ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І. І. МЕЧНИКОВА

Факультет психології та соціальної роботи

Кафедра психодіагностики та клінічної психології

Кваліфікаційна робота

на здобуття ступеня вищої освіти «бакалавр»

«Особливості переживання страху смерті у хворих на рак»

«Features of the experience of fear of death in cancer patients»

Виконала: здобувачка заочної форми навчання
спеціальності 053 Психологія
Освітня програма «Психологія»
ЄРЬОМЕНКО Олена Василівна

Керівник: к.е.н., ст. викладач Семенцова М. М. _____
(підпис)

Рецензент д-р філософії зі спеціальності 053 Психологія,
доц. каф. соціальної психології Гудімова А. Х. _____
(підпис)

Рекомендовано до захисту:
Протокол засідання кафедри
№ ___ від _____2026 р.

Завідувач кафедри
Родина Н. В. _____
(підпис)

Захищено на засіданні ЕК
протокол № __ від _____2026 р.

Оцінка_____/_____/_____
(за національною шкалою, шкалою ECTS, бали)
Голова ЕК
Кокоріна Ю. Є. _____
(підпис)

Одеса – 2026

ЗМІСТ

ВСТУП 3

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ФЕНОМЕНУ СТРАХУ СМЕРТІ 7

1.1. Теоретичний аналіз феномену страху смерті 7

1.2. Страх смерті у контексті тяжкої соматичної хвороби: психоонкологічний підхід 13

1.3 .Чинники, що впливають на переживання страху смерті у онкохворих 22

Висновки до 1 розділу 299

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕЖИВАННЯ СТРАХУ СМЕРТІ У ХВОРИХ НА РАК 30

2.1 Організація та методи дослідження 30

2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження 35

2.3. Кореляційний аналіз взаємозв’язку страху смерті з рівнем тривожності, депресивності та якістю життя 40

Висновки до 2 розділу 499

ВИСНОВКИ 51

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 54

ДОДАТКИ 63

ВСТУП

Актуальність дослідження. Проблема страху смерті набуває особливої актуальності в сучасному науковому дискурсі, оскільки в умовах глобальних викликів – пандемій та воєнних конфліктів – питання усвідомлення власної смертності стає все більш значущим. Особливо гостро це переживання постає перед пацієнтами з онкологічними захворюваннями, для яких діагноз часто стає першим реальним зіткненням з можливістю власної смерті. За даними Міжнародного агентства з дослідження раку (IARC) при ВООЗ, у 2022 році було зареєстровано близько 20 мільйонів нових випадків онкологічних захворювань та 9,7 мільйонів смертей від раку у світі; приблизно кожна п’ята людина захворює на рак протягом життя, при цьому кожен дев’ятий чоловік та кожна дванадцята жінка помирають від цієї хвороби [72]. Це посилює актуальність вивчення психологічних аспектів переживання хвороби.

В Україні психологічна допомога онкологічним пацієнтам регулюється кількома нормативно-правовими актами. Наказ МОЗ № 1308 [9] визначає психологічну підтримку як обов’язкову складову паліативної допомоги, передбачає оцінку психоемоційного стану пацієнта, психологічну підтримку членів сім’ї та включення психолога до мультидисциплінарної команди. Однак цей документ стосується виключно термінальної стадії захворювання.

Наказ МОЗ України № 2118 [10] розширює можливості психологічної допомоги, визначаючи перелік із 20 психосоціальних послуг, включаючи психотерапію розладів, що виникли внаслідок хвороби, підтримку в екзистенційних кризах та допомогу родичам пацієнтів. Затверджено понад 400 методів психологічної діагностики та 20 методів психотерапії з доведеною ефективністю. Проте, синтез виявляє суттєві прогалини: відсутній спеціалізований нормативний акт про психоонкологічну допомогу на всіх етапах захворювання; етап ремісії, на якому домінує страх рецидиву раку, залишається

недостатньо охопленим; не передбачена обов’язкова посада психолога в онкологічних закладах.

Теоретичний аналіз наукової літератури свідчить про значний інтерес дослідників до проблеми страху смерті. Зарубіжні вчені А. Гюрбюз, О. Йорулмаз, Л. Айверач, Р. Мензіс, Т. Хайденрайх досліджували роль тривоги смерті у розвитку психопатології, концептуалізували страх смерті як трансдіагностичний конструкт та аналізували можливості його терапії [28; 30; 48]. Теоретичні основи феномену страху смерті розкрито у працях В. Брейтбарта, К. Кертіс, І. Дар-Німрод, присвячених теорії управління терором та екзистенціальним підходам [19; 24; 25]. Особливості переживання страху смерті в контексті онкологічних захворювань вивчали Дж. Лу, А. Ахмад, К. Свіні [44; 44; 65]. Серед українських дослідників проблему страху смерті розглядали С. Яновська, Н. Кобижча, М. Мовчан, Т. Храбан [36; 37; 73; 4].

Водночас, незважаючи на значну кількість досліджень страху смерті, недостатньо вивченими залишаються специфічні особливості його переживання саме у хворих на рак в українському контексті, зокрема взаємозв’язок страху смерті з рівнем тривожності, депресивності та якістю життя онкохворих. Це зумовлює актуальність та наукову новизну даного дослідження.

Таким чином, наше дослідження має актуальність ктуальність як у теоретичному, так і в практичному вимірах. З теоретичної точки зору воно спрямоване на поглиблення уявлень про страх смерті як складний багатовимірний феномен, що поєднує когнітивні, емоційні та екзистенційні компоненти та проявляється у специфічних формах в умовах соматичної загрози життю. Уточнення його структури та взаємозв’язків із тривожністю, депресивними переживаннями й показниками якості життя дозволяє розширити сучасні моделі психологічної адаптації до тяжкої хвороби. У практичному аспекті результати дослідження можуть бути використані для розроблення програм психологічного супроводу онкологічних пацієнтів, спрямованих на

зниження інтенсивності дистресу, профілактику хронізації тривожно-депресивних станів та підвищення суб'єктивної якості життя. Виявлення специфічних закономірностей переживання страху смерті в українському соціокультурному контексті сприятиме підвищенню чутливості психоонкологічної допомоги до культурних, ціннісних та екзистенційних особливостей пацієнтів. Отже, вивчення особливостей страху смерті у пацієнтів з онкологічними захворюваннями, його взаємозв'язку з емоційними станами та якістю життя є своєчасним, соціально значущим і науково обґрунтованим напрямом психологічних досліджень.

Мета дослідження – визначити, теоретично обґрунтувати та емпірично перевірити особливості переживання страху смерті у хворих на рак.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати теоретичні основи дослідження феномену страху смерті: його психологічну природу, специфіку в контексті тяжкої соматичної хвороби.

2. Визначити особливості переживання страху смерті у пацієнтів із онкологічними захворюваннями.

3. Провести емпіричне дослідження особливостей переживання страху смерті у хворих на рак.

4. Визначити психологічні чинники, що опосередковують вплив страху смерті на емоційний стан та якість життя хворих на рак.

5. Дослідити взаємозв'язок рівня страху смерті з показниками тривожності, депресивності та суб'єктивної якості життя онкологічних пацієнтів.

Об'єкт дослідження – страх смерті як психологічний феномен.

Предмет дослідження – особливості переживання страху смерті у хворих на рак.

Методи дослідження:

– *теоретичні*: аналіз, синтез, узагальнення та систематизація наукової літератури з проблеми дослідження;

– *психодіагностичні*: Шкала страху смерті Темплера (DAS); Шкала екзистенції А. Ленгле, К. Орглер (Existenzskala, ES); Шкала депресії, тривоги та стресу (DASS-21); Шкала самотності UCLA; соціально-демографічна та психосоціальна анкета учасника дослідження;

– *статистичні*: описова статистика (M, SD, Me, мін.-макс.), перевірка нормальності розподілів за критерієм Шапіро-Вілка, кореляційний аналіз за коефіцієнтом рангової кореляції Спірмена та порівняльний аналіз груп за U-критерієм Манна-Вітні.

Організація і база проведення емпіричної роботи. Емпіричне дослідження проводилося із залученням жінок із діагностованими онкологічними захворюваннями. Респонденти залучалися через профільні онлайн-спільноти та тематичні групи підтримки, за умови добровільної участі та дотримання принципів конфіденційності й інформованої згоди. Вибірку дослідження склали 33 особи (всі жінки), віком від 35 до 74 років з діагностованими онкологічними захворюваннями. Усі учасники надали інформовану згоду (Додатко Е).

Практичне значення роботи полягає в тому, що отримані результати можуть бути використані практичними психологами, психотерапевтами та медичним персоналом онкологічних закладів для підвищення ефективності психологічного супроводу онкохворих та покращення їхньої якості життя.

Апробація роботи. Семенцова М. М., Єрьоменко О. В. Смерть як символічна межа: лаканівський та фройдівський погляди в роботі з онкопацієнтами // ІІ Всеукраїнська студентська науково-практична конференція «Фестиваль психологічної науки» до 25-річчя кафедри психології, Національний університет біоресурсів і природокористування України. Київ, 03 грудня 2025 р.

Структура роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел 68 та 6 додатків. Загальний обсяг роботи – 53 сторінки. Робота містить 8 таблиць та 15 рисунків.

РОЗДІЛ 1.
ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ФЕНОМЕНУ СТРАХУ СМЕРТІ

1.1. Теоретичний аналіз феномену страху смерті

Проблема страху смерті набуває особливої актуальності в сучасному науковому дискурсі, оскільки в умовах глобальних викликів – пандемій та воєнних конфліктів – питання усвідомлення власної смертності стає все більш значущим. Сучасні дослідження свідчать, що страх смерті є складним багатовимірним конструктом, який може виконувати як адаптивні, так і дезадаптивні функції, впливаючи на мотивацію, поведінку та психічне здоров'я особистості. Розуміння психологічної природи страху смерті є необхідною теоретичною основою для розробки ефективних стратегій психологічної підтримки осіб, які переживають екзистенціальну кризу. У зв'язку з цим важливим є детальний аналіз змісту поняття «страх смерті» та його співвідношення з суміжними термінами.

На думку М. Баладжі та Й. Біннебезеля [15; 17], термін «танатофобія» має глибоке коріння у давньогрецькій мові та утворений від грецьких слів «Thanatos», що означає смерть, і «Phobos» (φόβος), що означає страх. Таким чином, танатофобія буквально перекладається як «страх смерті» і, загалом означає ірраціональний, надмірний та постійний страх власної смерті.

У психологічній літературі терміни «страх смерті» та «тривога смерті» часто використовуються взаємозамінно. Однак, як наголошує Ч. Атмаджа, деякі дослідники розрізняють їх, вважаючи «страх смерті» більш специфічним і усвідомленим переживанням, тоді як «тривога смерті» є більш узагальненою і підсвідомою. В дослідженнях встановлено, що усвідомлення смертності та страх смерті супроводжували людство протягом усієї історії, а теми смерті та її впливу

на людське існування були центральними в стародавньому та сучасному мистецтві, літературі, театрі, філософії та, згодом, у психології [14].

На думку Т. Хайденрайха, психологічна природа страху смерті є багатогранним феноменом, що вивчається в різних галузях психології, при цьому це універсальне переживання супроводжує людське існування починаючи з раннього дитинства [21]. Українська дослідниця С. Яновська зазначає, що думки про смерть стають особливо актуальними в критичних ситуаціях, таких як війна, коли усвідомлення смертності посилюється [73].

Згідно з дослідженнями Дж. Лу, страх смерті, або танатофобія, часто визначається як постійна та надмірна занепокоєність щодо власної смертності [44]. Й. Яструшембський характеризує його як неприємний емоційний досвід, викликаний думками про власну або чужу смерть [34]. На думку К. Свіні, у психологічному контексті страх смерті може мати емоційні, когнітивні та мотиваційні компоненти [65]. Ч. Атмаджа підкреслює важливість розрізнення страху смерті як загального поняття та танатофобії, яка може бути більш специфічним і свідомим страхом [14]. Крім того, як зазначає Г. Сінофф, існує відмінність між страхом смерті та страхом процесу вмирання [63]. У роботах А. Пандья висловлюється думка, що страх смерті – це страх стану, в якому «я» не існує [57]. Український дослідник М. Мовчан розглядає страх як важливий феномен буття людини, зазначаючи, що небуття людини тотожне смерті [4].

Для визначення актуальності дослідження страху смерті було проведено аналіз пошукових тенденцій за допомогою сервісу Google Trends. Порівняння частоти пошукових запитів за термінами «Страх смерті», «Death Fear» та «Смертельна тривога» за останні 5 років (2021–2026 рр.) у всьому світі (рис. 1.1). Як свідчать дані Google Trends, інтерес до проблеми страху смерті демонструє нерівномірну динаміку протягом досліджуваного періоду.

Помітне зростання пошукових запитів спостерігається у 2022 році, що може бути пов’язане із глобальними подіями – продовженням пандемії COVID-

19 та початком повномасштабного воєнного конфлікту в Україні.

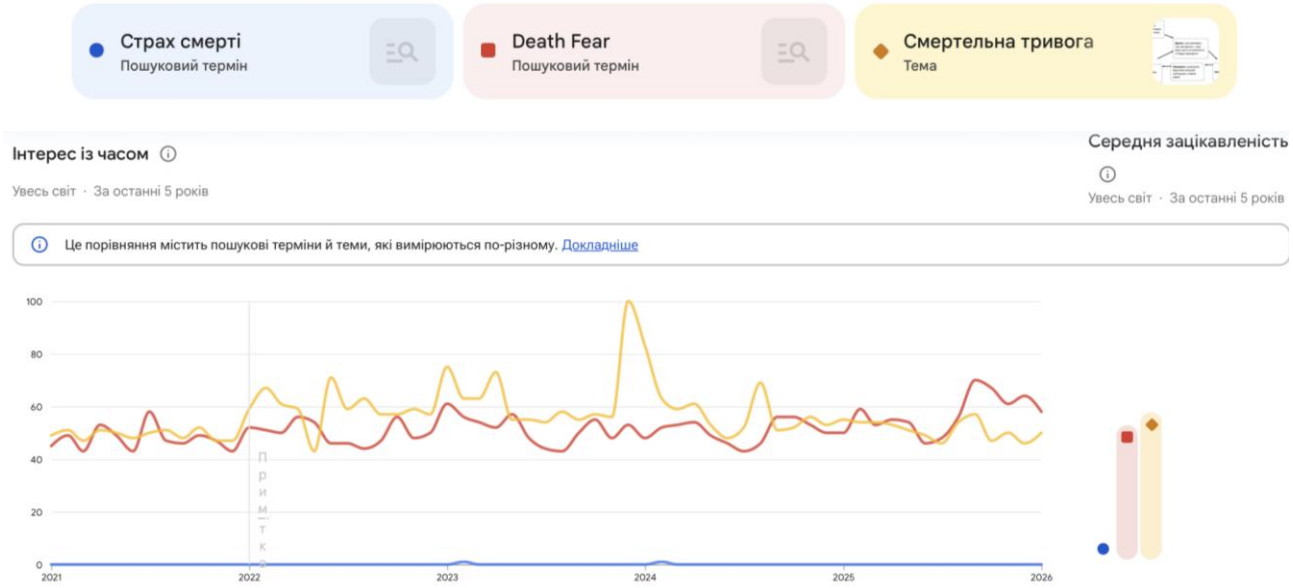


Рис. 1.1 Динаміка інтересу до пошукових термінів «Страх смерті», «Death Fear» та «Смертельна тривога» за даними Google Trends (2021–2026 рр.)

Найвищий пік інтересу зафіксовано на початку 2024 року, коли показник сягнув максимальних значень (близько 100 балів). Загалом англомовний термін «Death Fear» демонструє вищу частоту пошукових запитів порівняно з україномовним «Страх смерті», що пояснюється більшою кількістю англомовних користувачів мережі Інтернет. Термін «Смертельна тривога» має найнижчі показники пошукової активності, проте також демонструє тенденцію до зростання в окремі періоди.

Додатково було проаналізовано динаміку пошукових запитів за терміном «Страх смерті» безпосередньо в Україні за останні 5 років (рис. 1.2). Як свідчать дані, до 2022 року інтерес українців до цієї теми був мінімальним. Різке зростання пошукової активності спостерігається з початку 2022 року, що безпосередньо пов’язано з початком повномасштабного вторгнення росії в Україну. Протягом 2022–2023 років показники коливалися в межах 40–70 балів, демонструючи стабільно високий рівень інтересу.

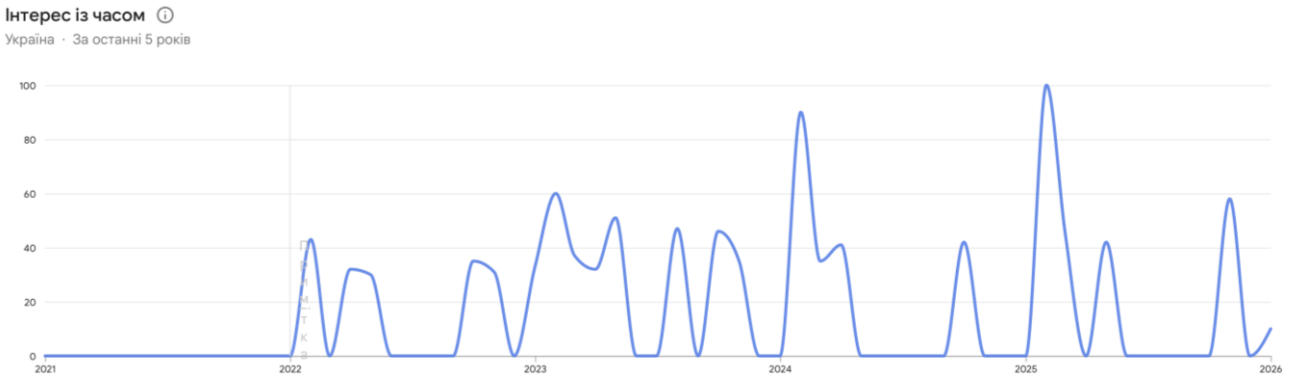


Рис. 1.2. Динаміка інтересу до пошукового терміну «Страх смерті» в Україні за даними Google Trends (2021–2026 рр.)

