

УДК 316.6:616-006-055.2

DOI <https://doi.org/10.32999/2663-970X/2019-2-14>

ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ЖІНОК З ОНКОЛОГІЧНИМИ ХВОРОБАМИ

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF SOCIAL ADAPTACION OF WOMEN CANCER PACIENTS

Сергет Ірина Вікторівнааспірант кафедри загальної
та соціальної психології

Херсонський державний університет,

nort150469@gmail.com

ORCID 0000-0002-7202-9940

Iryna Viktorivna Serhet,

Post-graduate student

of the Department of General and social psychology

Kherson State University

nort150469@gmail.com

ORCID 0000-0002-7202-9940

У статті розглядаються аспекти соціальної адаптації хворих жінок з підтвердженим онкологічним діагнозом, соціально-психологічні особливості осіб цих хворих. Мета дослідження полягає у теоретико-емпіричному дослідженні психологічних аспектів соціальної адаптації жінок з онкологічними хворобами. Методи дослідження. З метою вирішення поставлених дослідницьких задач в роботі була використана низка методів, а саме: теоретико-методологічний аналіз, систематизація та узагальнення психологічних даних за проблемою дослідження. Емпіричними методами дослідження були обрані «Методика вивчення особистісної ідентичності» та «Методика вивчення професійної ідентичності» Л.Б. Шнейдер, опитувальник «Шкала самотності» Д. Рассела, Л. Пепло, М. Фергюсона. Статистичні методи дослідження: методи математичної статистики, порівняльний аналіз, коефіцієнт лінійної кореляції Пірсона. У дослідженні взяли участь дві групи жінок. Загальний обсяг вибірки склав 40 осіб. У першу групу увійшли жінки, які працюють в «Херсонському обласному онкологічному диспансері», в другу, увійшли пацієнтки гінекологічного та радіологічного відділення онкологічного диспансеру м. Херсону, які знаходяться на стаціонарному та амбулаторному лікуванні з тривалістю хвороби до 6-ти місяців з гінекологічною сферою ураження. У досліджених було проведено оперативне лікування. Жодна з досліджуваних не була в термінальному стані і з медичної точки зору хвороба мала позитивний прогноз. Результати дослідження. За результатами нашого дослідження встановлено, що у людини під час онкологічного захворювання порушується як біологічний аспект існування, так і соціальний контекст, в якому розгортається життя хворої людини. Отримані нами дані вказують на специфіку психологічних аспектів соціальної адаптації жінок хворих на онкологію, дають змогу визначити напрям психологічної допомоги даної категорії хворим з орієнтацією її на переосмислення ситуації в житті, корекцію систем взаємодій, розширення перспектив майбутнього. Висновки. На підставі отриманих результатів дослідження ми бачимо, що вже на початкових термінах захворювання починають простежуватися зміни в міжособистісних відношеннях та прийняття ролі хворої, що зменшує розуміння життя, дає негативний колір життєвій ситуації, звужує часові перспективи, змінює життєву стратегію в цілому. Відбувається переосмислення особистого життя, що є етапом придбання нової ідентичності.

Ключові слова: вітальна загроза, особистісна ідентичність, професійна ідентичність, особисто-психічні прояви, онкологічно хворі, онкологічний діагноз.

The article explores the aspects of social adaptation of women patients with confirmed oncologic disease, social and psychological peculiarities of them. Purpose of the research is theoretical and empirical investigation of psychological aspects of social adaptation of women with cancer.

