

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Факультет психології

Кафедра психодіагностики та клінічної психології

**Зв'язок тривожно-депресивних симптомів з рівнем соціальної
підтримки пацієнтів, які отримують хіміотерапію**

Кваліфікаційна робота

Студентки 2 курсу ОР Магістр
(спеціальність 053 «Психологія»,
освітня програма «Психологія», заочна
форма навчання)

Юзвишиної Ганни Миколаївни

Науковий керівник:

Асистентка кафедри

психодіагностики та клінічної

психології,

докторка філософії у галузі психології

Молотокас Антоніна Андріївна

Роботу рекомендовано до захисту на ЕК №_

Протокол №_____ від_____ року

Завідувачка кафедри психодіагностики та клінічної психології

_____ **Людмила КРУПЕЛЬНИЦЬКА**

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ СИМПТОМІВ З РІВНЕМ СОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ОТРИМУЮТЬ ХІМІОТЕРАПІЮ.....	10
1.1. Теоретичні підходи до розуміння тривожно-депресивних симптомів у контексті онкологічного захворювання.....	10
1.2. Поняття та основні форми соціальної підтримки пацієнтів, які отримують хіміотерапію.....	17
1.3. Механізми впливу соціальної підтримки на вираженість тривожно-депресивних симптомів у пацієнтів, які отримують хіміотерапію.....	24
Висновки до розділу 1.....	32
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ СИМПТОМІВ З РІВНЕМ СОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ОТРИМУЮТЬ ХІМІОТЕРАПІЮ.....	34
2.1. Опис дизайну дослідження.....	34
2.2. Обґрунтування методик дослідження.....	38
2.3. Характеристика вибірки.....	43
Висновки до розділу 2.....	49
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ СИМПТОМІВ З РІВНЕМ СОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ОТРИМУЮТЬ ХІМІОТЕРАПІЮ.....	51
3.1. Загальний огляд результатів дослідження.....	51

3.2. Особливості прояву тривожно-депресивних симптомів серед пацієнтів, які отримують хіміотерапію, залежно від рівня соціальної підтримки.....	58
3.3. Зв'язок тривожно-депресивних симптомів з рівнем соціальної підтримки пацієнтів, які отримують хіміотерапію.....	67
Висновки до розділу 3.....	74
ВИСНОВКИ.....	76
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	82
ДОДАТКИ.....	93

ВСТУП

Актуальність дослідження. Онкологічні захворювання розглядаються як одна з найбільш ресурсозатратних та емоційно виснажливих медичних проблем сучасності, що поєднує загрозу життю, тривалий перебіг і складні схеми лікування. Хіміотерапія, як один з основних методів протиракової терапії, супроводжується вираженим психоемоційним напруженням. Етап активного лікування часто стає критичним моментом, коли у пацієнтів загострюються тривожно-депресивні реакції, пов'язані з невизначеністю прогнозу, страхом перед ускладненнями, втратою звичного способу життя та необхідністю адаптації до нової ідентичності «онкопацієнта».

Тривога зазвичай пов'язана з очікуванням результатів обстежень, можливістю прогресування захворювання, повторними циклами лікування та непередбачуваністю соматичного стану. Депресивна симптоматика може формуватися на тлі хронічної втоми, фізичної слабкості, змін зовнішності, обмеження соціальної активності та переосмислення життєвих планів. Поєднання тривоги та депресії створює стійкий фон емоційної дезадаптації, який впливає на сприйняття діагнозу, взаємодію з лікарями та близькими, рівень мотивації до лікування. Тривожно-депресивні симптоми посилюють відчуття безпорадності, знижують віру в ефективність терапії, погіршують сон, апетит, когнітивні функції, ускладнюють виконання повсякденних справ. В емоційно виснаженому стані пацієнтам складніше дотримуватися терапевтичних рекомендацій, витримувати інтенсивні схеми лікування, вчасно проходити контрольні обстеження, що може позначатися на прихильності до лікування та загальних медичних результатах.

У контексті сучасної України додатковим і надзвичайно потужним чинником дистресу є повномасштабна війна, яка суттєво ускладнила життя онкопацієнтів і посилила як медичні, так і психосоціальні виклики.

Пацієнти, які проходять хіміотерапію, часто стикаються з вимушеним переміщенням, втратою звичного життєвого середовища, необхідністю змінювати лікувальний заклад або навіть місто проживання. Доступ до спеціалізованої онкологічної допомоги та реабілітаційних послуг ускладнюється через руйнування інфраструктури, логістичні обмеження, перебої в роботі медичних установ, перевантаженість системи охорони здоров'я та кадрові втрати. У таких умовах хіміотерапія відбувається на тлі постійного відчуття небезпеки, невизначеності й хронічного стресу, що створює додатковий ґрунт для загострення тривожно-депресивної симптоматики.

Традиційні мережі підтримки – родина, близькі друзі, колеги, знайоме медичне оточення – нерідко опиняються розірваними через евакуацію, мобілізацію, вимушену міграцію за кордон або в більш безпечні регіони. Для частини пацієнтів звичне коло спілкування звужується, а контакти з близькими переходять у дистанційний формат. Медичний персонал, який раніше міг бути важливим ресурсом підтримки, працює в умовах підвищеного навантаження, дефіциту часу та ресурсів, що обмежує можливості для емпатичної комунікації. Усе це посилює переживання самотності, екзистенційної вразливості та відчуття «залишеності наодинці» з хворобою та війною.

Для пацієнтів, які отримують хіміотерапію, підтримка з боку родини, друзів, інших хворих і медичних працівників відіграє роль емоційного буфера, що пом'якшує вплив тривоги, депресивних переживань і хронічного стресу. Відчуття того, що поряд є люди, готові вислухати, допомогти у побутових питаннях, супроводжувати на процедури, підтримати у прийнятті рішень щодо лікування, сприяє формуванню відносно стабільного внутрішнього відчуття опори. Соціальна підтримка допомагає переосмислювати травматичні події, знижує ризик емоційної

ізоляції та сприяє збереженню мотивації до продовження терапії навіть за умов високої невизначеності.

Разом з тим у вітчизняному науковому просторі все ще недостатньо робіт, що комплексно враховують поєднання трьох вимірів: тривожно-депресивної симптоматики онкопацієнтів, рівня соціальної підтримки та специфічного воєнного контексту сучасної України. Частіше розглядаються або загальні питання психологічної підтримки онкохворих, або окремо – вплив стресових подій війни на психічний стан населення. Натомість саме хіміотерапія в умовах війни створює унікальну ситуацію подвійного навантаження, коли онкологічне захворювання переплітається з реаліями повсякденної загрози, повітряними тривогами, перебоями в лікуванні та порушеннями звичних соціальних зв'язків. За таких умов тривожно-депресивні симптоми й соціальна підтримка постають взаємопов'язаними ланками єдиного психосоціального процесу адаптації пацієнта до хвороби.

Проблематика психоемоційного стану онкологічних пацієнтів на різних етапах лікування посідає помітне місце як у вітчизняних, так і в зарубіжних дослідженнях. У роботах Н. Подолух (2024), О. Вінницької (2025), Б. Становського (2023, 2024) та Є. Чайки (2025) аналізуються психологічні особливості онкохворих, динаміка їхніх психоемоційних станів, специфіка стрес-долаючої поведінки, а також підходи до психокорекційного супроводу пацієнтів з уперше діагностованою онкопатологією. Зарубіжні автори зосереджуються на вивченні тривоги й депресії в онкопацієнтів, розробці клінічних рекомендацій щодо їх менеджменту та оцінці впливу афективної симптоматики на якість життя: це, зокрема, настанови з ведення тривоги й депресії у пацієнтів, які пережили рак (Andersen et al., 2023), дослідження впливу освітніх відеоматеріалів про побічні ефекти хіміо- та імунотерапії на рівень тривоги, депресії й дистресу (Baralo et al., 2022), аналіз тенденцій поширеності

депресії та тривоги залежно від онкологічного статусу (Kim et al., 2025), огляди ефективності інтервенцій, спрямованих на розвиток копінг-навичок у пацієнтів з гематологічними злоякісними новоутвореннями (Andersen et al., 2022), а також роботи, присвячені впливу депресії та тривоги на показники якості життя дорослих онкопацієнтів (Alwhaibi et al., 2023). Залучення цих праць дає змогу окреслити теоретико-емпіричне підґрунтя дослідження афективної симптоматики та зумовлює потребу в її подальшому вивченні в специфічних умовах сучасної України.

Отже, вивчення зв'язку тривожно-депресивних симптомів з рівнем соціальної підтримки у пацієнтів, які отримують хіміотерапію в сучасній Україні, є науково й практично актуальним завданням.

Мета дослідження – виявити зв'язок тривожно-депресивних симптомів з рівнем соціальної підтримки у пацієнтів, які отримують хіміотерапію.

Відповідно до мети були сформульовані **завдання дослідження**:

1) Здійснити теоретико-методологічний аналіз зв'язку тривожно-депресивних симптомів та рівня соціальної підтримки в сучасній науковій літературі;

2) Дослідити особливості прояву тривожно-депресивних симптомів залежно від рівня соціальної підтримки у пацієнтів, які отримують хіміотерапію;

3) Встановити зв'язок тривожно-депресивних симптомів та соціальної підтримки пацієнтів, які отримують хіміотерапію;

Об'єктом дослідження є емоційна сфера особистості.

Предметом дослідження є зв'язок тривожно-депресивних симптомів з рівнем соціальної підтримки у пацієнтів, які отримують хіміотерапію.

Методи дослідження включають теоретичні, емпіричні та математико-статистичні:

теоретичні – аналіз, синтез та узагальнення сучасних знань з проблематики дослідження;

емпіричні – соціодемографічна анкета, «Госпітальна шкала тривоги та депресії» (Кутіков & Нікішкова, 2019), «Багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки» (Мельник & Стадник, 2023) «Шкала сприйнятого стресу» (Вельдбрехт & Тавровецька, 2022);

математико-статистичні – описова статистика (аналіз мір центральних тенденцій), частотний аналіз (аналіз співвідношення), однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA), медіаційний аналіз, кореляційний аналіз (ρ -коефіцієнт кореляції Спірмена), регресійний аналіз (бета-коефіцієнти регресії).

Емпірична база дослідження. В дослідженні прийняли участь 47 осіб, з яких 36 жінок та 11 чоловіків. Віковий діапазон склав 20-60+ років. Всі учасники були проінформовані в етичних засадах дослідження та дали згоду на обробку та подальший аналіз результатів опитування.

Теоретична значущість дослідження полягає у тому, що отримані результати поглиблюють розуміння взаємозв'язку між тривожно-депресивними симптомами та рівнем соціальної підтримки у пацієнтів, які проходять хіміотерапію, і підтверджують роль соціальної підтримки як потенційного буферного чинника емоційного напруження. Дослідження розширює наукові уявлення про психологічні механізми адаптації онкопацієнтів до тривалого лікування та підкреслює значення суб'єктивного сприйняття підтримки у формуванні емоційного благополуччя.

Практична значущість отриманих результатів полягає у тому, що виявлені закономірності можуть бути використані у розробці програм психологічної допомоги пацієнтам онкологічного профілю, зокрема у формуванні стратегій підвищення соціальної підтримки та розвитку навичок ефективного подолання стресу.

Структура роботи. Дипломна робота складається із вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загального висновку, списку використаних джерел, який налічує 75 найменувань. Робота містить 34 таблиці та 10 рисунків. Загальний обсяг роботи склав 95 сторінок, при цьому друкованого основного тексту 81 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ СИМПТОМІВ З РІВНЕМ СОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ОТРИМУЮТЬ ХІМІОТЕРАПІЮ

1.1. Теоретичні підходи до розуміння тривожно-депресивних симптомів у контексті онкологічного захворювання

Діагноз «рак» виступає потужним психотравмувальним чинником, який руйнує базові уявлення людини про стабільність, безпеку та контроль над життям. Для багатьох пацієнтів первинна реакція на встановлення діагнозу включає стан шоку, заперечення, емоційного оніміння, що згодом змінюються тривогою, страхом смерті, безпорадністю та депресивними переживаннями. Такі емоційні стани мають як адаптивний, так і дезадаптивний потенціал залежно від ресурсів особистості, наявності соціальної підтримки та ефективності психологічного супроводу.

У вітчизняних дослідженнях описано специфіку клінічних проявів тривожності й депресії в онкологічних пацієнтів. Зокрема, у магістерській роботі О. В. Коломієць (2024) показано, що в жінок з діагностованим раком молочної залози тривожно-депресивні симптоми поєднують інтенсивний страх рецидиву, виражену напруженість, порушення сну, зниження інтересу до повсякденних активностей і емоційне виснаження. Авторка підкреслює, що емоційні реакції тісно пов'язані з етапом діагностики та лікування, образом тіла, уявленнями про прогноз і підтримкою з боку сім'ї та медичного персоналу (Коломієць, 2024). А це дозволяє розглядати тривогу й депресію як частину комплексної адаптаційної відповіді на загрозу життю.

Окремий напрямок становлять роботи, присвячені копінг-стратегіям та психологічним захисним механізмам онкопацієнтів. У дослідженні О. С. Ваховського (2024) акцент зроблено на тому, що вибір способів подолання

стресу (активне проблемно-орієнтоване подолання, пошук підтримки, уникання, заперечення тощо) та особливості захисних механізмів суттєво пов'язані з вираженістю тривожно-депресивної симптоматики. Автор показує, що перевага пасивних або унікальних стратегій, ригідних психологічних захистів сприяє хроніфікації тривоги й депресії, тоді як більш гнучкі, адаптивні копінг-стратегії та здатність спиратися на соціальні ресурси можуть зменшувати емоційний дистрес (Ваховський, 2024). Таким чином, тривожно-депресивні стани розглядаються у взаємозв'язку з індивідуальним стилем подолання онкологічного захворювання.

Біопсихосоціальний підхід до онкологічних захворювань підсилюється також міждисциплінарними роботами, де увага приділяється нейробиологічним механізмам змін емоційного стану. У дослідженні Ф. В. Гладких, Т. І. Лядової, М. В. Красносельського, М. С. Матвеєнко та Т. В. Рубльової (2025) обґрунтовується принцип мультимодальної нейропротекції при черепно-мозкових травмах, неврологічних та онкологічних захворюваннях. Автори підкреслюють, що поєднання соматичного ураження, нейротоксичного впливу лікування та хронічного стресу може призводити до порушень нейронної пластичності, когнітивних і афективних розладів, у тому числі тривожних і депресивних проявів (Гладких, Лядова, Красносельський, Матвеєнко, & Рубльова, 2025). Це підкреслює необхідність розглядати тривожно-депресивні симптоми онкопацієнтів як результат взаємодії біологічних, психологічних і соціальних чинників, де психоемоційний стан є наслідком комплексного впливу хвороби та лікування.

Депресія і тривога є найбільш поширеними формами психологічного дистресу серед онкопацієнтів. За даними досліджень, їхня поширеність коливається від 30 до 50%, що свідчить про системний характер проблеми (Zeilinger et al., 2022). Підвищений рівень тривожності спостерігається особливо на етапі постановки діагнозу та початку

хіміотерапії, коли пацієнти стикаються з невизначеністю прогнозу, побічними ефектами лікування та порушенням тілесної цілісності. Дослідження, проведене в Іспанії під час пандемії COVID-19, виявило, що 36% онкопацієнтів мали клінічно значимий рівень тривоги, а 35% – депресії, причому найвищі показники спостерігалися серед жінок і молодших пацієнтів, які відчували безнадійність і страх втрати контролю над власним життям (Obispo-Portero et al., 2022).

Психологічна динаміка реакції на онкологічне захворювання узгоджується з моделлю кризового реагування Е. Кюблер-Росс, що включає п'ять етапів: заперечення, гнів, торг, депресію та прийняття. У контексті онкопатології ці стадії часто проявляються циклічно й не завжди завершуються повним прийняттям, особливо коли лікування тривале або прогноз невизначений. Емоційна лабільність, страх рецидиву, фізичне виснаження й когнітивна румінація зумовлюють формування станів тривожної напруги та депресивного виснаження. Як зазначають (Shalata et al., 2024), близько 40% пацієнтів повідомляють про суттєве погіршення психічного стану під час лікування, що підкреслює потребу у системній психологічній підтримці в онкологічній практиці.

Депресивні симптоми у таких пацієнтів нерідко мають соматизований характер – виявляються через втому, порушення сну, зниження апетиту чи фізичну слабкість. Дослідження, проведене в Непалі, показало, що понад половина онкопацієнтів мають ознаки депресії, причому 31,8% перебувають у стані помірної тяжкості, а 35,9% мають клінічно значущу тривогу (Kaphle et al., 2024). Такий високий рівень емоційних порушень свідчить про глибоке проникнення психологічних реакцій у фізіологічні процеси організму.

Згідно з концепцією адаптаційного дистресу, тривога і депресія у хворих на рак є результатом адаптивної перевантаженості системи саморегуляції. Модель психонейроімунного взаємозв'язку показує, що

хронічний психологічний стрес та депресивний стан здатні впливати на активність імунної системи через секрецію цитокінів, що, у свою чергу, може ускладнювати перебіг онкологічного процесу (Micek et al., 2025). Таким чином, психічні симптоми набувають біологічного виміру.

Сучасні дослідження свідчать, що тривожно-депресивна симптоматика негативно впливає на якість життя, прихильність до лікування та прогноз виживання пацієнтів. Метадані систематичних оглядів показують, що депресія і тривога підвищують ризик онкоспецифічної смертності на 20-25% (Cooper et al., 2023), що підкреслює важливість розуміння психологічної природи цих станів у пацієнтів із раком як складової комплексного біопсихологічного процесу, який вимагає інтегрованого підходу в клінічній практиці.

Біопсихосоціальний підхід до аналізу тривожно-депресивних проявів у пацієнтів з онкологічними захворюваннями розглядає їх як результат взаємодії біологічних, психологічних і соціальних детермінант. Такий інтегративний погляд відображає складну природу емоційних реакцій на онкологічну хворобу, у яких поєднуються нейрохімічні зміни, когнітивні процеси, особистісні ресурси та соціальний контекст. Біологічний компонент включає порушення у роботі гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи, зміни рівня серотоніну, дофаміну та кортизолу, що спричиняє підвищену реактивність на стрес і зниження здатності до регуляції емоцій. Саме такі фізіологічні порушення, посилені хронічним больовим синдромом, фізичною втомою та імунними змінами, створюють сприятливий ґрунт для розвитку депресивних і тривожних станів у процесі хіміотерапії (Ikhile et al., 2024).

З психологічного боку важливу роль відіграють когнітивні схеми інтерпретації хвороби. Пацієнти, які сприймають рак як «кінець життя» або втрату контролю, мають значно вищі показники тривоги та депресії. Втрата фізичної цілісності, зміни зовнішності внаслідок терапії (облісіння, втрата

ваги, рубці після операцій) часто стають джерелом зниження самооцінки та порушення ідентичності, особливо у жінок, які проходять лікування від раку молочної залози. У дослідженні молодих жінок із первинним раком грудей зафіксовано, що 47% із них мали клінічно значимий рівень тривоги ще до початку лікування, майже третина – депресивні симптоми, що посилювалися після хіміотерапії через соматичне виснаження, втрату соціальної ролі та відчуття залежності від медичного персоналу (Grusdat et al., 2022).

Соціальний компонент біопсихосоціальної моделі проявляється у тому, що пацієнти з обмеженими ресурсами соціальної підтримки та слабким сімейним чи професійним оточенням значно частіше демонструють ознаки депресії та тривоги. Недостатня участь близьких, ізоляція через хворобу, фінансові труднощі та втрата професійної самореалізації посилюють відчуття безпорадності. У дослідженні канадських онкопацієнтів, проведеному під час пандемії COVID-19, було встановлено, що соціальні труднощі, безробіття та низький рівень освіти суттєво підвищували ризик розвитку депресивних і тривожних симптомів. У свою чергу, наявність соціальної підтримки пом'якшувала вплив клінічних факторів, навіть при тяжкому перебігу хвороби (Zhang et al., 2024).

Біопсихосоціальна модель також пояснює, як фізичний біль та соматичні симптоми безпосередньо взаємодіють із психічними процесами. Пацієнти, що відчувають сильний біль, втому або безсоння, мають вищі рівні емоційного дистресу, що, у свою чергу, знижує ефективність лікування. Дослідження Retroz-Marques (2024) показало, що втрата автономії та залежність від догляду призводять до поглиблення депресії, зниження якості життя та підвищення ризику смертності серед онкопацієнтів, тоді як підтримка з боку родини й соціальних служб знижує

вираженість тривожно-депресивної симптоматики (Retroz-Marques et al., 2024).

Біологічні фактори взаємодіють із соціальними через механізм психонейроімунної регуляції: емоційний дистрес активує імунні процеси, які посилюють запальні реакції, сприяючи соматичним ускладненням і поглибленню депресивного стану. Так, у дослідженні Habimana та ін. (2023) встановлено, що пацієнти, які проходять хіміотерапію без психосоціальної підтримки, мають удвічі більший ризик розвитку депресії, ніж ті, хто отримує комбіноване лікування з елементами консультування (Habimana et al., 2023).

Важливим підтвердженням мультифакторності природи цих розладів є результати дослідження Balachandran і Thaysen (2023), які довели, що навіть через рік після проведення циторедуктивної хірургії та гіпертермічної внутрішньочеревної хіміотерапії понад половина пацієнтів продовжувала відчувати тривогу, втому та порушення сну, а ступінь вираженості цих симптомів був безпосередньо пов'язаний із якістю життя та больовими відчуттями (Balachandran & Thaysen, 2023).