Найвищі піки зафіксовано у 2024 році (близько 90 балів) та на початку 2025 року, коли показник сягнув максимального значення (100 балів). Така динаміка свідчить про те, що в умовах воєнного конфлікту проблема страху смерті набуває для українців особливої актуальності та потребує поглибленого наукового дослідження.

Хоча страх смерті часто сприймається як виключно негативне та деструктивне переживання, насправді він виконує кілька важливих *психологічних функцій*, що забезпечують адаптацію людини до усвідомлення власної кінечності. Аналіз наукової літератури дозволяє виділити основні функції страху смерті, серед яких можна виокремити наступні:

1) мотивація до життя та самозбереження: на думку В. Цай та Й. Ястшембського, усвідомлення неминучості смерті є потужним мотиватором людської поведінки, спонукаючи до самозбереження та формування способів життя [20; 34]. Р. Мензіс зазначає, що це може спонукати людей до побудови значущих стосунків та залишення позитивної спадщини [48];

2) культурний та особистісний розвиток: в дослідженнях В. Брейтбарта та К. Марне встановлено, що страх смерті змушує людей створювати сенс, інвестувати в культурні цінності, розвивати самооцінку та прагнути символічного безсмертя [19; 46]. На думку К. Марне, він може бути рушійною силою для створення мови, мистецтва та музики [46];

3) адаптивні механізми: С. Лі наголошує, що усвідомлення смерті може призвести до адаптивних стратегій подолання, таких як перехід до орієнтації на майбутнє та прийняття більш здорового способу життя [42]. Дослідження української вченої Т. Храбан показують, що страх смерті може трансформуватися в низку окремих страхів через психологічний захист, допомагаючи позбутися абстрактного страху невідомості [36];

4) розвиток психопатологій: в роботах таких науковців як А. Гюрбюз, Т. Хайденрайх та Р. Мензіс зазначається, що страх смерті також може лежати в основі розвитку та підтримки багатьох психологічних станів, а неадаптивні стратегії подолання можуть призвести до різних психічних розладів [28; 30; 48].

Розуміння психологічної природи страху смерті ґрунтується на низці теорій, кожна з яких пропонує власне пояснення механізмів виникнення та функціонування цього феномену. Серед *основних теорій*, що пояснюють страх смерті, ми виокремили наступні.

1. Теорія управління терором – це соціально-психологічна теорія, заснована на працях Ернеста Беккера. В дослідженнях таких науковців як Ч. Атмаджа, К. Кертіс, І. Дар-Німрод, А. Гюрбюз, Й. Куо, К. Марне, А. Меденблік, Р. Мензіс та Дж. Цю встановлено, що дана теорія пояснює, як люди долають усвідомлення власної смертності, вкладаючи зусилля в культурні світогляди та самооцінку, щоб досягти символічного безсмертя [14; 24; 25; 28; 46; 47; 48; 61].

2. Теорія управління смислом, як зазначає К. Кертіс, на відміну від теорії управління терором, яка фокусується на уникненні, передбачає, що прийняття смерті веде до більш повноцінного та осмисленого життя [24].

3. Екзистенціальна психологія, на думку таких дослідників як В. Оффенкранц та Т. Пищинський, розглядає смерть як одну з «основних проблем життя» поряд з ізоляцією, свободою та безглуздістю [56; 60]. В роботах В. Брейтбарта та Б. Шніпке зазначається, що екзистенціалісти стверджують:

страх смерті є природною, неминучою частиною людського буття, і зіткнення з ним може призвести до глибшого розуміння сенсу життя [19; 62]. М. Юксель наголошує, що конфронтація зі смертю є ключовою для подолання страху смерті [74]. Дослідження С. Яновської з співавторами підкреслюють, що для представників екзистенціального напряму зіткнення зі смертю може бути можливістю для особистісного зростання [73]. Як зазначає Н. Кобижча, український психолог В. Романець вважає, що страх смерті можна подолати, перетворивши його на героїзм, що особливо актуально в умовах, коли смерть стає безпосереднім фактом буття українців [37].

4. Психоаналітична теорія, згідно зі словника з психології APA, стверджувала, що танатофобія є маскуванням глибшого, несвідомого страху, оскільки несвідоме не може повірити у власну смерть [13]. М. Юксель зазначає, що З. Фрейд також пов’язував мету життя зі смертю, припускаючи несвідоме бажання померти [74].

Вивчення страху смерті здійснюється також у рамках різних методологічних *підходів*, які визначають специфіку дослідження цього феномену та акцентують увагу на різних його аспектах. Серед основних підходів до вивчення страху смерті виокремлюють наступні:

1) когнітивно-поведінковий підхід, на думку А. Ахмада, пов’язує страх смерті з переконаннями про себе та наголошує на стратегіях подолання, щоб впоратися зі страхом смерті та вмирання [11];

2) багатовимірний підхід, як зазначають Р. Белак, В. Цай та Й. Ястшембський, розглядає страх смерті як багатовимірний конструкт, а не одномірний, з різними компонентами та способами його прояву в індивідів [16; 20; 34]. В дослідженнях В. Хіменеса встановлено, що українські студенти мають більший страх смерті порівняно з еквадорськими студентами, що свідчить про більш узагальнений страх [35];

3) розвиваючий підхід, як наголошує Т. Хайденрайх, акцентує увагу на

тому, що усвідомлення власної смертності виникає на ранніх етапах життя, навіть у дітей віком від 3 років, створюючи екзистенціальні виклики [30].

Отже, страх смерті є складним багатовимірним феноменом, що супроводжує людину протягом усього життя. Аналіз наукової літератури дозволив встановити відмінності між термінами «страх смерті», «тривога смерті» та «танатофобія», а також визначити основні функції страху смерті – як адаптивні (мотивація до самозбереження, культурний розвиток), так і дезадаптивні. Серед основних теоретичних підходів до пояснення цього феномену виокремлено теорію управління терором, теорію управління смислом, екзистенціальну психологію та психоаналітичну теорію. Дані Google Trends підтверджують зростання інтересу до проблематики страху смерті в останні роки, що актуалізує необхідність подальших досліджень.

1.2. Страх смерті у контексті тяжкої соматичної хвороби: психоонкологічний підхід

Проблема страху смерті набуває особливої актуальності в сучасному науковому дискурсі, оскільки це переживання є універсальним екзистенціальним феноменом, що суттєво впливає на психологічне благополуччя людини. В умовах глобальних викликів – пандемій, воєнних конфліктів, зростання онкологічних захворювань – питання усвідомлення власної смертності стає все більш значущим як для теоретичної психології, так і для практики надання психологічної допомоги. Особливо гостро ця проблема постає перед онкологічними пацієнтами, для яких діагноз часто стає першим реальним зіткненням з можливістю власної смерті. Розуміння психологічної природи страху смерті є необхідною теоретичною основою для розробки ефективних стратегій психологічної підтримки онкохворих.

У сучасній психоонкології проблема страху смерті та пов’язаних

екзистенційних переживань у пацієнтів із злоякісними новоутвореннями є ключовим науковим пріоритетом. І. Мухаровська [50] наголошує, що онкопатологія становить одну з найскладніших галузей соматичної медицини, де загроза життю, побічні ефекти протипухлинної терапії та постійна настороженість щодо можливого рецидиву сприяють виникненню широкого спектру психоемоційних порушень та розладів. За глобальною статистикою, близько 19,3 млн людей у 2020 році отримали новий діагноз раку, а майже 10 млн померли від хвороби, з прогнозованим зростанням нових випадків до 28,4 млн до 2040 року, що підкреслює актуальність досліджень у цій сфері.

С. Велінг та Д. В. Кіссейн [68] зазначають, що тяжке життєво загрозливе захворювання кидає виклик фундаментальним очікуванням людини щодо безпеки, взаємозв'язку з іншими, справедливості, контрольованості, певності та сподіванню на довге та плідне життя. Ці ж дослідники підкреслюють, що екзистенційний дистрес у онкологічних пацієнтів може проявлятися через різноманітні конструкти, включаючи страх рецидиву раку, страх смерті, деморалізацію, безнадійність, пов'язане з гідністю страждання та бажання прискореної смерті. К. Вальбаум та ін. [70] розглядають смерть як «потужне джерело екзистенційних страждань» для пацієнтів із діагнозом онкопатології.

Аналіз наукової літератури дозволив систематизувати основні прояви екзистенційного дистресу в онкологічних пацієнтів [1; 2; 5; 6] (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Прояви екзистенційного дистресу в онкологічних пацієнтів

Конструкт	Характеристика
Страх смерті	Переживання страху, паніки та жаху щодо власної смертності
Страх рецидиву раку	Занепокоєння щодо можливості повернення або прогресування раку
Деморалізація	Втрата сенсу та мети, відчуття безпорадності

Конструкт	Характеристика
Безнадійність	Відсутність позитивних очікувань щодо майбутнього
Пов’язане з гідністю страждання	Переживання втрати гідності через хворобу
Бажання прискореної смерті	Прагнення прискорити настання смерті

П. Оберт та ін. [55] визначають страх смерті як переживання страху, паніки та жаху, пов’язаних із усвідомленням власної смертності, а також лякаючих думок про те, що може статися після смерті. Вітчизняні дослідники підкреслюють, що страх смерті є невіддільною частиною клінічної картини онкологічного захворювання, особливо на пізніх стадіях. О. Кирилова та ін. [40] констатують, що в більшості пацієнтів на етапі перебування в хоспісі в тій чи іншій мірі виникає фобічна симптоматика, пов’язана з усвідомленням кінцівки буття та актуалізацією «головного» екзистенційного страху – страху смерті. На думку К. Вальбаум та ін. [70], пацієнти із прогресуючим раком стикаються зі своєю смертністю більш безпосередньо, ніж люди, які живуть без загрозливого для життя захворювання, і стикаються зі страхами процесу вмирання або стану мертвих, які можуть сприйматися як неконтрольовані та жахливі.

Згідно з даними П. Оберта та ін. [55], показники поширеності страху смерті серед пацієнтів із прогресуючим раком варіюються: від 32% пацієнтів зі щонайменше помірним рівнем тривоги до оцінки, що 22–55% пацієнтів переживають помірні рівні страху смерті. Ці ж автори зазначають, що поняття страху прогресування захворювання інтегрує в себе екзистенційні побоювання, пов’язані як із самим процесом помирання, так і із завершенням буття. С. Велінг та ін. [69] акцентують увагу на тому, що розуміння страху смерті має важливе значення для розвитку ефективних психоонкологічних втручань, оскільки обмежене розуміння цієї концепції стримує розробку та оцінку клінічних розмов і підтримувальних методів, спрямованих на зменшення даного виду тривоги.

Страх рецидиву раку (Fear of Cancer Recurrence – FCR) є однією з

найпоширеніших проблем серед онкопацієнтів та тих, хто пройшов лікування. Д. Голл та ін. [29] вказують, що після активного лікування тих, хто вижив, очікує невизначеність щодо прогнозу виживання, довгострокових симптомів, спостереження та наслідків лікування, що колективно створює екзистенціальну дилему – боротьбу з невідомим, невизначеністю щодо смерті та наслідків для близьких, роблячи боротьбу з FCR найпомітнішою та найпоширенішою екзистенційною труднощею для онкоодужаючих. Ф. Чень та ін. [21] стверджують, що FCR та страх смерті можуть бути різними проявами одного й того ж явища.

С. Лебель та ін. [41] у межах міжнародного консенсусу визначають FCR як «страх, занепокоєність або стурбованість щодо можливості того, що рак повернеться або прогресуватиме». За даними Е. Бісселінг та ін. [18], серед хворих на рак різної локалізації 39–97% пацієнтів повідомляють про певний ступінь FCR, 22–87% – про помірний або високий рівень, а 0–15% – про тяжкий рівень страху рецидиву. П. Прадхан та ін. [58] характеризують клінічно значущий рівень FCR постійним занепокоєнням, одержимістю перевіркою тілесних ознак раку та частою потребою у запевненнях з боку медичних установ. Ці ж науковці наголошують, що це призводить до збільшення витрат на охорону здоров’я.

В українському науковому просторі існує дефіцит досліджень, зосереджених саме на проблемі страху рецидиву раку на етапі ремісії. К. Лисник [45] зазначає, що вітчизняні дослідження, які б розглядали це питання детально, не були виявлені, що вказує на актуальність створення та адаптації науково обґрунтованих методик для подолання цього виду страху серед українських пацієнтів. О. Кирилова та ін. [40] разом із І. Мухаровською [51] виділяють серед онкохворих та тих, хто пройшов лікування, найпоширеніші страхи, зосереджені на підтвердженні діагнозу, стражданнях, пов’язаних із хворобою, травматичному лікуванні, втраті працездатності та здатності до самообслуговування, а також соціальній стигматизації. На етапі ремісії, за

спостереженнями цих авторів, домінує страх прогресування захворювання.

П. Прадхан та ін. [58] встановили, що вищі рівні FCR стабільно асоціюються з підвищеними симптомами депресії, тривоги та посттравматичного стресу, а також з психічними розладами. Дослідження цих науковців показують, що майже половина всіх тих, хто вижив, повідомляють про помірний або високий ступінь занепокоєння щодо FCR, тоді як близько 7% повідомляють про тяжкий рівень. С. Н. Алмейда та ін. [12] у своїх довгострокових дослідженнях вказують на те, що FCR зберігається з часом. Ці ж автори констатують, що пацієнти з вищими рівнями FCR страждають у плані благополуччя, якості життя, а також емоційного та соціального функціонування. С. Лебель та ін. [41] визначають характерні риси клінічного FCR: високі рівні одержимості, занепокоєння, румінації або нав'язливих думок; неадаптивне копінг; функціональні порушення; надмірний дистрес, а також труднощі з плануванням майбутнього.

Зарубіжні дослідники виявили зв'язок між страхом смерті та страхом рецидиву. Зокрема, Д. Коуттс-Бейн та ін. [23] виявили, що страх смерті передбачає страх рецидиву та прогресування раку у пацієнток з раком яєчників понад іншими когнітивними факторами. Ці ж науковці, спираючись на модель теорії управління терором, припускають, що нагадування про смертність або наближеність до смерті може викликати нестерпну тривогу, тому, коли хтось стикається з можливістю рецидиву раку, залучаються проксимальні захисні механізми, такі як уникнення. Однак автори наголошують, що без прийняття культурального світогляду, що пропонує зміст та трансценденцію за межами смерті, уникнення зрештою підсилює тривогу та робить смерть більш загрозливою.

Модель взаємозв'язку страху смерті та страху рецидиву раку за теорією управління терором (рис. 1.3) демонструє, як нагадування про смертність (діагноз, рецидив) викликає страх смерті та активує проксимальні захисні механізми – уникнення, яке за відсутності культурального світогляду

парадоксально підсилює тривогу та FCR, тоді як за наявності світогляду, що пропонує трансценденцію, активуються дистальні механізми (підвищення самооцінки, прийняття цінностей), що знижують тривогу та сприяють адаптації.



Рис. 1.3 Взаємозв'язок страху смерті та страху рецидиву раку (за теорією управління терором)

Страх смерті вважається основним страхом, що лежить в основі розвитку та підтримки численних психологічних станів. А. Гюрбюз та О. Йорулмаз [28] встановили, що фізичні та психічні проблеми зі здоров'ям асоціюються з вищими рівнями страху смерті. Ці науковці зазначають, що страх смерті інтенсивно досліджувався в певних вибірках, зокрема серед медичних працівників, осіб із діагнозом ВІЛ/СНІД або рак, які можуть відчувати вищий страх смерті через пряме підвергання загрозливому для життя захворюванню.

Дослідження типів реагування на захворювання серед онкохворих показують високий рівень дезадаптації. І. Мухаровська [53] наводить вітчизняні дані, які свідчать про те, що у 62,8% онкохворих було виявлено неадаптивні типи

реагування на захворобу. Ця дослідниця підкреслює, що прогресування онкологічного захворювання зумовлює ускладнення проявів реагування на хворобу шляхом поєднання неадаптивних типів та створення їхніх змішаних форм. Автори констатують, що неадаптивні стратегії подолання, такі як уникнення та соціальна ізоляція, асоціюються з вищими рівнями екзистенційного стресу та страху смерті (рис. 1.4).

