

Міністерство охорони здоров'я України
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису

Беляк Валентин Олександрович

УДК: 618.11-006.6-036.65-003.93-085.277-085.832:617.55

**КРИЗА ІДЕНТИЧНОСТІ ТА ПСИХОЕМОЦІЙНИ РОЗЛАДИ
У ХВОРИХ ІЗ ЗЛОЯКІСНИМИ ПУХЛИНАМИ ЖІНОЧОЇ
РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ**

222 – Медицина
22 – Охорона здоров'я

Подається на здобуття ступеня доктора філософії
Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ В.О. Беляк

Науковий керівник: д-р.мед.н., проф. Р.І. Білобровка

Львів-2026

Захист дисертації відбудеться у Львівському національному медичному університеті імені Данила Галицького, МОЗ України, Львів, 2026.

АНОТАЦІЯ

Беляк В. О. Криза ідентичності та психоемоційні розлади у хворих із злоякісними пухлинами жіночої репродуктивної системи.–
Рукопис.

Дисертація на здобуття ступеня доктора філософії за спеціальністю 222 – «Медицина». – Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львів, 2026.

Злоякісні новоутворення нині займають одне з провідних місць серед глобальних проблем громадського здоров'я, оскільки характеризуються високою поширеністю, значною смертністю, надзвичайним психологічним та соціально-економічним тягарем. Серед них онкогінекологічні захворювання посідають особливе місце, оскільки є не просто соматичною патологією, а подією, яка радикально змінює структуру особистості, життєвий сценарій, систему самоідентифікації та соціально-рольове функціонування жінки [1–4].

На відміну від більшості інших соматичних патологій, пухлини репродуктивної системи вражають не лише організм, але й ядро жіночої ідентичності, яке інтегрує тілесність, сексуальність, репродуктивність, соціальну й екзистенційну самість [5–8]. Радикальні операції (гістеректомія, оваріектомія, мастектомія), хіміо-променева терапія, гормональні порушення, зміни зовнішності руйнують стабільність тілесного і духовного “Я”. Тому метою дослідження було вивчення психопатологічних проявів кризи ідентичності у хворих із злоякісними пухлинами жіночої репродуктивної системи, розробка підходів до їх

активного виявлення та психотерапевтичної корекції, заснованої на принципах таргетування (скерованої на певні симптоми-мішені).

Дизайн дослідження носив проспективний характер та складався з трьох етапів – скринінгового, клініко-компаративного, та таргетно-психотерапевтичного.

Дослідження проводилося на базі ДНП « Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького» Для досягнення мети було обстежено 89 пацієнтів після **успішного** завершення курсу протипухлинного лікування, яке в 75 хворих обов'язково включало хірургічний органектомічний компонент, а в 14 пацієток було лише променевим і органектомії не включало. Серед пацієток було 35 хворих з раком шийки матки, 19 - з раком ендометрію, 13- з раком яєчника та 22 хворі з доброякісними пухлинами матки. Для скринінгу психоемоційних розладів та кризи ідентичності було вирішено застосувати опитувальник « NCCN дистрес термометр» (українська версія 2022 року), який завдяки включеному в нього «Списку проблем» інтегрально відображав особистісні потреби пацієтки і відповідно ідентифікував первинний рівень їх фрустрованості. Після скринінгового обстеження всім хворим , у яких рівень дистресу досягав граничного та перевищував його (4 та вище) було проведено докладне психофеноменологічне обстеження. За результатами останнього було встановлено, що не тільки онкологічний діагноз, але й органектомічне хірургічне лікування виявилися тригером кризи ідентичності у більшості онкогінекологічних пацієток. Рівень дистресу та психоемоційних розладів виявився вищим в групі онкогінекологічних хворих, яким проведено оперативне втручання, порівняно з пацієтками ,

які отримали сучасне променеве лікування і становив $5,1 \pm 3,1$ проти $3,6 \pm 1,7$ відповідно. У $50 \pm 11,2$ % прооперованих онкологічних хворих виявлялися психоемоційні розлади навіть через 6 місяців після операції, зокрема депресія, смуток. У хворих на рак, що отримали лише променеве лікування без операцій виявляли такі стани лише в $14,3 \pm 9,4$ % випадків ($p < 0,05$).

Проведення скринінгу в різні терміни після гістеректомії виявило, що інтенсивність і спектр психоемоційних розладів наростають з часом. Зокрема у пацієток з гінекологічним раком через 7-14 днів після операції рівень дистресу становив $1,5 \pm 2,0$. Водночас у хворих, які обстежувалися більше ніж через 6 місяців після успішного завершення хірургічного лікування рівень дистресу становив $5,1 \pm 3,1$. Найчастішими проблемами у таких пацієнтів виявилися тривога і занепокоєння (81%), відчуття хронічної втоми (50%), порушення сну (58%), смуток/депресія (36%), втрата інтересу та здатності отримувати задоволення (22%). В цій групі частіше відмічено стосункові проблеми, зокрема проблеми в стосунках з партнером/чоловіком (28%), занепокоєння сексуальним здоров'ям (22%), здатністю мати дітей (16%). Виявлені психоемоційні розлади не залежали від локалізації пухлини.

Статистично вірогідна різниця між обома групами виявлена в частоті прояву занепокоєння і тривоги ($p < 0,001$), здатності мати дітей ($p < 0,05$), комунікації з медичними працівниками ($p < 0,05$), проблемами сенсу життя ($p < 0,05$), ставлення до святих ($p < 0,05$). Таким чином було встановлено, що скринінгове обстеження щодо виявлення кризи ідентичності в онкогінекологічних хворих слід проводити не тільки безпосередньо після завершення лікування, але і у віддалений період часу (через 6-12 місяців).

Задля виявлення впливу додаткових методів лікування на прояви кризи ідентичності та психоемоційні розлади онкогінекологічних пацієток було розділено на 3 підгрупи: ті, що отримали хірургічне + післяопераційне променеве лікування (Г1.1), а qzті, що отримали лише хірургічне лікування (Г1.2), хірургічне + хіміотерапію (Г1.3). За кластерами фізичних, соціальних проблем та проблем практичного характеру статистично значущих проблем між підгрупами Г1.1, Г1.2 та Г1.3 не знайдено. В кластері емоційних проблем страх реєструвався в Г1.1 достовірно частіше, ніж в Г1.2. В кластері духовних та релігійних переживань в Г1.2 проблеми усвідомлення сенсу або мети, а також проблеми смерті та життя після смерті зустрічалися достовірно рідше, ніж в Г1.1.

Виявлено, що між занепокоєнням і тривогою та віком існує статистично значущий помірний негативний зв'язок – чим менший вік пацієток, тим більш виражені анксіозні симптоми вони демонстрували, в той час як хворі старшого віку були схильні сприймати факт хвороби більш спокійно. Вірогідно, даний факт пояснюється меншою стабільністю в житті молодших пацієток, та їх неготовністю до подібного захворювання та його наслідків.

Психологічна криза, пов'язана зі здатністю мати дітей мала помірну негативну кореляцію з віком пацієток – чим молодший вік мали хворі, тим тяжче вони сприймали вгасання репродуктивної функції. Статистично значущих кореляцій між віком пацієток та проблемами практичного характеру виявлено не було.

Виявлено достовірний помірний позитивний зв'язок між віком та проблемою усвідомлення сенсу або мети – чим старшими були пацієтки,

тим гостріше відчували вони необхідність пошуку сенсів у житті. Інші проблеми духовного та релігійного характеру мали помірний негативний кореляційний зв'язок із віком пацієнок. Не було виявлено статистично значущого впливу віку на наявність фізичних проблем у хворих із пухлинами репродуктивної системи.

Задля виключення впливу такого психотравмуючого фактору як діагноз «рак» та дослідження ролі органектомічних операцій на формування кризи ідентичності було вирішено порівняти частоту, структуру і клінічні прояви психоемоційних розладів та кризи ідентичності у жінок із доброякісними новоутвореннями та злоякісними пухлинами жіночої репродуктивної сфери після завершення хірургічного лікування в об'ємі щонайменше гістеректомії. Встановлено, що перед оперативними втручанням, як і після нього, не було вірогідної різниці між групами в показниках середнього рівня дистресу. В групі онкологічних хворих спостерігався достовірно вищий рівень смутку або депресії та втрати інтересу або здатності отримувати задоволення. Проблеми усвідомлення сенсу або мети в цій групі спостерігалися достовірно частіше, аніж аналогічні проблеми у пацієнок з доброякісними пухлинами. Водночас у хворих з доброякісним пухлинами матки, які перенесли гістеректомію, рівень дистресу вище граничного виявляли в 68%. Отже втрата органу, який визначає гендерну ідентичність, не проходить для пацієнтки без травматизуючих психоемоційних наслідків. Після гістеректомії в групі з доброякісними пухлинами занепокоєння і тривогу мали 68% хворих, страх – 27%, порушення сну 46%, проблеми сексуального характеру мала кожна п'ята хвора. Майже кожна п'ята пацієнтка після гістеректомії, навіть не маючи раку, мала проблеми у стосунках із партнером.

На третьому етапі -таргетно-психотерапевтичному – хворим після органектомічних операцій як із злякисними пазлинами (Г1) так і з доброякісними (Г2) було проведено психофеноменологічне обстеження для виявлення мішеней психокорекції. Після встановлення психокорекційних мішеней хворим Г1 та Г2 було надано комплексну психотерапевтичну та психофармакологічну допомогу.

У жінок з онкогінекологічними захворюваннями психоемоційні порушення та криза ідентичності відбуваються через порушення категорій самосприйняття себе як повноцінної особи та спроможності/комплектності, до яких відносяться: соціосексуальна біхевіоральна компетентність, атракційна сексуальна компетентність, фізіологічна сексуальна компетентність, соціобіологічна гендерна компетентність, соціокультурна гендерна компетентність, концепційна репродуктивна компетентність, концепційна репродуктивна компетентність, концепційна репродуктивна компетентність, санокompетентність .

В Г1 найчастіше реєструвалися порушення санокompетентності, атракційної сексуальної компетентності, та комплектності. Для Г2 були найбільш характерними пошкодження соціокультурної гендерної компетентності та соціосексуальної біхевіоральної компетентності.

Достовірна різниця між групами відмічалася за показниками атракційної сексуальної компетентності, соціобіологічної гендерної компетентності, санокompетентності та самосприйняття себе як повноцінної особи. Психотерапевтичні заходи та методики, а також фармакологічний фон добиралися відповідно виявленим симптомам-мішеням.

Ключові слова: криза ідентичності, депресія, тривожність, гістеректомія, органектомія, NCCN дистрес термометр, психоемоційний стрес, психотерапія.

ABSTRACT

Belyak V. O. Identity crisis and psycho-emotional disorders in patients with malignant tumors of the female reproductive system. – Manuscript.

Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in the specialty 222 – "Medicine". – Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, 2026.

Malignant neoplasms currently occupy one of the leading places among global public health problems, as they are characterized by high prevalence, significant mortality, and an extreme psychological and socio-economic burden. Among them, gynecological oncological diseases occupy a special place, since they are not just a somatic pathology, but an event that radically changes the structure of the personality, life scenario, self-identification system, and socio-role functioning of a woman [1–4].

Unlike most other somatic pathologies, tumors of the reproductive system affect not only the body, but also the core of female identity, which integrates corporeality, sexuality, reproduction, social and existential self [5–8]. Radical operations (hysterectomy, ovariectomy, mastectomy), chemo-radiation therapy, hormonal disorders, changes in appearance destroy the stability of the bodily and spiritual "I". Therefore, the purpose of the study was to study the psychopathological manifestations of identity crisis in patients with malignant

tumors of the female reproductive system, to develop approaches to their active detection and psychotherapeutic correction based on the principles of targeting (aimed at certain target symptoms).

The design of the study was prospective and consisted of three stages – screening, clinical-comparative, and targeted-psychotherapeutic.

The study was conducted on the basis of the State Non-Commercial Enterprise "Lviv National Medical University. Danylo Halytskyi" To achieve the goal, 89 patients were examined after **the successful** completion of the course of antitumor treatment, which in 75 patients necessarily included a surgical organectomy component, and in 14 patients it was only radiation and did not include organectomy. Among the patients there were 35 with cervical cancer, 19 with endometrial cancer, 13 with ovarian cancer and 22 patients with benign uterine tumors. To screen for psycho-emotional disorders and identity crisis, it was decided to use the questionnaire "NCCN distress thermometer" (Ukrainian version 2022), which, thanks to the "List of Problems" included in it, integrally reflected the patient's personal needs and, accordingly, identified the primary level of their frustration. After the screening examination, all patients whose level of distress reached the limit and exceeded it (4 and above) underwent a detailed psychophenomenological examination. According to the results of the latter, it was found that not only an oncological diagnosis, but also organectomy surgical treatment turned out to be a trigger for an identity crisis in most gynecological cancer patients. The level of distress and psycho-emotional disorders was higher in the group of gynecological cancer patients who underwent surgery, compared to patients who received modern radiation treatment and amounted to 5.1 ± 3.1 versus 3.6 ± 1.7 , respectively. In $50 \pm 11.2\%$ of

operated cancer patients, psycho-emotional disorders were detected even 6 months after surgery, in particular, depression, sadness.

Screening at different times after hysterectomy revealed that the intensity and range of psycho-emotional disorders increase over time. In particular, in patients with gynecological cancer, 7-14 days after surgery, the level of distress was 1.5 ± 2.0 . At the same time, in patients who were examined more than 6 months after the successful completion of surgical treatment, the level of distress was 5.1 ± 3.1 . The most common problems in such patients were anxiety and anxiety (81%), feeling chronic tired (50%), sleep disturbances (58%), sadness/depression (36%), loss of interest and ability to enjoy (22%). In this group, relationship problems are more often noted, in particular problems in relationships with a partner/husband (28%), concerns about sexual health (22%), and the ability to have children (16%). The identified psycho-emotional disorders did not depend on the localization of the tumor.

A statistically probable difference between both groups was found in the frequency of anxiety and anxiety ($p < 0.001$), the ability to have children ($p < 0.05$), communication with medical workers ($p < 0.05$), problems of the meaning of life ($p < 0.05$), attitude to shrines ($p < 0.05$). Thus, it was found that screening examination to identify identity crises in gynecological cancer patients should be carried out not only immediately after the completion of treatment, but also in the long term (after 6-12 months).

In order to identify the impact of additional treatment methods on the manifestations of identity crises and psycho-emotional disorders, gynecological cancer patients were divided into 3 subgroups: those who received only surgical treatment (G1.1), those who received surgical + postoperative radiation treatment (G1.2), surgical + chemotherapy (G1.3). By clusters of physical, social

and practical problems of statistically significant problems between subgroups G1.1, G1.2 and G1.3 Not found. In the cluster of emotional problems, fear was recorded in G1.1 significantly more often than in G1.2. In the cluster of spiritual and religious experiences in G1.2, problems of understanding meaning or purpose, as well as problems of death and life after death, were significantly less common than in G1.1.

It was found that there is a statistically significant moderate negative relationship between anxiety and anxiety and age – the younger the age of the patients, the more pronounced anxiety symptoms they demonstrated, while older patients tended to perceive the fact of the disease more calmly. Probably, this fact is explained by the less stability in the lives of younger patients, and their unpreparedness for such a disease and its consequences.

The psychological crisis associated with the ability to have children had a moderate negative correlation with the age of patients – the younger the age of the patients, the more difficult they perceived the extinction of reproductive function. Statistically significant correlations between the age of patients and practical problems were not found.

A reliable moderate positive relationship was found between age and the problem of understanding meaning or purpose - the older the patients were, the more acutely they felt the need to search for meanings in life. Other problems of a spiritual and religious nature had a moderate negative correlation with the age of the patients. There was no statistically significant effect of age on the presence of physical problems in patients with tumors of the reproductive system.

In order to exclude the influence of such a psychotraumatic factor as the diagnosis of cancer and to study the role of organectomy operations on the formation of an identity crisis, it was decided to compare the frequency, structure

and clinical manifestations of psycho-emotional disorders and identity crises in women with benign neoplasms and malignant tumors of the female reproductive sphere after the completion of surgical treatment in the volume of at least hysterectomy. It was established that pAs well as after surgery, there was no probable difference between the groups in indicators of the mean level of distress. In the group of cancer patients, there was a significantly higher level of sadness or depression and loss of interest or ability to enjoy themselves. Problems of understanding meaning or purpose in this group were significantly more common than similar problems in patients with benign tumors. At the same time, in patients with benign uterine tumors who underwent hysterectomy, the level of distress above the limit was found in 68%. Therefore, the loss of an organ, which determines gender identity, does not pass for the patient without traumatizing psycho-emotional consequences. After hysterectomy in the group with benign tumors, 68% of patients had anxiety and anxiety, 27% had fear, 46% had sleep disturbances, and every fifth patient had sexual problems. Almost every fifth patient after a hysterectomy, even without cancer, had problems in the relationship with a partner.

At the third stage - targeted psychotherapeutic - patients after organectomy operations with both malignant vesicles (G1) and benign (G2) underwent a psychophenomenological examination to identify targets of psychocorrection. After the establishment of psychocorrectional targets, patients G1 and G2 were provided with comprehensive psychotherapeutic and psychopharmacological assistance.

In women with gynecological oncological diseases, psycho-emotional disorders and identity crisis occur due to violations of the categories of competence and completeness, which include: sociosexual behavioral

competence, attractive sexual competence, physiological sexual competence, sociobiological gender competence, sociocultural gender competence, conceptual reproductive competence, conceptual reproductive competence, conceptual reproductive competence, conceptual reproductive competence, conceptual reproductive competence, sanitation competence and completeness.

In G1, violations of sanitary competence, attraction sexual competence, and completeness were most often recorded. For G2, damage to sociocultural gender competence and sociosexual behavioral competence was most characteristic.

A significant difference between the groups was noted in terms of attraction sexual competence, sociobiological gender competence, sanitary competence and completeness. Psychotherapeutic measures and techniques, as well as the pharmacological background, were selected in accordance with the identified target symptoms.

Key words: identity crisis, depression, anxiety, hysterectomy, organectomy, NCCN distress thermometer, psycho-emotional stress, psychotherapy.

СПИСОК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Beliak V, Bilobryvka R, Slipetsky R, Yakubets O, Volodko N. NCCN distress thermometer as a screening tool for detecting psychoemotional disorders in patients with malignant tumors of the female reproductive system . Proc Shevchenko Sci Soc Med Sci. 2024 Jun.;73(1). DOI: <https://doi.org/10.25040/ntsh2024.01.14>

2. Нововведення: Застосування NCCN дістрес термометра у хворих зі злоякісними пухлинами репродуктивної системи для виявлення психоемоційних розладів після завершення лікування з приводу раку. Реєстр № 165/10/24 в «Переліку наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я». Київ; 2023. Вип. 10. С. 219-220.

3. Belyak V. , Bilobryvka R. “Application of the NCCN distress thermometer in patients with gynecological cancer for distress assessment and psycho-emotional concerns detection after succesful completion of cancer treatment.” Abstract WCP 2023 (28 Sept-1 Oct 2023 Vienna)

4. Беляк В. О. NCCN дистрес термометр як інструмент скринінгу для виявлення психоемоційних розладів у хворих зі злоякісними пухлинами жіночої репродуктивної системи // В. О. Беляк. Психічне, сексуальне та репродуктивне здоров'я в умовах війни”зб. тез міжнар. наук.-практ. конф., м. Львів.17-18 червня 2024 р.

5. Беляк В. О., Білобривка Р. І. Втрата органа як тригер кризи ідентичності у жінок зі злоякісними пухлинами репродуктивної системи

(огляд літератури) // В. О. Беляк, Р. І. Білобривка. Український вісник психоневрології. 2024. Т.33, №4 (125). С. 123-128. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V33-is4-2025-16>

6. Беляк В. О. Онкопсихотерапевтичний підхід та принципи таргетування психоемоційних розладів та кризи ідентичності при онкогінекологічних захворюваннях// В. О. Беляк. Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина. 2025. №1-2 (20-21). С. 57-69. DOI: [10.37321/ujmh.2025.1-2-07](https://doi.org/10.37321/ujmh.2025.1-2-07)

7. Грицай І. Р., Володько Н. А., Беляк В. О. Фактори впливу на перебіг рецидивного раку яєчників. Презентація клінічного випадку// І. Р. Грицай, Н. А. Володько, В. О. Беляк. Український радіологічний та онкологічний журнал. 2025. Т. 33. No 4. С. 381–391 DOI: <https://doi.org/10.46879/ukroj.4.2025.381-391>

8. Belyak, V., Bilobryvka, R., & Yakubets, O. (2025). Features of the formation of psycho-emotional disorders and identity crisis in patients with tumors of the reproductive system after hysterectomy. REPRODUCTIVE ENDOCRINOLOGY, (78), 75–85. <https://doi.org/10.18370/2309-4117.2025.78.75-85>

ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ.....	3
ANNOTATION.....	9
СПИСОК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ.....	20
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	20
ВСТУП.....	21
Розділ 1 СУЧАСНІ ВІДОМОСТІ ЩОДО КРИЗИ ІДЕНТИЧНОСТІ У ОСІБ З ПУХЛИНАМИ РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ).....	27
1.1 Загальні відомості щодо кризи ідентичності у осіб з пухлинами репродуктивної системи	27
1.2 Особливості кризи ідентичності у жінок з пухлинами репродуктивної системи.....	32
1.3 Втрата органу як тригер кризи ідентичності у жінок зі злякисними пухлинами репродуктивної системи	37
1.4 Психотерапія кризи ідентичності у осіб з пухлинами репродуктивної системи.....	44
Розділ 2 ХАРАКТЕРИСТИКА КОНТИНГЕНТІВ ОБСТЕЖЕННЯ ТА МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	47
2.1 Дизайн дослідження і загальна характеристика обстежених контингентів.....	47
2.2 Характеристика методів дослідження.....	50
Розділ 3 СКРИНІНГ НА ВИЯВЛЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ ТА ДІАГНОСТИКА КРИЗИ ІДЕНТИЧНОСТІ У ХВОРИХ З ПУХЛИНАМИ РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ	

	ПІД ЧАС ЛІКУВАННЯ ТА ПІСЛЯ ЙОГО ЗАВЕРШЕННЯ.....	52
	3.1 Скринінг на виявлення психоемоційних розладів та діагностика кризи ідентичності у хворих зі злоякісними пухлинами репродуктивної системи після органектомічних операцій.....	52
	3.2 Скринінг на виявлення психоемоційних розладів та діагностика кризи ідентичності у хворих зі злоякісними пухлинами репродуктивної системи після опромінення	58
	...	
Розділ 4	МУЛЬТИМОДАЛЬНА ДІАГНОСТИКА КРИЗИ ІДЕНТИЧНОСТІ ТА ПОЛІСЕМІОТИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОЕМОЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ З ПУХЛИНАМИ РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ ПІСЛЯ ОРГАНЕКТОМІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ.....	68
	4.1 Криза ідентичності та психоемоційні розлади у хворих зі злоякісними та доброякісними пухлинами репродуктивної системи після пангістеректомії.....	68
	4.2 Криза ідентичності та психоемоційні розлади у хворих із різними методами лікування пухлин репродуктивної системи	82
	4.3 Зв'язок психоемоційних проявів, кризи ідентичності з віком у хворих зі злоякісними та доброякісними пухлинами репродуктивної системи.....	92
Розділ 5	ОНКОПСИХОТЕРАПЕВТИЧНИЙ ПІДХІД ТА ПРИНЦИПИ ТАРГЕТУВАННЯ	

ПСИХОЕМОЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ ТА КРИЗИ ІДЕНТИЧНОСТІ ПРИ ОНКОГІНЕКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ.....	101
5.1 Криза ідентичності як порушення самосприйняття та спроможностей (компетентностей).....	101
5.2 Принципи таргетування психоемоційних розладів та кризи ідентичності при онкогінекологічних захворюваннях.....	111
АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	121
ВИСНОВКИ.....	129
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ	131
ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	132
ДОДАТОК А.....	152
ДОДАТОК Б.....	153

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

- ГС – група скринінгу (через 7-14-днів після завершення лікування)
- ГД – група дослідження (група відтермінованого скринінгу через 6-12 місяців після завершення лікування)
- Г1 – група 1 (група пацієток із злоякісними пухлинами)
- Г2 – група 2 (група пацієток з доброякісними пухлинами)
- Г1.1 – група 1.1 (група пацієток , що перенесли операцію та післяопераційне опромінення)
- Г1.2 – група 1.2 (група пацієток , що перенесли тільки операцію)
- Г1.3 – група 1.3 (група пацієток , що перенесли операцію та післяопераційну хіміотерапію)
- ДТ – дистрес-термометр
- МКХ – Міжнародна класифікація хвороб
- МОЗ – Міністерство охорони здоров'я
- МОН – Міністерство освіти і науки
- НДР – науково-дослідна робота
- КПТ – когнітивно-поведінкова терапія

ВСТУП

Актуальність дослідження. Онкозахворювання стають одним із кластерів найрозповсюдженішої патології за рахунок старіння населення, збільшення дії зовнішніх шкідливих чинників та накопичення генних мутацій. Особливе місце серед онкопатології посідають онкологічні захворювання жіночої репродуктивної системи, частота захворюваності на які щороку зростає по всьому світу [61, 107].

Через свою клінічну суть онкогінекологічні захворювання часто потребують проведення тотальних чи субтотальних органектомічних операцій, які являються не тільки травматичними фізично, але й наносять жінці тяжкі психічні страждання, підриваючи її ментальне здоров'я та спричиняючи кризу ідентичності [16, 43, 112]. Гінекологічний рак сам по собі являється тяжким психотравмуючим фактором, однак вкупі з лікуванням, яке включає видалення матки та яєчників, він робить кризу ідентичності та супутні психоемоційні розлади майже облігатними [33, 124].

За даними різних авторів, онкологічні захворювання жіночої репродуктивної системи часто супроводжуються депресивними переживаннями, триогою, порушеннями сну, дратівливістю та різкими коливаннями настрою [3, 6, 80]. Дана психопатологічна симптоматика сприяє загостренню та посиленню кризи ідентичності при онкогінекологічних захворюваннях [27, 56].

Хоча криза ідентичності та супутні психоемоційні розлади наразі активно вивчаються, єдиної стандартизованої програми допомоги жінкам, що пережили онкологічні захворювання жіночої репродуктивної системи,

наразі не існує, що вивчення феномену кризи ідентичності та психоемоційних розладів внаслідок органектомічних операцій репродуктивної системи у жінок, а також розробки онкопсихотерапевтичного підходу та принципів їх таргетування актуальною задачею сучасної психіатрії.

Мета дослідження – вивчити психопатологічні прояви кризи ідентичності у хворих із злоякісними пухлинами жіночої репродуктивної системи, розробити підходи щодо активного виявлення та психотерапевтичної корекції таких психоемоційних розладів, заснованих на принципах їх таргетування.

Завдання дослідження:

1. Розробити алгоритм активного скринінгу для виявлення психоемоційних розладів та кризи ідентичності у хворих із злоякісними пухлинами жіночої репродуктивної системи .

2. Проаналізувати клініко-психопатологічні прояви кризи ідентичності та спектр психоемоційних розладів у жінок, що перенесли органектомічні операції репродуктивної системи.

3. Оцінити ступінь впливу тригерних факторів (онкодіагноз, органектомія) у формуванні психоемоційних розладів та кризи ідентичності у пацієнок з пухлинами репродуктивної системи.

4. Розробити онкопсихотерапевтичний підхід та принципи таргетування психоемоційних розладів та кризи ідентичності з метою їх корекції.

Об`єкт дослідження – психоемоційний стан пацієнок з пухлинами репродуктивної системи (рак шийки матки, рак ендометрію, рак яєчників, доброякісні стромальні пухлини матки), розлади внаслідок

органектомічних операцій репродуктивної системи та неоперованих онкогінекологічних хворих.

Предмет дослідження – клініко-психологічні особливості кризи ідентичності та клініко-психопатологічні і патопсихологічні характеристики психоемоційних розлади внаслідок

органектомічних операцій репродуктивної системи у жінок та неоперованих онкогінекологічних хворих..

Методи дослідження: клініко-психопатологічний, клініко-психоанамнестичний (метод розширеного психоанамнестичного інтерв'ю з акцентом на виявленні суб'єктивних переживань та власних інтерпретацій актуальних симптомів), патопсихологічний (зокрема психорисунок), психометричний (шкала NCCN ДТ), клініко-психофеноменологічний, клініко-статистичний.

Наукова новизна теми дослідження. Розроблено алгоритм активного скринінгу для виявлення психоемоційних розладів та кризи ідентичності у хворих із злоякісними пухлинами жіночої репродуктивної системи за участю лікуючих лікарів-неспціалістів у сфері ментального здоров'я .

Вперше описано клініко-психологічний феномен кризи ідентичності в онкогінекологічних хворих та виявлено роль органектомічних операцій як тригера кризи ідентичності у цієї категорії пацієнтів.

Вперше проведено аналіз клініко-психопатологічних і патопсихологічних особливостей феномену кризи ідентичності у жінок, що перенесли органектомічні операції репродуктивної системи, що надає можливість профілактичних втручань на доопераційному етапі та після завершення лікування.

Виявлено фактори опосередковування виникнення кризи ідентичності та комплікації останньої психоемоційними розладами депресивного, анксіозного, фобічного, ідеаторного кіл, що дозволяє вдосконалити діагностичні процеси.

Проведено клініко-психопатологічний та патопсихологічний аналіз виникаючих внаслідок кризи ідентичності психоемоційних розладів, зокрема за рахунок скринінгу, що дозволило виявити ризик підвищення останніх у віддаленому післяопераційному періоді.

Практичне значущість дослідження полягає у встановленні клініко-психологічних категорій, через які у жінок з онкогінекологічними захворюваннями опосередковуються психоемоційні порушення та власне криза ідентичності, що дозволило зробити їх мішенями комплексного психотерапевтичного та психофармакотерапевтичного впливу.

Також практичне значення полягає у розробці онкопсихотерапевтичного підходу та принципів таргетування психоемоційних розладів та кризи ідентичності, що дозволило покращити результати їх лікування.

Особистий внесок здобувача. Автором самостійно проведено аналіз даних наукової літератури за темою дослідження, поставлено конгруентні меті задачі, підбрано адекватні методи дослідження. Самостійно проведено обстеження контингентів, проаналізовано та інтерпретовано отримані дані, написано наукові праці, написано текст дисертації.

Апробація результатів дисертації. Основні положення роботи були викладені та обговорені на засіданнях кафедри психіатрії, психології та сексології Львівського національного медичного

університету імені Данила Галицького, а також науково-практичних конференціях:

1. Стендова доповідь на WCP 2023 (28 Sept-1 Oct 2023 Vienna)

Belyak V. , Bilobryvka R. “APPLICATION OF THE NCCN DISTRESS THERMOMETER IN PATIENTS WITH GYNECOLOGICAL CANCER FOR DISTRESS ASSESSMENT AND PSYCHO-EMOTIONAL CONCERNS DETECTION AFTER SUCCESSFUL COMPLETION OF CANCER TREATMENT.”

2. На ювілейному міжнародному форумі “ Медицина України та світу:основи, реалії та стратегічні перспективи” 13-16 грудня 2023 м. Львів;

В.Беляк “ Психопатологічні механізми формування кризи ідентичності у пацієнтів із злоякісними пухлинами репродуктивної системи “

3. На науково-практичній конференції з міжнародною участю “ Психічне , сексуальне та репродуктивне здоров'я в умовах війни” 17-18 червня 2024 р.

