

УДК: 616-006(091):159.9

DOI: 10.15587/2519-4798.2020.199785

## ПРОЯВИ ТРИВОГИ ТА ДЕПРЕСІЇ У РОДИЧІВ ПАЦІЄНТІВ З ОНКОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Т. Г. Кривоніс

*Захворювання, що становить вітальну загрозу, для родини пацієнта за своїм змістом є психотравмуючими і становлять складний виклик.*

*Метою дослідження було оцінити психопатологічні симптоми, а саме прояви тривоги та депресії у родичів онкологічних пацієнтів на різних етапах перебігу захворювання та в залежності від рівня адаптації сімейної системи.*

*Контингент та методи дослідження.* У дослідженні прийняли участь 288 сімей з онкологічним пацієнтом, жінками – 174 родини, та чоловіками – 144. На етапі первинного зіткнення з онкологічною патологією було 78 сімей жінок та 51 сім'я чоловіків, та у періоді після повернення хвороби відповідно 96 та 63 родини. Серед опитуваних родин до «адаптованих» було віднесено 55 сімей, «межових» – 127, «дезадаптованих» – 106. Для оцінки психопатологічних симптомів тривоги та депресії застосовано «Госпітальну шкалу тривоги та депресії» (HADS).

*Результати.* Психоемоційний стан родичів онкологічних пацієнтів визначався поєднанням впливу ряду чинників, до яких відносилися етап перебігу захворювання, рівень сімейної адаптації, гендерна складова. До зростання психопатологічної симптоматики як депресивного так і тривожного характеру приводило продовження хвороби в наслідок зростання потреб хворого і необхідності у психосоціальної підтримці. Порушення сімейного пристосування супроводжувалося посиленням вираженості психопатологічних проявів. У психоемоційному стані жінок домінував тривожний стан, а у чоловіків порівняно вищими були депресивні прояви.

*Висновки.* Психокорекція емоційного стану родичів онкохворих та стабілізація сімейної системи є важливими складовими медико-психологічної допомоги у онкологічній практиці

*Ключові слова:* медико-психологічна допомога, психопатологічна симптоматика, тривога, депресія, онкологія, психоонкологія, родина онкологічного пацієнта

Copyright © 2020, T. Krivonis.

This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>).

### 1. Вступ

В Україні станом на 2019 рік діагностували понад 137 тис. нових випадків онкологічних захворювань при загальній кількості онкохворих більше 1,2 млн. осіб, що відображає суттєву ураженість населення даною патологією [1].

Особливістю онкологічних хвороб є високий рівень інвалідизації та смертності серед пацієнтів, що є підґрунтям для розвитку психологічних реакцій та психічних розладів [2]. Провідними труднощами онкологічних хворих на психосоціальному рівні виступають зміни у професійній діяльності (графік роботи, перехід на часткову зайнятість, звільнення) та соціальної активності в наслідок зниження фізичної працездатності та витривалості, порушення сімейної взаємодії та комунікації з ескалацією конфліктів на фоні психоемоційного напруження, самостигматизація та стигматизація, прив'язаність до медичних закладів [3, 4].

Втрата фізичного здоров'я обумовлює потребу у догляді за хворим, що найчастіше реалізується за рахунок зусиль його родини і супроводжується зміною соціального статусу самого родича (звільнення з роботи, виключення з активного соціального життя, інше) [5].

Захворювання, що становить вітальну загрозу, для родини пацієнта за своїм змістом є психотравмуючими і становлять складний виклик як на життєво-побутовому так і екзистенційному рівнях [6]. Хвороба впливає на сімейне функціонування на рівні комунікації, психологічного відреагування, міжособистісної взаємодії, соціо-рольової поведінки [7].

На загрозливу хворобу вмикається ланцюг психологічних реакцій у послідовності заперечення, агресія, «торгівля», депресія та прийняття, які спостерігаються не лише у хворих, але і членів їх родини. Невідповідність у стадії реагування родича та пацієнта формують підґрунтя для міжособистісних труднощів та зростання сімейного напруження [8].

Зрушення у психічній сфері пацієнтів також мають негативний вплив на близьке оточення і викликають додаткову психотравматизацію з розвитком дезадаптивних психологічних реакцій чи навіть психічних розладів афективного та невротичного характеру [9, 10].

Особливості психоемоційного стану членів сім'ї хворого та специфіка сімейної взаємодії - важливі параметри щодо провадження психологічної допомоги [11]. Враховуючи, особливості перебігу онкологічної патології у пацієнтів та вплив хвороби

на родину, спеціаліст з психічного здоров'я повинен вміти організувати медико-психологічну допомогу з позиції комплексного підходу для всіх учасників лікувального процесу.

Мета дослідження – оцінити психопатологічні симптоми, а саме прояви тривоги та депресії у родичів онкологічних пацієнтів на різних етапах перебігу захворювання та в залежності від рівня адаптації сімейної системи.