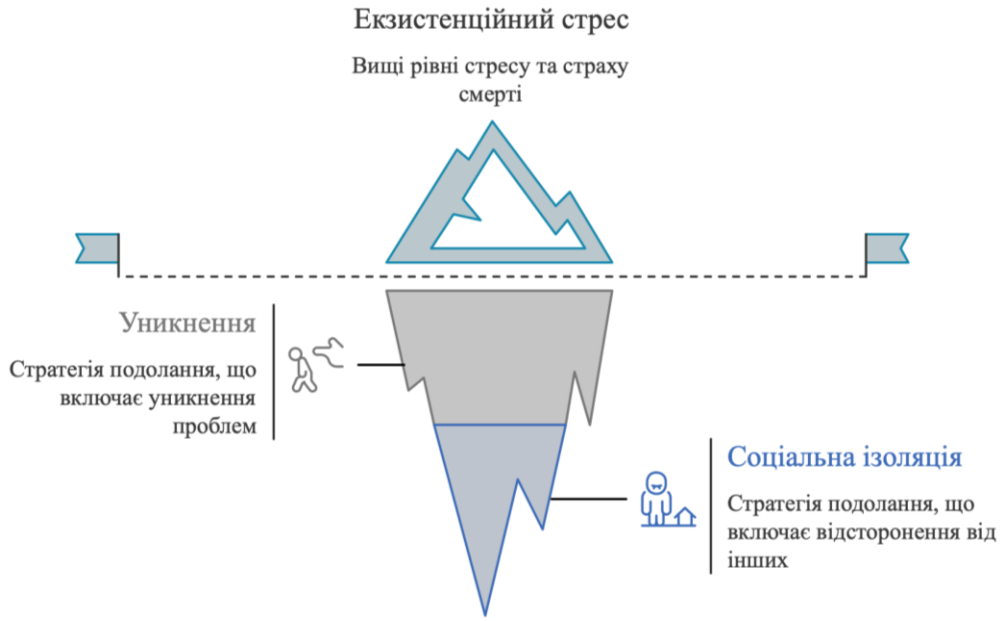


Рис. 1.4 Неадаптивні стратегії подолання

Динаміка домінуючих страхів протягом різних етапів онкологічного захворювання представлена у таблиці 1.2. На етапі діагностики провідними є страх підтвердження діагнозу та страх страждань; активне лікування супроводжується страхом побічних ефектів; етап ремісії характеризується домінуванням страху рецидиву з одержимістю перевіркою симптомів; при прогресуванні на перший план виходить страх смерті та процесу вмирання; на термінальній стадії актуалізується страх смерті як «головний» екзистенційний страх із потребою безпечного обговорення смерті [3; 7; 8].

Таблиця 1.2

Етапи онкологічного захворювання та домінуючі страхи

Етап захворювання	Домінуючі страхи	Характерні прояви	Потреби пацієнтів
Діагностика	Страх підтвердження діагнозу, страх страждань	Шок, заперечення, тривога	Інформаційна підтримка, емоційна підтримка
Активне лікування	Страх травматичного лікування, страх побічних ефектів	Фізичний та психічний дистрес, неадаптивне реагування	Психокорекція, управління симптомами
Ремісія	Страх рецидиву раку (FCR), страх прогресування	Одержимість перевіркою симптомів, румінація, тривога	Моніторинг, психологічна підтримка, інформування
Прогресування	Страх смерті, страх процесу вмирання	Екзистенційний дистрес, деморалізація, безнадійність	Паліативна допомога, екзистенційна терапія
Термінальна стадія (хоспіс)	Страх смерті як «головний» екзистенційний страх	Фобічна симптоматика, бажання прискореної смерті	Можливість обговорення смерті, духовна підтримка

Психоонкологічний підхід виходить за межі індивідуальної психіки та охоплює сімейну систему пацієнта. К. Вальбаум та ін. [70] зазначають, що залежно від моделі екзистенційного добробуту, сімейні доглядальці можуть відчувати вплив від стійкої роботи екзистенційних захисних механізмів та стресу, пов’язаного зі смертю; це може бути викликано особистим страхом смерті або сприйняттям того, що пацієнт, який помирає, спонукає нагадування про їхню власну смертність Т. Г. Кривоніс [38] підкреслює важливість психокорекції емоційного стану родичів онкохворих та стабілізації сімейної системи. Дослідження цього науковця показують високі рівні тривоги та депресії серед родичів пацієнтів.

І. Мухаровська [51] акцентує увагу на тому, що ефективність надання

психологічної допомоги залежить від етапу лікувального процесу, а ключовим фактором є доступність послуг. Т. Г. Кривоніс [38] наголошує, що надання психологічної допомоги є необхідним компонентом управління онкологією не лише для пацієнтів, а й для їхніх родичів та онкологів через високі рівні дистресу та емоційного вигорання. К. Вальбаум та ін. [70] у своїх концептуальних моделях демонструють звязок між екзистенційними стражданнями, психосоціальними проблемами та страхом смерті.

Концептуальна модель страху смерті, побудована на проаналізованій літератрі у психоонкологічному контексті, вона відображає, як онкологічне захворювання провокує екзистенційний дистрес через взаємопов'язані конструкти: страх смерті, страх рецидиву, деморалізацію та безнадійність (рис. 1.5).



Рис. 1.5 Концептуальна модель страху смерті у психоонкологічному контексті

Отже, страх смерті є центральним екзистенційним переживанням онкологічних пацієнтів, тісно пов’язаним зі страхом рецидиву раку, деморалізацією та безнадійністю. Поширеність страху смерті серед пацієнтів з прогресуючим раком становить 22–55%, страху рецидиву – 39–97%, при цьому обидва конструкти негативно впливають на якість життя та психічне здоров’я. Вираженість страху залежить від етапу захворювання: на стадії ремісії домінує FCR, на термінальній – страх смерті як «головний» екзистенційний страх. Психоонкологічний підхід охоплює не лише пацієнта, але й родичів та медичний персонал, які також потребують психологічної підтримки. Ключовими захисними факторами є культуральний світогляд, сімейна підтримка та можливість обговорення смерті, тоді як неадаптивний копінг та уникнення підсилюють екзистенційний дистрес.

1.3. Чинники, що впливають на переживання страху смерті у онкохворих

Переживання страху смерті у пацієнтів з онкологічними захворюваннями є складним багатофакторним феноменом, який визначається взаємодією численних біологічних, психологічних, соціальних та духовних чинників. Розуміння цих факторів має критичне значення для розробки ефективних стратегій психологічної підтримки онкохворих.

Соціально-демографічні чинники суттєво впливають на інтенсивність страху смерті. За результатами метааналізу М. Солеймані та співавторів, онкологічні пацієнти демонструють помірний рівень тривоги смерті (6,84 бали за шкалою Темплера). При цьому вираженість страху значно відрізняється залежно від країни проживання, статі та сімейного стану пацієнта [64].

Вік є одним із найбільш досліджуваних предикторів страху смерті. Дослідження А. Хінца та співавторів показали, що молоді пацієнти (до 50 років)

є особливо вразливими до тривоги, при цьому у понад 50% випадків спостерігаються субклінічні або клінічні рівні тривожності [31]. Вік негативно корелює зі страхом смерті – літні пацієнти демонструють нижчі рівні танатичної тривоги, що може пояснюватися більшим життєвим досвідом та зрілішими стратегіями прийняття власної кінцевості. Молоді пацієнти частіше переживають страх через незавершені життєві плани та наявність неповнолітніх дітей.

Стать також впливає на переживання страху смерті. Згідно з метааналізом М. Солеймані та ін., жінки демонструють вищі рівні страху смерті (M = 7,37) порівняно з дослідженнями, що включали обидві статі (M = 6,60). Ці відмінності можуть бути пов’язані з гендерними особливостями емоційної регуляції, соціальними ролями та культурними очікуваннями щодо вираження емоцій. Водночас жінки частіше повідомляють про клінічні рівні депресії, тоді як чоловіки демонструють вищі рівні тривожності [57].

Сімейний стан та освіта є додатковими чинниками впливу. Одружені пацієнти демонструють вищий рівень страху смерті порівняно з неодруженими, що може пояснюватися занепокоєнням про добробут партнера та сім’ї після смерті. Пацієнти з нижчим рівнем освіти та нижчим соціально-економічним статусом також демонструють вищі рівні танатичної тривоги, що пов’язано з обмеженим доступом до інформації, ресурсів підтримки та адаптивних копінг-стратегій [60].

Клінічні чинники, пов’язані із захворюванням, є другою важливою групою предикторів страху смерті. До них належать тип та локалізація раку, стадія захворювання, наявність метастазів, методи лікування та фізичний функціональний статус пацієнта.

Тип онкологічного захворювання суттєво впливає на рівень страху смерті. Метааналіз показав, що пацієнтки з раком молочної залози демонструють найвищі показники страху смерті (M = 9,68) порівняно з іншими типами раку. Пацієнти з раком легенів, гінекологічними та гематологічними новоутвореннями

також повідомляють про найвищі рівні психологічного дистресу на момент встановлення діагнозу [57]. Це може бути пов’язано з прогнозом захворювання, видимими фізичними змінами та соціальною стигматизацією певних типів раку.

Стадія захворювання є ключовим предиктором страху смерті. Дослідження П. Оберт та ін. показали, що пацієнти з III стадією за класифікацією UICC демонструють значно вищий рівень танатичної тривоги порівняно з пацієнтами на більш ранніх стадіях. При прогресуючому раку показники поширеності страху смерті варіюються від 22% до 55%, при цьому близько 80% пацієнтів з поширеним раком переживають дистресуючі думки про смерть. На термінальній стадії страх смерті актуалізується як «головний» екзистенційний страх [55].

Методи лікування та їх побічні ефекти також впливають на переживання страху смерті. Хіміотерапія та променева терапія асоціюються з вищими рівнями тривожності та депресії. Пацієнти, які отримують паліативне лікування, демонструють вищий рівень страху смерті порівняно з тими, хто проходить активне протипухлинне лікування з куративною метою. Функціональний статус пацієнта (здатність до самообслуговування, рівень повсякденної активності) негативно корелює зі страхом смерті – пацієнти з кращим функціональним станом демонструють нижчі рівні танатичної тривоги [42].

Психологічні чинники (особистісні ресурси) є третьою важливою групою факторів, що визначають інтенсивність переживання страху смерті. До них належать копінг-стратегії, самооцінка, резильєнтність, стиль прив’язаності та сенс життя.

Копінг-стратегії (стратегії подолання стресу) мають вирішальний вплив на рівень страху смерті. Дослідження науковців [75] показали, що стратегія «resignation» (примирення/капітуляція) позитивно корелює зі страхом смерті ($r = 0,426$, $p < 0,01$), тоді як адаптивні стратегії знижують його рівень. Уникаючі копінг-стратегії (поведінкове уникнення, заперечення, вживання речовин) асоціюються з нижчим духовним благополуччям та вищим духовним дистресом.

Натомість підходячі копінг-стратегії (релігійний копінг, використання емоційної підтримки, активний копінг, позитивна переоцінка) пов’язані з вищими рівнями духовного благополуччя [26].

Самооцінка та резильєнтність захищають від страху смерті: що вищі ці показники, то менша танатична тривога. Резильєнтність – це психологічна стійкість, здатність долати труднощі. Пацієнти з високою резильєнтністю легше адаптуються до хвороби та менше страждають від тривоги і депресії [33].

Сенс життя та екзистенційне благополуччя значною мірою визначають інтенсивність страху смерті. Дослідження виявили значущий негативний зв’язок між сенсом життя та страхом смерті у пацієнтів з поширеним раком. Компоненти духовного благополуччя «сенс/спокій» (meaning/peace) значно сильніше пов’язані з позитивним психологічним благополуччям порівняно з компонентом «віра» (faith), при цьому вищі показники сенсу та спокою асоціюються з меншими депресивними симптомами та нижчим рівнем ракового дистресу [72].

Стиль прив’язаності також впливає на переживання страху смерті. Множинний регресійний аналіз виявив, що тривожна прив’язаність (anxiety attachment) є предиктором вищого рівня страху смерті у пацієнтів з поширеним раком [21]. Ненадійний стиль прив’язаності пов’язаний з інтерналізованими очікуваннями низького рівня підтримки та нездатністю скористатися нею, що підвищує вразливість до екзистенційного дистресу [22].

Соціальні чинники (зовнішні ресурси підтримки) є четвертою важливою групою факторів впливу на страх смерті. Соціальна підтримка визнається одним із найпотужніших захисних факторів проти екзистенційного дистресу у онкологічних пацієнтів.

Соціальна підтримка виступає буфером проти тривоги та депресії у онкохворих. Дослідження показують, що емоційна підтримка від партнера разом з інформаційною підтримкою від сім’ї найбільше сприяють зменшенню симптомів дистресу [33]. Соціальна підтримка опосередковує зв’язок між

резильєнтністю та якістю життя, при цьому виступає також медіатором у ланцюгу «надія → соціальна підтримка → духовний копінг → депресія». Пацієнти з обмеженою зовнішньою соціальною підтримкою більш схильні до антиципаторного горювання та страху смерті [66].

Сімейна підтримка та функціонування родини відіграють особливу роль. Дослідження [21] показали, що функціонування сім'ї негативно корелює зі страхом смерті у пацієнтів з поширеним раком. Пацієнти, про яких доглядають непов'язані доглядальники (не члени сім'ї), демонструють нижчий рівень страху смерті, що може пояснюватися меншим відчуттям тягаря для сім'ї. Водночас сімейні доглядальники також можуть відчувати вплив страху смерті пацієнта, що активує нагадування про їхню власну смертність [75].

Комунікація з медичним персоналом є ще одним важливим соціальним чинником. Менш задовільна комунікація з медичними працівниками є фактором ризику тривожності у онкологічних пацієнтів [27]. Можливість обговорення теми смерті у безпечному середовищі визнається захисним фактором, особливо на термінальній стадії захворювання. Дослідження показують, що прийняття смерті пацієнтом та його соціальним оточенням асоціюється зі зниженням тривоги, депресії та антиципаторного горювання.

Духовні та релігійні чинники становлять п'яту групу факторів впливу на страх смерті. Духовність та релігійність визнаються важливими ресурсами копінгу для онкологічних пацієнтів.

Релігійний копінг може мати як позитивний, так і негативний вплив на страх смерті. Позитивний релігійний копінг (пошук зв'язку з Богом, відчуття духовної підтримки) асоціюється з кращою якістю життя, тоді як негативний (відчуття покинутості Богом, духовна криза) – з гіршою [67].

Культуральні чинники також впливають на переживання страху смерті. Метааналіз показав, що пацієнти з азійських країн демонструють вищі показники страху смерті (M = 7,57) порівняно з європейськими (M = 6,47) та

північноамериканськими (M = 5,57) дослідженнями [64]. Це може бути пов’язано з культурними особливостями ставлення до смерті, релігійними традиціями та соціальними нормами вираження емоцій. Дослідження В. Хіменез та ін. показали, що українські студенти мають більший страх смерті порівняно з еквадорськими [35].

Аналіз наукових джерел і клінічних спостережень дає змогу виокремити дві групи чинників: тригери, що підсилюють танатофобію, та захисні фактори, які сприяють формуванню адаптивних стратегій подолання і знижують екзистенційну тривогу. Їх систематизацію за основними напрямками подано в таблиці 1.3.

Таблиця 1.3

Систематизація чинників страху смерті у онкохворих

Група чинників	**Фактори ризику (↑ страх смерті)**	**Захисні фактори (↓ страх смерті)**
Соціально-демографічні	Молодший вік; жіноча стать; одружений статус; нижча освіта; нижчий СЕС; наявність неповнолітніх дітей	Старший вік; наявність дорослих дітей; вища освіта; стабільний СЕС
Клінічні	Пізня стадія (III-IV); наявність метастазів; агресивне лікування; низький функціональний статус; больовий синдром	Рання стадія; відсутність метастазів; кращий функціональний статус; контрольований біль
Психологічні	Капітуляція; уникаючий копінг; тривожна прив’язаність; низька самооцінка; відсутність сенсу життя	Висока резильєнтність; висока самооцінка; адаптивний копінг; сенс життя; надія; надійна прив’язаність
Соціальні	Обмежена соціальна підтримка; незадовільна комунікація з медперсоналом; дисфункціональні сімейні стосунки	Сильна соціальна підтримка; емоційна підтримка партнера; можливість обговорення смерті; функціональна сім’я

Група чинників	Фактори ризику (↑ страх смерті)	Захисні фактори (↓ страх смерті)
Духовні/ культуральні	Негативний релігійний копінг; духовна криза; культуральне табу на обговорення смерті	Позитивний релігійний копінг; духовне благополуччя; релігійні практики; mindfulness; прийняття смерті

Систематизація чинників страху смерті у онкологічних хворих демонструє багаторівневу структуру предикторів. Молодший вік та наявність дітей створюють конфлікт між життєвими обов'язками та реальністю смертності. Пізні стадії та біль актуалізують страх, збережений функціональний статус його знижує. Дезадаптивні стратегії посилюють страх, резильєнтність трансформує. Соціальна підтримка знижує напруження, духовний вимір перетворює кризу на можливість зростання.