“NCCN дистрес термометр як інструмент скринінгу для виявлення психоемоційних розладів у хворих зі злоякісними пухлинами жіночої репродуктивної системи”

Публікації. Результати відображено у 9 публікаціях, з яких 5 фахових статей відповідно до «Переліку» МОН України, 3 тез доповідей та 1 нововведення.

Структура та обсяг роботи. Дисертація складається зі вступу, п'яти розділів з висновками, загальних висновків, списку використаних

джерел. Обсяг дисертації складає 157 сторінок друкованого тексту, її проілюстровано 25 рисунками, 6 таблицями.

Список використаної літератури містить 147 джерел, у тому числі 111 – іноземною мовою.

Розділ 1
СУЧАСНІ ВІДОМОСТІ ЩОДО КРИЗИ ІДЕНТИЧНОСТІ У ОСІБ З
ПУХЛИНАМИ РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ
(огляд літератури)

1.1 Загальні відомості щодо феномену кризи ідентичності та особливостей його маніфестації в онкологічних хворих.

Умови нашого сьогодення породжують ряд особистісних проблем, зумовлених насамперед соціально-економічною нестабільністю та іншими негараздами в суспільстві. З-поміж різних деструктивних феноменів, які негативно впливають на гармонійність життєдіяльності особистості, окремої наукової актуальності набуває проблема подолання кризи ідентичності [23, 30]. Кризи ідентичності і пов'язані з нею проблеми – це феномен тимчасової втрати особистісних орієнтирів. У структурі ідентичності розрізняють її два рівні - особистісний і соціальний. Особистісний стосується індивідуальних характеристик людини; соціальний рівень виявляє солідарність людини з ідеалами, цінностями, стандартами різних соціальних груп і спільнот, до яких вона належить у різні життєві періоди. Становлення ідентичності триває впродовж усього життя [68, 88].

Особистісний рівень ідентичності потрібно вивчати спираючись насамперед на основи індивідуальної психології. Для кожної людини ідентичність є неповторною ознакою, яка вказує одночасно на унікальність особистості та на її належність до різних спільнот. Деякі елементи

ідентичності є порівняно сталими, наприклад, фізичні характеристики індивіда, етнокультурне походження. Втім, більшість складових ідентичності є змінними. За певних життєвих обставин деякі елементи втрачають свою актуальність, а їм на зміну приходять інші. Таким чином ідентичність є результатом складного та багатовимірного процесу, яка змінюється при певних життєвих умовах, особливо швидко це відбувається при стресових ситуаціях [28, 31, 65].

Існують особливі життєві ситуації, які ставлять суб'єкта перед необхідністю переживання. Це критичні ситуації, що характеризуються неможливістю жити та реалізовувати внутрішні необхідності свого життя. Так сукупність суб'єктивно негативних емоцій викликає сильні фізіологічні реакції, і тоді вплив стресу на організм може бути дезадаптивним. В такому випадку криза ідентичності розглядається, як патологічний стан, який обов'язково потребує корекції, а часом медичної допомоги. Одним з варіантів дезадаптивного стресу, що може призвести до «патологічної» кризи ідентичності є діагноз раку [92, 110, 125].

Злоякісні новоутворення нині займають одне з провідних місць серед глобальних проблем громадського здоров'я, оскільки характеризуються високою поширеністю, значною смертністю, надзвичайним психологічним та соціально-економічним тягарем. У онкологічних пацієнтів, які перенесли оперативні втручання, опромінення, хіміотерапію, криза ідентичності часто проявляється різними непсихотичними психічними розладами, такими як: депресивні стани, апатія, беззмістовна жорстокість, різні форми залежності (алкогольної та фармакологічної), безпорадність, прагнення втекти від реального світу. Ця тенденція характеризується негативною автономією, ідеологією безчасовості, дезінтеграцією, відсутністю життєвих

планів, тобто призводить до порушення чи втрати ідентичності. Таким чином втрата ідентичності виникає через невідповідність адаптивних здібностей особистості до вимог, які ставить перед нею життя [27, 57, 115].

Встановлення етіофакторів, механізмів патогенезу та супутніх психопатологічних проявів кризи ідентичності у пацієнтів з раком, зокрема з раком репродуктивної системи набувають особливої актуальності на фоні почастищення пухлин репродуктивної системи в Україні та світі [61]. Нажаль, часто проведення органозберігаючого хірургічного лікування не є достатнім для досягнення ремісії у зв'язку з високою агресивністю та виявленням злоякісних пухлин в занедбаних стадіях, що призводить до проведення субтотального чи тотального видалення органів жіночої репродуктивної системи самостійно чи в комбінації з іншими методами протипухлинної терапії. Такий об'єм лікування стає валідним предиктором розвитку кризи ідентичності та психоемоційних розладів у жінок з онкогінекологічними захворюваннями, та потребує всебічного вивчення [4, 34].

Концепт кризи ідентичності бере початок ще з робіт Еріка Еріксона 1950 року, в яких вона описується як варіант норми для певних періодів вікового розвитку, а також як патологічний стан, що виникає у разі значних змін життєвого устрою [35]. Еріксон визначав як кризу ідентичності як період втрати цілісного “Я”, розмиття життєвих орієнтирів і соціальних ролей. Згідно з його концепцією, ідентичність — це інтеграція досвіду, тілесності, соціальних ролей та внутрішніх цінностей. Очевидно, що при онкологічній патології всі ці компоненти опиняються під загрозою одночасно.

Однак онкологічні діагнози, що часто розділяють життя хворих на «до» та «після», почали розглядатися як тригер кризи ідентичності значно пізніше – лише наприкінці 70-х років ХХ сторіччя. Першим психологічні та психіатричні наслідки онкозахворювань, включно з втратою власного «я», тілесного відчуження та розриву ідентичності описав J. C. Holland [46]. Водночас сучасна психіатрія визнає феномен кризи ідентичності, перманентної ідентифікаційної вразливості важливим чинником формування депресії (F32–F33; ICD-11: 6A7Z), тривожних розладів (F41; ICD-11: 6B0X) та розладів адаптації (F43.2; ICD-11: 6B43), розглядаючи його не лише як психологічний феномен, а як один з центральних механізмів клінічних психічних розладів у онкології [43, 118, 133]. Саме тому міжнародні онкологічні керівництва, зокрема клінічні рекомендації NCCN та ESMO підкреслюють, що кризові зміни в структурі ідентичності пацієнтів з онкопатологією є суттєвим джерелом дистресу, який вимагає обов'язкового виявлення та включення у програми протипухлинного лікування [32, 57].

В контексті кризи ідентичності втрату органу внаслідок злоякісних новоутворень жіночої репродуктивної системи почали вивчати наприкінці ХХ сторіччя, коли дослідження вперше показали, що у жінок з раком молочної залози зміни тіла викликають не тільки депресію, а й стійку кризу самосприйняття, яка не редукується після ремісії [45]. Виявилося, що втрата або пошкодження репродуктивних органів внаслідок онкологічних захворювань (наприклад, мастектомія, гістеректомія, оваріектомія або інші радикальні операції на органах малого тазу) значно впливає не тільки на фізичне здоров'я, але і на психічний стан людини. Поряд із зміною тілесного образу та зниженням якості життя у пацієнтів часто розвивається

криза ідентичності – порушення цілісного почуття «я» та відчуття розриву між минулою та теперішньою особистістю [92].

Онкологічні захворювання жіночої репродуктивної системи, що призводять до втрати органу – зокрема рак шийки матки, яєчників, тіла матки чи вульви – особливо глибоко впливають як на фізичний стан жінки, так і на її психоемоційне благополуччя, самосприйняття, відчуття цілісності та ідентичності [66, 67]. Найбільш вразливою є сфера особистої, тілесної та гендерної ідентичності, яка часто зазнає глибокої трансформації або навіть кризи після встановлення діагнозу злоякісних пухлин та проходження оперативного лікування з втратою органу [82, 122]. Криза ідентичності у жінок із такими діагнозами особливо часто проявляється в почуттях втрати жіночності, стигматизації, зміни образу тіла, сексуальної дисфункції та порушення репродуктивної функції [45, 87, 108].

В Україні криза ідентичності у пацієнтів з онкологічними захворюваннями посилюється особливим постійно діючим протягом останніх 4-х років фоновим чинником - війною. Пацієнти, що отримують лікування в Україні переживають постійний стрес, пов'язаний з небезпекою для життя, ризиком переривання лікування, втратою соціальної стабільності, часто вимушеною міграцією, втратою житла. В багатьох пацієнтів близькі родичі воюють в ЗСУ, хтось зазнав поранень, зник безвісті, загинув. Таким чином, до медичної травми додається травма соціальної та екзистенційної реальності, що суттєво поглиблює патологічні переживання та кризу ідентичності, пов'язану з хворобою [8, 38, 135].

1.2 Особливості кризи ідентичності у жінок з пухлинами репродуктивної системи

Феномен кризи ідентичності у жінок з пухлинами репродуктивної системи становить складне багатовимірне явище з психологічним, соціальним та клінічним виміром, яке часто стає ядром патогенезу депресивних і тривожних розладів. Саме тому його вивчення має принципове значення для клінічної психіатрії, психотерапії та організації мультидисциплінарної онкологічної допомоги [83, 90].

Онкогінекологічні захворювання, що призводять до втрати органу, часто супроводжуються зміненням сприйняття власного тіла, що безпосередньо пов'язано з почуттям сорому, неприйняття себе та сексуальними труднощами [96, 111, 116]. Жінки, які пережили лікування гінекологічного раку, часто повідомляли про зміну образу тіла та сексуальної самоідентифікації, внутрішні конфлікти та змінене сприйняття себе [2]. Радикальні операції (гістеректомія, оваріектомія, мастектомія), хіміотерапія, гормональні порушення, зміни зовнішності руйнують стабільність тілесного “Я”. З'являється відчуття зради тіла, втрати контролю над ним, знецінення власної фізичної цілісності. Пацієнтка часто не впізнає себе у новому тілі — це супроводжується соромом, відразою, відчуженням від власного тіла [5].

Рак та його лікування порушували звичну систему ролей жінки (дружини, партнерки, матері, професійної особистості) уявлення про себе, що призводило до глибокої внутрішньої перебудови. Часто формувалася залежність від оточення, втрачалася автономність, виникав страх залишення партнером, відчуття соціальної меншовартості, сорому, ізоляції [14, 93]. Жінки описували себе як «іншу людину», «неповноцінну жінку»,

а своє тіло як «дефектне», втрачали інтерес до сексуального життя або відчували страх перед інтимністю, перед майбутнім та порушенням тілесної цілісності [97, 98]. Діагноз ставав «непроханим гостем», а нормальне життя – руйнувалося. Жінки говорили про втрату свого звичайного життя та неможливість відповідати культурним очікуванням «нормальної жінки» [39, 89]. Разом з тим, багато хто знаходив у собі силу боротися з ізоляцією та переосмислювати свою ідентичність у нових умовах, багато жінок поступово адаптувалися, інтегруючи досвід хвороби до нової самоідентичності [1, 20].

Дослідження показали, що значні зміни в образі тіла та гендерної ідентичності відбувалися у жінок після оперативного лікування раку матки. Близько 40% жінок відчували невдоволення своїм тілом після операцій та терапії. Вкрай негативно на сприйняття себе впливали погіршення сексуального життя та зниження підтримки з боку партнерів. Подібні зміни призводили до змін жіночої самоідентичності, викликали почуття втрати привабливості та повноцінності [17, 131].

Особливо вразливими до втрати органів репродуктивної системи внаслідок злоякісних новоутворень виявляються жінки без постійного партнера – для них сексуальність втрачає не лише функціональний, але й ідентифікаційний зміст, оскільки сексуальна сфера є не лише джерелом задоволення, але й ключовою складовою гендерної ідентичності, яка може бути порушена внаслідок органектомічних оперативних втручань [15].

Так, у дослідженні, присвяченому сексуальності жінок після хірургічного лікування гінекологічних пухлин, підкреслюється вплив хвороби на сексуальну ідентичність та інтимні стосунки. Жінки розповідали про те, як зміни у тілі та функціональності порушували

колишні образи себе як сексуального суб'єкта. Вони також стикалися з нестачею інформації та підтримки з боку медичного персоналу у цьому аспекті. У таких випадках тільки переосмислення «нового тіла» та прийняття змін ставали запорукою процесу відновлення ідентичності [48, 49].

Навіть після завершення активного лікування сексуальна функція залишається важливою частиною ідентичності: багато жінок повідомляють, що не мають статевих контактів, відчують біль, дискомфорт, страх рецидиву, зміни тіла – і все це впливає на самовідчуття жінки як партнерки і як особистості, не обмеженої статусом «онкохворої» [94]. Тобто втрата чи зміна інтимного, сексуального аспекту ідентичності – один із центральних елементів кризи.

Зазнавало змін відчуття «видимості та невидимості» жіночого тіла після оперативного лікування онкогінекологічної патології. Жінки зазначали, що їхні тіла стали інакше сприйматися суспільством та самими собою після операцій – шрами, віддалені органи та функціональні зміни посилювали відчуття інакшості, а тому ідентичність жінок страждає не лише через фізичні втрати, а й через соціальну реакцію на їх змінене тіло [7].

Жінки після гістеректомії у зв'язку з онкологією говорили про переживання «руйнування» жіночого тіла та «видимість хвороби» через відсутність органу. Матка в їхньому сприйнятті була не просто органом, а частиною соціальної ідентичності, і її втрата викликала труднощі у самоприйнятті та комунікації з оточуючими [9].

Схожі результати були отримані в дослідженні жінок, які перенесли мастектомію у зв'язку з раком молочної залози; результати показали, що

операція асоціювалася із руйнуванням цілісності тіла і, як наслідок, зі зміною самовідчуття. Жінки відчували втрату не тільки частини тіла, а й значної частини себе. Навіть реконструктивні втручання не завжди компенсували цей розрив між минулою і нинішньою ідентичністю [84].

Особливо гостро переживається криза ідентичності у молодих жінок із гінекологічним раком. Підлітки та молоді дорослі знаходяться на стадії активного формування ідентичності, сексуальності та життєвих цілей, включаючи плани на сім'ю. Діагноз онкології у цьому віці може завдати особливо глибокого удару по самосприйняттю [105]. У той же час, у доросліших пацієнтів, у яких вже є діти або усталена соціальна роль, є ресурси стійкості, які допомагають переосмислити втрату органу жіночої репродуктивної системи [45, 120].

Однією з найглибших психологічних травм, пов'язаних з онкогінекологічними захворюваннями, є втрата фертильності, найбільше виражена у молодих жінок. Зокрема, було виявлено, що жінки з раком шийки матки, які проходили хірургічні втручання, пов'язані з втратою репродуктивних органів, часто переживали глибоку особистісну кризу; однією з ключових проблем, на які вони скаржилися, була «втрата життя як нормальної жінки». Пацієнтки повідомляли про відчуття неповноцінності, зруйнованої жіночності та відчуження від «нормального» досвіду материнства [13].

Важливу роль грають репродуктивні плани та функції конкретної жінки, що зазнала органектомічної операції. Втрата здатності до дітонародження, страх безплідності, неможливість реалізувати себе як мати – все це сильно впливає на ідентичність, особливо якщо батьківство займає важливе місце в системі особистих цінностей. Ці переживання часто

супроводжуються депресивними симптомами [100]. Адже втрата або загроза втрати фертильності означає втрату потенціалу материнства. Для багатьох жінок це набуває значення екзистенційної ампутації, руйнує довгострокові життєві плани, формує відчуття незавершеності життя, інколи - «недореалізованості як жінки» [121]. У таких обставинах своєчасні консультації, доступ до можливостей збереження репродуктивної функції та формування обґрунтованих очікувань можуть істотно зменшити несприятливі психологічні наслідки операцій з видалення органів [18]. Подібні висновки були зроблені у дослідженні жінок, які мали рак шийки матки та пройшли операції зі збереження фертильності: автори зазначили, що загроза жіночій ідентичності, пов'язана з можливою втратою здатності до дітонародження, частково нівелювалася завдяки хірургічним втручанням, спрямованим на збереження репродуктивної функції. Жінки вважали можливість мати дітей найважливішою складовою своєї жіночності та, відповідно, ідентичності [55]. Однак варто відзначити, що аналогічні результати отримано і в дослідженнях, присвячених досвіду жінок після органозберігаючих операцій. Навіть за умови збереження фертильності, сама загроза її втрати спричиняла значний психологічний дистрес.

Багато учасниць інтерпретували ці події як «загрозу жіночій ідентичності», а операцію – як спробу «відновити» втрачену частину себе [70].

Криза ідентичності у пацієнок із злоякісними пухлинами репродуктивної системи неминуче пов'язана з екзистенційним дистресом: страхом смерті, руйнуванням сенсу, втратою майбутнього, сумнівом у

цінності життя [19]. Пацієнтка переживає не лише втрату органу чи функції — вона переживає втрату себе.

1.3 Втрата органу як тригер кризи ідентичності у жінок зі злякисними пухлинами репродуктивної системи

Серед соматичних захворювань, що супроводжуються психоемоційними розладами, питома частка патології жіночої репродуктивної системи є чи не найбільшою [44, 113]. В асоціації психічних та гінекологічних розладів важко визначити першопричину, оскільки нервова, ендокринна та імунна системи вважаються складовими частинами загальної інтеграційної мережі, що забезпечує адаптивні можливості організму [128, 143]. Отже, психічна адаптація напряду залежить від функціонування цієї системи. З іншого боку, стрес може стати тригером низки гінекологічних захворювань — від безпліддя та доброякісних проліферативних процесів до злякисних новоутворень [55, 120].

Якщо корекція гормонального дисбалансу в поєднанні з психологічною підтримкою виявляються ефективними при терапії функціональних гінекологічних розладів, то лікування новоутворень може вимагати оперативного втручання в об'ємі гістеректомії. Останнє, з одного боку, ліквідує хворобу, але з іншого — може розцінюватися пацієнткою як втрата символу жіночості, гендерної ідентичності, створюючи додатковий дистрес [22, 130].

Ще в середині минулого століття дослідники зауважили, що депресивні стани виникають після гістеректомії частіше, ніж після

будьякого іншого оперативного втручання в черевній порожнині. В 1970-х роках D. H. Richards сформулював поняття «постгістеректомічного синдрому» [92], після чого все більше клінічних досліджень демонстрували, що у жінок, які перенесли гістеректомію, частіше виникають психоемоційні розлади, такі як безсоння, тривога та депресія, ніж у тих, хто її не переніс [24, 73, 135].

Вищий ризик депресивних симптомів у довгостроковій перспективі у жінок після гістеректомії не залежав від способу життя чи соціально-економічних факторів і спостерігався з однаковою частотою в групі з і без оваріектомії [29]. Результати інших досліджень свідчили про вищу частоту депресій після гістеректомії з оваріектомією, ніж без неї, з приводу доброякісних уражень матки [25]. Частині пацієток після гістеректомії важко сприйняти себе в новій якості, адже певні ознаки, що символізують гендерну ідентичність, втрачено.

Злоякісні пухлини є однією з найважливіших причин захворюваності та смертності населення в усьому світі. Останні статистичні дані за 2022 рік свідчать про 20 мільйонів нових випадків раку та 9,7 мільйонів смертей [107]. В країнах з високим рівнем доходів, не дивлячись на існування скринінгових програм, зростає захворюваність на гомонозалежні пухлини - рак грудної залози та ендометрію, рак простати. В країнах з низьким рівнем доходів відчутним є тягар раку шийки матки. Таким чином, саме репродуктивна система опиняється сьогодні під канцерогенним тиском. Проте досягнення в діагностиці та лікуванні злоякісних пухлин репродуктивної системи протягом останніх декад дають обґрунтовані підстави не сприймати діагноз “рак” як вирок. За умови своєчасної діагностики ймовірність повноговилікування захворювання може сягати

85-90%. Комбіноване лікування занедбаних стадій забезпечує тривалий безрецидивний період, дозволяючи розглядати цю хворобу як хронічну. При таких результатах лікування на передній план виступають питання якості життя в їх фізичному, психологічному та соціальному аспектах [26, 114].

Хоча позиція психолога передбачена у багатьох онкологічних установах України, в більшості з них психологи або відсутні або їх мало. Великого ентузіазму з боку вітчизняних лікувальних закладів залучати психологів до співпраці не спостерігається, хоча за кордоном це вже рутинна практика [136, 137]. Останні роки ситуація покращується. Усвідомлення діагнозу онкологічного захворювання є великим стресом и виразною психологічною травмою. Тому звернення до психолога відбуваються найчастіше в період діагностики, повідомлення-прийняття діагнозу [50, 132], перед початком лікування, особливо хірургічного. Рак в таких ситуаціях сприймається як екзистенційна загроза, що практично руйнує звичний спосіб життя пацієнтів. Проте після прийняття рішення про лікування, після його початку психологічна підтримка відходить на другий план, зусилля хворих концентруються на подоланні випробувань, пов'язаних з лікуванням. Фактори соматичної хвороби виявляються вирішальними. Адже лікування раку є доволі агресивним, таким, що супроводжується частковим або повним видаленням органу, інвалідизацією, впливає на фізичну якість життя пацієнта, виснажує психологічно [101, 115]. Саме в цієї групи пацієнтів в ході лікування може виникати проблема кризи ідентичності.

Людина, яка почувалася здоровою, яка намагалася контролювати ситуацію у всіх її проявах, і соціальному і сімейному зненацька опиняється

на лікарняному ліжку, переживає власну безпорадність. Вона не може себе обслуговувати самотійно, втрачає віру у власну соціальну спроможність та самозарадність. Пацієнт втрачає можливість планувати своє життя, втрачає автономність та свободу вибору, що передбачає можливі соціальні наслідки захворювання, можливість інвалідизації, зміни сімейної ситуації. Навіть після успішного виліковування раку в онкопацієнтів можуть залишаються і навіть поглиблюються психологічні труднощі, пов'язані з порушенням ідентичності [47].

Криза ідентичності також посилюється під тиском соціальнокультурних очікувань та гендерних ролей. У багатьох суспільствах жінки асоціюються з дітонародженням та фертильністю. Порушення цих норм внаслідок хвороби може викликати почуття «неповноцінності», сорому, вини чи ізоляції [58]. В таких випадках особливо важливою є підтримка з боку сім'ї та партнерів, а також психологічна робота з переосмислення гендерних норм, та наявність рольових моделей, що пройшли через подібний досвід [62].

Криза ідентичності в онкологічних хворих являє собою поєднання переживань втрати колишнього сприйняття та усвідомлення себе, сумнівів у майбутньому, зміни соціальних ролей та складності в інтеграції досвіду хвороби в особисту історію життя [53, 123]. Пацієнтки з пухлинами репродуктивної системи часто описують себе як «зламани» або «неповні», а також відмічають труднощі у збереженні ідентичності дружини, матері або партнерки. Такі переживання нерідко виявляються у вигляді яскравих психіатричних симптомів, тому їх діагностика утруднена: криза ідентичності перетинається з депресивними та тривожними розладами, порушенням образу тіла та посттравматичними реакціями [62, 69].

Втрата органу внаслідок хірургічного лікування онкологічних захворювань репродуктивної системи є не тільки фізичною, а й глибокою психоемоційною травмою для жінок. Дослідження показують, що діагноз раку – особливо яєчників або шийки матки – ставить жінку на «невідомий шлях», де колишня ідентичність та спосіб життя, включаючи уявлення про себе як «звичайну жінку», відходять у минуле [77]. Після органектомічної операції відчуття втрати – фізичної жіночності, сексуальності, образу тіла – призводить до сорому, тривоги та зниження впевненості у собі [71, 117]. Емоційні наслідки втручання можуть виявлятися як відразу після операції, так і через місяці або роки, формуючи стійкий психопатологічний синдром, тісно пов'язаний з гормональними, особистісними та соціальнокультурними факторами [27].

Психоендокринні фактори відіграють значну роль при формуванні психоемоційних розладів внаслідок втрати органу при онкогінекологічних захворюваннях. Зміни в гормональному балансі після видалення матки, особливо якщо хірургічне втручання вплинуло на кровопостачання яєчників, можуть призвести до зниження вироблення естрогенів та розвитку емоційних порушень. Це відбувається через порушення кровообігу в яєчниках, що спричиняє функціональну нестачу естрогенів. Оскільки естрогени впливають на регуляцію таких важливих нейромедіаторів у мозку, як серотонін і дофамін, їх дефіцит може сприяти появі симптомів депресії, зниженню мотивації та проблемам з когнітивними функціями. Жінки в таких випадках часто скаржаться на апатію, дратівливість та загальну втрату життєвих сил [74, 86].

Встановлено, що подібні емоційні проблеми, викликані гормональними змінами, можуть тривати кілька років і вимагають

комплексного підходу до лікування за участю фахівців – психіатра та ендокринолога. Одним із найпоширеніших психологічних наслідків гістеректомії є депресія [69]. Численні дослідження показують, що після операції жінки мають значно вищий ризик розвитку депресивних станів, особливо в перші роки після втручання. Наприклад, за деякими даними, ймовірність виникнення депресивних та тривожних розладів зростає на 26% у жінок, яким видалили матку, навіть якщо яєчники були збережені. [27].

Спостереження показують, що у жінок дітородного віку ймовірність розвитку депресії після гістеректомії вдвічі вища порівняно з тими, хто переніс операцію після менопаузи. Це свідчить про те, що втрата репродуктивної функції є значним психологічним стресором, що впливає на гендерну самоідентифікацію.

За результатами епідеміологічних досліджень, жінки після гістеректомії мають на 35% вищий ризик розвитку депресії порівняно з контрольною групою. Цей ризик значно зростає у пацієток віком до 45 років та у тих, хто не має дітей [17, 63].

Інше дослідження показало, що навіть через десятиліття після втручання жінки, які пройшли гістеректомію, частіше скаржилися на симптоми апатії, емоційного вигорання та втрати здатності відчувати задоволення [24, 80]. Це свідчить про потенційно хронічний або рецидивний характер післяопераційної депресії.

Згідно з систематичним оглядом, поширеність клінічно значущої депресії серед жінок після гістеректомії коливається від 23% до 46%, що залежить від методів дослідження та періоду спостереження. Пік прояву

симптомів припадає на перші 6-12 місяців після втручання, але у деяких пацієнток депресивні ознаки можуть зберігатися понад три роки [87].

Депресія після гістеректомії часто має нетиповий перебіг. Жінки не лише відчувають знижений настрій, а й відзначають соматичні скарги: загальну слабкість, порушення сну, зниження сексуального потягу, підвищену дратівливість та біль у тілі. Ці фізичні симптоми нерідко сприймаються як звичайні післяопераційні прояви і не ідентифікуються як ознаки депресії [116, 138].

Співіснування депресивних симптомів з іншими психоемоційними розладами є поширеним явищем серед жінок, які втратили орган через злякисні новоутворення репродуктивної системи. Приблизно 60% жінок з постгістеректомічною депресією також мають ознаки тривоги, 30% страждають від порушень сну, а у 15% спостерігаються симптоми посттравматичного стресового розладу [119].

Тривожні стани після гістеректомії виникають майже з такою ж частотою, як і депресивні. Їх можуть спричиняти страх перед незворотністю змін, соціальна дискримінація та відчуття втрати контролю над власним тілом. Дослідження виявили, що рівень тривожності у жінок впродовж перших місяців після операції істотно перевищує показники контрольної групи і взаємопов'язаний з низькою самооцінкою та негативним сприйняттям власного тіла [27].

У складних випадках можлива поява симптомів, подібних до посттравматичного стресового розладу. Зокрема, жінки, які перенесли екстрену гістеректомію за життєвими показаннями, часто проявляють ознаки підвищеної збудливості, уникання медичних установ та проблеми зі

сном. Це дає підстави розглядати гістеректомію як потенційно травматичну ситуацію, що вимагає психотерапевтичного супроводу [59, 79].

Криза ідентичності у жінок, які втратили орган через пухлини репродуктивної системи, була об'єктом численних наукових досліджень. Вони аналізували зміни у самосприйнятті, образі тіла, сексуальності та соціальній ролі жінки після встановлення діагнозу та перенесеного хірургічного видалення органу, з метою розробки ефективних методів корекції цієї кризи [54, 103, 106].

1.4. Психотерапевтична допомога при кризі ідентичності у пацієнок з пухлинами репродуктивної системи

Незважаючи на глибину особистісної кризи, що виникає внаслідок втрати органу через новоутворення жіночої репродуктивної системи, наявні дослідження вказують на можливість відновлення жіночої ідентичності у таких осіб. Жінки, які пережили рак репродуктивних органів, описували процес «перепишування себе», як дії, що включали пошук нових аспектів жіночої ідентичності, які виходять за межі біологічної репродуктивної функції [99]. Ключовими стратегіями подолання такої кризи ідентичності були фокус на стосунках, творчій самореалізації та фізичних практиках для відновлення тілесного зв'язку [109].

Дослідження жінок з гінекологічним раком виявили типові стадії, через які проходять пацієнтки: шок, адаптація та подолання. Вирішальним етапом у подоланні кризи ідентичності для цих пацієнок ставало віднайдення нових життєвих смислів – не просто фізичне виживання, а

формування нової ідентичності, де наявність хвороби не є визначальним фактором «я» [81]. Жінки, хоча й визнавали зруйновану ідентичність «звичайної жінки», але також переосмислювали своє життя і створювали нові сенси, нові ролі та пріоритети [102].

Партнерська підтримка, як вказано в ряді досліджень, відіграє ключову роль у процесі адаптації: відсутність емпатії та розуміння з боку близьких посилює кризу, тоді як її наявність – сприяє збереженню позитивного образу себе [50, 78].

Деякі автори зазначають, що материнство, навіть в умовах хвороби, може бути ресурсом для зміцнення ідентичності, якщо жінка знаходить у ньому сенс і нову роль. Таким чином, ідентичність після онкології не обов'язково втрачається – вона змінюється, адаптується та іноді навіть стає глибшою [60, 121].

Існує низка факторів, які можуть посилювати, так і пом'якшувати кризу ідентичності у пацієнтів з пухлинами репродуктивної системи. Один із факторів посилення ідентичної кризи – фізичні зміни, спричинені лікуванням. Хірургічне видалення органів жіночої репродуктивної системи супроводжують фізичні зміни, такі як шрами, втрата волосся та коливання ваги, безпосередньо впливають на самосприйняття людини, особливо на її відчуття жіночності. Це може знижувати самооцінку та викликати відчуття втрати контролю над власним тілом [9, 145]. Проте, якщо фізичні зміни є незначними, доступні відновлювальні медичні втручання, або особа отримує підтримку у прийнятті свого зміненого вигляду, інтенсивність кризи ідентичності може бути знижена [99]. Важливе значення має якість психологічної, соціальної та медичної підтримки. Відсутність поважного ставлення з боку медичних працівників, неврахування емоційних потреб,

недостатня інформованість та соціальна ізоляція — все це поглиблює кризу самоідентифікації. Натомість, конструктивна взаємодія між лікарем та пацієнтом, доступ до психологічного консультивання та участь у групах підтримки сприяють інтеграції нового досвіду в особистість та допомагають знайти стійкість у боротьбі з недугою [20]. Підтримка, заснована на уважному відношенні та доступності спілкування, сприяла формуванню почуття безпеки та впевненості, а також відновленню самоповаги та жіночої ролі в родині і суспільстві [115, 140-142].