Когнітивно-біхевіоральний підхід у психологічному супроводі онкологічних пацієнтів ґрунтується на концепції А. Бека та А. Елліса, згідно з якою емоційні розлади формуються через систематичні когнітивні викривлення – катастрофізацію, генералізацію, перебільшення ризиків і почуття безнадії. У контексті онкопатології такі спотворення часто проявляються у формі «чорного» мислення про майбутнє («мій діагноз – це кінець»), страху смерті, втрати контролю або зниження почуття ефективності у боротьбі з хворобою. Низка емпіричних досліджень підтверджує ефективність когнітивно-біхевіоральної терапії (КБТ) у зниженні рівнів тривоги та депресії серед пацієнтів, які проходять хіміотерапію. Так, у дослідженні Wang та ін. (2023) було доведено, що КБТ

сприяє покращенню імунної функції, як наслідок – загального емоційного стану пацієнтів із колоректальним раком (Wang et al., 2023).

Схожі результати отримали Liu і Qi (2025), які дослідили вплив КБТ на пацієнтів із гліомою, що проходили хіміотерапію. Після чотирьох циклів лікування рівень тривоги й депресії в експериментальній групі суттєво знизився порівняно з контрольною, а якість життя, за показниками WHOQOL-BREF, помітно зросла (Liu & Qi, 2025). Водночас у метааналізі Wang (2024) зазначено, що когнітивно-біхевіоральна терапія істотно знижує симптоми депресії та тривоги серед пацієнтів із прогресуючим раком, незалежно від стадії захворювання чи типу лікування (Wang, 2024).

Дослідження сучасних клінічних практик свідчать, що поєднання когнітивних методів із гуманістичними підходами сприяє глибшій психологічній адаптації онкопацієнтів. У роботі Huang і Lv (2025) інтеграція освітньої моделі «empowerment education» із гуманістичним доглядом у пацієнтів із раком легенів привела до зниження рівня тривоги та депресії, покращення самостійності у догляді за собою та підвищення загальної якості життя (Huang & Lv, 2025). Цей підхід відображає екзистенційно-гуманістичну ідею Віктора Франкла, згідно з якою усвідомлення сенсу життя, навіть у стражданні, стає ключем до збереження внутрішньої цілісності особистості в умовах хвороби.

У дослідженнях Ardizzone та Bavetta (2022) показано, що когнітивно-біхевіоральна психоосвітня інтервенція для пацієток із раком грудей допомагає знизити рівень емоційного дистресу та покращити якість життя через розвиток навичок саморефлексії та реалістичного сприйняття хвороби (Ardizzone et al., 2022). Такий підхід є проявом інтеграції когнітивних технік із гуманістичною терапією, орієнтованою на підвищення автономії та відчуття цінності власного життя.

Сучасні інтервенційні моделі також підкреслюють роль внутрішніх ресурсів, духовних орієнтацій і самоприйняття у подоланні тривожно-

депресивних станів. В екзистенційному ключі, згідно з концепціями Ірвіна Ялома, прийняття смерті й переосмислення життєвих пріоритетів можуть виступати каталізаторами глибоких позитивних змін. Дослідження Fan і Wei (2025) продемонструвало, що пацієнти, які брали участь у програмах когнітивно-біхевіоральної інтервенції, виявляли більш виражене відчуття життєвої мети та задоволеності власним існуванням (Fan & Wei, 2025).

Окрему увагу в останніх роках приділено ефективності інтернет-версій когнітивно-біхевіоральної терапії, які забезпечують доступність допомоги онкопацієнтам, ізольованим через лікування або фізичні обмеження. Метааналіз Yang та Нао (2024) довів, що онлайн-КБТ знижує вираженість депресії та безсоння серед жінок із раком грудей, що робить її економічно вигідною і психологічно ефективною альтернативою традиційній терапії (Yang et al., 2024).

Отже, когнітивно-біхевіоральні та екзистенційно-гуманістичні підходи утворюють взаємодоповнюючу систему, у якій раціональні методи переосмислення хвороби поєднуються з глибинним усвідомленням сенсу життя.

1.2. Поняття та основні форми соціальної підтримки пацієнтів, які отримують хіміотерапію

Поняття соціальної підтримки у сучасній психології здоров'я трактується як система міжособистісних взаємин, у межах якої людина отримує емоційні, інформаційні, матеріальні та оцінні ресурси, що сприяють збереженню або відновленню психічного благополуччя в умовах стресу, пов'язаного з хворобою. У медико-психологічному контексті соціальна підтримка розглядається як складний інтерактивний процес, що визначає здатність пацієнта адаптуватися до фізичних і психологічних наслідків лікування, таких як хіміотерапія. Біопсихосоціальна модель здоров'я підкреслює, що підтримка оточення впливає на перебіг хвороби

через зниження рівня психологічного дистресу, покращення фізіологічних показників і стимулювання мотивації до лікування (Roy et al., 2020).

У роботі Н. І. Подолух (2024) показано, що психологічний стан онкологічних хворих істотно змінюється на різних етапах лікування, а потреба в соціальній підтримці набуває особливої актуальності у період встановлення діагнозу, початку хіміотерапії та під час тривалого підтримувального лікування. Авторка наголошує, що емоційна підтримка з боку родини та близьких, уважне ставлення медичного персоналу, доступність інформації про перебіг терапії та можливі побічні ефекти зменшують почуття безпорадності, тривоги та ізоляції (Подолух, 2024). Отже, соціальна підтримка виступає важливим ресурсом, який пом'якшує вплив стресогенних подій, пов'язаних із лікуванням, і сприяє збереженню емоційної рівноваги пацієнта.

На макрорівні соціальна підтримка онкологічних пацієнтів визначається також особливостями організації системи охорони здоров'я. У дослідженні О. М. Дузя (2024), присвяченому реалізації державної політики щодо надання медичної допомоги при онкологічних захворюваннях в Україні, підкреслюється, що нормативно-правова база, маршрутизація пацієнта, доступність спеціалізованої допомоги та розвиток мультидисциплінарних команд створюють умови для інтегрованої медико-психологічної та соціальної підтримки. Автор відзначає, що ефективна державна політика в онкології передбачає формування системи сервісів, які включають психологічне консультування, інформаційну підтримку, роботу з родиною (Дузь, 2024).

Подібний акцент на структурних перетвореннях робить І. О. Власенко (2022), аналізуючи реформування сфери охорони здоров'я для онкологічних пацієнтів в Україні. Дослідниця вказує, що перехід до пацієнт-орієнтованої моделі медичної допомоги передбачає посилення ролі соціальної підтримки через розвиток інституту сімейного лікаря,

розширення можливостей психосоціального супроводу, партнерство з громадськими організаціями пацієнтів. У цьому контексті соціальна підтримка набуває інституційного виміру, коли доступ до інформації, соціальних послуг і психологічної допомоги стає частиною стандартизованого маршруту лікування (Власенко, 2022).

У дослідженні О. Д. Вінницької (2025), присвяченому психоемоційним станам осіб із важкими хронічними захворюваннями, підкреслюється, що тривалий перебіг хвороби, повторні курси лікування та невизначеність прогнозу формують стійке навантаження на емоційну сферу. Авторка показує, що на тлі хронічного стресу провідну роль відіграє саме якість соціальної підтримки: емоційна емпатійна присутність близьких, практична (інструментальна) допомога у догляді, супроводі та організації лікування, інформаційна підтримка, а також визнання значущості пацієнта з боку оточення знижують інтенсивність тривожно-депресивних реакцій і сприяють підвищенню відчуття контролю над ситуацією (Вінницька, 2025).

Емпіричні дослідження підтверджують, що соціальна підтримка є важливим медіатором між психологічним станом пацієнта та ефективністю терапії. Зокрема, підтримка близьких осіб, друзів чи медичного персоналу знижує ризик депресивних і тривожних симптомів, підвищує самоефективність та покращує образ тіла у пацієнтів, які проходять хіміотерапію (Yu & Huang, 2025). Відповідно до когнітивних моделей, сприйняття соціальної підтримки формує більш конструктивну інтерпретацію хвороби, що дозволяє пацієнтам сприймати лікування як етап подолання.

Емоційна підтримка полягає у співпереживанні, теплі та відчутті прийняття, що допомагає зменшити емоційний дистрес. Інструментальна підтримка включає практичну допомогу в повсякденних завданнях – від супроводу до медичних процедур до догляду вдома. Інформаційна

підтримка пов'язана з наданням порад, знань про хворобу чи лікування, що допомагає пацієнтові приймати усвідомлені рішення. Нарешті, оцінна підтримка сприяє підкріпленню позитивного самосприйняття, підвищує впевненість у власних силах і покращує самооцінку. У дослідженні Cai і Huang (2021) доведено, що саме баланс між емоційною, інструментальною та інформаційною підтримкою має найсильніший захисний ефект щодо розвитку депресії та тривоги у жінок, які проходять хіміотерапію через рак молочної залози (Cai, Huang, & Yuan, 2021).

Соціальна підтримка – може бути реальною (об'єктивною) або сприйнятою (суб'єктивною). Сприйнята підтримка, тобто суб'єктивне відчуття турботи й прийняття, частіше виступає сильнішим предиктором психологічного благополуччя, ніж реальна кількість соціальних контактів. Результати дослідження Yang і ін. (2024) демонструють, що сприйнята соціальна підтримка позитивно корелює зі стійкістю до стресу (resilience) і зменшує страх рецидиву раку у пацієнтів, які проходять хіміотерапію, опосередковано підвищуючи психологічну гнучкість та здатність до прийняття невизначеності (Yang et al., 2024).

Крім того, у дослідженні Wang і Nie (2024) було виявлено, що соціальна підтримка, поєднана з почуттям надії, підвищує «sense of coherence» – цілісність сприйняття життя, допомагаючи пацієнтам інтерпретувати власний досвід лікування як осмислений і керований процес. Ефект підтверджує важливість інтеграції соціальної підтримки в систему психоонкологічного супроводу (Wang et al., 2024).

Сімейна підтримка охоплює як емоційну турботу, так і практичну допомогу у повсякденних справах, зокрема супровід до лікарні, приготування їжі чи догляд після процедур. У дослідженні Aprilianto і ін. (2021) виявлено, що рівень сімейної підтримки має тісний позитивний зв'язок із самооцінкою пацієнток, які проходять неoad'ювантну

хіміотерапію: чим вищий рівень підтримки, тим краща емоційна адаптація до змін зовнішності та втрати автономії (Aprilianto et al., 2021).

Професійна підтримка включає допомогу з боку лікарів, медсестер, онкопсихологів і соціальних працівників, які надають психоемоційне супроводження. Дослідження Ху та ін. (2025) показало, що сприйнята соціальна підтримка від медичних працівників частково посередковує вплив депресії на якість життя у пацієнтів із раком легенів, що проходять хіміотерапію (Ху & Хіе, 2025). Це свідчить про важливість інтеграції психосоціальної підтримки в лікувальні програми, що підвищує ефективність терапії та поліпшує психоемоційний стан пацієнтів.

Неформальна підтримка, яку забезпечують друзі, колеги або сусіди, має більш спонтанний характер, але може бути не менш значущою. Така підтримка сприяє збереженню відчуття соціальної включеності та нормальності життя. Результати дослідження Ruiz-Rodríguez та ін. (2022) показали, що інформаційна підтримка з боку друзів істотно підвищує відчуття контролю над хворобою та загальне здоров'я, тоді як емоційна підтримка з боку партнера покращує здатність долати симптоми (Ruiz-Rodríguez et al., 2022). Таким чином, поєднання різних соціальних джерел забезпечує більш гармонійний емоційний баланс.

Особливу роль у сучасному суспільстві відіграє онлайн-підтримка. Віртуальні спільноти, форуми та групи пацієнтів у соціальних мережах стають платформою для обміну досвідом, емоційною розрядкою та отриманням достовірної інформації. Згідно з даними Lian і ін. (2024), у літніх пацієнтів із колоректальним раком рівень соціальної підтримки знижується з кожним циклом хіміотерапії, особливо через фізичну ізоляцію, втому й втрату соціальної активності (Lian et al., 2024). Онлайн-спільноти можуть частково компенсувати цей дефіцит, забезпечуючи безперервність соціальної взаємодії.

Важливим у структурі соціальної підтримки є розрізнення між реальною (об'єктивною) та сприйнятою (суб'єктивною) підтримкою. Реальна підтримка відображає кількість і частоту соціальних контактів або допомоги, тоді як сприйнята – це індивідуальна оцінка людиною наявності ресурсів і готовності оточення допомогти. Саме сприйнята підтримка виявляє найсильніший вплив на психологічне благополуччя. Дослідження Yan і Xiao (2025) довело, що низький рівень сприйнятої соціальної підтримки у пацієнтів із раком легенів пов'язаний із порушенням сну, зумовленим тривогою та депресивними симптомами, що підтверджує роль соціальної підтримки як психофізіологічного регулятора (Yan & Xiao, 2025).

Специфіка соціальної підтримки в умовах онкологічного лікування полягає в її тривалості та багаторівневості. Пацієнти часто стикаються з емоційною нестабільністю, фізичними обмеженнями та соціальною ізоляцією, що посилює потребу у стабільному соціальному оточенні. У дослідженні Kyriazidou та ін. (2022) виявлено, що рівень соціальної підтримки серед літніх пацієнтів із онкологічними діагнозами прямо корелює з якістю життя та психоемоційним благополуччям, причому одружені пацієнти та ті, що мають ширше коло спілкування, демонструють вищі показники адаптації (Kyriazidou et al., 2022).

Соціальна підтримка сприяє збереженню психологічного благополуччя, зменшенню рівнів тривоги, депресії та почуття самотності, які часто супроводжують онкологічне лікування. Психологічна адаптація до хіміотерапії – це складний процес, який охоплює емоційну, когнітивну та поведінкову перебудову у відповідь на стрес, біль, зміни зовнішності та соціальну ізоляцію. У цьому контексті соціальна підтримка виступає чинником, що стимулює внутрішню стійкість і мотивацію до лікування.

Дослідження Goula та ін. (2020) засвідчило, що жінки з раком молочної залози, які отримували високий рівень соціальної підтримки під

час хіміотерапії, демонстрували вищі показники якості життя та психологічної адаптації навіть через два роки після завершення лікування (Goula et al., 2020). Це свідчить про довготривалий стабілізуючий ефект соціальної підтримки, який виходить за межі безпосереднього терапевтичного періоду. Аналогічно, результати дослідження Hajigholami та ін. (2021) підтвердили, що високий рівень соціальної підтримки позитивно корелює з очікуваннями життя у пацієнтів, які проходять хіміотерапію, оскільки підтримка зменшує безпорадність і сприяє збереженню надії на одужання (Hajigholami et al., 2021).

У структурно-рівневій моделі Lauriola та Tomai (2019) виявлено, що соціальна підтримка та позитивне мислення є центральними предикторами «бойового духу» (fighting spirit) у пацієнтів, які проходять хіміотерапію, тоді як відсутність підтримки асоціюється з безнадійністю і когнітивним униканням (Lauriola & Tomai, 2019). Таким чином, соціальні зв'язки сприяють збереженню когнітивного контролю, а також підвищують толерантність до невизначеності під час лікування.

Підтримувальна терапія групового типу також довела свою ефективність у зміцненні адаптаційних можливостей онкопацієнтів. У дослідженні Azza та ін. (2018) було показано, що участь у груповій терапії пацієнок із раком молочної залози під час хіміотерапії значно покращує показники психологічної адаптації – після курсу підтримувальних сесій рівень емоційної стійкості та прийняття хвороби зріс статистично значуще ($p < 0,05$) (Azza et al., 2018). Подібні результати підкреслюють соціальну природу адаптації – через взаємодію, емпатію та обмін досвідом формується новий рівень психологічної стійкості.

Механізми впливу соціальної підтримки на психологічну адаптацію підтверджуються і фізіологічними показниками. Дослідження Shahrokni та ін. (2020) довело, що пацієнти з високим рівнем підтримки мали нижчий ризик тяжких токсичних реакцій на хіміотерапію, що вказує на роль

соціальної підтримки як буфера стресу, який опосередковує зв'язок між психологічним станом і фізичними побічними ефектами лікування, що підтверджує концепцію психонейроімунного впливу, згідно з якою соціальна взаємодія зменшує рівень запальних маркерів та нормалізує імунну відповідь під час терапії (Shahrokni et al., 2020).

Сприйнята соціальна підтримка має вирішальне значення для психологічного благополуччя. У дослідженні Ху і Хіе (2025) показано, що сприйнята підтримка частково медіює зв'язок між депресією та якістю життя у пацієнтів із раком легенів під час хіміотерапії: чим вищий рівень підтримки, тим слабший вплив депресивних симптомів на життєву якість (Ху & Хіе, 2025). Аналогічно, дослідження Yang та ін. (2024) довело, що психологічна стійкість повністю медіює зв'язок між соціальною підтримкою та страхом рецидиву у пацієнтів із гастричним раком, що підкреслює її ключову роль у зниженні емоційного дистресу (Yang et al., 2024).

Соціальна підтримка також тісно пов'язана зі стресостійкістю. У дослідженні Peixoto та ін. (2021) зазначено, що адаптаційні інтервенції, які включають когнітивно-поведінкові та соціальні компоненти, істотно зменшують рівень тривоги, страху рецидиву та сприяють підвищенню якості життя у пацієнтів, які проходять хіміотерапію (Peixoto et al., 2021). Так, соціальна підтримка – потужний психотерапевтичний інструмент.

1.3. Механізми впливу соціальної підтримки на вираженість тривожно-депресивних симптомів у пацієнтів хіміотерапії

У контексті онкопатології підтримка виступає своєрідним буфером, який знижує вплив стресових факторів, сприяє формуванню позитивної оцінки ситуації та зміцненню відчуття суб'єктивного контролю над хворобою.

Когнітивна оцінка власного стану є визначальним чинником того, як пацієнти переживають хворобу. У дослідженні Vano та Ibeji (2025) показано, що високий рівень соціальної підтримки прямо корелює з ефективністю копінгових стратегій і нижчими показниками тривоги та депресії серед жінок, які проходять хіміотерапію через рак молочної залози. Автори довели, що підтримка сприяє використанню більш адаптивних механізмів подолання, таких як позитивна переоцінка ситуації, планування та пошук сенсу, тоді як низький рівень підтримки пов'язаний із уникненням і катастрофізацією (Vano & Ibeji, 2025).

Важливим аспектом впливу соціальної підтримки є її роль у збереженні якості життя онкологічних пацієнтів. У роботі І. М. Лазарчук (2024), присвяченій особливостям якості життя пацієнтів із нефропатіями, асоційованими з неоплазіями, показано, що емоційна залученість близьких, доступ до інформації про лікування та відчуття не самотності в хворобі безпосередньо пов'язані з вищими показниками суб'єктивного благополуччя і меншою вираженістю тривожно-депресивних симптомів. Авторка підкреслює, що підтримка допомагає пацієнтам зберігати відчуття цінності власного життя попри тяжкість соматичного стану (Лазарчук, 2024).

Механізми впливу підтримки тісно пов'язані зі стрес-долаючою поведінкою. У дослідженні Б. О. Становського (2024), присвяченому пацієнткам з уперше діагностованою онкопатологією в умовах хронічного соціального стресу, показано, що сприйнята підтримка з боку сім'ї, партнерів і медичного персоналу сприяє переходу від емоційно-фокусованого уникання до більш конструктивних копінг-стратегій. Автор зазначає, що жінки, які відчувають себе підтриманими, частіше виявляють готовність до активної участі в лікуванні, шукають додаткову інформацію, звертаються по психологічну допомогу, тоді як дефіцит підтримки

пов'язаний із безнадійністю, пасивністю, підвищеною тривогою і депресивною симптоматикою (Становський, 2024).

Ще один важливий механізм пов'язаний з переживанням невизначеності та її впливом на якість життя. У статті М. Д. Джіамманко та Л. Джітто (2023), де аналізується досвід онкологічних пацієнтів Болгарії та Італії, показано, що невизначеність щодо прогнозу, результатів лікування та можливих рецидивів посилює тривогу й депресію, що, своєю чергою, істотно погіршує якість життя. Автори наголошують, що соціальна підтримка, зокрема адекватна інформованість, можливість обговорювати страхи з фахівцями та близькими, участь у групах підтримки, зменшує суб'єктивне відчуття невизначеності й втрати контролю. Це проявляється в нижчому рівні тривоги, меншій вираженості депресивних симптомів і кращому загальному функціонуванні (Джіамманко & Джітто, 2023).

На паліативному етапі лікування роль соціальної підтримки набуває особливої ваги. О. Нечитайло (2024) у своїй роботі, присвяченій психологічним ресурсам онкологічних пацієнтів на паліативному етапі, показує, що підтримка близьких, довірливі стосунки з медичним персоналом, а також духовно-моральна підтримка (почуття прийняття, безумовної цінності людини, можливість говорити про страх смерті) є ключовими чинниками зниження екзистенційної тривоги й депресивних реакцій. Автор підкреслює, що соціальна підтримка в цьому контексті працює як ресурс збереження сенсу, гідності та суб'єктивної цілісності на тлі прогресування хвороби (Нечитайло, 2024).

Психоемоційні розлади в процесі онколікування також тісно пов'язані з якістю взаємодії в системі «пацієнт – оточення». У дослідженні В. Безпалової (2024) наголошується, що тривога, депресія, емоційне виснаження й соматизовані прояви у пацієнтів посилюються за умов комунікативної холодності, браку емпатії та інформаційної невизначеності. Натомість доброзичлива комунікація з медичним персоналом, готовність

близьких вислухати, допомогти в побутових питаннях та підтримати в прийнятті лікувальних рішень істотно знижують інтенсивність дистресу та сприяють формуванню більш стабільних емоційних станів (Безпалова, 2024).

