

КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ТАРАСА ШЕВЧЕНКА
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ РОЗВИТКУ

ДИПЛОМНА РОБОТА:
**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ І КОПІНГ-ПОВЕДІНКИ
БАТЬКІВ ОНКОХВОРИХ ДІТЕЙ**
на здобуття освітнього ступеня «магістр»
зі спеціальності «психологія»

студентки ОКР «магістр»,
спеціальності «Психологія»
ОНП «Психологія дитинства та
сім'ї з основами психотерапії»
Кротовой Т.Х.
Науковий керівник:
кандидат психологічних наук
Крайніков Е.В.

Допустити до захисту в ЕК
кафедра соціальної психології
Протокол № _____ від _____
завідувач кафедри:
доктор психологічних наук, професор
Власова Олена Іванівна

(підпис)

КИЇВ – 2021

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕЖИВАНЬ І КОПІНГ-ПОВЕДІНКИ БАТЬКІВ ОНКОХВОРИХ ДІТЕЙ	
1.1. Важке захворювання дитини як психотравмуюча ситуація для батьків.....	8
1.2. Поняття і структура переживання.....	14
1.3. Співволодіння і копінг поведінка батьків онкохворих дітей.....	22
1.4. Осмислення життя в ситуації тяжкої хвороби дитини як особистісний ресурс і результат переживань дорослого.....	34
1.5. Індивідуальні характеристики, як особистісний ресурс батьків онкохворої дитини.....	37
Висновки до першого розділу	38
РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ І МЕТОДИ ПСИХОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ	
2.1. Організація проведення емпіричного дослідження.....	39
2.2. Опис вибірки випробовуваних.....	41
2.3. Методики емпіричного дослідження.....	45
Висновки до другого розділу.....	57
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ ТА ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ	
3.1. Емпіричне дослідження особливостей переживань та копінг-поведінки батьків в ситуації онкологічної хвороби дитини.....	58
3.2. Аналіз особистісних чинників копінг-поведінки та переживань батьків онкохворих дітей.....	77
3.3. Рекомендації до психологічного супроводу батьків онкохворих дітей....	93
Висновки до третього розділу	98
ВИСНОВКИ.....	99
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	102

ДОДАТКИ	111
---------------	-----

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Онкологічне захворювання дитини можна оцінити як подія, що має суб'єктивно високе значення для батьків, що виступає як важка життєва ситуація, відноситься до категорії психологічних обставин, що травмують, що виходять за рамки нормального людського досвіду і кардинально змінюють життя сім'ї [49]. Проблема психічної адаптації батьків до важкого захворювання дитини набуває в такій ситуації особливого значення, оскільки поведінка дорослого і його стан багато в чому позначається на психофізіологічному і психоемоційному стані дитини і в якійсь мірі навіть на перебіг хвороби.

У зв'язку із зростанням онкозахворювань в нашій країні виникає необхідність психологічного аналізу адаптивних можливостей батьків онкохворих дітей, розкриття закономірностей породжуємою ними самими власної активності і регуляції своєї життєдіяльності в ситуації, що склалася [7].

Також представляє інтерес дослідження особистісних ресурсів батьків, які сприяють ефективному і продуктивному подоланню важкої життєвій ситуації у зв'язку з онкологічним захворюванням дитини. Адже важке захворювання дитини вимагає від батьків актуалізації всіх фізичних і психологічних ресурсів для ефективного функціонування і надання адекватної допомоги своїй дитині. Оскільки «найчастіше сім'я є для дитини основним джерелом підтримки, тому так важлива мобілізація ресурсів членів сім'ї» [5].

Поняття «переживання» відноситься до базових категорій психології, але при цьому немає його чіткого визначення (Л. Виготський; В. Петровський; С. Рубінштейн; М. Ярошевський та ін.). У сучасній психології «переживання» розглядається і як елемент емоційного життя - психічний стан, сукупність відчуттів, емоцій, почуттів, афектів виникають значною і проблемної для людини ситуації [23, 28], і як спосіб буття людини в світі, внутрішній досвід [45], і як робота свідомості по смислотворінню в критичних ситуаціях (в

ситуаціях "неможливості" жити і реалізовувати свої потреби) [12, 71], і як психічний феномен, що включає в свою структуру: емоційні, когнітивні, тілесні, просторові, тимчасові, інформаційні, енергетичні, психосемантична і інші характеристики [69].

Зокрема, в сучасній психології залишається маловивченим питання про зв'язок різних структурних компонентів переживання і копінг-поведінки. Що є важливим, тому що людина реагує на ту ситуацію, яка складається в його свідомості, і іноді від суб'єктивної оцінки ситуації залежить логіка її розвитку [70].

Немає єдиного розуміння впливу на переживання і копінг-поведінки батьків при онкологічних захворюваннях дитини таких факторів як стать, вік, освіта, наявність-відсутність роботи, соціальної активності, хобі, місця проживання і т.д.

Ситуацію, пов'язану з прогресуючим захворюванням дитини, з можливим несприятливим прогнозом для його життя, можна визначити як травматичну, збуджуваючу психологічну напругу, з високим ступенем невизначеності [39, 78, 91]. З боку дослідників, як західних, так і вітчизняних, визнається необхідність адаптації батьків до даної складної життєвої ситуації, надання їм психологічної допомоги. При цьому важливо ставити акцент на створенні умов для усвідомлення особистістю необхідності нових шляхів і способів існування [78]. Необхідна також «... підтримка або посилення почуття осмисленості» [39, с.327].

Таким чином, актуальність дослідження зумовлена необхідністю розширити уявлення про особистісні реакції, особливості переживання батьками онкохворих дітей і їх взаємозв'язки з копінг-поведінкою, виявити фактори, що впливають на них. Ці знання також будуть сприяти визначенню основних точок психотерапевтичної допомоги батькам онкохворих дітей.

Об'єктом дослідження є переживання, об'єктивні характеристики ситуації, копінг-поведінка батьків онкохворих дітей та їхні особистісні

характеристики.

Предметом дослідження є структура переживань, копінг-поведінка, взаємозв'язок переживань об'єктивних характеристик ситуації з копінг-поведінкою батьків, обумовленість переживань і копінг-поведінки особистісними якостями.

Гіпотези дослідження:

Ми виходили із загального припущення про те, що переживання та копінг-поведінка батьків у важкій життєвій ситуації пов'язані між собою та обумовлені низкою об'єктивних факторів ситуації, а також співвідносяться із суб'єктивними характеристиками та особистісними особливостями її учасників.

1. Переживання дорослих онкохворих дітей та їх копінг-поведінка пов'язані з особистісними особливостями. Зокрема, екстраверсія-інтроверсія та нейротизм по-різному впливають на переживання та вибір копінг-стратегій. Свідомість життя взаємопов'язана знаком переживань і пов'язана з копінг-стратегіями.

2. Об'єктивні характеристики ситуації, соціально-економічні, статеві і вікові характеристики дорослих впливають на вибір копінг-стратегій та пов'язані з поточним емоційним станом,

3. Сприятливий емоційний стан сприяє вибору конструктивних копінг-стратегій.

Мета дослідження - з'ясувати та емпірично дослідити психологічні чинники переживань і копінг-поведінки батьків онкохворих дітей.

Для досягнення мети були висунуті наступні **завдання** дослідження:

1. Провести теоретичний аналіз переживання та проблеми копінг-поведінки при ситуаціях невизначеності.

2. Організувати та провести емпіричне дослідження.

3. Проаналізувати та проінтерпретувати отримані результати.

4. Навести рекомендації щодо психологічного супроводу батьків при

онкологічних захворюваннях дітей.

Теоретико-методологічну основу роботи складають принципи: психологія життєвої кризи (R. Lazarus і S. Folkman, К. Титаренко, Є. Трифонова, Н. Белорукова, І. Булах, Л. Вассерман, Т. Крюкова та ін.); транзактна концепція стресу-копінга (R. Lazarus і S. Folkman, Є. Ісаєва, О. Ігумнова Н. Родіна та ін.); психологія переживання (В.Ф. Василюк, Є. Ільїн, Т.Кириленко, Р. Лейнг та ін.); хвороба дитини, як модель важкій життєвій ситуації (R. Hodapp, Є. Белінська, Ю. Чепик, Н. Мазурова, Е. Корінь та ін.); дослідження ціннісно-сислової сфери (В. Франкл, А. Ленглі, Д. Леонтьєв, Є. Єрмакова та ін.).

Методи дослідження. В емпіричній частині роботи застосовувалися наступні методики: 1) для дослідження переживань дорослих, пов'язаних з тяжкою хворобою дитини використовувалися методика «САН», в модифікації В.А. Доскіна; методика «Самооцінки емоційних станів» А. Уесмана, Д. Рікса; авторська анкета для виявлення об'єктивних складових ситуації, пов'язаної з онкозахворюванням дитини; 2) для дослідження впорающої поведінки використовувався тест копінг-стратегій Лазаруса «Стратегії впорающої поведінки» (СВП) в адаптації Л. Вассермана, Є. Трифоновой; 3) для дослідження особистісних ресурсів дорослих застосовувалися особистісний опитувальник Г. Айзенка під редакцією А.Г. Шмельова і В.І. Похилько; тест Сисложиттєвих орієнтацій (СЖО) в адаптації Д.А. Леонтьєва.

Для статистичної обробки отриманих результатів використовувався програмний пакет SPSS 17.0 Statistics for Windows.

Емпірична база дослідження: у дослідженні взяли участь батьки онкохворих дітей, що знаходяться на лікуванні в стаціонарі Національного інституту рака і під опікою Благодійного Фонду «Запорука» у реабілітаційному центрі «Дача» (місто Київ).

Надійність і достовірність результатів забезпечені теоретичною і методологічною обґрунтованістю роботи; наявністю вибірки випробовуваних

(б1людина); кількісним і якісним аналізом отриманих даних з використанням сучасних статистичних процедур; застосуванням взаємодоповнюючих методів дослідження, адекватних меті та завданням роботи.

Практична значимість роботи. Отримані дані можуть бути використані в диференціальній і клінічній психології, в процедурах професійного консультування. Зокрема, дозволяють визначити напрямки психологічної та організаційної роботи з батьками онкохворих дітей, які перебувають на лікуванні в Національному інституті раку чи під опікою реабілітаційного центру «Дача», та можуть бути використані для розробки програм психологічної допомоги батькам та сім'ям онкохворих дітей.

Структура та обсяг дипломної роботи: Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (100 найменувань, із них 17 англійською мовою), 1 додатку на 2 сторінках. Загальний обсяг дипломної роботи становить 112 сторінок. Основний зміст викладено на 101 сторінці комп'ютерного тексту. Дипломна робота ілюстрована 14 таблицями, 6 діаграмами та 8 малюнками.

РОЗДІЛ І. АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕЖИВАНЬ І КОПІНГ-ПОВЕДІНКИ БАТЬКІВ ОНКОХВОРИХ ДІТЕЙ

1.1. Важке захворювання дитини як психотравмуюча ситуація для батьків

Для батьків онкохворої дитини наявність захворювання і сам діагноз стають надзвичайними життєвими обставинами. Дана психотравмуюча ситуація зачіпає сферу індивідуальних особистісних і сімейних цінностей, відносини з дитиною, як об'єктом надцінної прихильності. Несприятливий прогноз дитячого життя стає катастрофою життєвих планів і надій, а тривалі

важкі емоційні переживання в зв'язку з цим, на думку ряду авторів, призводять до розвитку глибокого стресу [5]. У той же час, багато дослідників відзначають, що прояв стресу у батьків в даній ситуації є нормальним, особливо на ранніх етапах лікування, і багато в чому визначається складністю і реальною вагою діагнозу, перспективами лікування і виживання дитини [10, 27]. За зауваженням ряду авторів, важка хвороба дитини неминуче призводить до реконструкції планів членів сім'ї, а також перспектив, пов'язаних з власним майбутнім і майбутнім дитини. Тяжкість дитячої хвороби впливає на психологічний стан і поведінку батьків, відбувається переоцінка життєвого сенсу і цінностей, порушення безперервності внутрішнього існування і цілісності душевного життя» [6]. Таким чином, в даній ситуації життєві установки у батьків онкохворої дитини можуть зазнавати істотні зміни і однією з можливих тенденцій, що активізуються у людини в такій ситуації, є посилений пошук сенсу життя.

Літературний аналіз показує, що результати вивчення поведінкових реакцій, переживань і емоційних станів батьків дітей з важкими або загрозливими для життя захворюваннями, більшою мірою представлені в роботах західних фахівців і щонайменше в роботах вітчизняних авторів. «У сучасних зарубіжних дослідженнях акцент зроблено на вивченні стратегій впорядуючої поведінки в ситуації хронічного стресу, виявленні програм допомоги батькам» (цит. за: [77] С.64-65). В вітчизняних роботах основним предметом дослідження з подолання ситуації важкої хвороби є: життєстійкість сім'ї до соціальних стресів; стратегії співволодіння поведінки в специфічних життєвих ситуаціях; особистісні характеристики батьків хворих дітей; фактори, що впливають на стан і прогноз лікування дитини.

В даний час у вітчизняній психології переважають психолого-педагогічні, медико-психологічні дослідження [16], в яких основна роль відводиться виявленню особливостей поведінки і його корекції у самих пацієнтів, і відчувається брак праць про особливості переживання і

співволодіння поведінки здорових членів сім'ї.

У зарубіжних і у вітчизняних дослідженнях все ще залишаються недостатньо вивченими соціально-психологічні фактори, що впливають на стилі саморегуляції поведінки батьків в різних ситуаціях, пов'язаних з важким захворюванням дитини [65].

У літературі ситуація онкозахворювання дітей визначається як глибоко травмуюча, що виходить за рамки нормального людського досвіду і кардинально міняє життя сім'ї. Так, Н.В. Мазурова [48] визначає феномен «сім'я хворої дитини» як нестабільну систему, на яку впливає сильний хронічний сімейний стресор, що володіє властивістю змінності і викликає проксимальні (розлади в подружній парі; виражений емоційний дискомфорт членів сім'ї) і позасімейні (погіршення матеріального становища, хронічні стресові відносини з особами поза сім'єю) фактори ризику. О. Черненко [78] зазначає, що крім соціально-психологічних, економічних, психолого-педагогічних проблем, специфіка даної ситуації в психологічному аспекті представлена в тому, що не тільки її виникнення мало залежить від поведінки людини, але і прогнозування, планування майбутнього стає досить проблематичним. Ця ситуація, як і всі життєві ситуації, які пов'язані з подоланням труднощів і невизначеністю, може призводити до посилення або ослаблення адаптаційних процесів, і перш за все, у матерів, які несуть на собі основне психосоціальне навантаження.

Звістка про важку хворобу дитини визначається як подія, що несе в собі «трагедію», «катастрофу» [5, 27, 35, 42 та ін.]. Є. Белинська [5] визначає визнання батьками важкого діагнозу дитини - екстремальною подією, винятковою за своєю травмуючою силою. S.E. Hobfoll [92] зауважує, що дана ситуація, яка не піддається контролю, викликає почуття безпорадності, втрату психічної енергії, розвиток психосоматичної втоми («виснаження»), посилення дратівливості і тривожності, що не дивлячись на мобілізацію захисних сил організму, призводить до виснаження запасів енергії і ресурсів.

Н.В. Мазурова [48] говорить про те, що факт порушення здоров'я дитини викликає у батьків гостру емоційну відповідь. Часто наслідками хвороби стають зниження матеріального благополуччя сім'ї і порушення контактів зі звичним соціальним оточенням. Постійний страх за життя дитини та її розвиток деформують всю систему сімейних та дитячо-батьківських відносин.

У вітчизняній психології ситуація онкологічного захворювання з психологічної точки зору розглядається як екстремальна і як кризова [43]. Т. Титаренко [66] зазначає, що онкологічне захворювання, як і будь-яка інша серйозна хвороба, являє собою критичну життєву ситуацію, яка може бути кваліфікована як криза, що виникає в житті хворої дитини і його сім'ї та змушує кожного з них проявляти активність з метою пристосування до нових умов (госпіталізація і лікування). А також необхідність підготовки до можливих змін в майбутньому. Є.П. Белінська приносить ряд досліджень, які підтверджують «наявність важких емоційних переживань у родичів онкохворих (страх можливої власної смерті; гнів на долю, відчуття несправедливості світу; власна провина), що може доповнюватися відчуттям власної безпорадності, безсиллям, почуттям відчаю, образою на себе самого» [5]. Е.В. Корінь, С.Н. Масіхіна [34] говорять про те, що опиняючись в даній ситуації, батьки онкологічно хворих дітей, стикаючись з постійними стресами, можуть розвивати клінічно виражені форми дезадаптивного реагування, що вимагають не тільки психологічного, а й психіатричного втручання. А.Р. Кудрявіцькій, А.Є. Хаїн, Н.В. Кліпініна [30] визначають ситуацію смертельно загрозової хвороби дитини, як ситуацію, яка призводить до труднощів адаптації, до змін життєвого укладу, кола спілкування, розлуці з частиною сім'ї, яка залишилася вдома, а також почуття провини за хворобу дитини, підвищену тривожність і відчуття втрати контролю над власним життям.

Стикаючись з важкою хворобою дитини, батьки формують різне ставлення до ситуації, що склалася. Так, Ю. Чепик [77] виділяє три типи реакції батьків: «Панічне безсилля», «Витіснення», «Відхід у хворобу».

А. Федорова, О. Черненко [70] виділяють чотири реакції батьків на хворобу дитини: 1) прийняття реальної ситуації і активність в її подоланні; 2) панічне безсилля; 3) витіснення; 4) зануренням у хворобу.

Дослідження Н. Мазуровой [48] показали, що в початковій стадії хвороби з боку батьків спостерігається гіперопіка, на стадії середньої інтенсивності настає індиферентне, тобто байдуже ставлення батьків до хвороби. При вираженому ступені хвороби також стає переважаючою гіперопіка з боку батьків, що пов'язано, на думку дослідника, з важким станом дитини і почуттям провини з боку батьків.

Ю. Чепик [76] виділяють три основні типові сімейні ситуації, що виникають у зв'язку з важким захворюванням у дитини: реалістичний підхід (занепокоєння батьків не є патологічним, адекватні відносини між членами сім'ї, збереження і підтримання відносин з дитиною); песимістичний підхід (відбувається втрата батьками життєвих інтересів, можлива надмірна фіксація на здорову дитину і відкидання хворої дитини; стан хронічної емоційної втоми і напруги; необгрунтовано оптимістичний підхід (ігнорування серйозного захворювання, часто прагнення змінити лікаря або клініку).

Сім'ї, що знаходяться в умовах життязагоржуючого захворювання дитини, мають свої психологічні особливості. Т. Ларіна [40] пише про зниження життєстійкості (залученості, контролю, прийняття ризику); зниженні сімейної згуртованості і адаптації (відповідальність за стан сімейної системи приписується або хворій дитині, або одному з батьків); зниженні психоемоційного стану сімейної системи в цілому.

Виділяються наступні проблеми, з якими стикаються сім'ї тяжко хворої дитини:

1. Психологічні проблеми. Реакції членів сім'ї на діагноз і прогнози лікування; емоційне проживання батьками стадій захворювання дитини; проблема адаптації [75]. Н. Мазурова [47], в даному контексті зазначає, що в міру погіршення стану хворої дитини відзначається наростання психологічних

і соціальних проблем у братів і сестер.

2. Соціально-економічні проблеми. У рідкісних випадках обидва батьки спроможні зберегти постійну роботу (в цьому випадку догляд за дитиною здійснюють близькі родичі або люди за наймом, які виконують цю роботу за гроші). Лише незначна кількість родичів мають можливість виділяти час на улюблені види діяльності, відбувається різке звуження кола спілкування [47]. Є.П. Белінська [5] підкреслює, що більшість сімей, що мають в своєму складі онкохворого, стикаються з різким зниженням якості життя в поєднанні з необхідністю продовжувати догляд і одночасно примножувати джерела заробітку. Понад чверть людей, в даній ситуації, були змушені кинути роботу і внести значні зміни у звичний уклад свого життя; третину родичів втратили майже все або більшу частину своїх заощаджень і повідомили про втрату основного джерела доходу [94].

3. Духовні проблеми. Екзистенційні переживання хвороби, страждань і майбутньої втрати, пошук сенсу власних страждань. [8, 20].

Поєднання необхідності підтримки емоційного благополуччя хворого з відчуттям власного фізичного і емоційного виснаження призводить до страхів погіршення власного здоров'я і турботі про те, що рано чи пізно вони не зможуть належним чином дбати про близьку людину [85]. Ці дані також підтверджуються випадками з практики при роботі з батьками в реабілітаційному центрі. Батьки часто виявляють занепокоєння: «Я побоююся померти, і залишити свою дитину одного», «Коли я помру, моя дитина може залишитися один», «Я побоююся, що не встигну допомогти своїй дитині, що не все встигну» і т.д.

Таким чином, варто відзначити, що онкозахворювання дитини можна визначити як травматичну ситуацію, що викликає психологічну напругу, оскільки висока частка невизначеності в усьому - одна з основних характеристик даної ситуації. Життязагрозуюче захворювання дитини піднімає проблему адаптації членів сім'ї до ситуації, що склалася, прийнятті

думки про можливу його втрату, надання допомоги після смерті дитини. Близькі важкохворої дитини потребуватимуть раціонального осмислення ситуації, що склалася, побудові моделі майбутнього, а також підтримки у виявленні і усвідомленні нових смислів життя. У той же час, надання підтримки батькам буде включати і психологічну допомогу хворій дитині, оскільки найчастіше сім'я є для дитини основним джерелом захисту. Саме сім'я є «посередником» між медичним персоналом і хворою дитиною, сім'я забезпечує виконання всіх необхідних приписів лікарів. Важливо, що адекватну допомогу дитині можуть надавати тільки родичі, що знаходяться в стабільному емоційному стані, які усвідомлюють потреби дитини і володіють навичками його виховання і розвитку. Тобто, потреби батьків та мобілізація їхніх ресурсів будуть мати велике значення в даній ситуації.

У літературі зазначається, що знання про процеси та явища, що відбуваються в сім'ї тяжкохворої дитини, можна віднести до розряду найбільш затребуваних. Чітка інформація і логічна побудова концепції професійного супроводу такої родини будуть сприяти системному погляду на проблеми сім'ї, яка опинилася в даній важкій життєвій ситуації, а також формуванню у фахівців толерантності до складнощів і емоційних проблем батьків хворої дитини [75].

1.2. Поняття і структура переживання

Переживання (англ. feeling, experience, living through) – один з найскладніших психологічних конструктів, наслідком чого є одночасне існування ряду трактувань. Найчастіше в розумінні переживання підкреслюється його емоційна забарвленість, безпосередня представленість у свідомості суб'єкта і пов'язаність з подіями особистого життя. Ф. Василюк розуміє переживання як особливу форму діяльності, що виникає в ситуаціях неможливості досягнення суб'єктом провідних мотивів і планів його життя,

краху ідеалів і цінностей, результатом якої є перетворення психічної реальності, акцентуючи значення «пережити» [12]. Є. Ільїн говорить про те, що переживання пов'язані зі свідомістю і є відображенням у свідомості відчуттів і вражень, що фактично ототожнює поняття «емоція» та «переживання» [28]. Переживання протиставляється об'єктивному знанню як «особливе, суб'єктивне, упереджене відображення, причому відображення не навколишнього предметного світу самого по собі, а світу, взятого по відношенню до суб'єкта, з точки зору що надаються ним (світом) можливостей задоволення актуальних мотивів і потреб суб'єкта» [28, с.10]. А. Корнієнко представляє переживання «як відображення значущості усвідомлюваного» [31]. На його думку образ, що виникає в психіці, є результатом емоційно процесу і змістом цього способу буде не об'єктивна властивість об'єкта чи явища дійсності, а його суб'єктивна значимість.

Ф. Василюк виокремлює, що світ суб'єктивних людських переживань в класичній психології розглядався спочатку як внутрішній і не має ніякого зв'язку із зовнішньою предметною діяльністю. Вирішальний крок у подоланні розриву між зовнішнім і внутрішнім був зроблений Л.С. Виготським, А.В. Запорожцем, А.Н. Леонтьєвим, А.Р. Лурією, С.Л. Рубінштейном та їх учнями і послідовниками, які розробили методологічні положення про те, як будувати діяльнісну теорію людських емоцій і переживань [12].

Особливе місце в розробці психології переживання займають роботи Ф.В. Бассина, який істотно розширив межі даного поняття зближенням його з «великою і неоднорідною масою феноменів і механізмів» Серед них «комплекс неповноцінності» А. Адлера, ефект «незавершеності дії» Б. Зейгарник, механізм «зрушення мотиву на мету» А. Н. Леонтьєва та т. д. [12, с.10].

На базі діяльнісного підходу Ф.Е. Василюк розглядає переживання як особливу форму діяльності, спрямовану на відновлення душевної рівноваги, втраченої свідомості існування. Введене їм поняття (переживання - діяльність)

він розглядає як самостійне і незалежне. Продуктом роботи переживання в такому контексті є внутрішнє і суб'єктивне - душевна рівновага, осмисленість, умиротворення, нова ціннісна свідомість і т.д. Автор виділяє чотири принципи, на яких базуються процеси переживання: задоволення, реальність, цінність і творчість. «Людина завжди сама і тільки сама може пережити події, обставини і зміни свого життя, які породили кризу. Ніхто за неї цього зробити не може» [12, с.10]. На думку автора, справжня проблема, що стоїть перед людиною, яка знаходиться у критичній ситуації або ситуації «неможливості», полягає не в усвідомленні або виявленні її прихованого змісту, а в її творенні, в смислопородженні, смислобудівництві. Саме загальна ідея виробництва сенсу дозволяє, з його точки зору, говорити про переживання як про продуктивний процес і особливу роботу. На відміну від емоції переживання може здійснюватися і в феноменах мислення (раціоналізація), і в феноменах сприйняття (психологічного захисту), і феноменах уваги (захисне перемикання) і ін.