Methods of research. The following methods have been used in order to solve the research tasks: theoretical methodological analysis, systematization and generalization of data for the research problem. The empirical methods of research have been chosen the "Methodology for the study of personal identity" and "Methodology for the study of professional identity" by L. B. Shneider, "Loneliness scale" by Russell, D, Peplau, L. A. & Ferguson, M. L. Statistical methods: methods of mathematical statistics, comparative analysis, Pearson linear correlation coefficient. Two groups of women have been participated in the research. Sample amounted 40 people. The first group consisted of the women who work in "Kherson regional oncological dispensary", the second group consisted of patients of Gynecology and Radiology departments of the same hospital who are on inpatient and outpatient treatment during six months for the gynecological localization. The patients underwent surgical treatment. None of the subjects were in terminal state and according to medical opinion their disease had positive prognosis. The results of research. Based on the results of the research it has been established that when the person has oncologic disease both the biological aspect of life and social context of existence are disturbed. Data received shows that there is the specific nature of psychological aspects of social adaptation for women with oncology. This date give the opportunity to find out the way of psychological help for this category of patients with the focus on rethinking life situation, correction of interaction systems, expanding the prospects of the future. Conclusion. Based on the received results of the research we see that even on the initial stages of the disease there are changes in the interpersonal relations and accepting the role of patient, which decreases life understanding, gives the negative color to the life situation, narrows time perspectives, and changes the life strategy in the whole. There is the reinterpretation of personal life which becomes the stage of acquiring of new identity.

Key words: vital threat, personal identity, professional identity, personal and mental manifestations, cancer patients, oncologic diagnosis.

Вступ. Актуальність дослідження обґрунтовує положення про те, що є психологічні аспекти соціальної адаптації жінок хворих на онкологію, які впливають на ставлення до лікування, на трансформацію власного «Я», на якість життя після лікування. У зв'язку з різкою зміною ситуації: була здорова, стала смертельно хвора – у людини виникає відчуття розгубленості, безвиході, знецінення колишнього життєвого досвіду. Звістка про онкологічний діагноз – це завжди інформація про те, що людина смертна. Прийняття такої інформації супроводжується переживаннями, які є болісними і граничними за своєю силою (Герасименко, 2002). Неможливість контролювати своє життя під час хвороби може призводити до втрати життєвої перспективи, сенсу життя. Ставлення до онкологічного захворювання визначається сприйняттям і прийняттям діагнозу, його значенням для хворого, очікуваними результатами і побічними ефектами (ускладненнями) лікування, суб'єктивної цінності анатомічної області тіла. Ставлення до хвороби залежить від внутрішньої картини хвороби хворої жінки, в якій відображаються найрізноманітніші компоненти, котрі складають суб'єктивну сторону захворювання.

Теоретичне обґрунтування проблеми. Значущим у нашому дослідженні є те, що психологічні аспекти соціальної адаптації жінок хворих на онкологію проявляються вже на початкових термінах захворювання, кризь зміну міжособистісних відносин та прийняття соціальної ролі хворої, що може привести до зниження значення життя, звуження часової перспективи, переоцінки життєвих цінностей та зміни життєвої стратегії в цілому.

На початку хвороби, доки ще не пройдено моменту адаптації, хвора на «рак» людина не розуміє, як їй поводитись далі: кому з родичів або друзів, або на роботі казати про встановлений діагноз, а кому ні, як тепер до неї стануть ставитися у колі сім'ї та суспільстві; приходиться усвідомлення про те, що усяке життя має кінець; думки про ускладнення реалізації власного життєвого плану; руйнується звичний образ життя (Хомич, 2011). Рак для хворої людини – це одна з найскладніших, незрозумілих, таємничих і невизначених хвороб (Юркова, 2008). Можливість осмислення онкологічного захворювання може бути обмежена ще і тим, що у людей завжди присутній якийсь містичний страх перед раком. Людина виявляється в якомусь новому для себе просторі. Хвороба змінює навколишній і внутрішній світ онкологічної пацієнтки, руйнуючи її картину світу. Простір хвороби це частина життя людини, хворої на онкологію, яка впливає на перебіг її життя в інших сферах і нерідко визначає якість життя і навіть кількість прожитих років (Русина, 2002). Онкологічне захворювання несе в собі вітальну загрозу. Несподіванка і незрозумілість виникнення і перебігу хвороби сприяють сприйняттю її хворою людиною як фатальної події її життя, її існування. Внаслідок цього, у людей «рак» супроводжується такими забобонами і міфами, які посилюють драма-