## 2. Контингент та методи дослідження

Дослідження проводилося на базі Медико-психологічного центру ВНМУ ім. М. І. Пирогова та Вінницького обласного клінічного онкологічного диспансеру протягом 2015–2019 рр. Комісія з питань етики медичної установи, в якій проводилося дослідження постановила, що дизайн, мета, задачі та застосовані методи психодіагностичної програми є науково обґрунтованими, безпечними і гуманними, висновки і рекомендації не пов'язані з безпосереднім ризиком для здоров'я пацієнтів, порушенням їх прав або морально-етичних норм, приниженням людської гідності або дискримінацією. За етичною складовою дослідження відповідає принципам Гельсінської декларації, прийнятою Генеральною асамблеєю Всесвітньої медичної асоціації (1964–2000 рр.), Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину (1997 р.), відповідним положенням ВООЗ, Міжнародної ради медичних наукових товариств, Міжнародного кодексу медичної етики (1983 р.) та законам України.

На основі інформованої згоди з урахуванням етико-деонтологічних принципів у дослідженні прийняли участь 288 сімей з онкологічним пацієнтом, жінками – 174 родини (ГРЖ), та чоловіками – 144 (ГРЧ).

Опитуваних було розділено на підгрупи за критеріями:

1) етапу перебігу онкологічного захворювання – після встановлення діагнозу (ГП) та періоду прогресування чи рецидиву хвороби (ГВ);

2) рівня адаптованості сімейної системи (групи А – «адаптовані» родини, М – з межовою сімейною адаптацією, Д – «дезадаптовані» родини).

На етапі первинного зіткнення з онкологічною патологією було 78 сімей жінок та 51 сім'я чоловіків, та у періоді після повернення хвороби відповідно 96 та 63 родини.

Серед опитуваних родин до «адаптованих» було віднесено 55 сімей, «межових» – 127, «дезадаптованих» – 106. Розподіл родин на підгрупи в залежності від рівня пристосованості сімейної системи здійснювався на основі шкали сімейної адаптації і згуртованості FACES-3 (Н. І. Оліфірович, Т. А. Зінкевич-Куземкіна, Т. Ф. Велента, 2006). Для оцінки психопатологічних симптомів тривоги та депресії застосовано «Госпітальну шкалу тривоги та депресії» (HADS) [12].

Статистико-математичний аналіз включав формування описової статистики та аналіз розбіж-

ностей з використанням непараметричних методів (точний критерій Фішера).

## 5. Результати дослідження

У табл. 1, 2 представлені результати дослідження психопатологічних проявів у родичів онкохворих на основі розподілу в залежності від етапу перебігу захворювання – при первинній зустрічі та після повернення чи рецидиву захворювання.

Серед досліджуваних сімей показники щодо тривоги:

– у «адаптованих» родинах на рівні норми визначалися у 25,0 % при первинному зіткненні з онкопатологією та 12,9 % – при прогресуванні хвороби, субклінічний відповідно – 70,8 % у ГП та 83,9 % та у ГВ, клінічний – 4,2 % у ГП та 3,2 % у ГВ;

– з «межовою» адаптацією – на рівні норми виявлено у 13,8 % у ГП та 8,1 % родин у ГВ, субклінічної вираженості – 76,9 % у ГП та 75,8 % у ГВ, клінічної – 9,3 % та 16,1 % у ГП і ГВ;

– у «дезадаптованих» сім'ях – відповідно на рівні норми у 11,6 % у ГП та 5,7 % родин у ГП, субклінічному – 77,5 % у ГП та 76,1 % у ГВ, клінічному – 10,9 % у ГП та 18,2 % у ГВ (табл. 1).

Таблиця 1

Прояви тривоги у родичів онкологічних пацієнтів в залежності від етапу хвороби

Рівень	ГП		ГВ		p
	абс., n=24	%	абс., n=31	%	
«Адаптовані»					
Норма	6	25,0	4	12,9	>0,05
Субклінічний	17	70,8	26	83,9	>0,05
Клінічний	1	4,2	1	3,2	>0,05
«Межові»					
Норма	абс., n=65	%	абс., n=62	%	p
	9	13,8	5	8,1	>0,05
Субклінічний	50	76,9	47	75,8	>0,05
Клінічний	6	9,3	10	16,1	>0,05
«Деадаптовані»					
Норма	абс., n=40	%	абс., n=66	%	p
	0	0,0	0	0,0	>0,05
Субклінічний	33	82,5	48	72,7	>0,05
Клінічний	7	17,5	18	27,3	>0,05
Всі хворі					
Норма	абс., n=129	%	абс., n=159	%	p
	15	11,6	9	5,7	>0,05
Субклінічний	100	77,5	121	76,1	>0,05
Клінічний	14	10,9	29	18,2	>0,05

Примітка: ГП – при первинному зіткненні з захворюванням, ГВ – при прогресуванні хвороби

Стосовно вираженості депресивної симптоматики:

– зафіксовано у родинах з високою сімейною адаптацією показники у межах норми лише у 29,2 % подружжів при первинному зіткненні з онкологічною хворобою у близького ( $p < 0,01$ ), субклінічного рівня – відповідно у 70,8 % у ГП та 93,5 % у ГВ, клінічного – 6,5 % тільки у ГВ;

– серед сімей з межовими порушеннями сімейної адаптації результати у діапазоні норми не виявлено у жодній з груп, субклінічної вираженості – відповідно 87,8 % у ГП та 83,9 % у ГВ, клінічному – 12,3 % у ГП та 16,1 % у ГВ;

– у сім'ях з виразними порушеннями сімейної адаптації діагностовано показники лише на субклінічному рівні – 80,0 % у ГП та 74,2 % у ГВ, клінічному – 20,0 % у ГП та 25,8 % у ГВ (табл. 2).

