
| 6 | Я більше люблю вечірки зі знайомими людьми, ніж ті, де більшість людей мені зовсім не знайомі. | | | | | | | |
| 7 | Чим швидше ми прийдемо до єдиних цінностей та ідеалів, тим краще. | | | | | | | |
| 8 | Люди, які підкорили своє життя розкладу, мабуть, позбавляють себе більшості радощів життя. | | | | | | | |
| 9 | Цікавіше займатися складною проблемою, ніж вирішувати просту. | | | | | | | |
| 10 | Часто найцікавіші люди – це ті, хто не боїться бути оригінальним і несхожим на інших. | | | | | | | |
| 11 | Люди, які наполягають на відповіді або так, або ні, просто не знають, наскільки все насправді складно. | | | | | | | |
| 12 | Багато найважливіших рішень ґрунтуються на неповній інформації. | | | | | | | |
| 13 | Гарний вчитель – це той, хто змушує тебе розмірковувати про твій погляд на життя. | | | | | | | |

Додаток 3 (продовження)

Таблиця переведення сирих балів в оцінку.

| Сирий бал | Інтолерантність до невизначеності | | | Толерантність до невизначеності | | |
|-----------|-----------------------------------|---------|------------------------|---------------------------------|---------|------------------------|
| | Т-бал | Станайн | Рівень | Т-бал | Станайн | Рівень |
| до 10 | 24 | | | 2 | | |
| 11 | 26 | | | 5 | | |
| 12 | 27 | 1 | Низький | 5 | | |
| 13 | 29 | | | 9 | | |
| 14 | 31 | | | 9 | | |
| 15 | 32 | | | 14 | | |
| 16 | 34 | | | 14 | 1 | Низький |
| 17 | 35 | 2 | Нижче середнього | 19 | | |
| 18 | 37 | | | 19 | | |
| 19 | 39 | | | 22 | | |
| 20 | 40 | 3 | Трохи нижче середнього | 24 | | |
| 21 | 42 | | | 26 | | |
| 22 | 43 | | | 29 | | |
| 23 | 45 | 4 | | 31 | | |
| 24 | 47 | | | 33 | 2 | Нижче середнього |
| 25 | 48 | | | 35 | | |
| 26 | 50 | 5 | Середній | 38 | | |
| 27 | 52 | | | 40 | 3 | Трохи нижче середнього |
| 28 | 53 | | | 42 | | |
| 29 | 55 | 6 | | 45 | | |
| 30 | 56 | | 47 | | 4 | |
| 31 | 58 | | | 49 | | |
| 32 | 60 | 7 | Трохи вище середнього | 51 | 5 | Середній |
| 33 | 61 | | | 54 | | |
| 34 | 63 | | | 56 | 6 | |
| 35 | 65 | 8 | Вище середнього | 58 | | |
| 36 | 66 | | | 60 | 7 | Трохи вище середнього |
| 37 | 68 | | | 63 | | |
| 38 | 69 | | | 65 | 8 | Вище середнього |
| 39 | 71 | | | 67 | | |
| 40 | 73 | 9 | Високий | 69 | | |
| 41 | 74 | | | 72 | 9 | Високий |
| 42 | 76 | | | 74 | | |

П'ятифакторний опитувальник особистості, BFI44

Інструкція

Оцініть ступінь прояву Ваших особистісних якостей за 5-бальною шкалою від «зовсім ні» (якість відсутня або дуже слабо виражена) до «повністю так» (якість виражена дуже яскраво).

Немає правильних чи неправильних відповідей, ви вибирайте те, що притаманне саме вам. Пам'ятайте, що в кожному рядку має бути зроблено лише одну позначку.

| № | Про мене можна сказати, що я людина, яка: | Зовсім ні | Трохи | Деякою мірою | Більшістю | Повністю так |
|----|---|-----------|-------|--------------|-----------|--------------|
| 1 | Балакуча і комунікабельна | | | | | |
| 2 | Бачить недоліки в інших | | | | | |
| 3 | Прагне робити все досконало та ретельно | | | | | |
| 4 | Засмучена, пригнічена | | | | | |
| 5 | Переповнена новими ідеями | | | | | |
| 6 | Замкнута і стримана | | | | | |
| 7 | Безкорисливо допомагає іншим | | | | | |
| 8 | Недостатньо старанна | | | | | |
| 9 | Спокійна і стресостійка | | | | | |
| 10 | Багато чим цікавиться | | | | | |
| 11 | Сповнена енергією | | | | | |
| 12 | Сперечається та свариться з іншими | | | | | |
| 13 | Надійна у роботі | | | | | |
| 14 | Напружена | | | | | |
| 15 | Творча та вдумлива | | | | | |
| 16 | Переповнена ентузіазмом | | | | | |
| 17 | Здатна прощати | | | | | |
| 18 | Не організована | | | | | |
| 19 | Занадто тривожна | | | | | |
| 20 | Має гарну уяву | | | | | |
| 21 | Спокійна | | | | | |

Додаток 4 (продовження)

| № | Про мене можна сказати, що я людина, яка: | Зовсім ні | Трохи | Деякою мірою | Більшістю | Повністю так |
|----|--|-----------|-------|--------------|-----------|--------------|
| 22 | Довірлива | | | | | |
| 23 | Схильна лінуватися | | | | | |
| 24 | Емоційно стійка, особливо не засмучується | | | | | |
| 25 | Винахідлива | | | | | |
| 26 | Позитивна та життєстверджуюча | | | | | |
| 27 | Холодна та байдужа | | | | | |
| 28 | Наполеглива у досягненні результату | | | | | |
| 29 | Схильна до раптових змін настрою | | | | | |
| 30 | З розвиненим естетичним почуттям, артистизмом | | | | | |
| 31 | Скромна та стримана | | | | | |
| 32 | Делікатна та уважна майже до кожного | | | | | |
| 33 | Ефективна та продуктивна | | | | | |
| 34 | Зберігає спокій у напружених ситуаціях | | | | | |
| 35 | Добре справляється з монотонною роботою | | | | | |
| 36 | Активна і товариська | | | | | |
| 37 | Різка і нестримна | | | | | |
| 38 | Все планує та дотримується запланованого | | | | | |
| 39 | Легко починає нервувати | | | | | |
| 40 | Любить розмірковувати та аналізувати ідеї | | | | | |
| 41 | Мало цікавиться мистецтвом | | | | | |
| 42 | Любить співпрацювати з іншими | | | | | |
| 43 | Легко відволікається | | | | | |
| 44 | Витончено ставиться до мистецтва, музики та літератури | | | | | |

Додаток 4 (продовження)

Підрахунок сирих балів оцінки за шкалами BFI («R» позначає пункти зі оберненою оцінкою):

Екстраверсія: 1, 6П, 11, 16, 21П, 26, 31П, 36

Прихильність: 2R, 7, 12R, 17, 22, 27R, 32, 37R, 42

Сумлінність: 3, 8R, 13, 18R, 23R, 28, 33, 38, 43R

Нейротизм: 4, 9П, 14, 19, 24П, 29, 34П, 39

Відкритість досвіду: 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35R, 40, 41R, 44

Далі бали переводяться в 100-бальну оцінку. Значення менші за 30 та більші за 70 свідчать про яскраво проявлену рису особистості за відповідною шкалою. Для середніх значень не варто робити певні висновки.

Пояснення:

Шкала Інтроверсія–Екстраверсія

Низькі значення (0–30) за цим фактором характерні для інтровертів. Основними особливостями інтровертів є відсутність упевненості щодо правильності своєї поведінки і неухвага до подій, що відбуваються навколо; більша опора на власні сили та бажання, ніж на погляди інших людей. Інтроверти мають рівний, дещо знижений фон настрою. Вони стурбовані своїми особистісними проблемами та переживаннями більше, ніж ситуацією в соціумі. Такі люди зазвичай стримані, замкнуті, уникають розповідати про себе, не розпитують проблем інших людей. Віддають перевагу теоретичним та науковим видам діяльності, у навчанні досягають помітніших успіхів, ніж екстраверти. Люблять планувати своє майбутнє, завжди зважають свої вчинки, не довіряють першим відчуттям та захопленням, завжди строго контролюють свої почуття, рідко бувають нестриманими та збудженими.

Високі значення (70–100) за фактором визначають екстравертів, які відрізняються товариськістю, люблять розваги та колективні заходи, мають велике коло друзів та знайомих, відчувають потребу спілкування з людьми, з якими можна поговорити та приємно провести час. Екстраверти безтурботні, оптимістичні та люблять зміни. У них зазвичай ослаблений контроль над вчинками, тому вони бувають схильні до запальності та агресивності. Вони не люблять перевантажувати себе роботою чи навчанням, часто ризикують, діють імпульсивно, необдуманно, по першому спонуканню. В діяльності, зазвичай, орієнтовані на швидкість виконання завдання. Екстраверти воліють працювати з людьми. У діяльності екстраверти швидше, ніж інтроверти, отримують інформацію зі своєї пам'яті, краще виконують важкі завдання у ситуації дефіциту часу. Екстраверти почуваються бадьоріше ввечері і краще працюють у другій половині дня.

Шкала Прихильність–Відокремленість

Низькі оцінки (0–30) за фактором свідчать про прагнення людини бути незалежною та самостійною. Такі люди вважають за краще тримати дистанцію, мати відокремлену позицію при взаємодії з іншими. Вони уникають громадських доручень, недбалі у виконанні своїх обов'язків та обіцянок. Люди, які мають низькі значення з цього фактора, холодно ставляться до інших людей, часто не розуміють тих, з ким спілкуються. Їх більше хвилюють власні проблеми, ніж проблеми оточуючих людей. Свої інтереси вони ставлять вище за інтереси інших людей і завжди готові їх відстоювати в конкурентній боротьбі. Такі люди зазвичай прагнуть досконалості. Для досягнення своїх цілей вони використовують усі доступні їм засоби, незважаючи на інтереси інших людей. Люди із такими характеристиками рідко демократичним шляхом стають керівниками.

Додаток 5 (продовження)

Шкала Прихильність–Відокремленість

Високі значення (70–100) визначають позитивне ставлення особистості до інших людей. Як правило, це добрі, чуйні люди, вони добре розуміють інших людей, відчувають особисту відповідальність за їхній добробут, терпимо ставляться до недоліків інших людей. Вміють співпереживати, підтримують колективні заходи та відчувають відповідальність за загальну справу, сумлінно та відповідально виконують взяті на себе доручення. Взаємодіючи з іншими, такі люди намагаються уникати розбіжностей, не люблять конкуренції, більше воліють співпрацювати з людьми, ніж змагатися. Такі особи мають потребу бути поряд з іншими людьми, у групі зазвичай користуються повагою.

Шкала Імпульсивність–Самоконтроль.

Імпульсивність (низькі бали 0–30), Схильність відступати перед проблемами. Людина, що має низьку оцінку за цим фактором, рідко виявляє у своєму житті вольові якості, живе, намагаючись не ускладнювати своє життя. Цей тип особистості поводить природньо, невимушено, але може не виявляти наполегливості у досягненні мети. Така людина, як правило, живе одним днем, не заглядаючи у своє майбутнє, може проявляти безтурботність, схильність до необдуманих вчинків. Вона не докладає достатніх зусиль для підтримки прийнятих у суспільстві вимог та культурних норм поведінки, може неоднозначно ставитися до моральних цінностей.

На полюсі високих значень (70–100) спостерігаються такі риси особистості, як сумлінність, відповідальність, обов'язковість, точність і акуратність у справах. Сутністю є вольова регуляція поведінки. Такі люди люблять порядок і комфорт, вони наполегливі у роботі і зазвичай досягають високих результатів. Вони дотримуються моральних принципів, не порушують загальноприйнятих норм поведінки в суспільстві і дотримуються їх навіть тоді, коли норми і правила здаються порожньою формальністю. Висока сумлінність і свідомість зазвичай поєднуються з гарним самоконтролем, із прагненням до загальнолюдських цінностей, іноді на шкоду особистим. Такі люди рідко почуваються повністю розкутими настільки, щоб дозволити собі дати волю почуттям.