тизм ситуації хвороби (Сотников, 2013). При захворюванні актуалізуються екзистенціальні потреби (розуміння, що життя має кінець, самотності, сенсу життя), які здоровими людьми часто не усвідомлюються, і в звичайному житті, до хвороби, їм нерідко не приділяється увага (Федоренко, 2014-2015). Вони проявляються у вигляді душевного болю, який важко описати словами. Екзистенційна самотність переплітається з соціальною ізоляцією: навколишні часто не знають, як себе вести, хоча і мають готовність надати допомогу. При цьому сама хвора людина часом не хоче прийняти запропоновану їй допомогу, оскільки знаходиться в стані заглибленості в свої переживання. Надсильні і болісні переживання руйнують уявлення про безпечне існування і є психологічною травмою, яка може тривати довгі роки і носити руйнівний характер для психіки і здоров'я людини (Русина, 2002).

Методологія та методи. Використовуючи тестові методики, ми маємо змогу продіагностувати психологічні аспекти соціальної адаптації жінок хворих на онкологію. Для нашого дослідження ми обрали методики «Вивчення особистісної ідентичності» та «Вивчення професійної ідентичності» Л.Б. Шнейдер, опитувальник «Шкала самотності» Д. Рассела, Л. Пепло, М. Фергюсона; «16-ти факторний особистісний опитувальник Р.-Б. Кетелла»; *статистичні* – порівняльний аналіз, коефіцієнт лінійної кореляції Пірсона.

Вивчення особистісної ідентичності досліджувалося за допомогою методики Л.Б. Шнейдер «Вивчення особистісної ідентичності».

У порівнянні ситуації норми та ситуації онкологічної хвороби ми бачимо, що хворі на онкологію у ситуації стикання з хворобою опиняються під впливом внутрішнього психологічного тиску і формують, у 20% нашої вибірки, **«Дифузну ідентичність»** – це такий статус ідентичності, при якому не має твердих цілей, переконань і намагань їх сформувати. Критеріями розмитої (дифузної) ідентичності є:

- середній ступінь задоволення собою і своїми можливостями, сумніви у здібностях викликати у інших повагу;
- сумніви в цінності самостійності особистості, втрата інтересу до свого внутрішнього миру;
- ригідність (Я-концепції) відсутність намагання змінюватися на тлі загального позитивного відношення до себе;
- уявлення про те, що своя особистість, характер і діяльність здатні викликати презирство, непорозуміння, засудження;
- присутність внутрішніх конфліктів особистості, сумніви, незгідність з собою, низька самооцінка, що приводить до сумніву у своїй здатності щось змінювати або здійснювати;
- самозвинувачування, готовність поставити себе в провину усі промахи та невдачі.

«Мораторій ідентичності» мають 35% хворих та 50% здорових досліджуваних нашої вибірки. Це статус ідентичності, завдяки якому людина знахо-

диться у стані кризи ідентичності та активно намагається вирішити його, випробовуючи різноманітні варіанти.

«Досягнутій позитивній ідентичності» відповідають 15% хворих та жодного відсотка здорових досліджуваних. Критеріями даної категорії є уявлення про те, що особистість, характер і діяльність викликають у інших повагу, симпатію і розуміння; відчуття цінності самостійної особистості та одночасно вартістю свого «Я» для інших; висока самооцінність і енергетика; впевненість у собі при внутрішній напрузі; потяг відповідати ідеальному уявленню про себе.

«Псевдоідентичність» мають 30% хворих та 50% здорових досліджуваних нашої вибірки. Стабільне заперечення своєї унікальності чи навпаки, її амбіційне підкреслювання з переходом в стереотипію, також порушення механізмів ідентифікації і ізоляції у напрямку гіпертрофованості, ригідності «Я-концепції», болісне сприйняття критики у свою адресу, низька рефлексія.

Наступним напрямом нашого дослідження було вивчення рівня професійної ідентичності. «Дифузну ідентичність» мають 15% хворих та жодного відсотка здорових досліджуваних; «Мораторій ідентичності» мають 65% хворих та 70% здорових осіб нашого дослідження; «Досягнуту позитивну ідентичність» мають 10% хворих та 20% здорових жінок нашого дослідження; «Псевдоідентичність» мають 10% хворих та 10% здорових досліджуваних.