У табл. 3 проілюстровані дані психологічної діагностики, які стосуються прояву психопатологічних проявів тривоги, а табл. 4 – депресії, на підставі розподілу за рівнем адаптації сімейної системи – «адаптовані», «межові» та «дезадаптовані» родини.

Аналіз проявів тривоги в залежності від розподілу за характером пристосованості родини показав, що:

– у «адаптованих» сімейних системах на рівні норми було зафіксовано 18,2 % родин, субклінічному – 78,2 %, клінічному – 3,6 %;

– з «межовою» адаптацією відповідно 11,0 %, 76,4 % та 12,6 %;

– серед «дезадаптованих» сімей показники з нормальною вираженістю були відсутні, субклінічний рівень становив 76,4 % та клінічний – 23,6 % (табл. 3).

Депресивна симптоматика визначалася:

– у «адаптованих» родинах на рівні норми у 12,7 %, субклінічного ступеню прояву у 83,6 %, клінічного – 3,7 %;

– з «межовою» сімейною адаптацією – відповідно 0 %, 85,8 % та 14,2 %;

– у «дезадаптованих» родинах – 0 %, 76,4 % та 23,6 % (табл. 4).

У табл. 5, 6 відображено дані, які стосуються проявів тривоги та депресії в залежності від гендерної приналежності учасників дослідження.

Дослідження психопатологічної симптоматики у вигляді тривоги в залежності від статі виявило, що:

– у «адаптованих» сімейних системах у чоловіків онкохворих жінок показники на рівні норми реєструвалися у 26,3 % ( $p < 0,05$ ), тоді як у дружин пацієнтів з онкопатологією були відсутні, субклінічної вираженості відповідно – 73,7 % та 88,2 %, клінічної – 0 % та 11,8 % ( $p < 0,05$ );

– у родинах з «межовою» адаптацією дані на рівні норми виявлено лише у групі чоловіків – 18,4 % ( $p < 0,01$ ), субклінічному відповідно у 72,4 % та 82,4 %, клінічному – 9,2 % та 17,6 %;

– у «дезадаптованих» сім'ях – показників у діапазоні норми не зафіксовано, субклінічна вираженість становила 80,0 % та 71,7 %, клінічна – 20,0 % та 28,3 % (табл. 5).

Таблиця 2

Прояви депресії у родичів онкологічних пацієнтів в залежності від етапу хвороби

Рівень	ГП		ГВ		P
	абс., n=24	%	абс., n=31	%	
«Адаптовані»					
Норма	7	29,2	0	0,0	<0,01
Субклінічний	17	70,8	29	93,5	<0,05
Клінічний	0	0,0	2	6,5	>0,05
«Межові»					
Норма	абс., n=65	%	абс., n=62	%	p
	0	0,0	0	0,0	>0,05
Субклінічний	57	87,7	52	83,9	>0,05
Клінічний	8	12,3	10	16,1	>0,05
«Деадаптовані»					
Норма	абс., n=40	%	абс., n=66	%	p
	0	0,0	0	0,0	>0,05
Субклінічний	32	80,0	49	74,2	>0,05
Клінічний	8	20,0	17	25,8	>0,05
Всі хворі					
Норма	абс., n=129	%	абс., n=159	%	p
	7	5,4	0	0,0	<0,01
Субклінічний	106	82,2	130	81,8	>0,05
Клінічний	16	12,4	29	18,2	>0,05

Примітка: ГП – при первинному зіткненні з захворюванням, ГВ – при прогресуванні хвороби

Таблиця 3

Прояви тривоги у родичів онкологічних пацієнтів в залежності рівня сімейної адаптації

Варіаційознаки	А, n=55		М, n=127		Д, n=106		Всього, n= 288		p		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	А-М	А-Д	М-Д
Норма	10	18,2	14	11,0	0	0,0	24	8,3	>0,05	<0,01	<0,01
Субклінічний	43	78,2	97	76,4	81	76,4	221	76,7	>0,05	>0,05	>0,05
Клінічний	2	3,6	16	12,6	25	23,6	43	15,0	<0,05	<0,01	<0,05

Примітка: А – адаптовані родини, М – родини з межовою адаптацією, Д – дезадаптовані родини

Таблиця 4

Прояви депресії у родичів онкологічних пацієнтів в залежності рівня сімейної адаптації

