

9. Завьялов В.Ю. Элементарный учебник дианализа. Кировоград, 2003. 480 с.
10. Щербина Л.Ф. Діаналіз: психотерапія як «розумне заняття». *Практична психологія та соціальна робота*. 2005. №12. С. 8-12.
11. Завьялов В.Ю. У смерті твої очі: дианаліз страхів. Новосибірськ, 2004. 280 с.
12. Щербина Л.Ф. Методологія психологічної допомоги. *Проблеми загальної та педагогічної психології. Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України*. 2007. Т. ІХ. Ч.7. С. 317–329.
13. Завьялов В. Ю. Смысл нерукотворный: Методология дианалитической терапии и консультирования. Новосибирск, 2007. 286 с.
14. Лосев А. Ф. Диалектика мифа / За ред. А.А. Тахо-Годи, В.П.Троицкого. Москва, 2001. 558 с.

ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ЖІНОК З ОНКОЛОГІЧНИМИ ХВОРОБАМИ

І. В. Сергет,

*аспірант кафедри загальної та соціальної психології
Херсонський державний університет*

В статті розглядаються аспекти соціальної адаптації хворих жінок з підтвердженим онкологічним діагнозом, соціально-психологічні особливості осіб цих хворих. 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. Рак для хворої людини – це одна з найскладніших, незрозумілих, таємничих і невизначених хвороб [3]. 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 [1]. 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. 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 [2]. Вони проявляються у вигляді душевного болю, який важко описати словами.

Екзистенційна самотність переплітається з соціальною ізоляцією: оточуючі люди 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 [1].

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.

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

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 відношень (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 нами значення за шкалами тесту 16-PF Кеттела між хворими на онкологію жінками та здоровими жінками дозволяють нам 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. Русина, Н. А. Эмоции и стресс при онкологических заболеваниях. *Мир психологии*. 2002. №6. С. 215-260.
2. 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
3. Юркова, Г. А., Романова О. В. Психологические особенности смысловой сферы онкологических больных. *Будущее клинической психологии*. Пермь, 2008. С. 89-94.
4. 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