Рівень тривоги та депресії онкопацієнтів залежить від того, наскільки соціальні зв'язки сприяють формуванню позитивних когнітивних переконань і відчуття безпеки. Дослідження Lan та ін. (2022) показало, що пацієнтки з ранніми стадіями раку молочної залози, які отримували вищий рівень соціальної підтримки, демонстрували нижчі показники депресії й тривоги протягом усіх етапів хіміотерапії. Позитивний вплив соціальної підтримки реалізовувався через підвищення внутрішньої мотивації до лікування та збереження соціальної активності (Lan et al., 2022). Ефект підтверджує когнітивно-біхевіоральну модель, згідно з якою емоційна стійкість залежить від взаємодії між соціальною взаємодією та когнітивною оцінкою подій.

Механізми впливу соціальної підтримки на емоційний стан також реалізуються через посередництво емоційної регуляції. У дослідженні Yu та Huang (2025) було встановлено, що соціальна підтримка зменшує депресивні симптоми у пацієнок із раком молочної залози, впливаючи на їх рівень самоефективності. Зокрема, підвищення самооцінки власних можливостей через позитивну взаємодію з іншими опосередковує зв'язок між підтримкою і тілесним образом пацієнок (Yu & Huang, 2025). Це свідчить про те, що соціальна підтримка сприяє формуванню відчуття компетентності та контролю над життям, що є захисним фактором проти тривожно-депресивних реакцій.

Психологічні механізми впливу соціальної підтримки проявляються також у посиленні резилієнтності – здатності адаптуватися до хвороби без розвитку виражених симптомів дистресу. Згідно з результатами дослідження Di Mattei та ін. (2022), соціальна підтримка, отримана від

друзів і партнера, значно підвищує рівень емоційного та соціального функціонування у пацієток із гінекологічними видами раку після першого циклу хіміотерапії. Отримані дані підтвердили, що підтримка виступає предиктором ролі, емоційної стабільності та здатності до відновлення (Di Mattei et al., 2022).

Важливою складовою психологічного механізму є вплив сприйнятої підтримки на зниження симптомів тривоги й депресії. У дослідженні Xu та ін. (2025) підтверджено, що соціальна підтримка частково посередковує зв'язок між депресією та якістю життя у пацієнтів із раком легенів, які проходять хіміотерапію. Високий рівень підтримки зменшував суб'єктивне відчуття безпорадності, підвищував оптимізм і стабілізував емоційний стан (Xu et al., 2025). Аналогічно, Shahzadi і Mazhar (2024) виявили, що сприйнята соціальна підтримка значно знижує рівень страху смерті та депресії серед онкопацієнтів на пізніх стадіях хвороби, діючи як захисний психологічний бар'єр проти екзистенційного дистресу (Shahzadi & Mazhar, 2024).

Хронічний стрес, спричинений діагнозом раку, активацією гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі (НРА) та надмірною секрецією кортизолу, призводить до порушення гомеостазу організму, ослаблення імунної відповіді та розвитку запального процесу. Соціальна підтримка зменшує цей ефект, виступаючи своєрідним фізіологічним буфером, що стабілізує ендокринну реакцію на стрес.

Дослідження Roy та ін. (2020) показало, що соціальна підтримка має виражений стрес-захисний ефект у жінок, які проходять хіміотерапію з приводу раку молочної залози. Автори виявили, що наявність партнера або високий рівень підтримки від друзів знижує ризик інфекційних ускладнень, тоді як підвищений рівень стресу без належної підтримки пов'язаний із пригніченням клітинної імунної відповіді – зменшенням активності Т-лімфоцитів, NK-клітин і нейтрофілів (Roy et al., 2020). Таким чином,

підтримка сприяє підтриманню імунної активності, що має пряме значення для зниження тривожно-депресивних проявів, пов'язаних із фізичним виснаженням.

Психонейроімунна взаємодія також підтверджується дослідженнями зв'язку між соціальною підтримкою, запальними маркерами та гормональним балансом. У роботі Reis та ін. (2022) було встановлено, що у пацієток із метастатичним раком молочної залози низький рівень соціального благополуччя та сімейної підтримки асоціюється з підвищеними рівнями запальних білків S100A8/A9 та інтерлейкіну-1 β (IL-1 β), навіть після контролю депресивних симптомів (Reis et al., 2022). Ці маркери активують запальні шляхи, які посилюють втому, соматичний біль і депресивні симптоми. Отже, соціальна підтримка має антизапальний ефект.

Біохімічний зв'язок між соціальною підтримкою та гормональною регуляцією під час хіміотерапії розкриває дослідження Cuneo та ін. (2021), яке виявило, що вищий рівень позитивних психосоціальних факторів – таких як підтримка, позитивний настрій та усвідомлення сенсу життя – асоціюється з підвищеним рівнем окситоцину в пухлинному мікросередовищі у пацієток із раком яєчників. Окситоцин має протизапальні та антистресові властивості, сприяє зниженню концентрації IL-6 і кортизолу, а також інгібує активацію симпатoadреналової системи (Cuneo et al., 2021). Таким чином, окситоцин може виступати нейрогуморальним посередником між соціальною взаємодією і зниженням тривожності.

Подальші докази взаємозв'язку між підтримкою, НРА-віссю та запаленням отримано у дослідженні Ding та ін. (2025). У 450 пацієток із раком молочної залози, що проходили хіміотерапію, було показано, що соціальна підтримка й стійкість (resilience) знижують рівень ранкового кортизолу та покращують когнітивне функціонування. Нормалізація

роботи гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи зменшувала рівень сприйнятого стресу, що, своєю чергою, послаблювало прояви психоемоційного виснаження (Ding et al., 2025).

Іншим важливим підтвердженням біопсихофізіологічного механізму є результати дослідження Barandouzi та ін. (2023), де у пацієнтів із пухлинами голови та шиї спостерігався зв'язок між підвищеними рівнями С-реактивного білка (CRP), інтерлейкіну-6 (IL-6) та рецепторного антагоніста інтерлейкіну-1 (IL-1RA) із комплексом симптомів, що включав тривогу, біль, втому та когнітивні порушення. Хронічне запалення було безпосередньо пов'язане з вираженістю психонейровегетативних симптомів навіть через рік після завершення лікування (Barandouzi et al., 2023).

Окрім запалення, дослідження Hughes та ін. (2014) підтверджує, що зниження соціальної підтримки перед початком лікування асоціюється з підвищенням рівня IL-6 і подальшим зростанням депресивних симптомів у пацієток із раком молочної залози. Автори дійшли висновку, що соціальна підтримка під час терапії є захисним фактором, який регулює запальні шляхи та запобігає хронізації психосоматичних симптомів (Hughes et al., 2014).

Соціальні зв'язки впливають на активність симпатичної нервової системи, регулюють секрецію кортизолу та запальних цитокінів, сприяючи нормалізації нейромедіаторного балансу – серотоніну, дофаміну та норадреналіну, що безпосередньо пов'язано зі зниженням тривожно-депресивних проявів.

Дослідження Salazar та ін. (2023) показало, що соціальна пов'язаність (connectedness) безпосередньо впливає на емоційне та соціальне благополуччя пацієнтів, які проходять хіміотерапію. Використовуючи структурне моделювання рівняння, автори виявили, що висока соціальна інтегрованість підвищує показники емоційного функціонування ($\beta=0.20$,

$p=0.023$) та соціальної активності ($\beta=0.22$, $p=0.008$), водночас зменшуючи ризик функціонального виснаження. У якісній частині цього дослідження за допомогою фотоелісітації описано, як спілкування з іншими пацієнтами сприяє відновленню почуття єдності, співпричетності та внутрішнього спокою (Salazar et al., 2023).

Емпатійна взаємодія та соціальна включеність у спільнотах пацієнтів розглядаються як джерело психологічного захисту. У дослідженні Yuen та ін. (2025) підкреслюється, що відчуття соціального зв'язку серед осіб, які доглядають за онкопацієнтами, сприяє зниженню психологічного навантаження і водночас покращує психологічне самопочуття пацієнтів, з якими пов'язані. Автори наголошують, що соціальна пов'язаність частково медіює вплив соціальної підтримки на рівень стресу, вказуючи на те, що саме глибина комунікативного зв'язку є вирішальною для психоемоційної стабільності (Yuen et al., 2025).

Важливу роль у сучасній онкопсихології відіграють онлайн-спільноти, які забезпечують безпечний простір для обміну досвідом, емоційної взаємодії та відновлення соціальної ідентичності. Згідно з метааналітичним оглядом Yu, Kim і Song (2024), участь у цифрових соціальних мережах, таких як Facebook-групи або платформи CHES, позитивно впливає на якість життя пацієнтів, знижує рівень тривоги та сприяє зростанню відчуття приналежності. Онлайн-підтримка особливо ефективна для пацієнтів, які відчувають ізоляцію через фізичні обмеження або побічні ефекти лікування (Yu et al., 2024).

Додаткові дані отримано у дослідженні Zhu, Glowacki та Yang (2020), де було проаналізовано різницю між груповими та індивідуальними соціальними зв'язками у пацієток із раком молочної залози в онлайн і офлайн середовищах. Результати свідчать, що саме групова ідентичність – тобто відчуття належності до спільноти, яка розділяє подібний досвід, – сприяє кращій якості життя через послідовне зростання відчуття сенсу,

соціальної підтримки та психологічної стійкості. Індивідуальні зв'язки, натомість, впливають переважно на емоційне благополуччя через інтерперсональні відносини довіри (Zhu et al., 2020).

Підтвердженням значущості екзистенційного аспекту соціальної підтримки є результати Zhao та ін. (2025), які у рандомізованому контрольованому дослідженні вивчали вплив онлайн-груп підтримки на відновлення ідентичності у пацієток із раком яєчників середнього та старшого віку. Участь у таких групах сприяла формуванню “ідентичності відновлення” (recovery identity), зменшенню дистресу та підвищенню якості життя. Онлайн-групи забезпечували простір для рефлексії, спільного пошуку сенсу життя після хвороби та прийняття власної вразливості як частини людського досвіду (Zhao et al., 2025).

Подібні результати продемонструвало дослідження Craig та ін. (2023), яке аналізувало підтримку в онлайн-групах фізичної активності для людей, що пережили рак. Автори виявили, що створення емоційно безпечного простору та розвиток взаємної емпатії в учасників групи сприяють відчуттю спільності, що зменшує емоційну ізоляцію після лікування (Craig et al., 2023).

Соціальні зв'язки – як безпосередні, так і віртуальні – створюють простір для емпатії, обміну досвідом і взаємного підсилення, що допомагає онкопацієнтам відновити почуття життєвої цілісності та внутрішнього спокою після проходження хіміотерапії.

Висновки до розділу 1

У ході теоретичного аналізу встановлено, що тривожно-депресивні симптоми в онкопацієнтів формуються під впливом взаємодії психологічних, біологічних і соціальних чинників. Діагноз раку спричиняє кризову реакцію, що поєднує втрату контролю, страх і безпорадність, а подальше лікування посилює емоційне та фізичне виснаження. Такі стани

відображають системний дистрес, пов'язаний із порушеннями нейроендокринної регуляції, запальними процесами та соціальною ізоляцією.

Соціальна підтримка знижує рівень стресу, тривоги й депресії, сприяє розвитку самоефективності, відновленню контролю над життям і формуванню конструктивних копінг-стратегій. Найбільший вплив має сприйнята підтримка, яка підсилює почуття безпеки та довіри до оточення.

Підтримка стабілізує роботу гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі, знижує рівень кортизолу й запальних маркерів, покращує імунну відповідь. Біохімічні зміни супроводжуються покращенням емоційної регуляції, підвищенням окситоцину та нормалізацією нейромедіаторного балансу, що зменшує симптоми депресії й тривоги.

Соціально-комунікативна складова підтримки забезпечує подолання ізоляції та відновлення почуття спільності. Міжособистісна взаємодія, емпатія та участь у групах підтримки сприяють переосмисленню досвіду хвороби, прийняттю власної вразливості й формуванню психологічної стійкості.

Отже, соціальна підтримка є багатовимірним фактором, що поєднує психологічні, біологічні та екзистенційні ресурси адаптації.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ СИМПТОМІВ З РІВНЕМ СОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ У ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ОТРИМУЮТЬ ХІМІОТЕРАПІЮ

2.1. Опис дизайну дослідження

У цьому підрозділі представлено загальну логіку та послідовність етапів організації емпіричного дослідження, спрямованого на виявлення взаємозв'язку тривожно-депресивних симптомів із рівнем соціальної підтримки у пацієнтів, які проходять курс хіміотерапії (див. табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Етапи дослідження

Етапи дослідження	Опис
I. Етапи організації дослідження	Описується логічна послідовність проведення роботи – від теоретичного аналізу сучасних наукових підходів до збору та первинної обробки емпіричних даних. Визначається загальна стратегія дослідження, його тривалість і основні етапи реалізації
II. Методологічна основа та дизайн дослідження	Розкривається тип дослідження (кореляційно-аналітичний, кількісний), його структура, способи збору даних і особливості застосування онлайн-інструментів. Визначається, що основним методом емпіричного збору даних стало анонімне опитування за допомогою онлайн-платформи Google Forms, що забезпечило зручність та безпечність участі для респондентів.
III. Аналіз отриманих результатів	Описується підхід до статистичного опрацювання даних, включно з використанням методів описової, кореляційної та регресійної статистики. Пояснюється, як ці методи дозволяють перевірити висунуту гіпотезу про наявність зв'язку між емоційними симптомами та рівнем соціальної підтримки у пацієнтів

I. Етапи організації дослідження

Дослідження зв'язку тривожно-депресивних симптомів із рівнем соціальної підтримки у пацієнтів, які отримують хіміотерапію, проводилося поетапно, із дотриманням логіки наукового пізнання та вимог до

психологічних емпіричних досліджень. На першому етапі було здійснено теоретико-методологічний аналіз сучасної наукової літератури, присвяченої вивченню емоційного стану онкологічних пацієнтів, механізмів впливу соціальної підтримки на психічне здоров'я, а також особливостей адаптації до лікування в умовах тривалого стресового навантаження. Аналіз охоплював результати вітчизняних і зарубіжних досліджень, що дозволило уточнити ключові поняття, окреслити теоретичну модель взаємозв'язку досліджуваних змінних і сформулювати гіпотезу дослідження.

Другий етап передбачав організацію та проведення емпіричного опитування. З метою забезпечення доступності для учасників та збереження анонімності обрано формат онлайн-опитування за допомогою платформи Google Forms. До анкети було включено три психодіагностичні методики – Госпітальну шкалу тривоги та депресії (HADS), Багатомірну шкалу сприйняття соціальної підтримки (MSPSS) та Шкалу сприйнятого стресу (PSS), що у комплексі дозволило дослідити взаємозв'язки між емоційними проявами, соціальними ресурсами та рівнем психологічного напруження.

На третьому етапі було здійснено математико-статистичну обробку отриманих результатів. Опрацювання даних включало описову статистику, аналіз мір центральних тенденцій і варіативності, кореляційний аналіз за коефіцієнтом Спірмена, а також регресійний аналіз для визначення внеску соціальної підтримки та сприйнятого стресу у формування тривожно-депресивних симптомів. Отримані результати були систематизовані, узагальнені та інтерпретовані у контексті гіпотези дослідження.

У цілому організація дослідження мала послідовний характер і поєднувала аналітичний, емпіричний та статистичний етапи, що забезпечило комплексність.

II. Методологічна основа та дизайн дослідження

Робота виконувалася в межах кількісної парадигми, що передбачає використання стандартизованих інструментів збору даних та їх математико-статистичну обробку. Обраний підхід забезпечив можливість об'єктивного вимірювання психологічних змінних, порівняння показників між респондентами та визначення статистично значущих взаємозв'язків між ними. Тип дослідження визначено як кореляційно-аналітичний, оскільки його основною метою було виявлення характеру та сили зв'язку між рівнем тривожно-депресивних симптомів і соціальною підтримкою у пацієнтів, які отримують хіміотерапію.

Дизайн дослідження передбачав одночасний збір емпіричних даних без експериментального втручання, що відповідає принципам неекспериментальних кількісних досліджень у психології, констатуючого дизайну дослідження. Такий підхід дозволяє отримати інформацію про природні взаємозв'язки між психологічними змінними, не впливаючи на перебіг подій або стан учасників. Основним методом збору даних стало анонімне онлайн-опитування, яке проводилося з використанням платформи Google Forms. Використання цифрового формату забезпечило конфіденційність, добровільність участі та зручність для респондентів, що особливо важливо в умовах обмеженої мобільності пацієнтів, які проходять лікування.

Опитувальник містив соціодемографічні питання та три стандартизовані психодіагностичні методики: Госпітальну шкалу тривоги та депресії (HADS), Багатомірну шкалу сприйняття соціальної підтримки (MSPSS) і Шкалу сприйнятого стресу (PSS). Застосування цих інструментів дозволило оцінити взаємопов'язані аспекти емоційного стану, соціального функціонування та стресового навантаження, що забезпечило комплексність дослідження.

Зібрані дані були автоматично зафіксовані у форматі таблиці Google Sheets та експортовані для подальшої статистичної обробки. Така

процедура мінімізувала ймовірність технічних помилок і підвищила точність аналізу. Усі етапи дослідження виконувалися з дотриманням етичних стандартів психологічної науки.

III. Аналіз отриманих результатів

Статистичне опрацювання емпіричних даних здійснювалося з метою кількісної перевірки висунутої гіпотези про наявність зв'язку між рівнем тривожно-депресивних симптомів і соціальною підтримкою у пацієнтів, які проходять хіміотерапію. Аналіз базувався на принципах сучасної психометричної статистики та передбачав використання описових, кореляційних і регресійних методів. Такий підхід забезпечив комплексну перевірку взаємозв'язків між досліджуваними змінними, а також дозволив визначити їхній внесок у формування емоційного стану респондентів.

На першому підетапі було проведено описову статистику, що включала обчислення основних показників центральної тенденції – середніх значень, медіани та моди – а також мір варіативності, зокрема стандартного відхилення та розмаху. Цей підетап дозволив отримати загальне уявлення про розподіл результатів за кожною з методик та виявити рівень тривоги, депресії, сприйнятого стресу та соціальної підтримки серед вибірки. Отримані дані стали основою для подальшого порівняльного та аналітичного аналізу.

Другий підетап передбачав застосування кореляційного аналізу за допомогою коефіцієнта рангової кореляції Спірмена (ρ). Даний статистичний критерій був обраний у зв'язку з тим, що більшість показників, отриманих за шкалами HADS, MSPSS і PSS, не відповідали критеріям нормального розподілу, а отже, вимагали використання непараметричних методів. Кореляційний аналіз дозволив визначити силу та напрям зв'язку між основними змінними, що дало змогу кількісно підтвердити гіпотезу про наявність взаємозалежності між рівнем соціальної підтримки та вираженістю тривожно-депресивних симптомів.

Заключним підетапом статистичної обробки став регресійний аналіз, спрямований на виявлення предикторів емоційного стану пацієнтів. У моделі лінійної регресії незалежними змінними виступали показники соціальної підтримки та сприйнятого стресу, а залежними – рівні тривоги та депресії. Використання регресійного підходу дозволило оцінити внесок кожного з факторів у формування емоційного благополуччя респондентів та з'ясувати, чи може соціальна підтримка виступати захисним механізмом щодо розвитку тривожних і депресивних проявів.

Отже, дизайн дослідження побудовано таким чином, щоб поєднати теоретичний аналіз наукової проблеми з кількісним емпіричним підходом, орієнтованим на об'єктивне вимірювання психологічних показників.

2.2. Обґрунтування методик дослідження

У цьому підрозділі обґрунтовується вибір психодіагностичних методик, які дозволяють кількісно оцінити рівень тривожно-депресивних симптомів, соціальної підтримки та сприйнятого стресу у пацієнтів, що проходять хіміотерапію (див. табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Операціональна картка дослідження

Назва	Адаптація	Шкали
Госпітальна шкала тривоги та депресії	Кутіков & Нікішкова, 2019	Тривога (від 0 до 21) Депресія (від 0 до 21)
Багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки	Мельник & Стадник, 2023	Субшкала «Сім'я» (від 0 до 24) Субшкала «Друзі» (від 0 до 24) Субшкала «Близькі люди» (від 0 до 24) Сприйняття соціальної підтримки (від 0 до 72)
Шкала сприйнятого стресу	Вельдбрехт & Тавровецька, 2022	Сприйнятий стрес (від 0 до 40)

Методика «Госпітальна шкала тривоги та депресії»

Госпітальну шкалу тривоги та депресії створено у 1983 році британськими дослідниками А. S. Zigmond і R. P. Snaitth з метою виявлення симптомів тривоги та депресії у пацієнтів загальномедичних закладів без спотворення результатів через соматичні прояви хвороби. Українська адаптація, виконана Кутіковим і Нікішковою у 2019 році, дозволяє використовувати цей інструмент у клінічних і дослідницьких умовах вітчизняної психології та медицини, забезпечуючи культурну й мовну відповідність тестового матеріалу.

Застосування HADS у контексті дослідження психоемоційного стану пацієнтів, які проходять хіміотерапію, є доцільним, оскільки методика мінімізує вплив соматичних симптомів, що часто супроводжують онкологічне лікування. Висока чутливість і специфічність шкали робить її ефективним скринінговим інструментом для раннього виявлення психологічних порушень у медичних пацієнтів.

Методика складається з 14 тверджень, які розділені на дві субшкали: «Тривога» (пункти 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) і «Депресія» (пункти 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14). Кожен пункт оцінюється за чотирибальною шкалою (від 0 – відсутність симптомів до 3 – максимальна вираженість), що забезпечує кількісну оцінку інтенсивності емоційних проявів. Підрахунок здійснюється окремо за кожною субшкалою, у результаті чого формується два сумарні показники – рівень тривоги та рівень депресії. Отримані результати інтерпретуються за трьома рівнями: 0-7 балів – норма, 8-10 – субклінічні прояви, 11 і більше – клінічно виражені симптоми.