Варіаційознаки	А, n=55		М, n=127		Д, n=106		Всього, n=288		р		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	А-М	А-Д	М-Д
Норма	7	12,7	0	0,0	0	0,0	7	2,4	<0,01	<0,01	>0,05
Субклінічний	46	83,6	109	85,8	81	76,4	236	81,9	>0,05	>0,05	<0,05
Клінічний	2	3,7	18	14,2	25	23,6	45	15,7	<0,05	<0,01	<0,05

Примітка: А – адаптовані родини, М – родини з межевою адаптацією, Д – дезадаптовані родини

Таблиця 5

Прояви тривоги у родичів онкологічних пацієнтів в залежності від статі

Рівень	Чоловіки		Дружини		р
	абс., n=38	%	абс., n=17	%	
«Адаптовані»					
Норма	10	26,3	0	0,0	<0,05
Субклінічний	28	73,7	15	88,2	>0,05
Клінічний	0	0,0	2	11,8	<0,05
«Межові»					
Норма	абс., n=76	%	абс., n=51	%	р
	14	18,4	0	0,0	<0,01
Субклінічний	55	72,4	42	82,4	>0,05
Клінічний	7	9,2	9	17,6	>0,05
«Дезадаптовані»					
Норма	абс., n=60	%	абс., n=46	%	р
	0	0,0	0	0,0	>0,05
Субклінічний	48	80,0	33	71,7	>0,05
Клінічний	12	20,0	13	28,3	>0,05
Всі хворі					
Норма	абс., n=174	%	абс., n=114	%	р
	24	13,8	0	0,0	<0,01
Субклінічний	131	75,3	90	78,9	>0,05
Клінічний	19	10,9	24	21,1	<0,05

Таблиця 6

Прояви депресії у родичів онкологічних пацієнтів в залежності від статі

Рівень	Чоловіки		Дружини		р
	абс., n=38	%	абс., n=17	%	
«Адаптовані»					
Норма	7	18,4	0	0,0	>0,05
Субклінічний	30	78,9	16	94,1	>0,05
Клінічний	1	2,7	1	5,9	>0,05
«Межові»					
Норма	абс., n=76	%	абс., n=51	%	р
	0	0,0	0	0,0	>0,05
Субклінічний	65	85,5	44	86,3	>0,05
Клінічний	11	14,5	7	13,7	>0,05
«Дезадаптовані»					
Норма	абс., n=60	%	абс., n=46	%	р
	0	0,0	0	0,0	>0,05
Субклінічний	47	78,3	34	73,9	>0,05
Клінічний	13	21,7	12	26,1	>0,05
Всі хворі					
Норма	абс., n=174	%	абс., n=114	%	р
	7	4,0	0	0,0	<0,05
Субклінічний	142	81,6	94	82,5	>0,05
Клінічний	25	14,4	20	17,5	>0,05

Психопатологічні прояви тривоги та депресії у чоловіків жінок з онкологічним захворюванням з урахуванням етапу перебігу хвороби та рівня сімейної адаптації представлені у табл. 7, 8.

Результати щодо проявів тривоги у чоловіків онкохворих жінок показали, що:

– у «адаптованих» родин на рівні норми реєструвалися у 37,5 % подружжів, які зіштовхнулися з онкологічних захворюванням вперше, та у 18,2 % – при прогресуванні хвороби, субклінічна вираженість відповідно – 62,5 % та 81,8 %, клінічна – відсутня;

– серед сімей з «межевою» адаптацією – на рівні норми були серед 22,5 % у Ч1 та 13,9 % у Ч2, субклінічному – 72,5 % та 72,2 %, клінічному – 5,0 % та 13,9 %;

Розподіл депресивних проявів в залежності від статі був наступним:

– у «адаптованих» родин серед чоловіків вираженість симптоматики на рівні норми становила 18,4 %, тоді як у дружин реєструвалися вищі показники, субклінічному – відповідно 78,9 % та 94,1 %, клінічному – 2,7 % та 5,9 %;

– з «межовими» порушеннями сімейного пристосування відповідно результати на рівні норми відсутні, субклінічному – 85,5 % та 86,3 %, клінічному – 14,5 % та 13,7 %;

– з «дезадаптивною» сімейною системою на рівні норми – також відсутні, субклінічному 78,3 % та 73,9 %, клінічному – 21,7 % та 26,1 % (табл. 6).

– у «дезадаптованих» родин у опитуваних даних в діапазоні норми виявлено не було, субклінічної вираженості показники становили 86,4 % у Ч1 та 76,3 % у Ч2, клінічному – 13,6 % та 23,7 % (табл. 7).