Шкала Емоційна стійкість–Нейротизм

Низькі значення (0–30) за цим фактором властиві особам самодостатнім, впевненим у своїх силах, емоційно зрілим, спокійним, постійним у своїх планах і уподобаннях, які не піддаються випадковим коливанням настрою. На життя такі люди дивляться серйозно та реалістично, сміливо дивляться в обличчя фактам, добре усвідомлюють вимоги дійсності, не приховують від себе власних недоліків, не засмучуються через дрібниці, почуваються добре пристосованими до життя. Емоційно стійкі люди зберігають холонокровність і спокій навіть у несприятливих ситуаціях. Вони частіше перебувають у хорошому настрої, ніж у поганому.

Високі значення (70–100) за цією шкалою характеризують людей, яким важко контролювати свої емоції. У поведінці це проявляється як уникнення відповідальності, ухилення від реальності, бажання ідеалізувати ситуацію. Їх поведінка багато в чому зумовлена тим, як вони сприйняли ситуацію емоційно, а не логікою. Такі люди частіше почуваються безпорадно, нездатними впоратися із життєвими труднощами. Вони з тривогою чекають на неприємності, у разі невдачі легко впадають у відчай і депресію. Втрачають працездатність у стресових ситуаціях, та в тих, у яких відчувають психологічну напругу. Як правило, у них занижена самооцінка.

Додаток 4 (продовження)

Шкала Практичність та консерватизм–Відкритість досвіду

Низькі оцінки (0–30) Людина з вираженою рисою практичності за своєю сутністю реаліст, що добре адаптований у повсякденному житті. Вона тверезо і реалістично дивиться на життя, вірить у матеріальні цінності більше, ніж у абстрактні ідеї. Така людина часто наполегливо працює, і виявляє зазвичай наполегливість втілюючи у життя свої плани. Трохи негнучка у спілкуванні, вона виявляє сталість своїх звичок та інтересів. Така людина не любить різких змін у своєму житті, вона віддає перевагу надійності у всьому, що її оточує. Несентиментальна, проте їй важко вивести з рівноваги, вплинути на її вибір. До всіх життєвих подій така людина підходить з логічними мірками, шукає раціональних пояснень.

Людина, яка має високі оцінки (70–100) за цим фактором, задовольняє свою цікавість, виявляючи інтерес до різних сторін життя. Легко навчається, але недостатньо серйозно ставиться до систематичної наукової діяльності, тому рідко досягає значних успіхів у науці. Для людини з такою рисою характерне легке ставлення до життя, їй складно зрозуміти тих, хто розраховує кожен свій крок, віддає свої сили створенню матеріального добробуту. До життя вона ставиться як до гри, здійснюючи вчинки з вибору на основі власних уподобань, за якими оточуючі бачать інколи прояв легковажності. Така людина часто не відрізняє вигадку від реальності, частіше довіряє своїм почуттям та інтуїції, ніж логіці, не є фанатом порядку і уникає рутинної роботи. Це емоційна, експресивна, з добре розвиненим естетичним та художнім смаком людина.

Методика діагностики копінг-стратегій Хейма (BEFO)

Методика Едгара Хейма дозволяє досліджувати 26 ситуаційно-специфічних варіантів стратегій подолання, розподілених відповідно до трьох основних сфер психічної діяльності на когнітивний, емоційний і поведінковий копінг-механізми. Методика адаптована для використання в Україні та широко використовується для оцінки притаманних стратегій подолання досліджуваних.

Інструкція досліджувальному за методикою Хейма

Вам буде запропоновано ряд тверджень, що стосуються особливостей Вашої поведінки. Постарайтеся згадати, яким чином Ви найчастіше розв'язуєте важкі і стресові ситуації і ситуації високої емоційної напруги. Обведіть, будь ласка, той номер, який Вам підходить. У кожному розділі тверджень необхідно вибрати тільки один варіант, за допомогою якого Ви зазвичай вирішуєте свої труднощі.

Відповідайте, будь ласка, у відповідності з тим, як Ви справляєтеся з важкими ситуаціями впродовж останнього часу. Не роздумуйте довго – важлива Ваша перша реакція. Будьте уважні!

А

- 1 «Кажу собі: в даний момент є щось важливіше, ніж труднощі»
- 2 «Кажу собі: це доля, потрібно з цим змиритися»
- 3 «Це несуттєві труднощі, не все так погано, в основному все добре»
- 4 «Я не втрачаю самовладання і контролю над собою у важкі хвилини і намагаюся нікому не показувати свого стану»
- 5 «Я намагаюся проаналізувати, все зважити і пояснити собі, що ж трапилося»
- 6 «Я кажу собі: порівняно з проблемами інших людей мої – це дрібниця»
- 7 «Якщо щось трапилося, то так завгодно Богові»
- 8 «Я не знаю що робити і мені часом здається, що мені не виплутатися з цих труднощів»
- 9 «Я надаю своїм труднощам особливий сенс, долаючи їх, я вдосконалююсь сам»
- 10 «На даний час я повністю не можу впоратися з цими труднощами, але з часом зможу впоратися і з ними, і з більш складними».

Б

- 1 «Я глибоко обурений несправедливістю долі до мене і протестую»
- 2 «Я впадаю у відчай, я ридаю і плачу»
- 3 «Я пригнічую емоції в собі»
- 4 «Я завжди впевнений, що є вихід з важкої ситуації»
- 5 «Я довіряю подолання своїх труднощів іншим людям, які готові допомогти мені»
- 6 «Я впадаю в стан безнадійності»
- 7 «Я вважаю себе винуватим, мабуть я отримую по заслугах»
- 8 «Я скаженію, стаю агресивним»

Додаток 5 (продовження)

В

- 1 «Я занурююся в улюблену справу, намагаючись забути про труднощі»
- 2 «Я намагаюся допомогти людям і в турботах про них забуваю про свої печалі»
- 3 «Намагаюся не думати, всіляко уникаю зосереджуватися на своїх неприємностях»
- 4 «Намагаюся відволіктися і розслабитися (за допомогою алкоголю, заспокійливих засобів, смачної їжі тощо)»
- 5 «Щоб пережити труднощі, я беруся за здійснення давньої мрії (подорожую, йду на курси іноземної мови тощо)»
- 6 «Я ізолююся, намагаюся залишитися наодинці з собою»
- 7 «Я використовую співробітництво зі значущими для мене людьми щоб подолати труднощі»
- 8 «Я зазвичай шукаю людей, здатних допомогти мені порадою»

Тлумачення варіантів за методикою Е. Хейм

Види копінг-стратегій були розподілені Едгаром Хеймом з дослідниками на три основні групи за ступенем їх адаптивних можливостей: адаптивні – 1, частково адаптивні – 2 і дезадаптивні – 3.

Адаптивні варіанти копінг-поведінки

Серед когнітивних копінг-стратегій до них відносяться:

- 4 «Збереження самовладання»
- 5 «Проблемний аналіз»,
- 10 «Установка власної цінності»,

– форми поведінки, спрямовані на аналіз виниклих труднощів і можливих шляхів виходу з них, підвищення самооцінки і самоконтролю, глибше усвідомлення власної цінності як особистості, наявність віри у власні ресурси у подоланні важких ситуацій.

Серед емоційних копінг-стратегій:

- 1 «Протест»,
- 4 «Оптимізм»

– емоційний стан з активним обуренням і протестом по відношенню до труднощів і впевненістю в наявності виходу з будь-якої, навіть самої складної, ситуації.

Серед поведінкових копінг-стратегій:

- 2 «Альтруїзм»
- 7 «Співпраця»,
- 8 «Звернення»

– така поведінка особистості у подоланні труднощів, яка направлена на співпрацю зі значимими (більш досвідченими) людьми, пошуку підтримки в найближчому соціальному оточенні або пропонування її близьким самою людиною.

Дезадаптивні варіанти копінг-поведінки

Серед когнітивних копінг-стратегій до них відносяться:

- 1 «Ігнорування»
- 2 «Смиріння»,
- 3 «Диссимуляція»,
- 8 «Розгубленість»,

– пасивні форми поведінки з відмовою від подолання труднощів через невіру у власні сили та інтелектуальні ресурси, з навмисною недооцінкою неприємностей.

Додаток 5 (продовження)

Серед емоційних копінг-стратегій:

- 3 «Пригнічення емоцій»,
- 6 «Покірність»,
- 7 «Самозвинувачення»,
- 8 «Агресивність»

– варіанти поведінки, які характеризуються пригніченим емоційним станом, станом безнадійності, покірності та недопущення інших почуттів, переживанням злості та покладанням провини на себе й інших.

Серед поведінкових копінг-стратегій:

- 3 «Активне уникнення»,
- 6 «Відступ»

– поведінка, що включає уникнення думок про неприємності, пасивність, самотність, неспокій, ізоляція, прагнення уникати активних інтерперсональних контактів, відмова від вирішення проблем.

Частково адаптивні варіанти копінг-поведінки, конструктивність яких залежить від значимості і вираженості ситуації подоланняСеред когнітивних копінг-стратегій до них відносяться:

- 6 «Відносність»,
- 7 «Релігійність»
- 9 «Додача сенсу»,

– форми поведінки, спрямовані на оцінку труднощів у порівнянні з іншими, надання особливого сенсу їх подолання, віра в Бога і стійкість у вірі при зіткненні зі складними проблемами.

Серед емоційних копінг-стратегій:

- 2 «Емоційна розрядка»,
- 5 «Пасивна кооперація»

– поведінка, яка спрямована або на зняття напруги, пов'язаної з проблемами, емоційним відреагуванням, або на передачу відповідальності за розв'язання труднощів іншим особам.

Серед поведінкових копінг-стратегій:

- 1 «Відволікання»,
- 4 «Компенсація»,
- 5 «Конструктивна активність»

– поведінка, що характеризується прагненням до тимчасового відходу від вирішення проблем за допомогою алкоголю, лікарських засобів, або ж відволікання через занурення в улюблену справу, подорожі, виконання своїх заповітних бажань.

Протипоказань до використання методики немає. Можна лише відзначити неадекватність застосування методики Хейма у пацієнтів, які страждають психозами, які не можуть достатньо усвідомлено і об'єктивно оцінювати реальність.

Ускладнень і погіршень стану в процесі дослідження копінг-поведінки в обстежуваних не відзначалося.

Тест Спілбергера–Ханіна (STAI)

Опитувальник «А»

Прочитайте уважно кожна з наведених нижче пропозицій і обведіть цифру праворуч відповідно до того, **ЯК ВИ СЕБЕ ВІДЧУВАЄТЕ ПРЯМО ЗАРАЗ**.

Над питаннями довго не замислюйтесь, немає правильних чи неправильних відповідей. Пам'ятайте, що в кожному рядку має бути зроблено лише одну позначку.

| № | Твердження | Зовсім ні | Частково | Вірно | Цілком вірно |
|----|--------------------------------------|-----------|----------|-------|--------------|
| 1 | Я спокійний | | | | |
| 2 | Мені нічого не загрожує | | | | |
| 3 | Я перебуваю у напрузі | | | | |
| 4 | Я внутрішньо скований | | | | |
| 5 | Я почувуюся вільно | | | | |
| 6 | Я засмучений | | | | |
| 7 | Мене турбують можливі невдачі | | | | |
| 8 | Я відчуваю душевний спокій | | | | |
| 9 | Я стривожений | | | | |
| 10 | Я відчуваю внутрішнє задоволення | | | | |
| 11 | Я впевнений в собі | | | | |
| 12 | Я нервую | | | | |
| 13 | Я не знаходжу собі місця | | | | |
| 14 | Я почувуюся нерішучим | | | | |
| 15 | Я розслаблений, не відчуваю скутості | | | | |
| 16 | Я задоволений | | | | |
| 17 | Я стурбований | | | | |
| 18 | Мені не по собі | | | | |
| 19 | Я почувуюся впевнено | | | | |
| 20 | Мені приємно | | | | |

Додаток 6 (продовження)

Опитувальник «Б»

Прочитайте уважно кожну з наведених нижче пропозицій та обведіть цифру праворуч відповідно до того, **ЯК ВИ СЕБЕ ВІДЧУВАЄТЕ ЗАЗВИЧАЙ**.