Перевагою HADS є її зручність для самостійного заповнення, короткий час проведення (приблизно 20-30 хвилин) та відсутність складних інструкцій, що дозволяє ефективно використовувати шкалу в умовах клінічного лікування, коли пацієнти мають обмежені ресурси часу й енергії. Крім того, методика має добрі психометричні показники – високу

внутрішню узгодженість та стабільність результатів, що підтверджено численними дослідженнями в міжнародній практиці.

Методика «Багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки»

Перша англомова версія методики була створена Zimet та ін. у 1988 році, а українська адаптація, здійснена Мельником і Стадником у 2023 році, забезпечила лінгвістичну, культурну та психометричну відповідність опитувальника умовам вітчизняної вибірки.

Методика ґрунтується на уявленні про те, що сприйняття соціальної підтримки є важливим психологічним ресурсом, який відіграє вирішальну роль у подоланні стресу, збереженні психічного здоров'я та підвищенні якості життя пацієнтів, зокрема осіб, які проходять лікування від онкологічних захворювань. У процесі хіміотерапії пацієнти часто переживають емоційне виснаження, невизначеність і страх рецидиву, що підвищує значення соціальної підтримки як компенсаторного чинника. Позитивне сприйняття допомоги від оточення сприяє зниженню рівня тривожно-депресивних симптомів і полегшує процес адаптації до лікування. Саме тому використання MSPSS у цьому дослідженні є теоретично обґрунтованим і практично доцільним.

Українська версія MSPSS включає 12 тверджень, які оцінюються за семибальною шкалою – від 0 («дуже не згоден») до 6 («дуже згоден»). Методика складається з трьох субшкал: «Сім'я», «Друзі» та «Близькі люди», кожна з яких містить по чотири пункти. Сума балів за всіма пунктами відображає загальний рівень сприйняття соціальної підтримки, який може варіюватися в межах від 0 до 72 балів. Чим вищий показник, тим більшим є відчуття соціальної захищеності, залученості та підтримки з боку значущих осіб.

Згідно з методичним посібником авторів адаптації, шкала продемонструвала стабільність результатів у різних дослідженнях, що

підтверджує її валідність та можливість використання у клінічних і соціально-психологічних вибірках. Інструкція до опитувальника проста й не викликає труднощів у респондентів, а сам процес заповнення займає не більше 10-15 хвилин. Методика рекомендована до використання психологами та соціальними працівниками для оцінки соціального функціонування, міжособистісних зв'язків і виявлення ризику соціальної ізоляції серед пацієнтів.

Використання цієї методики у дослідженні онкопацієнтів, які проходять хіміотерапію, дає змогу кількісно виміряти рівень соціальної підтримки та проаналізувати її зв'язок із емоційними показниками, зокрема тривожно-депресивними симптомами.

Методика «Шкала сприйнятого стресу»

Методика була розроблена американським дослідником Шелдоном Коеном і співавторами у 1983 році з метою вивчення того, наскільки людина сприймає власне життя як непередбачуване, неконтрольоване та перевантажене подіями. Теоретичною основою методики є когнітивно-опосередкована теорія стресу Р. Лазаруса, відповідно до якої саме суб'єктивна оцінка події, а не її об'єктивна інтенсивність, визначає емоційну реакцію та психофізіологічні наслідки для особистості.

Українська адаптація шкали, проведена Вельдбрехт і Тавровецькою у 2022 році, стала важливим внеском у розвиток вітчизняної психодіагностики. Під час адаптації було дотримано процедуру прямого та зворотного перекладу, пілотажного тестування та статистичної перевірки валідності на вибірці з 318 осіб віком від 14 до 70 років. Отримані результати засвідчили високу внутрішню узгодженість шкали (α Кронбаха=0,84), а також її критеріальну, конструктивну та прогностичну валідність.

Методика складається з 10 тверджень, що стосуються частоти переживання стресових емоцій і відчуття контролю над життєвими подіями

протягом останнього місяця. Респонденти оцінюють кожне твердження за п'ятибальною шкалою від 0 («ніколи») до 4 («дуже часто»). Деякі пункти мають позитивну спрямованість (наприклад, «Я почувався господарем становища»), тому під час обробки реверсуються. Сума всіх балів утворює загальний показник сприйнятого стресу, який може коливатися від 0 до 40. Вищі значення свідчать про більшу суб'єктивну напруженість і меншу здатність справлятися зі стресовими подіями.

Застосування PSS у контексті даного дослідження є теоретично виправданим, оскільки рівень сприйнятого стресу безпосередньо впливає на емоційний стан пацієнтів, які проходять хіміотерапію. Онкологічне лікування часто супроводжується фізичним виснаженням, невизначеністю результатів, зміною соціальної ролі та відчуттям втрати контролю над життям. У таких умовах саме суб'єктивне сприйняття стресу може виступати проміжною змінною, що пояснює посилення тривожних і депресивних симптомів. Таким чином, використання шкали сприйнятого стресу дозволяє контролювати вплив зовнішніх і внутрішніх стресових чинників, підвищуючи точність інтерпретації результатів кореляційного аналізу.

Окрім високої надійності та простоти, шкала відзначається універсальністю – може застосовуватися до осіб різного віку, рівня освіти та соціального статусу. Завдяки своїй чутливості до короткотермінових змін у сприйнятті життєвих подій, PSS є цінним інструментом для оцінки психологічного стану онкопацієнтів на різних етапах лікування. У поєднанні з іншими методиками, такими як Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS) і Багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки (MSPSS) та забезпечує цілісне уявлення про взаємозв'язок між рівнем стресу, емоційними реакціями та соціальними ресурсами пацієнтів.

Отже, сукупність обраних методик забезпечує комплексне вивчення емоційних проявів і соціальних ресурсів онкопацієнтів. Використання

HADS, MSPSS та PSS дозволяє оцінити ключові психологічні показники – тривогу, депресію, соціальну підтримку й рівень стресу – та статистично перевірити гіпотезу про існування зв'язку між ними.

2.3. Характеристика вибірки

У ході аналізу вибірки було встановлено, що досліджувана група є досить різномірною за віковими, соціально-демографічними та клінічними характеристиками, що дозволяє комплексно охопити психологічні особливості пацієнтів, які проходять хіміотерапію.

Таблиця 2.3

Віковий розподіл вибірки

Змінні	Абсолютна частота	Відсоткова частота
Від 20 до 40 років	9	19,1%
Від 40 до 60 років	23	48,9%
Понад 60 років	15	31,9%

Згідно з даними табл. 2.3, найбільшу частку вибірки становили респонденти вікової категорії від 40 до 60 років – 23 особи, що складає 48,9% усіх учасників. Особи цієї групи є найактивнішою частиною населення, у якої зазвичай поєднуються професійні, сімейні та соціальні обов'язки, що може підвищувати рівень емоційного напруження під час захворювання, оскільки хвороба призводить до тимчасової втрати працездатності та зміни життєвого ритму. Учасники віком понад 60 років становили 31,9%, тобто третину вибірки.

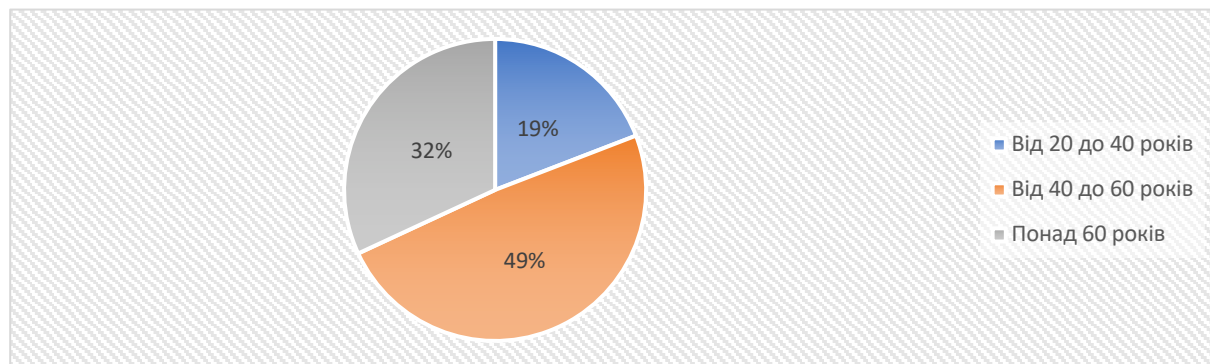


Рис. 2.1. Віковий розподіл вибірки

Для цієї групи характерна більша вразливість до фізичних і психологічних навантажень, що може впливати на сприйняття соціальної підтримки та рівень тривожно-депресивних симптомів. Найменшу частку становили молоді пацієнти віком від 20 до 40 років – 19,1%. Менший відсоток представників молодшої вікової категорії може пояснюватися нижчим рівнем поширеності онкологічних захворювань у цій групі.

Таблиця 2.4

Статевий розподіл вибірки

Змінні	Абсолютна частота	Відсоткова частота
Чоловіки	11	23,4%
Жінки	36	76,6%
Всього	47	100%

Аналіз табл. 2.4 свідчить про гендерну нерівномірність вибірки. Більшість учасників становили жінки – 36 осіб, що відповідає 76,6% від загальної кількості. Чоловіків у вибірці було лише 11, або 23,4%.

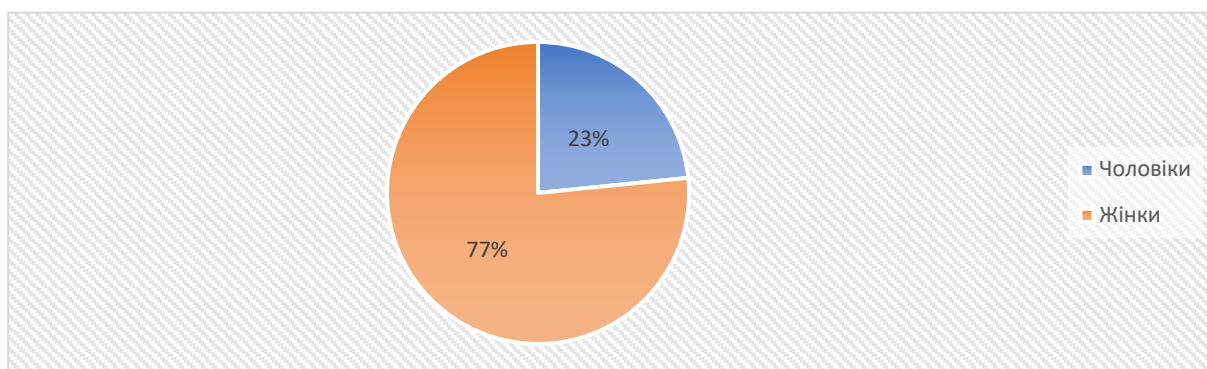


Рис. 2.2. Статевий розподіл вибірки

Такий розподіл узгоджується зі статистичними тенденціями щодо більшої звертальності жінок за медичною та психологічною допомогою, а також із тим, що деякі онкологічні діагнози (наприклад, рак молочної залози) переважають серед жіночого населення. Гендерна специфіка може відігравати певну роль у вираженості емоційних симптомів, адже попередні

дослідження свідчать, що жінки частіше демонструють вищий рівень тривожності та схильність до емоційного реагування на стрес.

Таблиця 2.5

Розподіл вибірки за наявністю дітей

Змінні	Абсолютна частота	Відсоткова частота
Є діти	44	93,6%
Немає дітей	3	6,4%

Згідно з табл. 2.5, переважна більшість респондентів мають дітей – 44 особи, що становить 93,6%. Відсутність дітей зафіксовано лише у трьох учасників, тобто 6,4%.

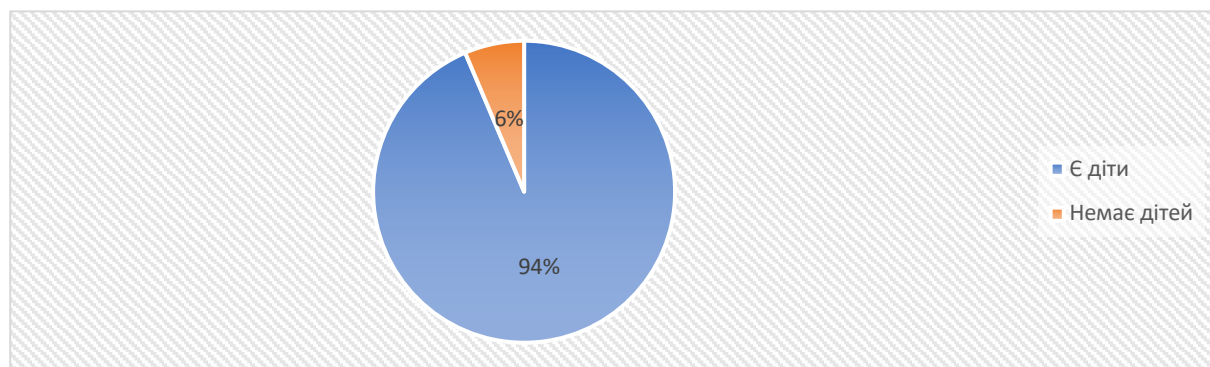


Рис. 2.3. Розподіл вибірки за наявністю дітей

Такий результат свідчить про те, що більшість пацієнтів мають родинні зв'язки, які можуть виступати важливим джерелом соціальної підтримки. Наявність дітей здатна зменшувати почуття ізоляваності та страху, сприяти збереженню мотивації до лікування, а також підсилювати емоційну стабільність пацієнтів у процесі терапії.

Розподіл за рівнем освіти, поданий у табл. 2.6, вказує на високий освітній рівень вибірки.

Таблиця 2.6

Розподіл вибірки за рівнем освіти

Змінні	Абсолютна частота	Відсоткова частота
Повна загальна середня	4	8,5%
Професійна	14	29,8%
Вища	29	61,7%

Особи з вищою освітою становили 61,7% (29 респондентів), ще 29,8% (14 осіб) мали професійну освіту, а 8,5% (4 особи) – повну загальну середню.

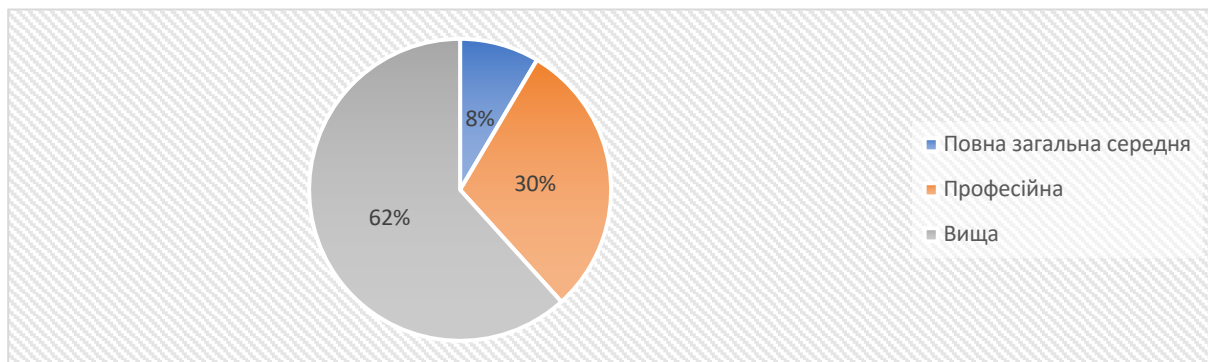


Рис. 2.4. Розподіл вибірки за рівнем освіти

Результат демонструє переважання освічених учасників, здатних до усвідомленого сприйняття інформації про своє лікування та участь у дослідженні. Вищий рівень освіти зазвичай корелює з кращими навичками саморегуляції та пошуку соціальної підтримки, що може впливати на показники емоційного стану.

Аналізуючи дані табл. 2.7, можна зазначити, що вибірка характеризується значним професійним різноманіттям.

Таблиця 2.7

Розподіл вибірки за обсягом зайнятості

Змінні	Абсолютна частота	Відсоткова частота
Не працюють	6	12,8%
Працюють з перервами (листок непрацездатності)	11	23,4%
Працюють весь час	16	34%
Пенсіонери	14	29,8%

Найбільшу частку становили учасники, які продовжують працювати повний робочий час – 34% (16 осіб). Майже третина вибірки, 29,8% (14 осіб), були пенсіонерами, що пояснює наявність осіб старшого віку у дослідженні. Ще 23,4% (11 респондентів) працювали з перервами через

лікування, маючи листок непрацездатності. 12,8% учасників (6 осіб) на момент опитування не працювали.

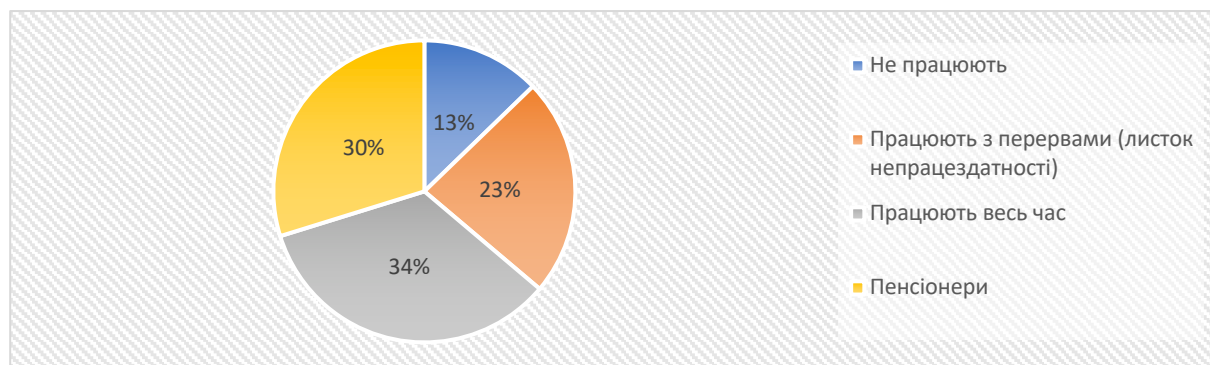


Рис. 2.5. Розподіл вибірки за обсягом зайнятості

Особи, які продовжують працювати, зберігають соціальну активність і відчуття стабільності, тоді як тимчасова непрацездатність може підсилювати відчуття залежності та емоційної напруги.

Таблиця 2.8

Розподіл вибірки за діагностованою стадією онкологічного захворювання

Змінні	Абсолютна частота	Відсоткова частота
Перша	8	17%
Друга	19	40,4%
Третя	11	23,4%
Четверта	9	19,1%

Відповідно до табл. 2.8, серед респондентів найбільше осіб із другою стадією онкологічного захворювання – 40,4% (19 пацієнтів). На третю стадію припадає 23,4% (11 осіб), тоді як першу та четверту стадії мали по 17% і 19,1% відповідно, що свідчить про те, що більшість учасників перебувають на середніх клінічних етапах розвитку хвороби, коли лікування є інтенсивним, але водночас зберігаються надії на покращення.

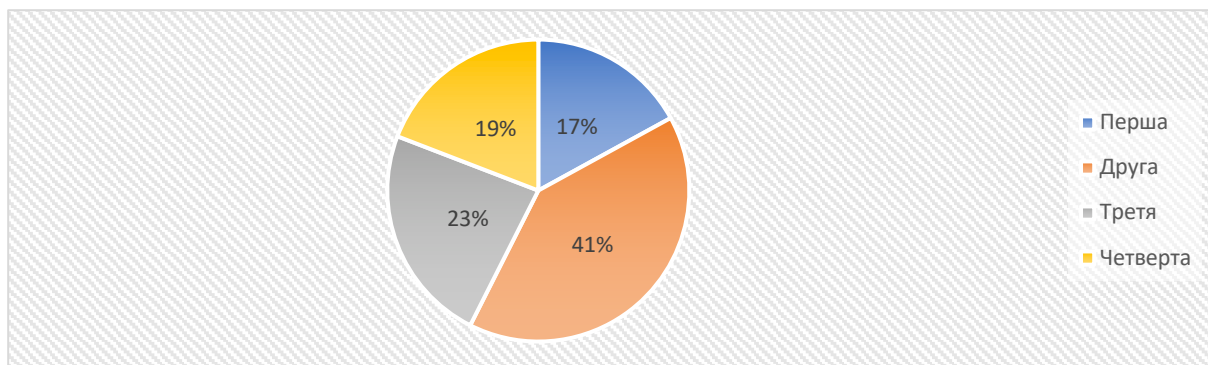


Рис. 2.6. Розподіл вибірки за діагностованою стадією онкологічного захворювання

Емоційний стан таких пацієнтів часто характеризується комбінацією тривоги та адаптаційних зусиль. Пацієнти з третьою та четвертою стадією можуть переживати підвищений рівень депресивних проявів через тяжкість перебігу захворювання та невизначеність прогнозу.

Дані табл. 2.9 демонструють розподіл респондентів за кількістю курсів хіміотерапії.

Таблиця 2.9

Розподіл вибірки за етапом курсом хіміотерапії

Змінні	Абсолютна частота	Відсоткова частота
Перший	5	10,6%
2-8	29	61,7%
Понад 8	12	25,5%
Не можу порахувати	1	2,1%

Найбільша частка пацієнтів (61,7%, 29 осіб) перебувають у процесі проходження від другого до восьмого курсу лікування, що вказує на активну фазу терапії. 25,5% (12 респондентів) отримали понад вісім курсів, що може свідчити про хронічний перебіг захворювання або тривалу підтримувальну терапію. На початковому етапі лікування (перший курс) перебували лише 10,6% (5 осіб), тоді як один учасник (2,1%) не зміг точно визначити кількість курсів.

