МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕН. І.І. МЕЧНИКОВА
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ ТА СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ
Кафедра загальної психології і психологічного консультування

Кваліфікаційна робота
на здобуття ступеня вищої освіти «бакалавр»

Психологічні особливості життєстійкості онкохворих жінок, що увійшли в стійку ремісію

Psychological features of resilience in women with cancer who have entered stable remission

Виконала: здобувач(ка) заочної форми навчання
спеціальність 053 Психологія
освітня програма Психологія
Тягній Ольга Юріївна
Керівник: професор, доктор психологічних наук,
Кіреєва З.О. _____
підпис

Рецензент: професор, доктор психологічних наук,
Чернявська Т.П. _____
підпис

Рекомендовано до захисту:
Протокол засідання кафедри
№____ від _____

Захищено на засіданні ЕК
протокол № ___від _____
Оцінка _____/_____/_____
(за національною шкалою, шкалою ECTS, бали)

Завідувач кафедри
_____ З.О.Кіреєва
(підпис) (ПІБ)

Голова ЕК
_____ Ю.Є.Кокоріна
(підпис) (ПІБ)

Одеса – 2026

ЗМІСТ

ВСТУП 3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ ТА ЖИТТЄСТІЙКОСТІ ЖІНОК З ОНКОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ……..6

1.1. Психологічна специфіка онкологічного захворювання як травматичного досвіду для жінки……6

1.2. Концептуальні підходи до розуміння життєстійкості та резильєнтності в сучасній психології…….13

1.3. Резильєнтність як чинник успішної адаптації жінок у період стійкої ремісії……20

ВИСНОВКИ ДО ПЕРШОГО РОЗДІЛУ……..25
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЖИТТЄСТІЙКОСТІ ОНКОХВОРИХ ЖІНОК У ФАЗІ СТІЙКОЇ РЕМІСІЇ……...27

2.1. Організація та методичне забезпечення дослідження…….27

2.2. Опис вибірки дослідження…….32

2.3 Результати дослідження жизнестійкості……...41

ВИСНОВКИ ДО ДРУГОГО РОЗДІЛУ……51
ВИСНОВКИ….....53
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 55

ВСТУП

Актуальність дослідження. Онкологічні захворювання посідають одне з провідних місць серед глобальних медико-соціальних проблем сучасності. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, щороку у світі реєструються мільйони нових випадків онкологічних хвороб, значний відсоток яких припадає на жінок. Завдяки розвитку медичних технологій, ранньої діагностики та ефективності лікування кількість пацієнтів, що досягають стану стійкої ремісії, постійно зростає. Проте завершення медичного лікування не означає завершення психологічного впливу хвороби: для багатьох жінок досвід онкології стає точкою кризи, переоцінки цінностей, зміни ідентичності та способів адаптації до життя. У центрі сучасних психологічних підходів до розуміння адаптації після онкологічного лікування знаходяться поняття життєстійкості та резильєнтності, що описують здатність людини долати труднощі, зберігати психічну рівновагу та продовжувати життєву активність попри травматичний досвід. Життєстійкість розглядається як система переконань, яка включає компонент контролю, залученості та сприймання труднощів як виклику, а не загрози. Резильєнтність натомість акцентує здатність відновлювати психічну стабільність після стресу та формувати більш адаптивні копінг-стратегії. Для жінок, що увійшли у стійку ремісію після онкологічного захворювання, ці конструкції виступають ключовими для збереження психічного здоров'я, соціального функціонування та формування позитивного життєвого прогнозу.

Попри значну кількість медичних досліджень онкопатологій, психологічні аспекти адаптації пережитої хвороби й ремісії вивчені недостатньо, особливо в українському контексті. Зокрема, недостатньо досліджено взаємозв'язок рівня життєстійкості зі стилями переживання хвороби, емоційною стабільністю, тілесністю та соціальною підтримкою. Відтак, вивчення психологічних особливостей життєстійкості онкохворих жінок у ремісії є актуальним, теоретично значущим та практично необхідним напрямом сучасної психології.

Об'єкт дослідження – феномен життєстійкості.

Предмет дослідження – психологічні особливості життєстійкості онкохворих жінок , що увійшли в стійку ремісію.

Мета дослідження роботи — теоретично проаналізувати та емпірично вивчити психологічні особливості життєстійкості жінок у стані стійкої ремісії після онкологічного захворювання.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати теоретичні погляди на проявлення життєстійкісті при переживанні онкологічного захворювання.
2. Емпірично дослідити рівень тривожності, життєстійкості та резильєнтності онкохворих жінок у ремісії.
3. Встановити взаємозв'язки між тривожністю та резильєнтністю, життєстійкістю та її компонентами.

Метод психологічної діагностики містив: адаптована З. Кіреєвою, О. Односталко, Б. Біроном методика резильєнтності CD-RISC-10, що розроблена Campbell-Sills і Stein CD-RISC на основі K.Conner, J.Davidson; тест життєстійкості С. Мадді; тест- опитувальник для пацієнтів GAD-7 – дослідження генералізованої тривожності, розробленим на основі скринінгової методики Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD). В дослідженні брали участь 46 жінок віком від 26 до 80 років, які перебувають в стані стійкої ремісії більше п'яти років. Збір даних здійснювався дистанційно за допомогою платформи Google Forms. Більшість респондентів мають високий освітній рівень (73,9% з вищою освітою) та проживають в Україні, не змінюючи місця проживання під час війни.

Практичне значення роботи. Результати дослідження можуть бути використані в практиці психоонкологічної підтримки: вони дозволять ідентифікувати захисні ресурси і вразливі зони у жінок, що перебувають у ремісії та розробити адресні інтервенції (групові або індивідуальні програми підвищення резильєнтності, тренінги копінгу, модулі психоосвіти). Крім того,

отримані дані можуть бути корисними для лікарів-онкологів і психологів у мультидисциплінарних командах при плануванні супроводу пацієнток в реабілітації, а також для подальших досліджень у галузі психоонкології. Оскільки в Україні зростає потреба в адаптованих рекомендаціях щодо психосоціальної допомоги онкопацієнтам (особливо в умовах сучасних викликів), результати цієї роботи матимуть прикладну цінність для локальної практики.

Структура роботи: робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел (61 найменування, з них 52 іноземномовних) . Загальний обсяг роботи становить 61 сторінка, основний текст викладено на 51 сторінках. Робота містить 5 таблиць та 5 рисунків.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ ТА ЖИТТЄСТІЙКОСТІ ЖІНОК З ОНКОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯ

1.1 Психологічна специфіка онкологічного захворювання як травматичного досвіду для жінки

Онкологічний діагноз для більшості людей є критичною життєвою подією, оскільки різко змінює базові уявлення про безпеку, контроль і передбачуваність майбутнього, а також ставить під сумнів життєві плани й звичні ролі. У психоонкології рак дедалі частіше розглядається не лише як медичний стан, а як досвід, здатний набувати рис психологічної травми: сама ситуація діагностики, очікування результатів, інвазивні процедури, побічні ефекти лікування та тривале «життя під ризиком» можуть виступати повторюваними стресорами на всьому шляху хвороби й одужання. Оглядова робота про «рак як травму» підкреслює, що посттравматичні реакції (зокрема симптоми ПТСР) можуть виникати на різних етапах онкологічного маршруту, а їх вираженість пов’язана як із психосоціальними, так і з медичними чинниками (переживання загрози життю, дистрес, способи подолання, соціальна підтримка тощо)[42].

Критичність онкологічної події проявляється в тому, що вона «перепрошиває» повсякденність і змушує людину переосмислювати власне життя через призму вразливості тіла, можливості рецидиву та невизначеності прогнозу. На рівні суб’єктивного досвіду це часто переживається як втрата колишньої нормальності та поява нового, вимушеного життєвого сценарію: регулярні обстеження, контроль симптомів, залежність від медичної системи, необхідність змінювати побут і робочий ритм. Таке «перекроювання» життєвого простору створює умови для кризи ідентичності, бо людина більше не може спиратися на звичні способи самовизначення (професійні досягнення, соціальні ролі, тілесні можливості, автономність). У якісному дослідженні досвіду онкологічних пацієнтів у ремісії описано процес «відходу»

попереднього Я та рух до «самоузгодженості» (self re-coherence), де центральними стають переживання фрагментації образу себе, зміни у стосунках та потреба зібрати нову цілісність[16].

Онкологічний досвід як загроза тілесній та особистісній цілісності.Одна з ключових ліній загрози ідентичності при онкозахворюванні пов'язана з тілесністю. Лікування може змінювати зовнішність (операції, рубці, втрата волосся),функції тіла (втома, біль, обмеження), репродуктивність і сексуальність, а також формувати відчуття «тіла як джерела небезпеки». У концепції «injured self» показано, що хронічні захворювання, зокрема рак молочної залози, змінюють самоконцепт: тіло починає сприйматися як вразливе й «таке, що зрадило», а звичні інтерпретації тілесних сигналів набувають загрозливого значення (будь-який симптом може читатися як можливий знак повернення хвороби). У результаті онкологічна подія здатна стати центральним вузлом саморепрезентацій — важливою частиною того, як людина описує себе, своє минуле й майбутнє[46]. Ця загроза тілесній цілісності поступово переходить у загрозу екзистенційному ядру ідентичності: уявленням про тривалість життя, стабільність майбутнього, можливість планувати. Звідси виникає феномен «життя з невизначеністю», коли навіть після завершення активного лікування людина може залишатися у стані підвищеної настороженості та внутрішньої перевірки себе. Саме тому травматичність онкологічного досвіду часто має не одиничний, а тривалий і хвилеподібний характер (періоди загострення тривоги можуть повертатися під час контрольних візитів, обстежень, появи нових симптомів). Такий «хронічний травматичний контекст» підсилює ризик посттравматичних реакцій і ускладнює відновлення відчуття безперервності Я[42].

Соціальна ідентичність, стигма та рольові зміни. Ідентичність формується не лише зсередини, а й через взаємодію з іншими. Тому онкозахворювання стає загрозою також для соціальної ідентичності: статус «пацієнта/пацієнтки» може витісняти інші ролі, а соціальне оточення інколи починає бачити людину передусім через призму хвороби. Дослідження,

присвячене стигмі при раку молочної залози, показує, що стигматизація пов’язана зі зниженням якості життя та діє через психологічні механізми — зокрема через підрив смислової впорядкованості життя (meaningfulness) і відчуття узгодженості, що опосередковано впливає на здатність справлятися зі стресом. Автори прямо описують «соціально загрожене відчуття Я», яке виникає через стигму та може підривати смислову орієнтацію людини. У якісному дослідженні «самоідентичності та викликів виживання» після раку (на прикладі різних локалізацій) підкреслюється, що переживання хвороби торкається того, як люди визначають себе, як вибудовують повсякденність і як стикаються з соціальними бар’єрами у відновленні «нормального життя». У центрі опиняються досвіди, пов’язані з поверненням до роботи, ролей у родині, змінами у близьких стосунках та необхідністю переглядати межі власних можливостей. Окремим «вузлом» загрози ідентичності є порушення взаємин і відчуття соціального виключення. У дослідженні процесу відновлення самоузгодженості після раку виділено явище «relational self-disruption» — порушення й фрагментація самовизначення людини у стосунках з іншими, коли значущі зв’язки слабшають, а очікувана підтримка не надається або надається не так, як потрібно. Це не лише емоційно болісно, а й б’є по відчуттю «хто я є» у системі взаємин (партнер/партнерка, мати/батько, колега, друг/подруга)[17].

Наративна ідентичність і «переписування» життєвої історії. Ідентичність значною мірою підтримується наративом - тим, як людина розповідає свою історію, пов’язує минуле, теперішнє й майбутнє в логічну цілісність. Онкологічна подія часто стає «розривом», який важко інтегрувати в життєвий сюжет без втрати відчуття безперервності. Робота, присвячена самовизначальним спогадам (self-defining memories) у довготривалих вижившх після раку молочної залози, показує, що критичний досвід раку вплітається у пам’ять та систему життєвих цілей, а інтеграція смислу в таких спогадах підтримує адаптацію та збереження «континуїтету ідентичності». Автори підкреслюють, що опрацювання й переосмислення цих спогадів (у

тому числі в контексті підтримувальних груп) може сприяти психологічному благополуччю та більш цілісному образу Я[30]. У цій логіці онкозахворювання можна розуміти як подію, що запускає роботу по формуванню нової ідентичності: людина має узгодити новий досвід (вразливість, зміни тіла, ризики) з попередніми уявленнями про себе. Концепція «injured self» підкреслює, що ідентифікація себе як «пацієнтки/пацієнта» або «вижившої/вижившого» може мати різний психологічний ефект: вона здатна підтримувати адаптацію, якщо інтегрована в цілісний та гнучкий образ себе, і навпаки - посилювати дистрес, якщо стає єдиною домінантною самоідентифікацією або пов'язується із соромом та безпорадністю[46].

Реінтеграція як відновлення «соціальної норми» та нової ідентичності. Після завершення активного лікування або у період ремісії значною задачею стає реінтеграція — повернення до соціального життя, професійної діяльності, планування майбутнього. Важливо, що реінтеграція не завжди означає «повернення до колишнього Я»; частіше це процес формування оновленої ідентичності, яка включає досвід хвороби, але не зводить людину лише до нього. Дослідження соціальної реінтеграції молодих дорослих, які пережили рак, демонструє різні типи переживання цього процесу: від активного пошуку повернення до соціальної присутності та роботи - до плутанини через соціальні упередження, потреби в психосоціальній підтримці та сприйняття досвіду як ресурсу для посттравматичного зростання. Висновки авторів підкреслюють потребу в підтримці, що допомагає подолати ідентичнісну кризу, прийняти зміни в собі та інтегрувати хворобу в новий образ Я. Таким чином, онкозахворювання як критична життєва подія створює подвійну загрозу ідентичності: (1) внутрішню — через зміну тілесності, уявлень про безпеку і контроль, порушення безперервності життєвого наративу; (2) зовнішню — через трансформацію соціальних ролей, досвід стигми, зміну якості підтримки та ризик соціального відчуження. Аналітика сучасних відкритих досліджень показує, що ключовими психологічними завданнями на

цьому тлі є відновлення смислової цілісності, гнучка інтеграція «хворобного досвіду» у самоконцепт та підтримка процесів реінтеграції, які дозволяють людині повернутися до «соціальної норми» вже в оновленій, більш узгодженій із пережитим ідентичності[32,46].