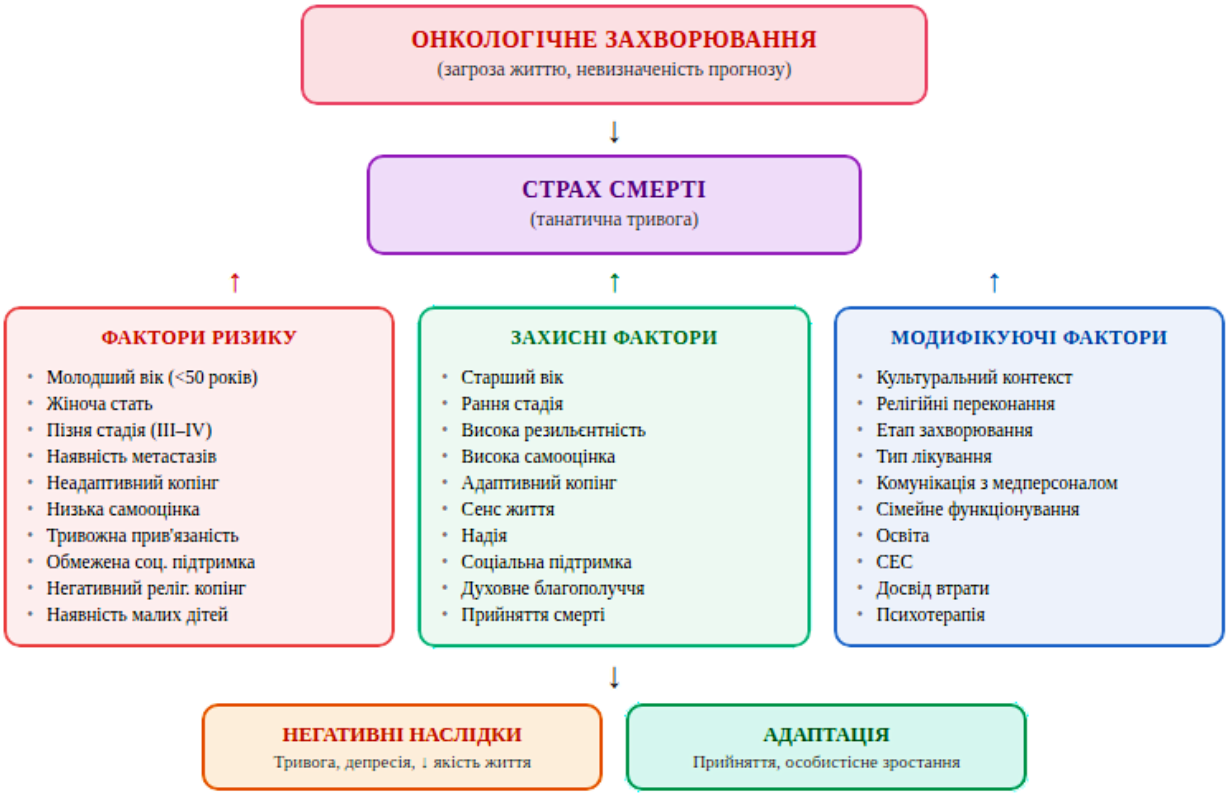


Рис. 1.6 Інтегративна модель чинників страху смерті у онкохворих

На основі проведеного теоретичного аналізу нами було розроблено інтегративну модель чинників страху смерті у онкохворих (рис. 1.6), яка відображає взаємозв'язок та взаємовплив виділених груп факторів.

Отже, переживання страху смерті у онкохворих є результатом взаємодії соціально-демографічних, клінічних, психологічних, соціальних та духовних чинників. Факторами ризику є молодший вік, пізня стадія захворювання, неадаптивні копінг-стратегії та обмежена соціальна підтримка, тоді як захисними – резильєнтність, самооцінка, сенс життя та позитивний релігійний копінг.

Висновки до 1 розділу

Проведений теоретичний аналіз дозволив встановити, що страх смерті є складним багатовимірним психологічним конструктом з емоційними, когнітивними та мотиваційними компонентами, який виконує як адаптивні (мотивація до самозбереження, особистісний розвиток), так і дезадаптивні функції. Серед основних теоретичних підходів виокремлено теорію управління терором, теорію управління смислом, екзистенціальну психологію та психоаналітичну теорію.

У психоонкологічному контексті страх смерті є центральним екзистенційним переживанням, тісно пов'язаним зі страхом рецидиву раку, деморалізацією та безнадійністю. Вираженість страху залежить від етапу захворювання: на стадії ремісії домінує страх рецидиву, на термінальній – страх смерті.

Переживання страху смерті у онкохворих визначається взаємодією соціально-демографічних, клінічних, психологічних, соціальних та духовних чинників. Факторами ризику є молодший вік, пізня стадія захворювання та неадаптивні копінг-стратегії, тоді як захисними – резильєнтність, сенс життя та соціальна підтримка.

РОЗДІЛ 2.
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕЖИВАННЯ СТРАХУ СМЕРТІ У ХВОРИХ НА РАК

2.1 Організація та методи дослідження

Емпіричне дослідження проводилось протягом двох місяців: з січня по березень 2026 року. Респондентки надавали свої дані, заповнюючи Google-форму, яка поширювалась за допомогою соціальних мереж – Facebook, Instagram та Telegram. За мету ставилось охопити якомога ширшу географію учасниць, щоб зібрані дані репрезентували жінок з онкологічним досвідом з різних країн. Вибірку дослідження склали 33 жінки, які мають або мали онкологічний діагноз. Усі учасниці – особи жіночої статі, що зумовлено специфікою теми та цільовою аудиторією поширення опитування. Нижче представлено розподіл учасниць за основними соціально-демографічними характеристиками.

На рис. 2.1 відображено розподіл учасниць дослідження за віком. Вік респонденток варіювався від 35 до 74 років. Найбільш представленою віковою групою виявились жінки віком 49 років – 4 особи (12,1%), що є найвищим показником серед усіх вікових категорій. Також помітна концентрація учасниць у віковому діапазоні 40–53 роки, що відповідає середньому зрілому віку. Такий розподіл свідчить про те, що онкологічне захворювання найчастіше торкається жінок середнього та старшого зрілого віку, що узгоджується з епідеміологічними даними щодо захворюваності на рак у жінок.

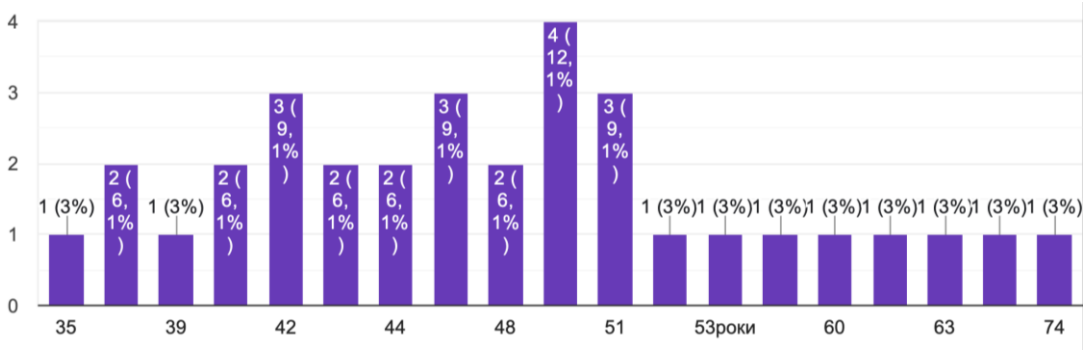


Рис. 2.1. Розподіл учасниць за віком (n = 33)

Рис. 2.2 ілюструє розподіл учасниць за статтю. Усі 33 респондентки (100%) ідентифікували себе як особи жіночої статі. Жодна учасниця не обрала варіанти «чоловіча» або «інше / не бажаю зазначати». Такий результат є очікуваним з огляду на цільову спрямованість дослідження та канали поширення опитування – тематичні спільноти та групи підтримки жінок з онкологічними захворюваннями. Однорідність вибірки за статтю забезпечує внутрішню валідність дослідження при вивченні психологічного самопочуття саме жінок у контексті онкохвороби.

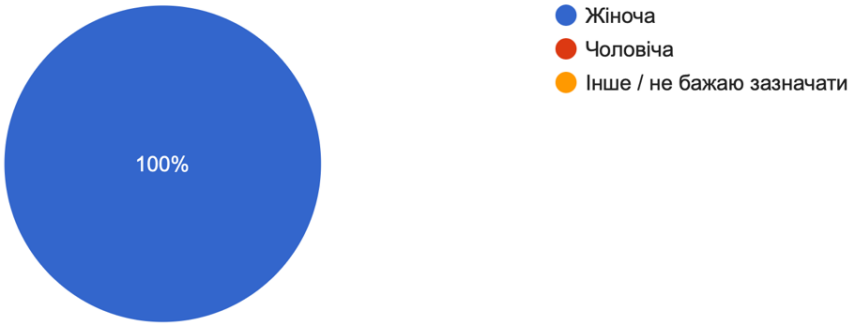


Рис. 2.2. Розподіл учасниць за статтю (n = 33)

На рис. 2.3 представлено географічний розподіл учасниць на момент проведення дослідження. Переважна більшість респонденток – 23 особи (69,7%) – перебували в Україні. Решта учасниць представляли різні країни: Німеччину – 2 особи (6,1%), Австрію, Ірландію, Іспанію, Канаду, Угорщину та Чехію – по 1 особі (3%) кожна. Така географічна різноманітність вибірки є суттєвою перевагою дослідження: вона дозволяє охопити досвід жінок, що проживають як в Україні в умовах воєнного часу, так і за кордоном у статусі переселенок або

емігранток, що може суттєво позначатись на характері психологічного самопочуття та доступі до підтримки.

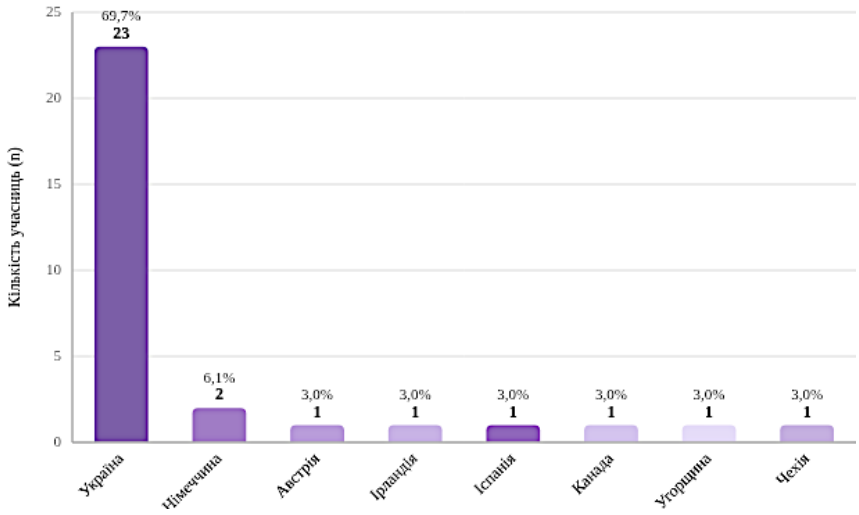


Рис. 2.3. Розподіл учасниць за країною перебування (n = 33)

Після завершення збору даних відповіді з Google-форми було впорядковано та відредаговано у Google Sheets для подальшої статистичної обробки. Задля реалізації мети та завдань емпіричного дослідження було застосовано комплекс валідизованих психодіагностичних інструментів, відібраних з урахуванням специфіки досліджуваної групи – жінок з онкологічним захворюванням – та ключових психологічних конструктів, що становлять предмет дослідження.

Соціально-демографічна та психосоціальна анкета (Додаток А) була розроблена спеціально для цього дослідження і містила питання, спрямовані на збір базової інформації про учасниць. Анкета включала такі блоки: вік, стать, країна перебування на момент дослідження, сімейний стан, наявність дітей – для характеристики соціально-демографічного профілю вибірки. Психосоціальний блок охоплював питання про час з моменту встановлення онкологічного діагнозу, етап лікування на момент дослідження, факт проходження лікування, суб'єктивну оцінку психологічного стану за останній місяць, наявність та тип психологічної підтримки, а також готовність відкрито говорити про свої переживання, пов'язані з хворобою.

Анкета була складена українською мовою з урахуванням специфіки цільової групи. Її застосування дозволило описати вибірку за ключовими соціальними та клінічними характеристиками, а також врахувати контекстуальні змінні – зокрема, тип отримуваної підтримки та етап онкологічного процесу – при інтерпретації результатів психодіагностичних методик.

Шкала страху смерті Темплера (Death Anxiety Scale, DAS) (Додаток Б) складається з 15 тверджень і призначена для вимірювання рівня тривоги та страху перед смертю. Інструмент охоплює як когнітивні, так і емоційні прояви страху смерті: занепокоєння щодо процесу вмирання, думки про кінцівку існування, страх болю та невідомості. Ця шкала була обрана з огляду на те, що онкологічний діагноз безпосередньо актуалізує тему смертності: зіткнення із загрозою для життя є невіддільною частиною психологічного досвіду онкохворих жінок. Вимірювання страху смерті дозволяє виявити один із центральних екзистенційних чинників, що впливають на психологічне самопочуття учасниць дослідження.

Шкала екзистенції А. Ленгле та К. Орглер (Existenzskala, ES) (Додаток В) містить 46 тверджень і вимірює чотири виміри екзистенційної наповненості особистості: самодистанціювання, самотрансценденцію, свободу та відповідальність. Обрання цього інструменту зумовлене тим, що онкологічне захворювання нерідко спонукає до глибокого переосмислення сенсу власного існування, переоцінки цінностей і пошуку внутрішньої опори. Шкала дає змогу оцінити, наскільки жінки з онкологічним досвідом здатні зберігати екзистенційну наповненість і особистісну свободу в умовах хвороби.

Шкала депресії, тривоги та стресу (Depression Anxiety Stress Scales, DASS-21) (Додаток Г) є скороченою версією оригінальної шкали DASS-42 та включає 21 твердження, рівномірно розподілені між трьома субшкалами: депресії, тривоги та стресу. Кожна субшкала містить по 7 пунктів, оцінюваних за 4-бальною шкалою інтенсивності симптомів. Інструмент обрано тому, що

депресія, тривога та стрес є найпоширенішими психологічними наслідками онкологічного захворювання і процесу лікування. Компактність шкали забезпечує комплексне охоплення емоційного стану респонденток без надмірного навантаження на учасниць, значна частина яких перебуває на різних етапах лікування.

Шкала самотності UCLA (UCLA Loneliness Scale) (Додаток Д) складається з 20 тверджень і вимірює суб'єктивне відчуття соціальної ізольованості та нестачі близьких стосунків. Її включення до батареї методик обумовлене тим, що соціальна підтримка є одним із ключових захисних чинників психологічного благополуччя онкологічних пацієнток, тоді як відчуття самотності суттєво погіршує якість життя та емоційний стан під час і після лікування. Вимірювання цього конструкту дозволяє оцінити, наскільки учасниці почуваються включеними у соціальне оточення.

Участь у дослідженні була повністю добровільною: кожна учасниця могла відмовитися від проходження опитування на будь-якому етапі або звернутися з проханням видалити свої дані. Перед початком респондентки ознайомлювались з інформованою згодою (Додаток Е). Усі зібрані дані є анонімними, їхня обробка здійснювалась відповідно до норм конфіденційності. Вибірку склали жінки з онкологічним діагнозом, які добровільно погодились на участь; анкета не містила запитань, що могли б спричинити психологічний дискомфорт.

Вибірку склали 33 жінки віком 35-74 р. з онкологічним діагнозом, переважно з України (69,7%). Методи: шкали DAS, ES, DASS-21, UCLA та авторська соціально-демографічна анкета, добір яких зумовлений ключовими конструктами онкологічного досвіду. Дотримання принципів добровільності та анонімності забезпечило надійність отриманих даних. Сукупне використання зазначених методик дозволяє комплексно охарактеризувати психологічний профіль жінок з онкологічним захворюванням, виявити особливості їхнього емоційного стану, екзистенційного функціонування та соціальної включеності.

2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження

На першому етапі обробки даних застосовувалась описова статистика: визначались середнє арифметичне (M), стандартне відхилення (SD), медіана (Me), мінімальні та максимальні значення. На другому етапі проводилась перевірка нормальності розподілів за критерієм Шапіро-Вілка (W). На третьому – кореляційний аналіз за коефіцієнтом рангової кореляції Спірмена (rs) як непараметричний метод, обраний через відхилення частини розподілів від нормального. На четвертому – для порівняння груп з різним рівнем страху смерті використовувався U-критерій Манна-Вітні. Прийнятий рівень значущості: $p<0,05$; тенденція позначалась при $p < 0,10$ (†). Зведену описову статистику за усіма шкалами представлено у Таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Описова статистика психодіагностичних показників (n = 33)

Шкала (M ± SD)	M	SD	Min	Max
Страх смерті (DAS)	7,85	4,19	1	15
Депресія (DASS-21)	21,21	10,62	4	42
Тривожність (DASS-21)	24,48	8,47	0	36
Стрес (DASS-21)	34,97	7,14	20	46
Самотність (UCLA)	40,79	10,98	20	61
Осмисленість буття (ES)	180,85	26,05	116	224

Перед переходом до детального розгляду окремих показників важливо зазначити загальний контекст аналізу. Вибірка складається з 33 жінок, яким поставлено онкологічний діагноз, що є відносно невеликою, але цілеспрямованою клінічною групою. Учасниці перебувають на різних стадіях захворювання та лікування, що забезпечує варіативність психологічних реакцій і робить вибірку репрезентативною для широкого спектру онкологічного досвіду.

Досліджувані показники охоплюють п’ять ключових конструктів: страх смерті (DAS), три компоненти психологічного дистресу (депресія, тривожність, стрес за DASS-21), суб’єктивна самотність (UCLA) та осмисленість буття (ES). Такий добір методик дозволяє одночасно охопити симптоматичний рівень (дистрес) та екзистенційний рівень (сенс і страх смерті) психологічного функціонування, що є методологічною сильною стороною дослідження. Нижче представлено послідовний аналіз кожної з методик.

Результати дослідження страху смерті (DAS). Середній бал за Шкалою страху смерті Темплера становив M = 7,85 (SD = 4,19), медіана Me = 8,0. Мінімальний отриманий бал – 1, максимальний – 15. Перевірка нормальності розподілу не виявила суттєвих відхилень (W = 0,96, p = 0,24). Розподіл учасниць за рівнями наведено у Таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Розподіл учасниць за рівнями страху смерті (n = 33)

Рівень страху смерті	Діапазон балів	n	%
Низький	0–5	10	30,3
Середній	6–10	12	36,4
Високий	11–15	11	33,3
Разом	–	**33**	**100**

На рисунку 2.4 представлено кругову (секторну) діаграму, що наочно відображає пропорційний розподіл 33 учасниць дослідження за трьома рівнями страху смерті, виміряного за Шкалою тривоги смерті Темплера (DAS). Кожен сектор діаграми відповідає одній з груп і підписаний у відсотках. Найбільший сектор – середній рівень страху смерті – займає 36,4%і позначений центральним кольором. Сектори низького (30,3%) та високого (33,3%) рівнів є порівнянними за розміром, що унаочнює рівномірність їхнього розподілу у вибірці. Візуальне враження від рисунку підкреслює відсутність явного домінування будь-якого

рівня, що свідчить про гетерогенність вибірки за показником страху смерті та клінічну значущість даного феномену у жінок з онкологічними захворюваннями.