Зрештою, важливим фактором подолання кризи ідентичності є психологічні ресурси та копінг-стратегії хворої, котра перенесла втрату органу внаслідок злоякісних пухлин жіночої репродуктивної системи. Пацієнтки з низьким рівнем аутоєфективності, схильні до уникнення, заперечення або зовнішнього локусу контролю, частіше зазнають більш вираженої кризи ідентичності. Навпаки, використання активних копінгстратегій, участь у прийнятті рішень та можливість відкритого вираження почуттів сприяють адаптації та зміцненню самосприйняття в рамках нового «я» [68].

Висновки до розділу 1.

Проблема ідентичності у жінок з онкологічними захворюваннями репродуктивної системи є комплексним явищем, спричиненим багатьма факторами, що охоплює біологічні, психологічні, сексуальні та соціальні аспекти. Втрата здатності до дітонародження, фізичні зміни, порушення сексуального життя та зміна соціальних ролей нерідко викликають глибокий внутрішній конфлікт у самосприйнятті жінки.

Завдяки вчасній діагностиці цього стану, відповідній психологічній підтримці, відкритій комунікації з медичним персоналом та включенню реабілітаційних програм, можливе успішне відновлення особистісної цілісності та формування нової, адаптованої жіночої ідентичності.

Розділ 2

ХАРАКТЕРИСТИКА КОНТИНГЕНТІВ ОБСТЕЖЕННЯ ТА МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Дизайн і загальна характеристика обстежених контингентів

Дизайн дослідження носив проспективний характер та складався з чотирьох етапів – клініко-пошукового, клініко-компаративного, скринінгового та таргетно-психотерапевтичного.

В дослідженні взяли участь 89 хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні у КНП ЛОР «Львівський онкологічний регіональний лікувально-діагностичний центр» з 2022 по 2024 рік та дали згоду на використання клінічних даних і результатів обстеження з науковою метою. Дослідження проведено із дотриманням Конвенції Ради Європи з прав людини (04.04.1997) та Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації «Етичні принципи проведення наукових медичних досліджень за участю людини в якості суб'єкта дослідження (1964 –2013 рр.). Процес дослідження розглянутий та схвалений комісією з біоетики Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького (протокол № 8 від 12 .10.2022 р.).

Вік жінок, включених до груп дослідження, склав від 38 до 70 років; середній вік пацієнок становив 53 роки. 53 особам, які мали злоякісні пухлини (група 1, Г1- ЗП) та 22 особам з доброякісними пухлинами (група 2, Г2-ДП) проведено хірургічне втручання. Обидві когорти пацієнок статистично не відрізнялись за віком та супутніми патологіями.

Серед пацієнок з доброякісною патологією було 18 хворих з лейоміомами, 2 з поліпозом ендометрію, резистентним до прогестинотерапії, 2 з фібротекомаами яєчника. Всім хворим з доброякісними пухлинами було проведено хірургічне лікування щонайменше в об'ємі гістеректомії.

Всі 53 пацієнтки зі злоякісними пухлинами завершили хірургічне або комбіноване лікування з приводу раку. Серед них було 18 хворих з раком шийки матки, 20 – з раком ендометрію, 15 з раком яєчника. У всіх хворих компонентом хірургічного лікування була пангістеректомія. Психоемоційний стан пацієнок досліджувався через 6-12 місяців після завершення хірургічного або комбінованого (хірургія + хіміотерапія) лікування підчас контрольного візиту до гінеколога-онколога. На момент візиту ні в кого з онкологічних хворих не було виявлено ознак прогресування раку як при гінекологічному обстеженні, так і методами променевої візуалізації (КТ, МРТ). Крім того було обстежено 11 хворих через 12-14 днів після перенесеного радикального оперативного лікування, проте вони знаходилися в задовільному стані, готувалися до виписки або були виписані зі стаціонару. Всі вони були радикально прооперовані. Аналіз прогностичних факторів свідчив про низький ризик рецидиву захворювання і сприятливий прогноз.

В ході цього етапу дослідження в усіх хворих був зібраний детальний анамнез та надана для заповнення NCCN ДТ, версія 2.2022. За результатами даного етапу вивчено, які прояви кризи ідентичності та психоемоційних розладів присутні у пацієток зі злякисними та доброякісними пухлинами репродуктивної системи до та після лікування.

На наступному етапі дослідження – клініко-компаративному – задля виявлення впливу різних методів лікування (оперативний, опромінення, хіміотерапія та їх комбінації) на прояви кризи ідентичності та психоемоційні розлади у хворих зі злякисними пухлинами репродуктивної системи пацієток з онкогінекологічним раком з Г1 було розділено на три підгрупи: Г1.1, пацієтки якої отримували комбіноване (оперативне + опромінення) лікування, Г1.2, пацієтки якої отримували тільки оперативне лікування, та Г1.3, пацієтки якої отримували комбіноване оперативне та хіміотерапевтичне лікування. До Г1.1 увійшло 12 хворих, до Г1.2 – 25 хворих, до Г1.3 – 19 хворих. Усім хворим була надана для заповнення NCCN ДТ, версія 2.2022. За результатами даного етапу досліджено вплив способу лікування на прояви кризи ідентичності та психоемоційні розлади у хворих зі злякисними пухлинами репродуктивної системи.

На останньому етапі дослідження – таргетно-психотерапевтичному – хворим із Г1 та Г2 було проведено психофеноменологічне обстеження для виявлення мішеней психокорекції. Після встановлення психокорекційних мішеней хворим Г1 та Г2 було надано комплексну психотерапевтичну та психофармакологічну допомогу. За результатами даного етапу було виділено мішені для психокорекції кризи ідентичності та створено програму психотерапії.

2.2. Характеристика методів дослідження

Задля досягнення мети використовувалися такі методи дослідження:

Клініко-психоанамнестичний – для виявлення предиспозиційних особистісних рис та діагностики кризи ідентичності (метод розширеного психоанамнестичного інтерв'ю з акцентом на виявленні суб'єктивних переживань та власних інтерпретацій актуальних симптомів);

Патопсихологічний (зокрема психорисунок) – для виявлення додаткової інформації щодо кризи ідентичності та психоемоційних розладів; застосовувався як допоміжний метод;

Клініко-психопатологічний – для нозологічної ідентифікації психоемоційних розладів, кризи ідентичності та супутньої психопатології; У дослідженні було використано такі психометричні інструменти:

NCCN ДТ – Всім пацієнткам було запропоновано оцінити рівень дистресу за останній тиждень за допомогою NCCN ДТ, версія 2.2022, попередньо пояснивши мету дослідження. Для проведення анкетування пацієнткам було створено комфортні умови, вони не обмежувалися в часі.

Цей опитувальник із одним пунктом, який використовує шкалу Лайкерта від 0 (відсутність проблем) до 10 (надзвичайний дистрес), що нагадує термометр. До нього також доданий оновлений робочою групою NCCN список проблем (Problem list). Пацієнтки оцінювали свій рівень дистресу за останній тиждень. Вони відмічали також проблеми, що до нього призводили: фізичні, емоційні, соціальні, духовно/релігійні та проблеми практичного характеру із запропонованого списку. Граничний

бал, що зумовлює необхідність подальшого дообстеження і свідчить про можливу наявність психоемоційних проблем становить “4”.

У пацієнтів, які оцінювали свій рівень дистесу <7 метою оцінки ступеня вираженості депресивних розладів використовували опитувальник депресії Бека у модифікації BDI-II (APA, 1996).

Клініко-психофеноменологічний – для визначення психотерапевтичної феноменології та мішеней таргетної психокорекції.

При статистичній обробці даних першочергово було визначено нормальність розподілу в отриманих групах. Характер розподілу отриманих варіаційних рядів було перевірено за допомогою критерію Шапіро-Франсія, який засвідчив гаусівський характер розподілу даних. При виконанні статистичної обробки отриманих даних було здійснено розрахунок: середнього арифметичного та його стандартного відхилення ($M \pm SD$), аналіз відносних величин, вірогідності різниці між групами пацієнтів за критеріями Стюдента та ксі-квадрату. Для встановлення кореляційних зв'язків виконувалося розрахування рангових кореляцій Спірмена. Усі статистичні розрахунки було здійснено із використанням програми STATISTICA 10.0.

Розділ 3

СКРИНІНГ НА ВИЯВЛЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ ТА КРИЗИ ІДЕНТИЧНОСТІ У ПАЦІЄНТОК ІЗ ЗЛОЯКІСНИМИ ПУХЛИНАМИ РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ

3.1 Скринінг на виявлення психоемоційних розладів та діагностика кризи ідентичності у хворих зі злоякісними пухлинами репродуктивної системи після пангістеректомії

Було оцінено інформативність використання NCCN дистрес-термометра для скринінгу з метою виявлення психоемоційних розладів у хворих із злоякісними пухлинами жіночої репродуктивної системи після успішного завершення протипухлинного лікування.

Для виключення безпосереднього впливу протипухлинного лікування (опромінення, хіміотерапії) на психоемоційний стан хворих для дослідження був вибраний контингент хворих, що завершили лікування, мали сприятливий прогноз або об'єктивне підтвердження відсутності прогресування раку (результати КТ, МРТ). Розподіл на групи залежно від терміну проведення оперативного втручання, компонентом якого була пангістеректомія, дозволяв оцінити його безпосередні і віддалені наслідки на психоемоційний стан хворих. До ГД включено 36 хворих, які закінчили лікування з приводу раку понад 6-12 місяців. До ГС ввійшли 11 нещодавно (12-14 днів тому) прооперованих хворих, що готувалися до виписки або були виписані зі стаціонару. В цій групі рівень дистресу виявився порівняно невисоким. Значення вище граничного ≥ 4 на ДТ

відмітило лише 2 хворих. Найчастішими проблемами в ГС виявилися порушення сну (54%), тривога (36%), зміна ставлення до святинь (36%), втома (27%), страх і самотність (27%), усвідомлення сенсу або мети (27%). (Рис. 1-5). Такий розподіл скарг ймовірно можна пов'язати з акцентуванням на фізичних проблемах невдовзі після оперативного втручання, переосмисленням цінностей після пережитої екзистенційної загрози. Середній показник рівня дистресу в цій підгрупі, визначений за NCCN ДТ становив $1,5 \pm 2,0$.

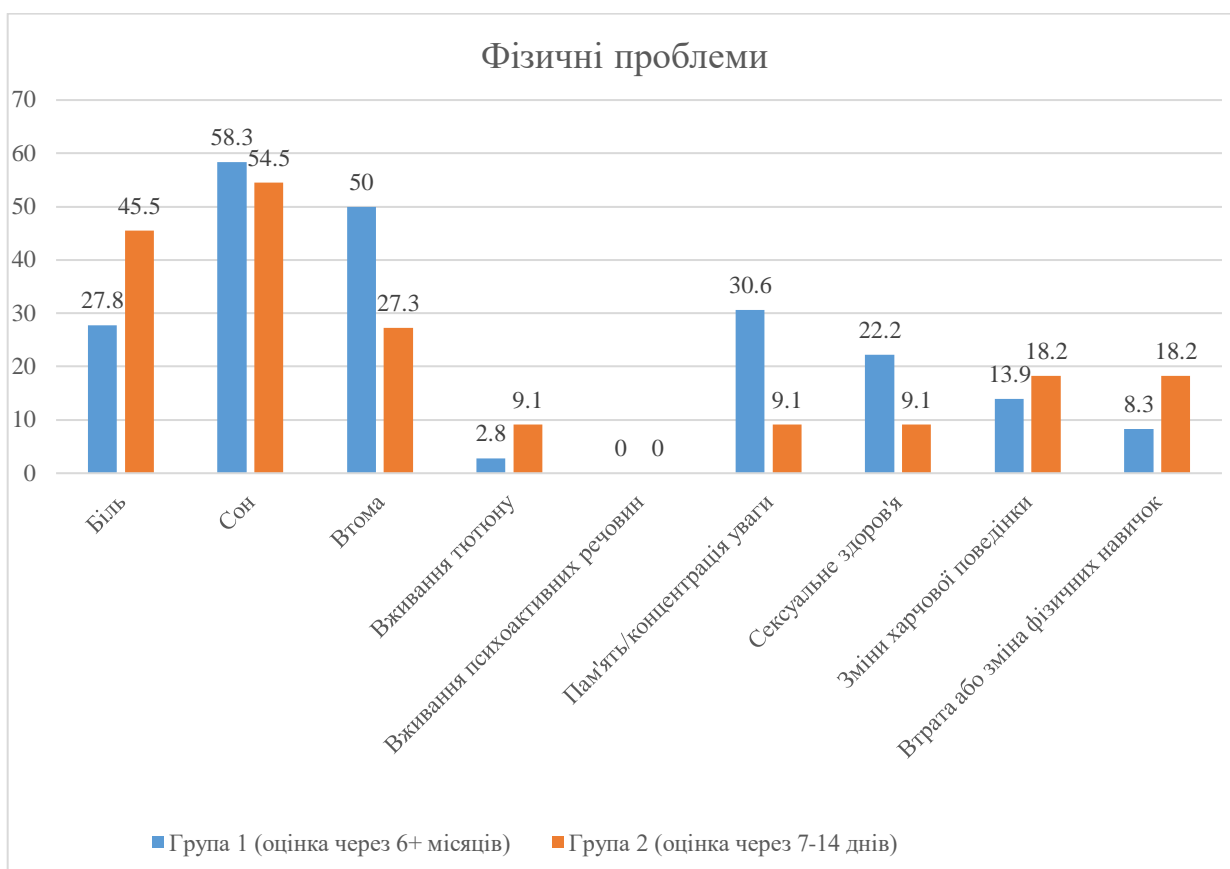


Рис. 3.1. Частота фізичних проблем у хворих із злоякісними пухлинами жіночої репродуктивної системи в групах безпосередньо після завершення лікування і при спостереженні протягом року (в %).

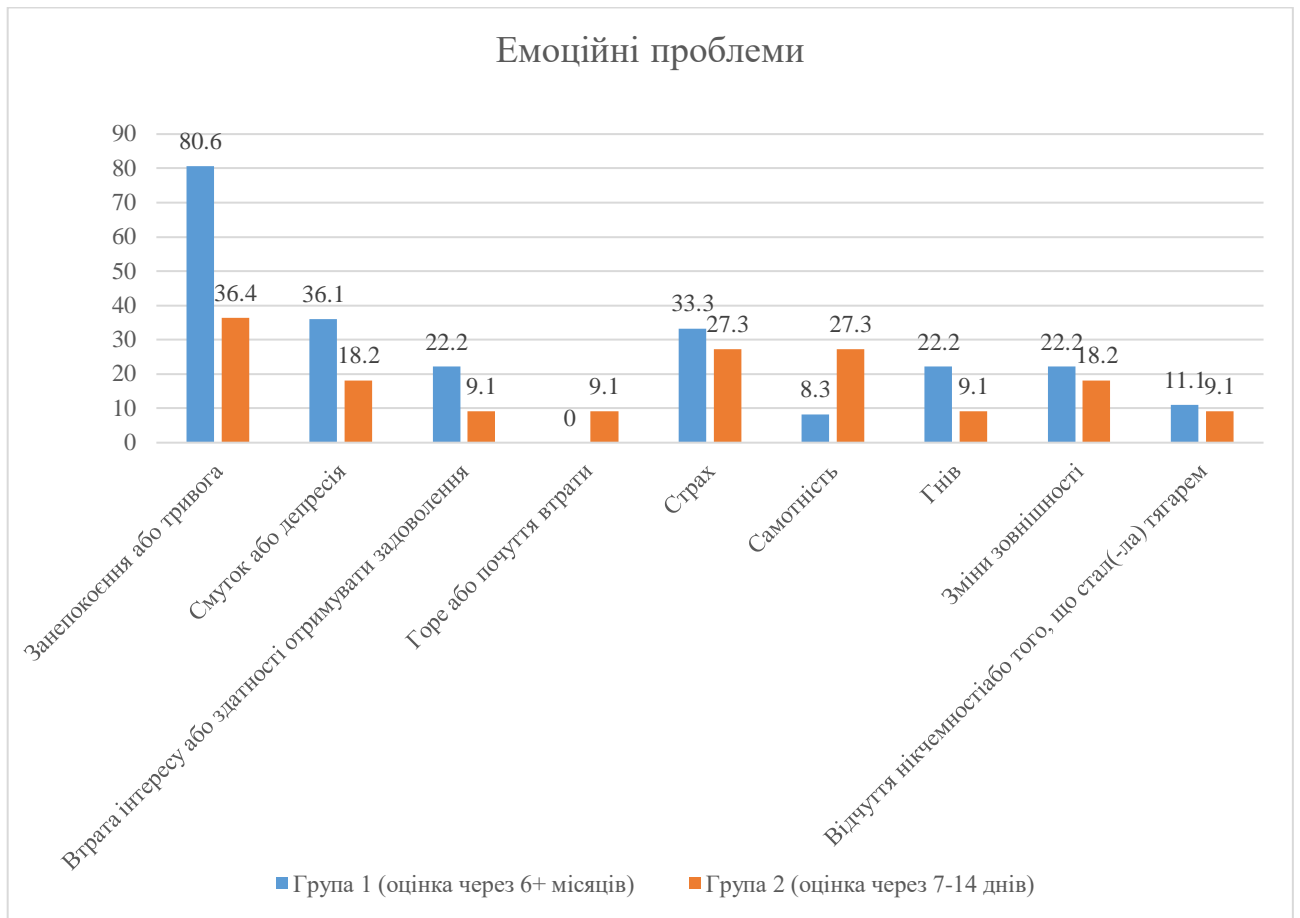


Рис. 3.2. Частота емоційних проблем у хворих із злоякісними пухлинами жіночої репродуктивної системи в групах безпосередньо після завершення лікування і при спостереженні протягом року (в %).

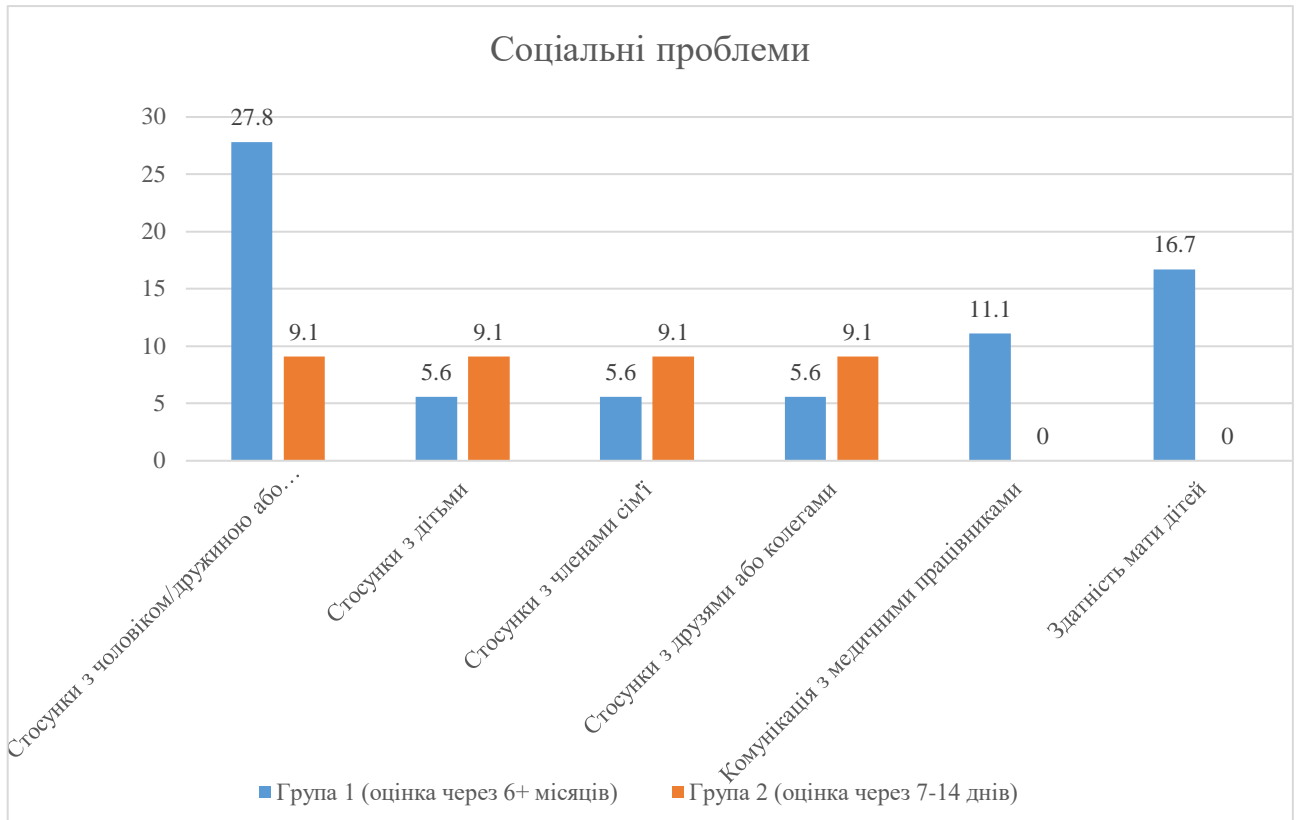


Рис. 3.3. Частота соціальних проблем у хворих із злоякісними пухлинами жіночої репродуктивної системи в групах безпосередньо після завершення лікування і при спостереженні протягом року (в %).

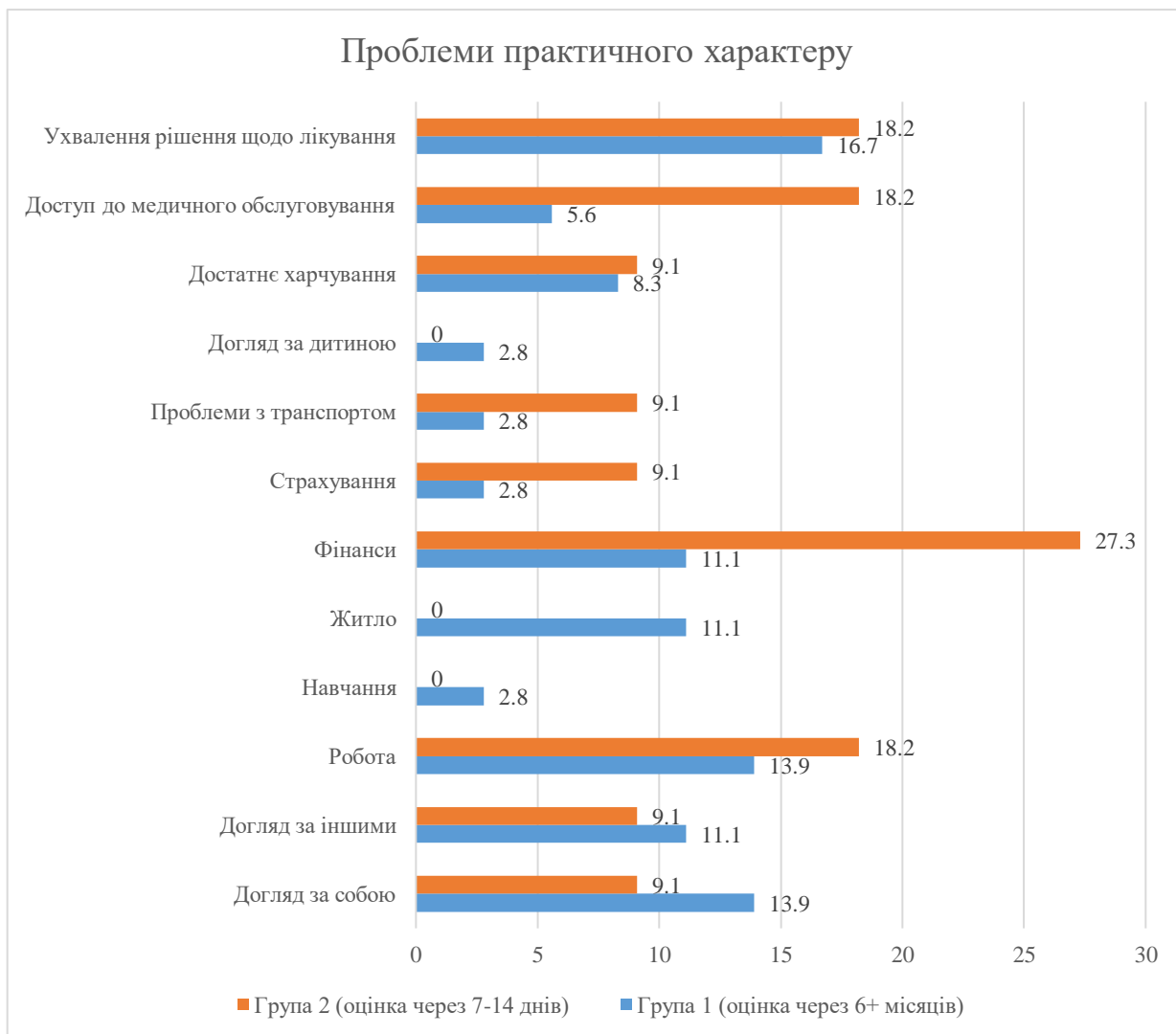


Рис. 3.4. Частота проблем практичного характеру у хворих із злоякісними пухлинами жіночої репродуктивної системи в групах безпосередньо після завершення лікування і при спостереженні протягом року (в %).

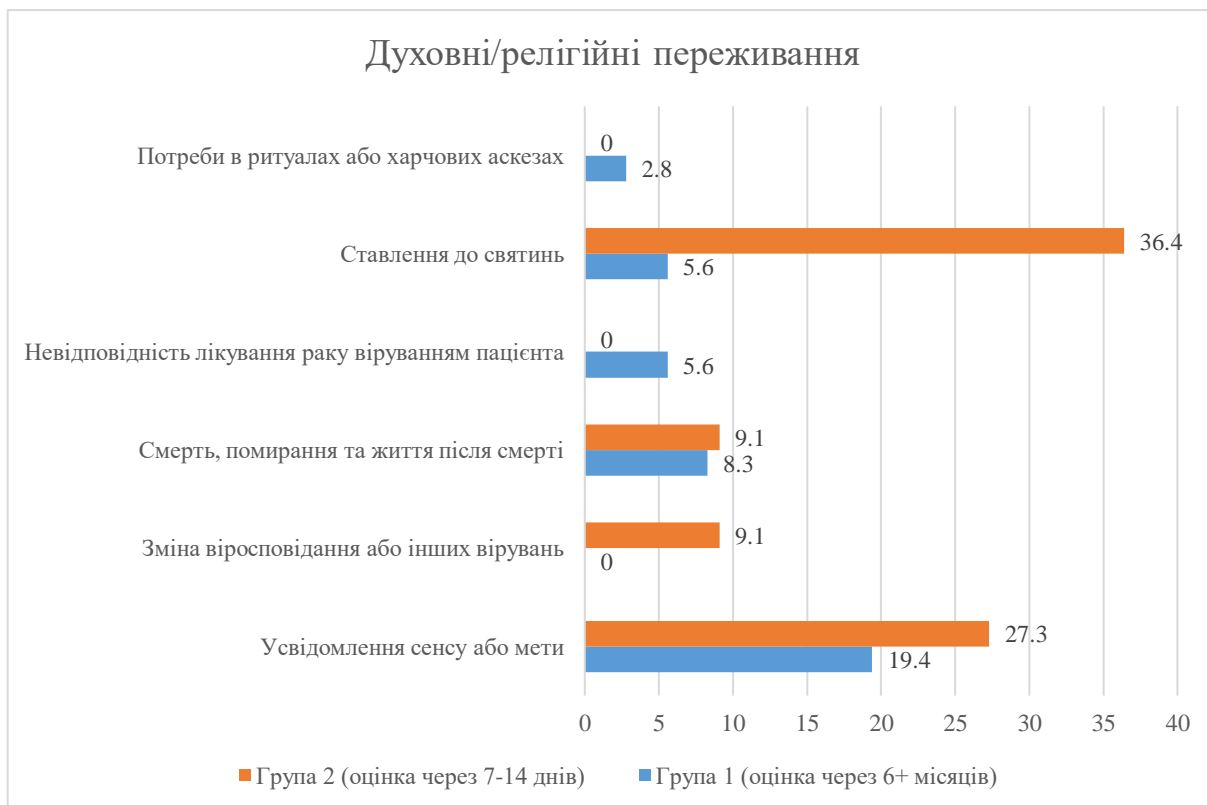


Рис. 3.5. Частота проблем, пов'язаних з духовно-релігійними переживаннями, у хворих із злоякісними пухлинами жіночої репродуктивної системи в групах безпосередньо після завершення лікування і при спостереженні протягом року (в %).

Водночас пацієнти, які завершили лікування понад 6-12 місяців і мали об'єктивні докази відсутності прогресування захворювання, відмічали значно ширший спектр проблем. Рівень дистресу був нижче граничного лише в 13 хворих. Решта 23 пацієнтки (62%) визначили свій рівень дистресу як 4 і більше. А 9 хворих (25%) оцінили свій рівень дистресу >7. Найчастішими проявами виявилися тривога і занепокоєння (81%), відчуття хронічної втоми (50%), порушення сну (58%), смуток/депресія (36%),

втрата інтересу та здатності отримувати задоволення (22%). В цій групі частіше відмічено стосункові проблеми, зокрема проблеми в стосунках з партнером/чоловіком (28%), занепокоєння сексуальним здоров'ям (22%), здатністю мати дітей (16%). Виявлені психоемоційні розлади не залежали від локалізації пухлини.

Статистично вірогідна різниця між обома групами виявлена в частоті прояву занепокоєння і тривоги ($p < 0,001$), здатності мати дітей ($p < 0,05$), комунікації з медичними працівниками ($p < 0,05$), проблемами сенсу життя ($p < 0,05$), ставлення до святих ($p < 0,05$).

Таким чином, дистрес та психоемоційні порушення виявлено більше ніж в половини успішно пролікованих онкогінекологічних хворих, що безпосередньо впливає на якість життя пацієнтів, а NCCN ДТ виявився ефективним засобом скринінгу для активного виявлення психоемоційних розладів та оцінки ступеня дистресу у пацієнтів, які успішно пройшли лікування з приводу раку репродуктивної системи. При цьому з'ясувалося, що тестування слід проводити не тільки безпосередньо після завершення лікування, але й у віддалений період часу (через 6-12 місяців), оскільки як виявилось, психоемоційні прояви дистресу (кризи ідентичності) з часом можуть наростати.

3.2. Скринінг на виявлення психоемоційних розладів та діагностика кризи ідентичності у хворих зі злоякісними пухлинами репродуктивної системи після сполучено-променевої терапії (без органектомічного компоненту)

З метою оцінки впливу органектомічного компонента в лікуванні онкогінекологічних хворих на їх психоемоційний стан було проведено анкетування з використанням NCCN ДТ серед 20 пацієток з раком шийки матки після радикального хірургічного лікування та 14 хворих з раком шийки матки, яким проводилася сполучено-променева терапія. Результати аналізу представлені рисунками 3.2.1.