Емоційний спектр реакцій на діагноз: від шоку до адаптації. Емоційні реакції на повідомлення онкологічного діагнозу формують складний і динамічний спектр переживань, який у сучасній психоонкології розглядається крізь призму травматичних, стресових і наративних моделей. Узагальнювальні огляди підкреслюють, що для значної частини пацієнтів діагноз раку має характеристики потенційно травматичної події, оскільки пов’язаний із загрозою життю, невизначеністю та інтенсивним лікувальним втручанням. При цьому симптоми гострого стресу та посттравматичні прояви можуть виникати не лише в момент встановлення діагнозу, а й на різних етапах хвороби — під час лікування, у період ремісії або при загрозі рецидиву[42].

Початкова фаза: шок і дезорганізація.У перші дні та тижні після встановлення діагнозу часто спостерігаються реакції шоку, емоційного оніміння, розгубленості, труднощі концентрації уваги. Ці прояви розглядаються як нормативна кризова відповідь на подію високої загрози. Огляд статті «Рак як травма» наголошує, що суб’єктивне переживання загрози життю є одним із провідних предикторів вираженого дистресу, а період встановлення діагнозу характеризується піком тривоги та нав’язливих думок про хворобу [42]. Таким чином, початкова фаза має ознаки дезорганізації - порушення звичного когнітивного та емоційного функціонування. Разом із шоком часто з’являється екзистенційна тривога, пов’язана з усвідомленням смертності, непередбачуваності майбутнього, страхом втрати соціальних ролей. Дослідження досвіду онкопацієнтів описує цей період як момент «зникнення попереднього Я», коли звичні уявлення про себе перестають бути стабільними[15]. Емоційно це може супроводжуватися відчуттям внутрішньої фрагментації та втрати цілісності.

Фаза інтенсивного дистресу: тривога, депресивні реакції, стигма. На наступному етапі, пов’язаному з лікуванням і тілесними змінами, емоційний спектр часто розширюється за рахунок стійкішої тривоги, пригніченості, страху рецидиву, дратівливості. Систематичний аналіз психосоціальних детермінант ПТСР при онкологічних захворюваннях демонструє, що дистрес модерується індивідуальними факторами (копінг-стратегії, рівень соціальної підтримки, попередній психічний стан) та соціальним контекстом[42]. Таким чином, негативні соціальні реакції можуть підсилювати тривогу, сором і ізоляцію, поглиблюючи кризовий стан.

Транзакційна модель стресу та роль когнітивної оцінки. У межах транзакційної моделі стресу емоційні реакції визначаються когнітивною оцінкою ситуації як загрози, втрати або виклику, а також оцінкою власних ресурсів подолання. У контексті онкологічного діагнозу первинна оцінка часто фіксується на загрозі життю; однак подальший перебіг емоційної адаптації залежить від вторинної оцінки — усвідомлення доступності лікування, підтримки та особистих ресурсів[42]. Якщо пацієнт сприймає ситуацію як повністю неконтрольовану, це асоціюється з вищим рівнем тривоги та безпорадності; натомість відчуття часткового контролю й підтримки знижує інтенсивність негативних емоцій.

Наративна модель: інтеграція досвіду та смислова реконструкція. Перехід від гострого дистресу до адаптації часто пов’язаний із процесом смислової реконструкції. Наративні дослідження демонструють, що інтеграція онкологічного досвіду в особисту історію життя сприяє зниженню дистресу й підтримує цілісність ідентичності. Аналіз самовизначальних спогадів у довготривалих вижившиx після раку молочної залози показав, що здатність інтегрувати значення події (усвідомити зміни, нові пріоритети, переоцінку цінностей) пов’язана з кращим психологічним функціонуванням [32]. У межах цієї моделі адаптація розглядається як процес поступового «вписування» кризи в безперервність життєвого наративу. Якісне дослідження процесу «self re-coherence» описує рух від відчуття фрагментації до відновлення

внутрішньої узгодженості, що супроводжується зменшенням хаотичної тривоги та зростанням прийняття[15]. Емоційно цей перехід може включати появу спокійнішого ставлення до невизначеності, розвиток більш реалістичних очікувань і формування нового балансу між вразливістю та життєстійкістю.

Адаптація та посттравматичне зростання. Сучасні дослідження підкреслюють, що адаптація не означає повного зникнення страху чи тривоги. Вона передбачає здатність регулювати емоції, підтримувати соціальне та професійне функціонування, інтегруючи досвід хвороби в оновлений образ себе. У дослідженні соціальної реінтеграції молодих дорослих, які пережили рак, виявлено різні траєкторії адаптації — від труднощів повернення до звичного життя до формування відчуття особистісного зростання та нових життєвих орієнтирів[60]. Посттравматичне зростання розглядається як можливий, але не універсальний результат кризи. Огляд статті «Рак як травма» наголошує, що позитивні зміни (переоцінка цінностей, поглиблення стосунків, зростання внутрішньої сили) можуть співіснувати з періодичними хвилями тривоги чи страху рецидиву[42]. Отже, емоційна адаптація має нелінійний характер і включає поєднання вразливості та ресурсності. Узагальнений аналіз сучасних відкритих досліджень свідчить, що емоційний спектр реакцій на онкологічний діагноз проходить шлях від шокової дезорганізації та екзистенційної тривоги до поступової смислової реконструкції й адаптації. Ключовими механізмами переходу від кризи до відносної стабільності є когнітивна переоцінка, соціальна підтримка, інтеграція досвіду в особистий наратив і відновлення внутрішньої узгодженості. Водночас дистрес і зростання можуть співіснувати, що підкреслює складність і багатовимірність переживання онкологічної кризи .

1.2 Концептуальні підходи до розуміння життєстійкості та резильєтності в сучасній психології.

У сучасній психології проблема адаптації особистості до стресових і кризових умов розглядається крізь призму понять резильєнтності та життєстійкості, які виступають ключовими психологічними ресурсами подолання труднощів. Резильєнтність визначається як динамічний процес позитивної адаптації, що забезпечує збереження або відновлення психічного здоров'я після впливу стресових чи травматичних подій. Важливо підкреслити, що у сучасних підходах резильєнтність розглядається не як стабільна риса, а як процес, що формується у взаємодії індивіда з середовищем[24].

Сучасні концепції резильєнтності наголошують на її багатовимірному характері, який включає когнітивні, емоційні та поведінкові компоненти. Зокрема, важливу роль відіграють когнітивна гнучкість, здатність до позитивної переоцінки ситуації, емоційна регуляція та наявність соціальної підтримки. У цьому контексті резильєнтність розглядається як система взаємопов'язаних механізмів, що забезпечують ефективне функціонування особистості навіть у складних умовах[20]. Крім того, сучасні дослідження підкреслюють зв'язок резильєнтності з такими психологічними феноменами, як посттравматичне зростання, оптимізм і самоефективність. Резильєнтність дозволяє особистості не лише відновлюватися після стресу, але й трансформувати негативний досвід у ресурс для подальшого розвитку, що значно розширює її функціональне значення у психології[11].

Перші дослідження резильєнтності розпочалися у другій половині XX століття в межах вивчення розвитку дітей у несприятливих умовах. Одним із перших дослідників резильєнтності був Н. Гармезі, який вивчав фактори психологічної стійкості у дітей із груп ризику[56]. Подальший розвиток цього напряму пов'язаний із роботами Е.Вернер, яка у своєму лонгітюдному дослідженні довела, що навіть за наявності значних несприятливих умов

частина людей демонструє здатність до успішної адаптації[40]. Значний внесок у теоретичне осмислення резильєнтності зробив М.Раттер, який розглядав її не як стабільну рису, а як динамічний процес взаємодії особистості з середовищем. У сучасній психології важливе місце займають праці Е.Мастен, яка визначає резильєнтність як «звичайну магію» (ordinary magic), підкреслюючи її нормативний характер[33], а також Д. Бонано, який досліджував механізми психологічної стійкості після травматичних подій[13]. Таким чином, у сучасному науковому дискурсі резильєнтність розглядається як багатовимірний, динамічний процес, що забезпечує адаптацію, відновлення та можливість особистісного зростання в умовах стресу.

Поряд із концепцією резильєнтності, у сучасній психології активно використовується поняття життєстійкості (hardiness), розроблене С. Мадді. На відміну від резильєнтності, життєстійкість розглядається як відносно стабільна особистісна характеристика, яка визначає специфіку сприйняття та інтерпретації стресових подій. Вона виступає внутрішнім ресурсом особистості, що знижує негативний вплив стресу та сприяє адаптації[11].

Згідно з екзистенціальною теорією особистості, життєстійкість визначається як конструкція особистісної стійкості, а саме сукупність особистісних характеристик, які діють як ресурс опору під час зіткнення зі складною життєвою ситуацією [27]. Життєстійкість – це внутрішній ресурс людини, те, завдяки чому вона може змінити й переосмислити свої життєві переконання, те, що сприяє підтриманню її фізичного, психологічного, соціального здоров'я, та установка, яка надає життю цінності та смислу в будь-яких ситуаціях[6]. Життєстійкість забезпечує особистість постійною готовністю до конструктивної перебудови своєї поведінки. Так, людина, яка опиняється в складних життєвих ситуаціях, не лише успішно їх вирішує, а й формує нову поведінку, особистісно зростає, стає активним творцем свого життя. У психології проблема життєстійкості розглядалася у контексті дослідження стратегій подолання складних життєвих ситуацій. Загальна спрямованість феномену життєстійкості здійснюється за рахунок свідомої та

несвідомої актуалізації життєвого досвіду, визначається складними життєвими ситуаціями, й водночас надає можливість їхнього подолання. Вона акумулює індивідуальні психологічні властивості людини[29].

С. Мадді у своїх дослідженнях підкреслював багатоаспектність життєстійкості. Він зазначав, що вона є цілісною особистісною характеристикою, загальним показником психічного здоров'я людини, провідною системою установок особистості стосовно себе та світу. Життєстійкість містить три компоненти: включеність, контроль та готовність до ризику (прийняття викликів життя). Всі компоненти є однаково важливими: «компоненти життєстійкості здійснюють синергетичний, інтерактивний ефект, виступають своєрідним буфером стресу» [27]. Включеність – активна залученість у власну життєдіяльність, яка супроводжується вірою в себе, повноцінним прийняттям оточуючої дійсності. Вираженість цього компоненту свідчить про наявність мети, яка надає додаткову мотивацію, сприяє загальній активності особистості. Так, людина з високим рівнем залученості може відчути сильний стимул залишитися у складній ситуації та протистояти її вимогам і наслідкам. Контроль –тенденція до систематизації своїх дій, що своєю чергою допомагає сприймати всі життєві ситуації як результат власних дій, а не як невизначені, несподівані й гнітючі переживання. Люди із сильно вираженим почуттям контролю можуть самостійно впливати на те, що відбувається навколо них, вибирати ефективні способи подолання труднощів в складних життєвих ситуаціях. Вони вірять, що складні життєві ситуації сприяють їхньому розвитку, надають мудрість через отриманий досвід, а не легкий та комфортний шлях [50]. Цей компонент допомагає узгодити складні ситуації з поточним життєвим планом. У складних життєвих ситуаціях включеність та контроль виконують взаємодоповнюючі функції: включеність дозволяє особистості залишатися залученою у ситуацію, а контроль спонукує її докладати активних зусиль для пошуку конструктивного способу їх вирішення. Таким чином, психологічний механізм, за допомогою якого, особистість трансформує складні життєві ситуації в більш сприятливі

переживання містить комбінацію стратегій виживання, які пов'язані з компонентами включеності та контролю. Ці стратегії надають можливість людині залишатися в складній ситуації через їїприхильність та відданість своїм цінностям та цілям і, у той же час, керувати ситуацією та її наслідками [18]. Компонент виклику (прийняття ризику) надає можливість сприймати складну життєву ситуацію як виклик, добре реагувати на будь-які зміни. Компонент ризику сприяє знаходженню сенсу у власному житті та прагненню отримати досвід. Орієнтація на виклик виражається в переконанні, що зміни, а не стабільність є нормальним, конструктивним явищем в житті. Так, очікування змін є цікавим стимулом для особистісного зростання, а не загрозою небезпеки. Виклик знижує рівень сприйняття стресовості ситуації, він призводить до спроб трансформувати себе, самооновитися та самореалізуватися, а не зберігати минулий паттерн існування. Таким чином, спочатку людина знаходить для себе сенс в життєвій ситуації, потім формує ціль, яка відповідає її основним цінностям і, лише тоді, вона стає спроможною оцінити потенційні переваги складної життєвої ситуації та сприйняти її як провідну можливість для особистісного розвитку [53]. Таким чином, життєстійкість є необхідною умовою виживання, здатність людини витримувати й долати важкі життєві ситуації. Протягом останніх років вчені все частіше звертають увагу на конструкцію життєстійкості як внутрішнього ресурсу, який може зм'якшити вплив негативних факторів на фізичне й психічне здоров'я . Життєстійкість допомагає справлятися з складною життєвою ситуацією, і, завдяки цьому, забезпечує соціально-психологічну адаптацію, дозволяє розкрити та реалізувати загальний особистісний потенціал усієї психіки, спрямований на реалізацію позитивної орієнтації в житті [27]. Життєстійкість є необхідним ресурсом особистості не лише для ефективної актуальної життєдіяльності, а і для планування майбутнього. С. Мадді зазначав: «людина постійно здійснює вибір: «вибір минулого» (звичного та знайомого) або «вибір майбутнього» (нового, невизначеного, непередбачуваного)». Постійний вибір на користь минулого призводить до

безсилля та неосмисленості життя, (пошуку смислів поза звичною діяльністю). Вибір, який здійснюватиме людина обумовлюється її активністю,зацікавленістю та впевненістю у своїх силах долати труднощі [27]. Так, мотивація до самоактуалізації, дотримання цінностей та поставлених цілей, дозволяють людині визначати будь-яку ситуацію в більш сприятливому контексті й таким чином, підвищувати ефективність подолання труднощів.