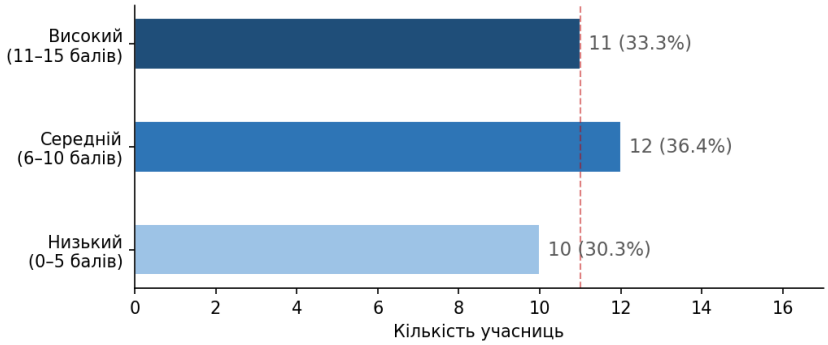


Рис. 2.4. Розподіл учасниць за рівнем страху смерті (DAS, n = 33)

Розподіл між трьома рівнями є відносно рівномірним: низький рівень виявлено у 30,3% (n = 10), середній – у 36,4% (n = 12), високий – у 33,3% (n = 11). Кожна третя учасниця демонструє виражену танатофобію, що підкреслює клінічну значущість цього показника. Зв'язок між страхом смерті та віком виявився статистично незначущим (rs = −0,114; p = 0,527), що свідчить про відсутність вікової специфіки у межах вибірки (35–74 роки).

Результати дослідження депресії, тривожності та стресу (DASS-21). Бали підраховувались за стандартною процедурою DASS-21 (сума ×2). Розподіл учасниць за рівнями вираженості симптоматики подано у Таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

Розподіл учасниць за рівнями DASS-21 (n = 33)

Шкала (M ± SD)	**Норма**	**Легкий / Помірний**	**Важкий**	**Надзвичайно важкий**
Депресія (21,2 ± 10,6)	5 (15%)	14 (42%)	8 (24%)	6 (18%)
Тривожність (24,5 ± 8,5)	1 (3%)	5 (15%)	10 (30%)	17 (52%)
Стрес (35,0 ± 7,1)	0 (0%)	10 (30%)	15 (46%)	8 (24%)

На рисунку 2.5 зображено стовпчасту (групову) діаграму, що відображає розподіл учасниць дослідження (n = 33) за рівнями вираженості трьох

компонентів психологічного дистресу: депресії, тривожності та стресу за методикою DASS-21. По горизонтальній осі відкладено чотири категорії тяжкості (норма, легкий/помірний, важкий, надзвичайно важкий), по вертикальній – відсоток учасниць, що потрапили до кожної категорії. Три кольорових стовпці в кожній категорії відповідають трьом субшкалам: депресії (синій), тривожності (помаранчевий) та стресу (зелений). Найбільш виразним є стовпець тривожності у категорії «надзвичайно важкий» (51,5%), що візуально домінує над усіма іншими значеннями. Відсутність стовпця стресу у категорії «норма» (0%) також є помітною рисою графіка, що наочно ілюструє повну відсутність учасниць у нормативному діапазоні за цією субшкалою. Діаграма дозволяє одночасно порівнювати три шкали між собою і відстежити різний профіль їхньої вираженості у вибірці онкологічних пацієнток, підкреслюючи, що тривожність є провідним компонентом дистресу серед досліджуваних.

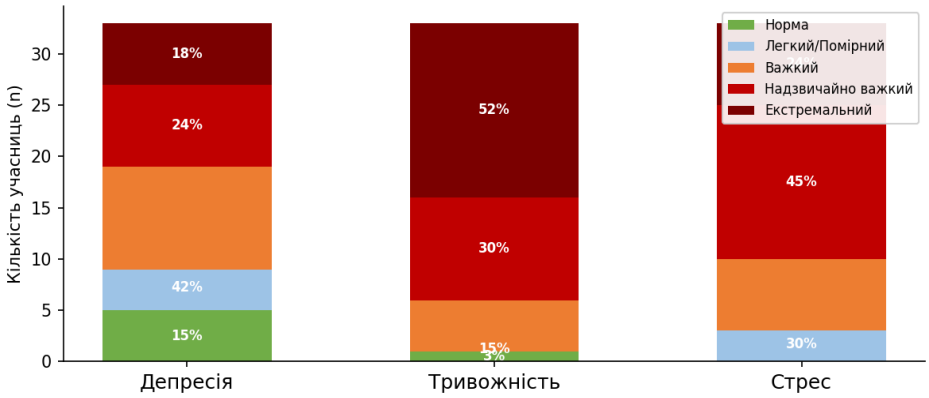


Рис. 2.5. Вираженість депресії, тривожності та стресу за DASS-21 (n = 33)

Найбільш вираженим показником виявилась тривожність: лише 1 учасниця (3,0%) – в межах норми, 51,5% – надзвичайно важкий рівень (M = 24,5; SD = 8,5). Депресивна симптоматика також є суттєвою: 84,8% учасниць – вище нормативного рівня, середній бал M = 21,2 (SD = 10,6). За субшкалою стресу жодна учасниця не потрапила до нормативного діапазону, M = 35,0 (SD = 7,1) – що може свідчити про хронічний характер емоційного навантаження, пов’язаного з тривалою адаптацією до онкологічного захворювання.

Результати дослідження самотності (UCLA) та осмисленості буття (ES). Середній бал за шкалою UCLA: M = 40,79 (SD = 10,98). Розподіл за умовними рівнями: 36,4% (n = 12) – низький, 39,4% (n = 13) – середній, 24,2% (n = 8) – високий рівень самотності. Попри те, що переважна більшість учасниць перебуває у шлюбі (78,8%) та має дітей (87,9%), кожна четверта відчуває виражену соціальну ізоляцію – що є характерним феноменом онкологічного досвіду.

За шкалою ES середній бал: M = 180,85 (SD = 26,05). Більшість учасниць (72,7%, n = 24) демонструє середній рівень осмисленості буття, 18,2% (n = 6) – відносно високий, 9,1% (n = 3) – низький. Результати подано на Рис. 2.6.

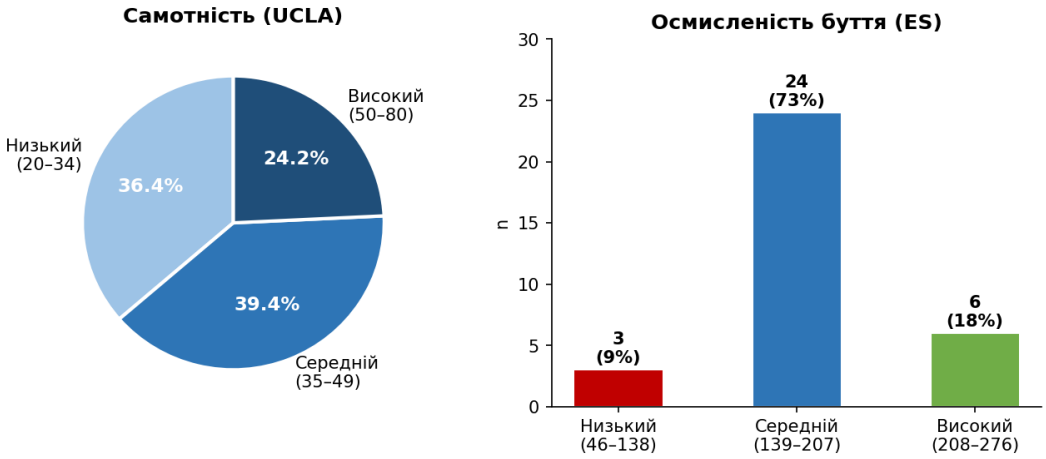


Рис. 2.6. Розподіл учасниць за рівнями самотності (UCLA) та осмисленості буття (ES)

На рисунку 2.6 представлено дві стовпчасті діаграми, розміщені поруч для зручності порівняльного аналізу. Ліва частина рисунку відображає розподіл учасниць за рівнями самотності (Шкала самотності UCLA): три стовпці відповідають низькому (36,4%, n = 12), середньому (39,4%, n = 13) та високому (24,2%, n = 8) рівням. Стовпці приблизно рівновисокі, проте помітно, що найбільшим є середній рівень, а найменшим – високий, що свідчить про те, що переважна частина вибірки характеризується помірним рівнем суб'єктивної самотності. Права частина рисунку відображає розподіл за рівнями осмисленості

буття (Шкала екзистенції, ES): три стовпці позначають низький (9,1%, n = 3), середній (72,7%, n = 24) та відносно високий (18,2%, n = 6) рівні. Домінування середнього рівня (центральний стовпець є суттєво вищим за інші) унаочнює, що більшість онкологічних пацієнток зберігає базовий екзистенційний ресурс. Обидві діаграми забезпечені підписами відсотків, що дозволяє точно зчитати числові значення.

Отже, результати описової статистики свідчать про виражений психологічний дистрес у вибірці онкологічних пацієнток: переважна більшість учасниць демонструє клінічно значущі рівні тривожності (97%), депресії (84,8%) та стресу (100% вище норми), тоді як страх смерті розподілився рівномірно між трьома рівнями, що вказує на його відносну автономність від загальної симптоматики. Попри соціальну включеність (78,8% у шлюбі), кожна четверта учасниця відчуває виражену самотність, а більшість зберігає середній рівень осмисленості буття – що може свідчити про наявність екзистенційного ресурсу, здатного відігравати захисну роль у переживанні хвороби.

2.3. Кореляційний аналіз взаємозв’язку страху смерті з рівнем тривожності, депресивності та якістю життя

Для перевірки гіпотез щодо зв’язків між страхом смерті та іншими конструктами застосовувався коефіцієнт рангової кореляції Спірмена (rs). Вибір непараметричного методу зумовлений відносно невеликим обсягом вибірки (n = 33) та відхиленням від нормальності за субшкалою депресії (W = 0,94, p = 0,07). Значущість перевірялась двосторонньо (α = 0,05). Матриця кореляцій представлена у Таблиці 2.4.

Таблиця 2.4

Матриця кореляцій Спірмена між досліджуваними показниками (n = 33)

Показник	1	2	3	4	5
1. Страх смерті	–	0,079	0,142	0,102	−0,341†
2. Депресія		–	0,421*	0,731**	−0,561**
3. Тривожність			–	0,334†	−0,308†
4. Самотність				–	−0,629**
5. Осмисленість					–

***Примітки:** ** p < 0,01; * p < 0,05; † p < 0,10 (тенденція до значущості).*

На рисунку 2.7 представлено теплокарту (heatmap) кореляційної матриці Спірмена між п’ятьма психодіагностичними показниками: страхом смерті (DAS), депресією, тривожністю, самотністю та осмисленістю буття (n = 33).

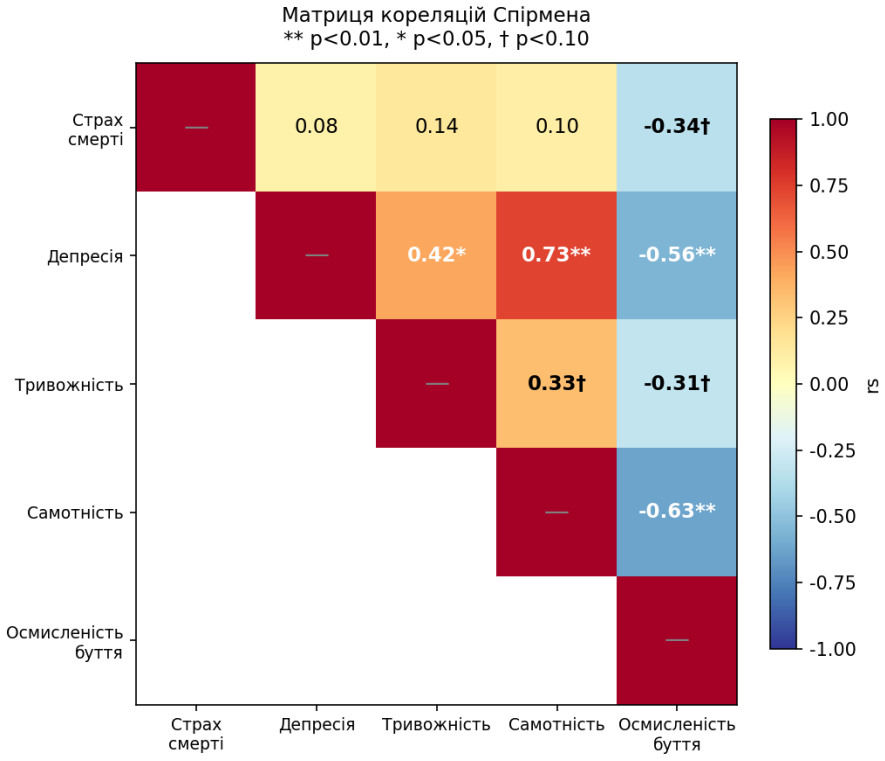


Рис. 2.7. Теплокарта кореляцій Спірмена між психодіагностичними показниками (n = 33)

Матриця є симетричною квадратною таблицею 5×5, де діагональ заповнена значеннями 1,00, що відповідає кореляції кожного показника з самим собою. Інтенсивність кольорового заповнення клітинок відображає силу та напрямок кореляції: темніші відтінки теплих тонів (червоний, помаранчевий) відповідають сильним додатним зв'язкам, темніші відтінки холодних тонів (синій) – сильним від'ємним зв'язкам; нейтральні, світлі клітинки позначають слабкі або відсутні зв'язки. У числовому полі кожної клітинки зазначено точне значення коефіцієнту кореляції (rs), що дозволяє одночасно сприймати і якісну картину (через колір) і кількісну (через числа). Найбільш насичені теплим кольором клітинки – пара «депресія – самотність» (rs = 0,731) та «самотність – осмисленість» (rs = −0,629), що зразу привертає увагу дослідника до центральної ролі самотності у психологічній структурі вибірки. Рядок і стовпець страху смерті (перший по горизонталі і вертикалі) виглядають переважно нейтральними (близькими до нуля), що унаочнює відносну автономність цього показника від інших конструктів.

Зв'язок страху смерті з тривожністю та депресивністю. Кореляція між страхом смерті та депресивністю є статистично незначущою (r_s = 0,079; p = 0,661), як і зв'язок з тривожністю (r_s = 0,142; p = 0,431). Зв'язок зі стресом (r_s = 0,310; p = 0,079) демонструє тенденцію, але не досягає прийнятого рівня α = 0,05. Ці результати свідчать про те, що страх смерті у жінок з онкологічними захворюваннями є відносно автономним феноменом, що не зводиться до загального рівня тривожно-депресивної симптоматики. Потужність критерію для ефекту r = 0,14 при n = 33 становить близько 0,13, що підтверджує: відсутність значущості не є доказом відсутності зв'язку, а лише недостатнього обсягу вибірки для його виявлення.

Для деталізації аналізу вибірку поділено на групи за рівнем страху смерті. Міжгрупові порівняння за U-критерієм Манна-Вітні (Таблиця 2.5) не виявили статистично значущих відмінностей між групами з низьким і високим страхом

смерті за показниками депресії, тривоги та самотності, хоча описова тенденція в бік вищих значень у групі з високим страхом простежується за всіма показниками.

На рисунку 2.8 представлено три діаграми розмаху (ящик з вусами), розміщені горизонтально: ліва відображає показник депресії, центральна – тривожності, права – самотності. У кожній діаграмі зображено три ящики, що відповідають групам з низьким (n = 10), середнім (n = 12) та високим (n = 11) рівнем страху смерті. Кожен ящик відображає міжквартильний розмах, горизонтальна риска всередині позначає медіану, а вертикальні лінії охоплюють діапазон від мінімуму до максимуму. Візуально простежується тенденція до зростання медіанних значень депресії, тривожності та самотності зі збільшенням рівня страху смерті.

Таблиця 2.5

Порівняння груп за U-критерієм Манна–Вітні: низький vs. високий страх смерті

Показник	Низький страх (n=10), M	Високий страх (n=11), M	U	p
Депресія	16,2	20,0	66,5	0,436
Тривожність	21,8	26,2	69,0	0,337
Самотність	35,7	40,4	71,5	0,259
Осмисленість	196,7	169,5	73,0	0,098†

Примітки: † p < 0,10.

Кожен ящик відображає міжквартильний розмах, горизонтальна риска всередині ящика позначає медіану, а вертикальні охоплюють діапазон від мінімуму до максимуму. Для кожної з трьох шкал ящики двох груп розміщено поруч, що дозволяє безпосередньо порівнювати центральну тенденцію, варіабельність та розкид значень.