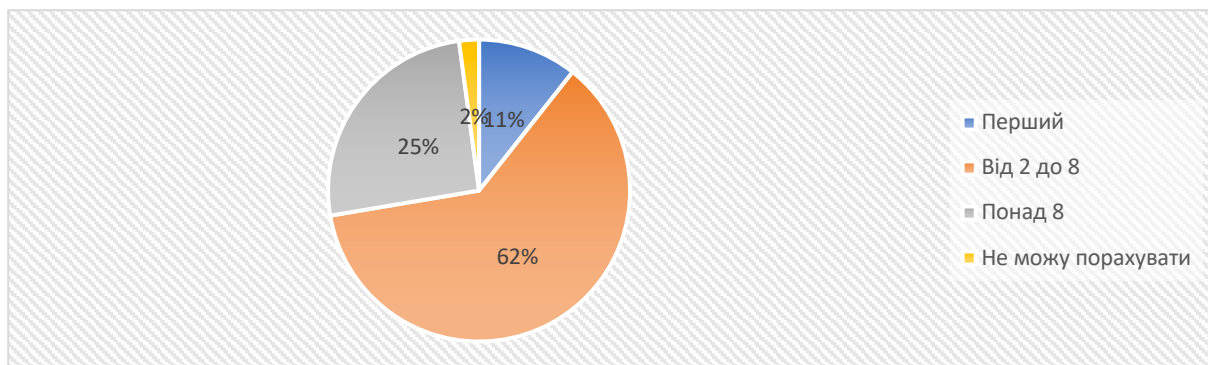


Рис. 2.7. Розподіл вибірки за етапом курсом хіміотерапії

Така структура демонструє різну тривалість лікування серед учасників, що дозволяє простежити динаміку психологічних змін на різних етапах терапії.

Висновки до розділу 2

У другому розділі було представлено методичне забезпечення дослідження, спрямованого на виявлення взаємозв'язку тривожно-депресивних симптомів із рівнем соціальної підтримки у пацієнтів, які проходять хіміотерапію. Спочатку проведено теоретико-методологічний аналіз сучасних джерел, що дозволило уточнити поняття, сформулювати гіпотезу та визначити інструменти для її перевірки. Далі реалізовано емпіричне дослідження з використанням кількісного, кореляційно-аналітичного дизайну, яке здійснювалося шляхом анонімного онлайн-опитування через Google Forms, що забезпечило доступність і конфіденційність участі пацієнтів, які проходять лікування.

Для збору даних використано три стандартизовані методики, що дозволили оцінити ключові психологічні показники. Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS) дала можливість визначити рівень емоційних симптомів без впливу соматичних чинників. Багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки (MSPSS) виявила ступінь підтримки з боку сім'ї, друзів і близьких. Шкала сприйнятого стресу (PSS) дала змогу оцінити рівень напруження і здатність контролювати життєві події. Подальший етап

включав статистичну обробку результатів із використанням описової, кореляційної та регресійної статистики.

У дослідженні взяли участь 47 осіб віком від 20 до 60 років і старше, серед яких більшість становили жінки. Переважна частина учасників мала дітей і вищу освіту, що свідчить про наявність стабільних соціальних зв'язків і високий освітній рівень. Більшість респондентів перебували на другій або третій стадії онкологічного процесу та проходили від двох до восьми курсів хіміотерапії.

Таким чином, методичне забезпечення дослідження поєднало теоретичний аналіз, емпіричне опитування та статистичну обробку результатів.

РОЗДІЛ 3

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ СИМПТОМІВ З РІВНЕМ СОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ У ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ОТРИМУЮТЬ ХІМІОТЕРАПІЮ

3.1. Загальний огляд результатів дослідження

Аналізуючи результати загального опитування можна сказати, що за даними госпітальної шкали тривоги та депресії більшість пацієнтів, які проходять хіміотерапію, демонструють помірний рівень емоційного напруження (див. табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Результати HADS «Госпітальна шкала тривоги та депресії»

Змінні	Середнє	Медіана	SD	Min	Max
Тривога	7,23	7	3,3	0	16
Депресія	5,51	5	3,71	1	13

Середнє значення показника тривоги становить 7,23 бала, що свідчить про наявність легких або помірних тривожних переживань. Медіанне значення 7 підтверджує, що типова оцінка більшості респондентів тяжіє до середнього рівня, тобто у більшості пацієнтів емоційний стан є нестійким, але не досягає клінічно вираженого рівня тривоги. Стандартне відхилення 3,3 демонструє помірну варіативність даних, що означає різницю у сприйнятті ситуації лікування між окремими пацієнтами. Мінімальне значення 0 свідчить про відсутність тривоги у деяких учасників, тоді як максимальне 16 вказує на окремі випадки високої тривожності, які, ймовірно, зумовлені суб'єктивним сприйняттям хіміотерапії як загрози життю або страхом рецидиву хвороби.

Показники депресії у вибірці дещо нижчі, ніж рівні тривоги, що відображає переважання реакцій занепокоєння та хвилювання над

почуттями безнадійності чи апатії. Середнє значення депресії 5,51 при медіані 5 свідчить, що загалом емоційний стан респондентів є більш адаптивним і не переходить у виражену депресивну симптоматику. Стандартне відхилення 3,71 демонструє трохи більшу різноманітність у проявах депресивності порівняно з тривогою, що може бути пов'язано з індивідуальними відмінностями у переживанні втрати контролю над власним тілом або у сприйнятті соціальної підтримки під час лікування.

Якщо розглянути дані табл. 3.2, то розподіл вибірки за рівнем прояву тривоги і депресії дає змогу глибше зрозуміти емоційний стан пацієнтів.

Таблиця 3.2

Розподіл вибірки за рівнем прояву тривоги та депресії (%)

Змінні	Низький	Помірний	Високий
Тривога	55,3%	27,7%	17%
Депресія	66%	21,3%	12,7%

Більше половини опитаних, а саме 55,3%, мають низький рівень тривоги, що свідчить про певну психологічну стабільність і здатність адаптуватися до складної життєвої ситуації. Разом з тим, близько третини респондентів перебувають у зоні помірної тривоги, а 17% демонструють високий рівень цього показника, що може свідчити про потребу в додатковій психологічній або соціальній підтримці. Отримані результати підтверджують, що навіть серед пацієнтів із онкологічним діагнозом існує значна індивідуальна варіативність емоційних реакцій, яка залежить від особистісних ресурсів, соціального оточення та тривалості лікування.

Щодо депресії, більшість учасників, а саме 66%, мають низький рівень її прояву, що є позитивним показником і може бути пов'язано з наявністю підтримки від родини та медичного персоналу.

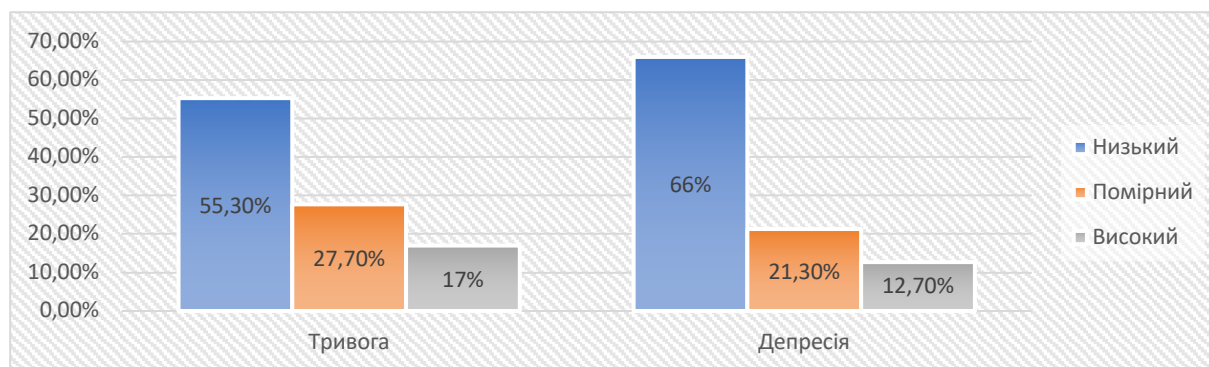


Рис. 3.1. Розподіл вибірки за рівнем прояву тривоги та депресії

Помірний рівень депресії зафіксовано у 21,3% пацієнтів, тоді як високий рівень притаманний лише 12,7% респондентів. Так, депресивні симптоми є присутніми у частини пацієнтів, у більшості не досягають клінічно значущого рівня, що дозволяє припустити, що емоційний стан онкопацієнтів значною мірою визначається тим, наскільки людина відчуває себе не самотньою у боротьбі з хворобою.

Отже, більшість пацієнтів здатні зберігати відносну емоційну рівновагу, хоча в окремих випадках спостерігається підвищений рівень тривоги, який може виступати предиктором подальшого погіршення психоемоційного стану за умови недостатньої соціальної підтримки.

Аналізуючи результати, наведені у табл. 3.3, можна сказати, що більшість пацієнтів, які проходять курс хіміотерапії, демонструють достатньо високий рівень сприйняття соціальної підтримки.

Таблиця 3.3

Результати MSPSS «Багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки»

Змінні	Середнє	Медіана	SD	Min	Max
Підтримка сім'ї	20	20	3,73	8	24
Підтримка друзів	20,38	21	3,77	8	24
Підтримка близьких людей	19,36	20	3,5	8	24
Сприйняття соціальної підтримки	59,74	61	10,08	27	72

Середнє значення показника загального сприйняття соціальної підтримки становить 59,74 бала при медіані 61, що свідчить про переважно

позитивне ставлення до соціального оточення та відчуття допомоги з боку близьких людей. Стандартне відхилення у межах десяти балів показує певну варіативність у сприйнятті підтримки, що цілком очікувано, оскільки переживання онкологічного захворювання та реакція на лікування можуть значно відрізнятися між пацієнтами залежно від їхніх життєвих обставин, характеру взаємин із сім'єю та друзями, а також від рівня особистісної стресостійкості.

Показники окремих джерел соціальної підтримки є досить збалансованими, однак все ж можна помітити деякі відмінності. Найвищий середній результат має підтримка з боку друзів – 20,38 бала, що може свідчити про активне залучення соціального оточення поза межами сім'ї. Медіанне значення 21 вказує, що більшість респондентів оцінюють цю підтримку як високу. Можливо, у процесі лікування саме дружні зв'язки допомагають пацієнтам зберігати відчуття нормальності та соціальної взаємодії, що знижує ризик емоційної ізоляції. Показник підтримки з боку сім'ї є лише трохи нижчим і становить у середньому 20 балів при такій самій медіані, що демонструє вагому роль сімейного оточення у подоланні психологічних труднощів, спричинених хворобою. Підтримка від близьких людей (можливо, партнерів чи родичів поза ядром сім'ї) має середнє значення 19,36 бала, що свідчить про дещо меншу, але все ж стабільну присутність турботи та розуміння. Усі ці показники знаходяться у верхній частині шкали, адже максимальне можливе значення – 24 бали, тому можна стверджувати, що більшість учасників дослідження не відчувають значного дефіциту соціальної підтримки.

Розподіл вибірки, поданий у табл. 3.4, дозволяє більш конкретно побачити структуру рівнів сприйняття підтримки.

Таблиця 3.4

Розподіл вибірки за рівнем сприйняття соціальної підтримки (%)

Змінні	Низький	Помірний	Високий
--------	---------	----------	---------

Підтримка сім'ї	6,4%	23,4%	70,2%
Підтримка друзів	8,5%	12,8%	78,7%
Підтримка близьких людей	6,4%	27,7%	66%
Сприйняття соціальної підтримки	6,4%	23,4%	70,2%

Для всіх показників переважає високий рівень, що підтверджує загальну тенденцію, виявлену у попередній таблиці. Найбільша частка пацієнтів із високим рівнем сприйняття соціальної підтримки припадає на сферу дружніх відносин, де 78,7% респондентів зазначили, що отримують значну допомогу від друзів, що може пояснюватися тим, що друзі часто є джерелом емоційної розради і не демонструють настільки вираженого страху чи тривоги, як члени родини, тому їх підтримка сприймається як легша і більш оптимістична.

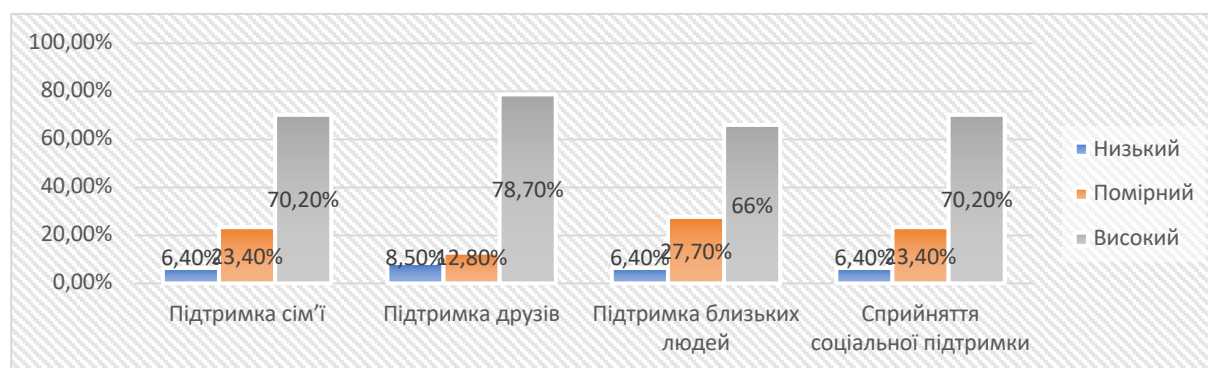


Рис. 3.2. Розподіл вибірки за рівнем сприйняття соціальної підтримки

Підтримка сім'ї та близьких людей також оцінена високо, оскільки у відповідних категоріях високий рівень зафіксовано у 70,2% та 66% респондентів. Такий результат підкреслює значення сімейного оточення як основного ресурсу стабільності під час лікування. Невелика частка осіб з низьким рівнем сприйняття соціальної підтримки – близько шести-восьми відсотків – може відображати індивідуальні особливості соціальної ізоляції або конфліктні стосунки, які посилюються у період хвороби. Помірний рівень підтримки виявлений у близько чверті вибірки, що можна розглядати як потенційний ризик для розвитку тривожно-депресивних станів у майбутньому за відсутності додаткової психологічної допомоги.

Так, високі середні значення показників підтримки сім'ї, друзів і близьких свідчать про те, що більшість респондентів не почуваються самотніми у процесі лікування, а їхнє соціальне середовище виступає важливим буфером, який допомагає зменшити рівень тривожності та депресивних симптомів.

Аналізуючи результати, подані у табл. 3.5, можна сказати, що середній рівень сприйнятого стресу серед пацієнтів, які проходять курс хіміотерапії, становить 17,51 бала, що відповідає помірному рівню напруження.

Таблиця 3.5

Результати PSS-10 «Шкала сприйнятого стресу»

Змінні	Середнє	Медіана	SD	Min	Max
Сприйнятий стрес	17,51	17	4,96	8	29

Медіанне значення 17 підтверджує, що більшість опитаних оцінюють свій рівень стресу як середній, тобто відчувають певну емоційну напругу, однак не досягає критичної межі, яка б свідчила про дезадаптацію чи втрату психологічних ресурсів. Стандартне відхилення у межах 4,96 свідчить про помірну варіативність показників у межах вибірки, що означає відмінності у сприйнятті стресових ситуацій різними пацієнтами, що можна пояснити індивідуальними особливостями емоційної стійкості, попереднім досвідом подолання труднощів, рівнем соціальної підтримки та особистим ставленням до хвороби і процесу лікування. Мінімальне значення 8 та максимальне 29 демонструють, що в групі є як пацієнти, які сприймають свою ситуацію відносно спокійно, так і ті, хто переживає високий рівень напруження та відчуття перевантаження життєвими подіями.

Значення, наведені у табл. 3.6, дозволяють більш детально охарактеризувати розподіл респондентів за рівнями сприйнятого стресу.

Таблиця 3.6

Розподіл вибірки за рівнем сприйнятого стресу (%)

Змінні	Низький	Помірний	Високий
Сприйнятий стрес	21,3%	72,3%	6,4%

Більшість пацієнтів, а саме 72,3%, перебувають у межах помірною рівня, що підтверджує тенденцію, виявлену у попередній таблиці. Такий показник можна розглядати як типовий для осіб, які стикаються з онкологічним діагнозом і проходять лікування, оскільки хіміотерапія є тривалим і фізично виснажливим процесом, який часто супроводжується невизначеністю щодо результатів та страхом рецидиву. Помірний рівень стресу у більшості учасників може свідчити про відносно ефективне функціонування системи психологічного захисту, а також про наявність певних ресурсів, які допомагають зберігати внутрішню рівновагу.

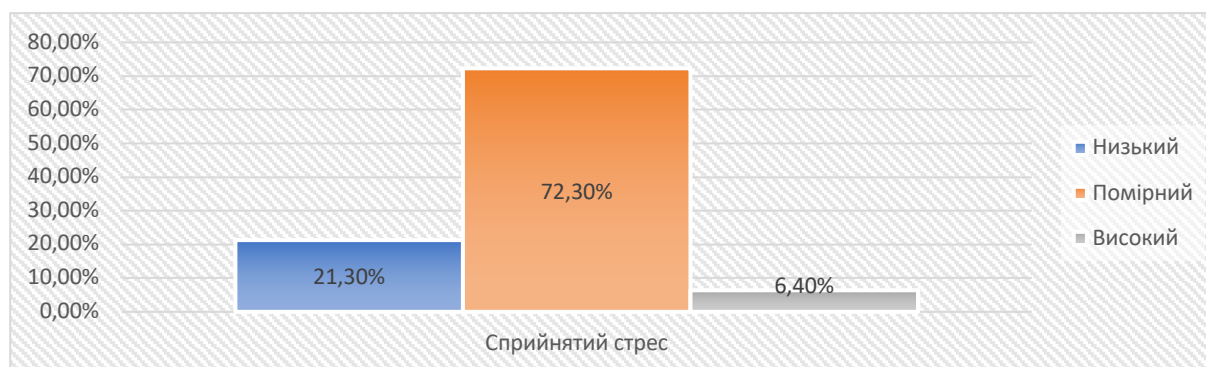


Рис. 3.3. Розподіл вибірки за рівнем сприйнятого стресу

Разом з тим, 21,3% респондентів мають низький рівень сприйнятого стресу, що можна пояснити високим рівнем адаптивності, оптимістичним світосприйняттям або достатньою підтримкою з боку родини та медичного персоналу. А це свідчить про те, що для частини пацієнтів процес лікування, хоч і складний, не є джерелом надмірного психологічного виснаження. Невелика частка опитаних, а саме 6,4%, демонструє високий рівень сприйнятого стресу, що може бути показником підвищеної вразливості до емоційних порушень, зокрема до тривожно-депресивних станів. Для цієї групи пацієнтів імовірно необхідна додаткова психологічна допомога, спрямована на формування навичок стрес-менеджменту та емоційної стабілізації.

Отже, результати свідчать, що переважна більшість онкопацієнтів, які проходять хіміотерапію, відчувають помірний рівень стресу, який є природною реакцією на серйозну хворобу і складне лікування. А це дає підстави припускати, що більшість із них зберігають достатній рівень внутрішніх ресурсів і психологічної витривалості, тоді як незначна частина потребує посиленої уваги з боку психологів і соціальних працівників.

3.2. Особливості прояву тривожно-депресивних симптомів серед пацієнтів, які отримують хіміотерапію, залежно від рівня соціальної підтримки

Аналізуючи результати порівняння, наведені у табл. 3.7, можна сказати, що рівень підтримки від сім'ї певною мірою впливає на емоційний стан пацієнтів, які проходять хіміотерапію, хоча статистично значущих відмінностей не виявлено, про що свідчать значення $p > 0,05$.

Таблиця 3.7

Прояв тривожно депресивних симптомів залежно від рівня підтримки від сім'ї

Змінні	ANOVA F	p	Середнє низького рівня	Середнє помірного рівня	Середнє високого рівня
Тривога	0,518	0,625	21,67	16,64	17,42
Депресія	1,605	0,287	11,33	6,64	7,06
Сприйнятий стрес	0,748	0,518	8,33	5,64	5,21

Примітка «*» – рівень статистичної значущості $p < 0,05$.

Незважаючи на це, спостерігається чітка тенденція до зниження показників тривоги, депресії та сприйнятого стресу разом із підвищенням рівня сімейної підтримки. У групі з низьким рівнем підтримки середнє значення тривоги становить 21,67 бала, що є найбільшим серед трьох груп і вказує на підвищене емоційне напруження, тоді як у групі з високим рівнем підтримки цей показник знижується до 17,42 бала. Схожа закономірність спостерігається і щодо депресії, де пацієнти з низькою

підтримкою мають середній бал 11,33, тоді як при високій підтримці зменшується до 7,06. Таке зниження може бути ознакою того, що сімейне оточення відіграє роль емоційного буфера, який зменшує прояви безнадійності та відчаю, що часто супроводжують онкологічне лікування. Показник сприйнятого стресу також демонструє аналогічну тенденцію, зменшуючись від 8,33 до 5,21, що свідчить про позитивний вплив підтримки сім'ї на здатність пацієнтів справлятися зі складними життєвими ситуаціями. Таким чином, навіть за відсутності статистично значущих розбіжностей можна говорити про практично важливу динаміку, яка підтверджує захисну функцію родинної підтримки під час лікування.

У табл. 3.8 представлено результати аналізу впливу підтримки від друзів на прояви тривожно-депресивних симптомів і рівень сприйнятого стресу.

Таблиця 3.8

Прояв тривожно депресивних симптомів залежно від рівня підтримки від друзів

Змінні	ANOVA F	p	Середнє низького рівня	Середнє помірною рівня	Середнє високого рівня
Тривога	0,119	0,890	19,25	16,83	17,43
Депресія	1,217	0,356	10,25	6,83	6,97
Сприйнятий стрес	1,600	0,277	7,5	7,5	4,97

Примітка «*» – рівень статистичної значущості $p < 0,05$.