У сучасному науковому дискурсі резильєнтність дедалі частіше розглядається як нелінійний процес, що не обмежується простою моделлю «стрес — відновлення». Дослідники підкреслюють, що адаптація до складних життєвих обставин може відбуватися за різними траєкторіями: від стійкого функціонування без значних порушень до тимчасової дезадаптації з подальшим відновленням або навіть трансформаційним зростанням. Такий підхід дозволяє розглядати резильєнтність як динамічну систему, що змінюється залежно від контексту та індивідуальних особливостей[14]. Однією з ключових характеристик резильєнтності є її контекстуальність. Це означає, що рівень і прояви резильєнтності можуть змінюватися залежно від конкретної ситуації, типу стресора та доступних ресурсів. Людина може демонструвати високий рівень адаптації в одних умовах і водночас відчувати значні труднощі в інших. Таким чином, резильєнтність не є універсальною властивістю, а формується у взаємодії з конкретним середовищем[54]. Суттєвим аспектом сучасного розуміння резильєнтності є її системний характер. Вона розглядається як результат взаємодії різних рівнів — від нейробіологічного до соціального. Зокрема, дослідження показують, що нейрофізіологічні механізми, такі як регуляція гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі, відіграють важливу роль у здатності людини адаптуватися до стресу. Водночас психологічні ресурси та соціальна підтримка виступають ключовими чинниками, що модифікують цей процес[24]. У контексті особистісного функціонування резильєнтність тісно пов’язана з такими характеристиками, як самоефективність, оптимізм та внутрішній локус контролю. Самоефективність визначає віру людини у власну здатність

впоратися зі складними ситуаціями, що прямо впливає на вибір копінг-стратегій. Оптимізм, у свою чергу, сприяє позитивній інтерпретації подій і підтримує мотивацію до подолання труднощів[9]. Особливу увагу в сучасних дослідженнях приділяють ролі смислотворення у процесі резильєнтності. Здатність знаходити сенс у пережитих труднощах розглядається як один із ключових механізмів психологічного відновлення. Смислотворення дозволяє інтегрувати травматичний досвід у життєву історію особистості, що сприяє зниженню рівня дистресу та формуванню нових життєвих орієнтирів[43]. Крім того, у сучасній психології підкреслюється значення гнучкості як центрального механізму резильєнтності. Психологічна гнучкість передбачає здатність змінювати поведінку та стратегії відповідно до вимог ситуації, зберігаючи при цьому орієнтацію на власні цінності. Саме гнучкість дозволяє особистості ефективно адаптуватися до невизначеності та змін[25].

Важливим напрямом сучасних досліджень є вивчення резильєнтності у контексті хронічних захворювань і тривалого стресу. Зокрема, у медичній психології резильєнтність розглядається як ключовий фактор адаптації до захворювання, що впливає на якість життя, психологічне благополуччя та ефективність лікування. Пацієнти з високим рівнем резильєнтності демонструють кращу здатність до прийняття діагнозу, активну участь у лікуванні та більш ефективне подолання емоційних труднощів[47]. У цьому контексті резильєнтність виступає як процес, що включає не лише відновлення, але й адаптацію до нових умов життя. Це особливо актуально у випадках, коли повернення до попереднього стану є неможливим, і особистість змушена формувати нову систему життєвих орієнтирів. Таким чином, резильєнтність забезпечує не просто «повернення назад», а перехід до нового рівня функціонування[14]. Сучасні дослідження також підкреслюють можливість розвитку резильєнтності через цілеспрямовані психологічні інтервенції. До таких інтервенцій відносять тренінги емоційної регуляції, розвиток когнітивної гнучкості, формування навичок усвідомленості та зміцнення соціальних зв’язків. Це свідчить про те, що резильєнтність є не

лише об’єктом теоретичного дослідження, але й важливим напрямом практичної психології[23].

Отже, у сучасній психології резильєнтність постає як складний, багаторівневий і динамічний процес, що забезпечує ефективне відновлення та адаптацію особистості в умовах стресу. Вона включає взаємодію когнітивних, емоційних, поведінкових і соціальних механізмів, що дозволяють людині не лише долати труднощі, але й використовувати їх як ресурс для розвитку. Розуміння резильєнтності як процесу відкриває широкі можливості для подальших досліджень і практичного застосування у сфері психологічної допомоги.

У сучасній психологічній науці проблема співвідношення понять «життєстійкість» (hardiness) та «резильєнтність» (resilience) є предметом активних теоретичних дискусій. Незважаючи на близькість змісту, ці категорії не є тотожними та відображають різні аспекти адаптаційного потенціалу особистості. У зарубіжній психології чітко простежується тенденція до розмежування цих понять: життєстійкість розглядається як відносно стабільна особистісна риса, тоді як резильєнтність — як динамічний процес адаптації до стресу[2]. У зарубіжному науковому дискурсі резильєнтність визначається як процес позитивної адаптації в умовах несприятливих обставин, що включає відновлення, підтримання функціонування та можливість розвитку. Натомість життєстійкість у традиції С. Мадді інтерпретується як особистісна диспозиція, яка визначає спосіб сприйняття стресових подій через компоненти залученості, контролю та виклику. Таким чином, у зарубіжних підходах ці поняття співвідносяться як процес (resilience) і ресурс (hardiness)[1]. В українській психології підходи до співвідношення цих понять мають певну специфіку. Часто спостерігається використання термінів «резильєнтність», «психологічна стійкість» та «життєстійкість» як взаємопов’язаних або навіть частково взаємозамінних категорій. Це зумовлено як особливостями перекладу англомовних термінів, так і розвитком власної теоретичної традиції. Водночас сучасні українські дослідження дедалі більше орієнтуються на чітке

розмежування цих понять[24]. Зокрема, у українських наукових роботах резильєнтність розглядається як інтегративний феномен, що включає здатність до емоційної регуляції, когнітивної гнучкості, соціальної взаємодії та смислотворення. Вона визначається як процес, що забезпечує адаптацію особистості до складних життєвих обставин, включаючи умови тривалого стресу, такі як війна або хронічні захворювання[4]. Водночас життєстійкість у сучасних українських дослідженнях розглядається як система внутрішніх установок і переконань, що забезпечують стабільність психічного функціонування. Деякі автори підкреслюють її як відносно сталу характеристику, що визначає готовність особистості до подолання труднощів, тоді як інші розглядають її як динамічну властивість, що може розвиватися впродовж життя[4]. Таким чином, у сучасній українській та зарубіжній психології спостерігається тенденція до інтеграції понять «життєстійкість» і «резильєнтність» при збереженні їх теоретичного розмежування. Життєстійкість визначає внутрішню готовність особистості до подолання труднощів, тоді як резильєнтність відображає процесуальну сторону адаптації та відновлення.

1.3. Резильєнтність як чинник успішної адаптації жінок у період стійкої ремісії

У сучасній психології проблема подолання наслідків тяжких захворювань, зокрема онкологічних, розглядається крізь призму психологічних ресурсів особистості, які забезпечують ефективну адаптацію та відновлення. У період стійкої ремісії особливого значення набувають внутрішні ресурси, що дозволяють жінкам інтегрувати досвід хвороби у власну життєву історію, відновити психологічну рівновагу та повернутися до соціального функціонування. Психологічні ресурси в цьому контексті розглядаються як сукупність когнітивних, емоційних і поведінкових механізмів, що забезпечують подолання стресу та підтримку благополуччя[47] Одним із ключових психологічних ресурсів є резильєнтність, яка забезпечує

здатність особистості адаптуватися до наслідків хвороби, знижувати рівень дистресу та підтримувати позитивне функціонування. У жінок у період ремісії резильєнтність проявляється у здатності приймати власний досвід, зберігати надію та будувати нові життєві цілі. Дослідження показують, що високий рівень резильєнтності пов'язаний із кращою якістю життя та нижчим рівнем тривоги і депресії у пацієнтів після лікування[47]. Важливу роль у процесі подолання наслідків хвороби відіграє емоційна регуляція. Здатність усвідомлювати, приймати та конструктивно виражати власні емоції дозволяє жінкам ефективніше справлятися з переживаннями, пов'язаними з хворобою, страхом рецидиву та змінами у житті. Емоційна регуляція виступає важливим механізмом зниження психологічного дистресу та підтримки психічного здоров'я[47]. Ще одним значущим ресурсом є смислотворення (meaning-making), яке дозволяє переосмислити досвід хвороби та інтегрувати його у власну життєву перспективу. Жінки, які здатні знаходити сенс у пережитому досвіді, демонструють вищий рівень психологічного благополуччя та посттравматичного зростання. Смислотворення сприяє формуванню нових життєвих цінностей, підвищенню усвідомленості та зміцненню особистісної ідентичності[43]. Суттєвим фактором адаптації у період ремісії є також соціальна підтримка. Наявність підтримуючих відносин із близькими людьми, медичними працівниками та соціальним оточенням сприяє зниженню рівня стресу та підвищенню відчуття безпеки. Соціальна підтримка виступає як зовнішній ресурс, який взаємодіє з внутрішніми ресурсами особистості, посилюючи їх ефективність у процесі адаптації[51]. Особливе значення має також самоефективність як віра у власну здатність контролювати життєві обставини та впливати на власний стан. У жінок у період ремісії високий рівень самоефективності пов'язаний із більш активною позицією у процесі відновлення, кращим дотриманням рекомендацій лікування та більшою впевненістю у майбутньому[47]. Крім того, важливим психологічним ресурсом є оптимізм, який сприяє формуванню позитивного бачення майбутнього та знижує рівень тривоги. Оптимістичне сприйняття ситуації

дозволяє жінкам краще справлятися зі страхом рецидиву та підтримувати мотивацію до життя і розвитку[45]. У сучасній психології також наголошується на ролі посттравматичного зростання як результату ефективного використання психологічних ресурсів. Досвід хвороби може стати джерелом глибоких особистісних змін, таких як переоцінка життєвих цінностей, розвиток нових життєвих сенсів та покращення міжособистісних відносин. Посттравматичне зростання розглядається як важливий показник успішної адаптації у період ремісії[47]. Таким чином, психологічні ресурси відіграють ключову роль у подоланні наслідків хвороби у жінок у період стійкої ремісії. Вони забезпечують не лише відновлення після пережитого досвіду, але й створюють умови для особистісного зростання та розвитку. Резильєнтність як інтегративний ресурс поєднує когнітивні, емоційні та соціальні механізми, що сприяють ефективній адаптації та підтримці психологічного благополуччя.

Період стійкої ремісії після онкологічного захворювання є складним етапом життєвого шляху особистості, що поєднує в собі як позитивні аспекти одужання, так і значні психологічні виклики. Сучасні дослідження підкреслюють, що завершення лікування не означає завершення психологічної адаптації, оскільки пацієнти продовжують переживати наслідки хвороби на емоційному, когнітивному та соціальному рівнях. Зокрема, жінки у стані ремісії часто стикаються з тривалим психологічним дистресом, який включає тривогу, депресивні переживання та страх рецидиву[29]. Однією з ключових особливостей функціонування особистості у період ремісії є необхідність повернення до так званої «соціальної норми», тобто відновлення звичного способу життя, соціальних ролей і міжособистісних взаємодій. Однак цей процес не є лінійним, оскільки після перенесеного захворювання змінюється система цінностей, самооцінка та образ «Я». Жінки можуть відчувати труднощі у відновленні професійної діяльності, соціальних контактів і сімейних ролей, що пов’язано з пережитим досвідом хвороби та її наслідками[22]. Суттєвим психологічним чинником у період ремісії є страх

рецидиву, який розглядається як один із найбільш поширених і стійких проявів психологічного дистресу серед онкопацієнтів. Цей страх може проявлятися у підвищеній тривожності, гіперчутливості до тілесних симптомів і постійному очікуванні негативного розвитку подій. Водночас дослідження показують, що високий рівень резильєнтності пов'язаний із нижчим рівнем страху рецидиву та кращою психологічною адаптацією[12]. У контексті повернення до соціального функціонування важливу роль відіграє відновлення ідентичності особистості. Після перенесеного захворювання жінки часто переглядають власні життєві пріоритети, що може призводити до формування нової системи цінностей. Такий процес супроводжується як труднощами, так і можливостями для особистісного зростання. Дослідження свідчать, що жінки, які змогли інтегрувати досвід хвороби у власну життєву історію, демонструють вищий рівень психологічного благополуччя[31]. Важливим аспектом функціонування у стані ремісії є взаємозв'язок між резильєнтністю та якістю життя. Емпіричні дослідження показують, що резильєнтність виступає значущим предиктором психологічного благополуччя, знижуючи рівень депресії та тривожності, а також сприяючи підвищенню якості життя у жінок після онкологічного лікування[14]. Це дозволяє розглядати резильєнтність як ключовий механізм, що забезпечує ефективну адаптацію до нових життєвих умов. Особливе значення у процесі повернення до «соціальної норми» має соціальна підтримка. Вона виступає важливим ресурсом, що сприяє відновленню соціальних зв'язків, зниженню рівня ізоляції та формуванню відчуття безпеки. Дослідження показують, що високий рівень соціальної підтримки прямо пов'язаний із підвищенням резильєнтності та кращою адаптацією у період ремісії[30]. Крім того, значну роль відіграє емоційна компетентність, зокрема здатність до усвідомлення та регуляції власних емоцій. Дослідження показують, що жінки, які демонструють високий рівень емоційної ясності та здатності до «відновлення настрою», мають вищий рівень резильєнтності та краще справляються з наслідками хвороби [22]. Це

свідчить про важливість розвитку емоційної регуляції як складової психологічної допомоги.