Над питаннями довго не замислюйтесь, немає правильних чи неправильних відповідей. Пам'ятайте, що в кожному рядку має бути зроблено лише одну позначку.

| № | Твердження | Майже ніколи | Іноді | Часто | Майже завжди |
|----|--|--------------|-------|-------|--------------|
| 21 | У мене буває піднесений настрій | | | | |
| 22 | Я буваю дратівливим | | | | |
| 23 | Я задоволений собою | | | | |
| 24 | Я хотів би бути таким щасливим, як інші | | | | |
| 25 | Я сильно переживаю неприємності і довго не можу про них забути | | | | |
| 26 | Я відчуваю приплив сил, бажання працювати | | | | |
| 27 | Я спокійний, холонокровний та зібраний | | | | |
| 28 | Мене турбують можливі труднощі | | | | |
| 29 | Я надто переживаю через дрібниці | | | | |
| 30 | Я буваю повністю щасливим | | | | |
| 31 | У мене бувають тривожні думки | | | | |
| 32 | Мені не вистачає впевненості у собі | | | | |
| 33 | Я почуваюся в безпеці | | | | |
| 34 | Я легко приймаю рішення | | | | |
| 35 | Я почуваюся неадекватним/недоречним | | | | |
| 36 | Я буваю задоволеним | | | | |
| 37 | Будь-які дрібниці відволікають і дратують мене | | | | |
| 38 | Буває, що я почуваюся невдахою | | | | |
| 39 | Я врівноважена людина | | | | |
| 40 | Мене охоплює сильне занепокоєння, коли я думаю про свої справи та проблеми | | | | |

ОПИТУВАЛЬНИК СТРАХУ РЕЦИДИВУ РАКУ (версія 2023)

Більшість людей, у яких діагностували рак, хвилюються різною мірою, що у них може статися рецидив раку. Під **рецидивом**, ми розуміємо можливість того, що рак може повернутися або прогресувати у тій самій або іншій частині тіла. Цей опитувальник має на меті краще зрозуміти досвід хвилювань про рецидив раку. Будь ласка, прочитайте кожне твердження та вкажіть, якою мірою воно стосується Вас ПРОТЯГОМ ОСТАННЬОГО МІСЯЦЯ, обвівши кружечком відповідне число.

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--------|-------|--------|-------|--------------|
| Ніколи | Рідко | Інколи | Часто | Кожного разу |

Наступні ситуації змушують мене думати про можливість рецидиву раку:

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Телевізійні програми або статті у газетах про рак чи захворювання. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2 | Прийом у мого лікаря або у іншого медичного працівника. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3 | Медичні обстеження (річні огляди, аналізи крові, рентгени). | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4 | Розмови про рак або захворювання в цілому. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5 | Коли я бачу чи чую про когось, хто хворий. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6 | Відвідування похорон або читання секції некрологів у газеті. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7 | Коли я почуваюся недобре фізично чи коли я хворий. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8 | Загалом я уникаю ситуацій або речей, які змушують мене думати про можливість рецидиву раку. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|------------|--|--------------|-----------|--------------|
| Взагалі ні | Трохи | Деякою мірою | Більшістю | Повністю так |
| 9 | Я хвилююсь чи тривожусь про можливість рецидиву раку. | | | |
| 10 | Я боюсь рецидиву раку. | | | |
| 11 | Я вірю, що це нормально хвилюватися чи тривожитися про можливість рецидиву раку. | | | |
| 12 | Коли я думаю про можливість рецидиву раку, це провокує інші неприємні думки або образи (такі як смерть, страждання, наслідки для моєї сім'ї) | | | |
| 13 | Я вважаю, що я вилікувався, і рак не повернеться | | | |

14. На Вашу думку, Ви маєте ризик рецидиву раку?

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-----------------------|-----------------|-----------------|-----------|-------------------|
| Взагалі не маю ризику | Трохи маю ризик | Деяко маю ризик | Маю ризик | Маю високий ризик |

15. Як часто Ви думаєте про можливість рецидиву раку?

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--------|-----------------------|------------------------|---------------------|--------------------------------|
| Ніколи | Деякі разів на місяць | Деякі разів на тиждень | Деякі разів на день | Більше ніж деякі разів на день |

16. Скільки часу на день Ви витрачаєте, думаючи про можливість рецидиву раку?

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--------------------------------|--------------|--------------|-------------|------------------------|
| Я не думаю про це (кожен день) | деякі секунд | деякі хвилин | деякі годин | Більше ніж деякі годин |

Додаток 7 (продовження)

17. Як давно Ви думаєте про можливість рецидиву раку?

| | | | | |
|-------------------|-----------------|------------------|----------------|---------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Я не думаю про це | декілька тижнів | декілька місяців | декілька років | Більше ніж декілька років |

| | | | | |
|-----------|-------|--------------|--------|--------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Ніскільки | Трохи | Деякою мірою | Чимало | Значно |

Коли я думаю про можливість рецидиву раку, я відчуваю:

| | | | | | | |
|----|---------------------------------|---|---|---|---|---|
| 18 | Занепокоєння, страх чи тривогу | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19 | Смуток, зневіра чи розчарування | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20 | Фрустрація, злість чи обурення | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21 | Безпорадність чи смиренність | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Мої думки чи страхи стосовно можливості рецидиву раку порушують:

| | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|---|
| 22 | Мої соціальні активності та відпочинок (прогулянки, спорт, подорожі) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23 | Мою роботу чи щоденні активності | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24 | Мої стосунки з партнером, сім'єю та ближніми | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25 | Мою здатність складати плани на майбутнє та ставити життєві цілі | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26 | Мій психічний стан чи мій настрій | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27 | Якість мого життя загалом | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | | |
|-----------|---|--------------|--------|--------|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| Ніскільки | Трохи | Деякою мірою | Чимало | Значно | | |
| 25 | Я відчуваю, що я надмірно хвилююсь про можливість рецидиву раку | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26 | Інші люди вважають, що я надмірно хвилююсь про можливість рецидиву раку | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27 | Я думаю, що я більше хвилююсь про можливість рецидиву раку, ніж інші люди, у яких був діагностований рак. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Додаток 7 (продовження)

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--------|-------|--------|-------|--------------|
| Ніколи | Рідко | Інколи | Часто | Кожного разу |

Коли я думаю про можливість рецидиву раку, я використовую наступні стратегії, щоб заспокоїти себе:

| | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|---|
| 31 | Я телефоную своєму доктору або іншому медичному працівнику. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32 | Я їду до лікарні або клініки для обстеження. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33 | Я оглядаю себе, щоб побачити, чи маю я якісь ознаки раку. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34 | Я намагаюсь відволіктися (наприклад, займаюсь різноманітними активностями, дивлюся телебачення, читаю, працюю) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35 | Я намагаюсь не думати про це, викинути цю ідею зі своєї голови | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36 | Я молюся, медитую чи роблю релаксацію | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37 | Я намагаюсь переконати себе, що все буде добре чи мислю позитивно | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38 | Я розмовляю з кимось про це | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39 | Я намагаюсь зрозуміти, що відбувається, і вирішую це. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40 | Я намагаюсь знайти вирішення. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 41 | Я намагаюсь замінити цю думку більш позитивною. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 42 | Я кажу собі «зупинись» | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Ви відчуваєте себе заспокоєним, коли використовуєте ці стратегії? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

ОПИТУВАЛЬНИК СТРАХУ РЕЦИДИВУ РАКУ
Коротка скринінгова версія 2023

Більшість людей, у яких діагностували рак, хвилюються різною мірою, що у них може статися рецидив раку. Під **рецидивом**, ми розуміємо можливість того, що рак може повернутися або прогресувати у тій самій або іншій частині тіла. Цей опитувальник має на меті краще зрозуміти досвід хвилювань про рецидив раку. Будь ласка, прочитайте кожне твердження та вкажіть, якою мірою воно стосується Вас **ПРОТЯГОМ ОСТАННЬОГО МІСЯЦЯ**, обвівши кружечком відповідне число.

| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | |
|----|--|-------|--------------|-----------|--------------|---|---|---|---|
| | Взагалі ні | Трохи | Деякою мірою | Більшістю | Повністю так | | | | |
| 1. | Я хвилююсь чи тривожусь про можливість рецидиву раку. | | | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. | Я боюсь рецидиву раку. | | | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. | Я вірю, що це нормально хвилюватися чи тривожитися про можливість рецидиву раку. | | | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. | Коли я думаю про можливість рецидиву раку, це провокує інші неприємні думки або образи (такі як смерть, страждання, наслідки для моєї сім'ї) | | | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. | Я вважаю, що я вилікувався, і рак не повернеться | | | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

6. На Вашу думку, Ви маєте ризик рецидиву раку?

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-----------------------|-----------------|-----------------|-----------|-------------------|
| Взагалі не маю ризику | Трохи маю ризик | Деяко маю ризик | Маю ризик | Маю високий ризик |

7. Як часто Ви думаєте про можливість рецидиву раку?

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--------|-----------------------|------------------------|---------------------|--------------------------------|
| Ніколи | Деякі разів на місяць | Деякі разів на тиждень | Деякі разів на день | Більше ніж деякі разів на день |

8. Скільки часу на день Ви витрачаєте, думаючи про можливість рецидиву раку?

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--------------------------------|--------------|--------------|-------------|------------------------|
| Я не думаю про це (кожен день) | деякі секунд | деякі хвилин | деякі годин | Більше ніж деякі годин |

9. Як давно Ви думаєте про можливість рецидиву раку?

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-------------------|--------------|---------------|-------------|------------------------|
| Я не думаю про це | деякі тижнів | деякі місяців | деякі років | Більше ніж деякі років |

Програма медіа-психологічної реабілітації ConquerFear-UA

| Завдання сесії | Час (хвилин) |
|---|--------------|
| Сесія 1: Представлення групи та роз'яснення програми втручання | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Представлення членів групи та обговорення очікувань (60 хв.) • Презентація моделі FCR, дуальної моделі та пояснення програми (35 хв.) • Групова дискусія (25 хв.) | 120 |
| Сесія 2: Екзистенційні питання та життєві цінності | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Обговорення екзистенційних та духовних питань (60 хв.) • Знайомство з цінностями та цілями (30 хв.) • Групова дискусія (20 хв.) | 120 |
| Сесія 3: Обговорення факторів вразливості та тригерів FCR | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Обговорення минулого досвіду, який є фактором уразливості (60 хв.) • Перегляд виникнення страху рецидиву та визначення тригерів (20 хв.) • Групова дискусія (30 хв.) | 120 |
| Сесія 4: Тренування відстороненої уважності та Техніка Тренування Уваги (АТТ) | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Презентація відстороненої уважності (20 хв.) • Демонстрація вправ на відсторонену уважність (20 хв.) • Ознайомлення з Технікою тренування уваги (АТТ) (вправа, 20 хв.) • Міфи про онкологію. Групова дискусія (30 хв.) | 120 |
| Сесія 5: Метакогнітивні переконання і метапізнання | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Способи оскарження метакогнітивних переконань (40 хв.) • Ким я був? Ким я хочу бути? Хто я зараз? (вправа, 20 хв.) • Зміна ідентичності та метапізнання (20 хв.) • Групова дискусія (30 хв.) | 120 |
| Сесія 6: Відкладення хвилювань | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Перегляд вікна толерантності (20 хв.) • Техніки управління хвилюваннями (30 хв.); • Баланс витрати ресурсів (вправа, 30 хв) • Групова дискусія (30 хв.) | 120 |
| Сесія 7: Стратегії поведінки та спосіб життя для зниження ризику рецидиву раку | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Нормалізація рівня моніторингу загроз; увага до емоцій та реакцій (20 хв.) • Оцінка дотримання рекомендованих методів подальшого спостереження та самообстеження (вправа, 10 хв.) • Обговорення способів життя та модифікація моніторингу загроз (30 хв.) • Поведінкові настанови для самоаналізу та реагування на симптоми (20 хв.); • Групова дискусія (30 хв.) | 120 |
| Сесія 8: Підсумок роботи в групі та профілактика рецидивів | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Обговорення нових цінностей і планування майбутніх цілей (30 хв.) • Консолідація нових стратегій управління FCR у майбутніх ситуаціях, вправа • План протидії (30 хв.) • Підсумкове групове обговорення (50 хв.) | 120 |

Покроковий план кожної сесії

СЕСІЯ 1: ОЦІНКА ТА ОБГОВОРЕННЯ ФАКТОРІВ ВРАЗЛИВОСТІ

Хронометраж:

- Представлення ведучого. Норми групової роботи (10 хв.)
- Представлення членів групи та обговорення очікувань (50 хв.)
(перерва)
- Презентація моделі FCR, дуальної моделі та пояснення обґрунтування втручання (35 хв.)
- Групова дискусія (25 хв.)