Пацієнти з низьким рівнем підтримки від друзів мають вищі показники тривоги (19,25 бала) та депресії (10,25 бала), ніж ті, хто повідомляє про високу підтримку, де середні значення становлять відповідно 17,43 і 6,97 бала, що дозволяє припустити, що дружні стосунки можуть виконувати роль додаткового соціально-емоційного ресурсу, який допомагає пацієнтам легше переносити лікування, отримувати позитивне підкріплення та зменшувати відчуття ізоляції. Показник сприйнятого стресу також нижчий у групі з високим рівнем підтримки, що свідчить про

потенційний зв'язок між соціальною взаємодією та психологічною стійкістю. Хоча рівень значущості не досяг критичних меж, тенденція є досить виразною і вказує на позитивний вплив дружніх контактів на емоційне самопочуття пацієнтів.

Результати, подані у табл. 3.9, відображають зв'язок між підтримкою від близьких людей і проявами тривоги, депресії та сприйнятого стресу.

Таблиця 3.9

Прояв тривожно депресивних симптомів залежно від рівня підтримки від близьких людей

Змінні	ANOVA F	p	Середнє низького рівня	Середнє помірною рівня	Середнє високого рівня
Тривога	0,362	0,712	14,67	17,69	17,71
Депресія	0,990	0,405	6,33	8,08	6,97
Сприйнятий стрес	3,229	0,096	3	6,69	5,26

Примітка «*» – рівень статистичної значущості $p < 0,05$.

На відміну від попередніх показників, у цій таблиці можна помітити дещо іншу динаміку. Тривога має найвищі середні значення у групі з помірним та високим рівнем підтримки (17,69 і 17,71 відповідно), що може свідчити про те, що навіть за наявності близьких стосунків деякі пацієнти все одно відчувають внутрішнє напруження, можливо, через страх втратити підтримку або небажання турбувати інших своїм станом. У випадку з депресією спостерігається схожа закономірність – пацієнти з помірним рівнем підтримки мають вищі показники (8,08 бала), ніж ті, хто отримує високу підтримку (6,97 бала). Якість міжособистісних стосунків важливіша за їх кількість, а не всі прояви близькості автоматично зменшують психологічний дистрес. Найцікавіші результати спостерігаються щодо сприйнятого стресу, де значення $F=3,229$ і $p=0,096$ свідчать про наявність тенденції до статистичної значущості. Найнижчий рівень стресу спостерігається у групі з низьким рівнем підтримки (3 бали), тоді як при помірному та високому рівнях зростає до 6,69 і 5,26 відповідно. В окремих

випадках надмірна або неефективна підтримка сприймається як тиск чи зайва увага, що викликає підвищене емоційне навантаження.

У табл. 3.10 наведено результати узагальненого аналізу впливу рівня соціальної підтримки на прояви тривоги, депресії та сприйнятого стресу.

Таблиця 3.10

Прояв тривожно депресивних симптомів залежно від рівня соціальної підтримки

Змінні	ANOVA F	p	Середнє низького рівня	Середнє помірнього рівня	Середнє високого рівня
Тривога	0,828	0,490	21,67	15,91	17,67
Депресія	2,033	0,222	11,33	6,27	7,18
Сприйнятий стрес	0,703	0,536	8,33	5,27	5,33

Примітка «*» – рівень статистичної значущості $p < 0,05$.

Отримані дані свідчать, що між групами з різним рівнем соціальної підтримки статистично значущих відмінностей також не виявлено, однак, як і в попередніх таблицях, спостерігається чітка тенденція до зниження тривожності, депресивності та рівня стресу зі зростанням соціальної підтримки. Пацієнти з низьким рівнем підтримки мають найвищі середні показники тривоги (21,67 бала) і депресії (11,33 бала), тоді як у групі з високим рівнем підтримки ці значення знижуються до 17,67 і 7,18 відповідно. Рівень сприйнятого стресу також має найвищі значення при низькому рівні підтримки і поступово зменшується при її підвищенні, що узгоджується з гіпотезою про буферну роль соціальних контактів у зменшенні негативного впливу хвороби.

Аналізуючи результати медіаційної моделі, наведені у табл. 3.11, можна сказати, що рівень підтримки з боку сім'ї не виступає статистично значущим посередником між тривогою та сприйнятим стресом серед пацієнтів, які проходять хіміотерапію.

Таблиця 3.11

Опосередкований вплив тривоги на сприйнятий стрес через рівень підтримки сім'ї

Змінні	Estimate	SE	Z	p
Непрямий вплив	-0,007	0,032	-0,217	0,828
Прямий вплив	0,982	0,170	5,780	0,001*
Загальний вплив	0,975	0,167	5,839	0,001*

Примітка «*» – рівень статистичної значущості $p < 0,05$.

Значення непрямого ефекту є мінімальним і становить -0,007 при $p = 0,828$, що свідчить про відсутність достовірного опосередкованого впливу. Сімейна підтримка є важливим емоційним ресурсом, але її вплив не проявляється у прямому зменшенні стресу через зниження тривожності. В цей же час прямий вплив тривоги на сприйнятий стрес є статистично значущим, про що свідчить значення $p = 0,001$ при коефіцієнті 0,982, що вказує на те, що рівень тривоги безпосередньо визначає інтенсивність сприйняття стресу незалежно від рівня підтримки з боку сім'ї. Загальний ефект також є високим і значущим, що підтверджує тісний зв'язок між цими двома змінними.

Результати, подані у табл. 3.12, демонструють схожу закономірність щодо впливу підтримки від друзів.

Таблиця 3.12

Опосередкований вплив тривоги на сприйнятий стрес через рівень підтримки друзів

Змінні	Estimate	SE	Z	p
Непрямий вплив	-0,014	0,038	-0,384	0,701
Прямий вплив	0,990	0,170	5,797	0,001*
Загальний вплив	0,975	0,167	5,839	0,001*

Примітка «*» – рівень статистичної значущості $p < 0,05$.

Непрямий ефект становить -0,014 при $p = 0,701$, що знову свідчить про відсутність статистично значущого опосередкованого впливу. Соціальна підтримка з боку друзів не є тим фактором, який істотно змінює взаємозв'язок між тривогою та сприйнятим стресом. Проте, як і у попередньому випадку, прямий ефект залишається дуже сильним і

статистично значущим, що підтверджує домінування тривоги як основного детермінанта сприйняття стресу. Загальний ефект у цій моделі також зберігає високу силу, що підкреслює провідну роль емоційного стану у формуванні суб'єктивного відчуття стресу під час лікування.

У табл. 3.13 подано результати аналізу впливу підтримки з боку близьких людей, який також виявився статистично незначущим.

Таблиця 3.13

Опосередкований вплив тривоги на сприйнятий стрес через рівень підтримки близьких людей

Змінні	Estimate	SE	Z	p
Непрямий вплив	-0,034	0,042	-0,815	0,415
Прямий вплив	1,010	0,165	6,120	0,001*
Загальний вплив	0,975	0,167	5,839	0,001*

Примітка «*» – рівень статистичної значущості $p < 0,05$.

Непрямий ефект становить -0,034 при $p = 0,415$, що не дає підстав говорити про наявність медіаційного впливу. Водночас прямий ефект тривоги на сприйнятий стрес залишається високим і значущим (Estimate=1,010, $p = 0,001$), що узгоджується з попередніми результатами.

Тривожності прямо зумовлює інтенсивність сприйняття стресу незалежно від того, наскільки пацієнт відчуває підтримку з боку близького оточення. Цікаво, що хоча непрямий ефект є негативним, тобто вказує на можливу тенденцію до зменшення стресу при високій підтримці, його сила є занадто слабкою, щоб мати практичне значення. Навіть за наявності близьких людей емоційне напруження, пов'язане з лікуванням, має переважно внутрішній характер і залежить від особистісних механізмів подолання тривоги.

Дані, подані у табл. 3.14, узагальнюють результати медіаційного аналізу для загального рівня соціальної підтримки.

Таблиця 3.14

Опосередкований вплив тривоги на сприйнятий стрес через загальний рівень соціальної підтримки

Змінні	Estimate	SE	Z	p
Непрямий вплив	-0,025	0,038	-0,652	0,514
Прямий вплив	1	0,169	5,902	0,001*
Загальний вплив	0,975	0,167	5,839	0,001*

Примітка «*» – рівень статистичної значущості $p < 0,05$.

Як і в попередніх випадках, непрямий ефект є незначущим і становить -0,025 при $p = 0,514$, що свідчить про відсутність опосередкованого впливу. Водночас прямий вплив тривоги на сприйнятий стрес залишається сильним і статистично значущим при $p = 0,001$, а загальний ефект зберігає ту ж саму силу, що й у попередніх моделях. Іншими словами, пацієнти, які мають різний рівень соціальної підтримки, сприймають свій стрес передусім через призму власного емоційного стану.

Соціальна підтримка, незалежно від її джерела, не є статистично значущим посередником у взаємозв'язку між тривогою та сприйнятим стресом у пацієнтів, які проходять хіміотерапію. Хоча підтримка має потенційно позитивне емоційне значення, то не усуває прямий вплив тривоги на рівень стресу.

Аналізуючи результати медіаційної моделі, подані у табл. 3.15, можна казати, що рівень підтримки з боку сім'ї не чинить статистично значущого опосередкованого впливу на зв'язок між депресією та сприйнятим стресом у пацієнтів, які проходять хіміотерапію.

Таблиця 3.15

Опосередкований вплив депресії на сприйнятий стрес через рівень підтримки сім'ї

Змінні	Estimate	SE	Z	p
Непрямий вплив	-0,020	0,057	-0,347	0,728
Прямий вплив	0,625	0,183	3,417	0,001*
Загальний вплив	0,605	0,174	3,476	0,001*

Примітка «*» – рівень статистичної значущості $p < 0,05$.

Непрямий ефект є дуже незначним і становить $-0,020$ при $p=0,728$, що свідчить про відсутність достовірної медіаційної ролі сімейної підтримки. Незважаючи на це, прямий вплив депресії на сприйнятий стрес є статистично значущим, адже $p=0,001$, а коефіцієнт становить $0,625$. Тобто, чим більш вираженою є депресивна симптоматика, тим сильніше пацієнт сприймає життєві події як стресові незалежно від того, наскільки відчуває підтримку сім'ї. Загальний ефект також зберігає статистичну значущість, що підтверджує стійкий зв'язок між депресією та суб'єктивним сприйняттям стресу.

Можна зробити висновок, що сімейна підтримка не пом'якшує вплив депресивного стану на відчуття стресу, а отже, її роль у зниженні емоційного напруження є непрямомою та, ймовірно, залежить від інших психологічних факторів, таких як рівень довіри, відкритість у спілкуванні чи здатність приймати допомогу.

Дані, подані у табл. 3.16, свідчать про подібну закономірність щодо підтримки від друзів.

Таблиця 3.16

Опосередкований вплив депресії на сприйнятий стрес через рівень підтримки друзів

Змінні	Estimate	SE	Z	p
Непрямий вплив	-0,021	0,058	-0,365	0,715
Прямий вплив	0,627	0,183	3,421	0,001*
Загальний вплив	0,605	0,174	3,476	0,001*

Примітка «*» – рівень статистичної значущості $p<0,05$.

Непрямий вплив депресії на сприйнятий стрес через підтримку друзів становить $-0,021$ при $p=0,715$, що не дозволяє стверджувати про статистично значущий медіаційний ефект. Так, дружня підтримка не виступає чинником, який послаблює зв'язок між депресією та рівнем сприйняття стресу. Хоча друзі виконують важливу соціальну функцію, їх допомога не завжди здатна істотно змінити внутрішній емоційний стан

пацієнта, особливо якщо депресивні прояви мають глибинний характер. Люди, які перебувають у депресивному стані, часто схильні сприймати навколишню дійсність крізь призму безнадії та відчуття ізоляції.

Результати, представлені у табл. 3.17, показують, що підтримка від близьких людей також не має значущого опосередкованого впливу на взаємозв'язок між депресією та сприйнятим стресом.

Таблиця 3.17

Опосередкований вплив депресії на сприйнятий стрес через рівень підтримки близьких людей

Змінні	Estimate	SE	Z	p
Непрямий вплив	-0,037	0,043	-0,866	0,386
Прямий вплив	0,643	0,174	3,684	0,001*
Загальний вплив	0,605	0,174	3,476	0,001*

Примітка «*» – рівень статистичної значущості $p < 0,05$.

Непрямий ефект становить -0,037 при $p = 0,386$, що свідчить про відсутність статистичної значущості. Водночас прямий вплив депресії залишається вагомим і достовірним при $p = 0,001$, а його величина становить 0,643. Це ще раз підтверджує, що депресивні симптоми мають прямий вплив на відчуття стресу, який не компенсується навіть високим рівнем підтримки від близького оточення. У певних випадках надмірна турбота або співпереживання можуть сприйматися як тиск чи нагадування про власну безпорадність, що підсилює відчуття стресу замість його зменшення.

У табл. 3.18 наведено узагальнені результати моделі, яка оцінює загальний рівень соціальної підтримки як можливого медіатора між депресією та сприйнятим стресом.

Таблиця 3.18

Опосередкований вплив депресії на сприйнятий стрес через загальний рівень соціальної підтримки

Змінні	Estimate	SE	Z	p
Непрямий вплив	-0,036	0,056	-0,653	0,514
Прямий вплив	0,642	0,181	3,540	0,001*
Загальний вплив	0,605	0,174	3,476	0,001*

Примітка «*» – рівень статистичної значущості $p < 0,05$.

Непрямий ефект є невеликим і незначущим, його величина становить $-0,036$ при $p = 0,514$, що вкотре підтверджує відсутність медіаційного впливу. Прямий ефект депресії залишається високим ($0,642$) та достовірним при $p = 0,001$, що свідчить про безпосередній вплив депресивних симптомів на рівень сприйнятого стресу. Отже, навіть при врахуванні загального рівня соціальної підтримки, вплив депресії на сприйняття стресу залишається практично незмінним, що може означати, що у ситуації тяжкої хвороби, якою є онкологічне захворювання, внутрішній психологічний стан пацієнта має визначальне значення, тоді як зовнішня підтримка може виконувати лише допоміжну роль.

Можна казати, що жоден із видів соціальної підтримки не продемонстрував статистично значущого опосередкованого впливу на взаємозв'язок між депресією та сприйнятим стресом, що свідчить про те, що депресивні симптоми самостійно визначають рівень суб'єктивного стресу пацієнтів, а соціальна підтримка, хоча і має певний емоційний ефект. Така закономірність може бути зумовлена тим, що під час хіміотерапії внутрішній стан людини формується переважно під впливом фізичного виснаження, тривоги за життя та почуття невизначеності, а тому зовнішня допомога не завжди сприймається як достатньо ефективна.

3.3. Зв'язок тривожно-депресивних симптомів з рівнем соціальної підтримки у пацієнтів, які отримують хіміотерапію

Аналізуючи результати кореляційного аналізу, наведені у табл. 3.19, можна казати, що між рівнем соціальної підтримки та емоційними показниками пацієнтів, які проходять хіміотерапію, існує певний взаємозв'язок, однак його сила і напрям залежать від конкретної складової підтримки.

Таблиця 3.19

Загальний кореляційний аналіз складових соціальної підтримки з тривожно-депресивними симптомами

Змінні	Тривога	Депресія	Сприйнятий стрес
Підтримка сім'ї	-0,138	-0,363*	0,019
Підтримка друзів	-0,091	-0,309*	0,044
Підтримка близьких людей	-0,212	-0,295*	0,075
Сприйняття соціальної підтримки	-0,160	-0,363*	0,031

Примітка «*» – рівень статистичної значущості $p < 0,05$.

Найбільш вираженим є негативний зв'язок між рівнем депресії та показниками соціальної підтримки. Найсильніші кореляції спостерігаються між депресією та підтримкою з боку сім'ї ($r = -0,363$, $p < 0,05$), а також між депресією та загальним рівнем соціальної підтримки ($r = -0,363$, $p < 0,05$). Подібна закономірність, хоч і дещо слабша, спостерігається для підтримки від друзів і близьких людей. Соціальна підтримка виконує функцію захисного механізму, який допомагає зменшити інтенсивність депресивних переживань. У той же час показники тривоги не мають статистично значущих зв'язків з підтримкою, хоча загальна тенденція до негативної кореляції (тобто зниження тривоги при зростанні підтримки) є очевидною. Показник сприйнятого стресу взагалі не демонструє суттєвих зв'язків із соціальною підтримкою, що може свідчити про те, що фактори, які визначають рівень стресу, мають більш індивідуальний характер і не залежать безпосередньо від наявності соціальних контактів.

Результати, подані у табл. 3.20, показують особливості зв'язку соціальної підтримки з емоційними показниками у групі пацієнтів, які мають низький рівень підтримки.

Таблиця 3.20

Кореляційний аналіз складових соціальної підтримки з тривожно-депресивними симптомами залежно від низького рівня підтримки

Змінні	Тривога	Депресія	Сприйнятий стрес
Підтримка сім'ї	-0,491*	-0,297*	-0,307*
Підтримка друзів	-0,356*	-0,097	0,060

Підтримка близьких людей	0,226	0,460*	-0,161
Сприйняття соціальної підтримки	-0,284*	-0,079	-0,224

Примітка «*» – рівень статистичної значущості $p < 0,05$.

Спостерігається помітний негативний зв'язок між підтримкою з боку сім'ї та тривогою ($r = -0,491$, $p < 0,05$), що означає, що у разі навіть незначного підвищення підтримки у сімейному колі рівень тривоги може суттєво знижуватись. Отриманий результат є логічним, адже саме відчуття захищеності у родинному середовищі часто допомагає пацієнтам легше переносити фізичні та психологічні наслідки хіміотерапії. Крім того, у цій групі виявлено негативний зв'язок між підтримкою сім'ї та депресією ($r = -0,297$, $p < 0,05$), що також підтверджує буферну роль родинного оточення. Підтримка друзів не має вираженого впливу на емоційний стан, що, ймовірно, пов'язано з тим, що при низькому рівні соціальної інтеграції спілкування з друзями є епізодичним і не завжди сприймається як значуще. Цікавим є результат щодо підтримки від близьких людей, де виявлено позитивний зв'язок із депресією ($r = 0,460$, $p < 0,05$). Така залежність може свідчити про амбівалентний характер таких стосунків, коли спроби близьких допомогти можуть викликати почуття провини або залежності, що у свою чергу підсилює депресивні переживання. Загалом у групі з низькою підтримкою спостерігається закономірність, за якої навіть незначне підвищення соціальної взаємодії має потенціал зменшити емоційне напруження, однак недостатність або надмірна турбота можуть мати протилежний ефект.

Аналіз табл. 3.21 показує, що у групі з помірним рівнем підтримки зв'язки між соціальною підтримкою та емоційними станами залишаються помітними, але стають більш вибілковими.

Таблиця 3.21

Кореляційний аналіз складових соціальної підтримки з тривожно-депресивними симптомами залежно від помірного рівня підтримки

Змінні	Тривога	Депресія	Сприйнятий стрес
--------	---------	----------	------------------

Підтримка сім'ї	-0,141	-0,419*	-0,222
Підтримка друзів	-0,400*	-0,562*	0,130
Підтримка близьких людей	-0,215	0,184	0,034
Сприйняття соціальної підтримки	-0,277*	-0,387*	-0,132

Примітка «*» – рівень статистичної значущості $p < 0,05$.

Сильний негативний зв'язок виявлено між підтримкою від друзів та як тривогою ($r = -0,400$, $p < 0,05$), так і депресією ($r = -0,562$, $p < 0,05$). У випадку помірної соціальної активності саме дружні стосунки набувають особливого значення, оскільки друзі здатні забезпечити емоційну розрядку і допомогти пацієнтам підтримувати позитивне сприйняття життя. Також у цій групі виявлено помірний негативний зв'язок між підтримкою сім'ї та депресією ($r = -0,419$, $p < 0,05$), що свідчить про стабільну роль сімейного середовища у зменшенні почуття безнадії. Загальне сприйняття соціальної підтримки також негативно корелює з тривогою ($r = -0,277$, $p < 0,05$) і депресією ($r = -0,387$, $p < 0,05$), що підтверджує загальну тенденцію: чим вищим є рівень підтримки, тим нижчими є прояви емоційного неблагополуччя. Показники сприйнятого стресу в цій групі не демонструють статистично значущих зв'язків із соціальною підтримкою, що може свідчити про більшу автономність сприйняття стресових ситуацій у пацієнтів, які мають помірні соціальні ресурси.

Дані табл. 3.22 демонструють, що у групі з високим рівнем соціальної підтримки зберігається стійкий негативний зв'язок між депресією та всіма складовими соціальної підтримки.

Таблиця 3.22

Кореляційний аналіз складових соціальної підтримки з тривожно-депресивними симптомами залежно від високого рівня підтримки

Змінні	Тривога	Депресія	Сприйнятий стрес
Підтримка сім'ї	-0,113	-0,497*	-0,105
Підтримка друзів	0,039	-0,322*	-0,070
Підтримка близьких людей	-0,277*	-0,490*	-0,070
Сприйняття соціальної підтримки	-0,164	-0,539*	-0,106

Примітка «*» – рівень статистичної значущості $p < 0,05$.

Найсильніший кореляційний зв'язок спостерігається між загальним рівнем підтримки та депресією ($r=-0,539$, $p<0,05$), а також між підтримкою з боку сім'ї ($r=-0,497$, $p<0,05$) і близьких людей ($r=-0,490$, $p<0,05$), що підтверджує, що наявність стабільного соціального оточення суттєво зменшує ризик розвитку депресивних станів. В той же час тривога демонструє лише слабкі негативні або незначущі зв'язки, що може свідчити про те, що за умов високої підтримки пацієнти вже мають достатні емоційні ресурси для подолання тривожних переживань, і цей фактор не виступає головним детермінантом психологічного стану.