У процесі профілактики рецидивів психологічні фактори також відіграють важливу роль. Хоча безпосередній вплив психологічних змін на біологічні механізми рецидиву залишається предметом досліджень, доведено, що психологічне благополуччя сприяє кращому дотриманню медичних рекомендацій, здоровому способу життя та активній участі у процесі лікування. Це, у свою чергу, опосередковано впливає на загальний стан здоров'я та ризик повторного захворювання [15].

Сучасні дослідження також підкреслюють роль так званого «адаптаційного зсуву», коли особистість змінює критерії оцінки власного благополуччя. У цьому випадку жінки у стані ремісії можуть оцінювати своє життя як більш цінне та значуще, навіть за наявності об'єктивних труднощів. Такий феномен пов'язаний із розвитком посттравматичного зростання та є важливим показником успішної адаптації [31].

Таким чином, психологічні особливості функціонування особистості у період ремісії визначаються складною взаємодією емоційних, когнітивних і соціальних факторів. Повернення до «соціальної норми» є не просто відновленням попереднього стану, а процесом трансформації, що включає переосмислення життєвого досвіду, формування нових цінностей і розвиток психологічних ресурсів. Резильєнтність у цьому контексті виступає ключовим чинником, що забезпечує як адаптацію, так і профілактику негативних психологічних наслідків, сприяючи збереженню психічного здоров'я та якості життя.

ВИСНОВКИ ДО ПЕРШОГО РОЗДІЛУ

У першому розділі здійснено теоретико-методологічний аналіз проблеми життєстійкості та резильєнтності жінок, які пережили онкологічне захворювання та перебувають у стані стійкої ремісії . Встановлено, що онкологічний діагноз виступає критичною життєвою подією з ознаками психологічної травми, яка порушує базові уявлення про безпеку, контроль і стабільність життя, а також спричиняє глибокі зміни в емоційній, когнітивній і соціальній сферах особистості.

Показано, що переживання онкологічного захворювання супроводжується трансформацією ідентичності, зміною образу тіла, порушенням безперервності життєвого наративу та необхідністю формування нової системи самосприйняття. Період ремісії при цьому розглядається як етап тривалої психологічної адаптації, що включає процеси реінтеграції, переосмислення досвіду та повернення до «соціальної норми».

Узагальнення наукових підходів дозволило встановити, що емоційні реакції на онкологічний діагноз мають динамічний характер і варіюють від шоку та дезорганізації до поступової адаптації та смислової реконструкції. При цьому страх рецидиву та тривожність можуть зберігатися навіть у період ремісії, впливаючи на психологічне благополуччя особистості.

У межах розділу обґрунтовано, що життєстійкість і резильєнтність виступають ключовими психологічними ресурсами адаптації. Життєстійкість розглядається як відносно стабільна система особистісних установок (залученість, контроль, прийняття виклику), що визначає спосіб взаємодії зі стресом, тоді як резильєнтність інтерпретується як динамічний процес відновлення та адаптації до складних життєвих обставин.

Доведено, що життєстійкість і резильєнтність є взаємопов’язаними, але не тотожними феноменами: життєстійкість виступає внутрішнім ресурсом адаптації, тоді як резильєнтність відображає процесуальну сторону психологічного відновлення. У контексті онкологічного захворювання

резильєнтність забезпечує інтеграцію травматичного досвіду в життєву історію, зниження рівня дистресу та підтримку функціонування особистості.

Встановлено, що ключовими чинниками ефективної адаптації жінок у період ремісії є емоційна регуляція, смислотворення, соціальна підтримка, самоефективність і оптимізм. Вони сприяють відновленню психологічної рівноваги, формуванню нових життєвих орієнтирів і підвищенню якості життя.

Таким чином, теоретичний аналіз підтверджує, що життєстійкість і резильєнтність є базовими механізмами психологічної адаптації жінок після онкологічного захворювання, що обґрунтовує необхідність їх подальшого емпіричного дослідження.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЖИТТЄСТІЙКОСТІ ОНКОХВОРИХ ЖІНОК У ФАЗІ СТІЙКОЇ РЕМІСІЇ

2.1. Організація та методичне забезпечення дослідження.

Процес організації та проведення емпіричного дослідження складався з кількох етапів: підготовчий; дослідницький та аналітико-інтерпретаційний етап. На підготовчому етапі були виконані такі заходи: проведено теоретичний аналіз життєстійкості та резильєнтності жінок з онкологічними захворюваннями, а також визначення ключових чинників, що впливають на їхню здатність підтримувати психічне здоров'я та адаптуватися до життя після лікування. На дослідницькому етапі здійснили вибір надійних психодіагностичних методик, відповідних меті та завданням, знайшли 46 учасниць для дослідження в громадянській організації «Афіна жінки проти раку» та терапевтичній групі «Онко шлях до світла», які пройшли важке лікування онкологічного захворювання і увійшли в стійку ремісію(більше 5 років без рецидиву). У дослідженні було використано комплекс психодіагностичних методик, спрямованих на вивчення рівня резильєнтності, життєстійкості та тривожності респонденток. Зокрема, застосовано адаптовану З. Кірєєвою, О. Односталко та Б. Біроном методику вимірювання резильєнтності CD-RISC-10, що є скороченою версією шкали, розробленої K. M. Connor та R. T. Davidson, модифікованої Campbell-Sills і Stein.Для оцінки рівня життєстійкості використано тест життєстійкості С. Мадді(адаптований Д.О.Леонтьєвим, Є.І.Расказовою), який дозволяє визначити інтегральний показник життєстійкості та її структурні компоненти: залученість, контроль і прийняття виклику. З метою дослідження рівня тривожності застосовано опитувальник GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7) — валідний скринінговий інструмент для оцінки генералізованої тривожності, розроблений на основі методики Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD).

Розрахунки виконувалися з використанням пакету прикладних комп'ютерних програм універсальної обробки табличних даних Microsoft Excel XP і пакету статистичного аналізу SPSS for Windows v 22.0.

Розглянемо тестові методики для дослідження резильєнтності, життєстійкості та генералізованої тривожності.

Методика резильєнтності адаптована З. Кіреєвою, О. Односталко, Б. Біроном на основі тесту CD-RISC-10 – це психологічний інструмент для оцінки рівня психологічної стійкості (резильєнтності) - здатності людини справлятися з труднощами, стресом, травматичними подіями та адаптуватися до змін. Методика складається з 9 питань, кожен з яких оцінюється за 5-бальною шкалою (0-4), де вищі бали свідчать про високий рівень резильєнтості.Відповіді:0-ніколи,1-рідко,2-іноді,3-часто,4-завжди. Результати : низький рівень до 24,32, середній рівень від 24,32 до 34,4, високий рівень резильєнтності від 34,4. Загальний бал респондента може варіюватися від 0 до 36. Особи із середнім рівнем резильєнтності, як правило, орієнтуються на пошук можливих шляхів розв’язання проблемних ситуацій, здатні брати на себе відповідальність за власне життя, проявляють активність і демонструють достатній рівень саморегуляції емоційних станів та використання внутрішніх ресурсів. Високий рівень резильєнтності характеризується здатністю ефективно долати складні життєві обставини, гнучко адаптуватися до змін, раціонально розподіляти ресурси та обирати оптимальні стратегії поведінки; таким особам притаманні наполегливість, ініціативність і стійкість до стресу. Натомість респонденти з низьким рівнем резильєнтності виявляють обмежену здатність впливати на перебіг стресових ситуацій, схильні до втрати ресурсів, демонструють ригідність у поведінці та труднощі в адаптації до нових життєвих викликів[5,6]

Тест життєстійкості Мадді дозволяє дослідити життєстійкість як систему переконань про себе, світ, відносини з ним, які дозволяють витримувати та ефективно долати стресові ситуації. Є адаптацію опитувальника Hardiness Survey, розробленого американським психологом С.

Мадді. Адаптована і видана ця методика була в 2006 році. Методика включає в себе окрім життєстійкості ще три порівняно автономних компонента: залученість, контроль, прийняття ризику. Виразність цих компонентів і життєстійкості в цілому перешкоджає виникненню внутрішньої напруги в стресових ситуаціях за рахунок стійкого совладания зі стресами і сприйняття їх як менш значущих. Методика містить 45 тверджень, відповіді на які наступні : ні, скоріше ні ніж так,скоріше так ніж ні, так. Для підрахунку результатів відповідей на прямі пункти присвоюються бали від 0 до 3 («ні» - 0 балів, «скоріше ні, ніж так» - 1 бал, «скоріше так, ніж ні» - 2 бали, «так» - 3 бали) , відповідям на зворотні пункти присвоюються бали від 3 до 0 («ні» - 3 бали, «так» - 0 балів). Потім підсумовується загальний бал життєстійкості і показники для кожної з 3 субшкал (залученості, контролю і прийняття ризику). Прямі та зворотні пункти для кожної шкали представлені нижче.

Таблиця 2.1

Прямі та зворотні пункти для кожної шкали

	прямі пункти	зворотні пункти
залученість	4, 12, 22, 23, 24, 29, 41	2, 3, 10, 11, 14, 28, 32, 37, 38, 40, 42
контроль	9, 15, 17, 21, 25, 44	1, 5, 6, 8, 16, 20, 27, 31, 35, 39, 43
прийняття ризику	34, 45	7, 13, 18, 19, 26, 30, 33, 36

У структурі опитувальника життєстійкості С. Мадді передбачено використання як прямих, так і зворотних (інверсних) пунктів. Прямі твердження відображають позитивно сформульовані установки, що відповідають високому рівню життєстійкості, тому їх оцінювання здійснюється без змін. Зворотні пункти, навпаки, формулюються таким чином, що відображають протилежні тенденції (пасивність, безпорадність, уникнення), у зв'язку з чим перед підрахунком результатів їхні бали підлягають реверсії. Використання прямих і зворотних тверджень підвищує

надійність методики та дозволяє зменшити вплив соціально бажаних відповідей[30].

Таблиця 2.2

Середні і стандартні відхилення загального показника і шкал Тесту життєстійкості С. Мадді

норми	життєстійкість	залученість	контроль	прийняття ризику
середнє	80,72	37,64	29,17	13,91
квадратичне відхилення	18,53	8,08	8,43	4,39

Залученість визначається як «переконаність в тому, що залученість в події дає максимальний шанс знайти щось достойне і цікаве для особистості». Людина з розвиненим компонентом залученості отримує задоволення від власної діяльності. На противагу цьому, відсутність подібної переконаності породжує відчуття отвергнутости, відчуття себе «поза» життя. «Якщо ви відчуваєте впевненість в собі і в тому, що світ великодушний, вам властива залученість».

Контроль є переконаність в тому, що боротьба дозволяє вплинути на результат того, що відбувається, нехай навіть цей вплив не абсолютно і успіх не гарантований. Протилежність цьому - відчуття власної безпорадності. Людина з сильно розвиненим компонентом контролю відчуває, що сам вибирає власну діяльність, свій шлях.

Прийняття ризику - переконаність людини в тому, що все те, що з ним трапляється, сприяє його розвитку за рахунок знань, які з досвіду, - неважливо,

позитивного або негативного. Людина, який розглядає життя як спосіб набуття досвіду, готовий діяти за відсутності надійних гарантій успіху, на свій страх і ризик, вважаючи прагнення до простого комфорту і безпеки збіднює життя особистості. В основі прийняття ризику лежить ідея розвитку через активне засвоєння знань з досвіду і використовувались**.** Виразність всіх трьох компонентів життєстійкості необхідна для збереження здоров'я і оптимального рівня працездатності і активності в стресогенних умовах.[35]

Опитувальник з генералізованої тривоги (GAD-7) – є стандартизованим психодіагностичним інструментом для скринінгу та оцінки рівня генералізованої тривожності. Методика базується на діагностичних критеріях та була створена в контексті первинної медичної допомоги як частина системи оцінювання психічних розладів. Розробником GAD-7 є Р. Спітцер, доктор медичних наук, кафедра психіатрії, психіатричний інститут штату Нью-Йорк. Розробка шкали GAD-7 була підтримана необмеженим освітнім грантом від компанії Pfizer Inc у 2006 році. Шкала з 7 пунктів має хорошу надійність, а також критеріальну, конструктну, факторну та процедурну валідність; чутливість (89%) і специфічність (82%). В опитувальнику GAD-7 респондентам пропонується оцінити рівень симптомів тривоги протягом останніх двох тижнів. При цьому використовуються такі оцінки як «ніколи», «окремі дні», «більше як половину днів», «майже кожен». При багаторазовому проведенні опитування на початку, в середині та наприкінці терапії відповіді можуть бути використані для відстеження прогресу.

Таблиця 2.3

Середні і стандартні відхилення загального показника і шкал Тесту-опитувальник GAD-7

Норми	Тривожність
Середне	8,06
квадратичне відхилення	5,28

Таким чином, методика GAD-7 є ефективним інструментом для швидкого виявлення тривожних симптомів та оцінки їх вираженості, що робить її доцільною для застосування у вибірках осіб, які пережили стресові або кризові події, зокрема тяжкі захворювання.

2.2. Опис вибірки дослідження й особливості онкологічних захворювань

В дослідженні прийняли участь 46 онкохворих жінок, які пройшли важке лікування (хіміотерапія, променева терапія, таргет та оперативне втручання) та увійшли в фазу стійкої ремісії(більше 5 років без рецидиву). Віковий склад учасниць дослідження варіюється в межах від 26 до 70 років. Це дозволяє охопити різні етапи дорослого життя. Така вікова різноманітність вибірки сприяє більш повному аналізу досліджуваного феномену.