Таблиця 7

## Прояви тривоги у чоловіків онкохворих жінок

Рівень	Ч1		Ч2		p
	абс., n=16	%	абс., n=22	%	
«Адаптовані»					
Норма	6	37,5	4	18,2	>0,05
Субклінічний	10	62,5	18	81,8	>0,05
Клінічний	0	0,0	0	0,0	>0,05
«Межові»					
	абс., n=40	%	абс., n=36	%	p
Норма	9	22,5	5	13,9	>0,05
Субклінічний	29	72,5	26	72,2	>0,05
Клінічний	2	5,0	5	13,9	>0,05
«Деадаптовані»					
	абс., n=22	%	абс., n=38	%	p
Норма	0	0,0	0	0,0	>0,05
Субклінічний	19	86,4	29	76,3	>0,05
Клінічний	3	13,6	9	23,7	>0,05
Всі хворі					
	абс., n=78	%	абс., n=96	%	p
Норма	15	19,2	9	9,4	<0,05
Субклінічний	58	74,4	73	76,0	>0,05
Клінічний	5	6,4	14	14,6	>0,05

Примітка: Ч1 – чоловіки онкохворих жінок при первинному зіткненні з онкопатологією, Ч2 – чоловіки пацієнток з онкологічними захворюваннями після прогресування

Депресивна симптоматика у чоловіків онкохворих жінок за розподілом була наступною:

– у «адаптованих» родин показники на рівні норми реєструвалися у 43,8 % у Ч1 та були відсутні у Ч2 ( $p<0,01$ ), субклінічному – 56,2 % та 95,5 % ( $p<0,01$ ), клінічному – 0 % у Ч1 та 4,5 % у Ч2;

– у «межових» сімейних системах були представлені результати субклінічної вираженості – 81,8 % у Ч1 та 76,3 % у Ч2, і клінічної – відповідно 18,2 % та 23,7 %;

– серед родин з сімейною дезадаптацією також відсутні дані на рівні норми, та зареєстровані на субклінічному – 81,8 % у Ч1 та 76,3 % у Ч2, та клінічному рівні – відповідно 18,2 % та 23,7 % (табл. 8).

Розподіл прояву тривожної та депресивної симптоматики у дружин онкохворих чоловіків проаналізовано у табл. 9, 10.

Розподіл щодо проявів тривоги у дружин чоловіків з онкологічним захворюванням наступний:

– в «адаптованих» родин дані у діапазоні норми у жінок незалежно від етапу лікування були відсутні, на субклінічному рівні становили – 87,5 % у Д1 та 88,9 % у Д2, клінічному відповідно – 12,5 % та 11,1 %;

– у сім'ях з «межовою» адаптацією виявлені показники субклінічної вираженості у 87,5 % у Д1 та 88,9 % у Д2, та клінічному – відповідно 12,5 % та 11,1 %;

– у «дезадаптованих» родин також зареєстровані дані субклінічної – 77,8 % у Д1 та 67,9 % у Д2, і клінічної вираженості – відповідно 22,2 % та 32,1 % (табл. 9).

Таблиця 8

## Прояви депресії у чоловіків онкохворих жінок

Рівень	Ч1		Ч2		p
	абс., n=16	%	абс., n=22	%	
«Адаптовані»					
Норма	7	43,8	0	0,0	<0,01
Субклінічний	9	56,2	21	95,5	<0,01
Клінічний	0	0,0	1	4,5	>0,05
«Межові»					
	абс., n=40	%	абс., n=36	%	p
Норма	0	0,0	0	0,0	>0,05
Субклінічний	35	87,5	30	83,3	>0,05
Клінічний	5	12,5	6	16,7	>0,05
«Деадаптовані»					
	абс., n=22	%	абс., n=38	%	p
Норма	0	0,0	0	0,0	>0,05
Субклінічний	18	81,8	29	76,3	>0,05
Клінічний	4	18,2	9	23,7	>0,05
Всі хворі					
	абс., n=78	%	абс., n=96	%	p
Норма	7	9,0	0	0,0	<0,01
Субклінічний	62	79,5	80	83,3	>0,05
Клінічний	9	11,5	16	16,7	>0,05

Примітка: Ч1 – чоловіки онкохворих жінок при первинному зіткненні з онкопатологією, Ч2 – чоловіки пацієнток з онкологічними захворюваннями після прогресування

Стосовно депресивної симптоматики у дружин онкохворих чоловіків виявлено, що:

– у «адаптованих» родин показники, як і щодо тривоги, на рівні норми були відсутні, субклінічні прояви фіксувалися у 100 % у Д1 та 88,9 % у Д2, тоді як клінічні спостерігалися у жінок пацієнток на фоні прогресуванні онкопатології – 11,1 % у Д2;

– серед «межових» сімей субклінічна вираженість показників визначена у 88,0 % у Д1 та 84,6 % у Д2, клінічна відповідно у 12,0 % та 15,4 %;

– у «дезадаптованих» родин субклінічні прояви становили 86,3 % у Д1 та 79,4 % у Д2, клінічні – 22,2 % та 28,6 % відповідно (табл. 10).