Цілі

- терапевт представляє набір правил, яких повинні дотримуватися учасники групи, погоджує їх. Знайомство учасників, формування групи.
- Представити та пояснити модель FCR.
- Надати учасникам огляд втручання та обґрунтування його компонентів.
- Отримати спільне розуміння FCR.
- Забезпечити послідовне формулювання втручання на основі моделі FCR.
- Представити дуальну модель стосовно онкологічного захворювання.
- Забезпечити розуміння мети втручання «Подолати страхи»

План роботи:

1) Привітання та огляд зустрічі.

Терапевт пояснює формат втручання: 8 двогодинних групових занять, в т.ч. 10 хв перерва.

2. Важлива послідовність занять та ваша присутність на кожному з них, це потрібно як кожному окремому учаснику, так і всій групі в цілому. Повна відвідуваність важлива, бо 1) кожна сесія зосереджена на різному змісті, 2) це важливо для згуртованості групи, щоб запрацював механізм «групи як терапевта»

3. Повідомити учасників, що вони виходять з групи у випадку рецидиву раку. У таких випадках учасника запросять на додаткову індивідуальну сесію з метою уточнення потреб та надання первинної психологічної підтримки.

2) погодити правила групи, вони потрібні, щоб забезпечити злагоджену роботу, комфорт і безпеку для кожного.

3) учасники представляються, зосередившись на своєму досвіді раку, та на тому, як FCR обтяжує їх, і що вони очікують отримати від втручання.

(обговорення)

(перерва)

4) презентація моделі FCR (теорія)

(Роздатковий матеріал 1.1. Як розвивається страх перед рецидивом раку).

5) Дуальна модель в онкології (теорія) Роздатковий матеріал 1.2. Дуальна модель в онкології

Ключовий момент: мета цього психологічного втручання полягає не в тому, щоб повністю позбутися думок про рецидив – це навряд чи станеться, і це непродуктивно – а в тому, щоб допомогти надавати цим думкам менше значення та приділяти їм менше уваги, ніж зараз, і розробити цілі на майбутнє, які нададуть життю мети, сенсу та напрямку.

6) Завершення. Як вам було сьогодні на групі? Що корисного для себе отримали?

Домашнє завдання: відсутнє.

СЕСІЯ 2: ЕКЗЕСТЕНЦІЙНІ ПИТАННЯ ТА ЖИТТЄВІ ЦІННОСТІ

Хронометраж:

- представлення метафори «Папка перед обличчям» (15 хв).
 - Обговорення екзистенційних та духовних питань (45 хв.)
(перерва)
 - Знайомство з цінностями та цілями (10 хв.)
 - Мої цінності – що для мене важливо (вправа 10 хв). Групова дискусія (25 хв.)
- 4) Де брати ресурси? 6 каналів підтримки, Basic Ph (15 хв)

Цілі:

- пояснити на прикладі метафори «Папка перед обличчям», як FCR заважає жити.
 - визначити та обговорити основні особливості екзистенційної кризи.
 - обговорення цінностей, рак може вплинути на цінності людини.
 - Заохочення учасників обмірковувати зміни цінностей і цілей.
 - Допомога учасникам уточнити свої цінності та поставити цілі:
- Роздатковий матеріал 2.1. Мої цінності – що для мене важливо?*
Роздатковий матеріал 2.2. Цінності та цілі
Роздатковий матеріал 2.3. Робочий аркуш готовності та зобов'язань

План роботи:

- 1) Використання метафори для представлення обґрунтування втручання.
 Мета цього втручання – надати навички, звільнитися від некорисних моделей мислення, проговорити супутні питання щоб зменшити вплив FCR. Метою є не усунення неприємних думок про рецидив раку, а створення навичок, необхідних для реагування на думки про рецидив раку інакше, ніж зараз.
 У нас дві частини програми лікування: одна частина зосереджена на отриманні нових навичок, щоб більш адаптивно справлятися з проявами FCR, а друга частина зосереджена на тому, як жити осмисленим життям, незважаючи на FCR.
- 2) Досвід онкологічного діагнозу відрізняється від звичайних психологічних проблем тим, що він нерозривно пов'язаний з проблемами виживання та екзистенційними проблемами. (теорія)
 Чим би ви хотіли поділитися, які екзистенційні питання постали перед вами останнім часом? (обговорення)

(перерва)

- 3) Терапевт пояснює, що на життя людини можуть по-різному вплинути пережиті життєві потрясіння, як то рак. Адаптація до життя після закінчення лікування може бути неприємним і може призвести до 1) зміни цінностей, 2) відсутності контакту зі своїми цінностями або 3) більш глибокого усвідомлення своїх цінностей (теорія).
 Цінності можуть змінюватися, тому важливо допомогти визначити, чи дійсно змінилися ваші цінності? І як це сталося? І що для вас зараз важливо?
 Заповнити *Роздатковий матеріал 2.1. Мої цінності – що для мене важливо?*
 Приклади *Роздатковий матеріал 2.2. Приклади цінностей і цілей*
- 4) Де брати ресурси? 6 каналів підтримки, Basic Ph (теорія)

Домашнє завдання:

Заповнити *роздатковий матеріал 2.3. Робочий аркуш готовності та зобов'язань*

Додаток 9 (продовження)

СЕСІЯ 3: ОЦІНКА ТА ОБГОВОРЕННЯ ФАКТОРІВ ВРАЗЛИВОСТІ ТА ТРИГЕРІВ**Хронометраж:**

- Перегляд домашнього завдання, підсумок цінностей групи (20 хв)
- Обговорення минулого досвіду, який є фактором уразливості (30 хв.)
(перерва)
- Перегляд страху рецидиву, метафори стосовно нього та визначення тригерів FCR (20 хв.)
- Групова дискусія (30 хв.)

Цілі:

- Переглянути домашнє завдання з сесії 2, підсумувати цінності, які учасники групи поставили перед собою.
- Надати приклади минулого досвіду, який є фактором уразливості. Обговорити власний досвід учасників групи.
- Переглянути модель FCR, зосереджуючись на тому, як тригерні думки, пов'язані з раком, можуть активувати синдром когнітивної уваги (CAS) і призводити до посилення FCR.

План роботи:

1) Терапевт має запитати учасників, чи розмірковували вони над своїми цінностями та що вони конкретно можуть зробити (цілі та дії), щоб жити відповідно до цих цінностей. На основі *Роздатковий матеріал 2.3. Робочий аркуш готовності та зобов'язань* створюється загальний файл «Цілі нашої групи», до якого буде повернуто обговорення на останній зустрічі.

2) Онкопсихологи виявили, що минулий життєвий досвід може сформувати значення, яке люди надають своєму досвіду онкологічного захворювання, і може посилити страх перед рецидивом раку. Наприклад, людина, яка втратила родича через рак, або має відповідну мутацію генів, може бути більш вразливою до страху рецидиву раку і більше очікувати, що знову захворіє на рак.

Розглянемо *Роздатковий матеріал 3.1. Вплив досвіду минулого життя та особистісні фактори на страх рецидиву раку*

Чи побачили ви зв'язок FCR із вашим власним минулим досвідом?
(обговорення)

3) Вправа на розслаблення: Сніжинка (зробили)

(перерва)

4) важливо виробити сприйнятливую позицію щодо того, що сталося в минулому, оскільки це допоможе зменшити майбутні страждання. Для пояснення цих моментів розглянути АСТ-метафор. (Acceptance and Commitment Therapy – терапія прийняття та зобов'язань)

5) Модель FCR та ідентифікація тригерів. Пояснити, що конкретна модель мислення, що включає тривогу, зосереджену увагу на собі, моніторинг загроз і спроби контролювати, уникати, пригнічувати або мінімізувати думки, пов'язані з FCR, може призвести до посилення FCR.

Визначити тригери – *типи загальних думок*, які викликають занепокоєння FCR. Які зовнішні події чи ситуації викликають ваш FCR?

(обговорення)

Домашнє завдання: відслідковувати тригери, які викликають думки про рецидив. Побути дослідником, і просто запам'ятовувати чи конспектувати те, з чим стикаєтесь. Якщо ви занадто зачепитесь за думку, спробуйте розслабитись за допомогою вправ, які ми вже робили.

Додаток 9 (продовження)

СЕСІЯ 4: ВІДСТОРОНЕНА УВАЖНІСТЬ ТА ТЕХНІКА ТРЕНУВАННЯ УВАГИ**Хронометраж:**

- обговорення домашнього завдання (10 хв)
 - Презентація відстороненої уважності (10 хв.)
 - Вправи на відсторонену уважність (20 хв.)
 - групова дискусія (20 хв.)
- (перерва)*
- Техніка тренування уваги, вправа (20 хв.)
 - Міфи в онкології. Обговорення (30 хв.)

Цілі:

- Бути більш обізнаним або більш уважним до свого мислення.
- Відсторонитись від своїх думок і стати спостерігачем власних думок.
- сприймати свої думки лише як одну з форм перебігу внутрішніх подій.
- Приймати свої думки такими, якими вони є, і спостерігати за ними, не взаємодіючи з ними, не реагуючи на них і не намагаючись їх позбутися.
- навчитись тренувати свою увагу за допомогою спеціальної техніки на прослуховування масиву звуків.

План роботи:

- 1) У якості ДЗ ви придивлялись до тригерів, які викликають думки про рецидив. Що вдалося дослідити стосовно себе и своїх реакцій?
(обговорення)
- 2) Презентація відстороненої уважності як альтернативного способу реагування на тригерні думки, замість того, щоб переживати або уникати. Ми спробуємо бездіяльність – не реагувати на думку, не забарвлювати її емоційно, не відволікатись від неї чи уникати її – а перейти в мета-позицію, погляд збоку на свої думки, відсторонену уважність.
- 3) Презентація метафор на краще розуміння відстороненої уважності – Трамвай, Хмари.
- 4) Оскільки відсторонену уважність найкраще зрозуміти, переживаючи цей стан, а не просто розмовляючи про нього, пропонується виконати дві вправи:
 - Завдання на вільні асоціації, «завдання тигра» (Або Техніка мрій)
 - Експеримент із пригнічення думок

(перерва)

- 4) Техніка тренування уваги Attention Training Technique (АТТ) – метод зміцнення здатності мозку більш гнучко контролювати нашу увагу. Це подібно до того, що ми йдемо на фітнес, щоб стати більш підготовленими, так само – ми тренуємо мозок ставати більш гнучким, тренуємо «м'яз уваги».
- 5) Міфи про онкологію (обговорення).

Домашнє завдання:

- 1) якомога частіше застосовувати ДМ до думок, які викликають занепокоєння щодо рецидиву раку. *Роздатковий матеріал 4.1. Відсторонена уважність* надається щоб нагадати як його практикувати.
- 2) практикувати Техніку тренування уваги двічі на день. Реєструвати в *Роздатковому матеріалі 4.2. Шкала оцінки самоуваги. Роздатковий матеріал 4.3. Техніка тренування уваги* надається як нагадування про те, як тренуватися.
- 3) Заповнити *роздатковий матеріал 4.1. Метапізнання (MCQ-НА)*

СЕСІЯ 5: МЕТАКОГНІТИВНІ ПЕРЕКОНАННЯ І МЕТАПІЗНАННЯ**Хронометраж:**

- Перевірка ДЗ (20 хв)
- Способи оскарження метакогнітивних переконань (40 хв.)
(перерва)
- Ідентичність – вступ (10 хв)
- Ким я був? Ким я хочу бути? Хто я зараз? (вправа, 20 хв.)
- Групова дискусія (30 хв.)

Цілі:

- Пересвідчитись в правильності виконання Техніки тренування уваги.
- Поміркувати над своїми метакогнітивними переконаннями і спробувати оскаржити їх.
- Зміна ідентичності – допомогти собі зрозуміти себе.

План роботи:

1) Обговорити досвід виконання домашньої практики Техніки тренування уваги.

Обговорюється домашня практика, включаючи невиконання практики, невірне використання, або відмова від неї через «безпечну» поведінку як мотивацію продовжувати хвилюватися щодо FCR.