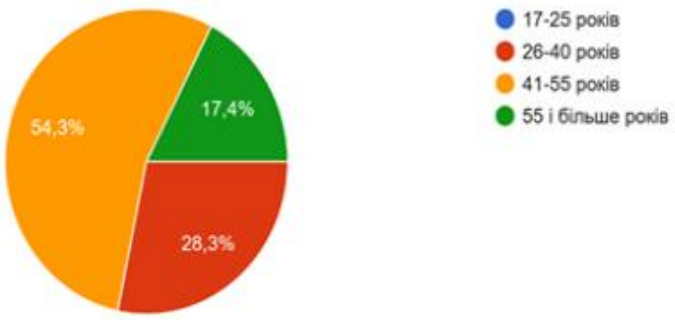

Рис. 2.1 Віковий розподіл вибірки (у %)

Освітній рівень досліджуваних жінок є різноманітним та охоплює середню, середню спеціальну та вищу освіту. Переважна частина вибірки має вищу освіту, що свідчить про достатній рівень когнітивних та соціальних ресурсів.(Рис. 2.2) Така освітня структура вибірки дозволяє більш комплексно проаналізувати особливості життєстійкості в умовах різного освітнього досвіду.

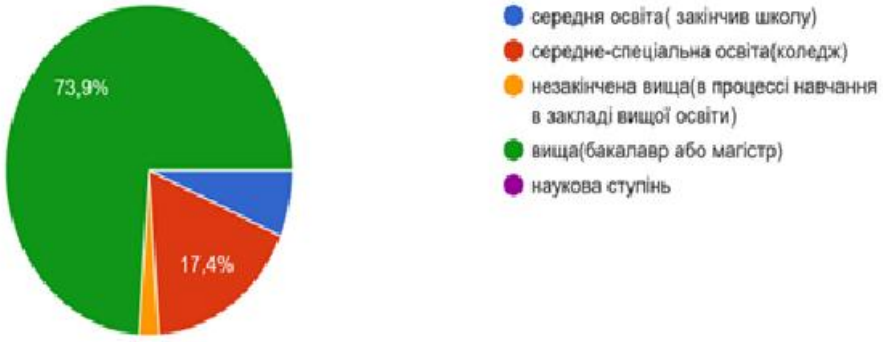

Рис. 2.2 Розподіл респонденток за рівнем освіти (у %)

Розподіл респонденток за видом онкологічного захворювання є важливою характеристикою досліджуваної вибірки. У представленій вибірці відображено різні типи онкологічних захворювань, що дозволяє більш комплексно проаналізувати особливості життєстійкості. Відповідні дані наочно представлені в таблиці 2.4.

Таблиця 2.4

Розподіл респонденток за видом онкологічного захворювання (у %)

Вид раку	**%**
Рак молочної залози	32,6
Рак яєчників	19,6
Рак шийки матки	15,2
Рак кишківника	10,9
Лімфома	21,7

За даними сучасної онкологічної статистики, найбільш поширеним онкологічним захворюванням серед жінок є рак молочної залози, який займає перше місце за рівнем захворюваності. Друге місце посідає колоректальний рак, а третє — рак легень. Серед онкологічних захворювань жіночої репродуктивної системи лідируючі позиції займають рак шийки матки та рак яєчників. Оскільки в вибірці досліджень нема досліджуваних жінок з раком легень, розглянемо кожний вид раку окремо.

Рак молочної залози є одним із найбільш поширених онкологічних захворювань серед жінок та займає провідне місце у структурі онкопатології жіночого населення в усьому світі. Висока поширеність даного захворювання зумовлює значну увагу як з боку медичної спільноти, так і психологів, оскільки воно впливає не лише на фізичний стан жінки, але й на її психоемоційне благополуччя[57]. Сучасні методи діагностики та лікування дозволяють значно підвищити рівень виживаності пацієнток, однак процес лікування часто є тривалим і супроводжується складними фізичними та психологічними випробуваннями[37]. Особливістю раку молочної залози є те, що він безпосередньо пов’язаний із образом тіла та жіночою ідентичністю. Хірургічне втручання, зокрема мастектомія або органозберігаючі операції, може призводити до змін у сприйнятті власного тіла, зниження самооцінки та відчуття втрати жіночності, що впливає на міжособистісні відносини та якість життя [19]. Рак молочної залози є гетерогенним захворюванням і класифікується за різними біологічними ознаками, зокрема за гормональною чутливістю пухлини. Виділяють гормонозалежні та негормонозалежні форми раку молочної залози. Гормонозалежний рак характеризується наявністю рецепторів до естрогену або прогестерону, що обумовлює залежність росту пухлини від гормонального фону організму та визначає ефективність гормональної терапії. Натомість негормонозалежні форми не мають таких рецепторів, що ускладнює лікування та обмежує можливості застосування гормональних препаратів, вимагаючи використання інших терапевтичних підходів[37].Додатковими факторами психологічного навантаження є побічні ефекти хіміотерапії та променевої терапії, такі як випадіння волосся, слабкість, зміни зовнішності, що посилює емоційний дистрес[19]. Психологічна реакція на діагноз раку молочної залози часто проходить через кілька етапів: від шоку, заперечення та страху до поступового прийняття ситуації та адаптації до нових умов життя. Одним із найбільш значущих психологічних факторів є страх рецидиву, який може зберігатися навіть у період стійкої ремісії та впливати на повсякденне функціонування жінки. У зв’язку з цим важливу роль відіграють

механізми психологічної адаптації, зокрема копінг-стратегії, рівень соціальної підтримки та здатність до емоційної регуляції[28].

Рак яєчників є одним із найбільш складних і небезпечних онкологічних захворювань жіночої репродуктивної системи, що характеризується високим рівнем латентності на ранніх стадіях та складністю своєчасної діагностики. Особливістю даного захворювання є відсутність специфічних симптомів на початкових етапах розвитку, що часто призводить до виявлення хвороби вже на пізніх стадіях. Це зумовлює не лише складність медичного лікування, але й значне психологічне навантаження на жінку, пов'язане з усвідомленням серйозності діагнозу та невизначеністю прогнозу[40,59]Лікування раку яєчників зазвичай передбачає комплексний підхід, який включає хірургічне втручання та хіміотерапію. У багатьох випадках це супроводжується видаленням репродуктивних органів, що має глибокий вплив на психоемоційний стан жінки[40]. Втрата можливості народження дітей, порушення гормонального балансу та зміни у фізичному самопочутті можуть викликати переживання втрати, тривоги, депресивні реакції та зниження самооцінки. Крім того, значний вплив мають і побічні ефекти лікування, які позначаються на загальному самопочутті та якості життя. Психологічні особливості переживання раку яєчників пов'язані з високим рівнем тривожності та страху, зокрема страху смерті, страху рецидиву та невизначеності майбутнього. Жінки можуть відчувати емоційну нестабільність, труднощі у прийнятті власного стану та зниження відчуття контролю над власним життям[21]. У період ремісії, незважаючи на покращення фізичного стану, психологічна напруга може зберігатися, що вимагає особливої уваги до процесів адаптації та відновлення[28].

Рак шийки матки є одним із найбільш поширених онкологічних захворювань жіночої репродуктивної системи та характеризується різноманітністю клінічних форм[58]. Найчастіше виділяють плоскоклітинний рак, який становить більшість випадків, та аденокарциному, що розвивається з залозистих клітин шийки матки[38]. Розвиток даного захворювання тісно

пов’язаний з інфікуванням вірусом папіломи людини (ВПЛ), що виступає ключовим етіологічним чинником[58]. Лікування раку шийки матки залежить від стадії захворювання та включає хірургічне втручання (зокрема конізацію або гістеректомію), променеву терапію та хіміотерапію. У багатьох випадках застосовується комбінований підхід, який дозволяє підвищити ефективність лікування, але водночас супроводжується значним фізичним та емоційним навантаженням на жінку[41]. Психологічний вплив раку шийки матки є комплексним і охоплює різні сфери життя особистості. Діагноз онкологічного захворювання викликає сильні емоційні реакції, зокрема страх, тривогу, невизначеність щодо майбутнього та переживання за власне життя. Особливого значення набувають зміни, пов’язані з репродуктивною функцією, оскільки хірургічне лікування може призводити до втрати можливості народження дітей, що супроводжується почуттям втрати, зниженням самооцінки та кризою жіночої ідентичності. Додатковим фактором психологічного навантаження є можливе відчуття стигматизації, пов’язане з етіологією захворювання, що може ускладнювати міжособистісні та інтимні стосунки.У період лікування та ремісії жінки можуть стикатися з тривалим емоційним дистресом, страхом рецидиву та труднощами адаптації до нових життєвих умов. Важливу роль у подоланні цих труднощів відіграють психологічні ресурси особистості, зокрема життєстійкість та резильєнтність, які сприяють відновленню психологічної рівноваги, прийняттю змін та поверненню до активного соціального життя. Таким чином, рак шийки матки є не лише медичною, але й значущою психологічною проблемою, що потребує комплексного підходу до лікування та психологічного супроводу[49].

Рак кишківника (колоректальний рак) є одним із найбільш поширених онкологічних захворювань у світі та охоплює злоякісні новоутворення товстої та прямої кишки. Залежно від локалізації та гістологічних особливостей виділяють рак ободової кишки та рак прямої кишки, при цьому найпоширенішою формою є аденокарцинома, що розвивається з епітеліальних клітин слизової оболонких. Розвиток даного захворювання пов’язаний із

низкою факторів ризику, зокрема особливостями харчування, малорухливим способом життя, спадковою схильністю та хронічними запальними захворюваннями кишківника. На ранніх стадіях рак кишківника часто має маловиражену симптоматику, що ускладнює своєчасну діагностику, тоді як на пізніх стадіях можуть з’являтися болі, порушення травлення, кровотечі та загальне виснаження організму.Лікування колоректального раку залежить від стадії захворювання та включає хірургічне втручання, хіміотерапію та променеву терапію. Основним методом є оперативне видалення пухлини, яке в окремих випадках може супроводжуватися формуванням стоми (виведення кишки на передню черевну стінку), що значно впливає на подальший спосіб життя пацієнтки. Комбіноване лікування дозволяє підвищити ефективність терапії, проте супроводжується фізичними ускладненнями, такими як слабкість, біль, зміни травлення та загальне зниження якості життя[39]. Психологічний вплив раку кишківника є значним і багатовимірним. Діагноз онкологічного захворювання викликає у жінок виражені емоційні реакції, зокрема страх, тривогу, невизначеність та переживання щодо майбутнього. Особливого значення набувають зміни, пов’язані з функціонуванням організму, а також можливість формування стоми, що може спричиняти відчуття сорому, зниження самооцінки та труднощі у соціальній адаптації. Жінки можуть переживати порушення образу тіла, уникати соціальних контактів та відчувати зниження якості міжособистісних взаємодій.У період лікування та ремісії значна частина пацієнток стикається з тривалим психологічним дистресом, страхом рецидиву та необхідністю пристосування до нових умов життя. Важливу роль у подоланні цих труднощів відіграють внутрішні ресурси особистості, зокрема життєстійкість та резильєнтність, які сприяють ефективній адаптації, прийняттю змін та відновленню психологічного благополуччя. Підтримка з боку оточення, використання ефективних копінг-стратегій та психологічний супровід є важливими чинниками покращення якості життя жінок із даним захворюванням[55].

Лімфома є злоякісним новоутворенням лімфатичної системи, яке виникає внаслідок патологічної проліферації лімфоцитів. До основних видів лімфом належать Лімфома Ходжкіна та Неходжкінські лімфоми, які відрізняються за морфологічними, клінічними та прогностичними характеристиками. Лімфома Ходжкіна характеризується наявністю специфічних клітин Ріда–Штернберга та має відносно сприятливий прогноз за умови своєчасного лікування. Неходжкінські лімфоми є більш різноманітною групою захворювань, які можуть мати як повільний (індолентний), так і агресивний перебіг. Залежно від локалізації, лімфоми можуть уражати лімфатичні вузли, селезінку, кістковий мозок, а також інші органи[36].

Лікування лімфом залежить від їх виду, стадії захворювання та загального стану пацієнтки. Основними методами терапії є хіміотерапія, імунотерапія, таргетна терапія та променева терапія. У деяких випадках застосовується трансплантація кісткового мозку або стовбурових клітин. Сучасні підходи до лікування значно підвищили рівень виживаності пацієнтів, особливо при ранньому виявленні захворювання. Проте лікування часто є тривалим і супроводжується побічними ефектами, такими як зниження імунітету, слабкість, випадіння волосся та підвищена втомлюваність, що впливає на загальний стан та якість життя[10,36].

До основних груп ризику розвитку лімфом належать особи зі зниженим імунітетом, зокрема пацієнти з ВІЛ-інфекцією, аутоімунними захворюваннями або ті, хто проходив тривалу імуносупресивну терапію. Важливим фактором ризику є також інфекційні агенти, зокрема вірус Епштейна–Барр, а також генетична схильність. Лімфоми можуть виникати у будь-якому віці, проте для окремих типів характерні певні вікові піки: лімфома Ходжкіна частіше зустрічається у молодому віці, тоді як неходжкінські лімфоми — у старших вікових групах[36].

Психологічний вплив лімфоми є значним і проявляється у вигляді тривоги, страху, емоційної нестабільності та переживання невизначеності щодо майбутнього. Особливістю даного захворювання є його системний

характер, що може посилювати відчуття втрати контролю над власним тілом. У період лікування та ремісії пацієнтки можуть стикатися з хронічною втомою, страхом рецидиву та труднощами адаптації до звичного способу життя. У цьому контексті важливу роль відіграють психологічні ресурси особистості, зокрема життєстійкість та резильєнтність, які сприяють подоланню наслідків захворювання, відновленню психологічної рівноваги та покращенню якості життя[9].