	Заг. База	1(опер.)	2(ПТ)	1/2
Кількість пацієнтів	34	20	14	
t0 дистресу до лікування	7,1±3,1	7,1±3,1	-	-
t0 дистресу після лікування	4,4±2,7	5,1±3,1	3,6±1,7	p>0,05
Фізичні проблеми				
Біль	29,4±7,8	25±9,7	35,7±12,8	p>0,05
Сон	52,9±8,6	55,0±11,1	50,0±13,4	p>0,05
Втома	41,2±8,4	55,0±11,1	21,4±11	p<0,05
Вживання тютюну	5,9±4,0	5,0±4,9	7,1±6,9	p>0,05
Вживання психоактивних речовин	0±0	0±0	0±0	
Пам'ять/концентрація уваги	35,3±8,2	40,0±11,0	28,6±12,1	p>0,05
Сексуальне здоров'я	20,6±6,9	25,0±9,7	14,3±9,4	p>0,05
Зміни харчової поведінки	35,3±8,2	20,0±8,9	57,1±13,2	p<0,05
Втрата або зміна фізичних навичок	23,5±7,3	10,0±6,7	42,9±13,2	p<0,05
Емоційні проблеми				
Занепокоєння або тривога	64,7±8,2	75,0±9,7	50,0±13,4	p>0,05
Смуток або депресія	35,3±8,2	50±11,2	14,3±9,4	p<0,05
Втрата інтересу або здатності отримувати задоволення	17,6±6,5	20±8,9	14,3±9,4	p>0,05
Горе або почуття втрати	0±0	0±0	0±0	
Страх	26,5±7,6	20,0±8,9	35,7±12,8	p>0,05
Самотність	8,8±4,9	10,0±6,7	7,1±6,9	p>0,05
Гнів	20,6±6,9	15,0±8,0	28,6±12,1	p>0,05
Зміни зовнішності	14,7±6,1	15,0±8,0	14,3±9,4	p>0,05
Відчуття нікчемності або того, що став(-ла) тягарем	11,8±5,5	10,0±6,7	14,3±9,4	p>0,05
Соціальні проблеми				
Стосунки з чоловіком/дружиною або партнером	29,4±7,8	40,0±11,0	14,3±9,4	p>0,05
Стосунки з дітьми	8,8±4,9	15,0±8,0	0±0	p>0,05
Стосунки з членами сім'ї	5,9±4,0	10±6,7	0±0	p>0,05
Стосунки з друзями або колегами	23,5±7,3	5,0±4,9	20,0±13,4	p<0,05
Комунікація з медичними працівниками	2,9±2,9	5,0±4,9	0±0	p>0,05
Здатність мати дітей	8,8±4,9	15,0±8,0	0±0	p>0,05
Проблеми практичного характеру				
Догляд за собою	11,8±5,5	20±8,9	0±0	p<0,05
Догляд за іншими	2,9±2,9	5,0±4,9	0±0	p>0,05
Робота	29,4±7,8	15,0±8,0	30±7,4	p<0,05
Навчання	2,9±2,9	5,0±4,9	0±0	p>0,05
Житло	5,9±4,0	10,0±6,7	0±0	p>0,05

Фінанси	29,4±7,8	15,0±8,0	20±13,4	p>0,05
Страхування	2,9±2,9	5,0±4,9	0±0	p>0,05
Проблеми з транспортом	0±0	0±0	0±0	
Догляд за дитиною	14,7±6,1	5,0±4,9	8,6±12,1	p>0,05
Достатнє харчування	11,8±5,5	20,0±8,9	0±0	p<0,05
Доступ до медичного обслуговування	5,9±4,0	10,0±6,7	0±0	p>0,05
Ухвалення рішення щодо лікування	11,8±5,5	15,0±8,0	7,1±6,9	p>0,05
Духовні/релігійні переживання				
Усвідомлення сенсу або мети	41,2±8,4	10,0±6,7	35,7±9,4	p<0,05
Зміна віросповідання або інших вірувань	0±0	0±0	0±0	
Смерть, помирання та життя після смерті	5,9±4,0	5,0±4,9	7,1±6,9	p>0,05
Невідповідність лікування раку віруванням пацієнта	2,9±2,9	5,0±4,9	0±0	p>0,05
Ставлення до святих	5,9±4,0	10,0±6,7	0±0	p>0,05
Потреби в ритуалах або харчових аскезах	2,9±2,9	5,0±4,9	0±0	p>0,05

Звертає на себе увагу той факт, що в опромінених неопераваних хворих після завершення лікування середній рівень дистресу за даними ДТ скринінгу менший і становив 3.6 проти 5.1 в групі проопераваних онкологічних хворих. (Рис. 3.2.1.) Лише 2 з 14 пацієнок визначили свій рівень дистресу вище граничного > 4. Пацієнтки після променевого лікування вірогідно частіше констатували проблеми фізичного характеру (зміни харчової поведінки, зміни або втрату фізичних навичок) Рис.3.2.2. Водночас у таких хворих рідше виникали проблеми, пов'язані із сексуальною поведінкою – лише в 14 % випадків. Натомість у проопераваних хворих такі проблеми існували в кожній четвертій хворій. Крім того у 50% проопераваних частіше виявлялися психоемоційні розлади, зокрема депресія, смуток. Онкологічні хворі без операцій виявляли такі стани лише в 14,3% випадків (Рис. 3.2.3).

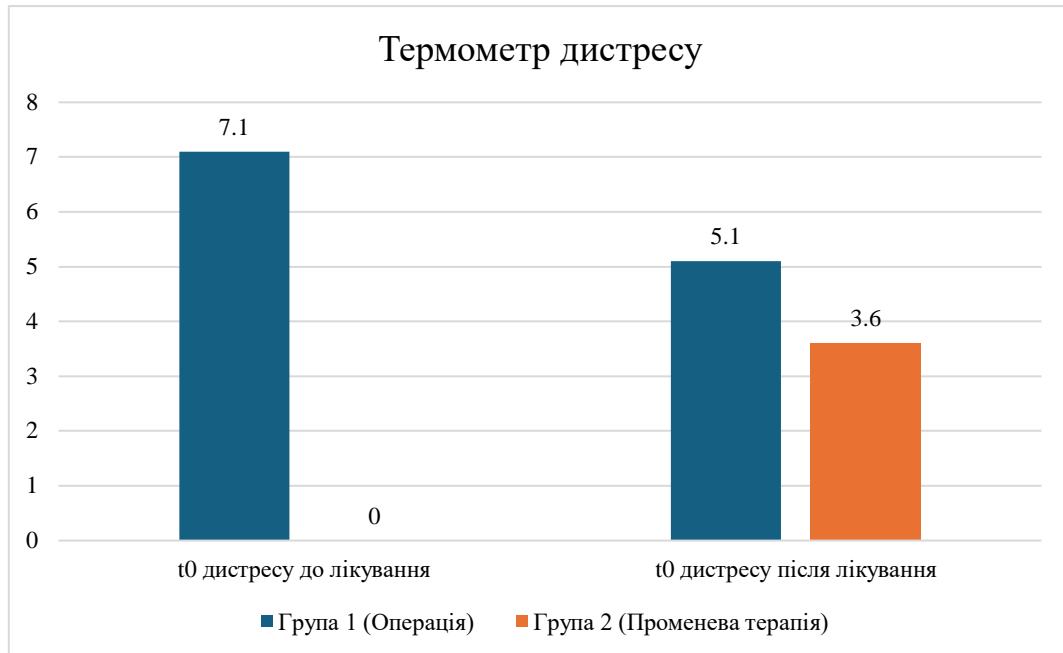


Рис. 3.2.1. Показники рівнів дистресу за результатами NCCN ДТ в онкогінекологічних хворих в групах після пангістеректомії та променевого лікування без гістеректомії (в %).

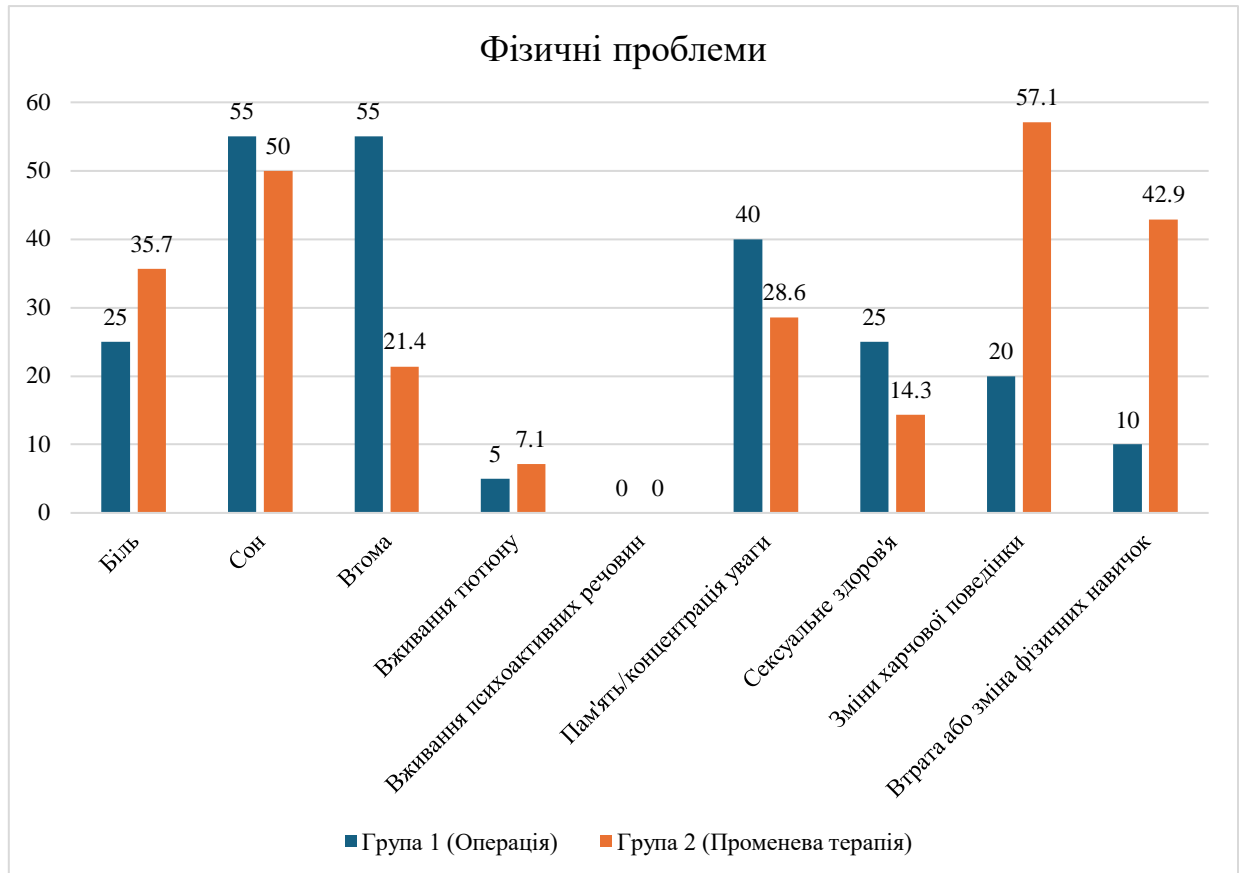


Рис. 3.2.2. Частота і характер фізичних проблем в онкогінекологічних хворих в групах після пангістеректомії та променевого лікування без гістеректомії (в %).

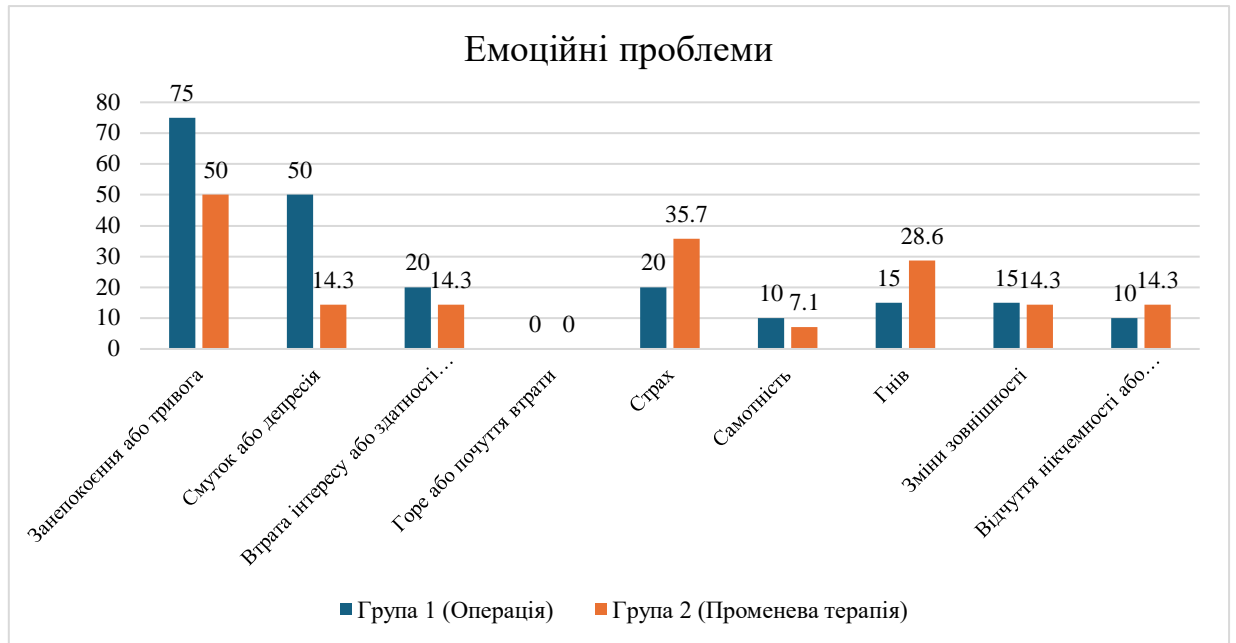


Рис 3.2.3. Частота емоційних проблем в онкогінекологічних хворих в групах після пангістеректомії та променевого лікування без гістеректомії (в %).

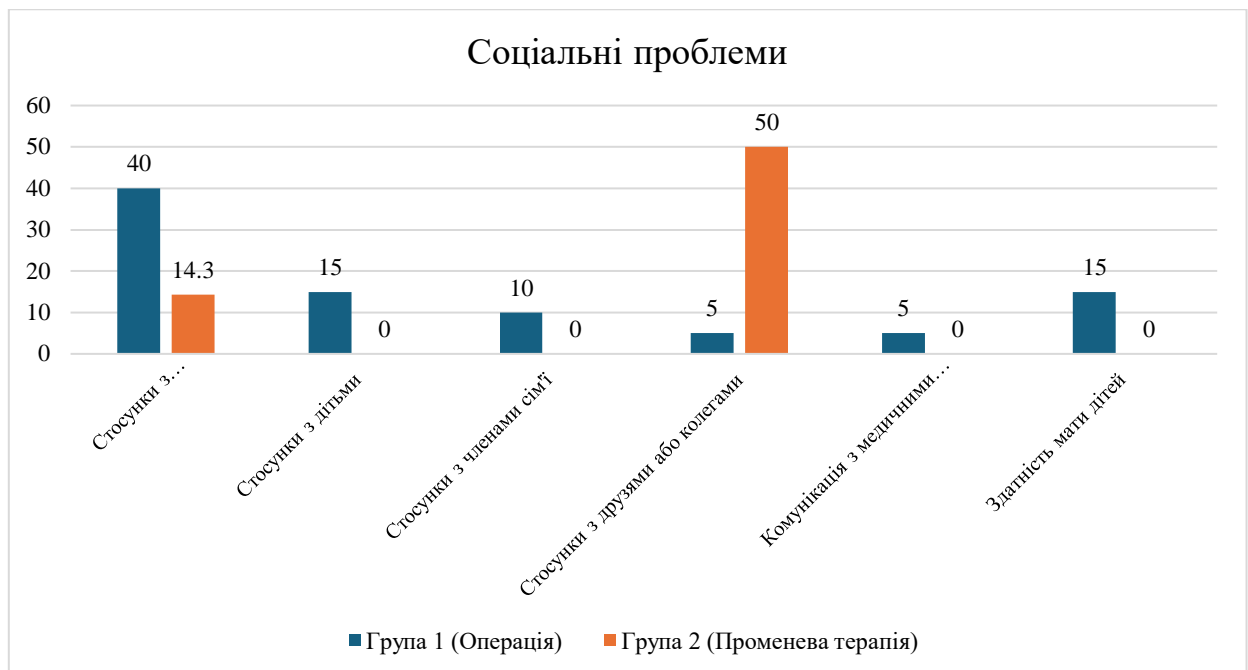


Рис 3.2.4. Частота соціальних проблем в онкогінекологічних хворих в групах після пангістеректомії та променевого лікування без гістеректомії (в %).

Наслідком тривалого променевого лікування (від 40 до 56 діб) стали проблеми в стосунках з друзями та колегами, пов'язані з роботою та фінансами.



Рис.3.2.5. Частота проблем, пов'язаних з духовно-релігійними переживаннями, у хворих із злоякісними пухлинами жіночої репродуктивної системи в групах після пангістеректомії та променевого лікування (без гістеректомії (в %).

Слід зазначити, що найбільш яскраво психоемоційні розлади та криза ідентичності заявляють про себе в той період, коли лікар-онколог, що веде спостереження пацієнтки найменше цього очікує - понад 6-12 місяців після операції. В цей період наслідки операції та фізичний дискомфорт зменшуються. Відповідь на пряме запитання про загальний стан пацієнтки може бути позитивною, проте результати анкетування та реальний психоемоційний стан хворих свідчить про інше. Тому при проведенні чергового огляду - спостереження онкогінекологічним хворим варто запропонувати алгоритм дообстеження для виявлення відтермінованих психоемоційних розладів та кризи ідентичності з використанням опитувальника NCCN ДТ. Інтерпретація його результатів не вимагає спеціальної підготовки і дозволяє коректно стратифікувати групи хворих для подальшого дообстеження.

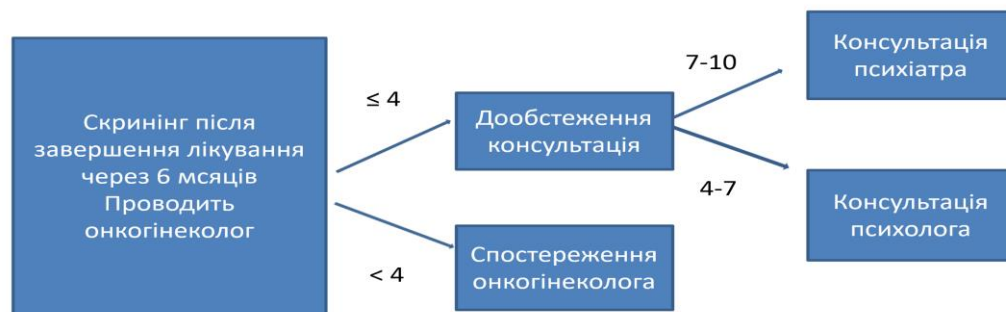


Рис. 3.3. Алгоритм проведення скринінгу з використанням NCCN дистрес термометра з наступним триажем потоків пацієнтів залежно від результатів скринінгу.

Висновки до розділу 3.

1. Використання NCCN дистрес термометра виявилось ефективним не тільки для визначення рівня дистресу, але й для виявлення психоемоційних розладів та кризи ідентичності у хворих із злоякісними пухлинами жіночої репродуктивної системи після успішного завершення протипухлинного лікування.

2. Встановлено, що органектомічні операції в більшій мірі є тригером кризи ідентичності, ніж лікування гінекологічного раку, не пов'язане з операцією.

3. Статистично вірогідні ознаки кризи ідентичності, виявлені не стільки безпосередньо після лікування (безпосередньо після операції), скільки більше ніж через півроку після його завершення, зокрема виявлена вища частота прояву занепокоєння і тривоги ($p < 0,001$), здатності мати дітей ($p < 0,05$), комунікації з медичними працівниками ($p < 0,05$), проблеми сенсу життя ($p < 0,05$), ставлення до святинь ($p < 0,05$).

4. До скринінгового анкетування з метою виявлення психоемоційних розладів слід залучати лікуючих лікарів-онкологів, і проводити його не тільки безпосередньо після завершення лікування, але й у віддалений період часу (через 6-12 місяців), оскільки прояви кризи ідентичності з часом можуть наростати.

5. Найчастішими проблемами після органектомічних операцій виявилися тривога і занепокоєння (81%), відчуття хронічної втоми (50%), порушення сну (58%), смуток/депресія (43%), втрата інтересу та здатності отримувати задоволення (22%). В цій групі частіше відмічено стосункові

проблеми, зокрема проблеми в стосунках з партнером/чоловіком (28%), занепокоєння сексуальним здоров'ям (25%), здатністю мати дітей (16%).

7. Запропоновано алгоритм проведення скринінгу з використанням NCCN дистрес термометра з наступним сортуванням потоків пацієнтів для дообстеження залежно від результатів скринінгу.

Результати досліджень даного розділу наведено в публікаціях здобувача:

1. Beliak V, Bilobryvka R, Slipetsky R, Yakubets O, Volodko N. NCCN distress thermometer as a screening tool for detecting psychoemotional disorders in patients with malignant tumors of the female reproductive system . Proc Shevchenko Sci Soc Med Sci. 2024 Jun.;73(1). DOI: <https://doi.org/10.25040/ntsh2024.01.14>

2. Belyak V. , Bilobryvka R. “Application of the NCCN distress thermometer in patients with gynecological cancer for distress assessment and psycho-emotional concerns detection after succesful completion of cancer treatment.” Abstract WCP 2023 (28 Sept-1 Oct 2023 Vienna)

3. Беляк В. О. NCCN дистрес термометр як інструмент скринінгу для виявлення психоемоційних розладів у хворих зі злоякісними пухлинами жіночої репродуктивної системи // В. О. Беляк. Психічне, сексуальне та репродуктивне здоров'я в умовах війни”зб. тез міжнар. наук.-практ. конф., м. Львів.17-18 червня 2024 р.

Розділ 4

МУЛЬТИМОДАЛЬНА ДІАГНОСТИКА КРИЗИ ІДЕНТИЧНОСТІ ТА ПОЛІСЕМІОТИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОЕМОЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ З ПУХЛИНАМИ РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ СКРИНІНГУ

4.1 Криза ідентичності та психоемоційні розлади у хворих зі злоякісними та доброякісними пухлинами репродуктивної системи після пангістеректомії

З метою виключення впливу такого психотравмуючого фактору як діагноз «рак» на формування кризи ідентичності після органектомічних операцій було вирішено порівняти частоту, структуру і клінічні прояви психоемоційних розладів та кризи ідентичності у жінок із доброякісними новоутвореннями та злоякісними пухлинами жіночої репродуктивної сфери після завершення хірургічного лікування в об'ємі щонайменше гістеректомії. Для цього за допомогою NCCN ДТ було оцінено психоемоційний стан хворих залежно від природи пухлинного процесу (доброякісний/злоякісний), з приводу якого була виконана гістеректомія. З'ясувалося, що перед оперативними втручанням не було вірогідної різниці між групами в показниках середнього рівня дистресу – 6,9 та 6,1 для групи із злоякісними та доброякісними пухлинами відповідно (Рис.4.1). Після операції з приводу доброякісних пухлин середній рівень дистресу виявився порівняно невисоким – 3,9+2; проте значення вище граничного ≥ 4 на ДТ

відмітило 15 (68%) з 22 пацієнтів. Двоє хворих визначили свій рівень дистресу як 7 – найвищі показники для даної групи. Зазначимо, що в групі онкологічних пацієнток рівень дистресу вище граничного відмітило 33 (66%) з 53 пацієнтів.

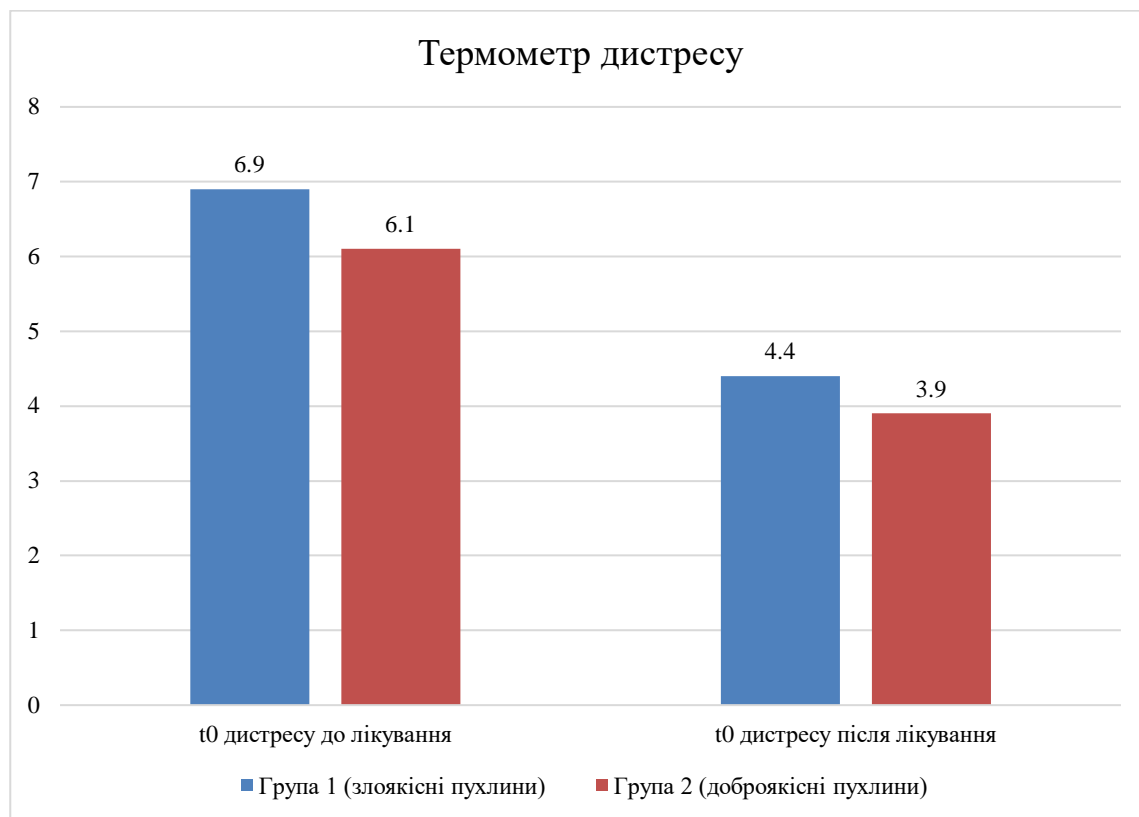


Рис.4.1 Показники середнього рівня дистресу у хворих зі злоякісними та доброякісними пухлинами репродуктивної системи до та після пангістеректомії.

Серед фізичних проблем статистично вірогідна різниця між групами виявлена в зміні харчової поведінки (11,3% в онкохворих і 8% в пацієнтів з доброякісними пухлинами) та в частоті вживання тютюну (7,5% та 5,3% для груп 1 та 2 відповідно), що продемонстровано на рис.4.2.

Результати NCCN ДТ за кластером фізичних проблем у хворих зі злоякісними та доброякісними пухлинами репродуктивної системи після пангістеректомії в узагальненому вигляді наведено в таблиці 4.1

Таблиця 4.1

Фізичні проблеми в Г1 та Г2 після пангістеректомії

Прояв	Г1			Г2			Хі квадрат	Р
	абс	%	95 % ДІ	абс	%	95 % ДІ		
Біль	13	24,53	14,00-36,89	8	36,36	18,02-57,06	1,08	> 0,05
Сон	27	50,94	37,61-64,21	8	36,36	18,02-57,06	1,33	> 0,05
Втома	30	56,6	43,18-69,55	14	63,64	42,94-81,98	0,32	> 0,05
Вживання тютюну	4	7,55	2,05-16,10	0	0	-	1,75	> 0,05
Вживання психоактивних речовин	0	0	-	2	9,09	0,94-24,28	4,95	< 0,05
Пам'ять/концентрація уваги	16	30,19	18,69-43,11	8	36,36	18,02-57,06	0,27	> 0,05
Сексуальне здоров'я	11	20,75	11,02-32,60	4	18,18	5,27-36,57	0,06	> 0,05
Зміни харчової поведінки	6	11,32	4,29-21,14	0	0	-	2,71	> 0,05
Втрата або зміна фізичних навичок	3	5,66	1,11-13,40	0	0	-	1,3	> 0,05

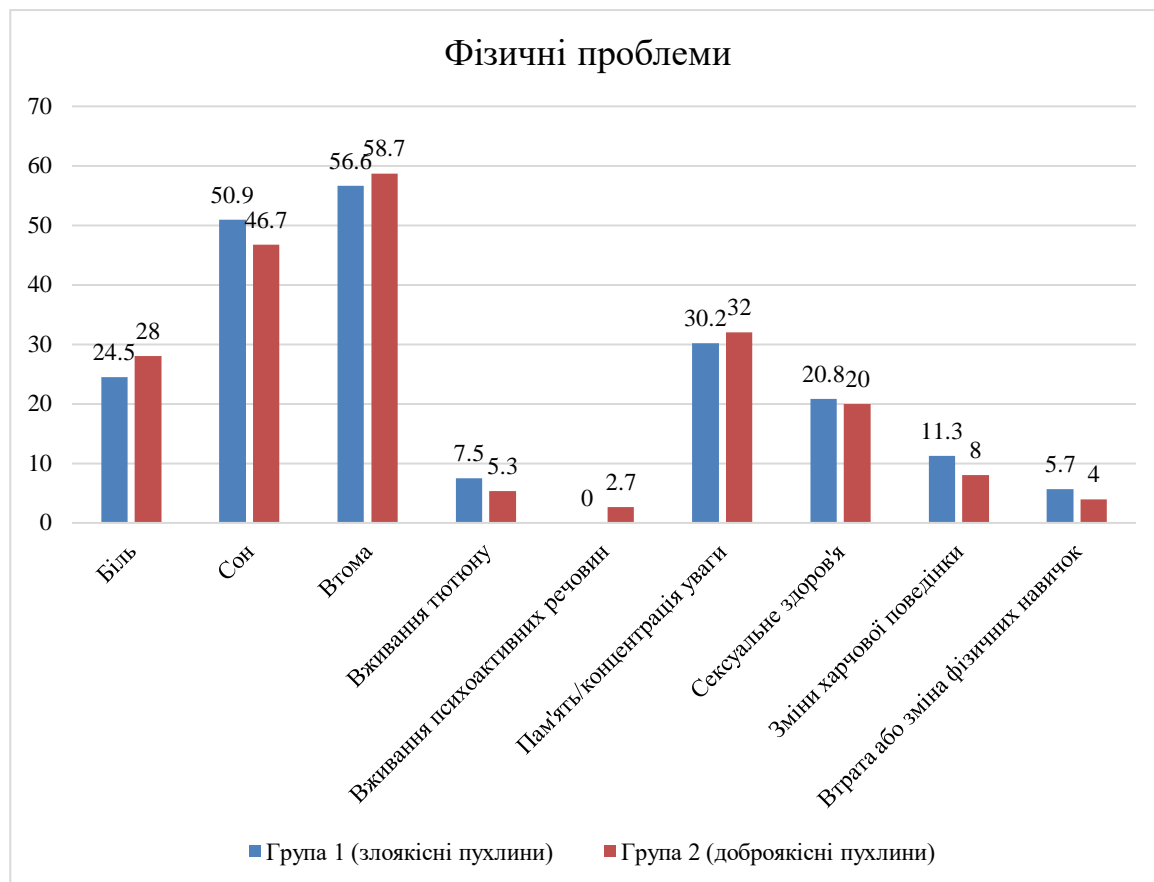


Рис.4.2. Фізичні проблеми у хворих зі злоякісними та доброякісними пухлинами репродуктивної системи після пангістеректомії.