Переглянути діапазон думок, до яких учасники застосовували Відсторонену уважність.
(обговорення)

3) Оцінка та оскарження метакогнітивних переконань. Деякі люди більш схильні до проблемних моделей мислення, таких як занепокоєння або уникнення тригерів FCR, тому що вони вважають, що це корисно або неконтрольовано. Такі переконання називаються метакогнітивними переконаннями. Терапевт допомагає учасникам розрізнити позитивні та негативні метакогнітивні переконання. Поміркуйте над метакогнітивними переконаннями і спробуйте оскаржити їх.

(перерва)

4) Зміна ідентичності після лікування. Багато людей, які зіткнулись з онкологією, не відчувають себе такими, як раніше. І це може викликати розгубленість або втомлювати. Людина наче та сама, але водночас і вже інша. Обмірковуючи це, щоб краще зрозуміти себе та своє становище, треба усвідомлювати зміни, як фізичні, так і особистісні, духовні.

Проговорити те, що кожен помітив в собі стосовно зміни своєї ідентичності?

5) Вправа. Візьміть будь ласка аркуш паперу і дайте відповідь на три запитання:

1. Ким я був?
2. Ким я хочу бути?
3. Хто я зараз?

Питання для обговорення:

6. що для вас відкрила ця вправа?
7. на що ви звернули увагу?
8. Яке запитання було найлегшим? Яке найважчим?
9. Які у вас думки, чому на певне питання легко було відповідати?

(обговорення)

6) Якщо піднімуться переживання – вправа на простукування тіла, Таппінг (Або «метелик»)

Домашнє завдання:

- 1) помічати свої метакогнітивні переконання. Можна не лише ті, що стосуються онкодіагнозу та одужання.
- 2) продовжувати виконання Техніки тренування уваги щоденно.

СЕСІЯ 6: ВІДКЛАДЕННЯ ХВИЛЮВАНЬ

Хронометраж:

- Перевірка ДЗ (20 хв.);
- Перегляд Техніки відкладення хвилювань (30 хв.)
(перерва)
- Вікно толерантності(теорія, 10 хв.)
- Баланс витрати ресурсів (теорія, 15 хв)
- Вправа на пошук ресурсів (вправа, 15 хв)
- Групова дискусія (20 хв.)

Цілі:

- Перевірити виконання техніки тренування уваги вдома.
- Перевірити, наскільки учасники усвідомлюють і оскаржують метакогнітивні переконання
- Надати інформацію про Вікно толерантності
- Дослідити наповнення та втрату життєвої енергії
- Виконати вправу на пошук власних ресурсів.

План роботи:

- 1) Перевірити ДЗ
 - Техніка тренування уваги (щоденна практика)
 - Наскільки учасники помічають і усвідомлюють власні Метакогнітивні переконання та чи здатні їх оскаржити.
- 2) Відкладання хвилювань – техніка, яка полягає в тому, щоб не намагатися позбутися думок, придушити або відволіктися від них, а радше помічати думки, коли вони виникають, і обіцяти собі повернутися до них пізніше у визначений, більш відповідний час. Визначити Тривожний час, можна завести Тривожний блокнот. *Роздатковий матеріал 6.1. Відкладіть хвилювання* надається для навчання техніці.

(перерва)

3) Вікно толерантності – це умовне вікно, у якому ми всі функціонуємо. І коли щось відбувається в нашому житті, то можемо виходити в зону гіперактивності чи гіпоактивності. Лікування, втрати, зміни в житті, інші стреси, впливають на нашу здатність пручатись викликам. Наше вікно толерантності звужується. І ми скоріше переходимо до гіперактивності чи гіпоактивності, ніж раніше.

Наша мета сьогодні – дослідити, як ми можемо розширити наше вікно толерантності.

- 4) Баланс витрати ресурсів. Проговорити, що спричиняє злив енергії, що додає ресурсу.
- 5) Вправа Ресурси. (Знаходимо конкретні заняття, як наповнюють енергією).

Домашнє завдання:

- 1) Продовжити тренувати Техніку управління увагою
- 2) Тренувати Техніку відкладення хвилювань
- 3) Кожен день виконувати для себе щось, що наповнює ресурсом.

Додаток 9 (продовження)

СЕСІЯ 7: СТРАТЕГІЇ ПОВЕДІНКИ ТА СПОСОБ ЖИТТЯ ДЛЯ ЗНИЖЕННЯ РИЗИКУ РЕЦИДИВУ РАКУ**Хронометраж:**

- Нормалізація певного рівня моніторингу загроз; увага до власних емоцій та реакцій (20 хв.)
- Оцінка дотримання рекомендованих методів подальшого спостереження та самообстеження (вправа) (10 хв.)
- Обговорення способів життя та модифікація моніторингу загроз (30 хв.)
(перерва)
- Поведінкові настанови для самоаналізу та реагування на симптоми (20 хв.);
- Групова дискусія (30 хв.)

Цілі:

- Встановити узгоджену поведінку щодо самообстеження та моніторингу загрози (тобто відповідно до медичних порад пацієнту).
- Забезпечити загальну освіту про природу та роль подальшого спостереження.
- Обговорити загальну інформацію про спосіб життя, який може допомогти знизити ризик розвитку рецидиву раку.
- Заповнити *Роздатковий матеріал 7.1. Ваші знання про подальше лікування.*

План роботи:

- 1) Перевірка домашнього завдання – Техніка відкладення хвилювань.
- 2) Нормалізація певного моніторингу загроз як адаптивного способу уникнення небезпеки. Обговоріть вплив надмірного моніторингу загроз або уникнення на FCR у світлі моделі лікування, а також увагу до власних емоцій та реакцій. Знайти баланс між пильністю та надмірною пильністю щодо можливих симптомів рецидиву може бути проблемою для всіх, хто пережив раку. Однак знайти баланс для пацієнтів з високим FCR може бути особливо важко. Ключова мета цього етапу втручання полягає в тому, щоб допомогти клієнтам знайти відповідну середину між байдужістю до симптомів та надмірною пильністю.
- 3) Вправа: Оцінка дотримання рекомендованих методів подальшого спостереження та самообстеження (письмово): заповнити *Роздатковий матеріал 7.1. Ваші знання про подальший медичний супровід.*

Примітка. Якщо учасники стверджують, що їм не було надано жодної інформації про подальше спостереження, важливо підкреслити, що вони повинні проконсультуватися зі своїм онкологом, щоб уточнити будь-які невизначеності.

Чи є якісь розбіжності між тим, що ви робите, і тим, що вам було сказано робити?

(перерва)

- 4) Терапевт підкреслює, що рекомендоване подальше спостереження та самообстеження можуть відрізнятися від однієї людини до іншої. Однак деякі загальні вказівки все ж присутні – обговорення на основі національних рекомендацій.

Домашнє завдання:

- 1) *Роздатковий матеріал 7.2. Розумно перевіряйте свої симптоми* – розробити письмову угоду про самообстеження та медичне спостереження.
- 2) Поведінкові настанови для самоаналізу та реагування на симптоми – заповнення *Роздатковий матеріал 7.3. Подальший догляд і зміна способу життя.*

СЕСІЯ 8: ПІДСУМОК РОБОТИ В ГРУПІ ТА ПРОФІЛАКТИКА РЕЦИДИВІВ

Хронометраж:

- Обговорення нових цінностей і планування майбутніх цілей (30 хв.)
- Консолідація нових стратегій управління FCR у майбутніх ситуаціях, вправа План протидії (30 хв.)
(перерва)
- Підсумкове групове обговорення (50 хв.)

Цілі:

- Відновити обговорення цінностей, перевірити напрямок руху, знайти нові.
- Розробити план боротьби з FCR у майбутніх ситуаціях
- Переглянути й обговорити те, чого навчилися учасники за час видвідування групи, їх сприйнятий прогрес.

План роботи:

1) Перевірка домашнього завдання – обговорення заповненого вдома *Роздаткового матеріал 7.3. Подальший догляд і зміна способу життя*.

Повторіть, що матеріал для читання зосереджений на загальних рекомендаціях, і можуть бути індивідуальні відмінності. Заохочуйте пацієнтів проконсультуватися зі своїм онкологом у разі сумнівів.

2) Обговорення цінностей і планування майбутніх цілей.

Терапевт може підкреслити, що пацієнти отримали новий набір навичок під час програми втручання «Подолати страхи». Використовуючи ці навички, буде легше приділяти менше уваги їхнім хвилюванням щодо рецидиву раку і жити більш заснованим на цінностях життям.

(переглянути *Список цілей групи* з 2 сесії). Заохочувати учасників планувати своє життя далі. Метою цієї частини сесії є не зосередження на цінностях і цілях, запланованих під час початкового обговорення на Сесії 2, а скоріше обмірковування поточних цінностей і встановлення нових цілей на майбутнє.

3) Створення плану боротьби з FCR у майбутніх ситуаціях (20 хвилин)

Терапевт пояснює, що рівень FCR і тривоги можуть коливатися. Тому важливо скласти плани щодо того, як протидіяти FCR у майбутніх ситуаціях, навіть якщо учасник не підтверджує високі рівні поточного FCR. Заповнити *Роздатковий матеріал 8.1. Плани боротьби з FCR у майбутньому*.

(перерва)

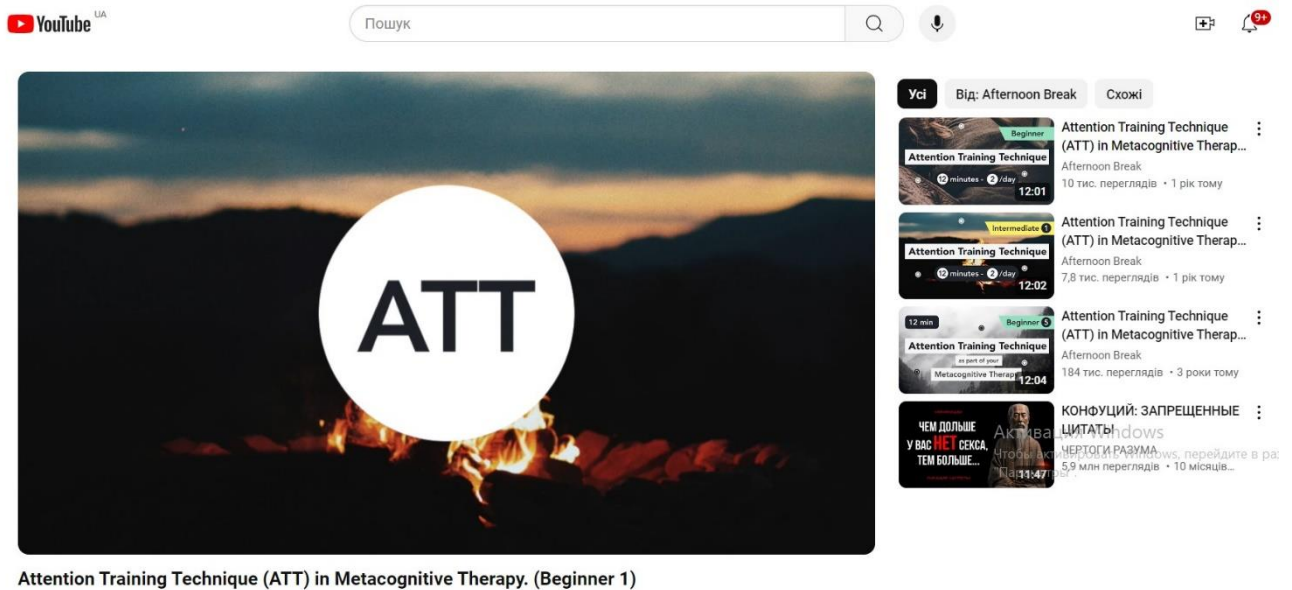
4) Заключне групове обговорення. В останній частині сесії обговорюється досвід учасників щодо програми втручання. Групове обговорення може бути зосереджене на тому, як це було бути частиною групи. Дозвольте пацієнтам обмінюватися контактною інформацією за бажанням.