Таблиця 9

## Прояви тривоги у дружин онкохворих чоловіків

Рівень	Д1		Д2		p
	абс., n=8	%	абс., n=9	%	
«Адаптовані»					
Норма	0	0,0	0	0,0	>0,05
Субклінічний	7	87,5	8	88,9	>0,05
Клінічний	1	12,5	1	11,1	>0,05
«Межові»					
Норма	абс., n=25	%	абс., n=26	%	p
	0	0,0	0	0,0	>0,05
Субклінічний	21	84,0	21	80,8	>0,05
Клінічний	4	16,0	5	19,2	>0,05
«Деадаптовані»					
Норма	абс., n=18	%	абс., n=28	%	p
	0	0,0	0	0,0	>0,05
Субклінічний	14	77,8	19	67,9	>0,05
Клінічний	4	22,2	9	32,1	>0,05
Всі хворі					
Норма	абс., n=51	%	абс., n=63	%	p
	0	0,0	0	0,0	>0,05
Субклінічний	42	82,4	48	76,2	>0,05
Клінічний	9	17,6	15	23,8	>0,05

Примітка: Д1 – дружини онкохворих чоловіків при первинному зіткненні з онкопатологією, Д2 – дружини пацієнтів з онкологічними захворюваннями після прогресування

Таблиця 10

## Прояви депресії у дружин онкохворих чоловіків

Рівень	Д1		Д2		p
	абс., n=8	%	абс., n=9	%	
«Адаптовані»					
Норма	0	0,0	0	0,0	>0,05
Субклінічний	8	100,0	8	88,9	>0,05
Клінічний	0	0,0	1	11,1	>0,05
«Межові»					
Норма	абс., n=25	%	абс., n=26	%	p
	0	0,0	0	0,0	>0,05
Субклінічний	22	88,0	22	84,6	>0,05
Клінічний	3	12,0	4	15,4	>0,05
«Деадаптовані»					
Норма	абс., n=28	%	абс., n=28	%	p
	0	0,0	0	0,0	>0,05
Субклінічний	14	77,8	20	71,4	>0,05
Клінічний	4	22,2	8	28,6	>0,05
Всі хворі					
Норма	абс., n=51	%	абс., n=63	%	p
	0	0,0	0	0,0	>0,05
Субклінічний	44	86,3	50	79,4	>0,05
Клінічний	7	13,7	13	20,6	>0,05

Примітка: Д1 – дружини онкохворих чоловіків при первинному зіткненні з онкопатологією, Д2 – дружини пацієнтів з онкологічними захворюваннями після прогресування

Аналіз результатів дослідження на основі розподілу опитуваних в залежності від етапу перебігу онкологічного захворювання у одного з подружжів, гендерної складової, рівня адаптації сімейної системи, дозволило сформулювати комплексне уявлення про

вплив цих чинників у розвитку психопатологічних проявів у даного контингенту.

## 6. Обговорення результатів дослідження

За даними дослідження U. Sandén, F. Nilsson, H. Thulesius, M. Hägglund, L. Harrysson, активність родичів онкохворих зосереджується на здійсненні практичної допомоги у повсякденній діяльності та лікуванні, емоційної підтримки та спілкуванні, супроводу взаємодії з медичними працівниками, прийняття рішень щодо протипухлинної терапії, адвокації прав пацієнта, що показує подібність психологічних проблем членів сімей з онкологічними хворими [13]. У зазначеному дослідженні спектр труднощів оцінювали на психосоціальному рівні, тоді як у нашому дослідженні аналіз зосереджувався більш на внутрішньосімейному та особистісному.

До факторів психотравматизації членів родини онкологічних пацієнтів нами були віднесені:

- різка зміна сімейного життя та укладу;
- трансформація сімейних ролей, обов'язків, правил в наслідок хвороби у близького;
- зіткнення з загрозою втрати значимих стосунків;
- зіткнення з власними екзистенційними переживаннями;
- наявність у хворого негативних емоцій та когніцій, які важко контейнувати;
- нестача сімейних ресурсів щодо подолання хвороби.

Partanen E., Lemetti T., Naavisto E. виявили, що у членів сімей онкологічних пацієнтів визначається власний спектр психологічних проблем, що включають високий рівень дистресу, почуття провини за неможливість допомогти хворому, тривогу, що вони є гарантами благополуччя пацієнтів [14]. У проведеному нами дослідженні також було встановлено взаємозв'язок впливу онкологічного захворювання пацієнта на психоемоційний стан членів сімей та психологічні чинники, які на це впливали, зокрема аналіз в залежності від етапу захворювання та рівня сімейної адаптації.

За даними нашого дослідження, прояви тривоги на рівні умовної норми виявлені у 11,6 % опитуваних в підгрупі з первинною зустрічю із хворобою та 5,6 % при її прогресуванні у близького, субклінічний рівень реєструвався відповідно у 77,5 % та 76,1 %, тоді як клінічний у 10,9 % та 18,2 % опитуваних, табл. 1. Вираженість проявів депресії на рівні норми реєструвалася у 5,4 % на етапі діагностування онкології у родича та 0 % при її поверненні, субклінічний – 82,2 % та 81,8 %, і клінічний – 12,4 % та 18,2 %, табл. 2. Аналіз даних показав, що у родичів онкохворих прогресування хвороби викликало зростання депресивних проявів, що було обумовлено зростанням стресового навантаження та чинників психологічної травматизації ( $p < 0,05$ ), табл. 2. Тоді як рівень тривожного стану відзначався стабільністю на різних етапах перебігу онкопатології, проте відмінними були джерела психоемоційних переживань (характер та зміст стресових чинників).