Схожої розширювальної позиції в розумінні переживання дотримуються і деякі західні дослідники, підкреслюючи, що переживання як центральна одиниця феноменологічного аналізу включає в себе не тільки емоції, але і спогади, думки, уявлення, інтерпретації, які відповідають когнітивним характеристикам конструкту [92].

Ряд дослідників підкреслюють і інші функції переживання як елемента психічного життя. Так, адаптаційну функцію переживання підкреслює О.С. Никольська, звертаючись до ідей К.Г. Юнга і Л.С. Виготського. Вона виділяє, що і у К.Г. Юнга, і у Л.С. Виготського, що переживання лежить в основі організації свідомості [56]. Тобто, його можна визначити як різнорівневу, цілісну живу систему, яка організовує адаптивну поведінку. На різних рівнях свідомості з фону вичленюються різні фігури значущого в світі. Формотворчим центром стають різні психічні функції, використовуються різні когнітивні коди, за допомогою яких шикуються абсолютно не схожі один на

одного картини світу, що відрізняються навіть просторово-часовими відносинами.

З точки зору Л.Р. Фахрутдінової, «Переживання є одним з основних елементів психологічного механізму свідомості суб'єкта. Воно як структурний елемент входить в свідомість і перебуває в самої підставі ментальних механізмів функціонування і розвитку людської психіки [69]. Досліджуючи структурно-динамічну організацію переживання, вона виділяє в ньому просторові (глибина, широта, обсяг та ін.), тимчасові (протяжність, тривалість, темп, насиченість подіями і ін.), інформаційні (суб'єктивна значимість, акомодативні потенціал одержуваної інформації та ін.), енергетичні (сила, інтенсивність та ін.), тілесні (самовідчуття проприо-, екстра, інтерорецепторів), емоційні (емоційні процеси), когнітивні (образи, асоціації, думки, інсайти, спогади та ін.), психосемантичні (оцінка, активність, впорядкованість і ін.) характеристики, а також відносини між характеристиками переживання.

Представники екзистенційного напрямку розглядають переживання як спосіб буття людини у світі, як цілісний внутрішній досвід у безпосередній даності свідомості [45, 48]. Життєвий світ, на їхню думку, як абсолютна даність швидше переживається, ніж осмислюється людиною. Приходячи в цей світ не з власної волі, людина переживає його. Переживання в такому його розумінні є «точкою перетину» зовнішнього та внутрішнього світів», особливою формою активності суб'єкта, що дозволяє в критичній життєвій ситуації перенести важкі події, набути завдяки переоцінці цінностей, свідомості існування.

З точки зору практичних психологів, в психотерапевтичному контексті переживання є вираз глибинних особистісних смислів, що виявляється на всіх рівнях психіки: несвідомому, свідомому і надсвідомим. Воно полімодально, часто перетинається з соматичними відчуттями. Людина безпосередньо ідентифікує себе через смисли свого життя - де знаходяться його смисли, там і

переживання. Переживання стає важливим елементом суб'єктивного світу людини і виступає фігурою психотерапевтичного впливу [71]. У сучасній науковій літературі, за зауваженням ряду авторів, проблема критичних життєвих ситуацій аналізується через співвідношення зовнішніх обставин життя людини і внутрішніх переживань, які супроводжують ці обставини. Переживання розглядається як особлива внутрішня діяльність, «особлива робота з розбудови психологічного світу, яка спрямована на встановлення змістової відповідності між свідомістю і буттям, спільною метою якого є підвищення свідомості життя» [63, с.40-44]. Термін «переживання» в такому його розумінні дозволяє описати взаємозв'язок зовнішніх обставин життя індивіда з його особистістю і психічним станом. В контексті психотерапевтичної роботи з клієнтом процесом переживання можна, в якійсь мірі, керувати - стимулювати його, організувати, спрямовувати, забезпечувати сприятливі для нього умови, прагнучи до того, щоб цей процес в ідеалі вів до зростання і вдосконалення особистості і не йшов патологічним або соціально неприйнятним шляхом.

Підбивши підсумок, можна сказати, що:

1. У сучасній психології «переживання» розглядається з різних точок зору: як елемент емоційного життя - психічний стан, сукупність відчуттів, емоцій, почуттів, афектів, які виникають в значної та проблемної для людини ситуації; як робота свідомості по життєутворенню в критичних ситуаціях (в ситуаціях «неможливості» жити і задовольняти свої потреби); як різнорівневої, цілісної живої системи, яка організовує адаптивну поведінку; як спосіб буття людини в світі, внутрішній досвід та ін.

2. Переживання включають в структуру суб'єктивного досвіду, підкреслюючи факт фіксації в суб'єктивному досвіді структури простору, часу і динаміки інтенсивності психічних станів. У структурі переживання виділяють: просторові, тимчасові, інформаційні, енергетичні, тілесні, емоційні, когнітивні, психосемантична та інші характеристики.

3. У психотерапевтичній практиці при роботі з переживаннями акцентується їх «особлива робота з розбудови психологічного світу, яка спрямована на встановлення змістової відповідності між свідомістю і буттям, спільною метою якого є підвищення свідомості життя».

У межах нашого дослідження переживання розглядається як емоційна переробка життєвих обставин у свідомості людини. У цьому емоційний аспект переживання досліджується через оцінку поточного емоційного стану.

Таким чином, в якості основних елементів переживання батьків онкохворих дітей в роботі досліджуються поточний емоційний стан.

Емоційний стан батьків в зв'язку з онкозахворюванням дитини.

Емоційний стан є одним з основних складових переживання. Емоції виконують важливу роль в процесі співволодіння з важкою життєвою ситуацією, оскільки супроводжують процес оцінки стресора. Л.І. Вассерман в своїх працях пише, що «стресові емоції направлено мобілізують людину, змінюючи його готовність до дії для певних адаптивних (допінгових) реакцій [13]. Інтелектуальні процеси майже завжди взаємодіють з емоційними. Через емоції людині представлений суб'єктивний сенс ситуації, об'єктів і т.д. Саме емоції дозволяють акцентувати значимість чого-небудь або кого-небудь, його особистісний сенс в ході життя індивіда.

Емоційний стан дорослого в зв'язку важкою хворобою дитини характеризується наступними особливостями. Хворобу дитини можна оцінити як подію, яка має суб'єктивно високе значення для батьків, виступає як важка психологічна травма, невідконтрольне, неясне [48]. У літературі представлені результати досліджень серед близьких родичів дітей із злоякісними і незлоякісними станами, що показують, що всі дорослі без винятку відчувають сильну тривогу з приводу фіналу ситуацію. Дана ситуація пов'язана з тривалими переживаннями, бідканням про «втрату» здорової дитини (при виявленні у нього життєзагрожуючого захворювання і страхом його смерті). У

психологічній науці до суб'єктів процесу бідкання відносять людей, які втратили близьку людину, а також родичів термінальних хворих [37]. У літературі виділяються стадії переживання бідкання, що мають одні і ті ж клінічні явища: шок, різкий занепад сил; відмова, заперечення, неприйняття дійсності; гнів, протест, обурення; торг, спроба укласти угоду з долею; страх, депресія, втрата інтересу до життя; прийняття, смиренність, ясність і знайдений світ; надія [38].

Варто зазначити, що батьки важко хворих дітей відчують значну пригніченість і мають труднощі з самоконтролем негативних емоцій, ніж батьки умовно здорових дітей або дітей з емоційними розладами [50].

Ю. Чепик виявив, що в період перебування в онкологічній клініці ситуативна й особистісна тривожність батьків дають практично однакові результати [77]. Переживання батьків в зв'язку з постановкою діагнозу супроводжуються надмірною психічною, емоційною і фізичною напругою. О.А. Черненко, В.А. Чулкова встановили, що онкологічне захворювання дитини є травматичною подією і у 68% матерів, чії діти проходили лікування, показник травматичності події було визначено як високий [78]. З.В. Бочкарьова також відзначає, що постановка дитині онкологічного діагнозу і подальше тривале інтенсивне лікування здатні психогенно провокувати непсихотичні порушення психічного здоров'я як самої дитини, так і сім'ї в цілому [9]. Психічна реакція батьків на захворювання дитини може бути різної ступені вираженості, але незначні порушення психіки присутні майже завжди.

Таким чином, не дивлячись на сильні переживання, страждання, які пов'язані з важкою хворобою дитини, для одних людей дана ситуація виявляється посиленою і, в певній мірі, ресурсною, для інших же невтішний діагноз дитини представляє ситуацію, що не дозволяє справлятися з власними емоціями і ефективно впоратися з даними життєвими труднощами. Важливо, що сприятливий емоційний стан є значущою складовою благополуччя як для

самого дорослого, так і для хворої дитини, оскільки від цього залежить, чи зможе дорослий бути ефективним в самопомоги і наданні допомоги дитині, враховуючи, що сім'я є для дитини основним джерелом підтримки.

Уявлення про причини хвороби дитини в переживанні невизначеної ситуації.

Причини хвороби і переживання батьків. У літературі відзначаються такі об'єктивні причини, які називаються родичами як джерела захворювань: кліматографічні, екологічні; спосіб життя людини, генетичні фактори, навколишнє середовище, медичні фактори (низька якість медичної допомоги); соціально гігієнічні фактори [18]. Серед суб'єктивних факторів найчастіше називаються: психічний стан і особливості; стрес, несвідомі психологічні установки особистості [10].

Одним з елементів суб'єктивної картини, пов'язаної з хворобою дитини, і характеристик її переживання виступає уявлення про причини хвороби, найбільш важливим фактором серед яких дослідниками називається переживання власної провини. В літературі відзначається, що батьки, в зв'язку з кризою прийняття хвороби і можливої втрати дитини, істотну частку відповідальності за причину хвороби покладають на себе [48]. Також деякі перекладають провину за те, що трапилося на інших людей, в тому числі лікарів. В цьому випадку їх дії і образ думок направляються, як правило, на боротьбу з обставинами, пошук справедливості, створення уявної моделі ідеального світу. При переважанні власної провини у трагедії, батьки говорили про те, що повинні були якось попередити її виникнення, відчували бажання зробити дитину здоровою, усвідомлювали своє безсилля, відчували

відчай. Подібні переживання викликали пригніченість, самоприниження, зниження самооцінки. Батьки говорили про свою некомпетентність в минулому, сьогоденні і майбутньому, оскільки не в змозі допомогти навіть своїй дитині [81]. Н. Мазурова говорить також про те, що уявлення батьків про хвороби залежать від психологічних особливостей батьків (рівень соціально-психологічної адаптації, тяжкість соматичного стану дитини) [48]. Так, батьки з низьким рівнем адаптації, за її спостереженнями, причини хвороби сприймають, як щось, що не залежить від їх дій; батьки з високими показниками - були готові контролювати своє життя, в тому числі захворювання дитини. О. Черненко, В. Чулкова досліджували, як рівень травматичного стресу впливає на сприйняття хвороби дитини [78]. Спираючись на отримані дані вони приходять до висновку, що в групі матерів, де хвороба дитини оцінюється як дуже сильне травмуючий подія (лікування з приводу рецидиву), матері можуть відчувати безсилля в даній ситуації («я не знаю, на що сподіватися», «від нас нічого не залежить»). Причини хвороби сприймаються як щось, що не залежить від батьків, як те, що вони не можуть контролювати. У групі матерів, діти яких в більшості своїй тільки проходять первинне лікування (вплив події, як травматичного - нижче, ніж в попередній групі), матері навпаки, можуть сприймати себе відповідальними за хворобу дитини, відчувати відповідальність за зміни в перебігу хвороби дитини.

Таким чином, у ситуації тяжкої хвороби дитини, коли можливості спеціалізованого лікування обмежені або вичерпані, важливим напрямом при наданні допомоги батькам онкохворої дитини буде робота з прийняттям ситуації, робота з відчуттям провини, отриманням внутрішніх ресурсів, тимчасовою перспективою, яка в даному випадку часто відсутня.

1.3. Співволодіння і копінг-поведінка батьків онкохворих дітей

Поняття співволодіння і копінг-поведінки. Сучасна теорія адаптації

та стресу розробляється в рамках декількох дослідницьких напрямків, серед яких можна виділити біохімічний, фізіологічний, психологічний напрям. Системна концепція адаптації розглядає адаптацію як цілісну, багаторівневу (що включає біологічний, психологічний і соціальний рівні) і самоврядну систему, спрямовану на підтримання сталої взаємодії індивіда з навколишнім середовищем [4, 15, 19, 32, 46, 54 та ін.]. При цьому система психічної адаптації виступає як динамічна система, тобто як системно організований процес [33].

Термін копінг від англійського coping (to cope - справлятися) досі залишається розпливчастим, що пов'язано з його поширенням серед дослідників з різними підходами до даного поняття. Термін копінг співвідносять з такими термінами, як «копінг-поведінка» і «копінг-стратегії», які часто перетинаються, а також «копінг-ресурси» [62].

Н. Родіна у своїх працях помічає, що вперше термін coping був використаний L. Murphy у 1962 у дослідженнях способів подолання дітьми вимог, що пред'являються кризами розвитку, до яких належали активні зусилля особистості, спрямовані на співволодіння важкою ситуацією чи проблемою. L. Murphy визначає подолання як підструктурний особистісний захист [60]. Є. Ісаєва зазначає, що термін «coping» уперше було введено Г. Гартманом (H. Hartmann) у 1958 [27]. На думку А. Лібіної процес додання був описаний Г. Гартманом в 1939 в роботі «Егопсихологія та проблеми адаптації» при аналізі «вільної від конфліктів зони Я» [43]. «Вивчення копінгу було продовжено наступним поколінням дослідників психодинамічної теорії (Т. Kroeber, N. Haan, R. White, V. Vaillant), а в 40-х-60-х рр. XX ст. концепція подолання стала використовуватися в рамках вивчення механізмів стресу (R. Lazarus, S. Folkman), і у зв'язку з розробкою ефективних способів терапії стресових станів, спричинених тяжкими захворюваннями (F. Cohen, R. Lazarus, В.Д. Тополянський, М.А. В. Струковська)» [77, с.64].

Вітчизняні дослідники С. Грабовська, М. Єсип розуміють копінг як

«когнітивні, емоційні та поведінкові зусилля, спрямовані на подолання труднощів у процесі взаємодії людини з довкіллям» [19, с. 191]. О. Войцеховська, Г. Закалик даний термін розуміють як «владна поведінка або психологічне подолання» [15, с.101]. Також українські дослідники зазначають, що когнітивні старання людини спрямовані на аналіз проблеми, пошук альтернативних варіантів виходу із ситуації. За допомогою емоційних намагань особи контролюватиме свої переживання, шукатиме емоційну підтримку в довкілля. Поведінкові старання дають спроможність особистості досягти прагненого результату. Особливістю копінгу є його усвідомленість і цілеспрямованість. Також копінг тісно пов'язаний із типологічними та особистісними рисами людини, які суттєво впливають на вибір стратегії поведінки подолання [15, 19].

Н. Родіна визначає переклад терміна «копінг» (впоратися з ситуацією), як здатність своєчасно і точно розпізнавати причини, що викликали скрутну ситуацію, адекватно відреагувати на ті чи інші обставини, порозумітися з новими умовами, що виникли в зв'язку зі складною ситуацією, впоратися зі стоячою перед людиною завданням, дилемою або труднощами, порозумітися або знайти спільну мову з іншими [60]. С. Нартова-Бочавер визначає термін «копінг» як індивідуальний спосіб взаємодії із ситуацією відповідно до її власної логіки, значущості в житті людини і його психологічними можливостями [54]. Р. Грановська і І. Микольська вважають поняття «копінгу» за своїм змістом близьким до поняття психологічного захисту, і основною відмінністю захисних автоматизмів від копінг-стратегій є неусвідомлене включення перших і свідоме використання друге [56].

На цей час поняття «копінг» існує на стику трьох областей психології: психології особистості, соціальної психології та психології здоров'я [15]. А. Коваленко відзначає, що до індивідуально-психологічних детермінант впорающоїся поведінки заведено відносити психологічний вік, самооцінку, локус контролю, емпатію, соціальний статус, самоефективності суб'єкта [32].

В теорії подолання виділяють такі підходи: 1) еґо-орієнтований підхід, що базується на психоаналізі. В даному випадку процес подолання розглядається як специфічний еґо механізм, до якого людина вдається з метою позбавлення від внутрішньої напруги; 2) диспозиційно-орієнтований підхід, який розглядається в якості відносно стійких особистісних рис, що визначають реакцію людини на той чи інший стресовий фактор. У рамках цієї теорії виділяють три способи подолання стресової ситуації: оцінка ситуації, втручання в ситуацію, уникнення. Виділяються активні (конструктивна поведінка) та пасивні (неконструктивна поведінка) способи реагування на стрес; 3) стресо-орієнтований підхід, який визначає співвладу як динамічний процес взаємодії людини зі стресом. Залежить як від специфіки ситуації, фази зіткнення зі стресовим чинником, так і когнітивної оцінки стресора людиною [97].

Співволодіння розглядається як з точки зору взаємодії людини зі стресовими подіями, так і когнітивної оцінки самого стресора. Р. Лазарус і С. Фолкман розглядають співволодіння як будь-які зусилля, спрямовані на те, щоб впоратися з підвищеними вимогами середовища безвідносно властивою їм значущості або цінності [97].

Р. Лазарус, С. Фолкман виділяють п'ять основних завдань копінґа, як особливої адаптивної поведінки: мінімізація негативних впливів обставин і підвищення можливостей відновлення активності, діяльності; терпіння, пристосування, регулювання, перетворення життєвих ситуацій; підтримання позитивного, позитивного «образу Я», впевненості в своїх силах; підтримка емоційної рівноваги; підтримання, збереження досить тісних взаємозв'язків з іншими людьми [97].

Даний підхід, що розробляється з кінця 70-х рр. ХХ ст. в Каліфорнійському університеті (Берклі) Р. Лазарусом і його науковою групою, привів до того, що теорія впораючоїся поведінки в західній науці зайняла центральне місце в сучасній теоретичній моделі стресу і емоцій.

Е. Трифонова вказує на те, що наразі не існує єдиної класифікації стратегій подолання, і традиційний вважається розмежування стратегій подолання на проблемно-орієнтовані (problem focused) - мета яких зміна ситуації; і емоційно-орієнтовані (emotion focused) - мета яких регуляція емоційного стану, індукованого проблемною ситуацією (її оцінкою) [67].

Р. Лазарус виявив, що характеристики співволодіння змінюються в процесі розвитку самої важкої ситуації і впораюча поведінка має власну динаміку і може трансформуватися в міру зміни вимог ситуації до людини, або власних змін суб'єкта в ситуації [37]. Т. Крюкова також зазначає, що психологічний призначення співволодіння полягає в тому, щоб якомога краще адаптувати людини до вимог ситуації, дозволяючи йому послабити або пом'якшити ці вимоги, постаратися уникнути або пристосуватися до них і тим самим запобігти стресовий дію ситуації [36].

Подолання в ситуації важкої хвороби дитини.

Виявлення у дитини важкого діагнозу з несприятливим прогнозом для життя - є ситуацією, що виходить за межі звичайного «нормального» людського досвіду. В літературі визначають подібні ситуації, які загрожують або суб'єктивно сприймаються людиною як небезпечні для життя, здоров'я, особистісної цілісності, благополуччя - як екстремальні ситуації, що розвивають специфічне подолання. [15, 21, 75].

Ряд авторів виділяє в якості категорій і підкатегорій співволодіння з ситуацією хвороби членів сім'ї: труднощі, пов'язані з хворобою, з якими стикаються родичі в момент встановлення діагнозу; труднощі, які пов'язані з хворобою і з якими стикаються родичі під час лікування (догляду за хворим). Стратегії подолання: когнітивні (оптимізм, проблемний аналіз, надання сенсу і прийняття відповідальності, ігнорування, смиренність, відносність, релігійність); емоційні (самозвинувачення, агресивність, емоційна розрядка, самоконтроль, протест); поведінкові (активне уникнення, відволікання, пошук

інформаційної підтримки, пошук емоційної підтримки, пошук дієвої підтримки, компенсація, співпраця) [36, 46, 62, 77].

При дослідженні копінг-поведінки батьків дітей, які перебувають під опікою дитячого хоспісу (Білорусія), Ю. Чепик зазначає, що фактором, що впливає на вибір індивідуальних стратегій подолання може служити специфіка ситуації хвороби дитини, яка є об'єктивно важкою або суб'єктивно так розуміється батьками [77]. Їю було висловлено припущення про те, що існує взаємозв'язок між вибором батьками емоційних копінг-стратегій і особливостей сприйняття події чи поточної ситуації. Як фактори сприйняття ситуації, що впливають на вибір копінгу вона називає: раптовість постановки важкого діагнозу дитині, очікуваність прогнозу лікування і подальших змін в стані дитини, усвідомленість можливості або неможливості змінити ситуацію, каузальна відповідальність і відповідальність за можливий несприятливий результат. Інші дослідники також відзначають, що одними з чинників успішності включення батьків та інших значущих родичів хворої дитини в процес лікувально-реабілітаційного процесу можуть бути як установки батьків на хворобу взагалі, так і на хворобу дитини зокрема. Також вони приходять до висновку, що чим трагічніше жінка (мати) сприймає онкологічне захворювання дитини, тим сильніше вона орієнтована на підтримку чоловіка або сім'ї [78].

У дослідженні О. Федорової, О. Черненко, спрямованого на вивчення особливостей процесів адаптації батьків дітей з онкогематологічними захворюваннями та вивчення особливостей внутрішньосімейних стосунків в цих сім'ях, було виявлено, що в перші місяці після постановки діагнозу матері дітей достовірно частіше використовують психологічний захист «Заперечення» (стан шоку, заперечення хвороби), що може перешкодити лікуванню дитини, виконанню призначень лікаря [70].

За спостереженнями Ю. І. Чепик, у батьків з дітьми, які перебувають під опікою Білоруського дитячого хоспісу, переважливою є стратегія по

параметру «Додача сенсу» («Я надаю своїм труднощам особливий сенс, долаючи їх, я вдосконалююсь сам», методика «Копінг-поведінки» Е. Heim). [77].

Що стосується «Соціальної підтримки», вона в даному випадку досить виправдана і необхідна для людини, що потрапила в будь-яку важку життєву ситуацію. Більшість дослідників визнає її позитивну роль щодо збереження фізичного та психічного здоров'я людини. Вважається, що соціальна підтримка може виступати і як безпосередня детермінанта психічного стану індивіда і як буфер, пом'якшувальний вплив того чи іншого стресора [60]. Так, Є. Белінська наводить дані недавніх закордонних емпіричних досліджень, які свідчать про те, що родичі онкохворих дітей, які шукали соціальної підтримки, краще адаптувалися до ситуації хвороби, більш успішно долали стрес, демонстрували більш високий рівень психологічного благополуччя, на відміну від тих, хто намагався впоратися з проблемами самотійно, і демонстрували тенденції до самоізоляції в повсякденній комунікації [5]. А. Федорова, О. Черненко також наводять дані, що свідчать про те, що мами дітей з онкогематологією достовірно частіше, ніж мами здорових дітей застосовують копінг-стратегію «Пошук соціальної підтримки», що, на їхню думку, також є виправданим, оскільки впоратися з важкою хворобою дитини на самоті не представляється можливим [70].

Таким чином, в літературі зазначається наявність різних підходів при дослідженні впорающоїся поведінки батьків дітей з онкологічними захворюваннями (новоутвореннями). На початковому етапі захворювання стратегії по типу уникнення можуть розглядатися як кращі, оскільки дозволяють подолати гостру кризу з найменшими втратами для емоційного благополуччя. Тобто про ефективність копінг-поведінки можна говорити тільки в єдності з параметрами ситуації, в якій вона реалізується. В останні роки особливо копінг-стратегії прийнято пов'язувати з суб'єктивною оцінкою ситуації, але таких емпіричних досліджень ще вкрай недостатньо (зокрема, у

зв'язку з прогресуючим захворюванням дітей, що мають несприятливий прогноз для життя). Перелік факторів оцінки ситуації, що визначають ту чи іншу стратегію подолання, не до кінця виявлено; відсутня типологія життєвих ситуацій; майже не досліджені багато інших суб'єктивних і об'єктивних чинників - елементи життєвих ситуацій в їх зв'язках з копінг.

Роль об'єктивних факторів в переживанні і копінг-поведінці батьків у ситуації онкозахворювання дитини.

У сучасній літературі зазначається, що переживання тісно пов'язані з об'єктивними характеристиками ситуації, яка породжує психологічні труднощі [12]. У ситуації важкої хвороби дитини можуть бути виділені такі її об'єктивні складові як статус і матеріальне становище сім'ї, вік дітей і батьків, кількість дітей, тривалість і тяжкість захворювання, тривалість перебування в стаціонарі і т.д.

Об'єктивні фактори (біографічні) можуть впливати не тільки на характер протікання процесу адаптації родичів до хвороби дитини, але і самі бути складовими цієї ситуації, виступаючи в якості детермінантів «суб'єктивної картини ситуації», предикторів її течії і розвитку. Кожен із зазначених факторів по-своєму може впливати на переживання і розуміння, інтерпретацію ситуації і поведінку людини. І, незважаючи на те, що в даний час поведінка і переживання розглядають як функцію взаємодії особистості і середовища, робіт в цьому напрямку ще явно не достатньо.

Так, Н. Белорукова відзначає, що позитивне значення в ситуації онкозахворювання дитини виконують такі чинники: загальні завдання по вихованню дітей, наявність професійної зайнятості у батьків, спільні інтереси і справи, спільність цінностей, відповідальність за сім'ю, сексуальна гармонія, вміння спільно вирішувати проблеми, налагоджене спілкування, задоволеність взаєминами і рольової структурою в сім'ї, соціальна підтримка (від батьків до дітей), гарне здоров'я самих подружжя, і ін. [6]. Т. Крюкова зазначає, що

«соціокультурні змінні (приналежність до певної культури, тип міжособистісних відносин, гендерна ідентичність, рівень одержуваної соціальної підтримки та ін.) більше впливають або визначають вибір людиною копінг-стратегій» [24, с.151].