Різний рівень підтримки по-різному впливає на емоційний стан, однак загальна тенденція свідчить про те, що чим більшою є суб'єктивно відчувана підтримка з боку родини, друзів і близьких, тим кращим є психологічне самопочуття пацієнтів і тим нижчим є ризик емоційного виснаження.

Аналізуючи результати регресійного аналізу, наведені у табл. 3.23, можна казати, що рівень соціальної підтримки не виявив статистично значущого впливу на показники тривоги серед пацієнтів, які проходять курс хіміотерапії.

Таблиця 3.23

Регресійна модель впливу складових соціальної підтримки на тривогу

Змінні	Estimate	SE	Z	p
Тривога	11,260	3,048	3,694	0,001*
Підтримка сім'ї	0,094	0,393	0,240	0,812
Підтримка друзів	-0,247	0,328	-0,755	0,454
Підтримка близьких людей	-0,044	0,216	-0,204	0,839

Примітка $R=0,218$; $R^2=0,047$; $p=0,546$.

Незважаючи на те, що сама модель виявилася коректно побудованою, про що свідчить значення коефіцієнта детермінації $R^2=0,047$, рівень поясненої варіації є дуже низьким, що означає, що лише близько п'яти відсотків коливань у рівні тривоги можна пояснити змінами у соціальній підтримці. Жодна зі складових підтримки, включаючи допомогу від сім'ї,

друзів та близьких людей, не показала достовірного ефекту, оскільки всі значення p є вищими за 0,05. Найнижчим є коефіцієнт для підтримки від друзів, проте і не досягає статистичної значущості.

Ймовірно, на рівень тривоги впливають інші фактори, такі як суб'єктивне сприйняття хвороби, попередній досвід лікування, особистісні риси або фізичний стан.

Результати, подані у табл. 3.24, демонструють подібну тенденцію стосовно впливу соціальної підтримки на рівень депресії.

Таблиця 3.24

Регресійна модель впливу складових соціальної підтримки на депресії

Змінні	Estimate	SE	Z	p
Депресії	11,464	3,319	3,454	0,001*
Підтримка сім'ї	-0,242	0,427	-0,568	0,573
Підтримка друзів	-0,142	0,357	-0,399	0,692
Підтримка близьких людей	0,093	0,235	0,397	0,693

Примітка $R=0,325$; $R^2=0,106$; $p=0,183$.

Незважаючи на дещо вищий коефіцієнт детермінації $R^2=0,106$, який свідчить, що близько десяти відсотків варіації у рівні депресії можуть пояснюватися соціальними чинниками, жоден із показників соціальної підтримки не виявив статистично значущого ефекту. Підтримка з боку сім'ї, друзів і близьких людей має слабкі або навіть суперечливі зв'язки з депресивними проявами, що може бути ознакою того, що суб'єктивне сприйняття допомоги іноді не збігається з її реальним впливом. Для пацієнтів, які перебувають у стані емоційного виснаження, навіть наявність підтримки може не сприйматися як достатня або дієва. Відсутність значущих результатів вказує, що її вплив може бути опосередкованим або залежним від інших змінних, таких як якість комунікації, відчуття розуміння та емпатії з боку оточення. Так, можна припустити, що соціальна підтримка радше створює умови, за яких пацієнт здатен краще справлятися з негативними емоціями.

У табл. 3.25 представлено результати аналізу впливу соціальної підтримки на сприйнятий стрес, які також не підтвердили наявності статистично значущих зв'язків.

Таблиця 3.25

Регресійна модель впливу складових соціальної підтримки на сприйнятий стрес

Змінні	Estimate	SE	Z	p
Сприйнятий стрес	17,408	4,573	3,807	0,001*
Підтримка сім'ї	-0,550	0,589	-0,934	0,355
Підтримка друзів	0,109	0,492	0,222	0,825
Підтримка близьких людей	0,459	0,324	1,414	0,165

Примітка $R=0,232$; $R^2=0,053$; $p=0,492$.

Усі коефіцієнти при складових підтримки виявилися незначущими, а рівень пояснювальної здатності моделі ($R^2=0,053$) залишається низьким. Показники для підтримки сім'ї, друзів і близьких людей свідчать, що вплив кожного з цих факторів є слабким і не має статистичної ваги. Підтримка сім'ї має негативний коефіцієнт, що вказує на тенденцію до зниження стресу при її підвищенні, проте значення $p=0,355$ не дозволяє говорити про достовірність цієї залежності. Цікаво, що підтримка від близьких людей має позитивний коефіцієнт, який хоча й не є значущим, але може свідчити про складну динаміку між взаємною турботою і додатковим емоційним навантаженням. Імовірно, надмірна залученість близьких у процес лікування може мати як підтримувальний, так і стресогенний ефект, особливо коли пацієнт відчуває провину за турботу з боку інших.

Соціальна підтримка, хоча і має потенційне значення у покращенні емоційного стану онкопацієнтів, не чинить безпосереднього і статистично підтвердженого впливу на рівень тривоги, депресії та сприйнятого стресу у даній вибірці. Відповідно, у подальших дослідженнях доцільно враховувати її якісні характеристики, такі як емоційна теплість, довіра, щирість та адекватність у конкретній ситуації. Отримані результати також підкреслюють важливість психологічного супроводу пацієнтів під час

хіміотерапії, оскільки внутрішні механізми подолання стресу та тривоги відіграють не менш важливу роль, ніж соціальне оточення.

Висновки до розділу 3

У ході проведеного емпіричного дослідження вдалося встановити низку важливих закономірностей, які відображають особливості зв'язку тривожно-депресивних симптомів і рівня соціальної підтримки серед пацієнтів, які проходять курс хіміотерапії. Більшість пацієнтів мають високий рівень соціальної підтримки з боку сім'ї, друзів і близьких людей, що підтверджує важливість соціального оточення як стабілізуючого чинника в процесі лікування. Рівень сприйнятого стресу у більшості пацієнтів є помірним, що вказує на певну адаптованість до хіміотерапевтичного процесу, хоча частина вибірки все ж виявляє високий рівень емоційного напруження.

Дослідження показало, що між рівнем соціальної підтримки та проявами тривоги, депресії і сприйнятого стресу існують тенденційні. Спостерігається стійка тенденція до зниження тривожно-депресивних симптомів зі зростанням рівня соціальної підтримки, що узгоджується з теоретичними положеннями про буферну роль соціального оточення у зменшенні негативних емоційних реакцій на стресові події. Пацієнти, які отримують більше підтримки від сім'ї, друзів або близьких, загалом демонструють нижчі рівні тривоги, депресії та сприйнятого стресу, хоча ці відмінності не завжди досягають рівня статистичної значущості.

Результати медіаційного аналізу підтвердили, що соціальна підтримка не виступає значущим посередником між тривогою або депресією та сприйнятим стресом. Так, основним чинником, який визначає суб'єктивне відчуття стресу у пацієнтів, є їхній внутрішній емоційний стан, зокрема рівень тривожності або депресивних проявів. Підтримка з боку сім'ї, друзів чи близьких людей не знижує прямого впливу емоційних

симптомів на сприйняття стресу, що може бути пов'язано з особливостями психологічного реагування на важке захворювання. Пацієнти, які переживають тривогу або депресію, можуть іноді навіть відчувати додаткове емоційне навантаження через співпереживання з боку близьких.

Кореляційний аналіз дозволив встановити, що найбільш тісний негативний зв'язок існує між рівнем депресії та різними складовими соціальної підтримки, особливо з боку сім'ї, близьких людей і загальним рівнем сприйнятої допомоги. Зв'язок між соціальною підтримкою і тривогою виявився слабшим, однак також має негативний напрям, що означає, що більша підтримка може сприяти зниженню напруженості та страхів. В той же час сприйнятий стрес практично не продемонстрував значущих кореляцій із соціальною підтримкою, що підтверджує більш складну природу цього показника, який, імовірно, визначається особистісними факторами.

Результати регресійного аналізу показали, що соціальна підтримка не має прямого статистично підтвердженого впливу на рівень тривоги, депресії чи сприйнятого стресу. Моделі пояснюють лише незначну частку варіації цих емоційних показників, що свідчить про наявність інших, більш вагомих чинників, які визначають психологічний стан онкопацієнтів. Відсутність прямих статистичних зв'язків не заперечує практичного значення соціальної підтримки. Навпаки, її роль може бути непрямою – через створення відчуття безпеки, зміцнення віри у власні сили та стимулювання до активного подолання хвороби.

Отже, у ході емпіричного дослідження вдалося підтвердити, що соціальна підтримка є важливим, хоча й не єдиним чинником, який впливає на психоемоційний стан пацієнтів, що проходять хіміотерапію.

ВИСНОВКИ

Відповідно до мети та поставлених завдань дослідження можна зробити наступні висновки:

1. Сучасні біопсихосоціальні моделі переконливо демонструють мультифакторну природу цих станів, де поєднуються соматичні наслідки хвороби і лікування, нейробиологічні зміни, когнітивні інтерпретації діагнозу, особистісні ресурси та якість соціального оточення. Тривога і депресія описуються як частина адаптаційного дистресу, що виникає у відповідь на загрозу життю, втрату звичного способу існування, порушення тілесної цілісності та невизначеність прогнозу, при цьому їх тривале збереження пов'язане із погіршенням якості життя, зниженням прихильності до лікування та підвищенням ризику онкоспецифічної смертності.

Теоретичний огляд дав змогу стверджувати, що важливу роль у формуванні й підтриманні тривожно депресивних симптомів відіграють когнітивні схеми та копінг стратегії. Катастрофізація, генералізація негативного досвіду, інтерпретація раку як кінцевої втрати контролю, фіксація на змінах зовнішності і статусу сприяють посиленню тривоги, безнадійності та відчуття безпорадності, тоді як гнучкі, проблемно орієнтовані стратегії подолання, пошук сенсу та прийняття хвороби пов'язані з нижчим рівнем емоційного дистресу. Ефективність когнітивно поведінкових і екзистенційно гуманістичних підходів у роботі з онкопацієнтами підтверджує вирішальну роль когнітивної переоцінки, осмислення досвіду та відновлення почуття автономії у зниженні тривоги й депресії.

Поняття соціальної підтримки в межах психології здоров'я розглядається як багатовимірний ресурс, що включає емоційну, інструментальну, інформаційну та оцінну компоненти, а також поєднує

формальні й неформальні джерела підтримки з боку сім'ї, друзів, медичного персоналу, професійних служб та онлайн спільнот. Теоретичний аналіз показав, що соціальна підтримка має як об'єктивний вимір, пов'язаний із реальною наявністю допомоги, так і суб'єктивний вимір, що відображає сприйняте відчуття турботи, прийняття і доступності ресурсів. Саме сприйнята підтримка виявляється одним із найважливіших предикторів психологічного благополуччя, оскільки опосередковує зв'язок між клінічною тяжкістю стану, стресом і проявами тривоги та депресії.

Здійснений огляд емпіричних і теоретичних джерел дозволив виокремити ключові механізми впливу соціальної підтримки на тривожно депресивні симптоми у пацієнтів, які отримують хіміотерапію. На когнітивному рівні підтримка сприяє більш конструктивній інтерпретації хвороби, зниженню відчуття невизначеності, посиленню почуття контролю та самоефективності, що зменшує схильність до катастрофізації та безнадійності. На емоційному рівні забезпечує досвід прийняття, емпатії та приналежності, знижує почуття самотності й екзистенційної ізоляції, зменшує страх смерті та рецидиву. На поведінковому рівні підтримка підсилює готовність дотримуватися лікування, шукати інформацію та використовувати професійну психологічну допомогу.

Біопсихосоціальний і психонейроімунний підходи поглибили розуміння того, що соціальна підтримка пов'язана з регуляцією НРА осі, рівня кортизолу, запальних цитокінів та окситоцину, що опосередковано впливає на соматичний стан, втому, біль та, відповідно, на вираженість тривожно депресивних симптомів. Соціальна інтегрованість і суб'єктивне відчуття пов'язаності з іншими пов'язані зі зниженням запальних маркерів, кращим імунним функціонуванням і вищим рівнем резилієнтності, тоді як дефіцит підтримки асоціюється з підвищеним рівнем стресу, погіршенням фізичного самопочуття й хронізацією психоемоційних порушень.

Зв'язок між тривожно депресивними симптомами та соціальною підтримкою у пацієнтів, які проходять хіміотерапію, є системним та опосередковується цілою низкою психологічних і психофізіологічних механізмів.

2. У ході емпіричного дослідження особливостей прояву тривожно депресивних симптомів залежно від рівня соціальної підтримки у пацієнтів, які проходять хіміотерапію, було встановлено, що формальні статистично значущі відмінності між групами з низьким, помірним і високим рівнем підтримки не досягли критичних значень, однак результати демонструють послідовні й клінічно важливі тенденції. Передусім виявлено, що пацієнти з низьким рівнем загальної соціальної підтримки мають найвищі середні показники тривоги, депресії та сприйнятого стресу, тоді як за умов помірної й особливо високої підтримки ці показники помітно знижуються. Ця закономірність простежується насамперед у вимірах сімейної підтримки і підтримки від друзів, де сім'я та дружнє оточення виступають своєрідним емоційним буфером, що пом'якшує переживання безнадійності, тривожного напруження та суб'єктивного перевантаження хворобою, навіть якщо концентрація симптомів залишається достатньо високою через тяжкість соматичного стану.

Сімейна підтримка у вибірці виявилася найвиразнішим ресурсом, з яким пов'язані нижчі середні значення тривоги, депресії та сприйнятого стресу у групі з високим рівнем залученості родини порівняно з групою низької підтримки. Отримані дані дають підстави розглядати родину як ключове середовище емоційного утримання, де тепле ставлення, включеність у догляд та супровід під час лікування полегшують емоційне переживання хіміотерапії. Дружня підтримка також виявилася важливим додатковим ресурсом, який асоціюється з нижчими показниками тривоги й депресії та меншим сприйнятим стресом у пацієнтів, котрі відчувають високу залученість друзів. Це дозволяє тлумачити неформальні контакти як

простір психологічної розрядки, отримання позитивного підкріплення та збереження відчуття соціальної включеності попри обмеження, зумовлені лікуванням.

Більш неоднозначною виявилася динаміка, пов'язана з підтримкою від близьких людей поза ядерною родиною, де підвищені показники тривоги і частково сприйнятого стресу спостерігалися саме у групах з помірним і високим рівнем підтримки, що вже дає підстави припустити, що суб'єктивне переживання підтримки може включати амбівалентні компоненти, такі як відчуття контролю, надмірної опіки, сором за власну залежність або небажання «обтяжувати» інших. У таких випадках підтримка може сприйматися як додатковий стресор, що підсилює внутрішнє напруження. Відповідно, у структурі соціальної підтримки більшою мірою значущими є її якість, відповідність потребам пацієнта та емоційний тон взаємодії.

Пацієнти з низьким рівнем підтримки демонструють найбільш вразливий психоемоційний профіль з високими середніми значеннями тривоги, депресії та стресу, тоді як групи помірної і високої підтримки виглядають відносно більш стабільними. Особливості прояву тривожно-депресивних симптомів у пацієнтів, які отримують хіміотерапію, дійсно пов'язані з рівнем соціальної підтримки, однак цей зв'язок реалізується переважно на рівні тенденцій і клінічно значущих відмінностей.

3. Вищий рівень підтримки з боку сім'ї, друзів, близьких людей і за інтегральним показником соціальної підтримки асоціюється зі зниженням вираженості депресивних симптомів, що підтверджує роль соціального оточення як захисного чинника у контексті онкологічного лікування. Тривога у загальній групі демонструє лише тенденцію до негативної кореляції з підтримкою, яка не досягає статистичної значущості, тоді як сприйнятий стрес виявляється майже незалежним від рівня соціальної підтримки, що може свідчити про більшу роль індивідуальних когнітивних

і особистісних особливостей у сприйнятті стресу порівняно з кількістю соціальних ресурсів.

У групі з низьким рівнем підтримки навіть відносно невелике посилення сімейної підтримки пов'язане зі зниженням тривоги, депресії та сприйнятого стресу, що підтверджує надзвичайно важливу буферну роль родинного середовища у ситуації дефіциту соціальних ресурсів. Водночас підтримка від близьких людей у цій групі пов'язана з підвищенням депресії, що може відображати суперечливий, амбівалентний характер таких стосунків, коли турбота супроводжується почуттям провини, залежності або надмірного контролю. У групі з помірним рівнем підтримки ключову роль починають відігравати дружні стосунки. Саме підтримка друзів має найсильніший негативний зв'язок як з тривогою, так і з депресією, а загальне сприйняття підтримки асоціюється зі зменшенням емоційного неблагополуччя. У групі з високим рівнем підтримки зберігається стійкий негативний зв'язок між депресією та всіма компонентами соціальної підтримки, особливо з інтегральним показником і підтримкою сім'ї, що засвідчує захисний ефект широкого і стабільного соціального оточення. Водночас тривога і сприйнятий стрес у цій групі майже не пов'язані з підтримкою, що може означати, що за умов достатніх соціальних ресурсів на перший план виходять внутрішні психологічні механізми подолання.

Результати регресійного аналізу доповнили кореляційні дані і засвідчили, що соціальна підтримка не має прямого і статистично значущого впливу на рівень тривоги, депресії та сприйнятого стресу у досліджуваній вибірці, оскільки моделі з включенням підтримки сім'ї, друзів і близьких людей пояснюють лише незначну частку варіації емоційних показників. Психологічний стан пацієнтів хіміотерапії формується передусім під впливом тяжкості соматичного стану, суб'єктивного сприйняття хвороби, минулого життєвого досвіду і наявних

копінг стратегій, тоді як соціальна підтримка виконує допоміжну, модифікуючу функцію.

У підсумку встановлено, що зв'язок тривожно депресивних симптомів і соціальної підтримки є реальним, але опосередкованим і неоднорідним, причому найбільш послідовно соціальні ресурси пов'язані саме зі зниженням депресивних проявів, тоді як тривога і сприйнятий стрес значною мірою визначаються внутрішніми психологічними факторами.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Безпалова, В. (2024). Особливості психоемоційних розладів у онкологічних пацієнтів в процесі лікування. *Psychosomatic Medicine and General Practice*, 9(2).
2. Ваховський, О. С. (2024). Психологічні особливості копінг стратегій і захисних механізмів у людей з онкологічними захворюваннями (Master's thesis, Волинський національний університет імені Лесі Українки).
3. Вельдбрехт, О. О., & Тавровецька, Н. І. (2022). Шкала сприйнятого стресу (PSS-10): адаптація та апробація в умовах війни. *Проблеми сучасної психології*, 2(25), 16-27.
4. Вінницька, О. Д. (2025). Особливості психоемоційних станів у осіб з важкими хронічними захворюваннями. Кваліфікаційні магістерські роботи.
5. Власенко, І. О. (2022). Реформування сфери охорони здоров'я для онкологічних хворих пацієнтів в Україні.
6. Гладких, Ф. В., Лядова, Т. І., Красносельський, М. В., Матвеєнко, М. С., & Рубльова, Т. В. (2025). Мультиmodalність нейропротекції при черепно-мозкових травмах, неврологічних та онкологічних захворюваннях.
7. Джіамманко, М. Д., & Джітто, Л. (2023). Вплив невизначеності, тривоги та депресії на якість життя онкологічних пацієнтів: досвід Болгарії та Італії. *Журнал європейської економіки*, 22(2), 313-333.
8. Дузь, О. М. (2024). Реалізація державної політики щодо надання медичної допомоги при онкологічних захворюваннях в Україні.
9. Коломієць, О. В. (2024). Клінічні прояви тривожності і депресії у жінок з діагностованим раком молочної залози (Master's thesis, Волинський національний університет імені Лесі Українки).