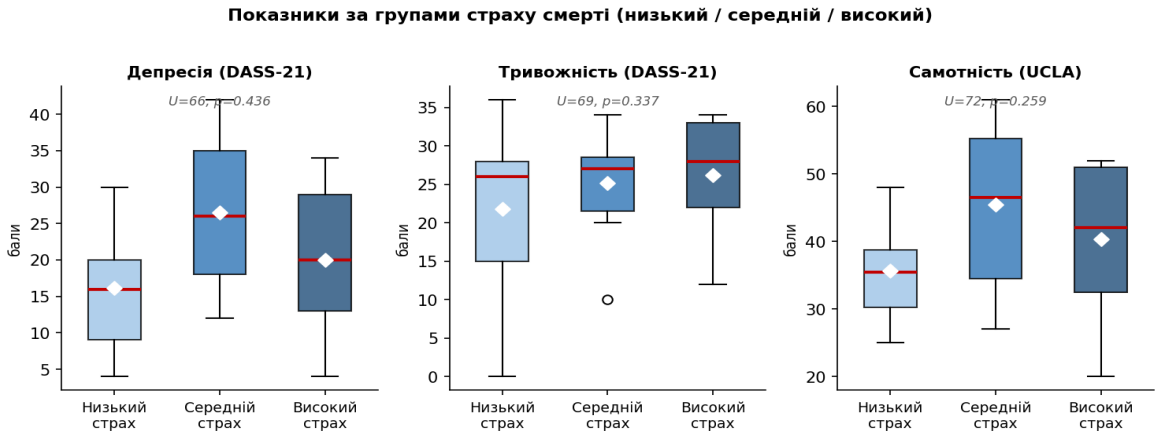


Рис. 2.8. Показники депресії, тривожності та самотності за групами страху смерті (ящик з вусами)

Візуально помітно, що медіанні значення депресії, тривожності та самотності є дещо вищими у групі з високим страхом смерті, хоча перекриття ящиків залишається значним – що корелює із статистично незначущими результатами U-критерію Манна-Вітні ($p > 0,05$ для всіх трьох показників). Таке представлення даних унаочнює описову тенденцію та одночасно пояснює відсутність статистичної значущості через широку варіабельність показників у межах кожної групи.

Зв’язок страху смерті з осмисленістю буття. Найвагомішим результатом у контексті гіпотез дослідження є від’ємна тенденція між страхом смерті та осмисленістю буття ($r_s = −0,341$; $p = 0,052$). Ця величина відповідає ефекту середнього розміру за Коеном ($|r| > 0,30$) і є статистично значущою тенденцією. При $n = 33$ потужність для ефекту $r = 0,34$ становить ≈60% – тобто ймовірність виявити реальний зв’язок, якщо він існує. Виявлений результат інтерпретується в рамках логотерапії В. Франкла та Terror Management Theory [47]: відчуття сенсу власного існування слугує психологічним буфером, що знижує інтенсивність екзистенційного страху перед смертю.

На рисунку 2.9 представлено два точкові графіки (scatterplot), що візуалізують найбільш теоретично значущі двовимірні зв’язки дослідження. Ліва

частина рисунку відображає взаємозв'язок між страхом смерті (вісь X, бали DAS) та осмисленістю буття (вісь Y, бали ES) для усіх 33 учасниць.

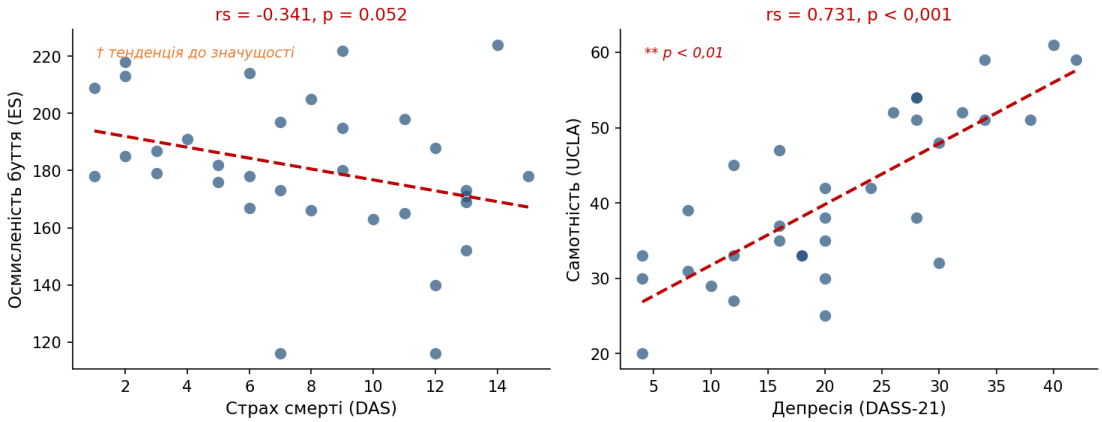


Рис. 2.9. Страх смерті та осмисленість буття (ліворуч); депресія та самотність (праворуч)

Кожна точка на графіку відповідає одній досліджуваній. Лінія регресії (або лінія тренду) має від'ємний нахил, що візуально підтверджує виявлену тенденцію: зі зростанням страху смерті осмисленість буття знижується (rs = −0,341; p = 0,052). Розкид точок навколо лінії тренду є помірним, що відображає ефект середнього розміру за відповідного рівня значущості. Права частина рисунку аналогічно відображає зв'язок між депресією (вісь X) та самотністю (вісь Y): лінія тренду з позитивним нахилом унаочнює сильний додатній зв'язок (rs = 0,731; p < 0,001), а точки розміщені значно щільніше навколо лінії порівняно з лівим графіком. Зіставлення двох графіків в рамках одного рисунку підкреслює різницю між сильним кластерним зв'язком у системі дистресу та помірною тенденцією у парі «страх смерті – осмисленість», що має важливе теоретичне та клінічне значення для розуміння психологічного самопочуття онкологічних пацієнток.

Взаємозв'язки всередині тріади: депресія–самотність–осмисленість. Депресія та самотність утворюють найпотужніший зв'язок у матриці (r_s = 0,731; p < 0,001) – що відображає глибоку взаємообумовленість цих станів. Депресія та осмисленість від'ємно пов'язані (r_s = −0,561; p = 0,001), самотність та

осмисленість – також ($r_s = -0{,}629$; $p < 0{,}001$), підкреслюючи роль соціальної включеності та сенсу як захисних ресурсів. Зв'язок між депресією та тривожністю є помірно значущим ($r_s = 0{,}421$; $p = 0{,}015$), що відображає документовану коморбідність цих станів у онкологічних пацієнток.

Узагальнення. Кореляційний аналіз дозволив виокремити дві відносно незалежних психологічних підсистеми. Перша – системний кластер неблагополуччя: «депресивність – самотність – низька осмисленість», компоненти якого тісно пов'язані між собою. Друга – страх смерті як відносно автономний екзистенційний феномен, що пов'язаний з кластером переважно через осмисленість буття. Це свідчить: стандартна корекція тривожно-депресивної симптоматики не є достатньою для опрацювання танатофобії. Необхідні спеціалізовані екзистенційно орієнтовані інтервенції – логотерапія, ACT, групова терапія, орієнтована на сенс – спрямовані на відновлення осмисленості буття як центрального захисного ресурсу онкологічних пацієнток.

Отримані дані мають важливе значення для розуміння психологічного профілю жінок з онкологічними захворюваннями та для планування психологічної допомоги цій групі. Виявлена структура взаємозв'язків відображає два принципово різні рівні психологічної адаптації до хвороби. Перший рівень – реакційний, пов'язаний із симптомами дистресу (депресія, тривожність, стрес), що зумовлені безпосереднім впливом захворювання та лікування. Другий рівень – екзистенційний, пов'язаний із питаннями сенсу, смертності та соціальної включеності. Кожен з цих рівнів потребує власного терапевтичного підходу і не може бути ефективно вирішений шляхом втручань, спрямованих виключно на протилежний рівень.

З теоретичного погляду, отримані результати узгоджуються з положеннями Теорії керування страхом «Terror Management Theory» (TMT) [47], розробленої Дж. Гринбергом, Ш. Соломоном та Т. Пищинським [60]. Відповідно до TMT, усвідомлення власної смертності є фундаментальним джерелом

екзистенційної тривоги, а психологічні захисні механізми людини спрямовані на буферизацію цього усвідомлення. Осмисленість буття, відповідно до концепції В. Франкла, є одним із таких буферів: коли людина відчуває, що її життя має сенс і мету, страх смерті суб'єктивно переживається менш інтенсивно. Від'ємна тенденція між страхом смерті та осмисленістю ($r_s = -0{,}341$; $p = 0{,}052$), виявлена у нашому дослідженні, є емпіричним відображенням цього теоретичного механізму в групі онкологічних пацієнток.

Результати дослідження також корелюють із сучасними даними психоонкологічних досліджень. Зокрема, висока поширеність тривожних та депресивних симптомів у нашій вибірці (84,8% та 97% учасниць відповідно вище нормативного рівня за депресивністю та тривожністю) відповідає даним метааналізу Мішель А. та ін. [49], який показав, що від 20% до 50% онкологічних пацієнтів мають клінічно значущі симптоми психологічного дистресу. Водночас виявлена у нашому дослідженні відносна автономність страху смерті узгоджується з позицією Уорден Дж. [71], який розглядає танатофобію як специфічний екзистенційний конструкт, що не зводиться до загального рівня тривожності і потребує спеціалізованих психотерапевтичних підходів.

Потрібно враховувати і обмеження отриманих результатів. Відносно невеликий обсяг вибірки ($n = 33$) знижує статистичну потужність аналізу, що особливо актуально для виявлення помірних ефектів. Зокрема, від'ємна тенденція між страхом смерті та осмисленістю ($r_s = -0{,}341$) потребує підтвердження на більшій вибірці для досягнення стандартного порогу значущості $p < 0{,}05$. Поперечний дизайн дослідження не дозволяє робити висновки про причинно-наслідкові зв'язки – зокрема, залишається відкритим питання про те, чи знижена осмисленість є наслідком страху смерті, чи, навпаки, висока осмисленість захищає від розвитку танатофобії. Проспективні дослідження або дослідження, що включають вимірювання до і після психологічних втручань, дозволять уточнити направленість цих зв'язків.

Прикладне значення отриманих результатів полягає у формуванні чітких орієнтирів для психологічної роботи з онкологічними пацієнтками:

– по-перше, враховуючи домінування тривожної та депресивної симптоматики, усі учасниці потребують регулярного психологічного скринінгу та доступу до психологічної підтримки, оскільки лише 3% з них перебувають у нормативному діапазоні за тривожністю;

– по-друге, виявлений зв’язок між самотністю і депресивністю (rs = 0,731) вказує на пріоритетну потребу у групових форматах психологічної допомоги, що сприяють відновленню соціальних зв’язків і почуття належності;

– по-третє, відносна автономність страху смерті від загального дистресу обґрунтовує необхідність спеціалізованих екзистенційних інтервенцій – логотерапії, терапії, орієнтованої на сенс (Сенсоцентрована психотерапія «Meaning-Centered Psychotherapy» (MCP), за В. Брейтбартом [19]), а також Терапія прийняття і відповідальності «Acceptance and Commitment Therapy» (ACT) [59], які доведено ефективні у роботі з онкологічними хворими. Таким чином, комплексна психологічна допомога онкологічним пацієнткам має включати як симптоматично спрямовані інтервенції (зниження тривоги і депресії), так і екзистенційно орієнтовані – відновлення осмисленості буття і трансформацію ставлення до смерті.

Таким чином, кореляційний аналіз виявив дві відносно незалежні психологічні підсистеми у жінок з онкологічними захворюваннями: системний кластер дистресу «депресивність – самотність – низька осмисленість» з тісними внутрішніми зв'язками (rs = 0,421-0,731) та страх смерті як відносно автономний екзистенційний феномен, єдиним значущим корелятом якого є осмисленість буття (rs = −0,341; p = 0,052). Відсутність статистично значущих зв'язків між страхом смерті та тривожністю і депресивністю свідчить про те, що танатофобія не зводиться до загального рівня психологічного дистресу і потребує окремих екзистенційно орієнтованих інтервенцій – логотерапії, MCP та ACT, – тоді як

робота з дистресом має передбачати передусім групові формати, спрямовані на подолання соціальної ізоляції та відновлення осмисленості буття як центрального захисного ресурсу онкологічних пацієнток.

Висновки до ІІ розділу

Емпіричне дослідження психологічного самопочуття 33 жінок з онкологічними захворюваннями (вік 35-74 р., переважно з України) охоплювало п’ять ключових конструктів: страх смерті, депресію, тривожність і стрес, самотність та осмисленість буття. Статистична обробка включала описову статистику, перевірку нормальності за критерієм Шапіро-Вілка, кореляційний аналіз за коефіцієнтом рангової кореляції Спірмена та міжгруповий порівняльний аналіз за U-критерієм Манна-Вітні.

За результатами описової статистики встановлено виражений психологічний дистрес у вибірці. Тривожність є провідним симптомом: лише 1 учасниця (3%) перебуває у нормативному діапазоні, 51,5% – на надзвичайно важкому рівні. Депресивна симптоматика вище норми у 84,8% учасниць, а за субшкалою стресу жодна учасниця не потрапила до нормативного діапазону. Страх смерті розподілився відносно рівномірно між трьома рівнями: низький – 30,3%, середній – 36,4%, високий – 33,3%, що свідчить про гетерогенність вибірки за цим показником. Попри переважно соціально включений статус учасниць (78,8% у шлюбі, 87,9% мають дітей), кожна четверта відчуває виражену суб'єктивну самотність. Більшість учасниць (72,7%) демонструє середній рівень осмисленості буття, що свідчить про збереженість базового екзистенційного ресурсу попри тягар хвороби.

Кореляційний аналіз дозволив виявити дві відносно незалежні психологічні підсистеми. Перша – системний кластер дистресу «депресивність – самотність – низька осмисленість»: депресія і самотність утворюють найпотужніший зв’язок у матриці ($r_s = 0,731$; $p < 0,001$), депресія та осмисленість

від'ємна пов'язані ($rs = -0{,}561$; $p = 0{,}001$), самотність та осмисленість – також ($rs = -0{,}629$; $p < 0{,}001$). Друга підсистема – страх смерті як відносно автономний екзистенційний феномен: його зв'язки з депресивністю ($rs = 0{,}079$) та тривожністю ($rs = 0{,}142$) є статистично незначущими, тоді як від'ємна тенденція з осмисленістю буття ($rs = -0{,}341$; $p = 0{,}052$) відповідає ефекту середнього розміру та узгоджується з положеннями Теорії керування страхом і логотерапії. Міжгруповий аналіз не виявив статистично значущих відмінностей між групами з низьким і високим страхом смерті за показниками дистресу, однак зафіксував тенденцію до нижчої осмисленості у групі з високим страхом ($p = 0{,}098$).

Отримані результати мають важливе прикладне значення. Домінування тривожної та депресивної симптоматики обґрунтовує необхідність обов'язкового психологічного скринінгу для всіх онкологічних пацієнток. Сильний зв'язок самотності з депресивністю вказує на пріоритетність групових форматів психологічної допомоги, що сприяють відновленню соціальних зв'язків і почуття належності. Автономність страху смерті від загального дистресу обґрунтовує необхідність спеціалізованих екзистенційних інтервенцій – логотерапії, терапії, орієнтованої на сенс, та ACT – поряд із симптоматично спрямованою психологічною підтримкою, що в сукупності забезпечує комплексний підхід до психологічного супроводу жінок з онкологічними захворюваннями.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі здійснено теоретичне та емпіричне дослідження особливостей переживання страху смерті у хворих на рак. Відповідно до поставлених завдань отримано такі результати.

1. Теоретичний аналіз феномену страху смерті засвідчив, що він є складним багатовимірним психологічним конструктом з емоційними, когнітивними та мотиваційними компонентами, який виконує як адаптивні (мотивація до самозбереження, стимул до особистісного розвитку), так і дезадаптивні функції (розвиток тривожних і депресивних розладів, уникаюча поведінка, хронічний дистрес). Серед основних теоретичних підходів виокремлено теорію управління терором, теорію управління смислом, екзистенціальну психологію та психоаналітичну теорію. Теорія управління терором розкриває механізми психологічного захисту від усвідомлення смертності через вкладення у культурні світогляди; екзистенціальна психологія розглядає зіткнення зі смертю як потенційний ресурс особистісного зростання. У психоонкологічному контексті страх смерті є центральним екзистенційним переживанням, тісно пов'язаним зі страхом рецидиву, деморалізацією та безнадійністю, а його вираженість динамічно змінюється від страху підтвердження діагнозу на початковому етапі до страху процесу вмирання на термінальній стадії.

2. Визначено особливості переживання страху смерті у пацієнтів з онкологічними захворюваннями. Страх смерті в онкологічному контексті є специфічним екзистенційним конструктом, що не зводиться до загального рівня психологічного дистресу і потребує окремого діагностичного та терапевтичного розгляду. На стадії ремісії домінує страх рецидиву з тривожною румінацією та одержимістю перевіркою симптомів; на термінальній стадії страх смерті набуває форми фобічної симптоматики. Ключовими факторами ризику є молодший вік, пізня стадія захворювання та неадаптивні стратегії подолання, тоді як

психологічна стійкість, осмисленість буття та соціальна підтримка виступають захисними ресурсами.

3. Емпіричне дослідження (n = 33 жінки, вік 35–74 р., переважно з України – 69,7%) проводилось з використанням Шкали страху смерті Темплера, Шкали екзистенції, Шкали депресії, тривоги та стресу і Шкали самотності. Встановлено, що страх смерті розподілився відносно рівномірно між трьома рівнями: низький – 30,3%, середній – 36,4%, високий – 33,3%; середній бал M = 7,85 (SD = 4,19). Кожна третя учасниця демонструє виражену танатофобію. Зв'язок між страхом смерті та віком виявився статистично незначущим (rs = −0,114; p = 0,527), що свідчить про універсальний характер цього переживання для жінок з онкологічним досвідом незалежно від вікової групи.