Зупинимося на деяких об'єктивних характеристиках ситуації, які, на нашу думку, роблять значущий вплив на процес переживання і впораючу поведінку в зв'язку з тривалим життєзагрозливим захворюванням дитини.

Біологічні фактори (вік дитини, вік дорослого). Л. Акатов, який вивчав вплив хронічної хвороби дитини на поведінку батьків, вважає, що «підлітковий вік» в даному випадку особливо складний для сім'ї, бо супроводжується виникненням проблем, пов'язаних з сексуальністю, ізоляцією від однолітків, майбутнім професійним самовизначенням [2]. Підліток переживає період амбівалентні відносин з родиною: з одного боку, він прагне до незалежності, а з іншого - залишається хворобливе розуміння залежності від батьків [65]. Він може активно проявляти опір, висловлювати негативні емоції і почуття, демонструвати небажання співпрацювати. Під цим Н. Кліпініна і А. Хаїн бачать спробу дитини контролювати дії батьків, лікарів і т.д., що приносять йому деяке полегшення (як спосіб справитися з відчуттям втрати контролю над ситуацією, ходом лікування, своє життям в цілому), але важко переживають і не розуміється батьками [72]. У даній ситуації існує також прагнення матерів ігнорувати дорослішання дітей і стимулювати у них такі якості як грайливість, наївність, безпосередність. «Розглядаючи дитину, незалежно від віку, як «ще маленького», батьки знижують рівень вимог до нього, тим самим сприяють формуванню інфантильних якостей, що перешкоджають його дорослішанню і адаптації до захворювання» [78, с.54]. За даними інших авторів серед факторів індивідуальної уразливості батьків в період онкологічного захворювання у дитини, може розглядатися «вік батьків» [34].

Характер і перебіг захворювання О. Черненко, В. Чулкова виділяють як

фактор «стадію онкологічного захворювання дитини» [78, с.55]. Вони виявили, що рівень травматичного стресу може залежати від стадії захворювання дитини, він вище у тих, чиї діти проходять лікування з приводу рецидиву захворювання. З погіршенням стану дитини адаптація батьків знижується, але така залежність має значення тільки при першій ремісії хвороби.

Макросоціальні умови (місто проживання). О. Черненко, В.А. Чулкова виділяють серед об'єктивних чинників переїзд матері і дитини в інше місто для проходження лікування [78]. За їх спостереженням в групу ризику по розвитку ПТСР потрапляють матері, які змушені їхати в інше місто для проходження лікування дитини.

Сімейні фактори (сімейний стан, наявність інших дітей і ін.).

Н. Мазурова виділяє чинники «структура сім'ї та динаміки», як мікросоціальної особливості. Вона зазначає взаємозв'язок стажу шлюбу і його стійкості до проблем. До функціональних сімейних стабілізаторів в ситуації переживання труднощів дослідниця відносить: загальне місце проживання, загальні розваги, обопільний інтерес партнерів; до дисфункціональних: хвороба члена сім'ї, асоціальна поведінка членів сім'ї, незгоду з цінностями партнера [48]. Є. Белінська зазначає, що «вектор» внутрішньосімейного співволодіння з труднощами детермінований цілим рядом чинників, до яких вона відносить: своєрідність сімейної життєдіяльності, особистісні особливості членів сім'ї [5]. Є. Корінь, С. Масіхіна серед факторів індивідуальної уразливості батьків, в період онкологічного захворювання у дитини, відзначають їх «сімейний статус» [34].

Соціальна активність. У літературі зазначається, що інтелект є механізмом глобальної адаптації людини до змін в середовищі, оскільки він заснований на універсальних словесно-логічних операціях (Жан Піаже). Система навичок, умінь і знань забезпечує репертуар поведінкових можливостей людини, тому будь-яка навичка або знання додає

перешкодостійкості людині, що опинилася в складній ситуації. А залучення до різних видів мистецтва підвищує шанси людини на відновлення свого внутрішнього світу після психічної травми [81]. І. Шумаковою було встановлено, що успішно долають труднощі ті люди, які, перебуваючи в важкій життєвій ситуації, здатні знайти для себе таку справу (заняття, хобі), від якого вони отримують задоволення, яке їх захоплює, допомагає розкрити (розвинути) їх природний творчий потенціал [82]. Інші дослідники відзначають, що на переживання ситуацій, що породжують кризи, надає факт наявності професійної зайнятості у батьків [6, 31]. Ю. Чепик стверджує в своїх роботах, що можливість батьків зберігати трудову діяльність (зазвичай матері присвячують весь час турботі про хвору дитину) визначає вищі показники життєстійкості саме у батьків в порівнянні з матерями [75]. За іншими даними соціальний і професійний статус, взаємна підтримка в родині і підтримка людей, з якими вони пов'язані певною діяльністю, сприяють стабілізації сім'ї та зменшують її вразливість в стресових ситуаціях [83]. Аналіз робіт Ю. Чепика також показує, що на поведінку батьків, в ситуації хронічної хвороби дитини, впливає рівень їх освіти [77].

Соціально-економічні фактори (наявність підтримки з боку оточуючих - друзів і близьких, соціально-психологічних служб, рівень матеріального благополуччя).

А. Суроєгіна і А. Холмогорова відзначають, що на адаптацію батьків до тяжкого захворювання дитини, серед інших чинників, впливають структурно-динамічні особливості сім'ї (співпраця батьків, наявність допомоги з боку інших родичів і знайомих, комунікації та взаємодії всередині і поза сім'єю) [70]. Вони також роблять висновок, що соціоекономічні аспекти (стать дитини, матеріальний достаток сім'ї, етнічне походження) значущого впливу на адаптацію сім'ї до даної кризової ситуації не роблять. Ю. Чепик відзначають в даному контексті такі фактори, як матеріальні та фінансові умови життя; наявність підтримки з боку родичів і знайомих [75].

Таким чином, на основі літературного аналізу можна виділити об'єктивні характеристики ситуації і її учасників, які надають значущий вплив на процес переживання і впораючої поведінки дорослого в ситуації тяжкого захворювання дитини. Це: біологічні фактори (вік дитини, стать і вік дорослого); характер і перебіг захворювання (особливо діагностування хвороби у дитини, тяжкість і тривалість захворювання); макросоціальні умови (місто проживання); сімейні фактори (сімейний стан, наявність інших дітей, ступінь спорідненості з хворим дитиною, і ін.); соціальна активність (освіта, наявність роботи, наявність хобі, соціальна активність); соціально-економічні фактори (наявність підтримки з боку оточення, соціально-психологічних служб, рівень матеріального благополуччя).

Кожен із зазначених факторів по-своєму може впливати на переживання і розуміння, інтерпретацію ситуації і поведінку людини.

Роль особистісних ресурсів в переживанні і копінг-поведінці дорослих, в ситуації важкої хвороби дитини.

У літературі виділяються різні фактори в якості ресурсів, що забезпечують збереження психічного благополуччя в важких ситуаціях.

Серед особистісних характеристик визначають: локус контролю, високий рівень рефлексивності, соціальну сміливість, наполегливість, високу мотивацію досягнення, копінг-компетентність, самоефективність, емоціональний інтелект, життєстійкість, оптимізм, самоповагу і ін. [1, 3, 5, 7, 13, 66, 74].

Виділяються також: когнітивні здібності, особливості організації індивідуального ментального досвіду знайомих; властивості соціальної мережі і адекватність соціальної підтримки знайомих; підтримка найближчого оточення; особистісні риси родичів, індивідуальні особливості інших членів; зовнішні ресурси (час, гроші, відсутність інших життєвих стресів [4, 28, 37, 46, 53, 74, 75].

У літературі з менш адаптивною впорающою поведінкою в кризовій ситуації співвідносяться: знижена самооцінка (труднощі в ухваленні себе); відчуття несвободи і залежності від погіршення відносин з оточуючим (пригніченість); втрата життєвих орієнтирів; перевагу тримати дистанцію в спілкуванні (прагнення не привертати до себе уваги, уникнення ділитися своїми труднощами); рідкісних прояв вольових якостей; почуття безпорадності; особистісна predisпозицію (незрілість, астеничні риси, сенситивність, високий рівень «невротизму», схильність до надмірного контролю й ін. [1, 7, 28, 77, 81, 82].

З найвищою адаптацією в даній важкій життєвій ситуації співвідносяться такі характеристики, як: екстравертованість (товариськість); впевненість в своїх силах, стійка позитивна самооцінка; спокій; сталість у своїх планах і уподобаннях; наявність високого інтересу до життя і роботи; прагнення до співпраці; повагу інших; наполегливість; висока активність; пластичність; прагнення до розвитку; допитливість; високий рівень суб'єктивного контролю, - емоцій; реалістичний підхід до життя; та ін.

В рамках нашого дослідження ми зупинимося на властивостях темпераменту - як найбільш значущих в ситуації стресу, а також свідомості, яка розглядається в літературі як особистісний ресурс у важкій життєвій ситуації і як результат роботи переживання.

1.4. Осмислення життя в ситуації тяжкої хвороби дитини як особистісний ресурс і результат переживань дорослого

Дослідження свідомості життя в сучасній науці здійснюється переважно через виявлення змістовних орієнтацій [42]. Смиложиттєві орієнтації охоплюють три основні групи явищ: усвідомлення мети, усвідомлення процесу життя і відчуття самоконтролю і керованості життям. Усвідомлення мети дозволяє людині планувати своє майбутнє, формувати

життєву позицію, зрозуміти рушійну силу своїх вчинків і прогнозувати їх результат. Усвідомлення процесу життя дозволяє формуватися відчуття насиченості сьогодення, задоволеності реалізацією, відчуття повноти життям. Усвідомлення результату життя дозволяє відчувати осмисленість життя в минулому, власну ефективність [58]. Процес когнітивної оцінки та пошуку виходу з ситуації, що склалася, тісно пов'язаний з усвідомленням і рефлексією. Тобто, високий рівень свідомості життя може бути одним з факторів, що дозволяють ефективно справлятися з важкими життєвими ситуаціями і вибір стратегії поведінки особистості у важкій життєвій ситуації буде залежати від рівня свідомості життя.

Проблема виходу з цієї «екстремальної ситуації буде безпосередньо пов'язана зі втратою колишніх смислів, знаходженням та набуттям нових життєвих смислів». Екстремальність визначається як досвід людини, у якому вона зіткнулася з можливістю небуття (смерті, втрати, неможливості залишатися колишнім). Високий рівень свідомості життя сприяє більш ефективному виходу з такої ситуації. [35]. Втрата сенсу життя, що супроводжує травму, нерідко створює екзистенційний вакуум, який стає гальмом у реалізації людиною його життєво важливих цілей. Але з погляду В. Франкла, життя не може втратити сенс за жодних обставин, сенс життя завжди може бути знайдений. Сенс не суб'єктивний, людина не винаходить його, а знаходить у світі, усвідомлює та відкриває для себе [71].

На думку ряду авторів, «зіткнення з загрозливим життю захворюванням, власним або своєї дитині, актуалізує глибинні проблеми, зіштовхує з екзистенційними питаннями, в деяких випадках викликаючи швидкий і значний регрес» [72, с.113]. І як зазначає О. Єрмакова, «... продуктивно жити в такій ситуації можливо лише знайшовши сенс - сенс життя і сенс смерті, які нерозривно пов'язані. Щоб жити і активно діяти, виконувати все, що наказує дана ситуація, здійснювати вибори і нести всю повноту відповідальності за їх наслідки, батькам необхідно вірити в те, що їх

вчинки мають сенс, навіть якщо їх наслідки не є гарантовано успішними» [20, с.94].

Н. Мазурова також говорить про те, що хвороба дитини змінює уявлення батьків про себе і свого життя, серйозного іспиту піддаються уявлення про сенс життя, змінюється система переконань [48].

Згідно з деякими закордонними дослідженнями, більшість родичів, які доглядають дорослого онкохворого члена сім'ї, вважають, що турбота про кохану людину надає їм життю сенсу і дає можливість пишатися собою [91].

Також у цій ситуації для родичів характерний внутрішній діалог, мета якого нагадати собі те, що вони роблять хороший вчинок. Цей внутрішній діалог стає засобом подолання бурхливих негативних емоцій і зусилля почуття, що ситуація у результаті вирішиться успішно.

Таким чином, в ситуації важкої хвороби дитини (з несприятливим прогнозом для життя), життєві установки його батьків, а також релігійний світогляд - можуть зазнавати істотних змін. Випробування, яке пов'язане з важкою хворобою дитини, може зіштовхувати родичів з такими екзистенційними питаннями, як сенс життя і сенс смерті, актуалізувати страх власної смерті.

Отже, однією з можливих тенденцій, які актуалізуються у людини в такій ситуації, є посилений пошук сенсу життя. На думку Д. Чернова, щоб довго утримувати смислове поле у сфері уваги людині потрібно або спеціальна підготовка (тренування, медитації), або надзвичайні обставини в навколишньому світі, які спонукають людину до підвищеного інтересу щодо сенсу, і такою ситуацією може бути хвороба дитини [80].

Е.Ф. Василюк пише про те, що «переживання - є особлива робота з розбудови психологічного світу, спрямована на встановлення змістової відповідності між свідомістю і буттям, спільною метою якого є підвищення свідомості життя» [12, с.30]. Усвідомлення, прийняття та контроль сенсу

дозволяють управляти самим сенсом і його впливом на життя людини. Мотиваційна тенденція до пошуку сенсу життя детермінована цілою низкою психологічних факторів [12, 45, 79]. Їх знання допомагає прогнозувати деякі найбільш ймовірні тенденції поведінки дорослого, що сприяють або навпаки перешкоджають конструктивному та ефективному переживанню важкої життєвої ситуації, коли існує загроза втрати дитини. Це надалі може направляти роботу психолога, який допомагає родичам: відкривати для себе можливість реалізації себе в чомусь, що раніше не було доступним; набувати нового досвіду і розуміння того, що важкі життєві обставини несуть не тільки біль, але і просвітлення; поглянути на життя по-новому [12].

У майбутньому, це може служити важливою мотиваційною роллю в подоланні горя в разі, якщо втрата дитини відбудеться.

Таким чином, посилений пошук сенсу життя в разі онкодіагнозу у дитини є провідною для батьків тенденцією аналізу, оцінки і співволодіння з ситуацією. На думку деяких дослідників, осмисленість є результатом роботи переживання. Високий рівень свідомості життя може бути одним з факторів, що дозволяє ефективно справлятися з тяжкою життєвою ситуацією. Зокрема, дослідження Є. Бородкіної підтверджує, що чим вище рівень свідомості життя особистості, тим вище її суб'єктивне благополуччя [8]. Свідомість як усвідомлення сенсу дозволяє більш ясно і адекватно формувати життєву позицію, більш ефективно вирішувати міжособистісні та внутрішні конфлікти, планувати своє майбутнє, оцінювати і переоцінювати минуле, а також повною мірою орієнтуватися в сьогоденні [42].

1.5. Індивідуальні характеристики, як особистісний ресурс батьків онкохворих дітей

Істотним ресурсом переживання кризової ситуації в зв'язку з тяжкою хворобою дитини і співволодіння з нею є особистісні характеристики.

Особистіні характеристики як фактор стресостійкості досліджувався в роботах В. Мерліна, Я. Стреляу та ін.

В. Мерлін зазначає, що індивідуальні характеристики - це одна з підструктур особистості, що забезпечує адаптивний потенціал індивіда на основі реалізації його біологічних програм, що функціонують на біохімічному, анатомо-морфологічному і нейрофізіологічному рівнях [55]. Я. Стреляу вказує на те, що оцінку особистості або її окремих властивостей, з точки зору адаптивних можливостей індивіда, необхідно виконувати в залежності від конкретної ситуації [64]. У роботах І. Павлова можна простежити тенденцію до оцінки цінності особистості в процесі пристосування до навколишнього середовища.

А.Л. Церковський до індивідуальноособистісних факторів стресостійкості серед інших також відносить темперамент і призводить огляд різних теорій темпераменту (в залежності від факторів, що обумовлюють його прояви) [74]. Інші автори також вказують на ступінь і міру стійкості до стресу, опосередковану особливостями особистісної організації. Також вони вказують, що кожна людина наділена набором внутрішніх ресурсів, що залежать від різних факторів, серед яких відзначається і темперамент, що впливає на адаптивні здібності індивіда та визначають його копінг-стратегії у подоланні стресу [16, 52, 63]. На думку Р. Лазаруса, високий рівень нейротизму призводить до спотвореної оцінки власних ресурсів (що призводить до недооцінки загрозливого значення стресогенних ситуацій), а емоційна стійкість дозволяє сприймати події як виклик, потребу та прагнення їх активно долати [39].

Таким чином, визначається ряд особистісних властивостей, що зумовлюють перебіг стресу: екстраверсія, ригідність, імпульсивність, тип спрямованості реакцій у фруструючих ситуаціях. Зазначається, що екстраверсія співвідноситься з найкращою адаптацією, а нейротизм - зі збудливістю, застряганням, тривожністю і т.д.

ВИСНОВКИ ДО ПЕРШОГО РОЗДІЛУ

Після детального аналізу літературних джерел з проблеми особистісних реакцій, переживань батьків при онкологічних захворюваннях дітей було виділено, що переживання та копінг-поведінка дорослих у важкій життєвій ситуації тісно пов'язані між собою та обумовлені низкою об'єктивних факторів ситуації, співвідносяться із суб'єктивними характеристиками та особистісними особливостями її учасників.

Узагальнюючи проведений нами теоретичний аналіз, виділено такі елементи переживання, як поточний емоційний стан, ментальна репрезентація ситуації, інтерпретація причин та оцінка майбутнього. Як основні смислові одиниці виділилися такі: рівень стресогенності ситуації; оцінка психологічних ресурсів; оцінка визначеності-невизначеності ситуації у поєднанні з оцінкою її безвиході; рівень позитивної енергетики; ступінь розв'язності ситуації та рівень включеності до ситуації.

У науковій літературі достатньо широко визначено поняття переживання, копінг-стратегій. Проведено багато досліджень про подолання важких життєвих ситуацій дорослими. Однак на сьогодні в сучасній психології залишається маловивченим питання про зв'язок різних структурних компонентів переживання і копінг-поведінки. Не виявлено єдиного розуміння впливу на переживання і копінг-поведінку батьків при онкологічних захворюваннях дитини таких факторів як стать, вік, освіта, наявність-відсутність роботи, соціальної активності, хобі, місця проживання і т.д.

На сьогодні проблема психічної адаптації батьків до важкого захворювання дитини набуває особливого значення. В сучасній психології набуває інтерес до дослідження особистісних ресурсів батьків, які сприяють ефективному і продуктивному подоланню важкій життєвій ситуації у зв'язку з онкологічним захворюванням дитини, а також вивчення питання про зв'язок різних

структурних компонентів переживання і копінг-поведінки.

Мета дослідження полягає в емпіричному вивченні уявлення про особливості переживання батьками онкохворих дітей і їх взаємозв'язки з копінг-поведінкою, виявленні факторів, що впливають на них. А також - в розробці рекомендацій до психологічного супроводу батьків онкохворих дітей.

РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ І МЕТОДИ ПСИХОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Організація проведення емпіричного дослідження

Організація емпіричного дослідження здійснювалася в кілька етапів.

1 етап - вивчення основних теоретичних підходів до дослідження переживань та копінг-поведінки дорослих в важкій життєвій ситуації, адаптивних можливостей батьків онкохворих дітей, регуляції своєї життєдіяльності та смисложиттєвих орієнтацій. етап - підбір методів та методик дослідження.

2 етап - організація та збір емпіричного матеріалу за допомогою анкетування (авторська анкета), тестування.

Згідно з метою дослідження були висунуто наступні емпіричні **завдання:**

1. Дослідити основні характеристики переживання батьків при онкозахворюваннях дітей;
2. Дослідити копінг-поведінку батьків онкохворих дітей;
3. Дослідити взаємозв'язки переживання та копінг-поведінки дорослих у наслідок тяжкої хвороби дитини.
4. Дослідити особистісні характеристики батьків та їх взаємозв'язок з переживанням та копінг-поведінкою, пов'язаної з

онкозахворюванням дитини.

Гіпотези дослідження:

1. Переживання батьків онкохворих дітей та їх копінг-поведінка пов'язані з особистісними особливостями, які по-різному впливають на переживання та вибір копінг-стратегій. Свідомість життя взаємопов'язана зі знаком переживань і пов'язана з копінг-стратегіями.

2. Соціально-економічні, статеві та вікові характеристики батьків впливають на вибір копінг-стратегій, пов'язані з поточним емоційним станом.

3. Негативні переживання ситуації у зв'язку з тяжким захворюванням дитини співвідносяться з низькими показниками свідомості життя. Позитивна оцінка ситуації та відносно сприятливий емоційний стан сприяють вибору конструктивних копінг-стратегій.

Об'єктом дослідження є переживання, об'єктивні характеристики ситуації, копінг-поведінка та особистісні властивості батьків онкохворих дітей.

Предметом дослідження є структура переживань, взаємозв'язок переживань з об'єктивними характеристиками ситуації та копінг-поведінкою батьків, обумовленість переживань та копінг-поведінки особистісними властивостями.

Табл. 2.1. Операціональна модель дослідження.

№ З/П	Явище, яке досліджується	Методика дослідження
----------	-----------------------------	----------------------

1	Переживання батьків у зв'язку з онкозахворюванням дитини	Методика «САН», в модифікації В.А. Доскіна; методика «Самооцінки емоційних станів» А. Уесмана, Д. Рікса; авторська анкета для виявлення об'єктивних складових ситуації, пов'язаної з онкозахворюванням дитини.
2	Впораюча поведінка.	Тест копінг-стратегій Лазаруса «Стратегії впораючої поведінки» (СВП) в адаптації Л. Вассермана, Є. Трифонової.
3	Особистісні ресурси.	Особистісний опитувальник Г. Айзенка під редакцією А.Г. Шмельова і В.І. Похилько; тест смисложиттєвих орієнтацій (СЖО), в адаптації Д.А. Леонтєва.

3 етап - статистична обробка отриманих емпіричних даних результатів за допомогою програмного пакета SPSS Statistics 17.0 for Windows, їх інтерпретація та уявлення.

2.2. Опис вибірки випробовуваних

У дослідженні взяли участь 61 особа - батьки онкохворих дітей. З них - 27% жителів міста Київ і 73% жителів різних міст України, які знаходилися на лікуванні у Національному інституті раку і під опікою реабілітаційного центру для онкохворих дітей «Дача».

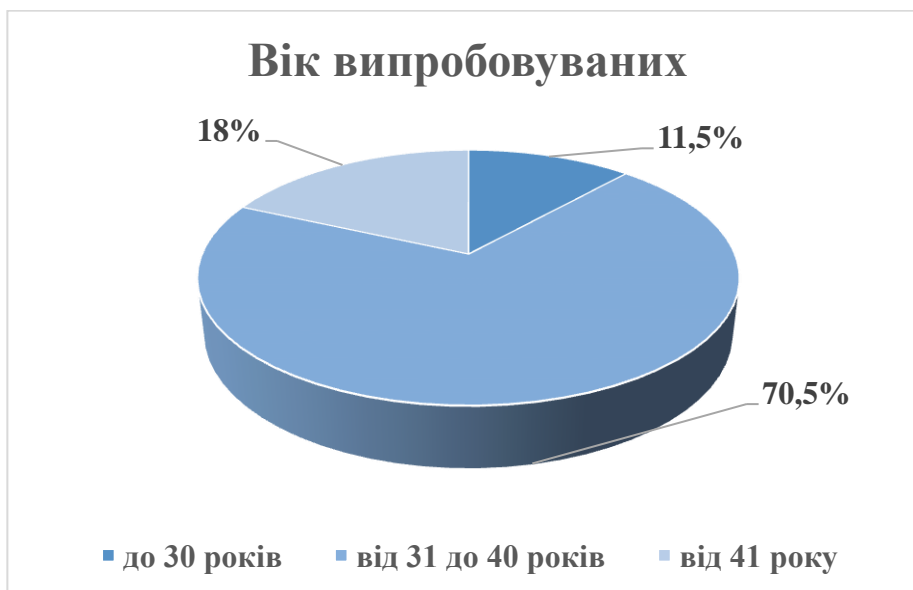
Стосовно до дитини - 58 матері (95,1%) і 3 батька (4,9%) (діагр. 2.2.1.).

Діагр. 2.2.1.



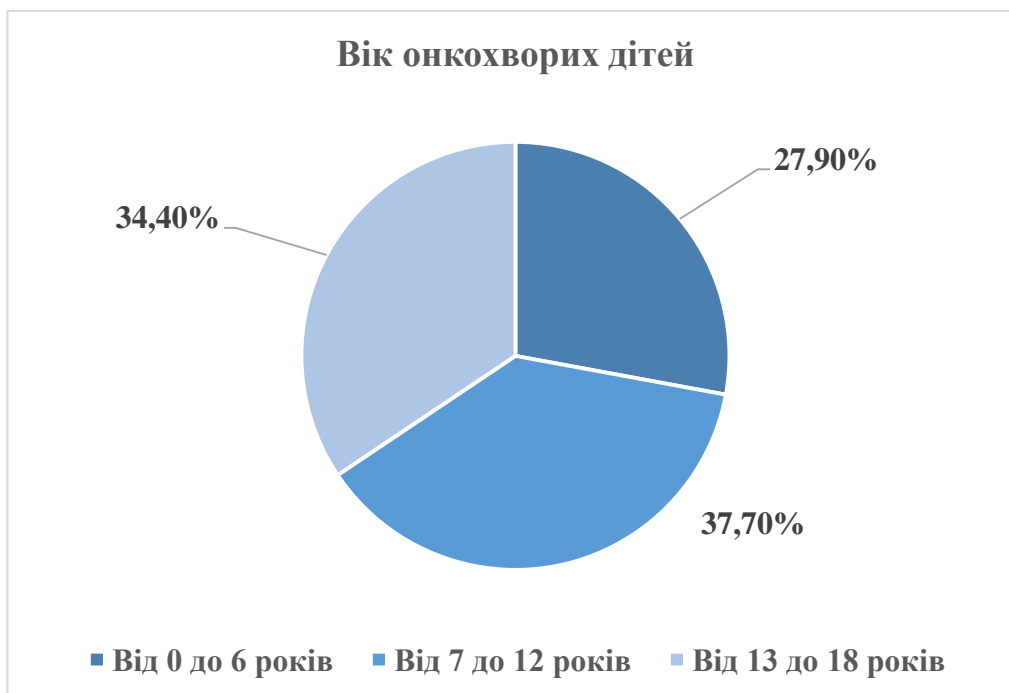
Вік батьків онкохворих дітей склав від 27 до 46 років (діагр. 2.2.2.): до 30 років - 7 осіб (11,5%), від 31 до 40 років - 43 особи (70,5%), від 41 року - 11 осіб (18%). Середній вік по вибірці становить $M = 38,21$.