Рівень самотності досліджено за допомогою опитувальника «Шкала самотності» Д. Рассела, Л. Пепло, М. Фергюсона. За допомогою методів математичної статистики були підраховані результати дослідження.

Аналіз зміни стилю міжособистісних відносин в ситуації онкологічного захворювання показав, що хворі, на відміну від здорових жінок, які мають 100% «низький» рівень самотності, мають «високий» та «середній» рівні самотності, і лише 50% хворих мають «низький» рівень самотності, що дозволяє нам казати про зниження активності в соціальній взаємодії та появи пасивного підпорядкування в суспільстві. Жінку з онкологічною патологією, яка знаходиться на лікуванні, виключено з соціальної взаємодії; вона не показує активності в міжособистісних відносинах, пасивно сприймаючи існуючу ситуацію, тому що основна увага її спрямована на внутрішні страждання.

Такі зміни в ідентифікації стилю відносин з оточуючими супроводжуються змінами в досвіді нинішнього моменту ставлення до майбутнього, як до особистої складової соціальної ідентичності.

За допомогою опитувальника Р. Кеттела було оцінено розвиненість особистісних якостей, сформованих 16 факторами. Аналізуючи отримані результати, ми визначили ряд особливостей у відсотковому розподілі тестових оцінок за шкалами тесту 16-PF Кеттела між хворими на онкологію жінками та здоровими жінками. Значення, які ми отримали за фактором А (замкнутість – товариськість) дозволяють нам

говорити про наявність у хворих секретності, ізоляції, недовірливості, замкнутості, критичності, схильності до зайвої строгості в оцінці людей. Труднощів у налагодженні міжособистісних прямих контактів.

Отримані нами значення за фактором F (стриманості – експресивності) говорять про тенденцію до занепокоєння з приводу майбутнього, песимізму в сприйнятті реальності, стриманості у прояву емоцій.

Фактор H (боязкість – сміливість), у онкологічно хворих, згідно нашого дослідження, високі показники (50%), що дає нам змогу підкреслити наявність у хворих почуття особистої неадекватності і неповноцінності, самозасудження, почуття занепокоєння в міжособистісних взаємодіях. Крім того, для досліджуваних з високими показниками з цього фактору можуть бути притаманне загострене відчуття усвідомлення власного «Я».

Отримано значні відмінності за фактором L (довірливість – підозрілість), де у онкологічно хворих, згідно нашого дослідження, високі показники (90%), дають нам змогу побачити, що хворим на онкологію жінкам притаманні: обережність, егоцентричність, настороженість по відношенню до людей, схильність до ревностей, зобов'язання привласнити відповідальність за помилки на оточуючих, роздратованість, обережність в діях, занурення в особисте «Я».

Фактор M (практичність – мрійливість). У нашому дослідженні низькі показники з цього фактору мають 70% хворих. Даний показник може вказувати на те, що людина зберігає присутність духа в крайньому випадку, практична, керується можливим, хвилюється про те, щоб робити правильні речі.

Фактор Q4 (розслабленість – напруженість). Велика кількість, а саме 90% наших досліджуваних, хворих на рак, дали низькі показники з цього фактору, що свідчить нам про їх апатичне ставлення до життя, низький рівень мотивації.

Отримані показники дають нам змогу говорити про зміну емоційного фону пацієнток з злорадними пухлинами у негативному напрямку, про зміни в емоційній сфері особистості, зміни когнітивних уявлень, загальну пасивність у поведінці.

При обробці отриманих даних ми обрали та використали кореляційний аналіз за формулою К. Пірсона. За допомогою вище означуваного коефіцієнта кореляції нами було визначено статистично значимі кореляції між шкалами тестів: «Вивчення особистісної ідентичності», «Вивчення професійної ідентичності» (за Л.Б. Шнейдер) та опитувальником «Шкала самотності» Д. Рассела, Л. Пепло, М. Фергюсона і особистісними факторами (за Р. Кеттелом), тобто визначено значення ступеня лінійної залежності між отриманими змінними.