За результатами опитування щодо сприйняття надії як психологічного ресурсу було встановлено, що переважна більшість респонденток (84,8%) розглядають надію як важливий ресурс у подоланні життєвих труднощів. Водночас 15,2% опитаних не вважають надію значущим ресурсом. Отримані дані свідчать про те, що для більшості жінок надія виконує підтримувальну функцію та може виступати важливим чинником психологічної адаптації в умовах захворювання.

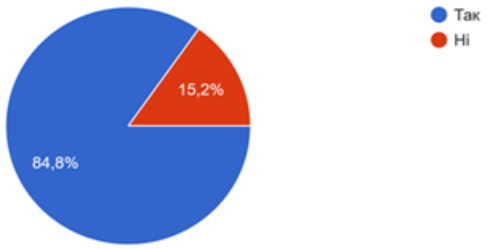

Рис. 2.3 - Розподіл відповідей респонденток на питання «Чи є надія для Вас ресурсом?» (у %)

Результати дослідження показали, що 78,3% респонденток сприймають віру як важливий психологічний ресурс, який допомагає справлятися з життєвими труднощами та зберігати внутрішню рівновагу. Лише 21,7% опитаних не надають вірі ресурсного значення. Це дозволяє розглядати віру як значущий внутрішній чинник, що підтримує процес адаптації та знижує рівень емоційного напруження.

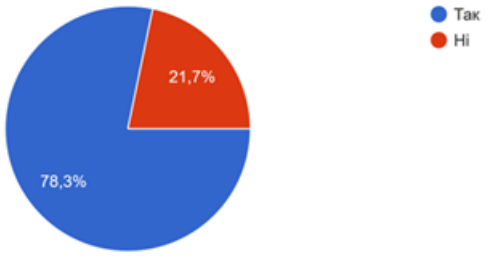

Рис. 2.4 - Розподіл відповідей респонденток на питання «Чи є віра для Вас ресурсом?» (у %)

Також було досліджено за результатами опитування щодо самооцінки рівня оптимізму було встановлено, що 87 % респонденток відносять себе до оптимістів, тоді як 13% вважають себе песимістами. Отримані дані свідчать про переважання оптимістичних установок у вибірці. Це може впливати на особливості сприйняття життєвих труднощів та процес психологічної адаптації.

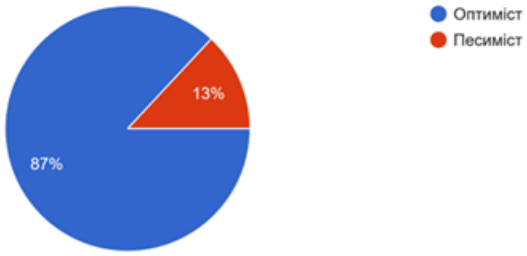

Рис. 2.5 - Розподіл відповідей респонденток на питання «Ви вважаєте себе оптимістом чи песимістом?» (у %)

Таким чином, отримані результати свідчать про те, що у вибірці переважають внутрішні психологічні ресурси, пов’язані з позитивним світосприйняттям. Більшість респонденток розглядають надію та віру як значущі чинники подолання труднощів, що виконують підтримувальну та адаптаційну функції. Крім того, домінування оптимістичних установок вказує на наявність сприятливого емоційно-когнітивного фону, який може полегшувати процес переживання хвороби та сприяти ефективнішій психологічній адаптації. Загалом це дозволяє розглядати надію, віру та

оптимізм як важливі особистісні ресурси, що підсилюють життєстійкість респонденток.

2.3 Результати дослідження жизнестійкості онкохворих жінок

Стан онкологічного захворювання супроводжується значним психологічним навантаженням, у структурі якого провідне місце займає тривожність. Для більшості жінок, які пережили діагноз та перебувають у періоді лікування або ремісії, характерними є постійні переживання, пов'язані зі страхом рецидиву, невизначеністю щодо майбутнього, а також змінами у фізичному та соціальному функціонуванні. Тривожність у цьому контексті виступає як природна реакція на загрозу життю та здоров'ю, проте її підвищений рівень може ускладнювати процес психологічної адаптації та відновлення.З метою емпіричного дослідження рівня тривожності у 46 жінок, які перебувають у стані стійкої ремісії після онкологічного захворювання, було використано опитувальник GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7), який дозволяє визначити вираженість генералізованої тривожності та оцінити її вплив на психологічний стан особистості.Отримані результати свідчать, що 10,9% респонденток характеризуються низьким рівнем тривожності. Переважна більшість досліджуваних (73,9%) демонструє середній рівень тривожності. Водночас високий рівень тривожності виявлено у 15,2% вибірки.

Аналіз отриманих даних свідчить, що переважна більшість жінок, які перебувають у стані стійкої ремісії після онкологічного захворювання, характеризується середнім рівнем тривожності, що вказує на наявність помірно виражених тривожних переживань, пов'язаних як із життєвими обставинами, так і з досвідом перенесеної хвороби, зокрема страхом можливого рецидиву. Наявність низького рівня тривожності у частини респонденток може свідчити про достатній рівень емоційної стабільності, сформовані ефективні копінг-стратегії та здатність контролювати власні емоційні стани в умовах адаптації. Водночас високий рівень тривожності, виявлений у частини жінок, вказує на виражене психологічне напруження,

схильність до постійного хвилювання, труднощі з емоційною регуляцією та підвищений ризик розвитку тривожних розладів, що може ускладнювати процес відновлення та повернення до повноцінного функціонування.Тепер важливо встановити в дослідженні, як рівень тривожності пов'язаний з резильєнтністю та життєстійкістю.

Для оцінки рівня резильєнтності респонденток у дослідженні було використано методику CD-RISC-10 (Connor–Davidson Resilience Scale) в адаптації З. Кірєєвої, О. Односталко та Б. Бірона. Дана методика дозволяє визначити загальний рівень психологічної стійкості особистості, здатність до подолання стресових ситуацій та адаптації до складних життєвих обставин. У дослідженні взяли участь 46 жінок, які перебувають у стані стійкої ремісії . Отримані результати дозволили виділити три рівні резильєнтності: низький, середній та високий. Зокрема, встановлено, що: низький рівень резильєнтності виявлено у 26,1% респонденток від загальної вибірки; середній рівень резильєнтності зафіксовано у 69,6% респонденток; високий рівень резильєнтності продемонстрували лише 4,3 % вибірки. Людина з низьким рівнем резильєнтності зазвичай переживає діагноз «рак» як повну катастрофу, що руйнує відчуття контролю над життям. Вона може застрягати в страху, безпорадності, гніві або запереченні, довго не приймати нову реальність, уникати розмов про хворобу чи навіть відкладати лікування. Будь-які побічні ефекти терапії сприймаються як підтвердження безнадійності ситуації. У кризі така людина часто звужує бачення майбутнього, їй складно мобілізувати внутрішні ресурси, вона потребує постійної зовнішньої підтримки та структурованого супроводу. Людина із середнім рівнем резильєнтності теж переживає сильний стрес після встановлення діагнозу, але поступово адаптується. Початковий шок, страх або депресивні реакції змінюються пошуком інформації, готовністю співпрацювати з лікарями, включатися в лікування. Вона може плакати, сумніватися, виснажуватися, але здатна відновлюватися після складних етапів терапії. У кризі така людина починає переосмислювати життєві пріоритети, шукає підтримку родини, друзів або

психолога, і хоча інколи повертається до тривожних думок, поступово формує нову внутрішню рівновагу. Людина з високим рівнем резильєнтності також не є «беземоційною» - вона може відчувати страх і біль, однак здатна швидше прийняти реальність діагнозу і зосередитися на тому, що залежить від неї. Вона активніше взаємодіє з медичною командою, шукає достовірну інформацію, будує план дій, дозволяє собі підтримку і водночас підтримує близьких. Під час лікування така людина частіше бачить сенс у боротьбі, зберігає відчуття суб'єктності й навіть у кризі знаходить можливість для внутрішнього зростання. Після проходження важкого досвіду вона може відчувати так зване посттравматичне зростання - глибше розуміння цінності життя, зміцнення стосунків, переосмислення пріоритетів. Водночас важливо розуміти, що резильєнтність не є сталою рисою - вона може змінюватися залежно від етапу лікування, фізичного стану, підтримки оточення та попереднього досвіду подолання труднощів. Навіть люди з високою резильєнтністю можуть виснажуватися під час тривалого лікування, а люди з низькою резильєнтністю здатні значно її підвищити завдяки психотерапії, підтримці, духовним практикам, розвитку навичок саморегуляції та досвіду поступового подолання труднощів.

Наступним етапом емпіричного дослідження стало вивчення життєстійкості респонденток за допомогою тесту життєстійкості С. Мадді . Дана методика дозволяє оцінити структуру життєстійкості як інтегральної особистісної характеристики, що включає три основні компоненти: залученість, контроль та прийняття ризику. За результатами дослідження встановлено, що 19,6% досліджуваних від загальної вибірки характеризуються низьким рівнем залученості. Переважна більшість досліджуваних (73,9%) демонструє середній рівень цього показника. Водночас високий рівень залученості виявлено лише у 6,5% від загальної вибірки, що свідчить про його відносно низьку представленість.

Отримані дані свідчать, що переважна більшість жінок, які перебувають у стані стійкої ремісії після онкологічного захворювання, характеризується

середнім рівнем залученості, що відображає часткову включеність у життєві події за відсутності стійкого відчуття глибокої зацікавленості та смислової наповненості життя. Такий рівень може бути пов’язаний із поступовим процесом відновлення після хвороби, коли особистість ще перебуває на етапі переосмислення власного досвіду та життєвих пріоритетів.

Наявність низького рівня залученості у частини респонденток може свідчити про емоційну відстороненість, зниження інтересу до активної взаємодії з оточенням і обмеження соціальної активності. Це часто пов’язано з пережитим досвідом онкологічного захворювання, страхом рецидиву, підвищеною тривожністю та виснаженням психологічних ресурсів, що ускладнює процес повернення до повноцінного функціонування.

Водночас невелика частка жінок із високим рівнем залученості демонструє здатність активно включатися у життєві процеси, знаходити особистісний сенс у подіях і отримувати задоволення від діяльності. Така позиція виступає важливим ресурсом психологічного відновлення, сприяє формуванню резильєнтності та підтримує процес повернення до «соціальної норми» після пережитого захворювання.

За результатами дослідження рівня контролю встановлено, що 17,4% респондентів характеризуються низьким рівнем контролю. Переважна більшість досліджуваних (69,6%) демонструє середній рівень цього показника. Водночас високий рівень контролю виявлено у 13,0% вибірки, що свідчить про його помірну представленість серед респондентів.

Домінування середнього рівня контролю у вибірці свідчить про те, що більшість жінок, які перебувають у стані стійкої ремісії після онкологічного захворювання, частково відчувають здатність впливати на події власного життя, однак це відчуття не є достатньо стабільним і може коливатися залежно від емоційного стану та життєвих обставин. Така позиція відображає процес поступового відновлення суб’єктивного контролю після пережитого захворювання.Низький рівень контролю у частини респонденток може вказувати на збереження переживань безпорадності, втрати керованості

життям і залежності від зовнішніх обставин, що часто формується внаслідок досвіду тривалого лікування та невизначеності щодо перебігу хвороби. Це може ускладнювати процес адаптації та знижувати впевненість у власних можливостях.Водночас наявність групи жінок із високим рівнем контролю свідчить про сформовану установку на активне подолання труднощів, віру у власні ресурси та готовність брати відповідальність за власне життя. Така позиція виступає важливим чинником психологічної адаптації, сприяє підвищенню життєстійкості та підтримує ефективне функціонування особистості у період ремісії.

Дослідження такої компоненти як прийняття ризику встановило, що 15,2% респондентів характеризуються низьким рівнем прийняття ризику. Переважна більшість досліджуваних (58,7%) демонструє середній рівень цього показника. Водночас високий рівень прийняття ризику виявлено у 26,1% вибірки.

Прийняття ризику в контексті онкологічного захворювання та періоду стійкої ремісії виступає важливим компонентом життєстійкості, оскільки пов’язане з готовністю жінки повертатися до активного життя, приймати невизначеність щодо майбутнього та долати страх рецидиву. Воно відображає здатність особистості виходити за межі звичного способу функціонування після пережитої хвороби та поступово відновлювати соціальну, професійну й особистісну активність.Низький рівень прийняття ризику у жінок у стані ремісії характеризується прагненням до максимальної безпеки та уникнення будь-яких змін. Такі жінки можуть обмежувати свою активність, уникати нових соціальних або професійних можливостей, що часто пов’язано зі страхом погіршення стану або рецидиву захворювання. Це може призводити до звуження життєвого простору та ускладнювати процес повернення до «соціальної норми». Середній рівень прийняття ризику свідчить про більш адаптивну позицію, за якої жінка поступово відновлює активність, зважаючи на власний стан і ресурси. Вона здатна оцінювати можливі ризики та приймати зважені рішення, поєднуючи обережність із готовністю рухатися вперед.

Такий рівень сприяє ефективній психологічній адаптації та стабілізації емоційного стану.

Високий рівень прийняття ризику відображає готовність до активного включення в життя, відкритість до нових можливостей і прагнення до самореалізації попри пережитий досвід хвороби. Жінки з таким рівнем частіше демонструють ініціативність, швидше повертаються до професійної та соціальної діяльності, однак інколи можуть недооцінювати необхідність збереження балансу між активністю та турботою про власне здоров'я.

Аналіз інтегрального показника життєстійкості, що визначається як сума трьох компонентів, показав, що 13,0% респонденток мають низький рівень життєстійкості.Переважна більшість досліджуваних (69,6%) характеризується середнім рівнем життєстійкості. Водночас високий рівень цього показника виявлено у 17,4% вибірки.