Діаграма 2.2.2.



Далі (діагр. 2.2.3.) представлено розподіл онкохворих дітей за віком від 0 до 18 років: від 0 до 6 років - 17 дітей (27,9%), від 7 до 12 років - 23 дитини (37,7%), від 13 до 18 років - 21 дитина (34,4%).

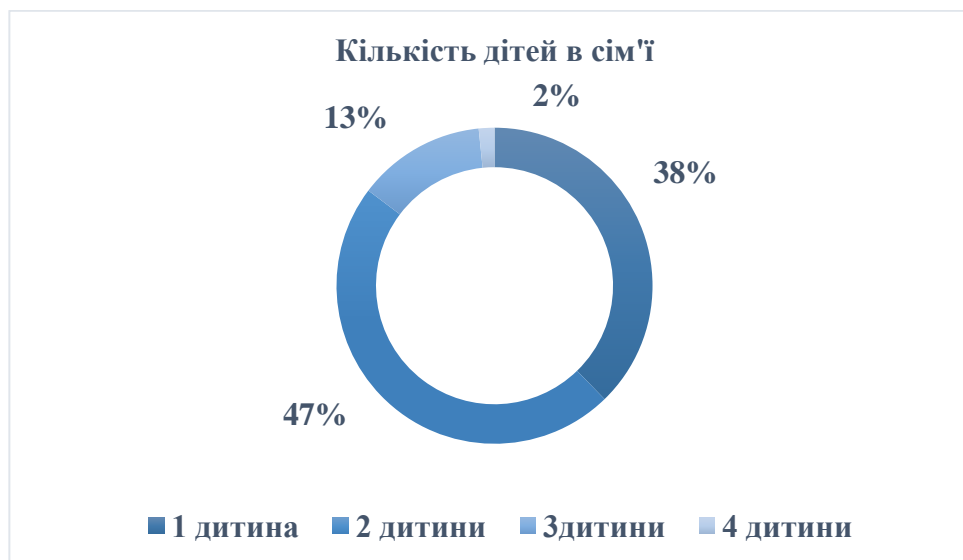
Діагр. 2.2.3.



Випробовувані, що брали участь в дослідженні мають різний рівень освіти (вища освіта у 36 осіб, що становить 60%); сімейний статус (в шлюбі 48 осіб, що становить 80%); 21 особи (35%) продовжують працювати.

За кількістю дітей в сім'ї (діагр. 2.2.4.) - у 23 осіб (37,7%) хвора дитина єдина в сім'ї; у 29 осіб в сім'ї 2 дітей (47,5%); 8 осіб мають 3 дітей в сім'ї (13,1%); у 1 особи в родині 4 дітей (1,6%).

Діагр. 2.2.4.



Всі учасники були інформовані про цілі дослідження і брали участь в ньому добровільно. Дослідження проводилося в період з березня по вересень 2021 р.

Таким чином, основну частину нашої вибірки становлять мами у віці від 30 до 40 років (середній вік $M = 36,8$), що знаходяться в шлюбі.

Половина досліджуваних має вищу освіту (36 осіб з 61). Менша частина (21 з 61) продовжує працювати, не дивлячись на хворобу дитини. Менше половини піддослідних з групи батьків онкохворих дітей має хобі (захоплення) в даний період життя (23 з 61). Більшість сімей мають 1-2 дітей у віці від 6 до 15 років (середній вік дітей $M = 8,24$).

Для дослідження ролі об'єктивних чинників ситуації на досліджувані характеристики, загальна група поділялася за такими параметрами:

1. Вік дорослих (група №1 - батьки до 30 років ($n = 7$, середній вік в групі $M = 27,9$); група №2 - від 31 до 40 років ($n = 43$; 4, середній вік в групі M

= 35,6); група №3 - після 41 року (n = 11, середній вік в групі M = 42,7);

2. Рівень освіти (група №1 - без вищої освіти (n = 25, середній вік в групі M = 38,5; група №2 з вищою освітою (n = 36, середній вік в групі M = 36,7);

3. Робота (група № 1 – що не працюють (n = 40, середній вік в групі M = 36,8); група № 2 – що працюють (n = 21, середній вік в групі M = 39,4);

4. Хобі (група №1 - батьки не мають хобі (n = 48, середній вік в групі M = 37,2); група №2 - родичів мають хобі (n = 23, середній вік в групі M = 35,9) - в даний період життя;

5. Вік дитини (група №1- діти до 6 років (n = 17, середній вік в групі M = 4,5); група №2 - діти від 7 до 12 років (n = 23, середній вік в групі M = 9,6); група №3 - від 13 до 18 років (n = 21, середній вік в групі M = 15,4)).

2.3. Методики емпіричного дослідження

Авторська анкета для виявлення об'єктивних складових ситуації, пов'язаної з онкозахворюванням дитини.

Призначення. Анкета призначена для виявлення об'єктивних складових важкій життєвій ситуації, пов'язаних з онкозахворюванням дитини.

Бланк анкети в додатку 1.

Опис. В анкеті досліджуються: сімейний стан, вік дітей і батьків, кількість дітей і т.д. Анкета містить у себе 16 питань. Характеристики були умовно розділені за такими блоками: біологічні фактори (вік дитини, вік дорослого); макросоціальні умови (місто проживання); сімейні фактори; (сімейний стан, наявність інших дітей); суб'єктно-діяльнісні характеристики дорослого (освіта, наявність роботи, соціальна активність, наявність хобі); когнітивні оцінки причин захворювання дитини.

Методики для дослідження особистісних реакцій, переживань батьків, пов'язаних з хворобою дитини.

Методика «САН», в модифікації В.А. Доскіна.

Методика САН (тест диференційованої самооцінки функціонального стану) є різновидом опитувальників станів і настроїв. Дана методика була розроблена в 1973 р. В. Доскіним, Н. Лаврентьєвой, В. Шарай, М. Мірошниковим [52]. Автори при розробці цієї методики припустили, що самопочуття, активність і настрої, як основні складові функціонального психоемоційного стану, можуть бути охарактеризовані полярними оцінками, між якими існує континуальна послідовність проміжних значень. Конструктивна валідність САН встановлювалася на підставі зіставлення з результатами психофізіологічних методик з урахуванням показників критичної частоти миготіння, температурної динаміки тіла, хронорефлексометрії. Поточна валідність встановлювалася шляхом зіставлення даних контрастних груп, а також шляхом порівняння результатів випробовуваних в різний час робочого дня. Стандартизація методики проведена на матеріалі обстеження вибірки 300 студентів.

Призначення. Тест призначений для оперативної оцінки поточного емоційного стану.

Опис. Досліджуваним пропонують співвіднести свій поточний стан з рядом показників за багатоступеневою шкалою, яка складається з індексів (3 2 1 0 1 2 3). Шкала розташована між 30 парами слів протилежного значення, що відображають швидкість, рухливість, темп протікання функцій (активність), здоров'я, силу, стомлення (самопочуття), а також показники емоційного стану (настроїв). Респонденту необхідно вибрати і позначити цифру шкали, яка найбільш точно відображає його стан в момент обстеження.

Інструкція: «Вам будуть запропоновані пари протилежних за змістом ознак, наприклад, «біле-чорне». Проаналізувавши кожну пару, визначте, яка з двох ознак точніше описує Ваш стан зараз. Вибравши один із двох ознак у

кожній парі, Ви повинні відзначити цифру, яка відповідає ступеню (силі) виразності даної характеристики. Націлюйтеся довго не замислюватися над питаннями, оскільки правильних чи неправильних відповідей немає».

Змістовні характеристики шкал:

Самопочуття (англ. self-feeling) - суб'єктивне відчуття фізіологічної та психологічної комфортності внутрішнього стану. Може бути представлено як у вигляді деякої узагальненої оцінної характеристики (добре-погане; бадьорість- нездужання та ін.), так і локалізованих стосовно до певних органів, функцій і систем переживань ознаки дискомфорту в різних частинах тіла, труднощі виконання певних моторних і когнітивних актів.

Активність (англ. activity) — в психології діяльність, активна взаємодія з навколишньою дійсністю, в ході якої жива істота виступає як суб'єкт, що цілеспрямовано впливає на об'єкт і таким чином задовольняє свої потреби.

Настрій - досить тривалий емоційний процес невисокої інтенсивності, що утворює емоційний фон для психічних процесів, що протікають. Настрій, на відміну від почуттів, завжди направлено на той чи інший об'єкт. Настрій, будучи викликаним певною причиною, конкретним приводом, проявляється в особливостях емоційного відгуку людини на дії будь-якого характеру.

Обробка і інтерпретація даних. При обробці оцінки випробуваних перекодуються наступним чином:

Індекс шкали	3	2	1	0	1	2	3
Оцінка в балах	1	2	3	4	5	6	7

Треба звертати увагу на те, що полюса шкали постійно змінюються.

Позитивні стани завжди отримують високі бали, а негативні низькі. За отриманими балами розраховується середнє арифметичне як в цілому, так і окремо по кожному показнику.

Отримані результати по кожній категорії діляться на 10. Середній бал

шкали дорівнює 4. Оцінки, що перевищують 4 бали, свідчать про сприятливий стан досліджуваного, нижче 4 - про несприятливий стан. Нормальні оцінки стану розташовуються в діапазоні 5,0 - 5,5 балів.

При аналізі функціонального стану важливі як самі значення окремих його показників, так і їх співвідношення. У відпочившої людини оцінки активності, настрою і самопочуття зазвичай приблизно рівні. У міру наростання втоми співвідношення між ними змінюється в наслідок відносного зниження самопочуття і активності в порівнянні з настроєм.

Методика «Самооцінки емоційних станів» А. Уессмана, Д. Рікса

Автори цієї методики - американські психологи А. Уессман і Д. Рікс[52].

Призначення. Самооцінка емоційних станів та ступеня настрою.

Опис. У цій методиці пропонується чотири такі шкали: «Тривожність-спокій», «Втома-енергійність», «Пригніченість-піднесеність», «Безпомічність-впевненість у собі».

У кожній шкалі по 10 тверджень від негативного емоційного стану до позитивного емоційного стану. Випробуваному пропонується вибрати з наборів суджень те, що найкраще описує його емоційний стан зараз. Вимірювання в методиці проводиться в десятибальній (стійкій) системі.

Інструкція. «Виберіть у кожному із запропонованих наборів суджень одне, яке найкраще описує ваш стан зараз. Номер погляду, обраний вами з кожного списку, запишіть у відповідному рядку для відповідей».

Змістовні ознаки шкал.

«Тривожність-спокій»:

- вище 5-6 балів. В дослідженні респондент показує переважання «Спокою».
- 5-6 балів. Досліджуваний показує середні показники за шкалою «Спокій-тривожність». Полярних значень показників переважання не спостерігається.
- 1-4 бали. У досліджуваного - ярко виражене переживання «Тривожність».

«Втома-енергійність»:

- вище 5-6 балів. Досліджуємий відчуває себе енергійним.
- 5-6 балів. Полярних значень показників переважання «Втома-енергійність» у випробуваного не спостерігається.
- 1–4 бали. У досліджуваного - ярко виражене переживання втоми.

«Пригніченість-піднесеність»:

- вище 5-6 балів. В дослідженні респондент показує переважання «Піднесеність».
- 5-6 балів. Полярних значень показників переважання «Пригніченість-піднесеність» у випробуваного не спостерігається.
- 1–4 бали. У досліджуваного - ярко виражене переживання пригніченості.

«Безпомічність-впевненість у собі»:

- вище 5-6 балів. В дослідженні респондент показує переважання «впевненість у собі».
- 5-6 балів. Крайніх показників переважання «Упевненості-безпорадності» у випробуваного не спостерігається.
- 1–4 бали. У досліджуваного - ярко виражене переживання безпомічності.

Обробка та інтерпретація даних. Вимірювання в методиці проводиться за 10-бальною (стінною) системою.

Вимірюються такі показники (П - показник, С – самооцінка, І - індивідуальна самооцінка) :

П1- «Спокій - тривожність» - П1;

П2- «Енергійність – втома» - І2;

П3- «Піднесеність - пригніченість» - І3;

П4- «Почуття впевненості у собі - почуття безпорадності» - І4;

П5 - Сумарна за чотирма шкалами оцінка стану - І5 = П1 + І2 + І3 + І4.

Виразність показників самооцінки емоційних станів за кожною зі шкал визначається виходячи з наступного правила:

1–4 бали – тон емоційного стану негативний; стан може зазначати депресивні

тенденції.

5-6 балів - середні показники, без явного переважання одного з полюсів;

вище 5–6 балів - тон емоційного стану позитивний; притаманно впевнених у собі осіб.

Методика для дослідження впораючої поведінки.

Тест копінг-стратегій Лазаруса «Стратегії впораючої поведінки» (СВП) в адаптації Л. Вассермана, Є. Трифонової.

Концептуальна основа опитувальника визначається транзактної моделлю адаптації до стресу R. Lazarus [97]. Транзактна теорія стресу і копіngu дозволяє чітко уявити структуру копінг-процесу, спрямованого на регулювання взаємодій між людиною і середовищем.

У сучасних дослідженнях найчастіше використовується варіант опитувальника, отриманий при дослідженні його конструктної валідності. Він включає 50 найбільш інформативних тверджень, кожне з яких відображає певний спосіб поведінки у складних життєвих обставинах. Даний варіант опитувальника, як найбільш послідовний і найбільш компактний, був узятий за основу і був адаптований вітчизняними дослідниками Т. Крюкової, Е. Куфтяк, М. Замишляєвої у 2004 р., додатково стандартизований в НДПНІ ім. В. М. Бехтерева під керівництвом Л. Вассерман, Е. Трифоновою [51].

Призначення методики. Методика призначена для психологічної діагностики способів співволодіння з важкими і проблемними ситуаціями.

Опис методики. Опитувальник складається з 50 тверджень, кожне з яких відображає конкретний варіант поведінки у стресовій ситуації. Твердження оцінюються досліджуванним за 4 бальною шкалою в залежності від частоти використання запропонованої стратегії поведінки (ніколи, рідко, іноді, часто).

Пункти опитувальника об'єднані у вісім шкал, що відповідають основним видам копінг-стратегій, виділених авторами: 1. Конфронтація; 2.

Дистанціювання; 3. Самоконтроль; 4. Пошук соціальної підтримки; 5. Прийняття відповідальності; 6. Планування рішення проблеми; 7. Позитивна переоцінка; 8. Втеча-уникнення.

Інструкція: «Вам буде запропонований ряд тверджень, що належить особливостям Вашої поведінки в важких життєвих обставинах. Прочитавши кожне з тверджень, вирішите, чи вірно воно стосовно Вас. Ви можете вибрати один з чотирьох варіантів відповіді на це питання в залежності від того, наскільки часто використовуєте вказаний спосіб поведінки: 0 - ніколи, 1 - рідко, 2 - іноді, 3 - часто. Обрану Вами відповідь позначте у відповідній графі опитувального листа. Будьте уважні і намагайтеся відповідати щиро. Правильних або неправильних (поганих або хороших) відповідей тут немає.»

Обробка та інтерпретація даних. Для визначення стандартного показника випробуваного співвідноситься "сирий" бал зі значеннями нормативної групи. Розроблено алгоритми перекладу «сирих» показників в стандартні Т-бали.

Рівень переваги для досліджуваного стратегії подолання стресу визначається на підставі наступного умовного правила:

- показник менше ніж 40 балів - рідкісне використання відповідної стратегії;
- $40 \text{ балів} \leq \text{показник} \leq 60 \text{ балів}$ - помірне використання відповідної стратегії;
- показник більше ніж 60 балів - виражена перевага відповідної стратегії.

Таблиці переведення «сирих» показників до стандартних Т-балів складено на основі статистичного аналізу результатів обстеження репрезентативної вибірки обсягом 1627 осіб і наведені в збірнику автора методики [51].

Змістовні характеристики шкал:

Конфронтація. Вирішення проблеми внаслідок не завжди спрямованої поведінкової активності, здійснення певних дій. Частіше копінг «конфронтація» зізнається як неадаптивна, але при обмеженому застосуванні вона забезпечує можливість особистості до опору труднощам, енергійність та

винахідливість при вирішенні складних ситуацій.

Дистанціювання. Долання негативних переживань у зв'язку зі складною життєвою ситуацією за рахунок суб'єктивного зниження її ролі та ступеня емоційної втягнутості до неї. Типово застосування інтелектуальних прийомів раціоналізації, усунення, перемикання уваги, гумору, знецінення тощо.

Самоконтроль. Долання негативних переживань у зв'язку зі складною життєвою ситуацією внаслідок спрямованого пригнічення та утримання емоцій, мінімізації їх ролі в сприйнятті проблеми та вибору стратегії поведінки, великий контроль поведінки, устремління до самовладання.

Пошук соціальної підтримки. Долання негативних переживань у зв'язку зі складною життєвою ситуацією внаслідок залучення соціальних ресурсів, пошуку інформаційної, емоційної та дієвої підтримки. Типово орієнтованість на взаємодію з іншими людьми, очікування підтримки, уваги, поради, співчуття, конкретної дієвої допомоги.

Прийняття відповідальності. Долання негативних переживань у зв'язку зі складною життєвою ситуацією внаслідок прийняття людиною своєї ролі у виникненні питання та відповідальності за його вирішення, іноді зі значним компонентом самокритики та самозвинувачення. Виявлення даної стратегії у поведінці може викликати до невинуватої самокритики та самобичування, вболівання почуття провини та хронічного невдоволення собою.

Планування рішення проблеми. Планування розв'язання чинної проблеми. Долання негативних переживань у зв'язку зі складною життєвою ситуацією внаслідок цілеспрямованого аналізу ситуації та можливих варіантів поведінки, вироблення стратегії вирішення питання, планування власних дій у зв'язку з об'єктивними умовами, минулим досвідом та наявними ресурсами.

Позитивна переоцінка. Долання негативних переживань у зв'язку зі складною життєвою ситуацією внаслідок її позитивного переосмислення,

спостереження її як стимулу для особистісного розвитку. Типово орієнтованість на надособистісне, філософське осмислення проблеми, включення її у більший контекст роботи особистості над саморозвитком.

Втеча-уникнення. Долання негативних переживань у зв'язку зі складною життєвою ситуацією внаслідок реагування по типу ухилення: заперечення проблеми, фантазування, невиправданих очікувань, відволікання тощо. Виявлення даної стратегії у поведінці може викликати інфантильні форми поведінки у стресових ситуаціях.

Методика для дослідження особистісних ресурсів батьків.

Особистісний опитувальник Г. Айзенка під редакцією

А.Г. Шмельова і В.І. Похилько.

Третій варіант особистісного опитувальника Г. Айзенка був опублікований в 1963 році. Для пострадянських країн цей опитувальник адаптований А. Шмельовим і В. Похилько в 1985 р. [59].

В його основі лежить співвіднесення вчення про види вищої нервової діяльності І. Павлова і погляду на природу особистості з точки зору її спрямованості К. Юнга. Предметом дослідження виступають організмичні риси особистості: екстраверсія - інтроверсія; нейротизм - емоційна стабільність.

Автор виявив два основних типи, які він назвав інтроверсія - екстраверсія і нейротизм - стабільність.

Призначення методики. Опитувальник призначений для встановлення особистісних параметрів, нейротизма і екстраверсії-інтроверсії. Особистісний опитувальник виявляє особливості темпераменту (в закордонній психології поняття особистості не відокремлене від поняття темпераменту).

Опис методики. Особистісний опитувальник містить 57 питань, 24 з яких виявлення екстраверсії-інтроверсії, 24 інших - визначають емоційну стабільність-нестабільність (нейротизм), 9 останніх - входять в шкалу

відвертості й вірогідності результатів дослідження, складають контрольну групу запитань, яка створена для оцінки чесності випробуваного(шкала обман діагностує схильність давати соціально бажані відповіді).

Інструкція: «Вам буде запропоновано дати відповіді на 57 питань. Питання орієнтовані на виявлення звичайного для вас способу поведінки. Спробуйте уявити звичайні ситуації і дайте першу «звичайну» відповідь, яка прийде вам на думку. Відповідайте швидко і точно. Пам'ятайте, що немає «правильних» або «неправильних» відповідей ».

Обробка й інтерпретація даних. Відповіді, що відгукуються з ключем, оцінюються в один бал. Обробка результатів проводиться за трьома самостійними шкалами:

1. Шкала «обману» (оцінка істинності результатів і самозаперечення - самоствердження): відповідь «так» з питань: 3, 23, 41. Відповідь «ні» з питань: 4, 12, 15, 19, 27, 30, 34, 36, 45.

2. Шкала екстраверсія-інтроверсія: відповідь «так» з питань: 1, 3, 9, 11, 14, 16, 18, 21, 24, 26, 32, 35, 39, 43, 50, 54. Відповідь «ні» з питань: 6, 31, 48, 52, 56.

3. Шкала нейротизму: відповідь «так» з питань: 2, 5, 7, 10, 13, 17, 20, 22, 25, 28, 29, 57. Відповідь «ні» з питань: 34, 36, 37, 40, 42, 44, 47, 49, 51, 53, 55.

Прояв показника екстраверсія-інтроверсія в балах: більше ніж 19 балів - яскраво виражений екстраверт, більше ніж 15 - екстраверт, 12 - середнє значення, менше ніж 9 - інтроверт, менше ніж 5 - глибокий інтроверт.

Фактор нейротизму: більше ніж 19 - дуже високий рівень нейротизму, більше ніж 14 - високий рівень нейротизму, 9-13 - середнє значення, менше ніж 7 - низький рівень нейротизму.

Шкала обману: більше ніж 4 - нещирість у відповідях, менше ніж 4 - норма.

Змістовні характеристики шкал:

Екстраверсія-інтроверсія. Для типового екстраверта характерна товариськість і спрямованість зовні, широке коло знайомств, потреба у контактах. Особистість може діяти під впливом моменту. Людині властива імпульсивність, безтурботність, оптимістичність, схильність до ризикованих вчинків. Для типового інтроверта характерно спокій, сором'язливість, схильність до самоаналізу, стриманість. Інтроверту властиво планувати й обмірковувати свої дії заздалегідь, не довіряти раптовим спонуканням, серйозно ставиться до прийняття рішень, схильність до порядку, песимістичність.

Нейротизм характеризує емоційну стійкість або нестійкість (емоційна стабільність або нестабільність). Емоційна стійкість характеризується зрілістю, специфічною адаптацією, браку великої напруженості, занепокоєння, а також потяг до лідерства, товариськості. Нейротизм виражається в понад нервуванні, нестійкості, лабільності, почутті винності і занепокоєння, заклопотаності, депресивних реакціях, нестійкості в стресових ситуаціях. Нейротизму відповідає емоційність, імпульсивність; нерівність в контактах з людьми, нестійкість інтересів, невпевненість в собі, виражена чутливість, вразливість, схильність до дратівливості.

Тест смисложиттєвих орієнтацій (СЖО), в адаптації Д. Леонтєва.

Сенсожиттєві орієнтації людини є підсумком усвідомлення цілей і сенсу власного життя. Ціль життя визначається як переживання особистістю її «онтологічної значущості» [41]. За даною методикою кількісно вимірюється присутність мети життя, що дозволяє діагностувати рівень «екзистенційного вакууму», суб'єктивного відчуття зневіри сенсу, що є наслідком «екзистенційної фрустрації». Вперше ця методика була пристосована російською мовою К. Муздибаєвим у 1981 р. [41]. Пізніше ця методика була розроблена та адаптована Д. Леонтєвим, яку він назвав «Тестом свідомості життя» (СЖ).

Призначення методики. Мета даної методики - дослідження сенсожиттєвих орієнтацій людини, що утворює тло образу Я, вимір сили спонукання до пошуку сенсу життя.

Опис методики. Тест СЖО являє собою 20 описів дій, переживань та станів, що оцінюються за семибальною шкалою.

Показники тесту включають загальний показник свідомості життя (СЖ), а також п'ять субшкал, що визначає три конкретні сенсожиттєві напрямки і два аспекти локусу контролю: 1) «Цілі в житті»; 2) «Процес життя чи інтерес та емоційна насиченість життя»; 3) «Результативність життя чи задоволеність самореалізацією»; 4) "Локус контролю - Я "; 5) «Локус контролю - Життя».

У методиці СЖО життя приймається осмисленою за наявністю цілей, задоволенні, яка реалізується при їх досягненні та впевненості у власній здатності ставити собі цілі, обирати завдання з готівки і отримання результатів. Також важлива відповідність елементів з часом. Це має на увазі чітке співвідношення цілей - з майбутнім, емоційної насиченості - з сьогоденням, задоволення - з досягнутим результатом, минулим.

Таким чином, за методикою СЖО можливо оцінити «джерело» змісту життя, який може бути знайдений особистістю або в майбутньому (мети), або в сучасному (процес), або минулому (результат), або у всіх трьох складових життя.

Інструкція: Вашій увазі запропоновані пари протилежних тверджень. Оберіть одне з двох тверджень, яке, найбільше відповідає дійсності, і відзначити одну з цифр 1, 2, 3, залежно від того, наскільки Ви впевнені у виборі (або 0, якщо обидва твердження на Вашу думку однаково вірні)».