- 10.Кутіков, О., & Нікішкова, І. Адаптація українською мовою шкали «Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)»: «Госпітальна шкала тривоги та депресії».
- 11.Лазарчук, І. М. (2024). Особливості якості життя у пацієнтів із нефропатіями, асоційованими з неоплазіями (Doctoral dissertation, Тернопіль).
- 12.Мельник, Ю. Б., & Стаднік, А. В. (2023). Багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки.
- 13.Нечитайло, О. (2024). Психологічні ресурси онкологічних пацієнтів на паліативному етапі лікування. *Psychosomatic Medicine and General Practice*, 9(2).
- 14.Подолух, Н. І. (2024). Психологічні особливості онкологічних хворих на різних етапах лікування (Master's thesis, Волинський національний університет імені Лесі Українки).
- 15.Становський, Б. (2023). Оцінка ефективності програми психокорекції для пацієнток із впершедіагностованою онкологічною патологією. *Psychosomatic Medicine and General Practice*, 8(4), e0804503-e0804503.
- 16.Становський, Б. О. (2024). Особливості стрес-долаючої поведінки пацієнток з вперше діагностованою онкопатологією в умовах хронічного соціального стресу.
- 17.Чайка, Є. І. (2025). Особливості психоемоційного стану онкохворих на різних етапах захворювання.
- 18.Alwhaibi, M., Alruthia, Y., & Sales, I. (2023). The Impact of Depression and Anxiety on Adult Cancer Patients' Health-Related Quality of Life. *Journal of Clinical Medicine*, 12.
- 19.Andersen, B., Lacchetti, C., Ashing, K., Berek, J., Berman, B., Bolte, S., Dizon, D., Given, B., Nekhlyudov, L., Pirl, W., Stanton, A., & Rowland, J. (2023). Management of Anxiety and Depression in Adult Survivors of

- Cancer: ASCO Guideline Update. *Journal of Clinical Oncology*, 41, 3426 – 3453.
20. Andersen, L., McHugh, M., Ulrich, C., Meghani, S., & Deng, J. (2022). A systematic review of coping skill interventions to reduce anxiety and depressive symptoms among adults with hematologic malignancies.. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*, 61, 102224 .
 21. Aprilianto, E., Lumadi, S., & Handian, F. (2021). Family social support and the self-esteem of breast cancer patients undergoing neoadjuvant chemotherapy. *Journal of Public Health Research*, 10.
 22. Ardizzone, A., Bavetta, D., Garo, M., Santangelo, D., Bongiorno, A., & Bono, M. (2022). Impact of the Cognitive-Behavioral Approach and Psychoeducational Intervention in Breast Cancer Management: A Prospective Randomized Clinical Trial. *Healthcare*, 10.
 23. Azza, A., Susilo, C., & Efendi, F. (2018). Supportive group therapy as a prediction of psychological adaptation of breast cancer patients undergoing chemotherapy. *Indian Journal of Public Health Research and Development*, 9, 441-445.
 24. Balachandran, R., Thaysen, H., Christensen, P., Zachariae, R., & Iversen, L. (2023). Biopsychosocial Late Effects After Cytoreductive Surgery and Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy for Peritoneal Metastases from Colorectal and Appendiceal Cancer: A National Prospective Cohort Study. *Annals of Surgical Oncology*, 31, 1959 – 1969.
 25. Bano S, Chidinma Ibeji U, Jamil U, et al. (April 07, 2025) Psychological Distress and Coping Mechanisms Among Women Diagnosed With Breast Cancer: A Cross-Sectional Study of Anxiety, Depression, and Social Support. *Cureus* 17(4): e81831.
 26. Baralo, B., Paravathaneni, M., Jain, A., Buragamadagu, B., Khanam, A., Iqbal, S., Hossain, S., Mulla, S., Choi, E., & Thirumaran, R. (2022). Video

- education about side effects of chemotherapy and immunotherapy and its impact on the anxiety, depression, and distress level of cancer patients. *BMC Psychology*, 10.
27. Barandouzi, Z., Bruner, D., Miller, A., Paul, S., Felger, J., Wommack, E., Higgins, K., Shin, D., Saba, N., & Xiao, C. (2023). Associations of inflammation with neuropsychological symptom cluster in patients with Head and neck cancer: A longitudinal study. *Brain, Behavior, & Immunity – Health*, 30.
28. Cai, T., Huang, Q., & Yuan, C. (2021). Profiles of instrumental, emotional, and informational support in Chinese breast cancer patients undergoing chemotherapy: a latent class analysis. *BMC Women's Health*, 21.
29. Cooper, K., Campbell, F., Harnan, S., & Sutton, A. (2023). Association between stress, depression or anxiety and cancer: Rapid review of reviews. *Comprehensive Psychoneuroendocrinology*, 16.
30. Craig, B., McDonough, M., Culos-Reed, S., & Bridel, W. (2023). Social Support Behaviours and Barriers in Group Online Exercise Classes for Adults Living with and beyond Cancer: A Qualitative Study. *Current Oncology*, 30, 3735 – 3754.
31. Cuneo, M., Szeto, A., Schrepf, A., Thaker, P., Goodheart, M., Cole, S., Sood, A., McCabe, P., Mendez, A., & Lutgendorf, S. (2021). Positive Psychosocial Factors and Oxytocin in the Ovarian Tumor Microenvironment. *Psychosomatic Medicine*, 83, 417 – 422.
32. Di Mattei, V. D., Perego, G., Taranto, P., et al. (2022). Socio-demographic and psychological factors associated with quality of life of women undergoing chemotherapy treatment for gynecological cancer. *Supportive Care in Cancer*, 30(11), 7333-7339
33. Ding, X., Wang, Q., Kan, H., Zhao, F., Zhu, M., Chen, H., Fu, E., & Li, Z. (2025). The regulation mechanism of perceived stress on cognitive

- function of patients with breast cancer undergoing chemotherapy: a multiple mediation analysis.. *Breast cancer research and treatment*.
- 34.Fan, M., & Wei, X. (2025). The Impact of Cognitive-Behavioral Intervention (CBI) on Enhancing Mental Health and Quality of Life in Lung Cancer Patients Undergoing Chemotherapy Nursing. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 18, 3299 – 3309.
 - 35.Goula, I., Alikari, V., Charalampous, G., Tzavella, F., Zyga, S., Tsironi, M., & Theofilou, P. (2020). Social support and quality of life in Greek women with breast cancer during chemotherapy and two years later. *Health Psychology Report*, 8, 97-106.
 - 36.Grusdat, N., Stäuber, A., Tolkmitt, M., Schnabel, J., Schubotz, B., Wright, P., & Schulz, H. (2022). A Prospective Observational Pilot Study of Young Women Undergoing Initial Breast Cancer Treatment and Their Biopsychosocial Profile. *Rehabilitation Oncology*, 40, 125 – 134.
 - 37.Habimana, S., Biracyaza, E., Mpunga, T., Nsabimana, E., Kayitesi, F., Nzamwita, P., & Jansen, S. (2023). Prevalence and associated factors of depression and anxiety among patients with cancer seeking treatment at the Butaro Cancer Center of Excellence in Rwanda. *Frontiers in Public Health*, 11.
 - 38.Hajigholami, A., Yusefzadeh, M., Pozveh, Z., & Ansari, H. (2021). The relationship between social support and life expectancy in cancer patients during chemotherapy;an original study. *Immunopathologia Persa*.
 - 39.Huang, B., Lv, L., & Zhang, Q. (2025). Impact of Empowerment Education Concept Plus Humanistic Care on Moods and Quality of Life in Lung Cancer Patients Undergoing Chemotherapy.. *Psychiatry and clinical psychopharmacology*, 35 3, 275-284 .
 - 40.Hughes, S., Jaremka, L., Alfano, C., Glaser, R., Povoski, S., Lipari, A., Agnese, D., Farrar, W., Yee, L., Carson, W., Malarkey, W., & Kiecolt-Glaser, J. (2014). Social support predicts inflammation, pain, and

- depressive symptoms: Longitudinal relationships among breast cancer survivors. *Psychoneuroendocrinology*, 42, 38-44.
41. Ikhile, D., Ford, E., Glass, D., Gremesty, G., & Van Marwijk, H. (2024). A systematic review of risk factors associated with depression and anxiety in cancer patients. *PLOS ONE*, 19.
42. Kaphle, M., Bajracharya, D., Regmi, N., Aryal, D., & Karki, R. (2024). Depression and anxiety among cancer patients visiting a tertiary care cancer hospital. *World Journal of Psychiatry*, 14, 287 – 295.
43. Kim, I., Lee, M., Begay, C., Lee, J., & Unger, J. (2025). Trends in depression and anxiety prevalence by cancer status among US adults: analyses of the 2019-2022 National Health Interview Survey. *BMJ Open*, 15.
44. Kyriazidou, E., Alevizopoulos, N., Dokutsidou, E., Kavga, A., Kalemikerakis, I., Konstantinidis, T., Tsatsou, I., & Govina, O. (2022). Health-Related Quality of Life and Social Support of Elderly Lung and Gastrointestinal Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. *SAGE Open Nursing*, 8.
45. Lan, B., Lv, D., Yang, M., Sun, X., Zhang, L., & Ma, F. (2022). Psychological distress and quality of life in Chinese early-stage breast cancer patients throughout chemotherapy. *Journal of the National Cancer Center*, 2(2), 155-161.
46. Lauriola, M., & Tomai, M. (2019). Biopsychosocial Correlates of Adjustment to Cancer during Chemotherapy: The Key Role of Health-Related Quality of Life. *The Scientific World Journal*, 2019.
47. Lian, S., Hou, X., Liu, W., Li, M., Chen, G., & Ling, Y. (2024). Supportive care needs, quality of life and social support among elderly colorectal cancer patients undergoing chemotherapy: a longitudinal study. *Frontiers in Oncology*, 14.

48. Liu, X., Qi, X., Fang, D., Feng, S., Chen, J., Li, X., Dang, J., & Wu, L. (2025). The impact of cognitive behavioral therapy on disease uncertainty, stressful life events, quality of life, anxiety, and depression in glioma patients undergoing chemotherapy: a quasi-experimental study. *BMC Psychiatry*, 25.
49. Micek, A., Błaszczuk-Bębenek, E., Cebula, A., Godos, J., Konopka, K., Wąż, A., & Grosso, G. (2025). The bidirectional association of malnutrition with depression and anxiety in patients with cancer: a systematic review and meta-analysis of evidence. *Aging Clinical and Experimental Research*, 37.
50. Obispo-Portero, B., Cruz-Castellanos, P., Jiménez-Fonseca, P., Rogado, J., Hernández, R., Castillo-Trujillo, O., Asensio-Martínez, E., González-Moya, M., Carmona-Bayonas, A., & Calderón, C. (2022). Anxiety and depression in patients with advanced cancer during the COVID-19 pandemic. *Supportive Care in Cancer*, 30, 3363 – 3370.
51. Peixoto, T., Peixoto, N., Pinto, C., & Santos, C. (2021). Nursing strategies to support psychological adaptation in adult cancer patients: a scoping review.. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 55, e03690 .
52. Reis, J., Travado, L., Seixas, E., Sousa, B., & Antoni, M. (2022). Low social and family well-being is associated with greater RAGE ligand s100A8/A9 and interleukin-1 beta levels in metastatic breast cancer patients. *Brain, Behavior, & Immunity – Health*, 21.
53. Retroz-Marques, C., Retroz-Marques, I., & Marques, A. (2024). Biopsychosocial factors in cancer pain: A multidimensional evaluation of quality of life, mental health, and mortality. *Journal of Clinical and Basic Psychosomatics*.
54. Roy, V., Ruel, S., Ivers, H., Savard, M., Gouin, J., Caplette-Gingras, A., Lemieux, J., Couture, F., & Savard, J. (2020). Stress-buffering effect of

- social support on immunity and infectious risk during chemotherapy for breast cancer. *Brain, Behavior, & Immunity – Health*, 10.
55. Ruiz-Rodríguez, I., Hombrados-Mendieta, I., Melguizo-Garín, A., & Martos-Méndez, M. (2022). The Importance of Social Support, Optimism and Resilience on the Quality of Life of Cancer Patients. *Frontiers in Psychology*, 13.
56. Salazar, S., Diño, M., & Macindo, J. (2023). Social connectedness and health-related quality of life among patients with cancer undergoing chemotherapy: A mixed method approach using structural equation modelling and photo-elicitation.. *Journal of clinical nursing*.
57. Shahrokni, A., Sun, C., Tew, W., Mohile, S., , H., Owusu, C., Klepin, H., Gross, C., Lichtman, S., Gajra, A., Katheria, V., Cohen, H., & Hurria, A. (2020). The association between social support and chemotherapy-related toxicity in older patients with cancer.. *Journal of geriatric oncology*.
58. Shahzadi, K., & Mazhar, S. (2024). Death anxiety and depression among cancer patients: Role of perceived social support. *Journal of Professional & Applied Psychology*, 5(1), 1-10.
59. Shalata, W., Gothelf, I., Bernstine, T., Michlin, R., Tourkey, L., Shalata, S., & Yakobson, A. (2024). Mental Health Challenges in Cancer Patients: A Cross-Sectional Analysis of Depression and Anxiety. *Cancers*, 16.
60. Wang, F., Nie, A., Liao, S., Zhang, Z., & Su, X. (2024). Therapy-Related Symptoms and Sense of Coherence: The Mediating Role of Social Support and Hope in Lung Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. *Patient preference and adherence*, 18, 2559 – 2568.
61. Wang, M., Xu, Y., Shi, J., Zhuang, C., Ying, Z., Li, J., & Cashin, P. (2023). The effect of cognitive behavioral therapy on chemotherapy-induced side effects and immune function in colorectal cancer patients undergoing chemotherapy: study protocol for a randomized controlled trial. *Journal of Gastrointestinal Oncology*, 14, 1869 – 1877.

62. Wang, Z. (2024). Cognitive behavioral therapy may alleviate anxiety and depressive symptoms in advanced cancer patients.. *The journal of evidence-based dental practice*, 24 3, 102009
63. Xu, F., Xie, S., Li, Q., Zhong, X., & Zhang, J. (2025). The impact of depression on the quality of life of lung cancer patients undergoing chemotherapy: mediating effects of perceived social support. *Frontiers in Psychiatry*, 16.
64. Xu, X., & Xie, Y. (2025). The impact of depression on the quality of life of lung cancer patients undergoing chemotherapy: Mediating effects of perceived social support. *Frontiers in Psychiatry*, 16, 1526217
65. Yan, Z., Xiao, L., Guo, X., Hu, Y., Wang, N., & Wang, Y. (2025). The impact of social support and social constraints on sleep disturbances in patients with lung cancer undergoing chemotherapy: Serial mediators of sleep cognition and anxiety-depression. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 12.
66. Yang, L., Hao, S., Tu, D., Gu, X., Chai, C., Ding, H., Gu, B., & Yang, X. (2024). The Efficacy of Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Patients With Breast Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Integrative Cancer Therapies*, 23.
67. Yang, L., Li, Y., Wang, X., Xia, C., Yang, L., Li, X., Zou, Y., Wang, Q., Hou, Q., Duan, P., & Zhang, Z. (2024). Examining the role of resilience in the relationship between social support and fear of recurrence among patients with gastric cancer on chemotherapy: a cross-sectional study in Jiangsu, China. *BMJ Open*, 14.
68. Yu, F., Kim, S., & Song, L. (2024). Online Applications for Cancer Social Support: A Review of Reviews. *2024 IEEE 12th International Conference on Healthcare Informatics (ICHI)*, 544-546.
69. Yu, H., & Huang, Y. (2025). Impact of social support on body image during chemotherapy in patients with breast cancer: The chain mediating

- role of depression and self-efficacy. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 12, 100664.
70. Yu, X., Huang, Q., Yang, Y., Wang, L., Wu, F., Ding, Y., Zong, X., Wang, A., & Yuan, C. (2025). Impact of social support on body image during chemotherapy in patients with breast cancer: The chain mediating role of depression and self-efficacy. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 12.
71. Yuen, E., Toke, S., Macpherson, H., & Wilson, C. (2025). Factors which influence social connection among cancer caregivers: an exploratory, interview study. *Supportive Care in Cancer*, 33.
72. Zeilinger, E., Oppenauer, C., Knefel, M., Kantor, V., Schneckenreiter, C., Lubowitzki, S., Krammer, K., Popinger, C., Kitta, A., Kum, L., Adamidis, F., Unseld, M., Masel, E., Füreder, T., Zöchbauer-Müller, S., Bartsch, R., Raderer, M., Prager, G., Krauth, M., Sperr, W., Porpaczy, E., Staber, P., Valent, P., & Gaiger, A. (2022). Prevalence of anxiety and depression in people with different types of cancer or haematologic malignancies: a cross-sectional study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 31.
73. Zhang, K., Mukherjee, S., Pond, G., Roque, M., Meyer, R., Sussman, J., Ellis, P., & Bryant-Lukosius, D. (2024). Biopsychosocial Associates of Psychological Distress and Post-Traumatic Growth among Canadian Cancer Patients during the COVID-19 Pandemic. *Current Oncology*, 31, 5354 – 5366.
74. Zhao, J., Zhu, D., Yang, Y., Tian, C., Liu, C., Chang, F., & Han, T. (2025). Understanding the effectiveness of an online support group in enhancing recovery identity and health-related quality of life of middle-aged and older ovarian cancer patients: A randomized controlled trial. *Psychological trauma : theory, research, practice and policy*, 17 Suppl 1, S196-S205.
75. Zhu, Y., Glowacki, E., & Yang, Y. (2020). A Social Ties-based Approach to Breast Cancer Patients' Quality of Life: Examining Group Ties and

Individual Ties across Offline and Online Settings. *Health Communication*, 36, 741 – 751.

ДОДАТКИ

Додаток А

«Госпітальна шкала тривоги та депресії»

(Кутіков & Нікішкова, 2019)

Інструкція: не звертайте уваги на цифри та літери, розташовані у лівій частині опитувальника. Прочитайте уважно кожне твердження, і обведіть кружечком відповідну цифру зліва біля варіанта відповіді, яка найбільше відповідає тому, як Ви себе почували минулого тижня. Не роздумуйте занадто довго над кожним твердженням. Відповідь, яка першою приходить Вам в голову, завжди буде найбільш правильною. Час заповнення 20-30 хвилин.

Твердження:

- 1.Т Я відчуваю напруженість, мені не по собі.
 - 3 Весь час.
 - 2 Часто.
 - 1 Час від часу, іноді.
 - 0 Зовсім не відчуваю.
- 2.Д Те, що раніше приносило мені велике задоволення, і зараз викликає у мене таке ж почуття.
 - 0 Безумовно це так.
 - 1 Напевно, це так.
 - 2 Лише в дуже малому ступені це так.
 - 3 Це зовсім не так.
- 3.Т Я відчуваю страх, здається, ніби щось жахливе може ось-ось статися.
 - 3 Безумовно це так, і страх дуже сильний.
 - 2 Це так, але страх не дуже сильний.
 - 1 Іноді, але це мене не турбує.
 - 0 Зовсім не відчуваю.
- 4.Д Я здатний розсміятися і побачити в тій чи іншій події смішне.
 - 0 Безумовно це так.
 - 1 Напевно, це так.
 - 2 Лише в дуже малому ступені це так.
 - 3 Зовсім не здатний.
- 5.Т Неспокійні думки крутяться у мене в голові.
 - 3 Постійно.
 - 2 Велику частину часу.
 - 1 Час від часу і не так часто.
 - 0 Тільки іноді.
- 6.Д Я відчуваю бадьорість.
 - 3 Зовсім не відчуваю.
 - 2 Дуже рідко.

- 1 Іноді.
0 Практично весь час.
7.Т Я легко можу сісти і розслабитися.
0 Безумовно це так.
1 Напевно, це так.
2 Лише зрідка це так.
3 Зовсім не можу.
8.Д Мені здається, що я почав все робити дуже повільно.
3 Практично весь час.
2 Часто.
1 Іноді.
0 Зовсім ні.
9.Т Я відчуваю внутрішнє напруження або тремтіння.
0 Зовсім не відчуваю.
1 Іноді.
2 Часто.
3 Дуже часто.
10.Д Я не стежу за своєю зовнішністю.
3 Безумовно це так.
2 Я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно.
1 Може бути, я став менше приділяти цьому уваги.
0 Я стежу за собою так само, як і раніше.
11.Т Я відчуваю непосидючість, немов мені постійно потрібно рухатися.
3 Безумовно це так.
2 Напевно, це так.
1 Лише в деякій мірі це так.
0 Зовсім не відчуваю.
12.Д Я вважаю, що мої справи (заняття, захоплення) можуть принести мені почуття задоволення.
0 Точно так само, як і зазвичай.
1 Так, але не в тій мірі, як раніше.
2 Значно менше, ніж зазвичай.
3 Зовсім так не вважаю.
13.Т У мене буває раптове відчуття паніки.
3 Дуже часто.
2 Досить часто.
1 Не так уже часто.
0 Зовсім не буває.
14.Д Я можу отримати задоволення від гарної книги, радіо чи телепрограми.
0 Часто.
1 Іноді.
2 Рідко.
3 Дуже рідко.

«Багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки»

(Мельник & Стадник, 2023)

Інструкція: Опитування проводиться з метою дослідження особистого самопочуття. Опитування є добровільним і анонімним. Ми зацікавлені в тому, що ви думаєте щодо кожного з наступних тверджень. Уважно прочитайте кожне твердження і виберіть цифру відповідно до того, як ви оцінюєте твердження щодо себе, якщо: 0 – ви дуже не згодні, 1 – ви не згодні, 2 – ви трохи не згодні, 3 – якщо ви нейтральні, 4 – ви злегка згодні, 5 – ви згодні, 6 – ви дуже згодні. Відповіді мають бути на всі питання. Дякуємо за Ваш час та відповіді!

Твердження:

1. Є хтось, хто поряд, коли я в біді.
2. Є хтось, з ким я можу розділити свої біди і радощі.
3. Моя сім'я насправді хоче мені допомогти.
4. Я отримую емоційну підтримку, в якій маю потребу, від моєї сім'ї.
5. У мене є хтось, з ким я відчуваю себе добре.
6. Мої друзі насправді намагаються мені допомогти.
7. Я можу розраховувати на моїх друзів, коли мені погано.
8. Я можу говорити про мої проблеми з моєю сім'єю.
9. У мене є друзі, з якими я можу розділити свої біди і радощі.
10. Є хтось особливий в моєму житті, кого турбують мої почуття.
11. Моя сім'я хоче допомогти мені в прийнятті рішень.
12. Я можу говорити про мої проблеми з моїми друзями.

«Шкала сприйнятого стресу»*(Вельдбрехт & Тавровецька, 2022)*

Інструкція: Запитання в цій шкалі стосуються Ваших почуттів і думок протягом **ОСТАННЬОГО МІСЯЦЯ**. Будь ласка, для кожного пункту виберіть один із наступних варіантів відповіді, що відображує **ЯК ЧАСТО** ви відчували або міркували в певний спосіб: 0=ніколи, 1=майже ніколи, 2=іноді, 3=досить часто, 4=дуже часто.

Твердження:

1. Як часто за останній місяць ви були засмучені через щось, що трапилося несподівано?
2. Як часто за останній місяць ви відчували, що не можете контролювати важливі речі у вашому житті?
3. Як часто за останній місяць ви відчували знервованість та стрес? 4. Як часто за останній місяць ви були впевнені, що зможете вирішити свої особисті проблеми?
5. Як часто за останній місяць ви відчували, що все відбувається по-вашому (відповідно до ваших бажань, планів та поглядів)?
6. Як часто за останній місяць ви відчували, що не можете впоратися з тим, що маєте зробити?
7. Як часто за останній місяць ви були здатні контролювати роздратованість з приводу того, що відбувається у вашому житті?
8. Як часто за останній місяць ви почувалися «господарем становища»?
9. Як часто за останній місяць ви були розсерджені через події, на які не могли впливати?
10. Як часто за останній місяць ви відчували, ніби труднощів накопичилося так багато, що ви не можете їх подолати?