Отримані результати свідчать, що більшість жінок у стані стійкої ремісії після онкологічного захворювання характеризуються середнім рівнем життєстійкості, що вказує на наявність базових психологічних ресурсів для подолання труднощів, однак недостатню стійкість до тривалого або інтенсивного стресового впливу.Виявлення групи з високим рівнем життєстійкості свідчить про здатність частини респонденток ефективно адаптуватися до складних життєвих умов, зберігати психологічну рівновагу та активно долати наслідки перенесеного захворювання. Водночас наявність жінок із низьким рівнем життєстійкості вказує на збереження проявів психологічної вразливості, що обумовлює потребу у цілеспрямованому психологічному супроводі, спрямованому на розвиток внутрішніх ресурсів та підвищення адаптаційного потенціалу особистості.У цілому отримані дані підтверджують, що життєстійкість виступає інтегральним показником, який визначає здатність жінок у стані ремісії ефективно адаптуватися до наслідків онкологічного захворювання та забезпечує їх психологічне відновлення.

Для виявлення статистичних залежностей між показниками дослідження (резильєнтність, залученість, контроль, прийняття ризику,життєстійкість,

тривожність) було здійснено кореляційний аналіз із застосуванням коефіцієнта τ-b Кендалла за допомогою пакету статистичного аналізу SPSS for Windows v 22.0.Аналіз кореляційної матриці, розрахованої за коефіцієнтом τ-b Кендалла, свідчить про наявність статистично значущих взаємозв'язків між ключовими психологічними показниками у вибірці жінок у стані стійкої ремісії після онкологічного захворювання . Встановлені як прямі (позитивні), так і обернені (негативні) кореляційні зв'язки, що дозволяє комплексно оцінити структуру життєстійкості та її взаємозв'язок із тривожністю (див. Таблицю 3.1)

Таблиця 3.1

Кореляційний аналіз досліджуваних показників

			Резильентність	Залученість	Контроль	Прийняття ризику	Жизнестійкість	Тривожність
Tau-b Кендалла	Резильентність	Коэфіцієнт кореляції	1,000	,320*	,496**	,386**	,482**	-,297*
		Знач. (двобічна)		,025	,000	,006	,001	,036
		N	46	46	46	46	46	46
	Залученість	Коэфіцієнт кореляції	,320*	1,000	,603**	,565**	,717**	-,656**
		Знач. (двобічна)	,025		,000	,000	,000	,000
		N	46	46	46	46	46	46
	Контроль	Коэфіцієнт кореляції	,496**	,603**	1,000	,480**	,778**	-,439**
		Знач. (двобічна)	,000	,000		,001	,000	,002
		N	46	46	46	46	46	46
	Прийняття ризику	Коэфіцієнт кореляції	,386**	,565**	,480**	1,000	,709**	-,589**
		Знач. (двобічна)	,006	,000	,001		,000	,000
		N	46	46	46	46	46	46
	Жизнестійкість	Коэфіцієнт кореляції	,482**	,717**	,778**	,709**	1,000	-,527**
		Знач. (двобічна)	,001	,000	,000	,000		,000
		N	46	46	46	46	46	46
	Тривожність	Коэфіцієнт кореляції	-,297*	-,656**	-,439**	-,589**	-,527**	1,000
		Знач. (двобічна	,036	,000	,002	,000	,000	
		N	46	46	46	46	46	46

Примітки: r – коефіцієнт рангової кореляції ; p – рівень статистичної значущості. ∗ – кореляція значуща на рівні $p<0,05$; ∗∗ – кореляція значуща на рівні $p<0,01$.

Розглянемо кореляційні зв’язки між змінними резильєнтністю та іншими показниками дослідження. Резильєнтність демонструє статистично значущі позитивні кореляції із залученістю (r = 0,320; p = ,05), контролем (r = 0,496; p = ,01), прийняттям ризику (r = 0,386; p = ,01) та життєстійкістю (r = 0,482; p = ,01). Це свідчить про те, що підвищення рівня резильєнтності супроводжується зростанням активної включеності в життя, відчуття контролю над подіями та готовності діяти в умовах невизначеності. Найбільш тісний зв’язок простежується між резильєнтністю та контролем, що вказує на важливу роль суб’єктивного відчуття керованості життям у процесі психологічного відновлення. Водночас виявлено негативний зв’язок між резильєнтністю та тривожністю (r = -0,297; p = ,05), що свідчить про те , при зростанні рівня резильєнтності відбувається зниження рівня тривожних переживань із підвищенням здатності до адаптації.

Залученість має виражені позитивні кореляції з контролем (r = 0,603; p = ,01), прийняттям ризику (r = 0,565; p = ,01) та життєстійкістю (r = 0,717; p = ,01) . Особливо сильний зв’язок із життєстійкістю свідчить про те, що включеність у життєві процеси є одним із ключових чинників формування загальної стійкості особистості.Виявлено сильний негативний зв’язок між залученістю та тривожністю (r = -0,656; p = ,01), що є одним із найвищих за силою у матриці. Це означає, що зниження рівня включеності у життя супроводжується підвищенням тривожності, що особливо актуально для жінок після онкологічного захворювання, які можуть уникати активної життєвої позиції через страх рецидиву.

Контроль демонструє сильний позитивний зв’язок із життєстійкістю (r = 0,778; p = ,01) , що є найвищим показником у всій матриці. Це свідчить про те, що відчуття здатності впливати на власне життя є ключовим компонентом загальної життєстійкості.Також контроль значуще корелює із залученістю (r= 0,603; p= ,01) та прийняттям ризику (r = 0,480; p= ,01), що вказує на те , що контроль впливає на залученість і здатність прийняття ризику. Негативний

зв’язок із тривожністю (r = -0,439; p = ,01) підтверджує, що втрата відчуття контролю пов’язана з підвищенням емоційної напруженості та тривожністю.

Прийняття ризику має значущі позитивні зв’язки з усіма компонентами життєстійкості: залученістю (r = 0,565), контролем (r = 0,480) та життєстійкістю (r = 0,709) . Сильний зв’язок із життєстійкістю свідчить про те, що готовність діяти в умовах невизначеності є важливим ресурсом адаптації.

Негативна кореляція з тривожністю (r = -0,589; p = ,01) вказує на те, що страх і тривога можуть обмежувати готовність до активних дій, що є особливо значущим у контексті відновлення після хвороби.

Змінна життєстійкісті як інтегральний показник має сильні позитивні зв’язки з усіма змінними своїми компонентами : контролем (τ = 0,778), прийняттям ризику (r = 0,709) та залученістю (r = 0,717) . Причому кореляція значуща на рівні p= ,01. Це підтверджує її багатокомпонентну структуру та взаємозалежність складових. Зі зміною резильєнтності змінна життєстійкість корелює на рівні (r = 0,482; p= ,01), що дає змогу говорити що резильєнтність і життєстійкість є взаємопов’язаними компонентами адаптаційного потенціалу особистості, які відіграють ключову роль у процесі психологічного відновлення жінок після онкологічного захворювання.

Водночас життєстійкість має помірно виражений негативний зв’язок із тривожністю (r = -0,527; p ≤ 0,01), що свідчить про її захисну функцію щодо емоційного дистресу.

Роль тривожності у структурі зв’язків. Тривожність демонструє стабільні негативні кореляції з усіма показниками: найсильніший — із залученістю (τ = -0,656), далі з прийняттям ризику (r = -0,589), життєстійкістю (r = -0,527) та контролем (r = -0,439) . Це свідчить про те, що підвищений рівень тривожності є фактором, який суттєво знижує адаптаційний потенціал особистості.У контексті онкопацієнтів це може бути пов’язано зі страхом рецидиву, невизначеністю майбутнього та пережитим досвідом хвороби, що впливає на всі компоненти життєстійкості.

Таким чином, результати кореляційного аналізу підтверджують, що життєстійкість жінок у стані ремісії є системним утворенням, у якому всі компоненти (залученість, контроль, прийняття ризику та резильєнтність) тісно взаємопов’язані та взаємопідсилюють один одного.Центральну роль у цій системі відіграють показники контролю та залученості, які мають найсильніші зв’язки з іншими змінними. Тривожність виступає протилежним за напрямом фактором, який знижує рівень резильєнтності,життєстійкості та її компонентів.

ВИСНОВКИ ДО ДРУГОГО РОЗДІЛУ

1. У другому розділі здійснено емпіричне дослідження життєстійкості жінок, які перебувають у стані стійкої ремісії після онкологічного захворювання, із застосуванням валідних психодіагностичних методик((CD-RISC-10, тест життєстійкості С. Мадді, GAD-7) та методів статистичної обробки даних, що забезпечило надійність і достовірність отриманих результатів .

2. Встановлено, що у вибірці домінує середній рівень резильєнтності, що свідчить про наявність базових адаптаційних ресурсів у більшості респонденток, проте їх недостатню сформованість для повноцінного подолання тривалих стресових впливів, пов’язаних із онкологічним досвідом.

3. Виявлено, що основні компоненти життєстійкості (залученість, контроль, прийняття ризику) також характеризуються переважно середнім рівнем розвитку, що відображає процес поступової психологічної адаптації жінок до життя після перенесеного захворювання.

4. З’ясовано, що середній рівень залученості свідчить про часткову включеність у життєві процеси за відсутності стійкого відчуття смислової наповненості, тоді як середній рівень контролю відображає нестабільність суб’єктивного відчуття впливу на власне життя, сформовану під впливом пережитого захворювання.

5. Встановлено, що прийняття ризику має переважно адаптивний характер, однак у частини респонденток зберігається тенденція до уникнення невизначеності, що обмежує їх соціальну та особистісну активність у період ремісії.

6. Доведено, що життєстійкість виступає інтегральною характеристикою адаптаційного потенціалу особистості, при цьому виявлення групи з низькими показниками вказує на наявність психологічної вразливості та необхідність цілеспрямованого психологічного супроводу.

7. Результати дослідження тривожності засвідчили переважання середнього рівня, що свідчить про збереження помірного емоційного

напруження, тоді як високий рівень тривожності у частини респонденток виступає фактором ризику порушення психологічної адаптації.

8. Кореляційний аналіз підтвердив наявність статистично значущих взаємозв’язків між резильєнтністю, життєстійкістю та її компонентами, що дозволяє розглядати їх як єдину систему адаптаційних ресурсів, тоді як тривожність має стійкий негативний зв’язок із зазначеними показниками та виступає дестабілізуючим фактором психологічного функціонування.

ВИСНОВКИ

У результаті виконаного теоретико-емпіричного дослідження, спрямованого на вивчення психологічних особливостей життєстійкості онкохворих жінок у стані стійкої ремісії, було досягнуто поставленої мети та послідовно розв’язано визначені завдання.

За результатами реалізації першого завдання — теоретичного аналізу проблеми — встановлено, що онкологічне захворювання виступає складною кризовою подією з ознаками хронічного травматичного досвіду, який суттєво впливає на емоційну, когнітивну та ідентичнісну сфери особистості. Переживання хвороби супроводжується порушенням відчуття контролю, безпеки та цілісності «Я», що актуалізує потребу в психологічних ресурсах адаптації. Доведено, що життєстійкість і резильєнтність є ключовими конструкціями, які забезпечують подолання наслідків хвороби. При цьому життєстійкість виступає як відносно стабільна система особистісних установок (залученість, контроль, прийняття виклику), тоді як резильєнтність має динамічний характер і відображає процес адаптації та психологічного відновлення.

У межах другого завдання — емпіричного дослідження — визначено, що у вибірці жінок у стані стійкої ремісії (n=46) спостерігається варіативність рівнів тривожності, життєстійкості та резильєнтності, що свідчить про неоднорідність процесів психологічної адаптації після онкологічного захворювання. Отримані результати підтверджують, що навіть за умов тривалої ремісії зберігаються прояви тривожності, зокрема пов’язані зі страхом рецидиву та невизначеністю майбутнього. Водночас значна частина досліджуваних демонструє достатній рівень життєстійкості та резильєнтності, що дозволяє їм підтримувати психологічну рівновагу, соціальне функціонування та позитивну життєву перспективу. Це свідчить про наявність внутрішніх ресурсів, які забезпечують ефективну адаптацію до наслідків хвороби.

У процесі вирішення третього завдання — встановлення взаємозв’язків між досліджуваними показниками — виявлено, що тривожність має зворотний зв’язок із рівнем резильєнтності та життєстійкості: підвищення тривожності супроводжується зниженням адаптаційного потенціалу особистості. Водночас життєстійкість, зокрема її компоненти (залученість, контроль і прийняття виклику), виступає значущим внутрішнім ресурсом, що опосередковує зниження рівня тривожності та сприяє більш ефективному подоланню стресових переживань. Резильєнтність, у свою чергу, виконує функцію динамічного механізму психологічного відновлення, забезпечуючи гнучкість реагування, здатність до смислотворення та інтеграції травматичного досвіду у життєву історію.

Узагальнюючи результати дослідження, можна стверджувати, що життєстійкість і резильєнтність є взаємопов’язаними, але функціонально різними феноменами: життєстійкість визначає внутрішню готовність особистості до подолання труднощів, тоді як резильєнтність відображає процесуальну сторону адаптації. Їхня взаємодія забезпечує ефективне функціонування особистості в умовах посттравматичного досвіду, зокрема після онкологічного захворювання.

Практичне значення отриманих результатів полягає у можливості їх використання для розробки програм психоонкологічної підтримки, спрямованих на зниження тривожності, розвиток життєстійкості та підвищення рівня резильєнтності жінок у стані ремісії. Отримані дані можуть бути застосовані у діяльності психологів, психотерапевтів та мультидисциплінарних медичних команд з метою оптимізації процесу психологічної реабілітації та покращення якості життя пацієнток.