Вираженість психопатологічних проявів залежала від рівня сімейної адаптації, табл. 3, 4. Порушення сімейного пристосування супроводжувалися зростанням рівнів тривоги та депресії. Прояви тривоги на рівні норми діагностовано у 18,2 % у «адаптованих», 11,0 % у «межових» та 0 % у «дезадаптованих» сім'ях ( $p < 0,05$ ), субклінічної вираженості відповідно – 78,2 %, 76,4 % та 76,4 %, і клінічної – 3,6 %, 12,6 % та 23,6 % опитуваних родичів ( $p < 0,05$ ). Депресивна симптоматика, що не досягала патологічного рівня, спостерігалася у 12,7 % у «адаптованих» ( $p < 0,05$ ), та 0 % у «межових» та «дезадаптованих» родин, субклінічні прояви визначалися відповідно у 83,7 %, 85,8 % та 76,4 %, клінічні – 3,6 %, 14,2 % та 23,6 % членів сімей ( $p < 0,05$ ).

Дружини пацієнтів проявляли вищі рівні психопатологічних проявів у порівнянні з чоловіками, табл. 5, 6. Вираженість тривоги в рамках норми зареєстровані у 13,8 % чоловіків та 0 % жінок ( $p < 0,05$ ), субклінічно відповідно 75,3 % та 78,9 %, клінічно у 10,9 % та 21,1 % осіб ( $p < 0,05$ ). Рівень депресії на рівні норми у 4,0 % чоловіків та 0 % дружин, субклінічному – 81,6 % та 82,5 %, клінічному – 14,4 % та 17,5 % родичів.

У родин, в яких хворіла жінка, у чоловіків діагностувалося посилення психопатологічної симптоматики при поверненні онкологічного захворювання у дружин, на фоні повторної психологічної ретравматизації, що виражалася переважанням проявів депресивного характеру ( $p < 0,05$ ), табл. 7 та 8. У сім'ях з онкохворим чоловіком, у жінок рівні тривожної та депресивної симптоматики залишалися стабільно підвищеними, табл. 9, 10.

Високі рівні тривожної та депресивної симптоматики у подружжів виявляють і у інших дослідженнях, що підтверджує психотравмуючий вплив захворювання не лише на пацієнта, але і членів його родини [15, 16].

Таким чином, поряд з раніше дослідженими, виділені нами чинники розкривають та доповнюють змістовний рівень усвідомлення та переживання членів родини онкохворих у зв'язку із захворюванням близького на сімейному та особистісному рівнях.

Обмеження дослідження. Психологічний аналіз психоемоційного стану у родин з онкологічним пацієнтом зосереджувався на вивченні психопатологічних проявів у подружжів, проте до складу сімей

також входили і діти хворих. Застосовано критерій розподілу досліджуваних груп в залежності від етапу перебігу онкопатології у пацієнта, проте на вираженість психотравматизації може впливати нозологічна приналежність, що обумовлює особливості змін у фізичному та психічному стані хворих. Включення у дослідження більшої кількості сімей дозволило б більш детально проаналізувати специфіку розвитку психопатологічних станів у членів родини пацієнтів з онкологічними захворюваннями.

Перспективи подальших досліджень полягають у розширенні вивчення змін психоемоційного стану членів родини у взаємозв'язку з характером родинних зв'язків (подружжя, діти – дорослі, неповнолітні), нозологічних складових (діагнозу, стадії, протипухлинного лікування), наявності ресурсів до психосоціальної підтримки (отримання психологічної, соціальної допомоги).

## 7. Висновки

На основі проведеного дослідження можна зробити наступні висновки.

1. Психоемоційний стан родичів онкологічних пацієнтів визначався поєднанням впливу ряду чинників, до яких відносилися етап перебігу захворювання, рівень сімейної адаптації, гендерна складова.

2. Прогресування захворювання спричиняло у членів сім'ї зростання психопатологічної симптоматики як депресивного так і тривожного характеру, що було викликано повторною психотравматизацією, нестачею психологічних та психосоціальних ресурсів щодо подолання наслідків хвороби.

3. Порушення сімейної адаптації супроводжувалися збільшенням вираженості тривоги та депресії, які виступали сприятливим підґрунтям для посилення як особистісного так і сімейного напруження.

4. У психоемоційному стані жінок домінував тривожний стан, а у чоловіків порівняно вищими були депресивні прояви.

5. Корекція психоемоційного стану родичів онкохворих та стабілізація сімейної системи є важливими складовими медико-психологічної допомоги у онкологічній практиці.

## Конфлікт інтересів

Автори декларують відсутність конфлікту інтересів.