4. Визначено психологічні чинники, що опосередковують вплив страху смерті на емоційний стан та якість життя. Виявлено дві відносно незалежні психологічні підсистеми. Перша – системний кластер дистресу «депресивність – самотність – низька осмисленість» з тісними внутрішніми зв'язками: депресія і самотність (rs = 0,731; p < 0,001), самотність і осмисленість (rs = −0,629; p < 0,001), депресія і осмисленість (rs = −0,561; p = 0,001). Друга – страх смерті як відносно автономний екзистенційний феномен, що перетинається з першим кластером через осмисленість буття. Від'ємна тенденція між страхом смерті та осмисленістю (rs = −0,341; p = 0,052) відповідає ефекту середнього розміру і свідчить про те, що відчуття сенсу власного існування слугує психологічним буфером, який знижує інтенсивність екзистенційного страху. Порівняльний аналіз підтвердив тенденцію до нижчої осмисленості у групі з високим страхом смерті (M = 169,5 проти M = 196,7; p = 0,098).

5. Дослідження взаємозв'язку страху смерті з тривожністю, депресивністю та якістю життя показало, що кореляції між страхом смерті та депресивністю (rs = 0,079; p = 0,661) і тривожністю (rs = 0,142; p = 0,431) є статистично незначущими, що підтверджує автономність танатофобії від загальної

симптоматики. Натомість у вибірці зафіксовано виражений психологічний дистрес: 97% учасниць перевищують нормативний рівень за тривожністю, 84,8% – за депресивністю, жодна – не потрапила до нормативного діапазону за показником стресу. Попри соціальну включеність більшості учасниць (78,8% у шлюбі), кожна четверта відчуває виражену суб’єктивну самотність. Більшість учасниць (72,7%) зберігає середній рівень осмисленості буття, що свідчить про наявність екзистенційного ресурсу навіть в умовах тяжкої хвороби. Виявлена структура взаємозв'язків відображає два рівні психологічної адаптації – реакційний (симптоматичний дистрес) та екзистенційний (страх смерті, осмисленість), кожен з яких потребує власного терапевтичного підходу.

Практичне значення отриманих результатів полягає в обґрунтуванні комплексного дворівневого підходу до психологічного супроводу онкологічних пацієнток. На симптоматичному рівні пріоритетними є обов’язковий психологічний скринінг та групові формати роботи, що сприяють відновленню соціальних зв'язків і подоланню самотності. На екзистенційному рівні необхідне застосування спеціалізованих інтервенцій – логотерапії, терапії, орієнтованої на сенс, та терапії прийняття і відповідальності, – спрямованих на відновлення осмисленості буття і трансформацію ставлення до смерті. Перспективою подальших досліджень є вивчення цих взаємозв'язків на більших вибірках із залученням лонгітюдного дизайну для встановлення причинно-наслідкових зв’язків між досліджуваними конструктами.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Вараницька М. Психологічні особливості страху смерті у дорослих осіб. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. Серія: Психологічні науки. 2019. Вип. 2. С. 34–39.

2. Гоян І. М., Толкунова І. В., Петранюк А. І., Нестеренко О. В., Артюхова В. В. Життєстійкість особистості: індивідуальні особливості прояву. *Наукові інновації та передові технології*. 2024. № 4(32). С. 1283–1294. DOI: 10.52058/2786-5274-2024-4(32)-1283-1294.

3. Киричок О. Б. Філософія : підручник для студентів вищих навчальних закладів. Полтава, 2010. 381 с.

4. Мовчан М. Страх в онтологічному вимірі. *Філософія і політологія в контексті сучасної культури*. 2014. Вип. 8. С. 83.

5. Мирончак К. В. Зустріч зі смертю: способи організації життєвого досвіду : монографія. Кропивницький, 2020. 196 с.

6. Католик Г. В. Екзистенція страху життя і смерті в сучасних реаліях: мультимодальні та мультикультуральні аспекти (теоретичний та психотерапевтичний досвід) : колективна монографія. Львів, 2022. 224 с.

7. Лисник К. А. Теоретичні та емпіричні моделі подолання високого рівня страху рецидиву в онкоодужуючих. *Психологічний журнал*. 2021. Т. 7, №3. С. 88–97.

8. Савчин М. В. Загальна психологія : навч. посіб. Київ : Академвидав, 2018. 344 с.

9. Про організацію надання психосоціальної допомоги населенню : Наказ МОЗ України від 13.12.2023 № 2118. Офіційний вісник України. 2024. № 15. Ст. 928.

10. Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні: Наказ МОЗ України від 04.06.2020 № 1308. Офіційний вісник України. 2020. № 52. Ст. 1679.

11. Ahmad A., Gaber O. The Relationship between Death Anxiety, Level of Optimism and Religiosity among Adult Cancer Patients: A Predictive Study. *International Journal of Psychological Studies*. 2019. Vol. 11, No. 1. P. 26. DOI: 10.5539/ijps.v11n1p26.

12. Almeida S. N., Elliott R., Silva E., Sales C. M. D. Fear of cancer recurrence: A qualitative systematic review and meta-synthesis of patients' experiences. *Clinical Psychology Review*. 2018. Vol. 68. P. 13–24. DOI: 10.1016/j.cpr.2018.12.001.

13. APA Dictionary of Psychology. *Reference Reviews*. 2007. Vol. 21, No. 3.

14. Atmaca Ç. A Comparative Study of Death Anxiety Levels and Reflections among University Students. *Spiritual Psychology and Counseling*. 2021. P. 109. DOI: 10.37898/spc.2021.6.3.156.

15. Balaji M., Ramya R., Maiti D. A Sententious Review Article on Thanatophobia: Perceptive Death Anxiety. *RGUHS Journal of Nursing Sciences*. 2024. Vol. 14, No. 1. DOI: 10.26463/rjns.14_1_11.

16. Belak R., Goh K. Death anxiety and religiosity in a multicultural sample: a pilot study examining curvilinearity, age and gender in Singapore. *Frontiers in Psychology*. 2024. Vol. 15. DOI: 10.3389/fpsyg.2024.1398620.

17. Binnebesel J. Percepcja lęku przed śmiercią w kontekście Tanatopedagogicznej Relacyjnej Terapii Zastępczej. *Rocznik Andragogiczny*. 2018. Vol. 24. P. 235. DOI: 10.12775/ra.2017.017.

18. Bisseling E., Compen F. R., Schellekens M. P. J., Thewes B., Speckens A., Lee M. L. van der. Exploring Fear of Cancer Recurrence in a Sample of Heterogeneous Distressed Cancer Patients with and Without a Psychiatric Disorder. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2021. Vol. 28, No. 3. P. 419–431. DOI: 10.1007/s10880-021-09776-2.

19. Breitbart W. Existential guilt and the fear of death. *Palliative & Supportive Care*. 2017. Vol. 15, No. 5. P. 509. DOI: 10.1017/s1478951517000797.

20. Cai W., Tang Y., Wu S., Li H. Scale of Death Anxiety (SDA): Development and Validation. *Frontiers in Psychology*. 2017. Vol. 8. DOI: 10.3389/fpsyg.2017.00858.

21. Chen F., Ou M., Xiao Z., Xu X. The relationship between fear of cancer recurrence and death anxiety among Chinese cancer patients: the serial mediation model. BMC Psychiatry. 2024. Vol. 24, No. 1. DOI: 10.1186/s12888-024-05819-8.

22. Counted V., Possamai A., Meade T. Spiritual Well-Being and Depressive Symptoms among Cancer Survivors. *Religions.* 2018. Vol. 9, No. 8. 246. DOI: 10.3390/rel9080246.

23. Coutts-Bain D., Sharpe L., Russell H. V. Death anxiety predicts fear of cancer recurrence and progression in ovarian cancer patients over and above other cognitive factors. *Journal of Behavioral Medicine.* 2023. Vol. 46, No. 6. P. 1023–1034. DOI: 10.1007/s10865-023-00422-w.

24. Curtis K., Dagnall N., Drinkwater K., Denovan A. Facing Death Anxiety: Effects of Professional Exposure To Death and Dying. *Journal of Scientific Exploration*. 2023. Vol. 37, No. 4. P. 616. DOI: 10.31275/20233225.

25. Dar-Nimrod I. Death Awareness and Terror Management Theory. 2022. P. 35. DOI: 10.1007/978-3-031-06932-1_3.

26. Delgado-Guay M. O., Hui D., Parsons H. A., Govan K., De la Cruz M., Thorney S., Bruera E. Spirituality, religiosity, and spiritual pain in advanced cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management.* 2011. Vol. 41, No. 6. P. 986–994. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2010.09.017.

27. Grassi L., Nanni M. G., Rodin G., Li M., Caruso R. Anxiety and depression in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guideline. *ESMO Open.* 2023. Vol. 8, No. 2. 101155. DOI: 10.1016/j.esmoop.2023.101155.

28. Gürbüz A., Yorulmaz O. Death Anxiety in Psychopathology: A Systematic Review. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar*. 2023. Vol. 16, No. 1. P. 159. DOI: 10.18863/pgy.1267748.

29. Hall D. L., Luberto C. M., Philpotts L., Song R., Park E. R., Yeh G. Y. Mind-body interventions for fear of cancer recurrence: A systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology*. 2018. Vol. 27, No. 11. P. 2546–2558. DOI: 10.1002/pon.4757.

30. Heidenreich T., Noyon A., Worrell M., Menzies R. Existential Approaches and Cognitive Behavior Therapy: Challenges and Potential. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2021. Vol. 14, No. 1. P. 209. DOI: 10.1007/s41811-020-00096-1.

31. Hinz A. et al. Age and gender differences in anxiety and depression in cancer patients. *European Journal of Cancer Care.* 2019. Vol. 28, No. 5. Article e13129.

32. Iverach L., Menzies R. G., Menzies R. E. Death anxiety and its role in psychopathology: Reviewing the status of a transdiagnostic construct. *Clinical Psychology Review*. 2014. Vol. 34, No. 7. P. 580–593. DOI: 10.1016/j.cpr.2014.09.002.

33. Izquierdo-Rus T., Hebrero-Martinez I., Martinez-Garcia A., Moreno-Munoz M. The Importance of Social Support, Optimism and Resilience on the Quality of Life of Cancer Patients. *Frontiers in Psychology*. 2022. Vol. 13. 833176. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.833176.

34. Jastrzębski J., Rogoza R., Ślaski S. The hierarchical structure of fear of personal death: from the general factor to specific forms. *Psicologia Reflexão e Crítica*. 2020. Vol. 33, No. 1. DOI: 10.1186/s41155-020-00152-x.

35. Jiménez W., Cusme N., Carpio V., Chasillacta F. Attitude towards death among ukrainians and ecuadorians. *Medwave*. 2023. Vol. 23. DOI: 10.5867/medwave.2023.s1.uta105.

36. Khraban T. Military Dark Humor as a Form of Adaptive Processes and the Individual's Response to Fear of Death (Psycholinguistic Aspect). *Alfred Nobel*

University Journal of Philology. 2021. Vol. 1, No. 21. DOI: 10.32342/2523-4463-2021-1-21-25.

37. Kobyzhcha N. "Digital Death and Immortality" in Contemporary Scientific Discourse. *Digital Platform Information Technologies in Sociocultural Sphere*. 2023. Vol. 6, No. 1. P. 205. DOI: 10.31866/2617-796x.6.1.2023.283991.

38. Krivonis T. G. Anxiety and depression in relatives of patients with cancer. ScienceRise: *Medical Science.* 2020. No. 2 (35). P. 45–50. DOI: 10.15587/2519-4798.2020.199785.

39. Kuo Y., Chang Y., Lin M., Wu M., Shiah Y. Death anxiety as mediator of relationship between renunciation of desire and mental health as predicted by Nonself Theory. *Scientific Reports*. 2022. Vol. 12, No. 1. DOI: 10.1038/s41598-022-14527-w.

40. Kyrylova O., Kyrylova O., Vostroknutov I. Features of somatopsychic manifestations in oncology at different stages of anti-cancer therapy (review article). *Actual Problems of Modern Medicine*. 2020. No. 6. DOI: 10.26565/2617-409x-2020-6-11.

41. Lebel S., Özakinci G., Humphris G., Mutsaers B., Thewes B., Prins J. B., Dinkel A., Butow P. From normal response to clinical problem: definition and clinical features of fear of cancer recurrence. *Supportive Care in Cancer*. 2016. Vol. 24, No. 8. P. 3265–3268. DOI: 10.1007/s00520-016-3272-5.

42. Li X., He Y. Research on the death psychology among Chinese during and after the COVID-19 pandemic. *Scientific Reports*. 2024. Vol. 14, No. 1. DOI: 10.1038/s41598-024-53673-1.

43. Linden W., Vodermaier A., MacKenzie R., Greig D. Anxiety and depression after cancer diagnosis: Prevalence rates by cancer type, gender, and age. *Journal of Affective Disorders.* 2012. Vol. 141, No. 2-3. P. 343–351. DOI: 10.1016/j.jad.2012.03.025.

44. Lu J., Yang Y., Chen H., Ma H., Tan Y. Effects of different psychosocial interventions on death anxiety in patients: a network meta-analysis of randomized

controlled trials. *Frontiers in Psychology*. 2024. Vol. 15. DOI: 10.3389/fpsyg.2024.1362127.

45. Lysnyk K. Theoretical and empirical models of overcoming the high level of fear of cancer recurrence in cancer survivals. *Scientific Bulletin of Kherson State University*. Series Psychological Sciences. 2021. No. 2. P. 144–152. DOI: 10.32999/ksu2312-3206/2021-2-17.

46. Marne K., Harris L. Death Anxiety, Perfectionism and Disordered Eating. *Behaviour Change*. 2016. Vol. 33, No. 4. P. 193. DOI: 10.1017/bec.2016.11.

47. Medenblik A., Basting E., Son S., Sullivan J., Langè S., Jensen M., Stuart G. Terror Management Theory (TMT). 2024. P. 1. DOI: 10.1007/978-3-031-38971-9_1915-1.

48. Menzies R., Menzies R. Death anxiety in the time of COVID-19: theoretical explanations and clinical implications. *The Cognitive Behaviour Therapist*. 2020. Vol. 13. DOI: 10.1017/s1754470x20000215.

49. Mitchell A. J., Chan M., Bhatti H., Halton M., Grassi L., Johansen C., Meader N. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. The Lancet Oncology. 2011. Vol. 12, No. 2. P. 160–174. DOI: 10.1016/s1470-2045(11)70002-x.

50. Mukharovska I. Medical and psychological care for cancer patients at different stages of treatment. ScienceRise: Medical Science. 2017. No. 1 (9). P. 15–20. DOI: 10.15587/2519-4798.2017.91024.

51. Mukharovska I. Psychological help in oncology practice. *Psychosomatic Medicine and General Practice*. 2017. Vol. 2, No. 2. e020219. DOI: 10.26766/pmgp.v2i2.19.

52. Mukharovska I. The analysis of organizational features of psychological help for cancer patients. *ScienceRise: Medical Science*. 2016. No. 8 (4). P. 25–30. DOI: 10.15587/2519-4798.2016.77849.

53. Mukharovska I. The features of psychological response to the disease in cancer patients. *ScienceRise: Medical Science*. 2016. No. 10 (6). P. 16–22. DOI: 10.15587/2519-4798.2016.84037.

54. Niedzwiedz C. L., Knifton L., Robb K. A., Katikireddi S. V., Smith D. J. Depression and anxiety among people living with and beyond cancer: a growing clinical and research priority. *BMC Cancer*. 2019. Vol. 19, No. 1. 943. DOI: 10.1186/s12885-019-6181-4.

55. Oberth P., Springer F., Lehmann-Laue A., Mehnert A. Reduction of death anxiety in patients with advanced cancer in short-term psychotherapy. *Frontiers in Psychology*. 2025. Vol. 16. DOI: 10.3389/fpsyg.2025.1491734.

56. Offenkrantz W. Existential Psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*. 1981. Vol. 138, No. 7. P. 1002. DOI: 10.1176/ajp.138.7.1002.

P. 8. DOI: 10.1108/09504120710737987.

57. Pandya A., Kathuria T. Death Anxiety, Religiosity and Culture: Implications for Therapeutic Process and Future Research. *Religions*. 2021. Vol. 12, No. 1. P. 61. DOI: 10.3390/rel12010061.

58. Pradhan P., Sharpe L., Menzies R. E. Towards a Stepped Care Model for Managing Fear of Cancer Recurrence or Progression in Cancer Survivors. *Cancer Management and Research*. 2021. Vol. 13. P. 8953–8994. DOI: 10.2147/cmar.s294114.

59. Pruitt L. D., Zoellner L. A., Feeny N. C. The impact of ACT and CBT on cancer distress: a randomized controlled pilot study. Psycho-Oncology. 2019. Vol. 28, No. 5. P. 1070–1077. DOI: 10.1002/pon.5067.

60. Pyszczynski T., Greenberg J., Koole S., Solomon S. Experimental Existential Psychology. 2010. DOI: 10.1002/9780470561119.socpsy001020.

61. Qiu J., Xu X. On the effectiveness of Buddhist view of life and death in regulating mortality salience. *Frontiers in Psychology*. 2025. Vol. 15. DOI: 10.3389/fpsyg.2024.1523125.

62. Schnipke B., Mackay M. Existential Issues in Psychotherapy. *PubMed*. 2023. Vol. 20. P. 72.

63. Sinoff G. Thanatophobia (Death Anxiety) in the Elderly: The Problem of the Child's Inability to Assess Their Own Parent's Death Anxiety State. *Frontiers in Medicine*. 2017. Vol. 4. DOI: 10.3389/fmed.2017.00011.