У нашому дослідженні показник E «підпорядкованість – домінантність» ($r = 0,429$) позитивно корелює з професійною ідентичністю Отже, чим вища схильність до домінування тим вищий ступень самостійності, незалежності, наполегливості, самовпевненості, іноді конфліктності, агресивності, схильності до

авторитарності поведінки, відмови до визнання зовнішньої влади, впертості.

Показник М «практичність – мрійливість» позитивно ($r = 0,463$, $p < 0,01$) корелює з професійною ідентичністю у працівників лікарні, що є проявом занурення у внутрішній світ, спробою втекти з реальності, поглинанням у свої ідеї, мрійливістю, відсутністю практично підходити до вирішення питань.

Показник N «прямолінійність – дипломатичність» ($r = 0,631$ у працівників лікарні та $r = 0,453$ у хворих) позитивно корелює з професійною ідентичністю. Цей фактор орієнтований на вимір відношень особистості до людей та навколишньої реальності. Отримані нами показники, як у здорових, так і у хворих жінок, свідчать про уміння вести себе в суспільстві, знаходити вихід із складних обставин, про дипломатію в спілкуванні, обережність, хитрість, розсудливість.

З нашого дослідження ми можемо побачити, що показник E «підпорядкованість – домінантність» у хворих негативно корелює зі «Шкалою самотності» ($r = -0,639$), а це свідчить нам про такі психологічні особливості хворих на онкологію жінок, як м'якість, тактовність, люб'язність, часто залежність, визнання своєї провини, прагнення до нав'язливої прихильності, до правильності правил, скромності, нахилу легко виходити з рівноваги. Ця пасивність є часткою невротичного синдрому пов'язаного з переживаннями людини кризи, яку спровокувало важке захворювання.

Показник C «низька нормативність поведінки – висока нормативність поведінки» ($r = -0,574$) негативно корелює зі «Шкалою самотності». Такі показники свідчать нам, що хворі жінки емоційно нестабільні, імпульсивні, знаходяться під впливом почуттів. Вони легко роздратовуються з причини яких-небудь подій чи людей, не задоволені власним життям, нестійкі в інтересах, змінні в настрої. У особистості з такими показниками низька толерантність до фрустрації.

Показник O «спокій – тривожність» ($r = 0,471$, $p < 0,01$) позитивно корелює зі «Шкалою самотності». Отже, більшість досліджуваних, що є хворими на рак, тривожні, стурбовані люди. Вони неспокійні, уразливі, депресивні, іпохондричні, у них переважає поганий настрій, похмурі почуття і роздуми. Такі люди схильні до очікування поганого від життя, чутливі до схвалення інших, мають велике почуття провини та невдоволені собою, відчуваючи, що їх, в стані хвороби, не приймає соціум.

Показник Q1 «консерватизм – радикалізм» негативно корелює зі «Шкалою самотності» ($r = -0,599$). Такі показники є свідченням, що наші досліджувані мають переконання, що все, чому їх навчали є правильним і приймають все як перевірене, не звертаючи на протиріччя. Вони схильні до обережності і компромісу з приводу нових людей, схильні перешкоджати і протистояти змінам і відкласти їх. Консерватизм, стійкість до традицій, схильність до моралізації, орієнтація на конкретну реальну діяльність – такі риси притаманні цій категорії досліджуваних.

Показник Q3 «Низький самоконтроль – високий самоконтроль» негативно корелює зі «Шкалою самотності» ($r = -0,491$). Низькі показники за цим фактором дають нам змогу вважати, що жінки хворі на онкологію гінекологічного профілю, мають, в більшості випадків, слабку волю та низький самоконтроль. Їх діяльність є безладною та імпульсивною. Залежність від настрою, нездатність контролювати свої емоції, недисциплінованість, внутрішній конфлікт, не уважність – такі риси притаманні більшості хворим у нашому досліджуванні.