Змістовні характеристики шкал:

1. **Цілі у житті.** Ця шкала показує наявність або відсутність у житті респондента цілей у майбутньому, які надають життю осмисленості, спрямованості та тимчасової перспективи. Показники цієї шкали: низькі бали

(1–17) зображають особистість, яка живе сьогоднішнім або вчорашнім днем; високі бали (25–42) властиві не лише цілеспрямованій особистості, а й прожектеру, якій у своїх планах не має дійсної опори в сьогоденні, крім того, не підкріплюються особистою відповідальністю за втілення своїх планів..

2. Процес життя (цікавість та емоційна насиченість). Виявляє, чи сприймає досліджуємий процес свого життя як вабливий, емоційно насичений та докладний змістом. Високі бали за цього показника (25–42) та низькі за іншими характеризують гедоніста, що живе сьогоденням. Низькі бали (1–17) виявляють незадоволеність своїм життям у теперішньому; при цьому, їй можуть надавати справжній сенс спогад про минуле чи напрям у майбутнє.

3. Результативність життя. Показує оцінку прожитого відрізка життя, відчуття того, наскільки людиною було пройдено її частка продуктивно та осмислено. Високі бали цього показника (20–35) і низькі за іншими виявляють особистість, яка доживає своє життя тільки спогадами. При тому, минуле здатне надати сенсу залишку життя. Низькі бали (1-14) - незадоволеність часткою життя, яка вже пройдена.

4. Локус контролю - Я . Високі бали цієї шкали (18–28) характеризують особистість, яка уявляє себе і має достатню свободу вибору, будує своє життя відповідно до своїх цілей та уявлень про її зміст. Низькі бали (1–11) виявляють особистість, яка не вірить у свої сили, події власного життя їй не підконтрольні.

5. Локус контролю – Життя. Високі бали цієї шкали (25–42) демонструють переконання людини в тому, що їй дано контролювати своє життя, вільно приймати рішення та здійснювати їх у життя. Низькі бали (1-17) виявляють фаталізм, впевненість людини у тому, що її життя непідвладна свідомому контролю, що вона немає свободи вибору і немає сенсу щось загадувати на майбутнє.

Статистичні методи дослідження.

Математична обробка даних проводилася за допомогою статистичних методів (з використанням програмного пакета SPSS 17.0 for Windows). Застосовувалися описова статистика, порівняння вибірок за U-критерієм Манна-Уїтні, T-критерій Стьюдента, аналіз кореляційних зв'язків з використанням рангового коефіцієнта кореляції Спірмена.

ВИСНОВКИ ДО ДРУГОГО РОЗДІЛУ

Згідно з об'єктом, предметом, метою та завданнями емпіричного дослідження була розроблена програма дослідження, яка складалась із трьох етапів: теоретичного, емпіричного та етапу кількісної та якісної обробки даних. Вибірку досліджуваних склали батьки онкохворих дітей, які знаходилися на лікуванні у Національному інституті раку і під опікою реабілітаційного центру для онкохворих дітей «Дача». Загальний обсяг вибірки склав - 61 респондента, з них 58 матері й 3 батька віком від 27 до 46 років. В якості емпіричних методів дослідження нами були застосовані анкетування та психодіагностичні методики: методика «САН», в модифікації В.А. Доскіна; методика А. Уесмана, Д. Рікса; тест копінг-стратегій Лазаруса «Стратегии впорающеї поведінки» (СВП) в адаптації Л. Вассермана, Є. Трифонової; особистісний опитувальник Г. Айзенка під редакцією А.Г. Шмельова і В.І. Похилько і тест смисложиттєвих орієнтацій (СЖО) в адаптації Д.А. Леонтєва.

РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ ТА ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

3.1. Емпіричне дослідження особливостей переживань та копінг-поведінки батьків в ситуації онкологічної хвороби дитини

**Аналіз емоційного стану батьків у ситуації тяжкої хвороби дитини
за методикою «САН» і методикою А. Уессмана, Д. Рікса.**

На момент дослідження (табл. 3.1.1.) випробувані характеризувалися психоемоційним станом трохи нижче середнього: середнім самопочуттям (M=4,58) та середньою активністю (M=4,43), нижче середнім настроєм (M=3,16).

Табл. 3.1.1. Середні значення та стандартні відхилення показників поточного емоційного стану (методика «САН»).

Праметри	Сер. значення	Станд. відхилення
«Самопочуття»	4,58	1,119
«Активність»	4,43	1,12
«Настрій»	3,16	1,31

51% випробуваних оцінюють свій емоційний стан швидше як негативний, ніж позитивний (песимістичний настрій особистості); у 46% досліджуваних загальний тон емоційного стану є, у середньому, позитивним. 2% високо оцінюють свій емоційний стан (загальний тон емоційного стану виражено позитивний); у 1% вкрай негативний (діагр. 3.1.1.).

Діагр. 3.1.1.



У досліджуваних (табл.3.1.2.) за шкалами «Пригніченість-піднесеність», «Безпомічність-впевненість» спостерігається середній емоційний стан, не має явного переважання однієї з полюсів. Водночас, за факторами «Тривожність-спокій», «Втома-енергійність» визначається невелика перевага негативного полюсу емоційного стану (прогнозується затремтливість, заляканість, закомплексованість, нерішучість, полохливість, нервовість, напруженість, боязкість). Таким чином, у середньому емоційний стан батьків є відносно спокійним.

Табл.3.1.2. Середні значення та стандартні відхилення за показниками емоційного стану (методика А. Уессмана, Д. Рікса)

Параметри	Сер. Знач.	Станд.відх.
«Тривожність-спокій»	4,02	1,17
«Втома-енергійність»	4,39	1,23
«Пригніченість-піднесеність»	5,06	1,43

«Безпомічність-впевненість»	4,91	1,62
-----------------------------	------	------

Оскільки тяжке захворювання дитини з загрозою для його життя належить до психотравмуючої ситуації, то цей емоційний стан можна співвіднести зі стадіями проживання горя. Внаслідок переживання загублення колишнього життя, руйнування надій та присутньої загрози втрати хворої дитини: торг, спроба укласти угоду з долею; прийняття, смиренність, ясність і набутий світ; надія. У той самий час, не можна виключати проживання та інших стадій у період, зазначених у літературі: шок, різкий занепад сил; відмова, заперечення, неприйняття дійсності; гнів, протест, обурення; страх, депресія, втрата інтересу до життя [38], що для 2% піддослідних (діагр. 3.1.1.). Батьки, як правило, навчаються жити із цим за тривалий час хвороби. Вони усвідомлюють свою роль у підтримці дитини й намагаються не демонструвати йому та оточенню негативного настрою. Сильні емоції батьки демонструють збільш за все в момент зустрічі з діагнозом (зневіра, сльози, гнів і т.д.), в момент операцій, а також при перших рецидивах захворювання. Далі настає якийсь переломний момент у сприйнятті ситуації, внутрішню перебудову, після чого боротьба за одужання дитини та її життя стають «звичними» переживаннями, а лікарня — частиною життя цих сімей, свого роду будинком, де вони, як правило, продовжують жити новим собі життям.

Також, в разі досягнення дитиною стану ремісії захворювання, багато батьків зазначають, що їм важко відразу повернутися до звичайного життя. Більшості з них важливо зберігати звичні зв'язки з тими, з ким їм довелося пройти через хворобу дитини, багато чого пережити. Вони намагаються підтримувати тісні стосунки з іншими батьками та персоналом лікарні. Створюється відчуття, що їм комфортно в цьому старому колі, тобто ці відносини можуть виступати як ресурс у подоланні цієї важкої життєвої ситуації.

Аналіз копінг-поведінки батьків онкохворих дітей.

В табл. 3.1.3. представлені показники копінг-поведінки вибірки нашого дослідження і нормативної вибірки, наведеною Є.Р. Ісаєвою (нормальна життєва ситуація, n=1627) [27]. В підсумку аналізу і порівняння результатів вибірки було виявлено значні відмінності у всіх досліджуваних параметрах, крім копінг-стратегії «Дистанціювання» (табл. 3.1.3).

Табл. 3.1.3. Показники копінг-поведінки.

Параметри	Загальна вибірка (n=61)		Нормальна життєва ситуація (n=1627)	
	Сер.знач.	Ст.відх.	Сер.знач.	Ст.відх.
«Втеча-уникнення»	53,46	9,47	45,2	±0,5
«Пошук соціальної підтримки»	50,97	10,56	62,8	±0,6
«Позитивна переоцінка»	50,17	10,14	56,1	±0,5
«Дистанціювання»	48,14	11,28	49,4	±0,6
«Планування рішення проблеми»	48,04	10,46	67,8	±0,6
«Конфронтація»	47,31	9,04	50,7	±0,7
«Самоконтроль»	47,20	9,93	63,7	±0,5
«Прийняття відповідальності»	45,67	10,12	62,9	±0,7

Аналіз виразності копінг-стратегій (табл. 3.1.3) у нашій вибірці виявив наступну представленість копінгу (тест копінг-стратегії Р. Лазаруса).

Найбільша перевага виявляється за копінгом «Втеча-уникнення» (припускає уявне прагнення та поведінкові зусилля, спрямовані на уникнення проблеми на кшталт ухилення: заперечення проблеми, фантазування, невиправданих очікувань, відволікання тощо). Другим за рівнем виразності є «Пошук соціальної підтримки» (орієнтованість очікування підтримки, конкретної дієвої допомоги, передбачає спроби вирішення проблеми внаслідок залучення зовнішніх (соціальних) ресурсів, пошуку інформаційної, емоційної та дієвої підтримки). На третьому місці знаходиться «Позитивна переоцінка» (характерна орієнтованість на надособистісне, філософське осмислення проблемної ситуації, включення їх у ширший контекст роботи особистості над саморозвитком.). Далі йде «Дистанціювання» (подолання негативних переживань у зв'язку з проблемою внаслідок суб'єктивного зниження її значущості та ступеня емоційної залученості до неї). «Планування вирішення проблеми» (припускає спроби подолання проблеми внаслідок цілеспрямованого аналізу ситуації та можливих варіантів поведінки, вироблення стратегії вирішення проблеми, планування власних дій з урахуванням об'єктивних умов, минулого досвіду та наявних ресурсів) займає наступну позицію. Ця стратегія вважається найбільш конструктивною, але вона значною мірою обмежена характером ситуації: розв'язністю, керованістю, стресогенністю та ін. Найменш виражена копінг-стратегія «Прийняття відповідальності» (передбачає визнання суб'єктом своєї ролі у виникненні проблеми та відповідальності за її вирішення, у ряді випадків із виразним компонентом самокритики та самозвинувачення). Такий профіль подолання у цій ситуації якщо і може мати позитивний сенс, але в обмежений період.

Оскільки тяжке захворювання дитини тривале за часом і має велику протяжність у просторі, копінг-стратегія «Втеча-уникнення», швидше за все, сприяє абстрагуванню від думок про те, що у дитини життєзагрозне захворювання. Враховуючи низький рівень підконтрольності ситуації ця

копінг-стратегія допомагає батькам впоратися з переживаннями, щоб вони не поглинали повністю, допомагаючи цим «триматися на плаву». Отже, актуалізація даного копінгу може свідчити про виснаження психологічних резервів людини та необхідність жити з цим, всупереч високій невизначеності ситуації (відсутності чітких уявлень про ступінь загрози для життя та благополуччя дитини, можливості контролю).

За повідомленнями ряду авторів, копінг-стратегії за типом уникнення також можуть розглядатися як кращі, оскільки дозволяють подолати гостру кризу на початковому етапі з найменшими втратами для емоційного благополуччя. Ефективність пасивних емоційно орієнтованих способів подолання стресу може бути виявлена у разі низького рівня підконтрольності ситуації [18]. За даними інших дослідників, «Заперечення» може перешкоджати лікуванню дітей з життєзагрозливими захворюваннями, а також виконанню приписів лікарів [70]. За даними Н. Мазуровій, використання та переважання «Втечі-уникнення» може свідчити про низький рівень адаптації поряд з вираженим «Дистанціюванням» та «Пошуком соціальної підтримки», але тільки в ситуації з тяжким захворюванням дитини, яка не загрожує її життю [48].

Переважає більшість копінгу «Позитивна переоцінка» може свідчити про звикання та перебудову мотивів дорослих, залучених до цієї ситуації. Очевидно, в безнадійній ситуації дана копінг-стратегія може розглядатися як одна з найбільш конструктивних за принципом: «Я надаю своїм труднощам особливий сенс, долаючи їх, я вдосконалюю сам», про що свідчить дослідження Ю. Чепік [77]. Стосовно копінгу «Пошук соціальної підтримки» варто зазначити, що соціальна підтримка може виступати і як безпосередня детермінанта психічного стану індивіда і як буфер, який пом'якшує вплив того чи іншого стресора [19]. Використання даної стратегії є виправданим, оскільки впоратися з тяжкою хворобою дитини на самоті неможливо. Соціальна підтримка необхідна для людини, яка потрапила у будь-яку важку життєву

ситуацію. Більшість дослідників визнає її позитивну роль щодо збереження фізичного та психічного здоров'я людини. Існують дослідження, що підтверджують, що родичі онкохворих, у тому числі дітей, які шукали соціальної підтримки, краще адаптуються до ситуації хвороби. Вони успішніше долають стрес, демонструють вищий рівень психологічного благополуччя, на відміну від тих, хто намагається впоратися з проблемами самостійно, демонструють тенденцію до самоізоляції у повсякденній комунікації [5, 77, 94].

Ступінь виразності копінг-стратегій вибірки батьків онкохворих дітей в порівнянні з вибіркою батьків здорових дітей відображена в діагр. 3.1.2. У вибірці батьків здорових дітей найбільш вираженою стратегією є «Планування вирішення проблеми», а «Втеча-уникнення» займає останнє місце. «Позитивна переоцінка» займає 5 місце (замість 2), але її ступінь виразності значно вищий, ніж у вибірці батьків онкохворих дітей.

Діагр. 3.1.2.



Таким чином, у нормативній вибірці, де розгортається інша ситуація та

інша специфіка реагування, привертає увагу інший профіль копіngu. Перевага копіng-стратегії «Втеча-уникнення» у вибірці у ситуації наявності тяжкохворої дитини, також великий розрив між використанням копіngu «Планування вирішення проблеми» у нормальній ситуації й ситуації хвороби дитини. Отже, копіng-стратегії «Втеча-уникнення», «Позитивна переоцінка» і «Планування вирішення проблеми» у досліджуваній нами ситуації, можливо, є найбільш ситуаційними.

Підсумовуючи за параметрами копіng-стратегій, досліджувану вибірку можна схарактеризувати так:

1. Аналіз виразності копіng-стратегій у нашій вибірці виявив середню представленість практично всіх видів копіngu та його слабку диференційованість, що свідчить про відсутність чіткого вибору моделі подолання.

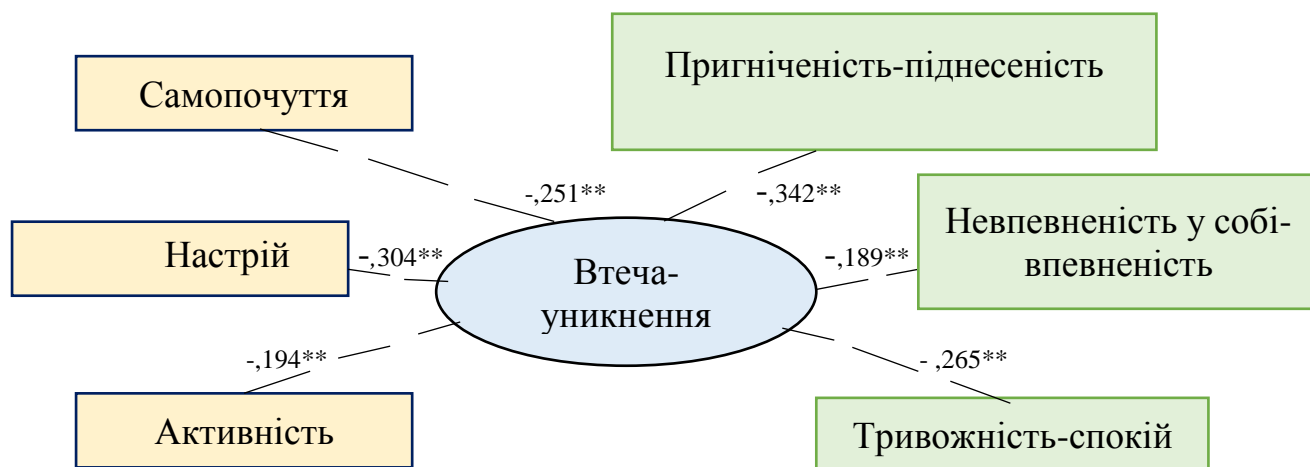
2. Копіng-стратегії «Втеча-уникнення», «Пошук соціальної підтримки», «Позитивна переоцінка» у досліджуваній нами ситуації, очевидно, є ситуаційно детермінованими, оскільки виявляють найбільші відмінності з нормативними показниками.

3. Присутня слабка диференційованість способів реагування в ситуації тяжкого захворювання в порівнянні з нормальною життєвою ситуацією. Це може бути результатом сум'яття, яке переживається батьками дитини у зв'язку з непередбачуваністю ситуації, неясністю прогнозу захворювання, і є наслідком мінливості подій, які розгортаються в цей період або очікуються у майбутньому. Слабка диференційованість способів реагування може також відображати індивідуальні особливості «роботи горя», внаслідок втрати колишнього життя, краху планів на майбутнє та присутньої загрози втрати хворої дитини.

Аналіз взаємозв'язків переживання та копіng-поведінки батьків в ситуації онкозахворювання дитини.

У ході аналізу результатів дослідження було виявлено, що серед копінг-стратегій «Втеча-уникнення», «Позитивна переоцінка», "Планування вирішення проблеми" найбільше пов'язані з емоційним самопочуттям, сприйняттям та оцінкою ситуації. Копінг «Конфронтація» - із поточним емоційним станом. Копінги «Дистанціювання», «Пошук соціальної підтримки», «Прийняття відповідальності», «Самоконтроль» не виявили зв'язків із досліджуваними параметрами переживання.

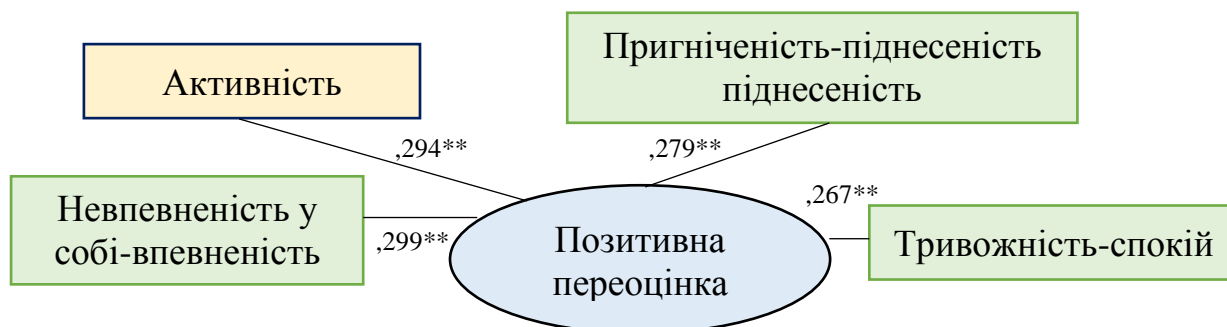
Звернемо увагу до мал. 3.1.1.



Мал. 3.1.1. Взаємозв'язок копінг-стратегії «Втеча-уникнення» з характеристиками переживання.

Ми можемо бачити (мал. 3.1.1.) що копінг-стратегія «Втеча-уникнення» актуалізується при високому рівні стресогенності ситуації та пов'язана з поганим самопочуттям, зниженим настроєм, низькою активністю, пригніченістю, тривожністю, невпевненістю у собі.

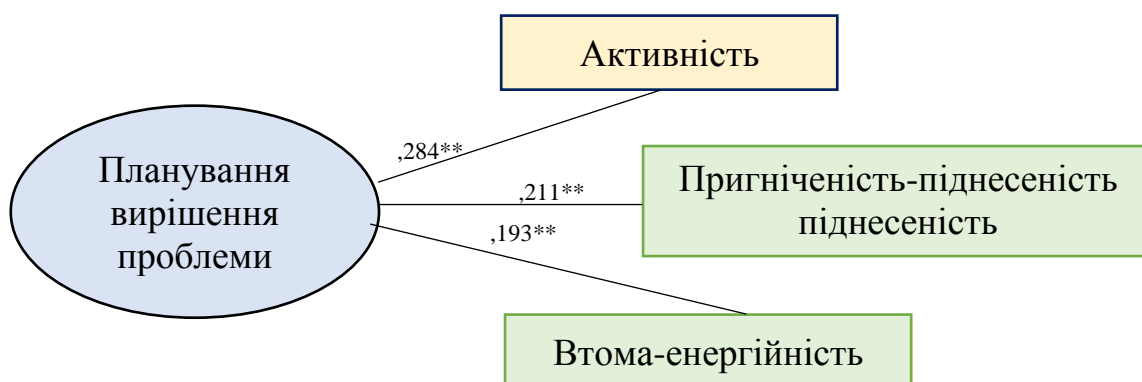
Звернемо увагу до мал. 3.1.2.



Мал. 3.1.2. Взаємозв'язок копінг-стратегії «Позитивна переоцінка» з характеристиками переживання.

Ми можемо бачити (мал. 3.1.2.) тісні зв'язки копінг-стратегії «Позитивна переоцінка» з уявленням про ситуацію як розв'язну та перебірну, з відчуттям причетності, значущості. Цей копінг співвідноситься зі сприятливішим емоційним станом - виражена впевненість у собі, активність, піднесеність.

Звернемося до мал. 3.1.3.

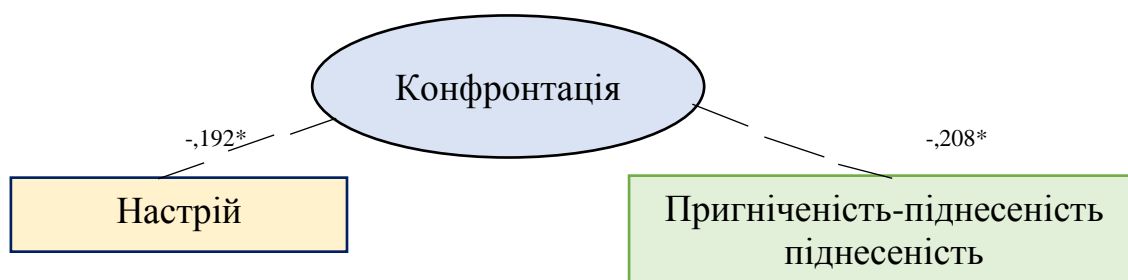


Мал. 3.1.3. Взаємозв'язок копінг-стратегії «Планування вирішення проблеми» з характеристиками переживання.

Копінг «Планування вирішення проблеми» (мал. 3.1.3.) актуалізується у тих, хто оцінює ситуацію як позитивну та обнадійливу та співвідноситься з

більш сприятливим емоційним станом (виражено піднесеність, енергійність, активність). Можливо, цей копінг включається тільки в тому випадку, коли ситуація сприймається як обнадійлива, що спричиняє цілий комплекс позитивних переживань та готовність діяти.

Звернемося до мал. 3.1.4.



Мал. 3.1.4. Взаємозв'язок копінг-стратегії «Конфронтаційний» з характеристиками переживання.

Ми можемо спостерігати (мал. 3.1.4.), що копінг «Конфронтація» співвідноситься з несприятливим емоційним станом батьків - пригніченістю та зниженим настроєм. Основним його джерелом став емоційний стан, який супроводжується у дорослих імпульсивністю в поведінці (іноді з елементами ворожості та конфліктності), складністю планування дій, прогнозуванням їх результату, невиправданою завзятістю. І виступає швидше за все як механізм відреагування негативних емоцій.

В табл.3.1.4 відображен порівняльний аналіз середніх значень копінг-стратегій з різним рівнем загального тону емоційного стану, що дозволяє уточнити ролі емоційного стану під час виборів копінг-поведінки.

Табл. 3.1.4. Середні значення і t-критерій з копінг-поведінки (тест копінг-стратегій Р. Лазаруса) у групах з різним рівнем загального тону емоційного стану (методика А. Уессмана, Д. Рікса).

Копінг-стратегії	Загальний тон емоц. стану швидше позитивний (n=32)	Загальний тон емоц. стану швидше негативний (n=29)	Значення t-критерію
	Сер. знач.	Сер. знач.	
«Втеча-уникнення»	49,46	55,58	3,6**
«Позитивна переоцінка»	53,03	47,10	3,2**
«Пошук соціальної підтримки»	48,51	52,12	2
«Планування вирішення проблеми»	51,14	45,70	2,9**
«Конфронтація»	47,08	49,48	1,5
«Дистанціювання»	48,78	46,26	1,2
«Самоконтроль»	48,53	46,58	1,1
«Прийняття відповідальності»	45,70	46,74	0,5

* - рівень значущості $p < 0,05$; ** - рівень значущості $p < 0,01$

Отже, можна зробити висновок, що загальний фон емоційного стану відіграє значну роль в актуалізації таких копінг-стратегій, як «Втеча-уникнення», «Позитивна переоцінка» та «Планування вирішення проблеми». Більш позитивний загальний тон емоційного стану співвідноситься з копінг-стратегіями «Позитивна переоцінка» та «Планування вирішення проблеми», а негативніший - зі стратегією «Втеча-уникнення».

Підсумовуючи аналіз взаємозв'язків показників свідомості життя (СЖО) і переживання з характеристиками копінг-поведінки батьків в ситуації тяжкої хвороби дитини, можемо зазначити, що:

1. Найбільш пов'язаними із суб'єктивними складовими ситуації виявилися копінги: «Втеча-уникнення»; «Позитивна переоцінка», «Планування вирішення проблем» та «Дистанціювання». З урахуванням того, що вони мали й найбільші відмінності з порівняння їхньої виразності з

нормативними середніми значеннями, можна стверджувати, що вони є найбільшою мірою ситуаційно детермінованими.