Таким чином, результати дослідження підтверджують, що формування та підтримка психологічних ресурсів є ключовою умовою успішної адаптації жінок після онкологічного захворювання та їх повернення до повноцінного життя.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Борисенко В. Є. Психологічна витривалість vs. психологічна стійкість та психологічна життєстійкість // Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки. 2025. Вип. 1. С. 5–11. DOI: https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2025-1-1.
2. Готич В. О. Resiliens, hardiness, психологічна стійкість, життєстійкість: порівняльний аналіз понять у соціально-психологічних дослідженнях // Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Психологія. 2023. Т. 34 (73), № 3. С. 7–12. DOI: https://doi.org/10.32782/2709-3093/2023.3/02.
3. Гриджук В. Резильєнтність і копінг-стратегія вчинково-вчинкової взаємодії: український вимір життєвого самоутвердження в умовах війни // Вчені записки Університету «КРОК». 2025. № 2 (78). С. 476–484. DOI: https://doi.org/10.31732/2663-2209-2025-78-476-484.
4. Дмитришин С. Резильєнтність особистості: сутність феномену та методи розвитку // Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки. 2024. Вип. 20. С. 67–74. DOI: https://doi.org/10.30970/PS.2024.20.10.
5. Кіреєва З.О., Односталко О.С., Б.В. Бірон Психометричний аналіз адаптованої версії Шкали резильєнтності(cd-risc-10) Габітус,2020 - №13. - С.110-117 DOI: https://doi.org/10.32843/2663-5208.2020.14.17.
6. Особистісні ресурси людини на різних етапах життя: колективна монографія / за заг. ред. З. О. Кіреєвої. Одеса ,Одеський національний університет ім. І. І. Мечникова, 2023. С. 30. URL: http://dspace.onu.edu.ua:8080/handle/123456789/36047 (дата звернення: 05.05.2026).

7. Предко В. В. Складна життєва ситуація як провідна умова формування життєстійкості особистості // Вісник післядипломної освіти. 2021. № 54(1). С. 74–99. DOI: https://doi.org/10.33216/2219-2654-2021-54-1-74-99.
8. Сердюк Л. З. Структура та функція психологічного благополуччя особистості // Актуальні проблеми психології. 2017. Т. V. Вип. 17. С. 124–133. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/709129/.
9. Agostinelli G., Muzzatti B., Serpentini S., Spina M., Annunziata M. A. Cancer-related psychological distress in lymphoma survivors: an Italian cross-sectional study // Frontiers in Psychology. 2022. Vol. 13. Article 9088809.DOI: https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.9088809.
10. Armitage J. O., Gascoyne R. D., Lunning M. A., Cavalli F. Non-Hodgkin lymphoma // The Lancet. 2017. Vol. 390. P. 298–310. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32407-2.
11. Bartone P. T. Resilience under military operational stress: can leaders influence hardiness? // Frontiers in Psychology. 2019. DOI: https://doi.org/10.1207/s15327876mp1803s_10
12. Blanco, M. E., Martínez de la Viuda, I., Rodríguez Chico, M. G., et al. (2026). *Psychological resilience and associated factors in cancer patients*. Cancer Reports. DOI: https://doi.org/10.1002/cnr2.70415.
13. Bonanno G. A. Loss, trauma, and human resilience // American Psychologist. 2004. Vol. 59 (1). P. 20–28. DOI: https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20.
14. Bonanno G. A., Westphal M., Mancini A. D. Resilience to loss and potential trauma // Annual Review of Clinical Psychology. 2011. Vol. 7. P. 1–25. DOI: https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104526.
15. Caldiroli C. L. et al. Resilience as a mediator of quality of life in cancer patients // Scientific Reports. 2025. Vol. 15. Article 8599. DOI: https://doi.org/10.1038/s41598-025-93008-2

16. Dehghan, M., Hasani, J., Moradi, A., & Mohammadkhani, S. (2022). Transitional self-disappear: The journey of cancer survivors to self re-coherence in a Middle East society. *Supportive Care in Cancer, 30*(5), 4231–4241. DOI: https://doi.org/10.1007/s00520-021-06783-9
17. Fang S. Y., Shu B. C., Chang Y. J. The effect of breast cancer stigma on quality of life: The mediating role of meaning in life // Psycho-Oncology. 2016. Vol. 25(5). P. 557–563.DOI: https://doi.org/10.1002/pon.3987.
18. Fletcher D., Sarkar M. Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts and theory. Loughborough University; Middlesex University, 2012. DOI: https://psycnet.apa.org/doi/10.1027/1016-9040/a000124.
19. Florian V., Mikulincer M., Taubman O. Does hardiness contribute to mental health during a stressful real-life situation? *Journal of Personality and Social Psychology*. 1995. DOI: https://doi/10.1037/0022-3514.68.4.687.
20. Fobair P., Stewart S. L., Chang S., D'Onofrio C., Banks P. J., Bloom J. R. Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology*. 2006. – Vol. 15 (7). – P. 579–594. DOI: https://doi.org/10.1002%2Fpon.991.
21. Fritz J., de Graaff A. M., Caisley H., van Harmelen A.-L., Wilkinson P. O.A systematic review of amenable resilience factors that moderate and/or mediate the relationship between childhood adversity and mental health in young people // *Frontiers in Psychiatry*. 2018. Vol. 9. Article 230. DOI: 10.3389/fpsyt.2018.00230.
22. Gorman J. R., Bailey S., Pierce J. P., Su H. I. How do you feel about fertility and parenthood? The voices of young female cancer survivors // Journal of Cancer Survivorship. 2012. Vol. 6 (No. 2). P. 200–209. DOI: https://doi.org/10.1007/s11764-011-0211-9.
23. Guil R., Ruiz-González P., Merchán-Clavellino A., Morales-Sánchez L., Zayas A., Gómez-Molinero R. Breast cancer and resilience: the

controversial role of perceived emotional intelligence. *Frontiers in Psychology*. 2020. DOI: https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.595713

24. Joyce S., Shand F., Tighe J., Laurent S. J., Bryant R. A., Harvey S. B. Road to resilience: a systematic review and meta-analysis of resilience training programmes and interventions // *BMJ Open*. 2018. Vol. 8, No. 6. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-017858.
25. Kalisch R., Baker D. G., Basten U., Boks M. P., Bonanno G. A., Brummelman E.The resilience framework as a strategy to combat stress-related disorders. *Nature Human Behaviour*. 2017. Vol. 1(11). P. 784–790. DOI: https://doi.org/10.1038/s41562-017-0200-8.
26. Kashdan T. B., Rottenberg J. Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*. 2010. Vol. 30, № 7. P. 865–878. DOI: https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001.
27. Knaul F. M., Doubova S. V., Gonzalez Robledo M. C., Durstine A., Pages G. S., Casanova F., Arreola-Ornelas H. Self-identity, lived experiences, and challenges of breast, cervical, and prostate cancer survivorship in Mexico: A qualitative study. *BMC Cancer*. 2020. Vol. 20. P. 577.DOI: https://doi.org/10.1186/s12885-020-07076-w.
28. Kobasa S. C., Maddi S. R., Kahn S. Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1982. № 42(1). P. 168–177. DOI: https://doi.org/10.1037/0022-3514.42.1.168.
29. Lazarus R. S., Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York : Springer Publishing Company, 1984. 445 p. URL: https://archive.org/details/stressappraisalc0000laza
30. Maddi S. R. *Hardiness: The courage to grow from stresses*. – Dordrecht: Springer Science+Business Media, 2013. – 122 p
31. Malenković G., Malenković J., Tomić S. D., Lučić S., Šljivo A., Gavrankapetanović-Smailbegović F., Tomić S. Resilience and perceived social support in cancer survivors: validity, levels, and

sociodemographic correlates of CD-RISC-25 and MSPSS scales. *Healthcare*. 2025. Vol. 13. Article 2698. DOI: https://doi.org/10.3390/healthcare13212698

32. Maluf M. F. M., Mori L. J. Psychological resilience and breast cancer: an integrative review DOI: https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-4864236/v1
33. Martino M. L., Sebri V., Singer J., Madow K., Giudice A. V., Mazzoni D., Freda M. F., Pravettoni G. Specificity and integration of meaning in self-defining memories of breast cancer survivors: Clinical reflections to promote a narrative identity integration. *Frontiers in Psychology*. 2024. Article 1433266. DOI: https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1433266.
34. Masten A. S. Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*. 2001. Vol. 56(3). P. 227–238.DOI: https://doi/10.1037/0003-066X.56.3.227
35. Masten A. S., Best K. M., Garmezy N. Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity // Development and Psychopathology. 1990. Vol. 2 (No. 4). P. 425–444. DOI: https://doi.org/10.1017/S0954579400005812
36. Min J.-A., Yoon S., Lee C.-U., Chae J.-H., Lee C., Song K.-Y., Kim T.-S. Psychological resilience contributes to low emotional distress in cancer patients. *Supportive Care in Cancer*. 2013. Vol. 21. P. 2469–2476. DOI: https://doi.org/10.1007/s00520-013-1807-6
37. National Cancer Institute**.** Adult Non-Hodgkin Lymphoma Treatment (PDQ®) & Hodgkin Lymphoma. URL: https://www.cancer.gov/types/lymphoma
38. National Cancer Institute. Breast Cancer Treatment (Adult) (PDQ®) – Patient Version. 2023. URL: https://www.cancer.gov/types/breast
39. National Cancer Institute. Cervical Cancer Treatment. URL: https://www.cancer.gov/types/cervical.

40. National Cancer Institute**.** Colorectal Cancer Prevention. URL: https://www.cancer.gov/types/colorectal/patient/colorectal-prevention-pdq.
41. National Cancer Institute. Ovarian cancer treatment – patient version. 2023. URL: https://www.cancer.gov/types/ovarian
42. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Cervical Cancer. URL: https://www.cancer.gov/types/cervical
42. Palomares-Palomares C. B., Rios-Garcia E., Hernandez-Martínez J.-M., Gómez-Gloria J., Llamas-Alonso L., Hernández-Ortega M., Lara-Mejía L., Alvarez-Rayón G., Florez N., Arrieta O. Cancer as trauma: Multidimensional determinants of PTSD across the disease course. A narrative integrative review. *Frontiers in Psychology*. 2026. Vol. 16. DOI: https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1719291
43. Park C. L. Meaning making in the context of disasters. *Journal of Clinical Psychology*. 2016. Vol. 72(12). P. 1–13. DOI: https://doi.org/10.1002/jclp.22270
44. Rutter M. Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*. 2012. Vol. 24. P. 335–344. DOI : https://doi.org/10.1017/S095457941200002
45. Saini S., Semwal J. Prevalence and correlates of psychological distress among cancer patients in a tertiary care hospital in northern India. *International Journal of Community Medicine and Public Health*. 2019. DOI: https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20191848.
46. Sebri V., Triberti S., Pravettoni G. Injured self: Autobiographical memory, self-concept, and mental health risk in breast cancer survivors. *Frontiers in Psychology*. 2020. Vol. 11. Article 607514. DOI: https://doi.org/10.1007/s00520-021-06783-9.
47. Seiler A., Jenewein J. Resilience in cancer patients. *Frontiers in*

Psychiatry. 2019. Vol. 10. Article 208. DOI: https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00208.

48. Simard S., Thewes B., Humphris G., Dixon M., Hayden C., Mireskandari S., Ozakinci G. Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: A systematic review of quantitative studies. *Psycho-Oncology*. 2013. Vol. 22(1). P. 1–11. DOI: https://doi.org/10.1002/pon.3029.
49. Sinha B. The psychological and emotional impact of cervical cancer diagnosis and treatment // *Cervical Cancer*. 2024. Vol. 9, Issue 6. Article 248. DOI: 10.4172/2475-3173.1000248.
50. Sinclair R. R., Tetrick L. E. Implications of item wording for hardiness structure, relations with neuroticism, and stress buffering. *Journal of Research in Personality*. 2000. Vol. 34. P. 1–25. DOI: https://doi.org/10.1006/jrpe.1999.2265
51. Southwick S. M., Bonanno G. A., Masten A. S., Panter-Brick C., Yehuda R. Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*. 2014. Vol. 5. Article 25338. DOI: https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25338
52. Tang W. Z., et al. Prevalence and associated factors of psychological distress in patients with breast cancer. *Frontiers in Psychology*. 2024. DOI: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-077067.
53. Taylor S. E. Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*. 1983. Vol. 38(11). P. 1161–1173. DOI: https://doi.org/10.1037/0003-066X.38.11.1161
54. Ungar M. Modeling multisystemic resilience: Connecting biological, psychological, social, and ecological adaptation in contexts of adversity // *Multisystemic Resilience* / ed. by M. Ungar. Oxford : Oxford University Press, 2021. DOI: https://doi.org/10.1093/oso/9780190095888.003.0002

55. Vonk-Klaassen S. M., de Vocht H. M., den Ouden M. E. M. et al. Ostomy-related problems and their impact on quality of life // *Journal of Clinical Nursing*. 2016. DOI: https://doi.org/10.1111/jocn.16466
56. Werner E. E., Smith R. S. Overcoming the odds: High-risk children from birth to adulthood. Ithaca : Cornell University Press, 1992,280p
57. World Health Organization. Breast cancer. Geneva : WHO, 2023. URL: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer
58. World Health Organization. Cervical cancer. Geneva : WHO, 2023. URL: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer
59. World Health Organization. Ovarian cancer. Geneva : WHO, 2023. URL: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer
60. Yi J. S., Lee S. Y. Social reintegration experiences of young adult cancer survivors. *Behavioral Sciences*. 2024. Vol. 14(11). Article 1101. DOI: https://doi.org/10.3390/bs14111101
61. Zamanian H., Amini-Tehrani M., Jalali Z., Daryaafzoon M., Ramezani F., Malek N., Adabimohazab M., Hozouri R., Rafiei Taghanaky F. Stigma and quality of life in women with breast cancer: Mediation and moderation model of social support, sense of coherence, and coping strategies. *Frontiers in Psychology*. 2022. Vol. 13. Article 657992. DOI: https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.657992