Результати та дискусії. Аналізуючи отримані результати, необхідно підкреслити, що жінки в ситуації онкологічного захворювання, які прийняли участь у нашому дослідженні, тільки нещодавно дізналися про своє захворювання. Тривалість захворювання з часу діагностики не перевищувала 6-ти місяців. Це дає нам змогу стверджувати, що в нашій групі досліджуваних процеси адаптації до нової соціальної ситуації тільки починаються. Особистість на початковому етапі онкологічного захворювання знаходиться в ситуації найбільшої фрустрації, що у подальшому може перейти в більш продуктивний досвід ситуації, пов'язаний з розробкою нових поведінкових стратегій. У теперішньому становищі ці тенденції є показником концентрації людей, хворих на онкологію, на даний момент, і бажання компенсувати його негативний колорит за допомогою посилення на ресурсні складові їхнього життєвого досвіду. Хворі свідомо знижують кількість соціальних зв'язків, оскільки вважають, що, у першу чергу, їх будуть розглядати з позиції їх хвороби і високої ймовірності летального результату. З іншого боку, хвороба змінює відношення до хворого з боку суспільства, людина стикається з боязким, а іноді негативним ставленням на онкологічно хворих, з цілою плеядою міфів, пов'язаних з «інфекційністю» та смертністю онкопатології. Це призводить до навернення людини до аналізу свого внутрішнього світу, який тягне за собою психологічні зміни соціальної адаптації хворих на онкологію жінок, завдяки динаміці семантичного змісту життєвої стратегії.

Висновки. За результатами нашого дослідження встановлено, що у жінок під час онкологічного захворювання порушується як біологічний аспект існування, так і соціальний контекст, в якому розгортається життя хворої людини. Порівнюючи ситуацію онкологічного захворювання з ситуацією норми, ми побачили, що хворі онкологічною хворобою оцінюють свій теперішній етап життя як негативний. Жінки, що опинилися в ситуації онкозахворювання, відчувають не тільки фізичні страждання, пов'язані з процесами терапії, соціальний дискомфорт, пов'язаний з порушенням соціальних відносин (сімейних, праці, суспільних), але і опиняються під впливом внутрішнього психологічного тиску. Наявність показників «дифузної ідентичності» за тестом «Вивчення особистої ідентичності» (20%) та «Вивчення професійної ідентичності» (15%) дає нам змогу побачити, що відбувається зменшення потреби в самореалізації, особистому зростанні та розвитку, що здаються незначними з погляду життєво важливої потреби.

Важливим є, що 45% досліджуваних жінок, з онкологічною патологією, мають середній та високий рівні самотності, що пов'язане з формуванням уявлення про онкологічне захворювання як кінцеву точку існування. Формується негативний погляд на майбутнє, яке сприймається з відсутністю сенсу. Разом з тим теперішнє розглядається як фаталістичне, що пояснюється впливом на свідомість хворої жінки соціальних міфів та стереотипів про захворювання на рак, як невиліковну і смертельну хворобу, що формує у людини картину безнадії власного існування.

Отримані значення за шкалами тесту 16-PF Кеттела між хворими на онкологію жінками та здоровими жінками дозволив виявити, що пацієнткам з злоякісними пухлинами властиве гіпертрофоване почуття провини, самодокір, депресія, підозрілість по відношенню до нових людей.