Домашнє завдання:

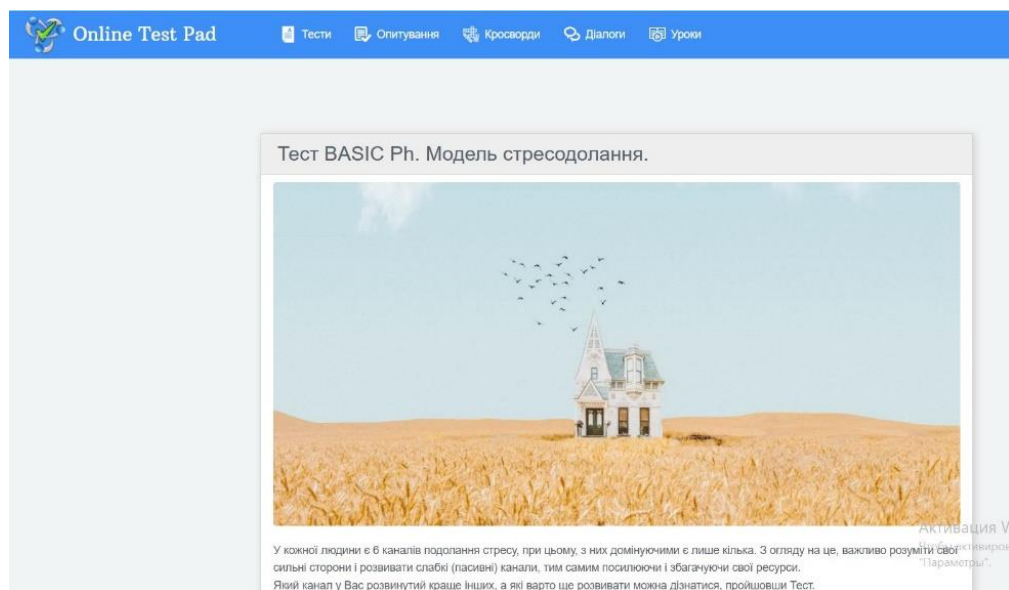
Заповнити Опитувальник FCRI та Тест Спілбергера–Ханіна на реактивну тривожність. А також Анкету зворотного зав'язку.

Засоби медіа-психологічної реабілітації

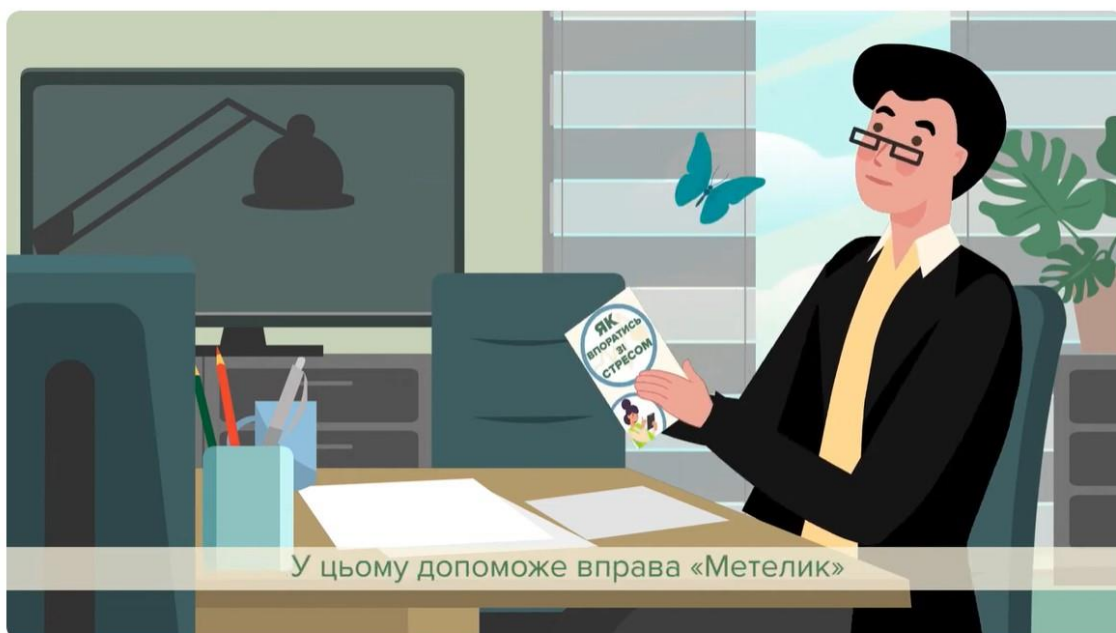
У якості засобів медіа-психологічної реабілітації нами використовувався медіаконтент, як-от наочні малюнки, схеми, презентації, анімовані приклади теоретичних конструктів, посилання на відео в мережі інтернет з розглянутих питань та навчаюче відео стосовно виконання відповідних технік.



Відео контент, доступний в мережі YouTube, якій надавався для самостійного опрацювання Техніки тренування уваги.



Онлайн-тестування провідних каналів підтримки за методикою BasicPh, яке пропонувалось учасникам експериментальної групи для виявлення можливих додаткових ресурсів.



Вправа «Метелик»



Програма розвитку ООН в Україн...
Підписалося 3,88 тис. користувачів

Підписатися

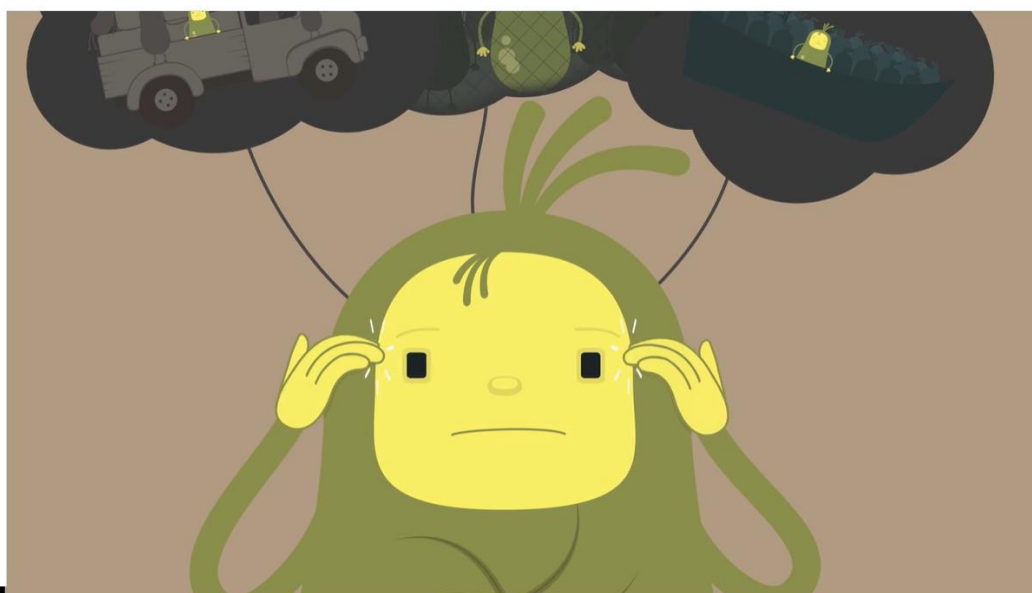
👍 38



🔗 Поділитися

⬇️ Завантажити

Посилання на відеоролик навчання виконанню вправи «Метелик», яка сприяє заспокоєнню та відволіканню на основі білатеральної стимуляції.



Trauma Tapping Technique NOT YET RATED

Навчання техніки Тапінгу, яка використовується для зниження рівня напруги в тілі, через перегляд мультфільму.

Також нами використовуються наочні матеріали з теорії та практики психологічної підтримки, що ілюструють роботу на групі та допомагають в

психоедукації. Матеріалів на кожну сесію використовується від 3 до 7, наприклад:

- 1) Вікно толерантності, що описує зміни в стані особистості пручатись життєвим випробуванням в залежності від наявності стресорів.



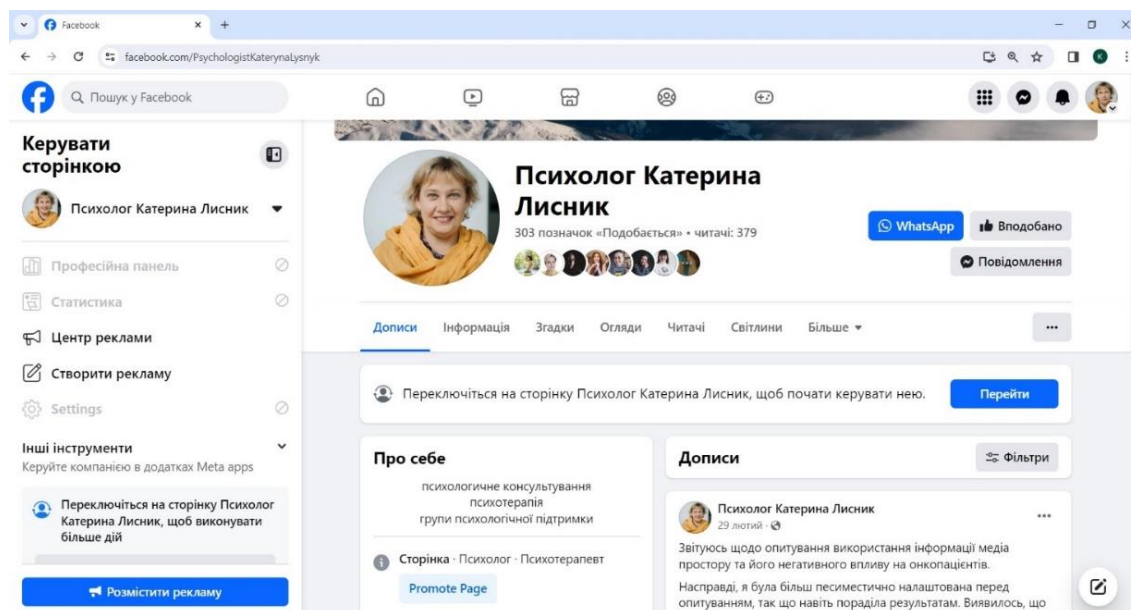
- 2) інформація про особливості роботи людського мозку, яка допомагає онкопацієнтам зрозуміти причини виникнення когнітивних помилок мислення, стани, коли вони не в змозі мислити логічно, стани, які є небезпечними для психічного здоров'я. Все це допомагає їм обрати адаптивні когнітивні, емоційні та поведінкові стратегії, що є більш бажаними для використання в складних умовах.
- 3) Теорія М. Лаада (Ізраїль) щодо наявних у кожної людини шести каналів підтримки (BasicPh), перекладена на українську, що допомагає кожному збільшити коло використовуваних для відновлення ресурсів самопідтримки.



НА ЩО СПИРАТИСЬ ТА ЩО РОБИТИ?

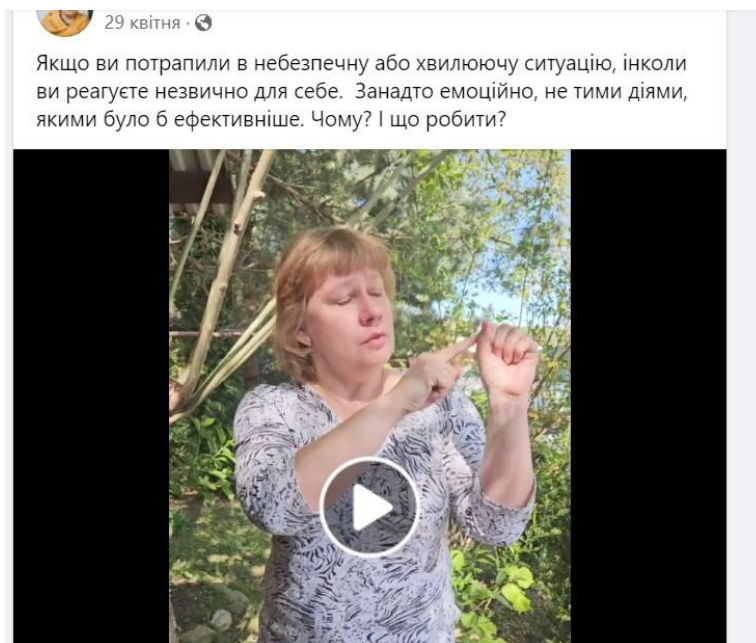
Сторінка інформування та психоедукації

Була створена сторінка інформування та психоедукації для протидії негативному медіа-впливу на основі ФБ сторінки Психолог Катерина Лисник, на якій періодично публікувались матеріали з психоонкології та пояснення щодо самопомогі. Також тут спростовувались міфи щодо питань психоонкології.