Серед емоційних проблем смуток і депресія в онкологічних хворих зустрічалися в 37,7%, а в хворих з доброякісною патологією лише в 9,1% випадків (рис. 4.3). Ангедонію із втратою інтересу до життя або здатності отримувати задоволення діагностовано у 17% онкологічних хворих. У 7,5% онкохворих було виявлено відчуття нікчемності або усвідомлення того, що вони стали тягарем для своїх близьких. Водночас в пацієток з доброякісною патологією після гістеректомій таких скарг не було виявлено взагалі.

Результати NCCN ДТ за кластером емоційних проблем у хворих зі злоякісними та доброякісними пухлинами репродуктивної системи після пангістеректомії в узагальненому вигляді наведено в таблиці 4.2

Таблиця 4.2

Емоційні проблеми в Г1 та Г2 після пангістеректомії

Прояв	Г1			Г2			Хі квадрат	Р
	абс	%	95 % ДІ	абс	%	95 % ДІ		
Занепокоєння або тривога	40	75,47	63,11-86,00	14	63,64	42,94-81,98	1,08	> 0,05
Смуток або депресія	20	37,74	25,28-51,07	2	9,09	0,94-24,28	6,15	< 0,05
Втрата інтересу або здатності отримувати задоволення	9	16,98	8,18-28,16	0	0	-	4,25	< 0,05
Горе або почуття втрати	0	0	-	0	0	-	-	-
Страх	16	30,19	18,69-43,11	6	27,27	11,15-47,30	0,06	> 0,05
Самотність	8	15,09	6,83-25,87	2	9,09	0,94-24,28	0,48	> 0,05
Гнів	9	16,98	8,18-28,16	6	27,27	11,15-47,30	1,03	> 0,05
Зміни зовнішності	8	15,09	6,83-25,87	2	9,09	0,94-24,28	0,48	> 0,05
Відчуття нікчемності або того, що стал(-	4	7,55	2,05-16,10	0	0	-	1,75	> 0,05

ла) тйгарем								
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--

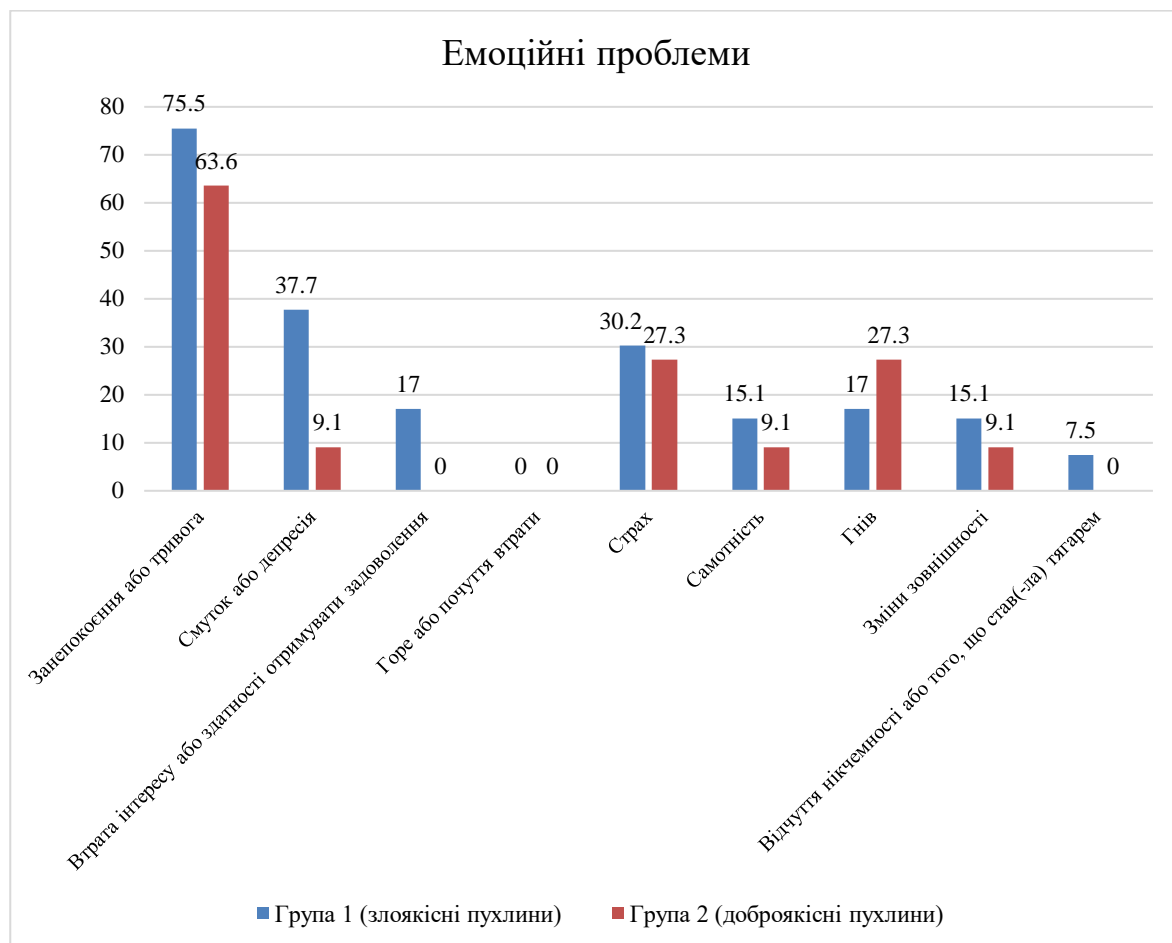


Рис. 4.3 Емоційні проблеми у хворих зі злоякісними та доброякісними пухлинами репродуктивної системи до та після пангістеректомії.

У хворих з доброякісною патологією були відсутні також і соціальні проблеми (рис. 4.4). Водночас в онкологічних хворих, соціальні проблеми виявляли в 25% випадків. після гістеректомії в групі хворих зі злоякісними пухлинами відмічався достовірно вищий рівень емоційних проблем (зокрема, за параметрами наявності смутку та депресії, втрати інтересу або

здатності отримувати задоволення, самотності та відчуття нікчемності), соціальних проблем (стосунки з дітьми, членами сім'ї, друзями або колегами, комунікація з медичними працівниками), а також проблемами практичного характеру (робота, догляд за іншими, догляд за собою, доступ до медичного обслуговування, достатнє харчування, догляд за дитиною, страхування та навчання).

Результати NCCN ДТ за кластером соціальних проблем у хворих зі злоякісними та доброякісними пухлинами репродуктивної системи після пангістеректомії в узагальненому вигляді наведено в таблиці 4.3

Таблиця 4.3

Соціальні проблеми в Г1 та Г2 після пангістеректомії

Прояв	Г1			Г2			Хі квадрат	Р
	абс	%	95 % ДІ	абс	%	95 % ДІ		
Стосунки з чоловіком/дружиною або партнером	13	24,53	14,00-36,89	4	18,18	5,27-36,57	0,36	> 0,05
Стосунки з дітьми	5	9,43	3,12-18,67	0	0	-	2,22	> 0,05
Стосунки з членами сім'ї	4	7,55	2,05-16,10	0	0	-	1,75	> 0,05
Стосунки з друзями або колегами	4	7,55	2,05-16,10	0	0	-	1,75	> 0,05
Комунікація з медичними працівниками	5	9,43	3,12-18,67	0	0	-	2,22	> 0,05
Здатність мати дітей	5	9,43	3,12-18,67	2	9,09	0,94-24,28	0	> 0,05

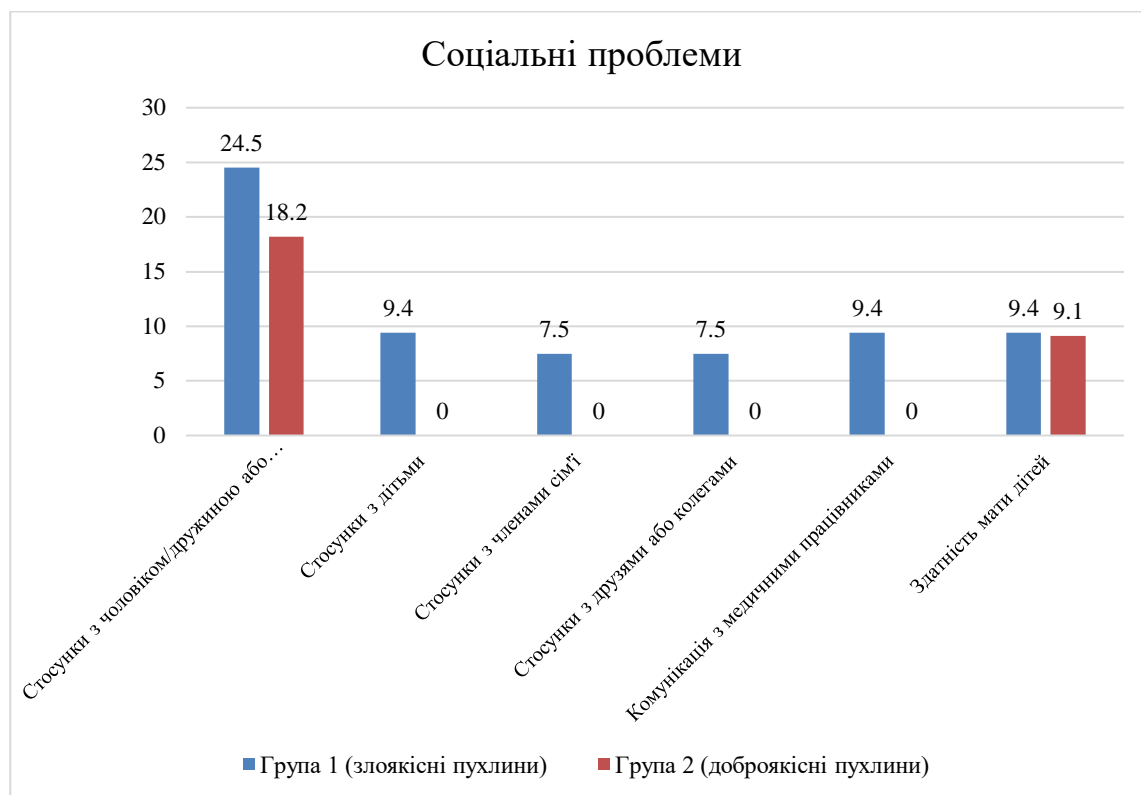


Рис. 4.4. Соціальні проблеми у хворих зі злоякісними та доброякісними пухлинами репродуктивної системи до і після пангістеректомії.

В той самий час за показниками проблем фізичного характеру, а також ряду проблем емоційного, соціального та практичного характеру пацієнтки із доброякісними пухлинами продемонстрували такий же високий рівень дистресу, як і пацієнтки з доброякісними пухлинами.

Кожна п'ята пацієнтка із злоякісною пухлиною після гістеректомії стикається з духовними, світоглядними переживаннями (20,8%), зміною усвідомлення сенсу або мети життя, а 7,5% хворих занепокоєні переживаннями, думками про смерть, роздумами про можливість життя

після смерті. Хворі з доброякісними пухлинами з такими переживаннями не стикалися.

В кожній десятій онкологічній пацієнтки виникали проблеми практичного характеру: з проблемами в догляді за собою стикалися 15% хворих, ще 11% хворих мали проблеми в догляді за іншими (рис.3.5). Тому очевидним є висновок про безпосередній вплив діагнозу рак на формування кризи ідентичності. Онкологічний діагноз виявляється стигмою, яка ставить перед особою екзистенційний виклик стосовно сенсу або мети життя, можливості прийняття кінця життєвого сценарію.

Результати NCCN ДТ за кластером проблем практичного характеру у хворих зі злоякісними та доброякісними пухлинами репродуктивної системи після пангістеректомії в узагальненому вигляді наведено в таблиці 4.4

Таблиця 4.4

Проблеми практичного характеру в Г1 та Г2 після пангістеректомії

Прояв	Г1			Г2			Хі квадрат	Р
	абс	%	95 % ДІ	абс	%	95 % ДІ		
Догляд за собою	8	15,09	6,83-25,87	0	0	-	3,72	> 0,05
Догляд за іншими	6	11,32	4,29-21,14	0	0	-	2,71	> 0,05
Робота	9	16,98	8,18-28,16	2	9,09	0,94-24,28	0,77	> 0,05
Навчання	1	1,89	0,00-7,24	0	0	-	0,42	> 0,05
Житло	5	9,43	3,12-18,67	2	9,09	0,94-24,28	0	>

								0,05
Фінанси	7	13,21	5,53-23,54	2	9,09	0,94-24,28	0,25	> 0,05
Страховання	1	1,89	0,00-7,24	0	0	-	0,42	> 0,05
Проблеми з транспортом	1	1,89	0,00-7,24	2	9,09	0,94-24,28	2,1	> 0,05
Догляд за дитиною	1	1,89	0,00-7,24	0	0	-	0,42	> 0,05
Достатнє харчування	4	7,55	2,05-16,1	0	0	-	1,75	> 0,05
Доступ до медичного обслуговування	3	5,66	1,11-13,4	0	0	-	1,3	> 0,05
Ухвалення рішення щодо лікування	7	13,21	5,53-23,54	2	9,09	0,94-24,28	0,25	> 0,05



Рис. 4.5. Проблеми практичного характеру у хворих зі злоякісними та доброякісними пухлинами репродуктивної системи до і після пангістеректомії.

Проте звертає на себе увагу той факт, що рівень дистресу вище граничного, виявляли в 68% хворих з доброякісним пухлинами матки, які перенесли гістеректомію. Отже втрата органу, який визначає гендерну ідентичність, не проходить для пацієнтки без травматизуючих психоемоційних наслідків. Порушення пам'яті із концентрацією уваги виявляли дещо частіше в хворих з доброякісною патологією (32%), порівняно з онкохворими (30%), хоча різниця статистично не достовірна. Водночас спалахи гніву виникали майже в кожній 4 хворій з доброякісними

пухлинами матки (27%), порівняно з онкохворими 17%. В групі 2 занепокоєння і тривогу мали 68% хворих, страх – 27%, порушення сну 46%, проблеми сексуального характеру мала кожна п'ята хвора. Майже кожна п'ята пацієнтка після гістеректомії, навіть не маючи раку, мала проблеми у стосунках із партнером.

Проблеми усвідомлення сенсу або мети в Г1 спостерігалися достовірно частіше, аніж аналогічні проблеми в Г2 (20,75% проти повної відсутності таких проблем в Г2). В цілому проблему духовного та релігійного характеру не мали широкого розповсюдження в Г2.

Результати NCCN ДТ за кластером духовних/релігійних проблем у хворих зі злоякісними та доброякісними пухлинами репродуктивної системи після пангістеректомії в узагальненому вигляді наведено в таблиці 4.5

Таблиця 4.5

Духовні/релігійні проблеми в Г1 та Г2 після пангістеректомії

Прояв	Г1			Г2			Хі квадрат	Р
	абс	%	95 % ДІ	абс	%	95 % ДІ		
Усвідомлення сенсу або мети	11	20,75	11,02-32,60	0	0	-	5,35	\leq 0,05
Зміна віросповідання або інших вірувань	0	0	-	0	0	-	-	

Смерть, помирання та життя після смерті	4	7,55	2,05- 16,10	0	0	-	1,75	> 0,05
Невідповідність лікування раку віруванням пацієнта	2	3,77	0,37- 10,51	0	0	-	0,85	> 0,05
Ставлення до святинь	3	5,66	1,11- 13,40	0	0	-	1,3	> 0,05
Потреби в ритуалах або харчових аскезах	1	1,89	0,00- 7,24	0	0	-	0,42	> 0,05
Інші проблеми	10	18,87	9,58- 30,40	3	13,64	2,84- 30,69	0,3	> 0,05

Практично ні одна з обстежених хворих не звернулася за допомогою самостійно і не була скерована на консультацію до спеціаліста по ментальному здоров'ю лікуючим лікарем. Після проведеного анкетування з використанням NCCN дистрес-термометра пацієнтки з доброякісними пухлинами, які мали показник дистресу вище граничного, були проконсультовані психологом, а при потребі психіатром. Двом пацієнткам з підгрупи доброякісних новоутворень та восьми хворим із злякисною

патологією запропоновано та розпочато курс психотерапії, призначено медикаментозне лікування.

Таким чином, встановлено, що хоча перед оперативним втручанням статистично значущої різниці рівню дистресу між групами жінок зі злякисними та доброякисними пухлинами виявлено не було, після гістеректомії в групі хворих зі злякисними пухлинами відмічався достовірно вищий рівень емоційних проблем (зокрема, за параметрами наявності смутку та депресії, втрати інтересу або здатності отримувати задоволення, самотності та відчуття нікчемності), соціальних проблем (стосунки з дітьми, членами сім'ї, друзями або колегами, комунікація з медичними працівниками), а також проблемами практичного характеру (робота, догляд за іншими, догляд за собою, доступ до медичного обслуговування, достатнє харчування, догляд за дитиною, страхування та навчання). В той самий час за показниками проблем фізичного характеру, а також ряду проблем емоційного, соціального та практичного характеру пацієнтки із доброякисними пухлинами продемонстрували такий же високий рівень дистресу, як і пацієнтки з доброякисними пухлинами.

Всім пацієнткам з показниками рівня дистресу 4 і більше проведено консультування психолога/психіатра. В ході даного дослідження високу ефективність показало психотерапевтичне втручання, зокрема сімейна терапія, психометодологія, симультанно-мнестична психотерапія, раціональна психотерапія, когнітивно-біхевіоральна терапія, логотерапія, позитивна психотерапія, музикотерапія, арт-терапія. За необхідності психотерапія виконувалася на тлі медикаментозної підтримки. Треба зазначити, що великий внесок робила психосоціальна підтримка, що пов'язано з позицією родини .

4.2 Криза ідентичності та психоемоційні розлади у хворих із різними методами лікування пухлин репродуктивної системи

Задля виявлення впливу різних методів лікування (оперативний, опромінення, хіміотерапія та їх комбінації) на прояви кризи ідентичності та психоемоційні розлади у хворих зі злоякісними пухлинами репродуктивної системи пацієнткам з онкогінекологічним раком було надано опитувальник NCCN ДТ. Отримано наведені нижче результати.

Пацієнти із Г1.1, що отримували комбіноване (оперативне + опромінення) лікування найчастіше демонстрували такі фізичні проблеми, як розлади сну (55,56%), втома (44,44%) та порушення сексуального здоров'я (33,33%). Для Г1.2, пацієнти якої отримували лише оперативне лікування, характерними були втома (52%), розлади сну (48%) та проблеми з пам'яттю та концентрацією уваги (40%). Пацієнти із Г1.3, що отримували комбіноване оперативне та хіміотерапевтичне лікування, найчастіше скаржилися на втому (68,42%), розлади сну (52,63%) та біль (31,58%). Втім, статистично значущої різниці між показниками різних груп виявлено не було.

Результати NCCN ДТ за кластером фізичних проблем у хворих зі злоякісними пухлинами репродуктивної системи в залежності від методу лікування в узагальненому вигляді наведено в таблиці 4.6

	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05
Хі квадрат 1,3, р	1,36	0,02	1,47	0,31	-	0,84	1,12	1,02	0,49
	p>	p>	p>	p>	p>	p>	p>	p>	p>
	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05
Хі квадрат 2,3, р	0,31	0,09	1,2	0,13	-	0,9	0,13	0,27	0,13
	p>	p>	p>	p>	p>	p>	p>	p>	p>
	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05

Встановлено, що пацієнти із Г1.1 найчастіше скаржилися на такі емоційні розлади, як занепокоєння або тривога (77,78%) та страх (55,56%). Для Г1.2 найбільш характерними були занепокоєння або тривога (72%) та смуток і депресія (48%), в той час як страх в даній групі зустрічався достовірно рідше, ніж в Г1.1 (20%, $p < 0,05$). В Г1.3 єдиним широкорозповсюдженим емоційним розладом була тривога (78,95%).

Результати NCCN ДТ за кластером емоційних проблем у хворих зі злоякісними пухлинами репродуктивної системи в залежності від методу лікування в узагальненому вигляді наведено в таблиці 4.7

Таблиця 4.7

Емоційні проблеми у хворих зі злякисними пухлинами
репродуктивної системи в залежності від методів комбінованого лікування

Прояви Спосіб лікування		Занепокоєння або тривога	Смуток або депресія	Втрага інтересу або здатності отримувати задоволення	Горе або почуття втрати	Страх	Самотність	Гнів	Зміни зовнішності	Відчуття нікчемності або того, що стал(-ла) тягарем
		абс								
операція+опро мінення	абс	7	3	3	0	5	2	2	1	0
	%	77,78	33,33	33,33	0	55,56	22,22	22,22	11,11	0
	95 % Ді	46,79 - 97,33	8,11- 65,42	8,11- 65,42	-	24,21 - 84,62	2,67- 53,21	2,67- 53,21	0,02- 38,22	-
операція	абс	18	12	4	0	5	3	3	3	2
	%	72,00	48,00	16,00	0,00	20,00	12,00	12,00	12,00	8,00
	95 % Ді	53,18 - 87,48	29,07 - 67,24	4,57- 32,58	3,79- 3,79	6,99- 37,56	2,47- 27,30	2,47- 27,30	2,47- 27,30	0,82- 21,55
операція+хіміо терапія	абс	15	5	2	0	6	3	4	4	2
	%	78,95	26,32	10,53	0,00	31,58	15,79	21,05	21,05	10,53
	95 % Ді	58,35 - 93,79	9,53- 47,81	1,11- 27,79	-	13,21 - 53,61	3,34- 35,04	6,21- 41,65	6,21- 41,65	1,11- 27,79
Хі квадрат 1,2, p		0,11	0,58	1,22	-	4,03	0,55	0,55	0,01	0,77
		p>0,0 5	p>0,0 5	p>0,0 5		p<0,0 5	p>0,0 5	p>0,0 5	p>0,0 5	p>0,0 5

Хі квадрат 1,3, р	0	0,15	2,17	-	1,47	0,17	0	0,41	1,02
	p>0,0	p>0,0	p>0,0		p>0,0	p>0,0	p>0,0	p>0,0	p>0,0
	5	5	5		5	5	5	5	5
Хі квадрат 2,3, р	0,28	2,14	0,27	-	0,77	0,13	0,66	0,66	0,08
	p>0,0	p>0,0	p>0,0		p>0,0	p>0,0	p>0,0	p>0,0	p>0,0
	5	5	5		5	5	5	5	5

В Г.1.1 соціальні проблеми майже не реєструвалися, тільки у одної особи було виявлено проблеми у комунікації з медичними працівниками та проблеми у стосунках з чоловіком/дружиною або партнером; інші розлади соціального функціонування були повністю відсутні. В Г1.2 найчастіше зустрічалися такі соціальні проблеми, як проблеми у стосунках з чоловіком/дружиною або партнером (32%); інші розлади соціального функціонування відзначалися вкрай рідко. В Г1.3 кількість виявлених соціальних проблем також була мінімальна.

Результати NCCN ДТ за кластером соціальних проблем у хворих зі злоякісними пухлинами репродуктивної системи в залежності від методу лікування в узагальненому вигляді наведено в таблиці 4.8

Таблиця 4.8

Соціальні проблеми у хворих зі злоякісними пухлинами
репродуктивної системи в залежності від методу лікування

Прояви		Спосіб лікування	Стосунки з чоловіком/дружиною або партнером	Стосунки з дітьми	Стосунки з членами сім'ї	Стосунки з друзями або колегами	Комунікація з медичними працівниками	Здатність мати дітей
операція+опромінення	абс	1	0	0	0	1	0	
	%	11,11	0	0	0	11,11	0	
	95 % ДІ	0,02-38,22	-	-	-	0,02-38,22	-	
операція	абс	8	4	4	2	1	3	
	%	32,00	16,00	16,00	8,00	4,00	12,00	
	95 % ДІ	15,54-51,19	4,57-32,58	4,57-32,58	0,82-21,55	0,00-14,98	2,47-27,30	
операція+хіміотерапія	абс	4	1	0	2	3	2	
	%	21,05	5,26	0,00	10,53	15,79	10,53	
	95 % ДІ	6,21-41,65	0,00-19,42	-	1,11-27,79	3,34-35,04	1,11-27,79	
Хі квадрат 1,2, р		1,48	1,63	1,63	0,77	0,6	1,18	
		p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	
Хі квадрат 1,3, р		0,41	0,49	-	1,02	0,11	1,02	

	p>0,05	p>0,05		p>0,05	p>0,05	p>0,05
Хі квадрат 2,3, р	0,65	1,24	3,34	0,08	1,82	0,02
	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05

В Г1.1 проблеми практичного характеру зустрічалися найрідше та в найменшій кількості. В Г1.2 проблеми практичного характеру зустрічалися частіше, однак жоден із показників не перевищив відмітку у 20%. Г1.3 зайняла проміжну позицію між Г1.1 та Г1.2 за частотою і кількістю проблем практичного характеру.

Результати NCCN ДТ за кластером проблем практичного характеру у хворих зі злоякісними пухлинами репродуктивної системи в залежності від методу лікування в узагальненому вигляді наведено в таблиці 4.9

Таблиця 4.9

Проблеми практичного характеру у хворих зі злоякісними пухлинами репродуктивної системи в залежності від методу лікування

Прояви		Спосіб лікування											
		Догляд за собою	Догляд за іншими	Робота	Навчання	Житло	Фінанси	Страховання	Проблеми з транспортом	Догляд за дитиною	Достатнє харчування	Доступ до медичного обслуговування	Ухвалення рішення щодо лікування
операція+ опромінення	абс	1	2	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0
	%	11,1 1	22,2 2	11,1 1	0	11,1 1	11,1 1	0	0	0	0	0	0
	95% ДІ	0,02 38,2 2	2,67 53,2 1	0,02 38,2 2	-	0,02 38,2 2	0,02 38,2 2	-	-	-	-	-	-
Операція	абс	5	2	4	1	2	5	1	0	1	4	2	3
	%	20,0 0	8,00	16,0 0	4,00	8,00	20,0 0	4,00	0,00	4,00	16,0 0	8,00	12,0 0
	95% ДІ	6,99 37,5 6	0,82 21,5 5	4,57 32,5 8	0,00 14,9 8	0,82 21,5 5	6,99 37,5 6	0,00 14,9 8	-	0,00 14,9 8	4,57 32,5 8	0,82 21,5 5	2,47 27,3 0
операція+ хіміотерапія	абс	2	2	4	0	2	1	0	1	0	0	1	4
	%	10,5 3	10,5 3	21,0 5	0,00	10,5 3	5,26	0,00	5,26	0,00	0,00	5,26	21,0 5
	95% ДІ	1,11 27,7 9	1,11 27,7 9	6,21 41,6 5	-	1,11 27,7 9	0,00 19,4 2	-	0,00 19,4 2	-	-	0,00 19,4 2	6,21 41,6 5
Хі квадрат 1,2, p		0,36	1,29	0,13	0,37	0,08	0,36	0,37	-	0,37	1,63	0,77	1,18
		p>0, 05	p>0, 05	p>0, 05	p>0, 05	p>0, 05	p>0, 05	p>0, 05		p>0, 05	p>0, 05	p>0, 05	p>0, 05

Хі квадрат 1,3, р	0	0,68	0,41	-	0	0,31	-	0,49	-	-	0,49	2,21
	p>0, 05	p>0, 05	p>0, 05		p>0, 05	p>0, 05		p>0, 05			p>0, 05	p>0, 05
Хі квадрат 2,3, р	0,72	0,08	0,19	0,78	0,08	1,99	0,78	1,35	0,78	3,34	0,13	0,66
	p>0, 05	p>0, 05	p>0, 05	p>0, 05	p>0, 05	p>0, 05	p>0, 05	p>0, 05	p>0, 05	p>0, 05	p>0, 05	p>0, 05

В Г1.1 найчастіше зустрічалися такі порушення духовного та релігійного характеру, як проблеми усвідомлення сенсу або мети (44,44%), а також проблеми смерті, помирання та життя після смерті (33,33%). В Г2.2 проблеми усвідомлення сенсу або мети (12%), а також проблеми смерті, помирання та життя після смерті (4%) зустрічалися достовірно рідше ($p < 0,05$ для обох показників), ніж в Г1.1, а найрозповсюдженішими виявилися інші духовні та релігійні проблеми (20%). В Г1.3 найчастіше зустрічалися проблеми усвідомлення сенсу або мети (21,05%) та інші проблеми (21,05%), проте статистично значущої різниці з Г1.1 та Г1.2 за цими показниками виявлено не було.

Результати NCCN ДТ за кластером духовних/релігійних проблем у хворих зі злоякісними пухлинами репродуктивної системи в залежності від методу лікування в узагальненому вигляді наведено в таблиці 4.10

Таблиця 4.10

Духовні/релігійні проблеми у хворих зі злоякісними пухлинами
репродуктивної системи в залежності від методу лікування

Спосіб лікування		Прояви		Усвідомлення сенсу або мети	Зміна віросповідання або інших вірувань	Смерть, помирання та життя після смерті	Невідповідність лікування раку віруванням пацієнта	Ставлення до святих	Потреби в ритуалах або харчових аскезах	Інші проблеми
		абс	%							
операція+опромінення	абс	4	0	3	1	0	0	0	1	
	%	44,44	0	33,33	11,11	0	0	11,11		
	95 % ДІ	15,38-75,79	-	8,11-65,42	0,02-38,22	-	-	0,02-38,22		
операція	абс	3	0	1	1	2	1	5		
	%	12,00	0,00	4,00	4,00	8,00	4,00	20,00		
	95 % ДІ	2,47-27,30	3,79-3,79	0,00-14,98	0,00-14,98	0,82-21,55	0,00-14,98	6,99-37,56		
операція+хіміотерапія	абс	4	0	0	0	1	0	4		
	%	21,05	0,00	0,00	0,00	5,26	0,00	21,05		
	95 % ДІ	6,21-41,65	-	-	-	0,00-19,42	-	6,21-41,65		
Хі квадрат 1,2, р		4,26	-	5,49	0,6	0,77	0,37	0,36		
		p<0,05	p>0,05	p<0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05		
Хі квадрат 1,3, р		1,64	-	7,09	2,19	0,49	-	0,41		
		p>0,05		p<0,01	p>0,05	p>0,05		p>0,05		
Хі квадрат 2,3, р		0,66	-	0,78	0,78	0,13	0,78	0,01		
		p>0,05		p>0,05		p>0,05	p>0,05	p>0,05		

4.3 Зв'язок психоемоційних проявів, кризи ідентичності з віком у хворих зі злоякісними та доброякісними пухлинами репродуктивної системи

Задля виявлення впливу віку на прояви кризи ідентичності та психоемоційні розлади у хворих зі злоякісними та доброякісними пухлинами репродуктивної системи пацієнткам було надано опитувальник NCCN ДТ. Отримано наведені нижче результати.

Не було виявлено статистично значущого впливу віку на наявність фізичних проблем у хворих із пухлинами репродуктивної системи. Встановлено, що між вживанням тютюну та віком пацієнток присутній слабкий позитивний зв'язок, а між рештою показників та віком – слабкий негативний зв'язок.