Отже, ми можемо підсумувати, що у хворих на онкологію жінок відбувається переосмислення особистого життя, що є етапом придбання нової ідентичності. Вже на початкових термінах захворювання починають простежуватися зміни в міжособистісних відношеннях та прийняття ролі хворої, що зменшує розуміння життя, дає негативний колір життєвій ситуації, звужує часові перспективи, змінює життєву стратегію в цілому. Зміна семантичних структур ідентичності проявляється в порушенні змісту майбутніх життєвих цілей, зменшення можливості розбудови майбутніх перспектив та особистого росту. У ситуації онкологічного захворювання відбувається порушення довжини часу та наступності подій життя, формується життєва перспектива з «фаталістичною» установкою в даний час.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Герасименко, В. Н., Тхостов, А. Ш. Психологические и деонтологические аспекты реабилитации онкологических больных. *Журнал клинической психоонкологии*. 2002. № 2. С.65 – 75.
2. Русина, Н. А. Эмоции и стресс при онкологических заболеваниях. *Мир психологии*. 2002. №6. С. 215 – 260.
3. Сотников, В. А. Клинико-психологический контур критической жизненной ситуации онкологического заболевания: теоретический аспект. *Научное мнение*. 2013. № 9. С. 236 – 241.
4. Федоренко, З. П., Гулак Л. О., Михайлович Ю. Й. Рак в Україні. 2014 – 2015 [Електронний ресурс] / ред. О. О. Колеснік. К. : Національний ін-т раку, 2016. Режим доступу: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_17/index.htm
5. Хомич, Г. О. Психологічна допомога онкохворим у процесі консультування. *Проблеми сучасної психології*. 2011. № 13. С. 596 – 605.
6. Юркова, Г. А., Романова О. В. Психологические особенности смысловой сферы онкологических больных. *Будущее клинической психологии*. Пермь, 2008. С. 89 – 94.
7. *Psycho-Oncology* / J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen, M. J. Loscalzo, R. McCorkle, P. N. Butow (Eds.). Oxford University press, 2015. 772 p. doi: 10.1093/med/9780199363315.001.0001
8. Rand, K. L. Banno, D. A., Shea, A. M., Cripe, L. D. Life and treatment goals of patients with advanced, incurable cancer. *Supportive Care in Cancer*. 2016. Vol. 24, Issue 7. – P. 2953-2962. doi: 10.1007/s00520-016-3113-6

REFERENCES:

1. Gerasimenko, V. N., Thostov, A.Sh. (2002) Psihologicheskie i deontologicheskie aspekty rehabilitacii onkologicheskikh bol'nyh [Psychological and deontological aspects of the rehabilitation of cancer patients]. *Zhurnal klinicheskoi psihoonkologii – Journal of Clinical Psycho-Oncology*, 2. С. 65-75 [in Russian]
2. Rusuna, N.A. (2002) Emotsii i stress pri onkologicheskikh zabolevaniiah [Emotion and stress during oncological diseases]. *Mir psihologii – World of psychology*, 5, С. 215-260 [in Russian]
3. Sotnikov V.A. (2013) Kliniko-psihiologicheskii kontur kriticheskoi zhyznennoi situatsyi onkologicheskogo zabolevaniia: teoreticheskii aspekt [Clinical psychological contour of critical life situation of cancer disease: theoretical aspect] *Nauchnoie mneniie – Scientific opinion*, 9, 236-241 [in Russian]
4. Fedorenko Z.P., Hulak L.O., Mykhailovych Yu.,Y. Rak v Ukraini [Cancer in Ukraine], 2014-2015 [web resource] / editor Kolesnik O.O., Kyiv, National institute of cancer [in Ukrainian].
5. Khomych H.O. (2011) Psihologichna dopomoha onkohvorym u protsesi konsul'tuvannia [Psychological help to cancer patients in the process on counseling] *Problemy suchasnoyi psihologii – Problems of modern psychology*, 13 С. 596-605 [in Ukrainian].
6. Yurkova G.A., Romanova O.V. (2008) Psihologicheskiie osobennosti smyslovoi sfery onkologicheskikh bolnyh [Psychological features of conceptual field of cancer patients] *Buduschieie klinicheskoi psihologii – The Future of clinical psychology*, Perm', 89-94 [in Russian]
7. *Psycho-Oncology* / J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen, M. J. Loscalzo, R. McCorkle, P. N. Butow (Eds.). Oxford University press, 2015. 772 p. doi: 10.1093/med/9780199363315.001.0001 [in English].
8. Rand, K. L. Banno, D. A., Shea, A. M., Cripe, L. D. (2016) Life and treatment goals of patients with advanced, incurable cancer. *Supportive Care in Cancer*, 24(7). 2953-2962. doi: 10.1007/s00520-016-3113-6 [in English].

Стаття надійшла до редакції 23.09.2019.
The article was received 23 September 2019.