2. З позитивними полюсами факторів оцінки ситуації, а також цілим комплексом позитивних переживань та готовністю діяти співвідносяться копінг-стратегії «Позитивна переоцінка», «Планування вирішення проблеми», «Дистанціювання» (виражені активність, енергійність, відчуття спокою та впевненості у собі). Отримані дані можна співвіднести з результатами А. Федорової та О. Черненка [70], які виявили негативні взаємозв'язки між стратегією «Позитивна переоцінка» та рівнем виразності депресії, соматизації та тривоги у мам хворих дітей.

3. З негативними полюсами факторів оцінки ситуації та несприятливим емоційним станом співвідносяться копінг-стратегії «Втеча-уникнення». Батьки, у яких ця стратегія найбільш виражена, перебувають у найважчій ситуації, їм особливо потрібна психологічна допомога. Наші дані частково співвідносяться з висновками [43], які встановили, що «Уникнення» у ситуації тяжкого захворювання дитини позитивно корелює з рівнем депресії. Що, на їхню думку, може посилювати неефективність впораючої поведінки. Саме несприятливий стан (погане самопочуття, знижений настрій і активність) може провокувати вибір даних стратегій.

4. Копінги «Пошук соціальної підтримки», «Дистанціювання», «Прийняття відповідальності», «Самоконтроль» не виявили зв'язків з досліджуваними параметрами переживання. Ймовірно, вони актуалізуються незалежно від знаку емоційних переживань і обумовлені якимись особистісними характеристиками.

5. Виявлено, що загальний фон емоційного стану відіграє значну роль в актуалізації таких копінг-стратегій, як «Втеча-уникнення», «Позитивна переоцінка» та «Планування вирішення проблеми».

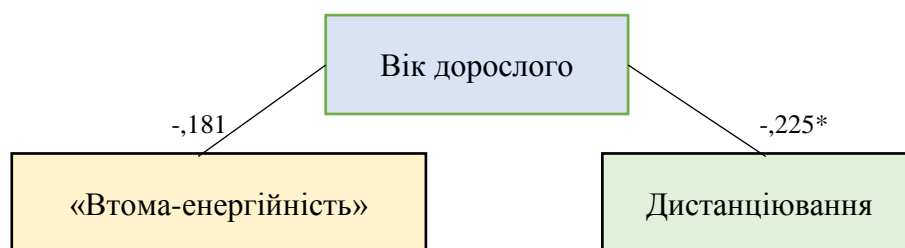
Об'єктивні фактори ситуації та соціально-економічні

характеристики батьків онкохворих дітей у зв'язку з переживанням та копінг-поведінкою.

Віково-статева специфіка переживання та копінг-поведінки.

Статеві відмінності. Значних відмінностей щодо фактора «статеві відмінності» виявлено не було. Ймовірно, це пов'язано з тим, що групи, які ми розглядаємо, відрізняються обсягом (жінки — 95%, чоловіки — 5%), і не достатньо кількості осіб, щоб говорити про те, що отримані висновки дійсно є вірогідними. Надалі необхідно додатково дослідити цей фактор

Вікові відмінності. Аналізуючи чинник «вік дорослого» як детермінанту емоційного самопочуття та копінг-поведінки батьків онкохворої дитини, було виявлено, що фактор «вік дорослого» співвідноситься з поточним емоційним станом та копінг-стратегіями дорослого (мал. 3.1.5.).



Мал. 3.1.5. Взаємозв'язок вікової специфіки з параметрами переживання та копінг-поведінки.

Ми бачимо (мал.3.1.5.), що фактор «вік дорослого» виявив негативні кореляційні зв'язки з параметрами «Втома-енергійність», копінг-стратегією «Дистанціювання». Батьки старше 30 років ставляться до цієї ситуації з відчуттям обнадійливості. Можливо, що у старших за віком випробуваних легше включається свого роду механізм звикання (адаптації) до важкої

життєвої ситуації, швидше відбувається переосмислення. Також, чим старше випробувані, тим більшою мірою їм характерне відчуття втоми. Молодші випробувані сприймають цю ситуацію, як безвихідну і невизначену. Вони схильні долати негативні переживання у зв'язку з проблемою внаслідок суб'єктивного зниження її значущості (можливе використання інтелектуальних прийомів раціоналізації, перемикання уваги, усунення). Водночас їм характерна велика енергійність. Можливо, це пов'язано з відсутністю у них певного життєвого досвіду, недооцінкою значущості та можливості дієвого подолання проблемних ситуацій. Що ймовірно компенсується більшою енергією та силою, яку вони відчують у собі при зустрічі з труднощами та впорані з ними.

Переживання та копінг-поведінка батьків онкохворої дитини у зв'язку з суб'єктно-діяльними характеристиками.

Наявність хобі. Аналізуючи фактор «хобі» (захоплення) як детермінанту емоційного самопочуття та копінг-поведінки батьків онкохворої дитини, було виявлено значні відмінності за параметрами «Настрій»; «Тривожність-спокій», «Втома-енергійність», «Пригніченість-піднесеність», «Безпомічність-впевненість»; «Планування вирішення проблеми» та «Позитивна переоцінка».

Можна бачити (табл. 3.1.5.), що більш піднятий настрій властивий батькам, які відзначають у себе в даний період життя наявність "хобі". Вони меншою мірою схильні до нудьги, туги, страхів; відрізняються позитивнішим емоційним станом, більш позитивною самооцінкою. Вони відчують себе менш тривожними, менш втомленими та більш діяльними, активними; менш пригніченими та більш енергійними, рухливими; менш безпорадними й рішучими, самостійними.

Табл. 3.1.5. Середні значення та значні відмінності за фактором «хобі».

Параметри	Гр. №1 (відсутність хобі)	Гр. №2 (наявність хобі)	Рівень знач.
«Настрій», (методика «САН»)	4,92	5,51	,019
«Тривожність-спокій», (методика А.Уессмана, Д. Рікса)	4,61	5,30	,017
«Втома-енергійність», (методика А.Уессмана, Д. Рікса)	4,70	5,59	,001
«Пригніченість-піднесеність», (методика А.Уессмана, Д. Рікса)	4,89	5,64	,004
«Безпомічність-впевненість», (методика А.Уессмана, Д. Рікса)	5,37	6,34	,005
«Планування рішення проблеми» (тест копінг- стратегій Р. Лазаруса)	9,06	9,28	,021
«Позитивна переоцінка», (тест копінг-стратегій Р. Лазаруса)	10,55	11,89	,003

Таким чином, копінг-стратегії «Планування вирішення проблеми» та "Позитивна переоцінка" (табл.3.1.5.) мають велику представленість у батьків, які мають хобі (захоплення). Їм більшою мірою характерна орієнтованість на надособистісне, філософське осмислення проблемної ситуації, включення їх у ширший контекст роботи особистості над саморозвитком. Вони більшою мірою спрямовані на подолання проблеми внаслідок цілеспрямованого аналізу ситуації, вироблення стратегії вирішення проблеми, планування власних дій з урахуванням об'єктивних умов.

Наявність роботи. Аналізуючи чинник «робота» (зайнятість) (табл. 3.1.6.) як детермінанту емоційного самопочуття та копінг-поведінку батьків онкохворої дитини, були виявлені значні відмінності лише за одним параметром поточного емоційного стану «Безпомічність – впевненість у собі».

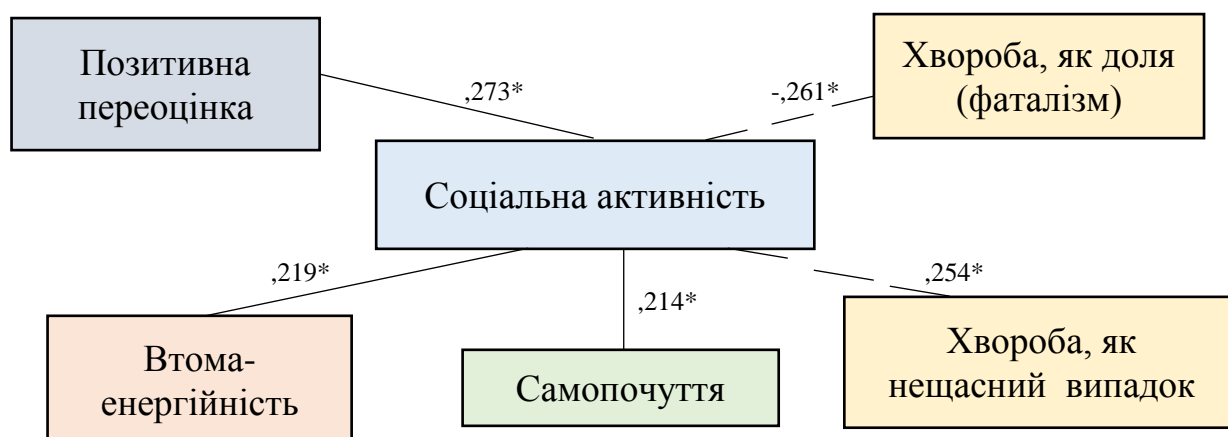
Табл. 3.1.6. Середні значення та значні відмінності за фактором «робота».

Параметри	Гр. №1 (працюючі)	Гр. №2 (непрацюючі)	Рівень знач.
«Безпомічність-впевненість у собі», (методика А.Уессмана, Д. Рікса)	5,53	6,34	0,019

По показниках (табл. 3.1.6.) ми можемо бачити, що батьки, які працюють, відчують себе більш впевненими в порівнянні з батьками, що не працюють (в самооцінці яких прогнозується несміливість, слабкість, прихибленість).

Рівень освіти. Аналізуючи чинник «рівень освіти» як детермінанту емоційного самопочуття та копінг, значних відмінностей в групах батьків за цим фактором виявлено не було.

Соціальна активність. Було виявлено, що тільки фактор «соціальна активність» співвідноситься з уявою о причинах захворювання дитини, поточним емоційним станом и копінг-стратегіями дорослого (мал. 3.1.6.)



Мал. 3.1.6. Взаємозв'язок суб'єктно-діяльних характеристик з параметрами переживання і копінг-поведінки.

Ми можемо бачити (мал. 3.1.6.), що фактор «соціальна активність» утворює позитивні зв'язки з параметрами «Втома-енергійність», «Самопочуття» і копінг-стратегією «Позитивна переоцінка»; негативні зв'язки – з уявою о причинах захворювання дитини «Хвороба, як нещасний випадок (травматизація)» та «Хвороба, як доля (фаталізм)».

Таким чином, чим вище соціальна активність батьків, тим, ймовірно, легше вони адаптуються до даної важкої життєвої ситуації.

Це узгоджується з висновками В. Небиліцина, який вважає, що найважливішою характеристикою та ресурсом особистості є активність. «Активність є ядром функціонального стану людини та є спонукальною силою мотиваційного статусу людини» [55, с.162].

Тобто, не зважаючи на невизначеність ситуації у зв'язку з перебігом важкоконтрольованого захворювання та неможливістю впливати на багато речей, активна життєва позиція, ймовірно, дозволяє батькам відчувати в собі сили та енергію долати, нехай не всі, але певний ряд труднощів у даній ситуації, розглядати труднощі як стимул для особистісного зростання. Хвороба дитини сприймається швидше як вплив деяких інших об'єктивних зовнішніх факторів, а не нещасного випадку (травматизація), спадковості, долі, тобто сприймається як те, що піддається контролю.

Переживання та копінг-поведінка у зв'язку з макросоціальними характеристиками батьків (місто проживання).

Значних відмінностей щодо фактора «місто проживання» виявлено не було.

Підсумовуючи, ми можемо зробити висновок, що переживання та копінг-поведінка батьків у зв'язку з тяжкою хворобою дитини співвідносяться з об'єктивними характеристиками даної ситуації, таким чином:

Табл.3.1.7. Зв'язки щодо об'єктивних факторів ситуації та її учасників з

параметрами переживання та копінг-поведінки

Фактори ситуації	Зв'язки		
	Причини захворювання	Поточний емоційний стан	Копінг-поведінка
Вік дорослого		+	+
Хобі		+++++	++
Робота		+	
Соц. активність	++	++	+
Вік дитини	+		

Найбільший вплив на емоційний стан і впорання із ситуацією має чинник «хобі» (табл.3.1.7). Це можна пояснити тим, що хобі спочатку може виступати як копінг-ресурс, а згодом і як стратегія подолання. На наш погляд, наявність «хобі», на відміну від можливості чи необхідності продовжувати працювати, дозволяє батькам присвячувати час собі (нехай навіть уривками) і в умовах лікарняної палати. Займатися тим, що приносить приємні емоції, відновлює душевні ресурси. Тим, що, мабуть, має особливу значущість та цінність для цієї людини, таким чином допомагає підтримувати та набувати додаткового змісту в кожному дні свого життя.

Не виявили вплив на жодний із досліджуваних параметрів наявність інших дітей та місто проживання.

Отже, у нашому дослідженні переживань і копінг-поведінки батьків онкохворих дітей було виявлено наступні результати:

1. Поточний емоційний стан досліджуваних є скоріше нестабільним. За самооцінкою - 46% оцінюють свій стан здебільшого як безнапасний, позитивний; 51% швидше як негативне, ніж позитивне (песимістичний настрій особистості); 2% високо оцінюють свій емоційний стан (загальний тон емоційного стану виражено позитивний); 1% - як вкрай негативне. Ці результати частково узгоджуються з результатами інших подібних досліджень, які б підтверджували наявність тривожності батьків тяжко хворих дітей у порівнянні з батьками умовно здорових дітей. Разом з тим, виявляються активність і діяльність до подолання труднощів, бажання зазнати

інших переживань, звичних від хворобливих, пов'язаних з ослабленням тривоги [31].

Ймовірно, даний емоційний стан можна співвіднести зі стадіями «роботи горя», внаслідок переживання втрати колишнього життя, руйнування надій та наявної загрози втрати хворої дитини: «торг, спроба укласти угоду з долею» або «прийняття, смиренність, ясність і набутий світ», «надія» . А також: шок, різкий занепад сил; відмова, заперечення, неприйняття дійсності; гнів, протест, обурення; страх, депресія, втрата інтересу до життя [38]. Оскільки захворювання у дітей у досліджуваній вибірці є тривалим, батьки, як правило, за довгий час хвороби навчаються із цим жити. На наш погляд це може відбуватися внаслідок специфіки ситуації та тривалості переживань, переходу від заперечення до визнання ситуації внаслідок цілого ряду наближень, внаслідок яких людина приходять до повного розуміння ситуації, про що пише В.Ф. Василюк [12]. Він вказує на те, що, не зважаючи на тяжкість стадії захворювання дитини, батьки можуть не визнавати, що хвороба дитини знаходиться на останній летальній стадії. Тобто, продовжуючи жити як «перш за все», у боротьбі за життя дитини, або навіть швидше за якість її життя, родичі можуть не приймати на свідомому рівні факту її можливої близької (швидкої) смерті, актуалізуючи стратегії уникнення. Варто також враховувати, що дослідження проводилося серед сімей, які перебувають під опікою благодійного фонду «Злагода», що передбачає отримання комплексної медико-соціально-психологічної допомоги, що сприяє формуванню у родичів почуття захищеності, а також причетності з іншими батьками, які перебувають у подібній ситуації.

На наш погляд, подібні відносини можуть виступати як ресурс у подоланні сформованої тяжкої життєвої ситуації, а висока діяльнісна активність батьків виконуватиме значну роль у підтримці їх сприятливого емоційного стану. Таким чином, ймовірно, варто говорити про якийсь загальний механізм співволодіння з ситуацією, що загрожує життю людини.

2. Дослідження копінг-поведінки виявило наявність певної специфіки реагування у цій ситуації в порівнянні з нормальною життєвою ситуацією. Було виявлено середню представленість практично всіх видів копінгу та його слабку диференційованість за інтенсивністю використання. Що може свідчити про відсутність чіткого вибору моделі подолання у зв'язку з непередбачуваністю ситуації, а також зображати індивідуальні особливості «роботи горя», внаслідок зневіри колишнього життя, краху планів на майбутнє та присутньої загрози втрати хворої дитини.

У порівнянні з нормативною вибіркою, найбільші розбіжності за ступенем виразності окремих копінгів виявили «Планування вирішення проблеми», «Втеча-уникнення» та «Позитивна переоцінка». Тобто вони виявилися найбільш чутливими до контексту ситуації. Крім того, дані копінги виявилися і найбільш тісно пов'язаними з поточним емоційним станом досліджуємих. "Втеча-уникнення", "Позитивна переоцінка", "Планування вирішення проблеми" найбільш тісно інтегровані в структуру переживань. З «Конфронтацією» пов'язан лише поточний емоційний стан. Інші копінги виявилися ситуаційно незалежними. Копінги «Пошук соціальної підтримки», «Дистанціювання», «Прийняття відповідальності», «Самоконтроль» не виявили стійких взаємозв'язків з жодним із досліджуваних параметрів, тобто вони виявилися більш універсальними та менш залежними від досліджуваних суб'єктивних та об'єктивних характеристик ситуації.

Таким чином, отримані дані підтвердили нашу гіпотезу про те, що позитивна оцінка ситуації та відносно сприятливий емоційний стан сприяють вибору конструктивних копій.

Досліджуючи взаємозв'язок об'єктивних факторів ситуації з переживанням та копінг-поведінкою, ми частково підтвердили нашу гіпотезу про те, що об'єктивні характеристики ситуації, соціально-економічні, вікові характеристики дорослих впливають на вибір копінг-стратегій та пов'язані з поточним емоційним станом.

Ми виявили, що зовнішня активність у її прояві (хобі; соціальна активність, як активна життєва позиція; наявність роботи) сприяє позитивному емоційному стану батьків. Ці дані співвідносяться з результатами інших досліджень: «Успішно долають труднощі ті люди, які, перебуваючи в важкій життєвій ситуації, здатні знайти для себе таку справу (заняття, хобі), від якої вони отримують задоволення, яке їх захоплює» [82, с.43]; зберігають професійну зайнятість [6, 31, 51, 77 та ін.]. Ми також виявили, що хобі та соціальна активність сприяють плануванню вирішення проблеми, пошуку позитивного значення. Спроби подолання негативних переживань внаслідок суб'єктивного зниження значущості проблеми та висока енергійність характерні скоріше молодшим дорослим. Вік батьків старше 30 років, відсутність вищої освіти, активна життєва позиція зображають бачення цієї важкої життєвої ситуації у більш позитивному світлі.

Отримані дані частково співвідносяться з висновками про те, що до факторів індивідуальної вразливості батьків у період онкологічного захворювання у дитини може розглядатиметься «вік батьків» [34]. Підлітковий вік дитини у ситуації хронічної хвороби - особливо складний для сім'ї [28]. Підліток переживає період амбівалентних відносин із сім'єю: з одного боку, він прагне незалежності, а з іншого — залишається хворобливе розуміння залежності від батьків. Сприйняття діагнозу, як фатальної події, притаманно для батьків із дітьми до 3-х років. Відсутність відмінностей за факторами «родинні зв'язки» з дитиною, «стать» дорослих і «місто проживання» ми пов'язуємо з нерівномірністю груп (матері — 95,1%, батьки — 4,9%; жителі Києва - 27% та приїжджі – 73% %), оскільки дані у літературі підтверджують протилежне [12]. О.А. Черненко, В.А. Чулкової [78] виділяють серед об'єктивних факторів «переїзд матері та дитини в інше місто для проходження лікування». За їх спостереженням, до групи ризику розвитку ПТСР потрапляють матері, змушені їхати в інше місто для проходження лікування дитини.

Наше припущення про те, що фактор «наявність інших дітей» у сім'ї співвідноситься з переживанням та копінг-поведінкою дорослих, також не підтвердилося, що співвідноситься з даними аналогічних досліджень. Водночас у літературі наголошується, що позитивне значення у важкій життєвій ситуації відіграють спільні завдання щодо виховання дітей, соціальна підтримка (від батьків до дітей) [76].

Таким чином, враховуючи об'єктивні характеристики важкої життєвої ситуації, пов'язаної з онкозахворюванням дитини, ми можемо більш точно планувати роботу з надання психологічної допомоги батькам тих дітей, виділяючи групи ризику, які потребують більш пильної уваги фахівця. Ці знання можуть бути корисними в прогнозуванні деяких найбільш ймовірних тенденцій поведінки дорослого, які сприяють або навпаки перешкоджають конструктивному та ефективному переживанню ситуації, що склалася.

3.2. Аналіз особистісних чинників копінг-поведінки та переживань батьків онкохворих дітей

Аналіз особистісних характеристик та свідомості життя батьків.

Перейдемо до аналізу параметрів особистісних характеристик батьків (табл. 3.2.1.). Було виявлено, що для досліджуваної вибірки властива середня представленість за фактором "екстраверсія-інтроверсія"; за параметром "нейротизм" - присутні високі показники (нервовість, низька адаптація, схильність до швидкої зміни настрою, почуття винності та занепокоєння, стурбованість, розсіяність уваги, нестійкість у стресових ситуаціях).

Табл. 3.2.1. Середні значення та стандартні відхилення з психологічних характеристик (тест Г.Айзенка).

Параметри	Середн.знач.	Станд. відх.
«Екстраверсія/інтроверсія»	11,02	3,42
"Нейротизм"	14,53	4,89

Для аналізу параметрів свідомості у нашому дослідженні (табл. 3.2.2.) порівнюємо їх з нормативною вибіркою (n=200) за даними Д. Леонтьєва [41].

Табл. 3.2.2. Середні значення та стандартні відхилення за параметрами свідомості життя (тест «СЖО») у групі досліджуваних та в нормативній вибірці.

Параметри	Загальна вибірка (n=61)		Нормальна життєва ситуація (n=200)	
	Сер. знач.	Ст. відх.	Сер. знач.	Ст. відх.
«Цілі»	31,03	7,25	31,14	6,08
«Процес»	27,51	6,38	29,94	5,29
«Результат»	21,47	4,32	24,38	4,62
«Локус контролю - Я»	19,21	4,41	19,85	4,07
«Локус контролю - Життя»	26,83	6,81	29,42	5,95
«Загальний показник (ОЖ)»	96,12	17,89	99,43	15,78

Варто зазначити, що для випробуваних нашої вибірки, у порівнянні з нормативною вибіркою, в середньому характерні нижчі значення за всіма параметрами, що вимірюються. Було виявлено значні відмінності за параметрами «Процес» і «Результат», а також аспекту локус контролю "Локус контролю - Життя" (табл. 3.2.2.). Що свідчить про наявність специфіки у батьків онкохворих в оцінці пройденого відрізка життя: зниженому відчутті її

продуктивності та свідомості прожитої її частини; у сприйнятті процесу свого життя як менш цікавого, емоційно насиченого та наповненого змістом; у відчутті невідконтрольності власного життя, фаталістичного ставлення до нього. При цьому приблизно однакові значення має параметр «Цілі», що характеризує наявність чи відсутність у житті людини цілей у майбутньому, які надають життю осмисленості, спрямованість та тимчасову перспективу.

Іншими словами, наші випробувані менше задоволені процесом та результатом життя, вони меншою мірою розглядають себе як суб'єкта свого життя, при цьому характеризуються фаталістичним ставленням до життя. З урахуванням тієї ситуації, в якій вони знаходяться, ці результати видаються цілком закономірними.

Підсумовуючи параметри особистісних ресурсів, досліджувану вибірку можна схарактеризувати так:

1. У порівнянні з нормальною життєвою ситуацією рівень мотиваційної тенденції до пошуку сенсу життя у піддослідних батьків онкохворих дітей є нижчим. Вони менше задоволені процесом та результатом життя і меншою мірою розглядають себе як суб'єкта свого життя, при цьому характеризуються фаталістичним ставленням до життя.

2. У середньому для батьків онкохворих дітей характерна як інтроверсія, так і екстраверсія. Відзначається досить високий рівень емоційної нестійкості, у зв'язку з чим можна припустити прояв: нервовості; низької адаптації до ситуації; схильність до швидкої зміни настрою; відчуття винності та занепокоєння; стурбованості; розсіяності уваги; нестійкості у стресових ситуаціях.

Аналіз взаємозв'язків показників свідомості життя з характеристиками переживань.

Розглянемо взаємозв'язки (табл.3.2.3) показників свідомості життя (СЖО) з характеристиками переживань (за методикою «САН» і методикою А.

Уессмана, Д. Рікса).

Табл.3.2.3. Кореляційні взаємозв'язки показників свідомості життя з характеристиками переживань .

Параметри	Цілі	Резуль- тат	Процес	Локус контролю - Я	Локус контролю - Життя	СЖ
«Самопочуття»			,317**	,348**	,438**	,343**
«Активність»	,193*	,343**	,516**	,452**	,479**	,501**
«Настрій»	,462**		,391**	,406**	,482**	,395**
«Тривожність - спокій»			,281**	,273**	,430**	,326**
«Втома - енергійність»			,334*	,237**	,283**	,282**
«Пригніченість - піднесеність»	,218*	,194*	,383**	,321**	,425**	,363**
«Невпевненість у собі - впевненість»			,244**	,259**	,305**	,229**

Ми можемо бачити (табл.3.2.3.), що параметр «Цілі» виявив позитивні зв'язки з параметрами «Пригніченість-піднесеність», «Активність», «Настрій». З одного боку вони демонструють сприятливіший емоційний стан (позитивний настрій, активність, піднесеність). З іншого - можливо, що сприятливіший фон переживань і оцінка ситуації сприяють більш осмисленому життєвому плануванню. Параметр «Результат» виявив позитивні зв'язки з параметрами «Тривожність-спокій» та «Активність». Параметр «Процес» виявив позитивні зв'язки із параметрами «Невпевненість у собі - впевненість», «Пригніченість - піднесеність», «Втома - енергійність», «Тривожність - спокій», «Самопочуття», «Активність», «Настрій». Водночас, самі позитивні

переживання і така оцінка ситуації можуть призводити до більшої задоволеності процесом життя.