Періодично (раз в тиждень або частіше) викладався інформаційний контент щодо психоедукації, прояснення психологічних проблем онкопацієнтів, навчання дієвим технікам та спростування міфів про рак.

Наприклад, навчаюче відео про триєдину модель мозку, доступне для перегляду ззовні мережі Facebook:



Розповідь в легкій та невимушеній формі про те, як отримати процедуру колоноскопії за програмою медичних гарантій, і чого зазвичай побоюються ті, хто вагається її відвідати:



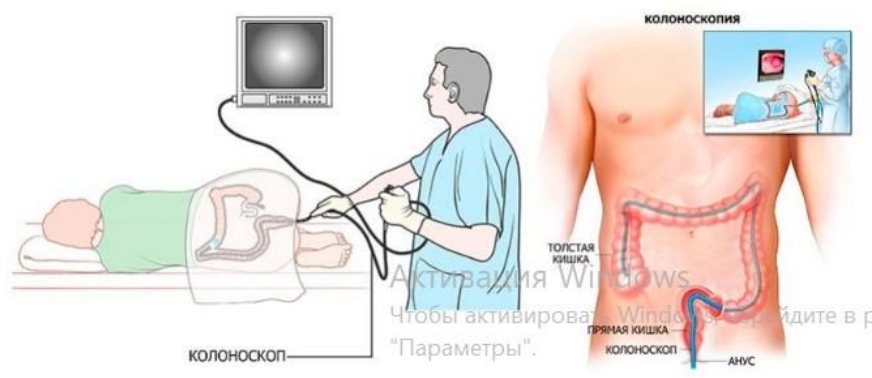
Психолог Катерина Лисник

17 березня · 🌐

КОЛОНОСКОПІЯ (бувальщина, лонгрід)

Березень – місяць обізнаності про колоректальний рак. Розповім історію про дівчинку 49 років, яка свідомо пішла на колоноскопію (див. малюночок) і що з того стало (спойлер – особистісне зростання).

Отже, дівчинка Маша побачила в інтернеті інформацію про колоректальний рак і злякалась. І це нормально, приступ канцерофобії. Він зазвичай призводить до двох протилежних думок: «мерщій на діагностику!» (рідко) або «не буду про це думати, щоб пог... **Більше**



Розмова про термінальну стадію раку на прикладі художнього фільму, обговорення обраних героєм стратегій поведінки.

Психолог Катерина Лисник
10 березня · 🌐

Письмове формулювання побажань щодо здоров'я на термінальній стадії

Подивилась фільм The professor (укр. Річард говорить прощавай) і засумувала. Не тому, що раптом збагнула, що життя скінченне, це я знаю давно. І не через те, що у героя Д. Деппа невиліковний рак, бо нажаль, таке часто відбувається навколо. А тому, що на термінальній стадії немає сенсу намагатись спробувати все найгірше, як робить головний герой - секс з незнайомцями без кохання, алкоголь до відключки та нар... **Більше**








Рекомендації про те, як впоратись з емоціями, які затоплюють почуттями, зокрема – що робити з гнівом.

Психолог Катерина Лисник
3 березня · 🌐

Гнів - це (іноді) дар

Багато хто намагається приборкати свій гнів, оскільки він часто сприймається як негативна емоція і не є соціально схвальним. Проте чи є він поганим? ... **Більше**

| | | |
|--|--|---|
|  зосередитися на фізичних відчуттях гніву | Поради щодо управління гнівом |  фізичні вправи |
| скажіть про себе «я злюся»  | |  уповільнити дихання |
|  зробити перерву |  відволіктись на свої почуття | порахувати до 10  |

Інформація, яка спростовує міфи про рак, та наступне обговорення, які саме когнітивні помилки мислення призводять до бажання пояснювати складні речі простими, але хибними, причинами.

Психолог Катерина Лисник
19 листопад 2023 р. · 🌐

Чи можна захворіти на рак через обрАзи на інших, або через негативні думки?

Насправді для онкопацієнта важливішим є питання: "Чи зможу я вилікуватись, якщо я не радію життю, маю негативні думки або обрАзи?"
Чи не з психологічної роботи над собою потрібно починати?
Ні, щоб зупинити рак, потрібно лікуватись, спираючись на доказову медицину. Все інше — потім, або паралельно.... **Більше**



Інформування про рекомендовані медичні огляди, які сприяють ранній діагностиці раку – єдиний надійний на сучасному рівні розвитку медицини спосіб пройти лікування якнайлегше.

Психолог Катерина Лисник
27 січень · 🌐

ПРО РАННЮ ДІАГНОСТИКУ РАКУ
Я психоонколог, проте написати цей пост збиралась дуже довго, бо наявна в суспільстві канцерофобія потребує виваженого підбору слів та фактів.

Але мовчати я не можу, бо початкові стадії раку проходять безсимптомно!!! У поодиноких випадках спостерігається зниження маси тіла, зміна кольору шкіри, крововиділення з невідомих причин або зниження апетиту та часті напади нудоти. У деякого з моїх клієнтів на початку рак проявлявся лише сильною втомлюваніст... **Більше**

у жінок найчастіше діагностують

| | | |
|---|---|---|
|  Рак матки і яєчників 2 |  Рак Грудей 1 |  Рак кишківника 3 |
|---|---|---|

у чоловіків найчастіше діагностують

| | | |
|---|--|---|
|  Рак кишківника 1 |  Рак легенів 2 |  Рак простати 3 |
|---|--|---|

**Зміни у вимірюваних показниках до та після проходження програми ConquerFear-UA
для кожного учасника експериментальної групи**

За отриманими результатами проведення програми медіа-психологічної реабілітації ConquerFear-UA в більшості учасниць експериментальної групи вимірювані показники покращились (зменшилися рівні реактивної тривожності за тестом Спілбергера–Ханіна та складові рівня страху рецидиву раку за шкалами опитувальника FCRI). Жирним шрифтом виділено ті пари значень, де замість зменшення, відбулося підвищення рівня показників «до» та «після», курсивом – ті пари значень, де не відбулось змін взагалі.

| | Тригери | | Тяжкість | | Психологічний дистрес | | Порушення функціонування | | Усвідомлення | | Заспокоєння | | Стратегії подолання | | Бали FCRI загалом | | Реактивна тривожність | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------------------|----------|--------------------------|-----------|--------------|-------|-------------|-------|---------------------|-----------|-------------------|------------|-----------------------|-----------|
| | до | після | до | після | до | після | до | після | до | після | до | після | до | після | до | після | до | після |
| Учасник1 | 25 | 14 | 29 | 13 | 14 | 5 | 14 | 3 | 10 | 5 | 5 | 1 | 25 | 33 | 122 | 74 | 40 | 21 |
| Учасник2 | 23 | 19 | 25 | 19 | 9 | 9 | 14 | 6 | 4 | 3 | 5 | 5 | 25 | 26 | 105 | 87 | 50 | 42 |
| Учасник3 | 21 | 17 | 27 | 16 | 12 | 5 | 17 | 18 | 4 | 1 | 2 | 1 | 8 | 17 | 91 | 75 | 57 | 37 |
| Учасник4 | 25 | 16 | 28 | 24 | 13 | 13 | 23 | 24 | 12 | 7 | 7 | 5 | 20 | 30 | 128 | 119 | 56 | 39 |
| Учасник5 | 23 | 6 | 10 | 8 | 13 | 1 | 10 | 3 | 6 | 0 | 7 | 2 | 23 | 9 | 106 | 29 | 38 | 31 |
| Учасник6 | 10 | 14 | 10 | 15 | 2 | 1 | 1 | 0 | 2 | 0 | 6 | 5 | 26 | 26 | 57 | 61 | 33 | 32 |
| Учасник7 | 20 | 19 | 27 | 16 | 6 | 4 | 16 | 5 | 5 | 0 | 6 | 2 | 31 | 27 | 111 | 73 | 38 | 34 |
| Учасник8 | 15 | 13 | 17 | 18 | 10 | 7 | 10 | 15 | 2 | 1 | 7 | 8 | 18 | 21 | 79 | 83 | 34 | 36 |
| Учасник9 | 19 | 16 | 20 | 14 | 8 | 4 | 9 | 5 | 5 | 2 | 5 | 4 | 27 | 30 | 93 | 75 | 46 | 34 |
| Учасник10 | 11 | 13 | 15 | 18 | 3 | 4 | 5 | 3 | 1 | 1 | 3 | 4 | 29 | 22 | 67 | 65 | 44 | 39 |
| Учасник11 | 24 | 26 | <i>21</i> | <i>21</i> | 13 | 11 | 20 | 13 | 7 | 7 | 7 | 6 | 16 | 26 | 108 | 110 | 56 | 47 |
| Учасник12 | 25 | 8 | 15 | 6 | 16 | 5 | 19 | 1 | 10 | 0 | 9 | 2 | 28 | 25 | 122 | 47 | 63 | 27 |
| Учасник13 | 25 | 16 | 22 | 18 | 10 | 7 | 7 | 6 | 2 | 1 | 2 | 0 | 26 | 29 | 94 | 77 | 43 | 29 |

| | Тригери | | Тяжкість | | Психологічний дистрес | | Порушення функціонування | | Усвідомлення | | Заспокоєння | | Стратегії подолання | | Бали FCRI загалом | | Реактивна тривожність | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------------------|-----------|--------------------------|-----------|--------------|----------|-------------|-----------|---------------------|-----------|-------------------|-----------|-----------------------|-------|
| | до | після | до | після | до | після | до | після | до | після | до | після | до | після | до | після | до | після |
| Учасник14 | 16 | 16 | 24 | 23 | 12 | 12 | 13 | 12 | 3 | 6 | 6 | 5 | 19 | 15 | 93 | 87 | 43 | 39 |
| Учасник15 | 27 | 21 | 24 | 20 | 3 | 4 | 9 | 8 | 1 | 1 | 9 | 3 | 21 | 29 | 94 | 86 | 60 | 45 |
| Учасник16 | 12 | 6 | 22 | 3 | 13 | 16 | 6 | 11 | 4 | 2 | 4 | 1 | 34 | 34 | 95 | 73 | 53 | 27 |
| Учасник17 | 29 | 29 | 26 | 25 | 11 | 12 | 10 | 10 | 11 | 8 | 5 | 6 | 30 | 29 | 122 | 119 | 54 | 40 |
| Учасник18 | 20 | 22 | 28 | 13 | 8 | 4 | 18 | 4 | 5 | 1 | 4 | 7 | 11 | 27 | 94 | 78 | 50 | 29 |
| Учасник19 | 12 | 11 | 23 | 15 | 12 | 4 | 16 | 1 | 7 | 0 | 9 | 1 | 33 | 20 | 113 | 52 | 36 | 24 |
| Учасник20 | 23 | 15 | 25 | 14 | 4 | 8 | 11 | 13 | 6 | 6 | 5 | 6 | 27 | 24 | 101 | 86 | 49 | 44 |
| Учасник21 | 16 | 6 | 19 | 7 | 10 | 1 | 8 | 0 | 7 | 0 | 8 | 2 | 32 | 23 | 100 | 39 | 39 | 38 |
| Учасник22 | 20 | 7 | 17 | 6 | 5 | 3 | 11 | 1 | 6 | 1 | 6 | 5 | 20 | 29 | 85 | 52 | 43 | 42 |
| Учасник23 | 28 | 14 | 25 | 13 | 8 | 4 | 24 | 1 | 3 | 3 | 3 | 10 | 23 | 36 | 114 | 81 | 56 | 41 |
| Учасник24 | 18 | 26 | 10 | 15 | 10 | 6 | 15 | 12 | 1 | 6 | 5 | 7 | 23 | 22 | 82 | 94 | 56 | 53 |
| Учасник25 | 13 | 19 | 23 | 19 | 12 | 10 | 16 | 10 | 7 | 1 | 9 | 2 | 33 | 17 | 113 | 78 | 54 | 46 |
| Учасник26 | 23 | 7 | 25 | 4 | 4 | 3 | 11 | 18 | 6 | 0 | 5 | 8 | 27 | 33 | 101 | 73 | 51 | 28 |
| Учасник27 | 11 | 6 | 20 | 11 | 9 | 1 | 9 | 1 | 4 | 0 | 3 | 3 | 20 | 23 | 76 | 45 | 49 | 32 |
| Учасник28 | 23 | 11 | 25 | 25 | 12 | 9 | 18 | 16 | 12 | 12 | 10 | 9 | 22 | 26 | 122 | 108 | 61 | 38 |
| Учасник29 | 8 | 13 | 23 | 24 | 9 | 5 | 6 | 5 | 1 | 0 | 6 | 4 | 19 | 21 | 72 | 72 | 36 | 27 |
| Учасник30 | 20 | 19 | 24 | 12 | 8 | 8 | 20 | 2 | 3 | 5 | 5 | 5 | 33 | 23 | 113 | 74 | 53 | 24 |
| Учасник31 | 21 | 16 | 27 | 13 | 8 | 2 | 19 | 3 | 8 | 1 | 2 | 2 | 20 | 28 | 105 | 65 | 47 | 41 |