Результати NCCN ДТ за кластером фізичних проблем у хворих зі злоякісними та доброякісними пухлинами репродуктивної системи в залежності від віку в узагальненому вигляді наведено в таблиці 4.11

Таблиця 4.11

Фізичні проблеми у хворих зі злякисними та доброякісними пухлинами репродуктивної системи в залежності від віку

	t ⁰ дистресу до лікування	t ⁰ дистресу після лікування	Біль	Сон	Втома	Вживання тютюну	Вживання психоактивних речовин	Пам'ять/концентрація уваги	Сексуальне здоров'я	Зміни харчової поведінки	Втрата або зміна фізичних навичок
вік	-0,071	-0,151	-0,043	-0,054	-0,065	0,136	-0,054	-0,219	-0,199	-0,159	-0,017
P	p>0,0	p>0,0	p>0,0	p>0,0	p>0,0	p>0,0	p>0,05	p>0,0	p>0,0	p>0,0	p>0,0
	5	5	5	5	5	5		5	5	5	5

Виявлено, що між занепокоєнням і тривогою та віком існує статистично значущий помірний негативний зв'язок ($r=-0,27$, $p<0,05$) – чим менший вік пацієнок, тим більш виражені анксйозні симптоми вони демонстрували, в той час як хворі старшого віку були схильні сприймати факт хвороби більш спокійно. Вірогідно, даний факт пояснюється меншою стабільністю в житті молодших пацієнок, та їх неготовністю до подібного захворювання та його наслідків.

Було також виявлено слабкий позитивний зв'язок між віком і смутком або депресією, а також з відчуттям депресії або того, що стала тягарем. З рештою емоційних проблем вік мав слабкий негативний зв'язок, що, однак, не був статистично значущим.

Результати NCCN ДТ за кластером емоційних проблем у хворих зі злякисними та доброякісними пухлинами репродуктивної системи в залежності від віку в узагальненому вигляді наведено в таблиці 4.12

Таблиця 4.12

Емоційні проблеми у хворих зі злякисними та доброякісними пухлинами репродуктивної системи в залежності від віку

	Занепокоєння або тривога	Смуток або депресія	Втрата інтересу або здатності	Страх	Самотність	Гнів	Зміни зовнішності	Відчуття нікчемності або того, що стал(-
Вік	-0,27	0,018	-0,068	-0,075	-0,07	-0,226	-0,122	0,056
P	p<0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05

Встановлено, що такі соціальні проблеми, як проблеми у стосунках з чоловіком, проблеми у стосунках з дітьми та проблеми у стосунках з членами сім'ї мають слабку негативну кореляцію з віком пацієнок, в той час як проблеми у стосунках з друзями та проблеми в комунікаціях з медичним персоналом продемонстрували слабку позитивну кореляцію з віком пацієнок. Здатність мати дітей мала помірну негативну кореляцію з віком пацієнок ($r=-0,345$, $p<0,05$) – чим молодший вік мали хворі, тим тяжче вони сприймали вгасання репродуктивної функції.

Результати NCCN ДТ за кластером соціальних проблем у хворих зі злякисними та доброякісними пухлинами репродуктивної системи в залежності від віку в узагальненому вигляді наведено в таблиці 4.13

Таблиця 4.13

Соціальні проблеми у хворих зі злоякісними та доброякісними пухлинами репродуктивної системи в залежності від віку

	Стосунки з чоловіком/друж	Стосунки з дітьми	Стосунки з членами сім'ї	Стосунки з друзями або	Комунікація з медичними	Здатність мати дітей
вік	-0,153	-0,028	-0,083	0,016	0,138	-0,345
P	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p<0,05

Встановлено, що між віком хворих та такими проблемами практичного характеру, як проблеми з навчанням, фінансами, страхуванням, доглядом за дитиною був наявний слабкий негативний зв'язок; між рештою проблем практичного характеру та віком хворих був виявлений слабкий позитивний зв'язок. Статистично значущих кореляцій між віком пацієнток та проблемами практичного характеру виявлено не було.

Результати NCCN ДТ за кластером проблем практичного характеру у хворих зі злоякісними та доброякісними пухлинами репродуктивної системи в залежності від віку в узагальненому вигляді наведено в таблиці 4.14

Таблиця 4.14

Проблеми практичного характеру у хворих зі злоякісними та доброякісними пухлинами репродуктивної системи в залежності від віку

	Догляд за собою	Догляд за іншими	Робота	Навчання	Житло	Фінанси	Страхування	Проблеми з транспортом	Догляд за дитиною	Достатнє харчування	Доступ до медичного обслуговування	Ухвалення рішення щодо лікування
вік	0,216	0,192	0,03	- 0,04 9	0,053	- 0,046	- 0,04 9	0,01 2	-0,049	0,022	0,047	0,01 6
P	p>0,0 5	p>0,0 5	p>0, 05	p>0, 05	p>0,0 5	p>0,0 5	p>0, 05	p>0, 05	p>0,0 5	p>0,0 5	p>0,0 5	p>0, 05

В кластері духовних та релігійних проблем було встановлено слабкий негативний зв'язок між віком та такими параметрами, як смерть, помирання та життя після смерті, невідповідність лікування раку віруванням пацієнта та потреби в ритуалах або харчових аскезах, а також слабкий позитивний зв'язок - зі ставленням до святинь. Дані кореляції не були статистично значущими.

Виявлено достовірний помірний позитивний зв'язок між віком та проблемою усвідомлення сенсу або мети ($r=0,25$, $p<0,05$) – чим старшими були пацієнтки, тим гостріше відчували вони необхідність пошуку сенсів у житті. Інші проблеми духовного та релігійного характеру ($r=-0,273$, $p<0,05$) мали помірний негативний кореляційний зв'язок із віком пацієнток.

Результати NCCN ДТ за кластером духовних/релігійних проблем у хворих зі зляжкісними та доброякісними пухлинами репродуктивної системи в залежності від віку в узагальненому вигляді наведено в таблиці 4.15

Таблиця 4.15

Духовні/релігійні проблеми у хворих зі зляжкісними та доброякісними пухлинами репродуктивної системи в залежності від віку

	Усвідомлення сенсу або мети	Смерть, помирання та життя після смерті	Невідповідність лікування раку віруванням пацієнта	Ставлення до святинь	Потреби в ритуалах або харчових аскезах	Інші проблеми
вік	0,25	-0,038	-0,102	0,057	-0,07	-0,273
P	p<0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p<0,05

Висновки до розділу 4.

1. При порівнянні частоти, структури і клінічних проявів психоемоційних розладів та кризи ідентичності у жінок із доброякісними новоутвореннями та зляжкісними пухлинами жіночої репродуктивної сфери встановлено, що перед оперативними втручанням вірогідної різниці між групами в показниках середнього рівня дистресу не було – 6,9 та 6,1 для групи 1 та 2 відповідно. Після органектомічних операцій при доброякісній патології середній рівень дистресу виявився порівняно невисоким – 3,9, в

той час як у хворих зі злоякісними пухлинами цей показник дорівнював 4,4.

2. Серед фізичних проблем статистично вірогідна різниця між групами виявлена в зміні харчової поведінки (11,3% в онкохворих і 8% в пацієнтів з доброякісними пухлинами) та в частоті вживання тютюну (7,5% та 5,3% для груп 1 та 2 відповідно). В Г1 спостерігався достовірно вищий рівень смутку або депресії (37,74% проти 9,09% в Г2) та втрати інтересу або здатності отримувати задоволення (16,98% проти відсутності подібної симптоматики в Г2). Соціальні проблеми, як і проблеми практичного характеру, були майже відсутні в Г2. Проблеми усвідомлення сенсу або мети в Г1 спостерігалися достовірно частіше, аніж аналогічні проблеми в Г2 (20,75% проти повної відсутності таких проблем в Г2). В цілому проблему духовного та релігійного характеру не мали широкого розповсюдження в Г2.

Не було виявлено статистично значущих відмінностей між показниками Г1.1, Г1.2 та Г1.3 за кластерами фізичних проблем, соціальних проблем та проблем практичного характеру. В кластері емоційних проблем страх реєструвався в Г1.1 достовірно частіше, ніж в Г1.2 (55,56% проти 20% $p < 0,05$). В кластері духовних та релігійних переживань в Г2.2 проблеми усвідомлення сенсу або мети (12%), а також проблеми смерті, помирання та життя після смерті (4%) зустрічалися достовірно рідше ($p < 0,05$ для обох показників), ніж в Г1.1.

Не було виявлено статистично значущого впливу віку на наявність фізичних проблем у хворих із пухлинами репродуктивної системи. Виявлено, що між занепокоєнням і тривогою та віком існує статистично значущий помірний негативний зв'язок ($r = -0,27$, $p < 0,05$) – чим менший вік

пацієток, тим більш виражені анксіозні симптоми вони демонстрували, в той час як хворі старшого віку були схильні сприймати факт хвороби більш спокійно. Вірогідно, даний факт пояснюється меншою стабільністю в житті молодших пацієток, та їх неготовністю до подібного захворювання та його наслідків.

Здатність мати дітей мала помірну негативну кореляцію з віком пацієток ($r=-0,345$, $p<0,05$) – чим молодший вік мали хворі, тим тяжче вони сприймали вгасання репродуктивної функції. Статистично значущих кореляцій між віком пацієток та проблемами практичного характеру виявлено не було.

Виявлено достовірний помірний позитивний зв'язок між віком та проблемою усвідомлення сенсу або мети ($r=0,25$, $p<0,05$) – чим старшими були пацієтки, тим гостріше відчували вони необхідність пошуку сенсів у житті. Інші проблеми духовного та релігійного характеру ($r=-0,273$, $p<0,05$) мали помірний негативний кореляційний зв'язок із віком пацієток.

Результати досліджень даного розділу наведено в публікаціях здобувача:

1. Beliak V, Bilobryvka R, Slipetsky R, Yakubets O, Volodko N. NCCN distress thermometer as a screening tool for detecting psychoemotional disorders in patients with malignant tumors of the female reproductive system . Proc Shevchenko Sci Soc Med Sci. 2024 Jun.;73(1). DOI: <https://doi.org/10.25040/ntsh2024.01.14>
2. Belyak, V., Bilobryvka, R., & Yakubets, O. (2025). Features of the formation of psycho-emotional disorders and identity crisis in patients with tumors of the reproductive system after hysterectomy. REPRODUCTIVE

ENDOCRINOLOGY, (78), 75–85. <https://doi.org/10.18370/2309-4117.2025.78.75-85>

3. Belyak V. , Bilobryvka R. “Application of the NCCN distress thermometer in patients with gynecological cancer for distress assessment and psycho-emotional concerns detection after succesful completion of cancer treatment.” Abstract WCP 2023 (28 Sept-1 Oct 2023 Vienna)

Розділ 5

ОНКОПСИХОТЕРАПЕВТИЧНИЙ ПІДХІД ТА ПРИНЦИПИ ТАРГЕТУВАННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ ТА КРИЗИ ІДЕНТИЧНОСТІ ПРИ ОНКОГІНЕКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ

5.1. Криза ідентичності як порушення самосприйняття та спроможностей (компетентностей).

Психотерапія супутніх соматичним захворюванням психічних розладів має свої особливості, які можуть відрізнятися в залежності від соматичного діагнозу. Дані характеристики пов'язані з низкою факторів, а саме:

1. Вітальною значущістю органу або системи, які зазнали патологічних змін (наприклад, захворювання серцево-судинної системи автоматично сприймаються хворими більш серйозно, аніж захворювання шкірних покривів).

2. Ступенем вираженості захворювання та ураження анатомо-морфологічних структур (зазначення стадії захворювання при формулюванні діагнозу та доступність медичної інформації полегшує хворому усвідомлення тяжкості власного стану).

3. Наявністю/відсутністю та ступенем вираженості алгічного компоненту (біль є одним із найяскравіше детермінуючих психічний стан хворого факторів).

4. Соціальною значущістю хвороби та цілим комплексом пов'язаних з хворобою особливостей та змін соціального функціонування захворівшої особи (захворювання, що традиційно сприймаються суспільством як

ганебні або такі, що настають внаслідок соціально небажаної поведінки, завжди тяжче сприймаються пацієнткою).

5. Наявністю/відсутністю безпосереднього впливу патологічного процесу на головний мозок (як на його анатомо-морфологічні структури, так і на його кровопостачання, синтез нейромедіаторів тощо).

6. Ступенем порушення звичного для хворого життєвого стилю через вплив на його фізичні можливості (хворі, чия робота чи хобі пов'язані із фізичними навантаженнями, суб'єктивно тяжче сприйматимуть будь-яке захворювання, що накладатимуть обмеження на рівень їх фізичного функціонування).

7. Наявністю/відсутністю ризику летального наслідку та вірогідної швидкості його настання (включно з прогнозом п'ятирічної виживаності в залежності від застосованих схем та способів лікування).

8. Впливом захворювання на аутоідентифікацію хворого шляхом зміни образу тіла.

Поставлений онкологічний діагноз часто стає екзистенційним викликом і приводом для переусвідомлення поточних сенсів та цінностей, які сповідує пацієнтка. Дана обставина зумовлює кризу ідентичності, яка психоемоційно переживається в різний спосіб і стає передумовою переосмислення себе як особистості в новій якості.

Корекція кризи ідентичності може відбуватися через використання інтегративних практик. Проте в певних ситуаціях доцільним є докладний аналіз наявних симптомів та їх таргетування з метою побудови ефективної терапевтичної стратегії.

Онкогінекологічні захворювання можуть розглядатися як деструктивні, оскільки призводять до кризи сенсів внаслідок

екзистенційного випробування. Водночас їх деструктивність торкається категорій самосприйняття та спроможностей особливо у молодих жінок, що зумовлює необхідність пошуку мішеней психотерапевтичної корекції у першу чергу саме серед даних категорій.

Різні варіанти спроможностей можуть бути охарактеризовані через категорії компетентності, серед яких можна виділити наступні:

1. Образ себе як особи якій притаманна сексуальна компетентність. До сексуальної компетентності можна віднести наведені наступні ознаки:

1.1.Здатність до реалізації жінкою активного приносячого задоволення сексуального життя в широкому колі практик, форм та засобів існування останнього (соціосексуальна біхевіоральна компетентність).

1.2. Сприйняття жінкою себе як сексуально аттракційної, тобто привабливої для протилежної статі особи, яка має всі ознаки сексуальної привабливості, розповсюджені та прийняті в конкретній сексуальній культурі (аттракційна сексуальна компетентність).

2. Образ себе як особи, якій притаманна гендерна компетентність. До гендерної компетентності можна віднести такі самоідентифікаційні ознаки:

2.1. Самосприйняття себе жінкою на соціобіологічному рівні, враховуючи певні практики фасилітації або рестрикції в соціальному, професійному, родинному тощо житті. До цього відносяться соціобіологічні феномени критичних днів, днів плідності та ПМС (соціобіологічна гендерна компетентність).

2.2. Самосприйняття себе жінкою на соціокультурному рівні через реалізацію та демонстрацію гормонально-детермінованих ознак традиційно фемінної поведінки та рис характеру (соціокультурна гендерна компетентність)

3. Образ себе як особи, якій притаманна репродуктивна компетентність. До репродуктивної компетентності відносяться такі аутоідентифікаційні ознаки:

3.1. Здатність до зачаття дитини протягом максимум одного року після завершення антиконцепційних заходів в умовах ведення регулярного статевого життя без застосування допоміжних репродукційних технологій (концепційна репродуктивна компетентність)

3.1.1. Овуляторна компетентність, тобто здатність до продукування яйцеклітин, котрі здатні до запліднення – виокремлена за рахунок проміненності овуляторного процесу та його активного моніторингу (вираховування днів плідності, застосування тестів на овуляцію тощо).

3.2 Компетентність до виношування плода строком від 37 до 42 тижнів без супутньої патології до початку природних пологів (гравідарна репродуктивна компетентність)

3.3. Компетентність до самовільного народження дитини природним шляхом без застосування стимулюючих заходів та оперативних втручань, а також без виникнення післяпологових ускладнень (партумна гендерна компетентність).

Ураження або відсутність будь-якої із ланок цієї компетентності значною мірою порушує образ самосприйняття себе як жінки. Значною мірою подібні порушення аутосприйняття та, як наслідок, порушення гендерної ідентичності потенціюються соціумом в широкому сенсі та соціальними мережами – у вузькому. На основі широко доступних та часто вигаданих або значною мірою відредагованих життєвих історій формуються неадекватні очікування, які не справджуються та призводять до фрустрації.

4. Образ себе як особи, якій притаманна санокомпетентність. Важливо відзначити, що вимоги до здоров'я репродуктивної системи, являються вищими, ніж до здоров'я інших органів і систем, бо будь-які гінекологічні захворювання негативно впливають на ідентифікацію себе як повноцінної жінки.

Можливість збільшення «жіночності» із впливом на категорії компетентності медикаментозним або оперативним, чи, у широкому сенсі, інвазивним шляхом активно використовується у сучасному світі, однак подібні прецеденти були відомі ще здавна.

Все вище згадане свідчить про те, що образ аутоідентичності є тісно і головним чином пов'язаним з репродуктивною системою, і будь-які хворобливі зміни або операційні втручання з резекцією органу є найбільш критичними до його існування. Більше того, органектомічні гінекологічні операції можна вважати зменшенням «жіночності» із впливом на категорії спроможності(компетентності) та самосприйняття оперативним, чи, у широкому сенсі, інвазивним шляхом.

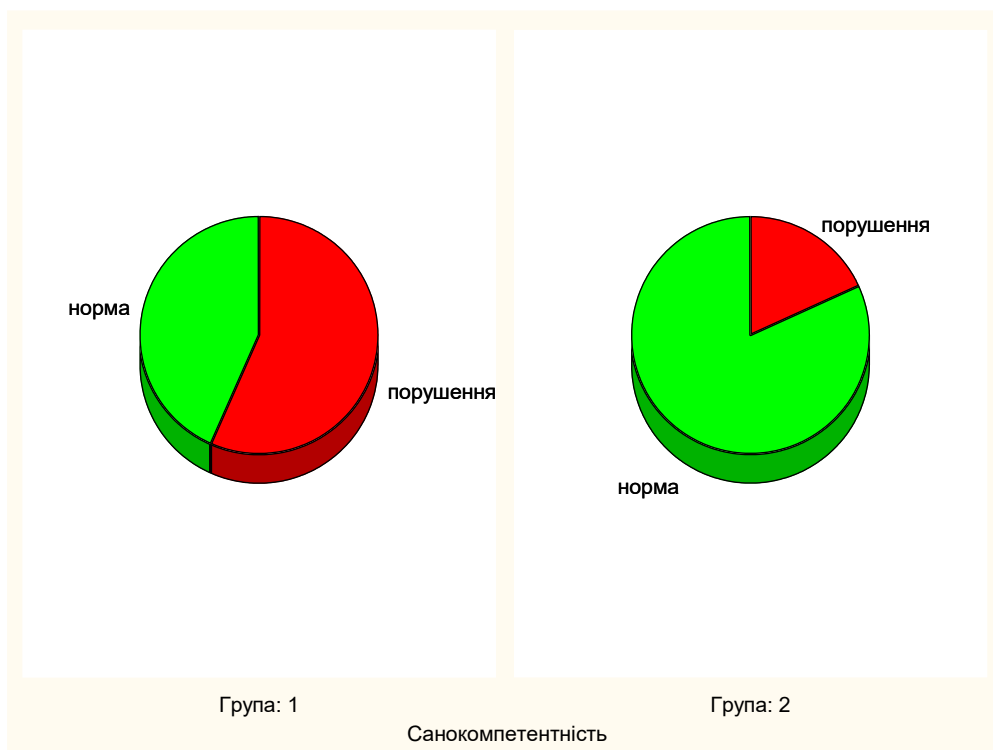
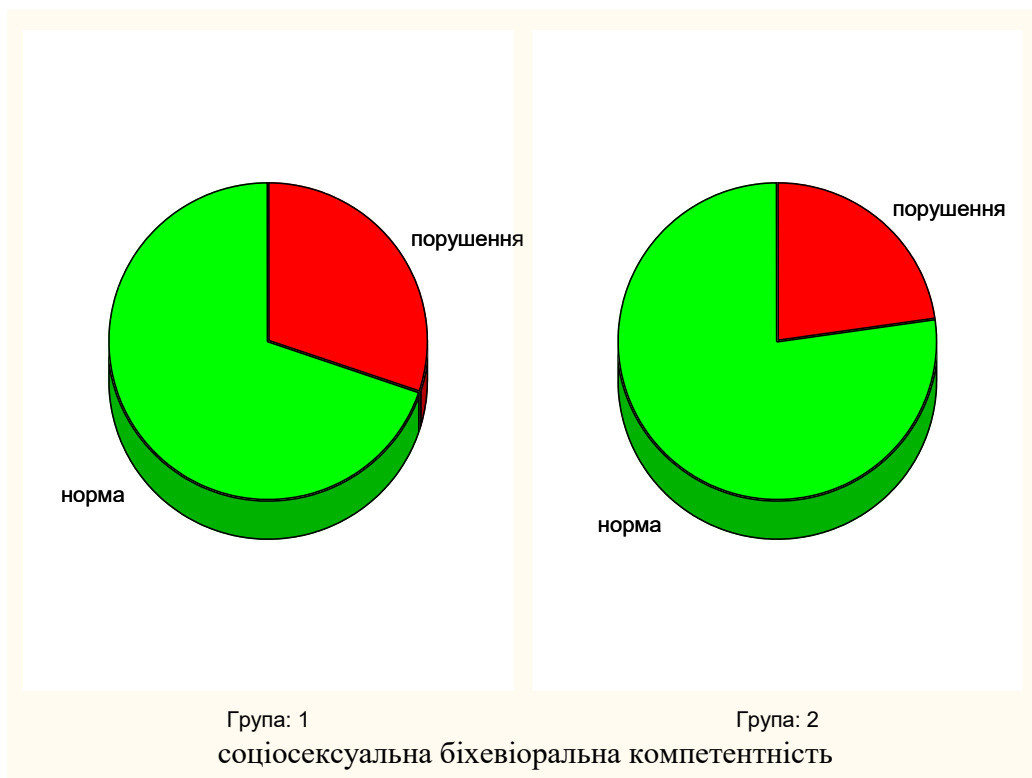
Одним з найбільш стресуючих та таких, що викликає широке коло психопатологічних реакцій невротичного особистісного та навіть психотичного рівня є онкологічні захворювання.

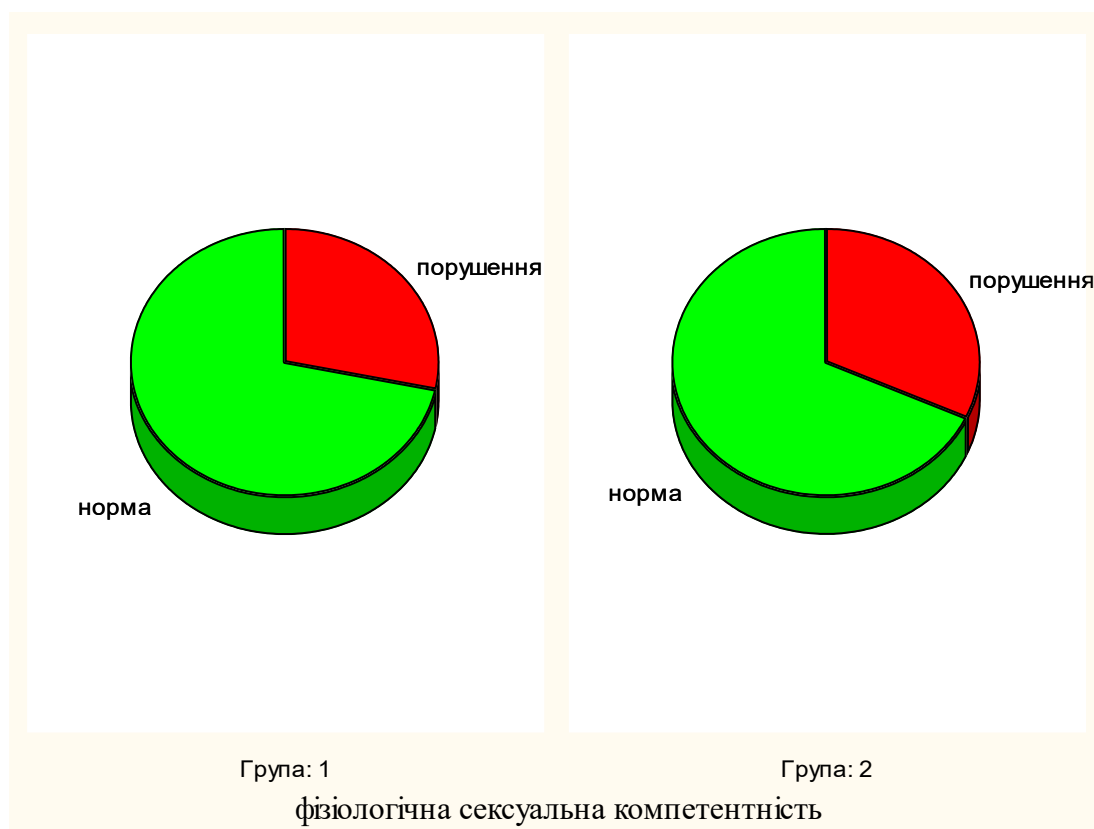
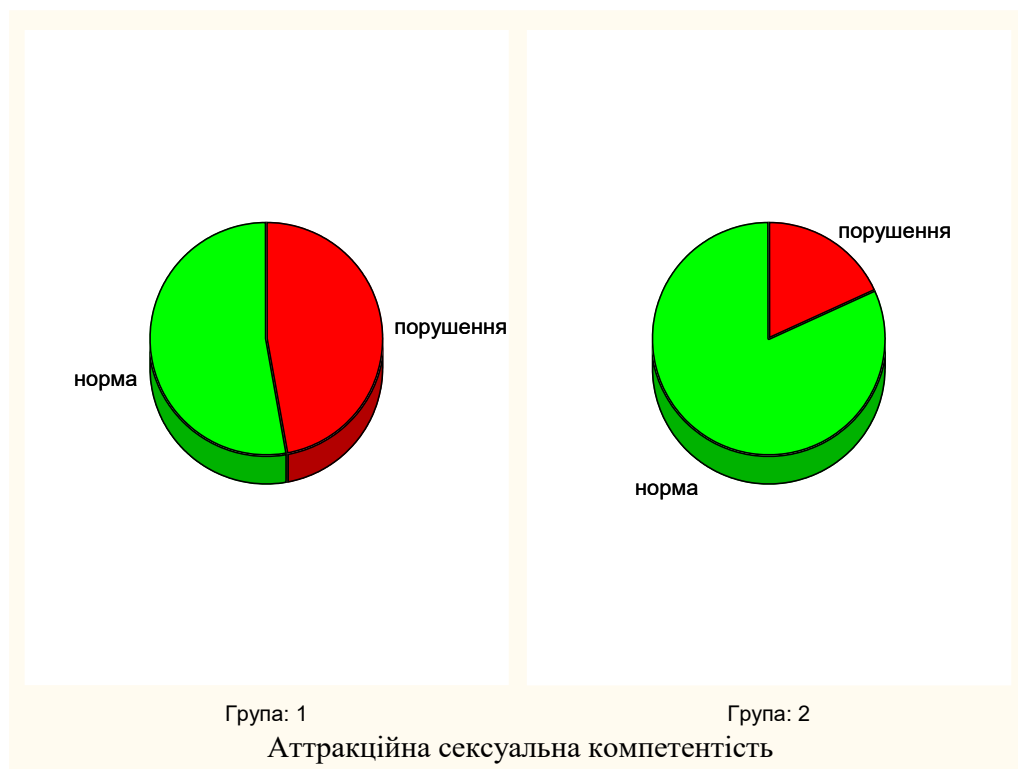
Особливо тяжкими є комбінаторні впливи онкозахворювань репродуктивної системи, тому що страх смерті є стресором першого рівня який руйнує захисні механізми психосоціальної адаптації, викликаючи різноманітні семіотичні ознаки невротичних, особистісних та навіть психотичних реакції, але вплив інформації щодо наявності онкозахворювання інших органів та систем, окрім репродуктивної, не формує кризи ідентичності ані за категоріями самосприйняття себе як

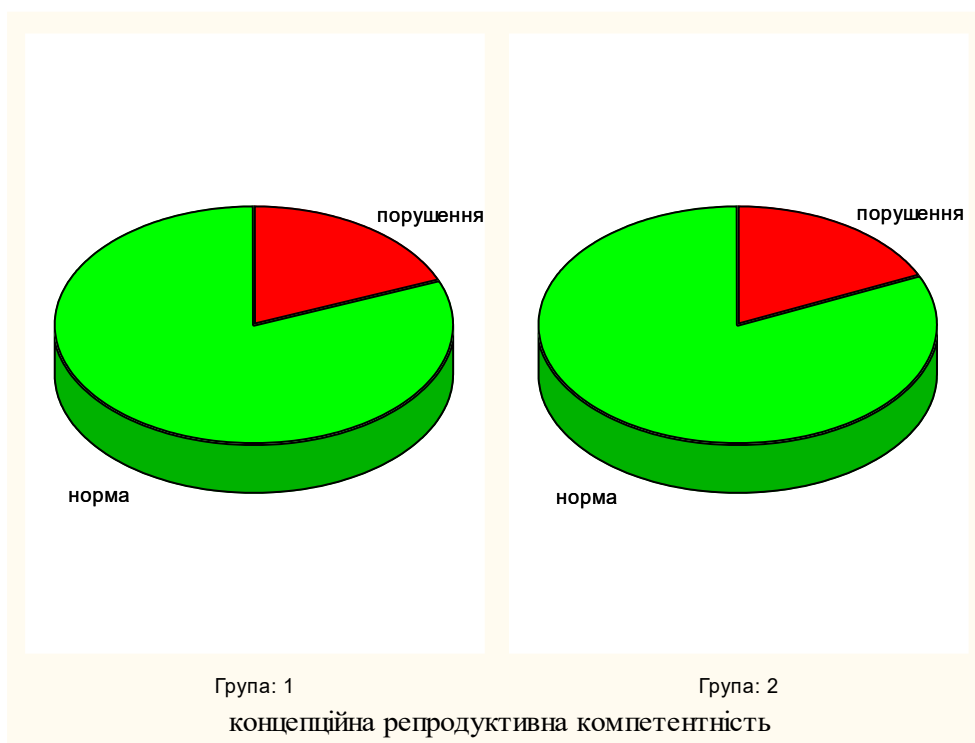
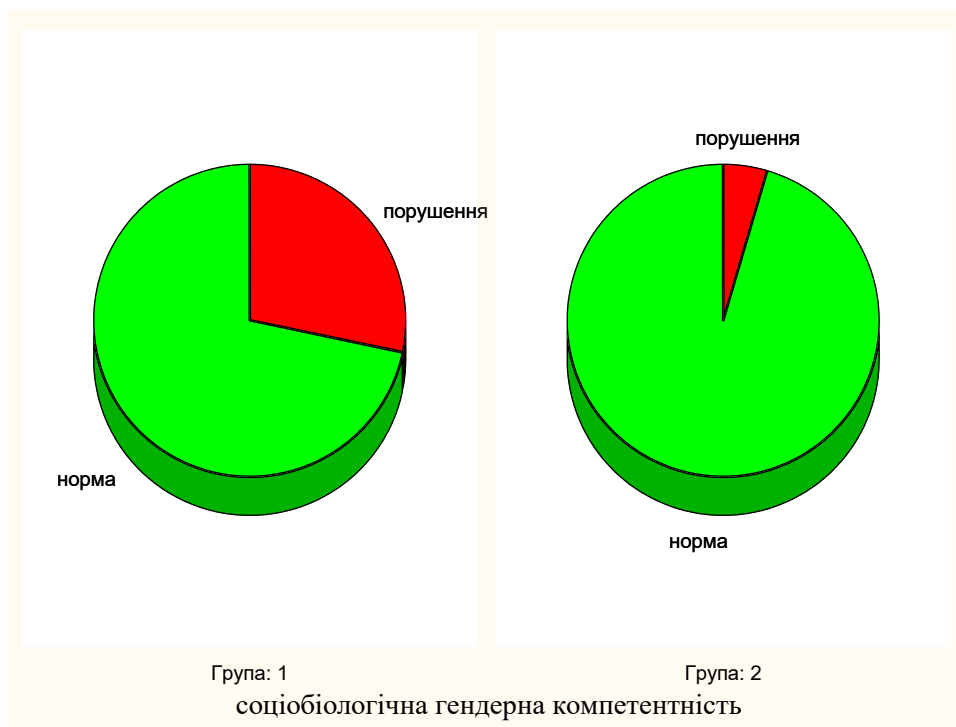
повноцінної особи, ані за категоріями спроможності (компетентності). В той самий час стресори першого рівня запускають психопатогенетичні механізми вітального характеру, коли повідомлення про наявність захворювання саме репродуктивної системи з необхідністю органорезекційних операцій запускає кризу ідентичності за рахунок пошкодження категорій компетентності та комплектності.