Параметр "Локус контролю - Я" виявив позитивні зв'язки з параметрами «Невпевненість у собі - впевненість», «Пригніченість - піднесеність», «Втома - енергійність», «Тривожність - спокій», «Самопочуття», "Активність", "Настрій". Це означає, що уявлення про себе як про сильну особистість пов'язане зі сприйняттям ситуації як розв'язною, оптимістичною, більш визначеною і більш комфортною, а також сприятливим емоційним станом (спокою, енергійністю, піднесеністю, впевненістю в собі; гарним самопочуттям, активністю та позитивним настроєм). З іншого боку, можливо, що і сприятливіший фон переживань і ця оцінка ситуації підтримує віру у свої сили контролювати події власного життя.

Параметр "Локус контролю - Життя" виявив позитивні зв'язки з параметрами "Невпевненість у собі - впевненість", "Пригніченість - піднесеність", "Втома - енергійність", "Тривожність - спокій", "Самопочуття", "Активність", "Настрій». Можливо, що й сприятливіший фон переживань і ця оцінка ситуації сприяє зниженню фаталізму, переконаності у цьому, що життя людини непідвладна свідомому контролю.

Параметр «Загальний показник свідомості життя» (СЖ) виявив позитивні зв'язки з параметрами «Невпевненість у собі-впевненість», «Пригніченість-піднесеність», «Втома-енергійність», «Тривожність-спокій», «Самопочуття», «Активність», «Настрій». Це означає, що вищий рівень свідомості життя у ситуації онкозахворювання дитини демонструють швидше ті, хто сприймає цю ситуацію з великою надією та вірою у сприятливий результат. А також розглядають цю ситуацію так, що її можна розв'язати.

Для уточнення ролі поточного емоційного стану у загальній свідомості ситуації було проведено порівняльний аналіз показників свідомості життя груп з різним рівнем загального тону емоційного стану (табл. 3.2.4).

Табл. 3.2.4. Середні значення та t-критерій за параметрами свідомості життя (тест «СЖО»), у групах з різним рівнем загального тону емоційного стану (Методика А. Уессмана, Д. Рікса).

Параметри	Загальний тон емоції. стану швидше позитивний (n=32)	Загальний тон емоції. стану швидше негативний (n=29)	Зачення t-критерію
	Сер. знач.	Сер. знач.	
«Цілі»	31,91	30,13	1,3
«Процес»	29,69	24,65	4,6**
«Результат»	22,03	21,27	0,9
«Локус контролю - Я»	20,38	17,46	3,7**
«Локус контролю - Життя»	29,31	23,46	5**
Загальний показник (ОЖ)	101,92	88,17	4,4**

* - рівень значущості $p < 0,05$; ** - рівень значущості $p < 0,01$

Ми можемо бачити (табл. 3.2.4.), що значні відмінності було виявлено за параметрами «Процес», «Локус контролю - Я» та «Локус контролю - Життя», а також загальним показником свідомості життя «СЖ». Отримані дані можуть свідчити, що задоволеність процесом життя, відчуття підконтрольності власного життя, уявлення себе як сильної особистості, й у цілому загальний рівень свідомість життя - пов'язані з позитивним загальним тоном емоційного стану батьків в ситуації тяжкого захворювання дитини.

Підсумовуючи, слід зазначити, що:

1. Вищі значення свідомості «Цілі», «Процесу» та «Результати життя», «Локус контролю - Я» і «Локус контролю - Життя» сприяють більш позитивній оцінці ситуації (розв'язаної, певної, менш стресогенної, оптимістичної, з низьким рівнем виснаження ресурсів), а, можливо, і самі актуалізуються в суб'єктивно сприятливішій ситуації. Вони також сприяють більш позитивному поточному емоційному стану, але й емоційний стан може

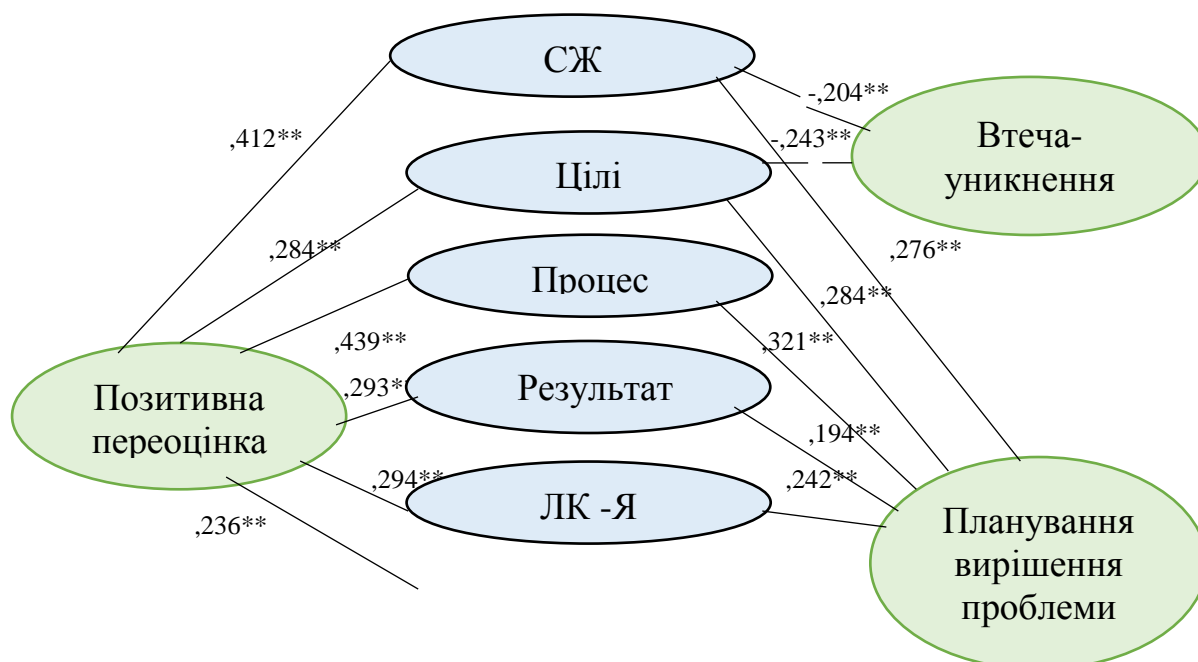
сприяти відчуттю свідомості.

2. Виявлено, що загальне тло емоційного стану грає значну роль актуалізації таких параметрів свідомості, як «Процес», «Локус контролю - Я» та «Локус контролю - Життя», а також загальної свідомості життя "СЖ".

3. Загальний характер зв'язків показників «СЖО» з уявленнями про причини хвороби дитини може свідчити про те, що рівень свідомості життя загалом співвідноситься з будь-якою інтерпретацією цих причин. За винятком того, що найменше задоволення справжнім демонструють ті, хто бачить причину хвороби у травмі та сприймає її як вплив нещасного випадку.

Аналіз взаємозв'язків показників свідомості життя з характеристиками копінг-поведінки.

Розглянемо взаємозв'язки (мал.3.2.1.) показників свідомості життя (СЖО) з характеристиками переживань (тест копінг-стратегій Лазаруса).



ЛК - Життя

Мал. 3.2.1. Взаємозв'язок показників свідомості життя з характеристиками копінг-поведінки.

Ми можемо бачити (мал. 3.2.1.), що копінг-стратегії «Позитивна переоцінка» та «Планування вирішення проблеми» співвідносяться з більшою свідомістю життям. Вони актуалізують у батьків відчуття задоволеності процесом життя та самореалізацією; переконаність у тому, що життя людини підвладне свідомому контролю; сприяють наявності в житті цілей у майбутньому, які надають життю осмисленості, спрямованості та тимчасової перспективи.

Копінг «Позитивна переоцінка» утворює також зв'язки з уявленнями про себе як про сильну особистість. Копінг «Втеча-уникнення» співвідноситься з відчуттям незадоволеності своїм життям у теперішньому. Процес життя сприймається як цікавий, емоційно насичений і сповнений змістом. Ця копінг-стратегія актуалізується у людей з нижчим рівнем свідомості життя.

Таким чином, вищий рівень свідомості життя сприяє вибору стратегій «Планування рішення» та «Позитивна переоцінка» та відмові від стратегії «Втеча-уникнення».

Особистісні характеристики як детермінанта переживання та копінг-поведінки.

При співвіднесенні властивостей структури особистості батьків (особистісний опитувальник Г. Айзенка) з характеристиками переживань (за методикою «САН» і методикою А. Уессмана, Д. Рікса) були виявлені наступні взаємозв'язки (табл. 3.2.5.).

Табл. 3.2.5. Кореляційні взаємозв'язки показників структури особистості з характеристиками переживань.

Параметри	Екстраверсія/ інтроверсія	Нейротизм
«Самопочуття»		-,280**
«Активність»	,243**	
«Настрій»		-,208*
«Тривожність - спокій»		-,302**
«Втома - енергійність»	,311**	
«Пригніченість - піднесеність»		-,301**
«Невпевненість у собі - впевненість»	,265**	

* - рівень значущості $p < 0,05$; ** - рівень значущості $p < 0,01$

Ми можемо бачити (табл. 3.2.5.), що параметр «Екстраверсія/інтроверсія» виявив позитивні зв'язки з параметрами «Втома - енергійність», «Невпевненість у собі - впевненість» і фактором оцінки ситуації «Песимізм - позитивна енергія». Отже, можна зробити висновок, що в цій ситуації екстравертованість співвідноситься з більш сприятливим емоційним станом батьків та оптимістичним баченням ситуації. Зв'язок особистісних якостей з чинником «Пасивний песимізм – позитивна енергія» можна пояснити тим, що він найбільше характеризує емоційний знак сприйняття ситуації та її енергетичну складову. Тобто такі характеристики, джерелом яких взагалі є темперамент.

Параметр «Нейротизм» виявив негативні зв'язки з параметрами «Самопочуття», «Настрій», «Тривожність - спокій», «Пригніченість - піднесеність». Таким чином, підвищена емоційна нестійкість (нейротизм) актуалізує тривожність, пригніченість і погане самопочуття, знижений

настрій.

При співвіднесенні властивостей структури особистості батьків (особистісний опитувальник Г. Айзенка) з копінг-поведінкою було виявлено, що параметр «екстраверсія/інтроверсія» співвідноситься з поточним емоційним станом та такими копінг-стратегіями, як «Позитивна переоцінка» та «Планування вирішення проблеми»; параметр «нейротизм» співвідноситься лише з поточним емоційним станом батьків та такими копінг-стратегіями, як «Втеча - уникнення», «Конфронтація», «Прийняття відповідальності», «Пошук соціальної підтримки» (табл. 3.2.6.).

Табл. 3.2.6. Взаємозв'язки показників структури особистості батьків з характеристиками копінг-поведінки.

Копінг-стратегії	Екстраверсія/ інтроверсія	Нейротизм
«Втеча - уникнення»	,328**	
«Позитивна переоцінка»		,237**
«Пошук соціальної підтримки»	,342**	
«Планування вирішення проблеми»		,202*
«Конфронтація»	,439**	
«Прийняття відповідальності»	,342**	

* - рівень значущості $p < 0,05$; ** - рівень значущості $p < 0,01$

Ми можемо бачити (табл. 3.2.6.), що копінг-стратегії «Позитивна переоцінка» та «Планування вирішення проблеми» актуалізуються у людей, яким властива скоріше екстраверсія, ніж інтроверсія.

Копінги «Втеча - уникнення», «Конфронтація», «Прийняття відповідальності» та «Пошук соціальної підтримки» - актуалізуються у людей з нижчою емоційною стійкістю, що виявляється у прояві напруженості та занепокоєння.

Отже, «нейротизм» (емоційна нестійкість) співвідноситься з поведінкою людей, які реагують у цій ситуації по типу ухилення (заперечення проблеми, прояв невиправданих очікувань тощо.); з виразним компонентом самокритики та самозвинувачення; які чекають уваги, поради, співчуття з боку оточення; вирішуючи проблеми з допомогою який завжди цілеспрямованої поведінкової активності, здійснення конкретних дій, спрямованих або зміну ситуації, або відреагування негативних емоцій у зв'язку з труднощами.

«Екстраверсія» співвідноситься з поведінкою людей, які долають проблеми внаслідок спроб цілеспрямованого аналізу ситуації та можливих варіантів поведінки, вироблення стратегії вирішення проблеми, планування власних дій з урахуванням об'єктивних умов, минулого досвіду та наявних ресурсів; спроб подолання негативних переживань у зв'язку з проблемою внаслідок її позитивного переосмислення, розгляд її як стимулу для особистісного зростання.

Підсумовуючи, слід зазначити, що особистісні характеристики є значною детермінантою переживання і копінг-поведінки батьків в ситуації тяжкого захворювання дитини.

1. «Екстраверсія» співвідноситься зі сприятливішим емоційним станом дорослих (енергійністю, активністю, впевненістю у собі), оптимістичним баченням ситуації (позитивної енергією) і навіть більш конструктивними стратегіями поведінки.

2. «Нейротизм» співвідноситься з менш сприятливим емоційним станом (тривожністю, пригніченістю, поганим самопочуттям, зниженим настроєм), і навіть менш конструктивними ситуації стратегіями поведінки.

Таким чином, досліджуючи особистісні характеристики та свідомість життя, ми підтвердили нашу гіпотезу про те, що переживання і копінг-поведінка батьків онкохворих дітей пов'язані з цими особистісними особливостями. Ми виявили, що екстраверсія-інтроверсія та нейротизм по-різному впливають на переживання та вибір копінг-стратегій.

Свідомість життя, як і очікувалося, виявилася взаємопов'язаною з позитивним знаком переживань і пов'язана з копінг-стратегіями. Ми виявили взаємозв'язки свідомості з усіма елементами переживання, причому свідомість вища у ситуації більш позитивного її сприйняття. Позитивний знак може свідчити, що осмисленість є особистісним ресурсом подолання важкої життєвої ситуації, але водночас, можливо, підвищення свідомості є результатом роботи переживання (концепція Ф.Є. Василюка), але тільки у разі, якщо це переживання має відносно позитивний характер.

Вищий рівень свідомості життя і в цілому, більш позитивний погляд на життя співвідноситься також з переважною представленістю у поведінці копінг-стратегій «Позитивна переоцінка» та «Планування вирішення проблеми» при відмові від копінг-стратегії «Втеча - уникнення». Багато емпіричних даних підтверджують, що дані копінг-стратегії можна розглядати як найбільш конструктивні способи виходу з тяжкої життєвої ситуації і як сприяють особистісному зростанню та розвитку людини [70, 77]. Отримані дані можна співвіднести також із висновками А. Алексапольського [5], І. Ветрова [14] та ін., які пов'язують рівень свідомості життя зі здатністю ефективно виходити із ситуації, в якій людина зіткнулася з можливістю небуття (смерті, втрати, неможливості залишатися незмінною).

У порівнянні з нормальною життєвою ситуацією у наших піддослідних була виявлена певна специфіка мотиваційної тенденції до пошуку сенсу життя, що характеризується зниженням задоволеності в оцінці пройденого відрізка життя, відчутті його продуктивності та свідомості прожитої його частини (шк. «Результат»); відчуттям процесу свого життя як менш цікавого,

емоційно насиченого та наповненого змістом (шк. «Процес»); у відчутті невідконтрольності власного життя, фаталістичного ставлення до нього (шк. «Локус контролю - Життя»).

В цілому, загальний профіль вибірки за шкалами СЖО, що демонструє нижчі значення у порівнянні з нормативними даними, на наш погляд, свідчить про те, що в ситуації тяжкого захворювання дитини багато життєвих установок можуть зазнавати істотних змін. Це підтверджують і емпіричні дослідження інших дослідників (див., наприклад, дослідження Мазурової [48], Nilgeman [91] та ін). Знижені результати, ймовірно, свідчать про те, що у період, коли проводилося обстеження, ситуація з дітьми відрізнялася високим рівнем невизначеності й старі смислові установки могли втрачати свою актуальність (при несформованості нових). Тоді не тільки смислові установки, а й загальна свідомість життя (її рівневі показники) піддається впливу ситуації, в яку потрапила людина. Чим негативнішою сприймається ситуація (нижче загальний емоційний фон поточного стану), тим нижчий рівень її свідомості. Однак такий висновок потребує додаткових підтверджень та досліджень.

3.3. Рекомендації до психологічного супроводу батьків онкохворих дітей

Підсумовуючи теоретичні та емпіричні дослідження ми виділили наступні мішені (завдання) для психотерапевтичної підтримки батьків онкохворих дітей: стабілізація психоемоційного стану; робота з почуттям провини; знаходження ресурсів для самопідтримки; формування ефективних копінг-стратегій, нових цінностей та сенсів життя.

Для вирішення цих завдань ми пропонуємо терапію прийняття та відповідальності (Acceptance Commitment Therapy, АСТ). Це один із найновіших напрямів поведінкової терапії, заснованої на принципах усвідомленості та спрямованої на зниження стратегії уникнення контакту з

досвідом (думками, почуттями, діями, відчуттями) та спонукання клієнта розвивати поведінку, спрямованої на реалізацію персональних цінностей (життєвих смислів).

Терапія прийняття та відповідальності заснована в 1986 році Стівом Хайєсом (відомим американським психологом, фахівцем у галузі поведінкової та когнітивно-поведінкової терапії). Це єдиний психотерапевтичний підхід, розроблений у поєднанні зі своєю власною базовою дослідницькою програмою. В цей час є великий обсяг емпіричних даних (понад 700 досліджень), що підтверджують ефективність терапії прийняття та відповідальності [73].

Вектор напрямку нової психотерапії – не уникати своїх хворобливих страждань, а навчитися набувати життєвих цінностей у болю та стражданні, розвинути навичку співчуття, у тому числі й до себе. Зіткнутися з власним стражданням, не тікати від нього, а дозволити йому бути. Співчуття дозволяє мати розуміння себе, задовольняти власні цінності та розвиватися, вміти грамотно розпоряджатися ресурсами, які є в нашій психіці.

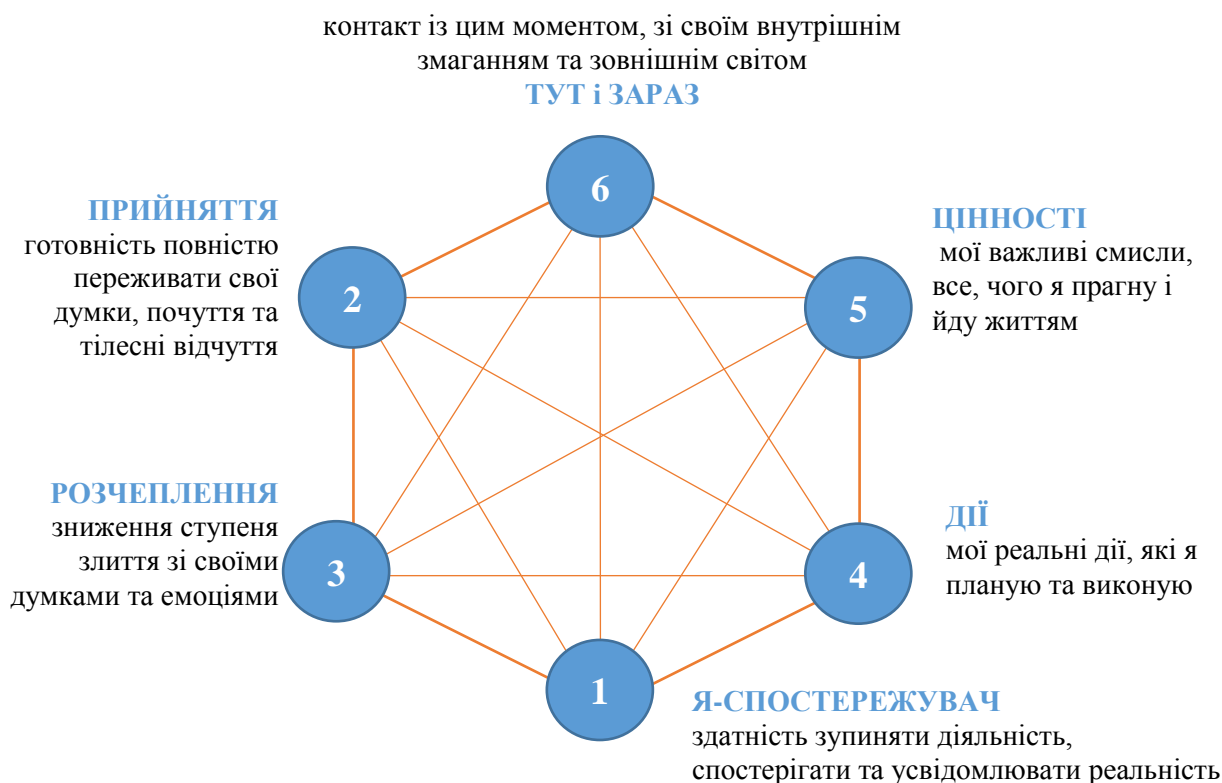
Прийняття – розвиток внутрішньої згоди на будь-який життєвий емоційний досвід. Це спосіб навчитися керувати своєю емоційною реальністю.

Терапія прийняття та відповідальності сфокусована на двох ключових процесах — розвитку здатності приймати небажані суб'єктивні переживання, що знаходяться за межами нашого контролю, а також прихильність до дій, що ведуть до проживання життя згідно з нашими цінностями. Мета терапії прийняття та відповідальності - розвиток “психологічної гнучкості”, як моделі психічного здоров'я. Тобто усвідомленого контакту з поточним моментом та здатності вибудовувати свою поведінку з урахуванням контексту та відповідно до обраних цінностей.

Психологічна гнучкість - готовність відчувати й не втручатися у внутрішній досвід, повністю зв'язавшись із цим моментом, у русі до своїх цілей та цінностей. Все це про вміння не заважати внутрішньому досвіду

(думкам, самовизначенню, почуттям, емоціям), бути різними, будь-якими та завдяки цьому вміти по-різному діяти, залежно від цілей.

Для розвитку психологічної гнучкості терапія прийняття та відповідальності базується на шести основних психологічних процесах у людській психіці (мал. 3.3.). Залежно від того, в якому стані знаходиться той чи інший процес, формується проста вилка (гойдалка маятника) - цей процес знаходиться або в стані ригідності (у жорсткому, не здоровому стані), або в гнучкості (у спокійному, здоровому стані) [81]. Завдання психотерапії - привести до гнучкості той із процесів, який страждає.



Мал. 3.3. Шість основних принципів терапії прийняття та відповідальності.

Розглянемо шість процесів психологічної гнучкості:

Спостерігаюче Я – здатність розглянути досвід у перспективі, гнучке самосприйняття, замість застрягання у своїй історії та самовизначенні.

Прийняття — відкритість і готовність дозволити тому, що відбувається всередині, бути таким, яке воно є, без наміру змінити. Робота з власною емоціональною сферою (робота з копінгом «Уникнення»). Внаслідок розширення сприйняття реальності та будь-якого емоційного контексту, навіть болючого, стаємо відкриті всієї біохімії мозку. Розширюється фокус сприйняття, стратегія Уникнення трансформується у конструктивні копінг-стратегії.

Розчеплення – навичка дисоційованого ставлення до думок, завдяки чому вони мають менший вплив на поведінку чи емоції, замість сприйняття світу крізь думки. Той арсенал думок, який зупиняє від набуття нового досвіду, сам собою згасає. Формуються нові нейронні мережі при отриманні та підкріпленні нового досвіду.

Дії – поведінкова активація, реальні кроки, дії у бік цінностей, що важливо для людини. Починаючи робити ці кроки, повертається кермо відповідальності, відчуття того, що я щось роблю і в мене це виходить. Повертається відчуття контролю за життям, що людина може щось впливати.

Цінності - розуміння заради чого я це роблю, зустріч з гамою емоцій, навіть небажаних, ким бажаєте стати і дотримання цього, замість безглуздості того, що відбувається, або відкладення життя. Виходить узгоджений вектор – куди рухатись.

Тут і зараз – усвідомленість, контакт із теперішнім моментом та гнучка увага, замість застрягання в думках про минуле чи майбутнє.

Всі ці 6 процесів глибоко взаємопов'язані між собою. Наприклад, зчепленість з думками викликає уникнення досвіду і відводить від теперішнього моменту. Прийняття досвіду саме собою немає сенсу, без спрямованих дій. Якщо невідомі цінності, невідомо які дії робити. А без контакту з "Я", що спостерігає, відпускання переживань, може здаватися загрозою "Я" і заважає прийняттю.

Для кожного принципу є своя специфічна методологія, техніки, вправи,

домашні завдання та метафори. Робиться багато технік на розширення досвіду станів Я, різного Я (серед них mindfulness) [99]. Розширювальні техніки дають можливість розширитися, дивитися на ситуацію ширше. Спостереження за селф-процесом з боку заспокоює біохімію і надає можливість підключитися до неокортексу, який починає працювати, приймати рішення. Сюди добре вбудовується терапія, сфокусована на співчутті [17]. Спостерегаючий метод дає хороші результати з впоранням з життям.

Мета терапії прийняття та відповідальності - проживати насичене та осмислене життя, приймаючи той біль, який неминуче їй супроводжує. Навички усвідомленості, яким навчають у ході АСТ, якісно підвищують ефективність взаємодії із цими суб'єктивними переживаннями. Завдання не уникати неприємних емоцій (тривога), а для навички саморегуляції, фокус уваги на межі усвідомленості, не означає, що тривоги не буде, а зустрічаємося з емоцією, обходимося з нею, приймаємо і рухаємося далі

Коли людина отримує навичку відкритися емоції, вивчити її, взяти з неї інформацію, Прийняття емоції – це прийняття себе, контакт із собою, даю собі право бути собою. Будь-яка емоція – це матеріал, за якою можна побачити цінність.