64. Soleimani M., Pahlevan Sharif S. et al. Death anxiety in patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Oncology Nursing*. 2020. Vol. 48. Article 101803.

65. Sweeney C., Turner J., Barrett C. et al. Death Anxiety. 2012. P. 541. DOI: 10.1007/978-1-4419-1005-9_1580.

66. Tao Y., Chen L., He L., Miao J., Yu Y., Zhu X. Hope and depression: the mediating role of social support and spiritual coping in advanced cancer patients. *BMC Psychiatry*. 2022. Vol. 22, No. 1. 345. DOI: 10.1186/s12888-022-03985-1.

67. Tarakeshwar N., Vanderwerker L. C., Paulk E., Pearce M. J., Kasl S. V., Prigerson H. G. Religious coping is associated with the quality of life of patients with advanced cancer. *Journal of Palliative Medicine*. 2006. Vol. 9, No. 3. P. 646–657. DOI: 10.1089/jpm.2006.9.646.

68. Vehling S., Kissane D. W. Existential distress in cancer: Alleviating suffering from fundamental loss and change. *Psycho-Oncology.* 2018. Vol. 27, No. 11. P. 2525–2530. DOI: 10.1002/pon.4872.

69. Vehling S., Malfitano C., Shnall J., Watt S., Panday T., Chiu A., Rydall A., Zimmermann C., Hales S., Rodin G., Lo C. A concept map of death-related anxieties in patients with advanced cancer. *BMJ Supportive & Palliative Care.* 2017. Vol. 7, No. 4. P. 427–434. DOI: 10.1136/bmjspcare-2016-001287.

70. Walbaum C., Philipp R., Bokemeyer C., Härter M., Junghans J. S., Koch U., Oechsle K., Schilling G., Vehling S. Death anxiety in patients with advanced cancer and their family caregivers. *Journal of Pain and Symptom Management.* 2024. Vol. 68, No. 6. P. 622–631. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2024.08.027.

71. Worden J. W. Grief Counseling and Grief Therapy: *A Handbook for the Mental Health Practitioner*. *4th ed. New York* : Springer, 2009. 314 p.

72. World Health Organization. Global cancer burden growing, amidst mounting need for services. *WHO News Release*. 2024. February 1. URL: https://www.who.int/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing--amidst-mounting-need-for-services

73. Yanovskaya S., Turenko R., Kononenko N., Bilous N., Timchenko V. To the Question of Attitude to Death of Middle-Aged People During the War in Ukraine. *Visnyk of V. N. Karazin Kharkiv National University. A Series of Psychology*. 2022. Vol. 73. P. 75. DOI: 10.26565/2225-7756-2022-73-09.

74. Yüksel M., Güneş F., Akdağ C. Investigation of the Death Anxiety and Meaning in Life Levels among Middle-Aged Adults. *Spiritual Psychology and Counseling*. 2017. Vol. 2, No. 2. DOI: 10.12738/spc.2017.2.0024.

75. Zhang Y., Cui C., Wang L., Yu X., Wang Y., Wang X. Death anxiety among advanced cancer patients: a cross-sectional survey. *BMC Palliative Care.* 2022. Vol. 21, No. 1. 3. DOI: 0.1007/s00520-022-06795-z

ДОДАТКИ

Додаток А

СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНА ТА ПСИХОСОЦІАЛЬНА АНКЕТА УЧАСНИКА ДОСЛІДЖЕННЯ

1. Вік: ___ років.
2. Стать:
   – жіноча;
   – чоловіча;
   – інше / не бажаю зазначати.
3. Країна перебування на момент дослідження: _____
4. Сімейний стан:
   – неодружений(а) / не перебуваю у шлюбі;
   – у шлюбі / у партнерських стосунках;
   – розлучений(а);
   – вдовець / вдова.
5. Наявність дітей:
   – так;
   – ні.
6. Час з моменту встановлення онкологічного діагнозу:
   – менше 6 місяців
   – 6–12 місяців;
   – 1–3 роки;
   – понад 3 роки.
7. Етап лікування на момент дослідження:
   – активне лікування;
   – підтримувальна терапія / ремісія;

– завершене лікування;
– інше / важко відповісти.

8. Чи проходите Ви лікування зараз?
– так;
– ні;
– частково / перерви між курсами.

9. Суб’єктивна оцінка психологічного стану за останній місяць:
– відносно стабільний;
– помірно напружений;
– високий рівень напруження;
– дуже важкий емоційний стан.

10. Наявність психологічної підтримки:
– підтримка з боку близьких;
– психолог / психотерапевт;
– медичний персонал;
– не отримую психологічної підтримки;
– інше _____.

11. Чи говорите Ви з кимось відкрито про свої переживання, пов’язані з хворобою?
– так;
– скоріше так;
– скоріше ні;
– ні.

Додаток Б

ШКАЛА СТРАХУ СМЕРТІ Д. ТЕМПЛЕРА (DAS) *(українська адаптація)*

Інструкція. Прочитайте кожне твердження та оберіть відповідь «Так» або «Ні», залежно від того, наскільки воно відповідає вашим відчуттям.

Твердження

1. Я дуже боюся померти.
2. Думки про смерть майже ніколи мене не турбують.
3. Я боюся сильної болісної смерті.
4. Я постійно думаю про те, що життя дуже коротке.
5. Мене лякає думка про власну смерть.
6. Я зовсім не боюся померти.
7. Мене хвилює те, що може статися після смерті.
8. Я часто думаю про те, як саме я помру.
9. Я не боюся втратити свідомість назавжди.
10. Я боюся того, що моє життя може раптово обірватися.
11. Думка про смерть інших людей мене дуже тривожить.
12. Я спокійно ставлюся до думки про власну смерть.
13. Я боюся процесу вмирання більше, ніж самої смерті.
14. Я намагаюся не думати про смерть.
15. Я боюся невідомості, пов’язаної зі смертю.

Додаток В

ШКАЛА ЕКЗИСТЕНЦІЇ (ES). А. ЛЕНГЛЕ, К. ОРГЛЕР *(українська адаптація)*

Інструкція. Прочитайте кожне твердження та оцініть, наскільки воно відповідає вашому звичайному стану або поведінці. Для кожного твердження оберіть один із варіантів відповіді.

Варіанти відповідей

a) вірно;

b) вірно за рідкісними винятками;

c) скоріше вірно;

d) скоріше не вірно;

e) не вірно за рідкісними винятками;

f) не вірно.

Перелік тверджень

1. Часто я кидаю навіть важливу роботу, якщо зусилля, які потрібні, стають надто неприємними.
2. Я відчуваю, що ті завдання, які переді мною стоять, мають для мене значення.
3. Для мене щось має значення лише тоді, коли це відповідає моєму бажанню.
4. У моєму житті немає нічого цінного.
5. Найбільше мені подобається займатися самим собою – моїми турботами, бажаннями, мріями.
6. Зазвичай я буваю розсіяний.
7. Навіть якщо я багато зробив, я не задоволений, тому що відчуваю, що не зробив того, що було важливим.

8. Я завжди орієнтуюся на очікування інших і поступаю відповідно до цього.

9. Мені властиво відкладати неприємні рішення на потім.

10. Мене легко відволікти, навіть якщо я зайнятий тим, що мені подобається.

11. У моєму житті немає нічого такого, чому я хотів би себе присвятити.

12. Я часто не розумію, чому саме я маю це робити.

13. Я думаю, що те життя, яке я веду, ні на що не придатне.

14. Мені важко розуміти сенс речей.

15. Я можу поводитися з самим собою як з добрим другом.

16. Я надто мало часу приділяю тому, що є по-справжньому важливим.

17. У мене відразу ніколи не буває ясності з приводу того, що я можу зробити в будь-якій ситуації.

18. Я багато роблю тільки тому, що я маю це робити, а не тому, що я хочу це зробити.

19. Якщо виникають проблеми, я легко втрачаю голову.

20. Я часто роблю те, що можна з таким самим успіхом зробити і пізніше.

21. Мені щоразу цікаво, що принесе день.

22. Найчастіше, тільки почавши діяти, я розумію, які наслідки має прийняте рішення.

23. Якщо я повинен ухвалити рішення, я не можу покластися на свої почуття.

24. Невпевненість у результаті справи утримує мене від її виконання.

25. Я ніколи точно не знаю, за що я відповідаю.

26. Я почуваюся внутрішньо вільним.

27. Через те, що життя не дало виповнитися моїм бажанням, я відчуваю себе обділеним.

28. Коли я бачу, що не маю вибору, я відчуваю полегшення.

29. Є ситуації, в яких я почуваюся зовсім безпорадним.

30. Я роблю багато такого, в чому я по-справжньому не розбираюся.

31. Зазвичай я не знаю, що у ситуації є важливим.

32. Виконання власних бажань стоїть для мене на першому місці.

33. Мені важко перейнятися почуттями інших.

34. Було б краще, якби мене не було.

35. Багато з того, з чим я пов’язаний, чуже мені.

36. Мені подобається формувати власну думку.

37. Я відчуваю, що розриваюся, бо водночас роблю так багато речей.

38. Мені не вистачає сил, щоб довести до кінця навіть найважливіші речі.

39. Я роблю багато просто так, особливо не замислюючись.

40. Ситуація для мене лише тоді представляє інтерес, коли вона відповідає моїм бажанням.

41. Коли я хворію, то не знаю, що робити з часом.

42. Я рідко бачу, що я маю різні можливості для дії.

43. Я знаходжу навколишній світ одноманітним.

44. Питання, чи хочу я щось зробити, рідко постає переді мною, тому що найчастіше є те, що я повинен робити.

45. У моєму житті немає нічого дійсно хорошого, тому що все має свої плюси та мінуси.

46. Моя внутрішня несвобода і залежність завдають мені багато клопоту.

Додаток Г

ШКАЛИ ДЕПРЕСІЇ, ТРИВОГИ ТА СТРЕСУ (DASS-21) *(українська адаптація)*

Інструкція. Прочитайте кожне твердження та оцініть, наскільки воно відповідає вашому звичайному стану або поведінці. Для кожного твердження оберіть один із варіантів відповіді.

Варіанти відповідей

а) ніколи;

б) іноді;

в) часто;

г) майже завжди.

Перелік тверджень

1. Мені було важко розслабитися.
2. Я відчував сухість у роті.
3. Я взагалі не міг відчувати жодних позитивних почуттів.
4. У мене виникли труднощі з диханням (наприклад, надмірно прискорене дихання, задишка за відсутності фізичного навантаження).
5. Мені було важко проявити ініціативу, щоби щось зробити.
6. Я був схильний надмірно реагувати на ситуації.
7. Я відчував тремтіння (наприклад, в руках).
8. Я відчував, що витрачаю багато нервової енергії.
9. Мене непокоїли ситуації, в яких я міг би запанікувати і виставити себе
10. Я відчував, що мені нема чого чекати.
11. Я почувався неспокійним.

12. Я відчував складнощі в процесі розслаблення.

13. Я почувався пригніченим і сумним.

14. Я був нетерпимий до всього, що заважало мені продовжувати те, що я роблю.

15. Я відчував, що був на межі паніки.

16. Я не міг нічим захопитися.

17. Я відчував, що я нічого не вартий як особистість.

18. Я відчував себе досить образливим.

19. Я усвідомлював роботу свого серця при відсутності фізичного навантаження (наприклад, відчуття прискореного пульсу).

20. Я відчував страх без будь-якої вагомої причини.

21. Я відчував, що життя позбавлене сенсу.

Додаток Д

ШКАЛА САМОТНОСТІ UCLA *(українська адаптація)*

Інструкція. Прочитайте кожне твердження та оцініть, наскільки воно відповідає вашому звичайному стану або поведінці. Для кожного твердження оберіть один із варіантів відповіді.

Варіанти відповідей

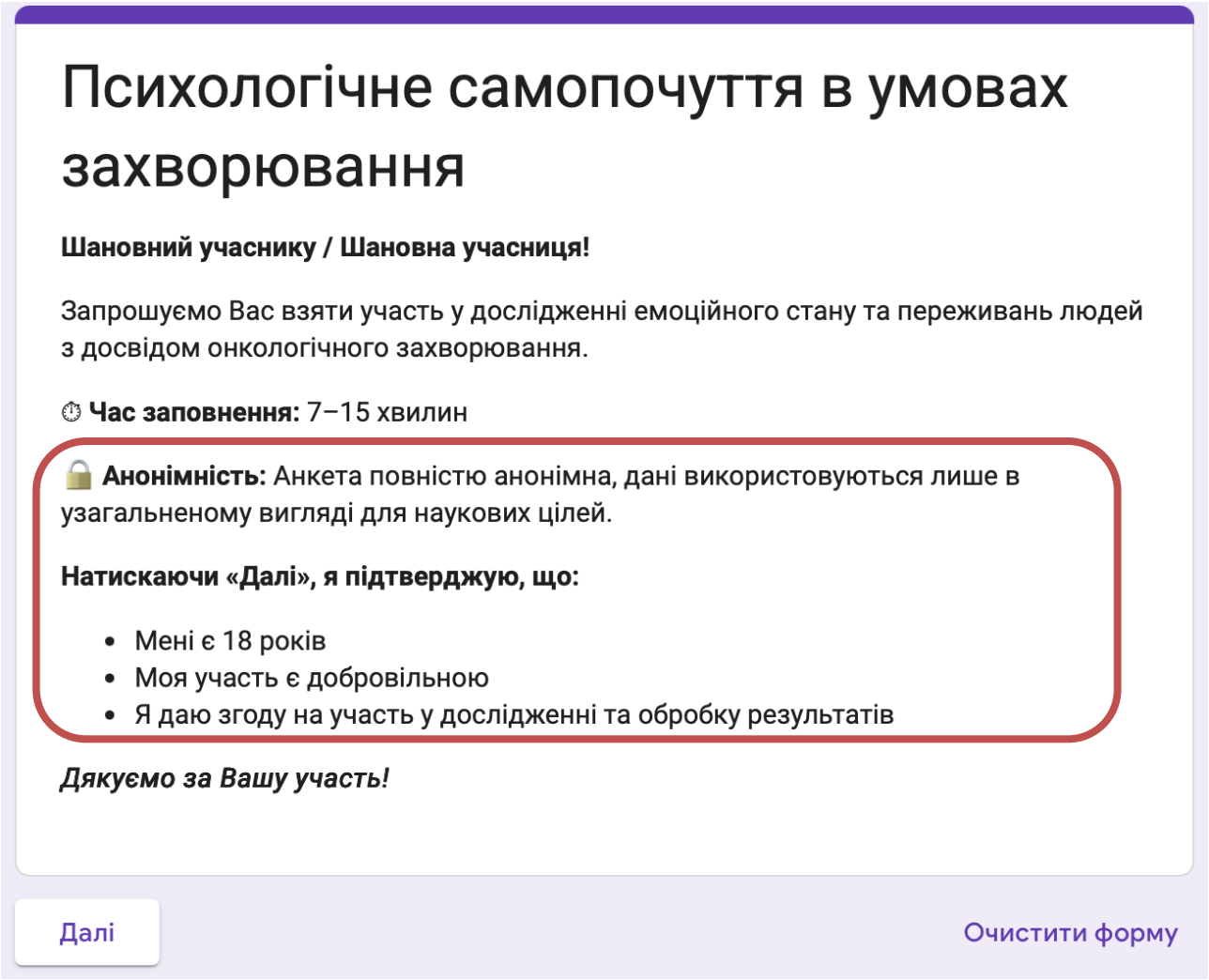
1. Я відчуваю гармонію з оточуючими людьми.
2. Мені бракує товариства.
3. Я не можу ні до кого звернутися.
4. Я не відчуваю себе самотнім.
5. Я відчуваю себе частиною групи.
6. У мене багато спільного з оточуючими людьми.
7. Я більше ні з ким не близький.
8. Мої інтереси та ідеї не поділяють оточуючі.
9. Я комунікабельна людина.
10. Є люди, які мені близькі.
11. Я відчуваю себе покинутим.
12. Мої соціальні відносини поверхневі.
13. Насправді ніхто мене добре не знає.
14. Я відчуваю себе ізольованим від інших.
15. Я можу знайти товариство, коли захочу.
16. Є люди, які мене дійсно розуміють.
17. Я нещасливий, чере те, що настільки замкнутий.
18. Люди поряд зі мною, але не зі мною.
19. Є люди, з якими я можу поговорити.

20. Є люди, до яких я можу звернутися.

Додаток Е

ІНФОРМОВАНА ЗГОДА

Усі респонденти, які взяли участь в опитуванні, надали інформовану згоду на участь у дослідженні. Перед початком заповнення анкети учасники були поінформовані про повну анонімність опитування та використання даних виключно в узагальненому вигляді для наукових цілей. Натискаючи кнопку «Далі», респонденти підтверджували, що їм виповнилося 18 років, їхня участь є добровільною, та вони дають згоду на участь у дослідженні й обробку отриманих результатів.



Психологічне самопочуття в умовах захворювання

Шановний учаснику / Шановна учасниця!

Запрошуємо Вас взяти участь у дослідженні емоційного стану та переживань людей з досвідом онкологічного захворювання.

⏱ **Час заповнення:** 7–15 хвилин

🔒 **Анонімність:** Анкета повністю анонімна, дані використовуються лише в узагальненому вигляді для наукових цілей.

Натискаючи «Далі», я підтверджую, що:

- Мені є 18 років
- Моя участь є добровільною
- Я даю згоду на участь у дослідженні та обробку результатів

Дякуємо за Вашу участь!

Далі

Очистити форму