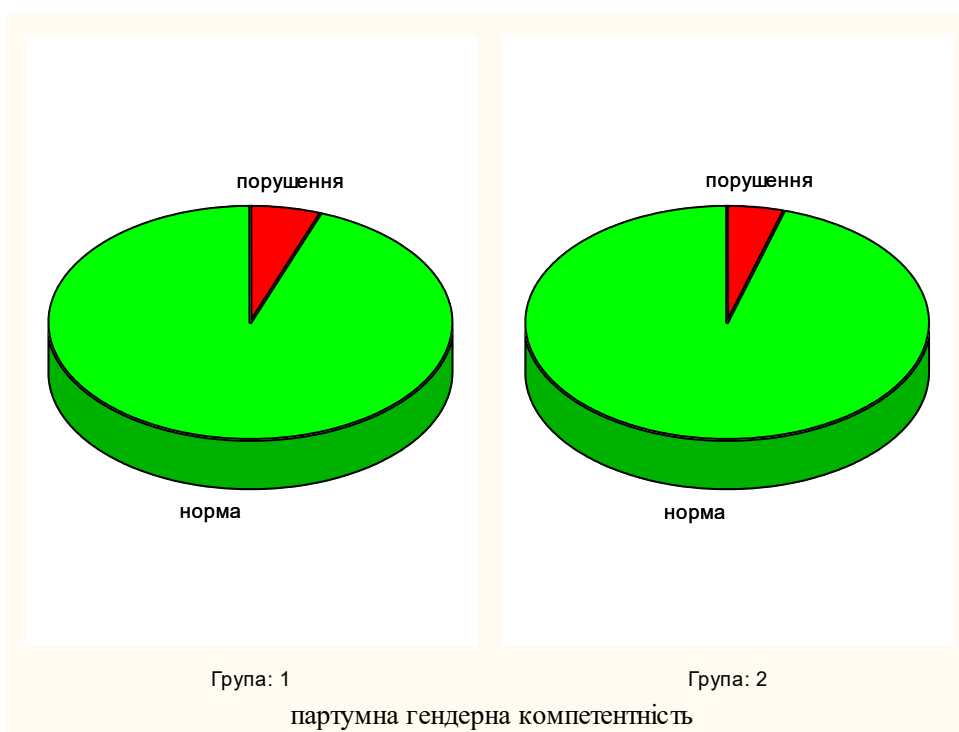
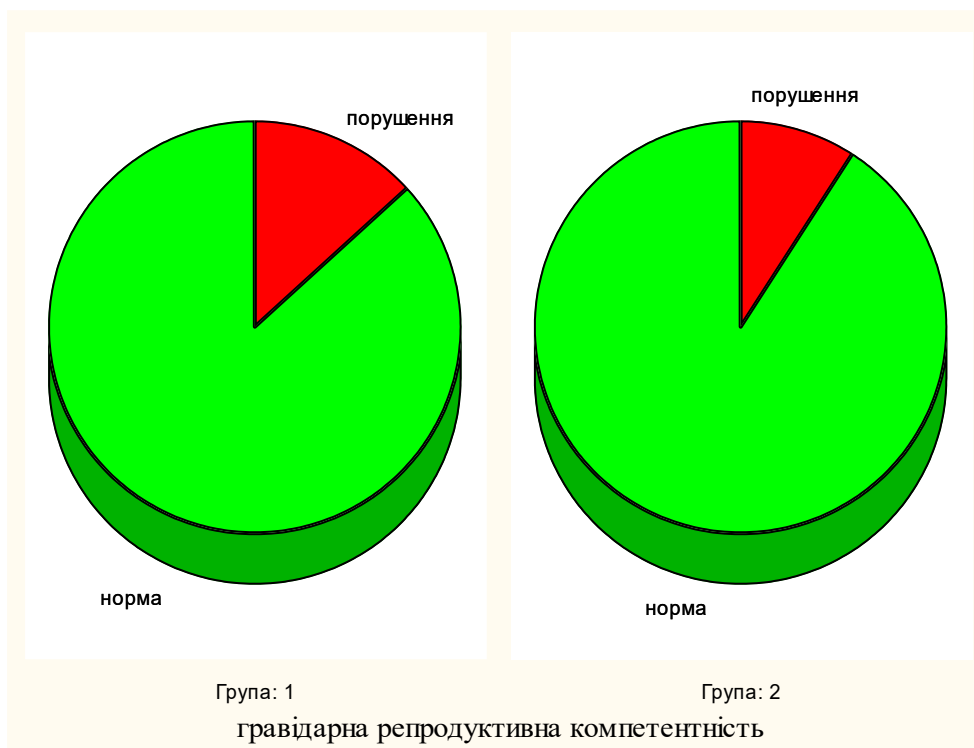
В ході дослідження було встановлено, що як в Г1, так і в Г2 реєструвалися множинні порушення категорій компетентності та комплектності. В Г1 найчастіше реєструвалися порушення самокомпетентності (zareєстрована у 30 осіб, або 56,6%), аттракційної сексуальної компетентності (zareєстрована у 25 осіб, або 47,2%), та комплектності (zareєстрована у 23 осіб, або 45,3%). Для Г2 були найбільш характерними пошкодження соціокультурної гендерної компетентності (zareєстрована у 6 осіб, або 27,3%) та соціосексуальної біхевіоральної компетентності (zareєстрована у 5 осіб, або 22,7%). Достовірна різниця між групами за критерієм χ^2 ($p < 0,05$) відмічалася за показниками аттракційної сексуальної компетентності, соціобіологічної гендерної компетентності, самокомпетентності та комплектності.

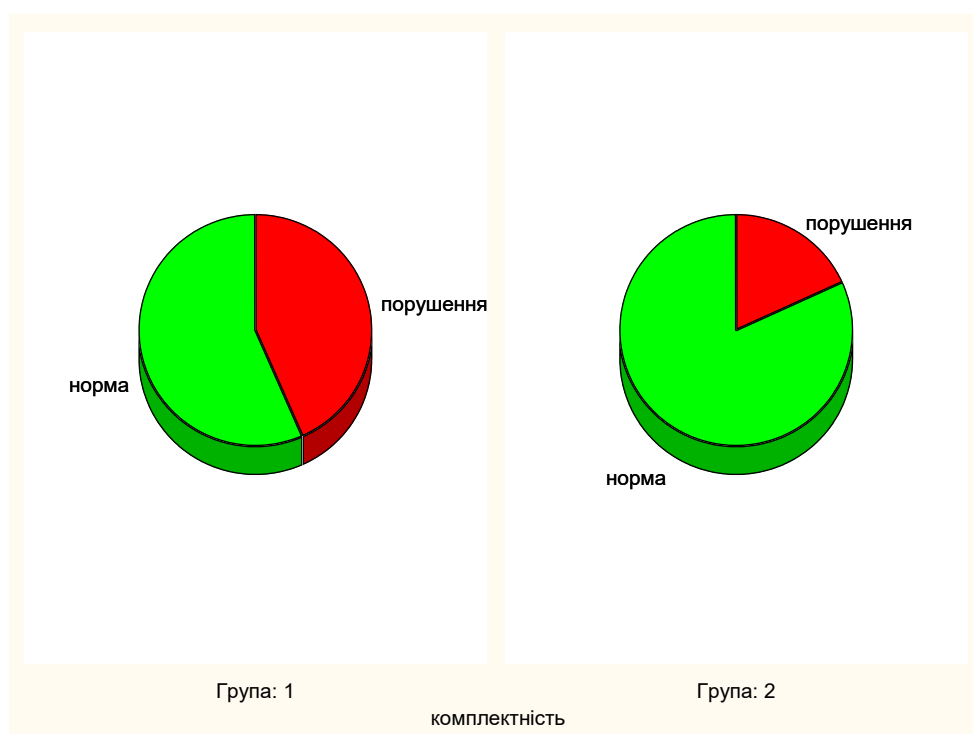
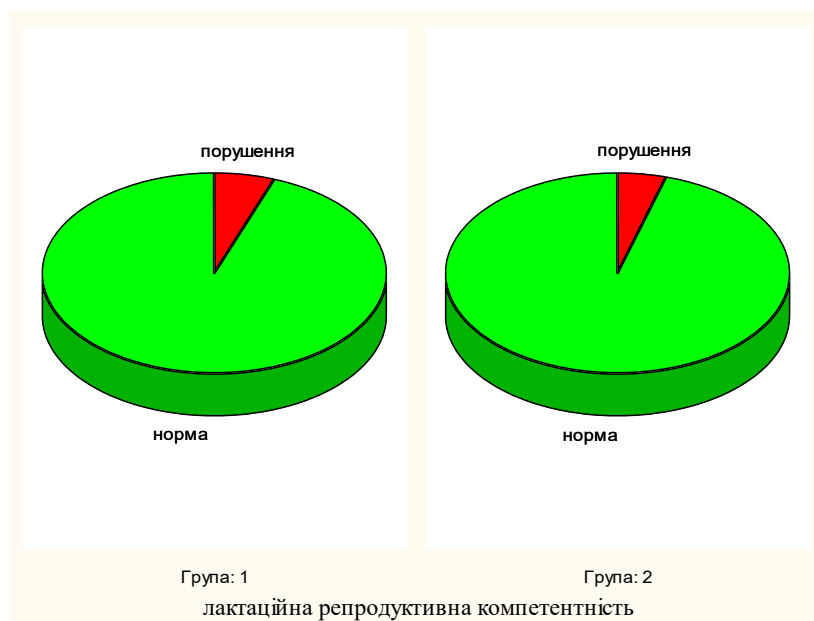
Різниця між Г1 та Г2 за частотою виникнення порушень категорій компетентності та самосприйняття наведено на малюнках.











Частота констатації порушень компетентності самосприйняття наведена в таблиці 5.1.

Таблиця 5.1

Порушення компетентності та сприйняття себе як повноцінної особи у пацієнок із доброякісними та злоякісними пухлинами репродуктивної системи

Категорія порушення	Представленість у групах			
	Г1 - 53		Г2 - 22	
	ос.	%	ос.	%
Соціосексуальна біхевіоральна компетентність	16	30,2	5	22,7
Аттракційна сексуальна компетентність	25	47,2	4	18,2
Фізіологічна сексуальна компетентність	15	28,3	4	18,2
Соціобіологічна гендерна компетентність	15	28,3	1	4,5
Соціокультурна гендерна компетентність	18	34,0	6	27,3
Концепційна репродуктивна компетентність	10	18,9	4	18,2
Гравідарна репродуктивна компетентність	7	13,2	2	9,1
Партумна репродуктивна компетентність	3	5,7	1	4,5
Лактаційна репродуктивна компетентність	3	5,7	1	4,5

Самокомпетентність	30	56,6	4	18,2
Сприйняття себе як повноцінної особи	23	45,3	4	18,2

Примітка: жирним шрифтом виділено дані, що продемонстрували достовірні відмінності за критерієм χ^2 ($p < 0,05$).

Аналіз категорій компетентності та комплектності проводився за допомогою клініко-психопатологічного методу з опорою на нативні висловлювання та скарги хворих. Також аналізувалися наступні показники:

- 1) Емоційне аранжування;
- 2) ступінь/рівень впливу скарг на повсякденне життя в континуумі від почуттів та думок, що викликають дискомфорт до порушень психосоціальної адаптації
- 3) доклінічність або клінічність проявів у відповідності до клінічного цензу та діючих клінічних критеріїв
- 4) наявність або відсутність комплікації, тобто ускладнення, за рахунок приєднання іншосферних (неафективних) проявів.

5.2 Принципи таргетування психоемоційних розладів та кризи ідентичності при онкогінекологічних захворюваннях

Для підбору методів, методик та технік психотерапії застосовувалася орієнтація на уявлення о нормальній психотерапевтичній феноменології та клінічній психотерапевтичній ефект-синдромології [10-12].

У якості симптомів-мішеней виступають віддзеркалені в артикульованих скаргах різноманітні висловлювання кола самосприйняття та своїх спроможностей/компетентностей в різних патоемоційних аранжуваннях. Орієнтація саме на нативні скарги на дифамуючі

відчуття/переживання пов'язано з тим, що абсолютна більшість пацієнток фіксовані на вербальному відтворенні цих почуттів.

Симптоми-мішені за порушеннями категорій компетентності та сприйняття себе як повноцінної особи, а також методи їх комплексної психотерапевтичної та фармакотерапевтичної корекції у жінок із онкогінекологічними захворюваннями наведена в таблиці 5.2.

Таблиця 5.2

Корекція порушень категорій компетентності та сприйняття себе як повноцінної особи у жінок із онкогінекологічними захворюваннями

категорія	підкатегорія	симптоми-мішені, артикульовані в висловлюваннях-скаргах	методи / методики / техніки психотерапії та фармакологічний фон
сексуальна компетентність	соціосексуальна біхевіоральна компетентність	сексуальне життя більше не приносить задоволення	психоосвіта, психометодологія, тілесно-орієнтована психотерапія, релаксаційні техніки, аутогенне тренування, раціональна психотерапія, секс-терапія психофармако-терапевтичний фон не бажаний
		більше не маю сексуального потягу	
		кількість сексуальних актів значно знизилася	
	думки про секс стали мені огидні		
аттракційна сексуальна компетентність		я втратила привабливість	сімейна терапія, симультанно-мнестична терапія,
		я не можу задовільнити свого	

		чоловіка	когнітивно-біхевіоральна терапія, техніки випродукування впевненості в собі, соціодрама; препарати з класу анксіолітиків
		помічаю, що чоловік не отримує задоволення, бо під час статевого акту впирається в культю матки	
		відчуваю, що перестала подобатися чоловіка	
	фізіологічна сексуальна компетентність	відчуваю постійну сухість в піхві	аутогенне тренування, секс-терапія, релаксаційні техніки, тілесно-орієнтована психотерапія; психофармако-терапевтичний фон не бажаний
		відчуваю біль та подразнення в піхві	
		відчуваю зниження еластичності піхви	
		не можу відчутти повноцінного задоволення, бо відсутній компонент маткового скорочення під час оргазму	
гендерна компетентність	соціобіологічна гендерна компетентність	фантазую про ті часи, коли я була повноцінною	раціональна терапія, когнітивно-біхевіоральна терапія, психометодологія, сугестивні техніки санагенної
		я більше не являюся жінкою	
		почуваю себе порожньою та безпорадною	

		сумую за настанням менструацій	спрямованості; препарати з класу антидепресантів, ретельна гормональна корекція
	соціокультурна гендерна компетентність	моя жіночість зникла	арт-терапія, музикотерапія, психометодологія, техніки випродукування впевненості в собі, соціодрама, релаксаційні техніки; препарати з класу антидепресантів та анксиолітиків
		відчуваю, що оточуючі помічають мою неповноцінність як жінки	
		відчуваю, що більше не маю права бути жіночною	
		боюся, що мій чоловік більше не вважає мене повноцінною жінкою	
		соромлюся роздягатися перед партнером – він бачить шрам як слід моєї неповноцінності	
репродуктивна компетентність	концепційна репродуктивна компетентність	я нездатна завагітніти	сімейна терапія, психометодологія, симультанно-мнестична психотерапія, раціональна психотерапія, когнітивно-біхевіоральна терапія,
	гравідарна репродуктивна компетентність	не зможу виносити дитину	
	партумна репродуктивна	я не зможу народити дитину	

	компетентність		логотерапія, позитивна психотерапія, препарати з класу антидепресантів
	лактаційна репродуктивна компетентність	не можу більше виконувати своє призначення як жінка	
сано компетентність		моє тіло зіпсовано	психометодологія, симультанно- мнестична психотерапія, раціональна психотерапія, когнітивно- біхевіоральна терапія, психоосвіта, препарати з класу тимостабілізаторів та антидепресантів
		більше не відчуваю себе здоровою	
		понесла значну втрату частини себе	
		боюсь рецидиву захворювання	
		потребую постійного лікування, бо знаходжусь на замісній гормональній терапії	
Сприйняття себе як повноцінної особи		відчуваю себе неповною	позитивна психотерапія, аутогенне тренування, логотерапія, арт- терапія, музикотерапія, релаксаційні техніки; препарати з класу анксіолітиків та антидепресантів.
		відчуваю біль на місці видаленої матки	
		я втратила те, що робить жінку жінкою	
		жінка без матки та яєчників не є повноцінною	
		відчуття стягненості, жару	
		відчуваю порожнечу в собі на місці видалених	

		органів	
		маю відчуття переливання, розпирання на місці видаленого органу	

Висновки до розділу 5.

У жінок з онкогінекологічними захворюваннями психоемоційні порушення та криза ідентичності відбуваються через порушення категорій спроможності/компетентності та самосприйняття, до яких відносяться: соціосексуальна біхевіоральна компетентність, аттракційна сексуальна компетентність, фізіологічна сексуальна компетентність, соціобіологічна гендерна компетентність, соціокультурна гендерна компетентність, концепційна репродуктивна компетентність, концепційна репродуктивна компетентність, концепційна репродуктивна компетентність, санокompетентність та комплектність.

В Г1 найчастіше реєструвалися порушення санокompетентності, аттракційної сексуальної компетентності, та комплектності. Для Г2 були найбільш характерними пошкодження соціокультурної гендерної компетентності та соціосексуальної біхевіоральної компетентності.

Достовірна різниця між групами за критерієм χ^2 ($p < 0,05$) відмічалася за показниками аттракційної сексуальної компетентності, соціобіологічної гендерної компетентності, санокompетентності та самосприйняття.

Онкогінекологічні захворювання є найдеструктивнішими по відношенню до категорій компетентності та комплектності у жінок, що зумовлює необхідність психотерапевтичної, а іноді і психофармакологічної

їх корекції. Психотерапевтичні методи та методики, а також фармакологічний фон добираються відповідно виявленим симптомам-мішеням.

При порушенні соціосексуальної біхевіоральної компетентності рекомендованими є психоосвіта, тілесно-орієнтована психотерапія, релаксаційні техніки, аутогенне тренування, раціональна психотерапія, секс-терапія; психофармакотерапевтичний фон можливий.

При порушенні аттракційної сексуальної компетентності рекомендовані сімейна терапія, симультанно-мнестична терапія, когнітивно-біхевіоральна терапія, техніки випродукування впевненості в собі, символдрама; психофармакотерапевтичний фон – препарати з класу анксиолітиків.

При порушенні фізіологічної сексуальної компетентності рекомендовані аутогенне тренування, секс-терапія, релаксаційні техніки, тілесно-орієнтована психотерапія; психофармакотерапевтична корекція.

При порушенні соціобіологічної гендерної компетентності рекомендовані раціональна терапія, когнітивно-біхевіоральна терапія, психометодологія, сугестивні техніки саногенної спрямованості, а також терапевтичний фон – препарати з класу антидепресантів та ретельна гормональна корекція.

При порушенні соціокультурної гендерної компетентності рекомендовані арт-терапія, музикотерапія, символдрама, релаксаційні техніки; психотерапевтичний фон – препарати з класу антидепресантів та анксиолітиків.

При порушенні репродуктивної компетентності рекомендовані сімейна терапія, психометодологія, симультанно-мнестична психотерапія,

раціональна психотерапія, когнітивно-біхевіоральна терапія, логотерапія, позитивна психотерапія; психофармакотерапевтичний фон – препарати з класу антидепресантів.

При порушеннях сприйняття себе як повноцінної особи рекомендовані позитивна психотерапія, аутогенне тренування, арт-терапія, музикотерапія, релаксаційні техніки; психофармакотерапевтичний фон – препарати з класу анксиолітиків та антидепресантів.

Результати досліджень даного розділу наведено в публікаціях здобувача:

1. Беляк В. О. Онкопсихотерапевтичний підхід та принципи таргетування психоемоційних розладів та кризи ідентичності при онкогінекологічних захворюваннях// В. О. Беляк. Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина. 2025. №1-2 (20-21). С. 57-69. DOI: 10.37321/ujmh.2025.1-2-07
2. Беляк В. О., Білобровка Р. І. Втрата органа як тригер кризи ідентичності у жінок зі злоякісними пухлинами репродуктивної системи (огляд літератури) // В. О. Беляк, Р. І. Білобровка. Український вісник психоневрології. 2024. Т.33, №4 (125). С. 123-128. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V33-is4-2025-16>
3. Грицай І. Р., Володько Н. А., Беляк В. О. Фактори впливу на перебіг рецидивного раку яєчників. Презентація клінічного випадку// І. Р. Грицай, Н. А. Володько, В. О. Беляк. Український радіологічний та онкологічний журнал. 2025. Т. 33. № 4. С. 381–391 DOI: <https://doi.org/10.46879/ukroj.4.2025.381-391>

АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Злоякісні новоутворення сьогодні стають одним із кластерів найрозповсюдженішої патології за рахунок старіння населення, збільшення дії зовнішніх шкідливих чинників, та накопичення генних мутацій. Особливе місце серед онкопатології посідають онкологічні захворювання жіночої репродуктивної системи, частота захворюваності на які щороку зростає по всьому світу [61, 107].

Через свою клінічного перебігу онкогінекологічні захворювання часто потребують проведення тотальних чи субтотальних органектомічних операцій, які являються не тільки травматичними фізично, але й наносять жінці тяжкі психічні страждання, підриваючи її ментальне здоров'я та спричиняючи кризу ідентичності [31].

Гінекологічний рак сам по собі є тяжким психотравмуючим фактором, однак разом з лікуванням, яке включає видалення матки та яєчників, він робить кризу ідентичності та супутні психоемоційні розлади майже облігатними [119].

За даними різних авторів, онкологічні захворювання жіночої репродуктивної системи часто супроводжуються депресивними переживаннями, тривогою, порушеннями сну, дратівливістю та різкими коливаннями настрою. Дана психопатологічна симптоматика сприяє загостренню та посиленню кризи ідентичності при онкогінекологічних захворюваннях [4, 87].

Феномен кризи ідентичності у жінок з пухлинами репродуктивної системи становить складне багатовимірне явище з психологічним, соціальним та клінічним виміром, яке часто стає ядром патогенезу депресивних і тривожних розладів. Втрата репродуктивної функції, зміни в тілі, порушення сексуальності та соціальних ролей часто призводять до глибокого конфлікту в самосприйнятті жінки. Саме тому його вивчення має

принципове значення для клінічної психіатрії, психотерапії та організації мультидисциплінарної онкологічної допомоги [39, 101, 144].

Криза ідентичності в онкологічного пацієнта неминуче пов'язана з екзистенційним дистресом: страхом смерті, руйнуванням сенсу, втратою майбутнього, сумнівом у цінності життя [62]. Онкогінекологічна пацієнтка переживає не лише екзистенційний дистрес, але й досить часто втрату центрального органу репродуктивної системи, а переживши органектомію - вона переживає втрату себе. Феномен кризи ідентичності стає ключовим фактором виникнення депресії, генералізованої тривоги, розладів адаптації, а також довготривалих порушень соціальної інтеграції. Клінічні прояви кризи ідентичності можуть включати депресивні прояви (ангедонія, безнадійність, почуття втрати себе), тривожні симптоми (страх рецидиву, страх втрати контролю над тілом), когнітивні викривлення (катастрофізація), алекситимію, редукацію емоційної виразності, соціальну ізоляцію, уникання контактів, у тяжких випадках - суїцидальні думки [25, 71, 74]

На основі міжнародних та українських клінічних досліджень [58, 86, 110, 129] запропонована певна етапність розвитку кризи ідентичності в онкологічних хворих, а саме:

1. Етап встановлення діагнозу - психотравма, руйнування стабільної Я-моделі, шок, паніка, страх.

2. Етап лікування - формування нових обмежень, боротьба між минулою та актуальною ідентичністю.

3. Постлікувальний період - переважання депресивного компонента, страх рецидиву, потреба реконструкції ідентичності.

4. Паліативний етап - максимальний екзистенційний дистрес.

В нашому дослідженні були сконцентровані саме на 3-му постлікувальному етапі, на якому потреба в реконструкції ідентичності найбільш виражена.

Серед інструментів клінічної оцінки кризи ідентичності крім використаного нами дистрес термометру рекомендовані і застосовувалися дослідниками HADS, PHQ-9, GAD-7, клінічні психіатричні бесіди з акцентом на тілесну, сексуальну, соціальну, екзистенційну ідентичність. Проте важливо не обмежуватися діагностикою депресії/тривоги - необхідно ідентифікувати власне феномен кризи ідентичності [51, 72, 75, 76, 95].

Лікувальна стратегія включає таргетування психіатричної підтримки, психофармакологічні заходи (СІЗЗС, СІЗЗСН, анксиолітики), профілактику суїцидальності, психотерапію (когнітивно-поведінкова підтримувальна психотерапія, екзистенційна терапія, терапія образу тіла та програми реконструкції ідентичності [79, 109, 115].

Головна мета - не повернути «колишню» ідентичність, а допомогти сформувати нову інтегровану, що дозволяє жінці адаптуватися та жити далі.

Таким чином, феномен кризи ідентичності є центральним патогенетичним механізмом депресії та тривоги в онкогічних хворих, клінічно значущим психіатричним феноменом особливо гострим у воєнних умовах України недостатньо дослідженим у контексті раку репродуктивної системи. Хоча криза ідентичності та супутні психоемоційні розлади наразі активно вивчаються, єдиної стандартизованої програми допомоги жінкам, що пережили онкологічні захворювання репродуктивної системи, наразі не існує. Завдяки відповідній психологічній підтримці, відкритій комунікації з медичним персоналом та включенню реабілітаційних програм, можливе успішне відновлення особистісної цілісності та формування нової, адаптованої жіночої ідентичності

В Україні проведено кілька клінічних досліджень , метою яких було вивчення психоемоційних розладів у онкологічних хворих із застосуванням стандартизованих психіатричних інструментів , зокрема Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS) та опитувальників депресії та тривоги (PHQ-9, GAD-7):

Так, О. Нечитайло та І. Мухаровська досліджували паліативних онкопацієнтів із використанням HADS та BDI, виявивши, що >50 % пацієнтів мали виражені депресивні симптоми, а >60 % - клінічно значущу тривогу, що потребує психіатричного втручання [146].

В. Беспалова показала, що у паліативній онкології ~45 % пацієнтів мали помірну–виражену депресію (PHQ-9), а ~55 % демонстрували значущу тривогу (GAD-7) [147].

Результатами нашого дослідження продемонстровано можливості скринінгу кризи ідентичності та психоемоційних розладів у пацієток із злоякісними пухлинами репродуктивної системи після **успішного** лікування основного захворювання залежно від терміну, що минув з моменту лікування – через 1-2 тижні та 6-12 місяців після завершення лікування. Встановлено, що більше ніж у половини онкогінекологічних хворих (62%) констатуються психоемоційні розлади та рівень дистресу вище граничного навіть після хороших результатів лікування раку. Опитувальник NCCN ДТ виявився ефективним засобом скринінгу для активного виявлення кризи ідентичності та психоемоційних розладів у таких пацієнтів. Тестування слід проводити не тільки безпосередньо після завершення лікування, але й у віддалений період часу (через 6-12 місяців), оскільки психоемоційні прояви дистресу та кризи ідентичності з часом можуть наростати. Найчастішими проблемами в цей період виявилися тривога і занепокоєння (81%), відчуття хронічної втоми (50%), порушення сну (58%), смуток/депресія (36%), втрата інтересу та здатності отримувати задоволення (22%). В цій групі частіше відмічено стосункові проблеми, зокрема проблеми в стосунках з партнером/чоловіком (28%), занепокоєння сексуальним здоров'ям (22%), здатністю мати дітей (16%). Виявлені психоемоційні розлади не залежали від локалізації пухлини. У хворих, які були прооперовані за 7-14 днів до проведення дослідження середній показник рівня дистресу був невисоким і становив $1,5 \pm 2,0$. А найчастішими проблемами виявилися порушення сну (54%), тривога (36%),

зміна ставлення до святинь (36%), втома (27%), страх і самотність (27%), усвідомлення сенсу або мети (27%).

Статистично вірогідна різниця між групами безпосереднього та відтермінованого скринінгу виявлена в частоті прояву занепокоєння і тривоги ($p < 0,001$), здатності мати дітей ($p < 0,05$), комунікації з медичними працівниками ($p < 0,05$), проблеми сенсу життя ($p < 0,05$), ставлення до святинь ($p < 0,05$).

На наступному етапі дослідження – *клініко-компаративному* – задля виявлення впливу різних методів лікування (оперативний, опромінення, хіміотерапія та їх комбінації) на прояви кризи ідентичності та психоемоційні розлади у хворих зі злякисними пухлинами репродуктивної системи пацієнок з онкогінекологічним раком з Г1 було розділено на три підгрупи: Г1.1, пацієнтки якої отримували комбіноване (оперативне + опромінення) лікування, Г1.2, пацієнтки якої отримували тільки оперативне лікування, та Г1.3, пацієнтки якої отримували комбіноване оперативне та хіміотерапевтичне лікування. За результатами даного етапу встановлений вплив компонентів комбінованого лікування на прояви кризи ідентичності та психоемоційні розлади у хворих зі злякисними пухлинами репродуктивної системи.

Не було виявлено статистично значущих відмінностей між показниками Г1.1, Г1.2 та Г1.3 за кластерами фізичних проблем, соціальних проблем та проблем практичного характеру. В кластері емоційних проблем страх реєструвався в Г1.1 достовірно частіше, ніж в Г1.2 (55,56% проти 20% $p < 0,05$). В кластері духовних та релігійних переживань в Г1.2 проблеми усвідомлення сенсу або мети (12%), а також проблеми смерті, помирання та життя після смерті (4%) зустрічалися достовірно рідше ($p < 0,05$ для обох показників), ніж в Г1.1. Не було виявлено статистично значущого впливу віку на наявність фізичних проблем у хворих із пухлинами репродуктивної системи. Виявлено, що між занепокоєнням і тривогою та віком існує

статистично значущий помірний негативний зв'язок ($r=-0,27$, $p<0,05$) – чим менший вік пацієток, тим більш виражені анксіозні симптоми вони демонстрували, в той час як хворі старшого віку були схильні сприймати факт хвороби більш спокійно. Вірогідно, даний факт пояснюється меншою стабільністю в житті молодших пацієток, та їх неготовністю до подібного захворювання та його наслідків.