Таким чином, терапія прийняття та відповідальності пропонує у психологічному супроводі батьків онкохворих дітей фокусування на роботу з процесами уникнення неприємного досвіду та когнітивного застрягання в негативних установках та самоідентифікації за допомогою принципів прийняття поточного досвіду та визнання його важливості без спроб змінити його зміст або інтенсивність. Техніки усвідомленості (mindfulness) застосовуються у розвиток метапозиції і здібності перемикати увагу з негативних думок вибір бажаних якостей своєї поведінки й реалізації їм життєвих сенсів. Метою терапії прийняття та відповідальності збільшення психологічної гнучкості, яка проявляється у здатності бути відкритим будь-яким проявам внутрішнього досвіду, навичках реєструвати його, помічати

автоматичні реакції на внутрішні стимули та вибирати способи поведінки у відповідь на них відповідно до певних цінностей. Що своєю чергою наводить відновлення якості життя.

ВИСНОВКИ ДО ТРЕТЬОГО РОЗДІЛУ

1. У системі переживань батьків у зв'язку з онкологічним захворюванням дитини виявлено, що поточний емоційний стан є відносно безпечним, але при цьому нестабільним; ситуація оцінюється як помірковано позитивна.

2. Обтяжливими факторами переживання в оцінці причин хвороби виступають фаталізм та визнання власної вини, поряд з об'єктивними причинами.

3. У структурі копінгу поведінки виявлено середній рівень представленості практично всіх видів копінгу та його слабку диференційованість, що свідчить про відсутність чіткого вибору моделі подолання. Найбільш виражені копінг-стратегії: «Втеча-уникнення», «Позитивна переоцінка» та «Пошук соціальної підтримки». В порівнянні з нормативними даними істотно знижена представленість стратегії «Планування вирішення проблеми», тоді як стратегія «Втеча-уникнення» виражена сильніше.

4. З більш позитивним емоційним станом та оцінкою ситуації пов'язані фактори: наявність хобі, наявність роботи, соціальна активність. Оцінювати хворобу як долю чи фатальну подію схильні родичі дітей до 3-х років. З таким же уявленням про причини хвороби пов'язана низька соціальна активність дорослого, яка ще співвідноситься з уявленням, що причиною хвороби є травма чи нещасний випадок.

5. З більш позитивним копінг-реагуванням співвідносяться наявність хобі та соціальна активність. Хобі позитивно пов'язане з «Плануванням

вирішення проблеми» та «Позитивною переоцінкою ситуації», а соціальна активність – з «Позитивною переоцінкою».

Фактор віку дорослого має зворотний зв'язок із копінгом "Дистанціювання".

6. Властивості темпераменту пов'язані з поточним емоційним станом та копінг-поведінкою дорослих. «Екстраверсія» сприяє більш сприятливому емоційному стану, вибору більш конструктивних копінг-стратегій («Позитивна переоцінка» та «Планування вирішення проблеми»), «Нейротизм» — перешкоджає сприятливому емоційному стану та сприяє вибору менш конструктивних стратегій («Конфронтація», «Втеча-уникнення», «Прийняття відповідальності»).

7. Рівень мотиваційної тенденції до пошуку сенсу життя (в порівнянні з нормативною вибіркою) є зниженим. Але вищі значення свідомості життя пов'язані з вибором більш конструктивних стратегій долання при відмові від «Втечі-уникнення».

8. У структурі копінг-поведінки виділено ситуаційно детерміновані копінги «Втеча-уникнення», «Позитивна переоцінка», «Планування вирішення проблеми», «Дистанціювання». «Планування вирішення проблеми» та «Позитивна переоцінка» актуалізуються при більш сприятливій оцінці ситуації та більш позитивному емоційному стані. Копінг-стратегія «Втеча-уникнення» вдається при високій оцінці стресогенності ситуації, при негативному емоційному стані. Копінг «Дистанціювання» співвідноситься з оцінкою ситуації як найкомфортнішою за відносної безпеки ресурсів.

9. До психологічного супроводу батьків при онкологічних захворюваннях дітей запропонована терапія прийняття та відповідальності.

ВИСНОВКИ

У проведеному магістерському дослідженні, присвяченому вивченню особистісних реакцій, переживань та копінг-поведінки батьків при

онкологічних захворюваннях дітей, вдалося вирішити низку важливих завдань теоретичного та практичного плану.

1. Після детального аналізу літературних джерел було виділено, що переживання та копінг-поведінка дорослих у невизначеній ситуації тісно пов'язані між собою та обумовлені низкою об'єктивних факторів ситуації, співвідносяться із суб'єктивними характеристиками та особистісними особливостями її учасників.

Не зважаючи на те, що у науковій літературі достатньо широко визначено поняття переживання, копінг-стратегій і проведено багато досліджень про подолання важких життєвих ситуацій дорослими, на сьогодні в сучасній психології залишається маловивченим питання про зв'язок різних структурних компонентів переживання і копінг-поведінки. Не виявлено єдиного розуміння впливу на переживання і копінг-поведінку батьків при онкологічних захворюваннях дитини таких факторів як стать, вік, освіта, наявність-відсутність роботи, соціальної активності, хобі, місця проживання і т.д.

2. Згідно з об'єктом, предметом, метою та завданнями емпіричного дослідження була розроблена програма дослідження, яка складалась із трьох етапів: теоретичного, емпіричного та етапу кількісної та якісної обробки даних. Вибірку досліджуваних склали батьки онкохворих дітей, які знаходилися на лікуванні у Національному інституті раку і під опікою реабілітаційного центру для онкохворих дітей «Дача». Загальний обсяг вибірки склав - 61 респондента, з них 58 матері та 3 батька віком від 27 до 46 років. В якості емпіричних методів дослідження нами були застосовані анкетування та психодіагностичні методики: методика «САН», в модифікації В.А. Доскіна; методика А. Уессмана, Д. Рікса; тест копінг-стратегій Лазаруса «Стратегии впорающей поведінки» (СВП) в адаптації Л. Вассермана, Є. Тріфоновой; особистісний опитувальник Г. Айзенка під редакцією А.Г. Шмельова і В.І. Похилько і тест сенсожиттєвих орієнтацій (СЖО) в адаптації

Д.А. Леонтєва.

3. Дослідження психологічних факторів переживання виявило, що:

- окремі об'єктивні характеристики ситуації та соціально-економічні характеристики її учасників мають певний вплив на поточний емоційний стан та частково пов'язані з інтерпретацією причин хвороби та ставленням до хвороби як долі;

- обтяжливими факторами переживання в оцінці причин хвороби виступають фаталізм та визнання власної вини, поряд з об'єктивними причинами;

- найбільший вплив з досліджуваних об'єктивних факторів на сприйняття та оцінку ситуації та/або вибір копінг-стратегій має наявність хобі.

Наявність хобі позначається позитивно як на емоційному стані, так і на виборі копінг-стратегій, що дозволило нам зробити висновок про те, що хобі спочатку може виступати як копінг-ресурс, а згодом і як стратегія подолання;

Ми також виявили, що властивості темпераменту можуть виступати як значущі детермінанти поточного емоційного стану та копінг-поведінки. А свідомість життя співвідноситься з більш позитивним сприйняттям ситуації, більш сприятливим поточним емоційним станом.

Наше дослідження також дозволило виділити у структурі копінг-стратегій ті з них, які є ситуаційно детермінованими та відносно нейтральними до змісту ситуації. Як ситуаційно детерміновані виділилися такі копінги як «Втеча-уникнення», «Позитивна переоцінка», «Планування вирішення проблеми», «Дистанціювання».

Нами було також виявлено, що найбільше психологічної допомоги потребують ті з родичів, які використовують копінг-стратегію «Втечі-уникнення». Її актуалізація співвідноситься з негативним емоційним станом.

4. За результатами дослідження до психологічного супроводу батьків при онкологічних захворюваннях дітей запропонована терапія прийняття та відповідальності.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абабков В.А., Перре М.А. Адаптация к стрессу. Основы теории,

диагностики, терапии. Санкт-Петербург : Речь, 2004. 166 с.

2. Акименко А.К. Взаимосвязь стратегий совладающего поведения и социально-психологических характеристик личности. *Психология развития*. 2016. №2. С. 152.
3. Александрова Л.А. К концепции жизнестойкости в психологии. *Сибирская психология сегодня* / под ред. М.М. Горбатовой, А.В. Серого, М.С. Яницкого. Кемерово, 2004. С.82–90.
4. Афоніна І. Ю. Копінг-ресурси особистості як складові інтегрованої поведінки в процесі адаптації до важких життєвих обставин. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2013. № 1 (30). С. 30–38.
5. Белинская Е.П., Сангова С. Болезнь как трудная жизненная ситуация: особенности стратегий совладания родственников тяжелобольных. *Психологические исследования*. 2015. Т.8. № 42. С.8. URL: <http://psystudy.ru> (дата звернення: 07.05.2021).
6. Белорукова Н.О. Семейные трудности и психологическое совладание с ними на разных этапах жизненного цикла семьи. Кострома, 2003. 240 с.
7. Березко І.В. Специфіка дискурсивних технологій самопроекування особистості у кризових життєвих обставинах, які викликані онкологічним захворюванням. *Актуальні проблеми психології*. 2018. Том.2. Вип.11. С.29-33.
8. Бородкина Е.В. Осмысленность жизни как фактор субъективного благополучия. *Молодой ученый*. 2009. №2. С.90-93.
9. Бочкарева З.В. К вопросу оказания специализированной психологической помощи в детской онкологии. *Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии*. 2014. №37. С.58–63.
10. Будницька О.А. Індивідуально-особистісні детермінанти емоційних переживань у психотравмуючій ситуації: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. псих. наук : 19.00.01. Київ, 2001. 21 с.
11. Булах І.С. Психологія життєвих криз особистості. Вінниця, 2015. 110 с.

12. Василюк Ф.Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций). Москва, 1984. 200 с.
13. Васерман Л.И. Методика для психологической диагностики способов совладания. Санкт-Петербург, 2009. 37 с.
14. Ветрова И.И. Связь совладающего поведения с контролем поведения и психологической защитой в системе саморегуляции. Москва, 2008. С.179-197.
15. Войцеховська О., Закалик Г. Сучасні напрями психологічних досліджень копінг-стратегій особистості. *Педагогіка і психологія професійної освіти*. 2016. № 2. С. 95-104.
16. Вяткин Б.А., Дорфман Л.Я. О системном анализе психических состояний. *Новые исследования в психологии*. 1987. №1. С.3-7.
17. Гилберт П. Терапия, сфокусированная на сострадании: отличительные особенности. Киев, 2021. 256 с.
18. Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь. Санкт-Петербург, 2002. 237 с.
19. Грабовська С., Єсип М. Проблема копіngu в сучасних психологічних дослідженнях. *Соціогуманітарні проблеми людини*. 2010. №4. С.191-194. URL: <http://dspace.nbuiv.gov.ua/bitstream/handle/123456789/27423/19-Hrabowska.pdf?sequence=1> (дата звернення: 13.09. 2021).
20. Ермакова Е.Н. Экзистенциальный подход в консультировании родителей ребенка с соматическим заболеванием. *Известия ЮФУ. Технические науки*. 2005. №7. С.94-96.
21. Ігумнова О.Б. Дослідження копінг-стратегій осіб у складних життєвих обставинах. *Теорія і практика сучасної психології*. 2020. Вип. №1. Т. 2. С. 28-33.
22. Исаева Е.Р. Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни. Санкт-Петербург, 2009. 136 с.
23. Ильин Е.П. Переживание как импрессивный компонент эмоционального реагирования. Санкт-Петербург, 2007. 784 с.

24. Журавлева Л.А., Крюкова Т.Л., Сергиенко Е.А. Совладающее поведение: современное состояние и перспективы. Москва: Институт психологии РАН, 2008. 205 с.
25. Карпіловська С.Я., «На полі боротьби волі з долею». *Запрошення до діалогу*. / За ред. Титаренко Т.М. Київ, 2005. С.263-275.
26. Кириленко Т. С. Пошук гармонії: емоційні переживання та стани особистості (вчинково-орієнтований підхід). Київ, 2004. 101 с.
27. Кириленко Т. С. Психологія травмуючих ситуацій. Київ, 2014. 135 с.
28. Кириленко Т.С. Індивідуальні відмінності у переживанні психотравмувальних ситуацій. *Проблеми гуманітарних наук*. 2014. Вип. 33. С. 176-187.
29. Кириленко Т. С. Емоційна сфера особистості: вектори до вивчення. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка*. 2018. Том.1. №8. С.26-30.
30. Клипинина Н.В., Хаин А.Е., Кудрявицкий А.Р. Проблема информирования о заболевании и лечении пациентов и их родителей (семей в детской онкологии). *Консультативная психология и психотерапия*. 2014. №1. С.127-155.
31. Корниенко А.Ф. Общая теория эмоциональных психических процессов. Казань, 2005. 66 с.
32. Коваленко А.Б. Дослідження копінг-поведінки: Тенденції та перспективи. 2011. №9. С. 110-113.
33. Коваленко А.Б. Особистісний потенціал в опануванні важких життєвих ситуацій: проактивна взаємодія з середовищем. *Вісник Одеського національного університету*. 2010. №.14 (17). С.54-65.
34. Корень Е.В., Масихина С.Н. Постстрессовые расстройства у родителей детей с онкологическими заболеваниями на этапе стационарного лечения. *Консультативная психология и психотерапия*. 2014. Т.22. №1. С.90-105.
35. Коржова Е.Ю. Развитие личности в контексте жизненной ситуации.

Психология социальных ситуаций / под ред. Н.В. Гришиной. Санкт-Петербург, 2001. С. 279-285.

36. Крюкова Т.Л. Психология совладающего поведения: современное состояние, проблемы и перспективы. *Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова: Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика*. 2008. №4. С.147–153.

37. Кудряшов А.С. Психологическое сопровождение семей, имеющих онкологического больного в терминальной стадии заболевания. *Молодой ученый*. 2016. №15 (1). С.108–111.

38. Кюблер-Росс Э., О смерти и умирании. Киев, 2001. 320 с.

39. Лазарус Р.С. Индивидуальная чувствительность и устойчивость к психологическому стрессу. Москва, 1989. 226 с.

40. Ларіна Т.О. Життєстійкість як життєве завдання особистості. *Актуальні проблеми психології: Психологічна герменевтика* / За ред. Н.В. Чепелевої. Київ, 2007. С. 131-138.

41. Леонтьев Д.А., Тест смысло-жизненных ориентации. Москва, 2000. 18 с.

42. Леонтьев Д.А., Психология смысла: Природа, строение и динамика смысловой реальности: учебное пособие для студ. вузов, обучающихся по направлению и специальностям психологии. Москва, 2004. 222 с.

43. Либина А.В. Совладающий интеллект: человек в сложной жизненной ситуации. Москва, 2008. 247 с.

44. Лэйнг Р.Д., Феноменология переживания. Райская птичка. О важном. Львов, 2005. 352 с.

45. Лэнгле А., Эмоции и экзистенция. Харьков, 2011. 332 с.

46. Ляшин Я.Є. Копінг у подоланні життєвих труднощів. *Проблеми сучасної психології*. 2017. № 35. С. 301- 303.

47. Мазурова Н.В. Особенности адаптации родителей к болезни ребенка. *Социальная педиатрия и организация здравоохранения*. 2013. №5. С.50–56.

48. Мазурова Н.В. Модель психолого-педагогической помощи родителям детей с тяжелыми и хроническими заболеваниями: диссертация ... д-ра психологических наук: 19.00.07 / Институт психолого-педагогических проблем детства Российской академии образования. Москва, 2014. 455 с.
49. Макаренко С.Л. Индивидуально-типологические особенности вероятностного прогнозирования у подростков. *Вопросы психологии*. 1983. №1. С.134-138.
50. Маришук В.Л., Евдокимов В.И. Поведение и саморегуляция человека в условиях стресса. Санкт-Петербург: Сентябрь, 2001. 260 с.
51. Методика психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями: пособие для врачей и мед. психологов / Вассерман Л.И. и др. Санкт-Петербург: НИПНИ им. В.М.Бехтерева, 2009. 38 с.
52. Миронова Е.Е. Сборник психологических тестов. Ч.1. Минск, 2005. 155 с.
53. Мюллер В.К. Англо-русский словарь. Санкт-Петербург, 2008. 656 с.
54. Нартова-Бочавер С.К. “Copingbehavior” в системе понятий психологии личности. *Психологический журнал*. 1997. №5. С.20–30.
55. Небылицын В.Д. Психофизиологические исследования индивидуальных различий. Москва, 1976. 336 с.
56. Никольская И.М., Грановская Р.М. Психологическая защита у детей. Санкт-Петербург: Речь, 2000. 507 с.
57. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навчальний посібник. / Н. Пророк та ін. Київ. 2018. 208 с.
58. Особистість як суб’єкт подолання кризових ситуацій: психологічна теорія і практика / за ред. С.Д.Максименка, С.Б.Кузікової, В.Л.Зливкова. Книга 2. Суми, 2017. 540 с.
59. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учебное пособие / ред. Райгородский Д.Я. Самара: БАХРАХ-М, 2011. 672 с.
60. Родіна Н. В. Психологія копінг поведінки: системне моделювання: дис. ...

д-ра. псих. наук : 19.00.01. Київськ. нац. ун-т ім. Тараса Шевченка. Київ, 2013. 503 с.

61. Родіна Н.В. Особистісні характеристики як ресурси долаючої поведінки. *Проблеми сучасної психології*. 2010. №7. С. 609.

62. Рисинець Т. П. Етимологія категорій «механізми психологічного захисту» та «копінг-стратегії». *Вісник НТУУ«КПІ»*. 2012. № 1(34). С. 119-123.

63. Сабунаева М.Л. Типы переживания критических ситуаций (на примере переживания родителями ситуации заболевания ребенка сахарным диабетом). *Вестник ВолГУ. Серия 9: Исследования молодых ученых*. 2007. №6. С. 40-44.

64. Стреляу Я. Роль темперамента в психическом развитии. Москва, 1982. 231с.

65. Суроегина А.Ю., Холмогорова А.Б. Адаптация родителей к разным типам хронического инвалидизирующего заболевания ребенка (последствиями спинальной травмы и детского церебрального паралича в подростковом и юношеском возрасте). *Консультативная психология и психотерапия*. 2015. №1 (84). С.177-195.

66. Титаренко Т.М. Пхолгія життєвої кризи. Київ, 1998. 348 с.

67. Трифонова Е.А. Стратегии совладания со стрессом и соматическое здоровье человека: теоретические подходы и эмпирические исследования. *Известия РГПУ им. А.И. Герцена*. 2012. №145. С.96-108.

68. Трифонова Е.А. Адаптационный потенциал личности и психосоматический риск: проблема копинг-компетентности. *Известия РГПУ им. А.И. Герцена*. 2013. №155. С.71-83.

69. Фахрутдинова Л.Р. Структурно-динамическая организация переживания субъекта: диссертация ... д-ра психологических наук: 19.00.01 / Казанский (Приволжский) федеральный университет: Казань, 2012. 509 с.

70. Федорова А.О., Черненко О.А. Особенности психологической адаптации и семейных отношений родителей при онкологическом заболевании ребенка. *Сборник тезисов IV Всероссийского Съезда онкопсихологов*: Москва, 2012.

С.67–68.

71. Франкл В., Человек в поисках смысла. Москва, 1990. 368 с.

72. Хаин А.Е., Клипинина Н.В., Никольская Н.С., Орлов А.Б., Евдокимова М.А., Стефаненко Е.А., Кудрявицкий А.Р. Опыт создания и работы психологической службы в детской гематологии/онкологии. *Консультативная психология и психотерапия*. 2014. Т.22. №1. С.106-127.

73. Хаейс Стивен С., Штротсаль Кирк Д., Уилсон Келли Г. Терапия принятия и ответственности . Процессы и практика осознанных изменений. Москва: Диалектика-Вильямс, 2021. 544 с.

74. Церковский А.Л., Современные взгляды на проблему стрессоустойчивости. *Вестник ВГМУ*. 2011. №1. С.6-17.

75. Чепик Ю.И. Изучение жизнестойкости родителей детей с тяжелыми хроническими заболеваниями. *Вести БГПУ*. Серия 1. 2013. №4. С.22-26

76. Чепик Ю.И. Семья тяжело больного ребенка: проблемы психодиагностики и опыт изучения родительской подсистемы. *Адукацыя і Выхаванне*. 2013. №10. С.85–90.

77. Чепик Ю.И. Индивидуальные стратегии совладающего поведения родителей тяжелобольных детей. *Весн. Магіл. дзярж. ун-та імя А.А.Куляшова*. 2014. №2. С.63–68.

78. Черненко О.А., Чулкова В.А. Психологическое состояние матерей во время лечения их детей в онкологическом отделении. *Научные исследования выпускников факультета психологии СПбГУ / под ред. А. В. Шаболтас*. Санкт-Петербург: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2014. Т.2. С.298–304.

79. Чернов Д.Ю. Осмысленность как самостоятельное понятие и его место в системе науки о человеке. *Ученые записки СПбГИПСР*. 2010. Т.14. №2. С.52-56.

80. Чернов Д.Ю. Осмысленность в индивидуальном и групповом психологическом консультировании. *Ученые записки СПбГИПСР*. 2014. Т.21.

№1. С.30–40.

81. Шкуратова И.П., Анненкова Е.А. Личностные ресурсы как фактор совладания с кризисными и ситуациями. *Психология кризиса и кризисных состояний. Междисциплинарный ежегодник*. 2007. №4. С.17–23.

82. Шумакова И.Е. Успешность преодоления жизненных трудностей. *Вестник СПбГУ. Серия 12. Социология*. 2009. №1–2. С.42–49.

83. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. Санкт-Петербург: Питер, 2015. 672 с.

84. Brown R., Herbarg P. Healing Power of Breath: Simple Techniques to Reduce Stress and Anxiety, Increase Concentration. Boulder: Shambhala, 2012. 149 p.

85. Carter P.A. Caregivers' descriptions of sleep changes and depressive symptoms. *Oncology Nursing Forum*. 2002. 29(9). P. 1277–1283.

86. Cramer P. Protecting the Self: Defense Mechanisms in Action. New York, 2006. 384 p.

87. Fink G. Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior. Cambridge, 2016. 502 p.

88. Folkman S. Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*. 2000. № 55. P. 647- 654.

89. Freund A. M. What I Have and What I Do - The role of resource loss and gain throughout life. *Applied Psychology*. 2001. № 50(3). P. 370-380.

90. Greenglass E. Proactive coping. *Beyond coping: Meeting goals, vision, and challenges*. 2002. № 3. P. 37-62.

91. Hilgeman M.M., Allen R.S., DeCoster J., Burgio L.D. Positive aspects of caregiving as a moderator of treatment outcome over 12 months. *Psychology and Aging*. 2007. 22(2). P.361–371.

92. Hobfoll S.E. The Ecology of Stress. Washington, 1988. 360 p.

93. Hobfoll S. E. The Influence of Culture, Community, and the Nested Self in the Stress Process: Advancing Conservation of Resources Theory. *Applied Psychology*. 2001. Vol.50. P.337-421. URL: <https://doi.org/10.1111/1464-0597.00062> (Last

accessed: 02.10.2021).

94. Karabulutlu E. Y. Coping with stress of family caregivers of cancer patients in Turkey. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*. 2014. 1(1), P.55–60.
95. Kaap-Deedera J., Brenningb K., Neyrinckc B. Emotion regulation and borderline personality features: The mediating role of basic psychological need frustration Personality and Individual Differences. *Personality and Individual Differences*. 2021. Vol. 168, 10.1016/j.paid.2020.110365. Режим доступа до пецыпсу URL: <https://ru.booksc.eu/ireader/83760953>. (Last accessed: 12.10.2021).
96. Kubler-Ross E. Seeking Meaning: Stage Six of Grief. Scribner, 2019. 272 p.
97. Lazarus R., Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer Publishing Company, 1984. 445 p.
98. Lazarus R. S. Toward Better Research on Stress and Coping. *American Psychologist*. 2000. № 55. P.665-673.
99. Mark Williams M., Penman D. Mindfulness: A Practical Guide to Finding Peace in a Frantic World (Includes Free CD with Guided Meditations) Little/ New York, 2011. 288 p.
100. Richard S., Lazarus R. Stress and Emotion: A New Synthesis. New York: Springer Publishing Company, 2006. 360 p.

Додаток № 1. Авторська анкета для виявлення об'єктивних складових ситуації, пов'язаної з онкозахворюванням дитини

Бланк

Просимо Вас відповісти на наступні питання. Ця інформація потрібна для того, щоб мати більше можливостей для надання психологічної допомоги сім'ям, які потрапили у важку життєву ситуацію в зв'язку з захворюванням дитини.

1	Ваше ім'я	
2	Ваш рік	
3	Повідношенню до дитини Ви (підкреслити)	Мама Батько Інше _____
4	Ваш сімейний стан (підкреслити)	У шлюбі В розлученні Одинак Вдова / вдівець
5	Кількість дітей в сім'ї	
6	Рік хворіющої дитини	
7	Місто проживання	
8	Освіта (підкреслити)	Вища Середня Інше _____
9	Чи маєте Ви постійну роботу на даний момент?	
10	Чи є у вас хобі (захоплення) в даний період життя?	
11	Перебуваючи в цій непростій	

	ситуації, пов'язаної з хворобою дитини, чи готові Ви брати участь в чергуванні батьків у відділенні лікарні, в реабілітаційному центрі?	
12	Чи готові Ви емоційно підтримувати інших батьків / дітей?	
13	Чи готові Ви брати участь в пошуку необхідної допомоги для інших пацієнтів?	
14	Чи отримуєте Ви допомогу від рідних і близького Вам оточення?	
15	Чи готові Ви брати участь в організації дозвільних заходів для дітей:	
16	На Вашу думку, у чому Ви бачите можливу причину хвороби Вашої дитини? (підкреслити)	<ul style="list-style-type: none"> - Спадковість - Доля - Нещасний випадок - Вплив травми, отриманої раніше - Негативний вплив інших людей («псування», «пристріт») - Вплив стресових ситуацій - Особливості роботи імунної системи організму - Власні неправильні дії - Вплив екології