## Література

1. Національний канцер-реєстр (2019). Київ: Національний інститут раку. Available at: [http://www.ncru.inf.ua/publications/ucr\\_data\\_2019.pdf](http://www.ncru.inf.ua/publications/ucr_data_2019.pdf)
2. Hess, C. B., Chen, A. M. (2014). Measuring psychosocial functioning in the radiation oncology clinic: a systematic review. *Psycho-Oncology*, 23 (8), 841–854. doi: <http://doi.org/10.1002/pon.3521>
3. Traa, M. J., Braeken, J., De Vries, J., Roukema, J. A., Slooter, G. D., Crolla, R. M. P. H. et. al. (2015). Sexual, marital, and general life functioning in couples coping with colorectal cancer: a dyadic study across time. *Psycho-Oncology*, 24 (9), 1181–1188. doi: <http://doi.org/10.1002/pon.3801>
4. Nayak, M., George, A., Vidyasagar, M., Mathew, S., Nayak, S., Nayak, B. et. al. (2015). Symptoms experienced by cancer patients and barriers to symptom management. *Indian Journal of Palliative Care*, 21 (3), 349. doi:10.4103/0973-1075.164893
5. Holland, J. C., Breitbart, W. S., Jacobsen, P. B., Loscalzo, M. J., McCorkle, R., Butow, P. N. (Eds.) (2015). *Psycho-Oncology*. Oxford University Press, 772. doi: <http://doi.org/10.1093/med/9780199363315.001.0001>

6. Lukhmana, S., Bhasin, S. K., Chhabra, P. et. al. (2015). Family caregivers' burden: A hospital based study in 2010 among cancer patients from Delhi. *Indian Journal of Cancer*, 52 (1), 146– 151. doi: <http://doi.org/10.4103/0019-509x.175584>
7. Nielsen, M. K., Neergaard, M. A., Jensen, A. B., Bro, F., & Guldin, M.-B. (2016). Psychological distress, health, and socio-economic factors in caregivers of terminally ill patients: a nationwide population-based cohort study. *Support Care in Cancer*, 24 (7), 3057–3067.
8. Мухаровська, І. Р. (2017). Медико-психологічна допомога для членів сім'ї онкохворих на різних етапах лікувального процесу. *Journal of Education, Health and Sport*, 7 (1), 583–590. doi: <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.1036778>
9. Jia, M., Li, J., Chen, C., Cao, F. (2015). Post-traumatic stress disorder symptoms in family caregivers of adult patients with acute leukemia from a dyadic perspective. *Psycho-Oncology*, 24 (12), 1754–1760. doi: <http://doi.org/10.1002/pon.3851>
10. Drabe, N., Klaghofer, R., Weidt, S., Zwahlen, D., Büchi, S., Jenewein, J. (2015). Mutual associations between patients' and partners' depression and quality of life with respect to relationship quality, physical complaints, and sense of coherence in couples coping with cancer. *Psycho oncology*, 24 (4), 442–450. doi: <http://doi.org/10.1002/pon.3662>
11. Nipp, R. D., El-Jawahri, A., Fishbein, J. N., Gallagher, E. R., Stagl, J. M., Park, E. R. et. al. (2016). Factors associated with depression and anxiety symptoms in family caregivers of patients with incurable cancer. *Annals of Oncology*, 27 (8), 1607–1612. doi: <http://doi.org/10.1093/annonc/mdw205>
12. Zigmond, A. S., Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67 (6), 361–370. doi: <http://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
13. Sandén, U., Nilsson, F., Thulesius, H., Hägglund, M., Harrysson, L. (19). Cancer, a relational disease exploring the needs of relatives to cancer patients. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 14 (1), 1622354. doi: <http://doi.org/10.1080/17482631.2019.1622354>
14. Partanen, E., Lemetti, T., Haavisto, E. (2018). Participation of relatives in the care of cancer patients in hospital-A scoping review. *European Journal of Cancer Care*, 27 (2), e12821. doi: <http://doi.org/10.1111/ecc.12821>
15. Cho, Y., Jeon, Y., Jang, S.-I., Park, E.-C. (2018). Family Members of Cancer Patients in Korea Are at an Increased Risk of Medically Diagnosed Depression. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 51 (2), 100–108. doi: <http://doi.org/10.3961/jpmph.17.166>
16. Park, B., Kim, S. Y., Shin, J.-Y., Sanson-Fisher, R. W., Shin, D. W., Cho, J., Park, J. H. (2013). Suicidal Ideation and Suicide Attempts in Anxious or Depressed Family Caregivers of Patients with Cancer: A Nationwide Survey in Korea. *PLoS ONE*, 8 (4), e60230. doi: <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0060230>

*Received date 28.01.2020*

*Accepted date 20.02.2020*

*Published date 31.03.2020*

**Кривоніс Тамара Григорівна**, кандидат медичних наук, доцент, кафедра медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018  
E-mail: [tamarakr@ukr.net](mailto:tamarakr@ukr.net)