Додаток 13 (продовження)

7. Чи були наступні складові програми втручання корисними?

| Складові програми ConquerFear-UA | Були корисні | | | |
|---|--------------|----------|---------|--------------|
| | зовсім ні | частково | корисне | дуже корисне |
| Презентація моделі страху рецидиву раку | | | | |
| Представлення дуальної моделі онкозахворювання | | | | |
| Метафора «Папка перед обличчям» | | | | |
| Обговорення цінностей та цілей | | | | |
| Обговорення екзистенційних питань | | | | |
| Метафори терапії прийняття (колода карт, перетягування канату, гачок, перемикач боротьби) | | | | |
| Усвідомлення минулого досвіду | | | | |
| Відсторонена уважність | | | | |
| Експеримент з пригнічення думок і, як протилежне, вправа тигра | | | | |
| Техніка тренування уваги | | | | |
| Метапізнання (оскарження некорисних переконань) | | | | |
| Міфи про онкологію | | | | |
| Зміна ідентичності після лікування | | | | |
| Відкладення хвилювань | | | | |
| Вікно толерантності | | | | |
| Злив/наповнення ресурсів | | | | |
| Моніторинг загроз (знання про подальший медичний супровід) | | | | |
| Цілі на майбутнє та план боротьби | | | | |

8. Чи рекомендували б Ви іншим взяти участь у заняттях групи?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(незначною мірою)

(значною мірою)

9. Чи є у Вас зауваження чи пропозиції (будь ласка, напишіть)? _____

Довідки про впровадження результатів дисертаційного дослідження



ЄДРПОУ/ДРФО 43361795
 IBAN UA58305299000026008046803910
 АТ КБ "ПРИВАТБАНК"
 ЄДРПОУ 14360570, код банку 380269

Адреса: 03049, м. Київ,
 вул. Стадіонна, 19/1
 Тел. 093-715-66-30
 E-mail: ukrpsyonco@gmail.com

**ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ
 «УКРАЇНЬКА ПСИХООНКОЛОГІЧНА АСОЦІАЦІЯ»**

Вих. № 01/03 від 19.03.2024

ДОВІДКА

про експериментальну апробацію та впровадження в практику роботи ГО «Українська Психонкологічна Асоціація» результатів дисертаційного дослідження здобувача наукового ступеня доктора філософії з психології зі спеціальності 05 - соціальні та поведінкові науки - Лисник Катерини Анатоліївни на тему «Медіа-психологічна реабілітація жінок зі страхом повторення травмивних подій в умовах суспільної кризи»

Лисник К.А. проводила дослідження страху повторення травмивних подій на прикладі страху рецидиву раку у українських онкологічних пацієнток в ремісії та чинників, які впливають на рівень цього страху, протягом 2021-2023 навчальних років. Участь у експерименті взяли респондентки фейсбук-сторінки ГО УПОА шляхом самозаповнення опитувальників та анкет в гугл-формах після отримання інформованої згоди на участь у дослідженні. Лисник К.А. проводилось опитування шляхом анкетування та заповнення стандартизованих методик, таких як: Опитувальник страху рецидиву раку, FCRI, П'ятифакторний опитувальник особистості, BFI44, опитувальник толерантності до невизначеності С. Баднера, опитувальник рівня тривожності Спілбергера-Ханіна, та опитувальник Е. Хейма копінг-стратегій подолання.

Протягом 2022-2023 навчальних років Лисник К.А. було розроблено та впроваджено програму медіа-психологічної реабілітації «Подолати страхи», ConquerFear-UA, яка спрямована на зменшення дисфункційного рівня страху рецидиву раку у онкологічних пацієнток. Дослідним шляхом з залученням респондентів ГО УПОА до психологічних онлайн-груп, в яких проводилась реабілітаційна робота за вказаною програмою, була перевірена ефективність результатів впровадження. У ході дослідження встановлено, що програма дозволяє істотно зменшити рівень страху рецидиву раку та рівень поточної тривожності особистості, та може бути рекомендована для впровадження у практику роботи з онкологічними пацієнтами в ремісії. Програма планується до використання онкопсихологами ГО УПОА.

Президентка Української
 Психонкологічної Асоціації



І.Е.Слабінська



МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
 УКРАЇНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
 імені МИХАЙЛА ДРАГОМАНОВА
 01601, м. Київ, вул. Пирогова, 9
 Телефон 234-11-08

№

10 травня 2024 року

ДОВІДКА

**про впровадження дисертаційного дослідження
 Лисник Катерини Анатоліївни на здобуття
 наукового ступеня доктора філософії зі спеціальності 053 «Психологія»
 на тему «Медіа-психологічна реабілітація жінок зі страхом повторення
 травмивних подій в умовах суспільної кризи»**

Матеріали дисертаційного дослідження аспіранта кафедри психології факультету психології Українського державного університету імені Михайла Драгоманова Лисник Катерини Анатоліївни на тему «Медіа-психологічна реабілітація жінок зі страхом повторення травмивних подій в умовах суспільної кризи», поданої на здобуття доктора філософії з галузі знань 05 Соціальні та поведінкові науки за спеціальністю 053 «Психологія», було впроваджено в практику роботи кафедри психосоматики та психології здоров'я факультету психології УДУ імені Михайла Драгоманова із студентами спеціальності 053 «Психологія» при підготовці проведення занять із навчальних дисциплін: «Основи психофізіології та психосоматики», «Основи нейрофізіології», «Психокорекція та психотерапія психосоматичних розладів», «Психологічний супровід важкохворих», «Медична психологія», «Тренінг розвитку психологічного здоров'я», «Медична та реабілітаційна психологія», «Реабілітаційна психологія», «Психологія травмуючих ситуацій» та «Психологічна реабілітація в ситуації життєвих криз».

Декан факультету психології



Булах Ірина Сергіївна

Зав. кафедри психосоматики
та психології здоров'я

Мозгова Галина Петрівна

Заклад вищої освіти
"Відкритий
міжнародний УНІВЕРСИТЕТ
розвитку людини
"УКРАЇНА"



Higher Education Institution
"Open
International UNIVERSITY
of Human Development
"UKRAINE"

Україна, 03115, м. Київ, вул. Львівська, 23, тел.: 044-409-27-69, 067-406-53-92, 067-328-28-22

e-mail: office@uu.edu.ua; сайт: <http://uu.edu.ua>

№ 5784 від 14.03.2024 р.

ДОВІДКА

про впровадження дисертаційного дослідження здобувача наукового ступеня доктора філософії з Психології зі спеціальності 19.00.05 – соціальна психологія Лисник Катерини Анатоліївни на тему «Медіа-психологічна реабілітація жінок зі страхом повторення травмивних подій в умовах суспільної кризи»

Матеріали дисертаційного дослідження аспірантки кафедри політичної психології та міжнародних відносин факультету психології Українського державного університету імені Михайла Драгоманова Лисник Катерини Анатоліївни на тему «Медіа-психологічна реабілітація жінок зі страхом повторення травмивних подій в умовах суспільної кризи», поданої на здобуття наукового ступеня доктора філософії з Психології зі спеціальності 19.00.05 – соціальна психологія, було впроваджено в практику роботи практикуючих психологів, що навчаються на магістратурі з психології, а також в освітньому процесі здобувачів освітньо-професійної програми Психологія, в межах навчальної дисципліни Психологія травмуючих ситуацій.

Завідувачка кафедри психології



к.психол.н., доц.
Анастасія БАЗИЛЕНКО

АКАДЕМІЯ ПРАЦІ,
СОЦІАЛЬНИХ ВІДНОСИН
І ТУРИЗМУ



ACADEMY OF LABOR
SOCIAL RELATIONS
AND TOURISM

ФЕДЕРАЦІЯ ПРОФЕСІЙНИХ СПЛОК УКРАЇНИ

Кільцева дорога, 3А
03187, м. Київ, Україна,
тел. /факс (044) 522-49-40
E-mail: info@socosvita.kiev.ua

3А, Kiltseva Rd,
03187, Kyiv, Ukraine
tel./fax (38044) 522-49-40
E-mail: info@socosvita.kiev.ua

03.04.2024 № 17

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Назва пропозиції для впровадження:** Програма медіа-психологічної реабілітації жінок зі страхом повторення травмивних подій в умовах суспільної кризи.
2. **П.І.Б. автора:** Лисник Катерина Анатоліївна, аспірантка кафедри психології факультету психології Українського державного університету імені Михайла Драгоманова, керівник Зеленін Всеволод Володимирович, кандидат психологічних наук, професор кафедри психології факультету психології Українського державного університету імені Михайла Драгоманова.
3. **Джерело інформації:** Матеріали дисертаційного дослідження на ступень доктора філософії з спеціальності 053 «Психологія» за темою «Медіа-психологічна реабілітація жінок зі страхом повторення травмивних подій в умовах суспільної кризи» (наказ №4 вченої ради УДУ ім. М. Драгоманова від 30.11.2023 р.).
4. **Установа, в якій здійснено впровадження:** Академії праці, соціальних відносин і туризму, кафедра психології та соціальної роботи.
5. **Термін впровадження:** 2023 – 2024 рр.
6. **Форма впровадження:** Тренінгові та семінарські заняття в навчально-педагогічний процес кафедри психології та соціальної роботи.
7. **Ефективність впровадження.** Медіа-психологічна реабілітація є інструментом, який дозволяє оцінити рівень тривожності і страху та застосування навчальних стратегій зниження у жінок зі страхом повторення травмивних подій з використанням засобів медіа. Програма складається з трьох етапів, а саме: діагностичного (оцінка рівня страху та тривожності за адаптованими методиками), відбір учасників програми; проведення 8 модулів груп психологічної підтримки з використанням засобів медіа; завершального (повторне оцінювання рівня страху і тривожності учасниць та оцінка ефективності програми). Застосування модульної програми опорних тематичних занять дозволяє набути теоретичні і практичні знання та розвинути навички інтегрувати травмивний досвід, компетентності застосування копінг-стратегій, та зорієнтувати життєві стратегії у відповідності до особистісних цінностей.
8. **Зауваження, пропозиції:** немає.

Проректор науково-педагогічної роботи,
доктор економічних наук,
професор



І.С. Чорнодід

Витяг з протоколу засідання Вченої ради Українського університету імені Михайла Драгоманова про затвердження теми дисертації



МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
 УКРАЇНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
 ІМЕНІ МИХАЙЛА ДРАГОМАНОВА
 01601, м. Київ, вул. Пирогова, 9
 Телефон: 234-11-08
 E-mail: rector@npu.edu.ua; код ЄДРПОУ 44807628

**ВИТЯГ З ПРОТОКОЛУ № 4
 засідання Вченої ради
 Українського державного університету
 імені Михайла Драгоманова**

від 30 листопада 2023 р.

СЛУХАЛИ: Про затвердження теми дисертації здобувача ступеня вищої освіти доктора філософії Лисник К.А. «Медіа-психологічна реабілітація жінок зі страхом повторення травмивних подій в умовах суспільної кризи». Спеціальність 053 Психологія. Науковий керівник – к.псих.н., доцент Зеленін В.В.

УХВАЛИЛИ: Затвердити тему дисертації здобувача ступеня вищої освіти доктора філософії Лисник К.А. «Медіа-психологічна реабілітація жінок зі страхом повторення травмивних подій в умовах суспільної кризи». Спеціальність 053 Психологія. Науковий керівник – к.псих.н., доцент Зеленін В.В.

Голова Вченої ради

Учений секретар Вченої ради

В.П. Андрущенко

Л.М. Панченко