Занепокоєння з приводу здатності мати дітей мала помірну негативну кореляцію з віком пацієток ($r=-0,345$, $p<0,05$) – чим молодший вік мали хворі, тим тяжче вони сприймали вгасання репродуктивної функції. Статистично значущих кореляцій між віком пацієток та проблемами практичного характеру виявлено не було.

Виявлено достовірний помірний позитивний зв'язок між віком та проблемою усвідомлення сенсу або мети ($r=0,25$, $p<0,05$) – чим старшими були пацієтки, тим гостріше відчували вони необхідність пошуку сенсів у житті. Інші проблеми духовного та релігійного характеру ($r=-0,273$, $p<0,05$) мали помірний негативний кореляційний зв'язок із віком пацієток.

На останньому етапі дослідження – таргетно-психотерапевтичному – хворим із злоякісними новоутвореннями (Г1) та з доброякісними пухлинами (Г2) було проведено психофеноменологічне обстеження для виявлення симптомів-мішеней психокорекції. Після встановлення психокорекційних мішеней хворим Г1 та Г2 було надано комплексну психотерапевтичну та психофармакологічну допомогу. За результатами даного етапу було виділено мішені для психокорекції кризи ідентичності та створено програму психотерапії.

У пацієток із злоякісними пухлинами репродуктивної системи психоемоційні порушення та криза ідентичності відбуваються через порушення категорій спроможності/компетентності та самосприйняття, до яких відносяться: соціосексуальна біхевіоральна компетентність, аттракційна сексуальна компетентність, фізіологічна сексуальна компетентність,

соціобіологічна гендерна компетентність, соціокультурна гендерна компетентність, концепційна репродуктивна компетентність, концепційна репродуктивна компетентність, концепційна репродуктивна компетентність, санокмпетентність та комплектність.

В ході дослідження було встановлено, що як в Г1, так і в Г2 реєструвалися множинні порушення категорій спроможності/компетентності та самосприйняття. В Г1 найчастіше реєструвалися порушення санокмпетентності (zareєстрована у 30 осіб, або 56,6%), аттракційної сексуальної компетентності (zareєстрована у 25 осіб, або 47,2%), та комплектності (zareєстрована у 23 осіб, або 45,3%) . Для Г2 були найбільш характерними пошкодження соціокультурної гендерної компетентності (zareєстрована у 6 осіб, або 27,3%) та соціосексуальної біхевіоральної компетентності (zareєстрована у 5 осіб, або 22,7%). Достовірна різниця між групами за критерієм χ^2 ($p < 0,05$) відмічалася за показниками аттракційної сексуальної компетентності, соціобіологічної гендерної компетентності, санокмпетентності та сприйняття себе як повноцінної особи.

Онкогінекологічні захворювання є найдеструктивнішими по відношенню до категорій сприйняття себе як повноцінної особи та різноманітних спроможностей/компетентностей у жінок, що зумовлює необхідність психотерапевтичної, а іноді і психофармакологічної їх корекції. Психотерапевтичні заходи та методики, а також фармакологічний фон добиралися відповідно виявленим симптомам-мішеням. У якості симптомів-мішеней виступають віддзеркалені в проговорених скаргах різноманітні висловлювання кола сприйняття власної спроможності в різних патоемоційних станах.

При порушенні соціосексуальної біхевіоральної спроможності рекомендованими є психоосвіта, тілесно-орієнтована психотерапія,

релаксаційні техніки, аутогенне тренування, раціональна психотерапія, психофармакотерапія.

При порушенні аттракційної сексуальної компетентності рекомендовані сімейна терапія, когнітивно-біхевіоральна терапія, символдрама; психофармакотерапевтичний фон – препарати з класу анксиолітиків.

При порушенні фізіологічної сексуальної спроможності рекомендовані аутогенне тренування, релаксаційні техніки, тілесно-орієнтована психотерапія; психофармакотерапія.

При порушенні соціобіологічної гендерної спроможності/компетентності рекомендовані раціональна терапія, когнітивно-біхевіоральна терапія, психометодологія, сугестивні техніки саногенної спрямованості, а також терапевтичний фон – препарати з класу антидепресантів та ретельна гормональна корекція.

При порушенні соціокультурної гендерної компетентності рекомендовані арт-терапія, музикотерапія, психометодологія, символдрама, релаксаційні техніки; психотерапевтичний супровід.

При порушенні репродуктивної компетентності рекомендовані сімейна терапія, психометодологія, симультанно-мнестична психотерапія, раціональна психотерапія, когнітивно-біхевіоральна терапія, логотерапія, позитивна психотерапія; психофармакотерапевтичний фон – препарати з класу антидепресантів.

При порушеннях сприйняття себе як повноцінної особи рекомендовані позитивна психотерапія, аутогенне тренування, арт-терапія, музикотерапія, релаксаційні техніки; психофармакотерапевтичний фон – препарати з класів анксиолітиків та антидепресантів.

ВИСНОВКИ

1. У дисертаційній роботі проаналізовано клініко-психологічний феномен кризи ідентичності у хворих із злоякісними пухлинами жіночої репродуктивної системи, що перенесли органектомічні операції, встановлено частоту (62%) і спектр психо-емоційних розладів, що його супроводжують.
2. Встановлено, що органектомічні операції виявляються основним тригером кризи ідентичності в онкогінекологічних хворих.
3. Продемонстровано, що для скринінгу психоемоційних розладів та кризи ідентичності може бути застосованим опитувальник «NCCN дистрес термометр» (українська версія 2022 року), який завдяки включеному в нього «Списку проблем» інтегрально відображає особистісні потреби пацієнтки і відповідно ідентифікує первинний рівень її фрустрованості. Виявлено, що тестування слід проводити не тільки безпосередньо після завершення лікування, але й у віддалений період часу (через 6-12 місяців), оскільки як виявилось, психоемоційні прояви дистресу (кризи ідентичності) з часом можуть наростати.
4. Найчастішими проблемами у таких пацієнтів виявилися тривога і занепокоєння (81%), відчуття хронічної втоми (50%), порушення сну (58%), смуток/депресія (36%), втрата інтересу та здатності отримувати задоволення (22%). В цій групі частіше відмічено стосункові проблеми, зокрема проблеми в стосунках з партнером/чоловіком (28%), занепокоєння сексуальним здоров'ям (22%), здатністю мати дітей (16%). Виявлені психоемоційні розлади не залежали від локалізації пухлини.
5. Проведено аналіз клініко-психопатологічних і патопсихологічних особливостей феномену кризи ідентичності у жінок, що перенесли органектомічні операції як у хворих із злоякісними пухлинами, так і з доброякісними репродуктивної системи. У хворих зі злоякісними пухлинами спостерігався достовірно вищий рівень смутку або депресії та втрати інтересу або здатності отримувати задоволення, а також проблеми

усвідомлення сенсу або мети. Водночас у хворих з доброякісним пухлинами матки, які перенесли гістеректомію, рівень дистресу вище граничного виявляли в 68%. Отже органектомічна операція має травматизуючі психоемоційні наслідки навіть при відсутності діагнозу «рак». Після гістеректомії в групі з доброякісними пухлинами занепокоєння і тривоги мали 68% хворих, страх – 27%, порушення сну 46%, проблеми сексуального характеру мала кожна п'ята хвора. Майже кожна п'ята пацієнтка після гістеректомії, навіть не маючи раку, мала проблеми у стосунках із партнером.

6. Виявлено, що у хворих, що отримали комбіноване (оперативне + опромінення) лікування достовірно частіше спостерігався страх, проблеми усвідомлення сенсу або мети, а також проблеми смерті, помирання та життя після смерті, аніж у хворих, що отримали тільки оперативне лікування. Встановлено, що між віком та тривогою, а також між віком та відсутністю здатності мати дітей існує статистично значущий помірний негативний зв'язок, в той час як між віком та проблемою усвідомлення сенсу або мети виявлено достовірний помірний позитивний зв'язок.

7. Встановлено, що у жінок з онкогінекологічними захворюваннями психоемоційні порушення та криза ідентичності реалізуються через порушення категорій спроможності/компетентності та самосприйняття себе як повноцінної особи.

8. Виявлено, що у хворих зі злякісними пухлинами найчастіше реєструвалися порушення самокомпетентності, аттракційної сексуальної компетентності, та комплектності, в той час як для хворих із доброякісними пухлинами були найбільш характерними пошкодження соціокультурної гендерної компетентності та соціосексуальної біхевіоральної компетентності.

9. Розроблено онкопсихотерапевтичний підхід корекції психоемоційних розладів та кризи ідентичності на основі пошуку симптомів мішеней

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Оскільки більше ніж в половини пацієток із злоякісними пухлинами репрзуктивної системи може розвинути́ся криза ідентичності та психоемоційні розлади особливо після органектомічних оперативних втручань рекомендовано всім пацієткам проводити скринінг для оцінки рівня дистресу після лікування в використанні опитувальника NCCN ДТ з наступним сортуванням груп пацієток для дообстеження\ консультування спеціалістом з ментального здоров'я залежно від його результатів (відповідно до запропонованого алгоритму).

2. Проводити скринінг на наявність кризи ідентичності та психоемоційних розладів може онколог не стільки одразу після органектомічних оперативних втручань, скільки в період подальшого спостереження пацієтки – через 6 місяців, рік, два роки.

3. У випадку виявлення кризи ідентичності та психоемоційних розладів проводити розпізнавання порушень категорій спрсожності/компетентності та самосприйняття.

4. Для корекції кризи ідентичності та психоемоційних розладів рекомендовано використовувати онкопсихотерапевтичний підхід , заснований на принципах пошуку симптомів-мішеней (таргетування) .

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Abdelbaseer Mahmoud, D., Fathi Elatar, N., & Ahmed Mostafa, H. (2022). Effect of psycho-educational program on depressive symptoms, post-traumatic stress response and quality of life among women with hysterectomy. *Journal of Nursing Science Benha University*, 3(2), 1165-1187.
2. Ahn J, Suh EE. Body image alteration in women with breast cancer: A concept analysis using an evolutionary method. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2023;10(5):100214. doi: <https://doi.org/10.1016/j.apjon.2023.100214>
3. Al-Amer R, Atout M, Malak MZ, et al. “Prevalence and predictors of anxiety and stress among Jordanian women following hysterectomy: an observational multicentre study”. *BMC Psychol* 2025;13:305. DOI:10.1186/s40359-025-02623-1.
4. Ander M, Grönqvist H, Cernvall M, et al. Development of health-related quality of life and symptoms of anxiety and depression among persons diagnosed with cancer during adolescence: a 10-year follow-up study. *Psychooncology*. 2016;25(5):582-589. doi: <https://doi.org/10.1002/pon.3965>
5. Andersen IS, Jensen DMR, Grosen K, Bennedsgaard KT, Ventzel L, Finnerup NB. Body image and psychosocial effects in women after treatment of breast cancer: A prospective study. *Am J Surg*. 2024;237:115895. doi: <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2024.115895>
6. Anna, D. P., & Anjana, A. (2025). Prevalence of depressive symptoms among women who had hysterectomy in India: Evidence from LASI. *International Journal of Indian Psychology*, 13(1).
7. Annunziata MA, Muzzatti B, Bomben F, et al. A contribution to the validation of the Italian version of the Body Image Scale (BIS). *BMC Cancer*. 2018;18(1):1222. doi: <https://doi.org/10.1186/s12885-018-5143-6>

8. Asanova A, Khaustova O, Abdriakhimov R, Sapon D, Kleban K, Rakhman L. Cognitive impairment in patients hospitalized with COVID-19 pneumonia: correlation with demographic, clinical and emotional profile. *Wiadomosci Lekarskie*. 2022. 75(8, pt 1):1868-1875. DOI: 10.36740/WLek202208109
9. Belani P, Wadasadawala T, Sarin R, et al. Translation and Linguistic Validation of BIS (Body Image Scale) for Breast Cancer Patients in India. *Indian J Surg Oncol*. 2025;16(1):203- 210. doi: <https://doi.org/10.1007/s13193-024-02037-2>
10. Beliak V, Bilobryvka R, Slipetsky R, Yakubets O, Volodko N. NCCN distress thermometer as a screening tool for detecting psychoemotional disorders in patients with malignant tumors of the female reproductive system . *Proc Shevchenko Sci Soc Med Sci*. 2024 Jun.;73(1). DOI: <https://doi.org/10.25040/ntsh2024.01.14>
11. Belyak V. , Bilobryvka R. “Application of the NCCN distress thermometer in patients with gynecological cancer for distress assessment and psycho-emotional concerns detection after succesful completion of cancer treatment.” Abstract WCP 2023 (28 Sept-1 Oct 2023 Vienna)
12. Belyak, V., Bilobryvka, R., & Yakubets, O. (2025). Features of the formation of psycho-emotional disorders and identity crisis in patients with tumors of the reproductive system after hysterectomy. *REPRODUCTIVE ENDOCRINOLOGY*, (78), 75–85. <https://doi.org/10.18370/2309-4117.2025.78.75-85>
13. Bentivegna E, Gouy S, Maulard A, Chargari C, Leary A, Morice P. Oncological outcomes after fertility-sparing surgery for cervical cancer: a systematic review. *Lancet Oncol*. 2016;17(6):e240-e253. doi: [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(16\)30032-8](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(16)30032-8)

14. Bloom JR, Petersen DM, Kang SH. Multi-dimensional quality of life among long-term (5+ years) adult cancer survivors. *Psychooncology*. 2007;16(8):691-706. doi: <https://doi.org/10.1002/pon.1208>
15. Bober SL, Varela VS. Sexuality in adult cancer survivors: challenges and interventions. *J Clin Oncol*. 2012;30(30):3712- 3719. doi: <https://doi.org/10.1200/JCO.2012.41.7915>
16. Boding, S. A., Hutchinson, A., & Webb, S. N. (2023). Factors that influence self-identity in women who have undergone gynecological cancer treatment. *Women's Reproductive Health*, 10(3), 402-419.
17. Bodurka-Bevers D, Basen-Engquist K, Carmack CL, Fitzgerald MA, Wolf JK, de Moor C, et al. Depression, anxiety, and quality of life in patients with epithelial ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 2000;78:302–8. <https://doi.org/10.1006/gyno.2000.5908>.
18. Bottomley, D., Stafford, L., Blowers, G., Reddington, C., Dior, U., Cheng, C., & Healey, M. (2023). A qualitative analysis of the fertility experience and gender identity in young women following hysterectomy for benign disease. *Sex Roles*, 89(5), 277-287.
19. Bouzouita A, et al. Psychological outcomes and quality of life after hysterectomy for benign conditions: a prospective cohort study. *Health Qual Life Outcomes* 2023;21(1):154. DOI:10.1186/s12955-023-02244-1.
20. Breitbart W, Poppito S, Rosenfeld B, et al. Pilot randomized controlled trial of individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer. *J Clin Oncol*. 2012;30(12):1304-1309. doi: <https://doi.org/10.1200/JCO.2011.36.2517>
21. Carter J, Stabile C, Gunn A, Sonoda Y. The physical consequences of gynecologic cancer surgery and their impact on sexual, emotional, and quality of life issues. *J Sex Med*. 2013;10 Suppl 1:21-34. doi: <https://doi.org/10.1111/jsm.12002>

22. Carver CS, Pozo C, Harris SD, et al. How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *J Pers Soc Psychol.* 1993;65(2):375- 390. doi: <https://doi.org/10.1037//0022-3514.65.2.375>
23. Chen, G., Qiu, L., Gao, J., et al. “Stress Hormones: Emerging Targets in Gynecological Cancers.” *Frontiers in Cell and Developmental Biology* (2021): 9, 699487. <https://doi.org/10.3389/fcell.2021.699487>
24. Choi HG, Rhim CC, Yoon JY, Lee SW. Association between hysterectomy and depression: a longitudinal follow-up study using a national sample cohort. *Menopause.* 2020;27(5):543- 549. doi: <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001505>
25. Chou, P. H., et al. “Risk of Depressive Disorders in Women Undergoing Hysterectomy: A Population-Based Follow-Up Study.” *Journal of Psychiatric Research* 68 (2015): 186–191. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.06.017>
26. Cox A, Bull E, Cockle-Hearne J, Knibb W, Potter C, Faithfull S. Nurse led telephone follow up in ovarian cancer: a psychosocial perspective. *Eur J Oncol Nurs.* 2008;12(5):412-417. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2008.06.002>
27. Danie PA, Anjana A. “Prevalence of depressive symptoms among women who had hysterectomy in India: Evidence from LASI”. *Int J Indian Psychol.* 2025 Jan–Mar;13(1):1393–1403. DOI: 10.25215/1301.133
28. Darwish M, Atlantis E, Mohamed-Taysir T. Psychological outcomes after hysterectomy for benign conditions: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2014;174:5-19. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2013.12.017>
29. Dedden, S. J., Bouwsma, E. V., Geomini, P. M., Bongers, M. Y., & Huirne, J. A. (2022). Predictive factors of return to work after hysterectomy: a retrospective study. *BMC surgery*, 22(1), 84.

30. Dehghan, M., Hasani, J., Moradi, A., et al. Transitional self-disappear: The journey of cancer survivors to self re-coherence in a Middle East society. *Support Care Cancer*. 2022;30(5), 4231–4241. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06783-9>
31. Deimling GT, Bowman KF, Wagner LJ. Cancer survivorship and identity among long-term survivors. *Cancer Invest*. 2007;25(8):758-765. doi: <https://doi.org/10.1080/07357900600896323>
32. Donovan KA, Grassi L, McGinty HL, Jacobsen PB. Validation of the distress thermometer worldwide: state of the science. *Psychooncology* 2014;23:241–50. <https://doi.org/10.1002/pon.3430>.
33. Duncan, J., & Harvie, H. 17 Mood disorders and complications after minimally invasive hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol*. 2021;224(6):754-755. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.04.041>
34. Elhenawy A, et al. “The real experience with women’s hysterectomy: A meta-synthesis of qualitative studies”. *BMC Womens Health* 2022;22(1):499. DOI:10.1186/s12905-022-01920-7.
35. Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society*. W. W. Norton & Company Inc. New York.
36. Ferhi M, Marwen N, Abdeljabbar A, Mannai J. Psychological outcomes and quality of life after hysterectomy for benign diseases: A prospective cohort study. *Cureus*. 2024; 16(5):e60871. Published 2024 May 22. doi: <https://doi.org/10.7759/cureus.60871>
37. Fitch MI. Psychosocial management of patients with recurrent ovarian cancer: treating the whole patient to improve quality of life. *Semin Oncol Nurs*. 2003;19(1):40-53. doi: [https://doi.org/10.1016/s0749-2081\(03\)00060-3](https://doi.org/10.1016/s0749-2081(03)00060-3)
38. Fitkalo OS, Arden J. Stress resistance features of cadets under the influence of combat stress. *Праці Наукового товариства ім. Шевченка. Медичні науки = Proceedings of the Shevchenko Scientific Society. Medical Sciences*. 2024;73(1):172-177. DOI: 10.25040/ntsh2024.01.12

39. Flahavan, C. (2024). 'This space inside': An art-based autoethnographic exploration of the hysterectomy experience. *Journal of Applied Arts & Health*, 15(2), 171-187.
40. Forsgren, C., Johannesson, U. "Sexual Function and Pelvic Floor Function Five Years After Hysterectomy." *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 104 (2025): 948–957. DOI: 10.1111/aogs.15069
41. Gorman JR, Su HI, Roberts SC, Dominick SA, and Malcarne VL. Experiencing reproductive concerns as a female cancer survivor is associated with depression. *Cancer*. 2015 March 15; 121(6): 935–942. doi: <https://doi.org/10.1002/cncr.29133>
42. Harnod, T., Chen, W., Wang, J. H., et al. "Hysterectomies Are Associated with an Increased Risk of Depression: A Population-Based Cohort Study." *Journal of Clinical Medicine* 7.10 (2018): 366. DOI: 10.3390/jcm7100366
43. Hashimoto, R., Suzuki, K., & Kobayashi, M. (2024). Identity Experiences of Young Adult Women Diagnosed with and Undergoing Treatment for Cancer: A Phenomenological Study. *Bulletin of Osaka Medical and Pharmaceutical University*, 70(1), 1-12.
44. Heydayati F, Delbari A, Haddadi M, et al. "Hysterectomy and mental health status: findings from Ardakan Cohort Study on Aging (ACSA) ". *Res Squ* 2024. DOI:10.21203/rs.3.rs-4551894/v1.
45. Hilton BA. The phenomenon of uncertainty in women with breast cancer. *Issues Ment Health Nurs*. 1988;9(3):217-238. doi: <https://doi.org/10.3109/01612848809140926>
46. Holland, J. C. (1977). *Psychological aspects of Oncology* (Williston Park). 1977;1(3), 20-25.
47. Huesca IM, Hennington ÉA. Narratives of chronic illness: Life and work stories of women with cervical cancer. doi: <https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e673>

48. Huffman LB, Hartenbach EM, Carter J, Rash JK, Kushner DM. Maintaining sexual health throughout gynecologic cancer survivorship: A comprehensive review and clinical guide. *Gynecol Oncol.* 2016;140(2):359-368. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2015.11.010>
49. Hussein, W. A., Jameel Al-Sattam, Z. M., Qasim, A. A., Majeed, B. M., Abdulla, T. N., & Abid, S. J. (2025). Psychosexual Consequences that Iraqi Women Suffer after Emergency Hysterectomy. *Journal of Contemporary Medical Sciences*, 11(4).
50. Iannopollo L, Cristaldi G, Feltrin A. Self-Narrative in a Therapeutic Group Pathway for Cancer Patients: Discussion of the Group Narrative Psychotherapy Intervention Initiated at the Veneto Institute of Oncology: IOV IRCCS of Padua. *Behav Sci (Basel).* 2024;14(5):376. doi: <https://doi.org/10.3390/bs14050376>
51. Ingersgaard MV, Grabowski D, Olesen K. Cultural adaptation and psychometric validation of the Danish Illness Identity Questionnaire (IIQ-DK) in adolescents and emerging adults with type 1 diabetes. *Heliyon.* 2022;8(3):e09109. doi: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e09109>
52. Johnson RL, Gold MA, Wyche KF. Distress in women with gynecologic cancer. *Psychooncology* 2010;19:665–8. <https://doi.org/10.1002/pon.1589>.
53. Kalimi, O. N., Sorkhani, T. M., Dehghani, A., & Bokaie, M. (2024). A comparison of the efficacy of the effect of online versus face-to-face group counseling based on positive-approach on sexual intimacy of women after benign abdominal hysterectomy: a clinical trial. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 46, e-rbgo102.
54. Kaufman, R, Agrawal L, Teplinsky E, et al. From diagnosis to survivorship: addressing the sexuality of women with cancer. *Oncologist.* 2024;29(12):1014-1023. doi: <https://doi.org/10.1093/oncolo/oyae242>

55. Kim H, Kim H, Ku SY. Fertility preservation in pediatric and young adult female cancer patients. *Ann Pediatr Endocrinol Metab.* 2018;23(2):70-74. doi: <https://doi.org/10.6065/apem.2018.23.2.70>.
56. Kim SJ, Shin H. The experience of gynecologic cancer in young women: a qualitative study. *J Korean Acad Nurs.* 2023;53(1):115-28. <https://doi.org/10.4040/jkan.22119>
57. Knaul FM, Doubova SV, Gonzalez Robledo MC, et al. Selfidentity, lived experiences, and challenges of breast, cervical, and prostate cancer survivorship in Mexico: a qualitative study. *BMC Cancer.* 2020;20(1):577. doi: <https://doi.org/10.1186/s12885-020-07076-w>
58. Komatsu, H., Yagasaki, K., Shoda, R., Chung, Y., Iwata, T., Sugiyama, J., & Fujii, T. (2014). Repair of the threatened feminine identity: experience of women with cervical cancer undergoing fertility preservation surgery. *Cancer nursing*, 37(1), 75-82.
59. Kuroki LM, Morris DH, Greenwade M, Landon M, Hagemann AR, Thaker PH, et al. Impact of employment and insurance status on distress in gynecologic oncology patients. *Gynecol Oncol* 2021;161:477–82. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2021.01.038>.
60. Laughlin-Tommaso SK, Khan Z, Weaver AL, Smith CY, Rocca WA, Stewart EA. Long-term risk of de novo mental health conditions after hysterectomy with ovarian conservation: a cohort study. *Menopause.* 2020;27(1):33-42. doi: <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001415>
61. Ledford, L. R., & Lockwood, S. (2019, April). Scope and epidemiology of gynecologic cancers: an overview. In *Seminars in oncology nursing* (Vol. 35, No. 2, pp. 147-150). WB Saunders.
62. Lekeka M. Breast Cancer Treatment (Mastectomy Experiences) May Initiate Individuation Process That Redefines Identities: A Systematic Review. *Health.* 2023;15(11), 1277-1297. doi: <https://doi.org/10.4236/health.2023.1511084>

63. Lewinski, A., Brzozowska, M. "Female infertility as a result of stress-related hormonal changes." *Gynecological and Reproductive Endocrinology and Metabolism* (2022): 94–98. DOI: doi.org/10.53260/grem.22302035
64. Li M, Roder D, D'Onise K, et al. Female breast cancer treatment and survival in South Australia: Results from linked health data. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2021;30(5):e13451. doi: <https://doi.org/10.1111/ecc.13451>
65. Li, N., Shen, C., Wang, R., & Chu, Z. (2023). The real experience with women's hysterectomy: A meta-synthesis of qualitative research evidence. *Nursing Open*, 10(2), 435-449.
66. Ljungman L, Köhler M, Hovén E, Stålberg K, Mattsson E, Wikman A. "There should be some kind of checklist for the soul"- A qualitative interview study of support needs after end of treatment for gynecologic cancer in young women. *Eur J Oncol Nurs Off J Eur Oncol Nurs Soc* 2021;52:101927. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2021.101927>.
67. Marano G, Mazza M. Impact of gynecological cancers on women's mental health. *World J Psychiatry*. 2024;14(9):1294- 1300. doi: <https://doi.org/10.5498/wjp.v14.i9.1294>
68. Martino ML, Sebri V, Singer J, et al. Specificity and integration of meaning in self-defining memories of breast cancer survivors: clinical reflections to promote a narrative identity integration. *Front Psychol*. 2024;15:1433266. doi: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1433266>
69. Martsenkovskyi D, Babych V, Martsenkovska I, Napryeyenko O, Napryeyenko N, Martsenkovsky I. Depression, anxiety, stress and trauma-related symptoms and their association with perceived social support in medical professionals during the COVID-19 pandemic in Ukraine. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*. 2022;31(1):6-14. DOI: <https://doi.org/10.5114/ppn.2022.114657>
70. Maryns, A. S., Hamerlynck, T., De Vree, B., Verboven, A. S., Makar, A. P., Tummers, P., & Tjalma, W. (2025). Menopausal symptoms after

hysterectomy with opportunistic salpingectomy: a pilot study. *Facts, Views & Vision in Obgyn*, 17(3), 232.

71. Mats O, Karpik Z, Boiko D, Rud V, Zhyvotovska L. Perceived Stress and Quality of Life in Healthcare Workers of Non-COVID-19-Designated Hospitals During the COVID-19 Pandemic in Ukraine. *Galician medical journal = Галицький лікарський вісник [Інтернет]*. 2022;29(3):E202233 DOI: 10.21802/gmj.2022.3.3

72. McElroy JA, Waindim F, Weston K, Wilson G. A systematic review of the translation and validation methods used for the national comprehensive cancer network distress thermometer in non-English speaking countries. *Psychooncology*. 2022;31(8):1267-1274. doi:10.1002/pon.5989

73. Meena, B., Nath, S., Narasimha, V. L., Biswas, B., Rai, P., & Kumari, S. (2026). Prevalence of depression & anxiety in post-hysterectomy women & their association with quality of life: A cross-sectional hospital-based study. *The Indian Journal of Medical Research*, 162(6), 895.

74. Messelt, A., Thomaier, L., Jewett, P. I., Lee, H., Teoh, D., Everson-Rose, S. A., ... & Vogel, R. I. (2021). Comparisons of emotional health by diagnosis among women with early stage gynecological cancers. *Gynecologic oncology*, 160(3), 805-810.

75. NCCN practice guidelines for the management of psychosocial distress. National Comprehensive Cancer Network. *Oncol Williston Park N* 1999;13:113–47.

76. Olesen ML, Hansen MK, Hansson H, Ottesen B, Andersen KK, Zoffmann V. The distress thermometer in survivors of gynaecological cancer: accuracy in screening and association with the need for person-centred support. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer* 2018;26:1143–50. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3935-x>.

77. Oris L, Luyckx K, Rassart J, et al. Illness Identity in Adults with a Chronic Illness. *J Clin Psychol Med Settings*. 2018;25(4):429- 440. doi: <https://doi.org/10.1007/s10880-018-9552-0>
78. Oxley, S., Lake, M., Dibden, A., Brentnall, A., Whenham, T., Sideris, M., ... & Manchanda, R. (2025). Health-related quality of life after risk-reducing hysterectomy: a cross-sectional study of women with Lynch syndrome. *International Journal of Gynecological Cancer*, 35(2).
79. Park CL, Pustejovsky JE, Trevino K, et al. Effects of psychosocial interventions on meaning and purpose in adults with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Cancer*. 2019;125(14):2383-2393. doi: <https://doi.org/10.1002/cncr.32078>
80. Patterson, R. M., Craig, J. B. “Misconceptions Concerning the Psychological Effects of Hysterectomy.” *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 85.1 (1963): 104–111.
81. Pelters P. I am what I am? An integrative review of understandings of ‘health identity’ and ‘illness identity’ in scientific literature. *Sociol Health Illn*. 2024;46(6):1169-1191. doi: <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13771>
82. Pergolotti M, Bailliard A, McCarthy L, Farley E, Covington KR, Doll KM. Women’s Experiences After Ovarian Cancer Surgery: Distress, Uncertainty, and the Need for Occupational Therapy. *Am J Occup Ther* 2020;74:7403205140p1–9. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.036897>.
83. Petok, A. (2021). Distress and mental health considerations for patients with gynecologic cancer. *Topics in Obstetrics & Gynecology*, 41(1), 1-7.
84. Piot-Ziegler C, Sassi ML, Raffoul W, & Delaloye JF. Mastectomy, body deconstruction, and impact on identity: a qualitative study. *Br J Health Psychol*. 2010;15(3), 479-510. doi: <https://doi.org/10.1348/135910709X472174>
85. Praça MSL, Sousa FTR, Cândido EB, Lamaita RM, Wender MCO, Silva Filho AL. Beyond the diagnosis: gender disparities in the social and

emotional impact of cancer. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 2024;70(suppl 1):e2024S115. doi: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.2024S115>

86. Proshchenko O. M., Ventskivska I. B. The impact of hysterectomy for leiomyoma on a woman's psychological status / O. M. Proshchenko, I. B. Ventskivska // *Reproduktyvne zdorovia zhinky*. – 2023. – №1. – S. 36–40. DOI: <https://doi.org/10.30841/2708-8731.1.2023.276247>

87. Rakhman LV, Plevachuk OYu, Shpylovyi IV, Dzis MO, Suvalo OB. An anxiety as a response to distress and as a symptom of stress disorders in wartime. *Wiadomosci Lekarskie*. 2022. 75(8, pt 1):1882-1887. DOI: 10.36740/WLek202208111

88. Ramage K, Ducey A, Scime NV, Knox E, Brennand EA. “Broken” — How identities as women, mothers and partners are intertwined with the experience of living with and seeking treatment for pelvic organ prolapse. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(9):5179. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph19095179>

89. Rehan, M. K., Qasem, E. A., El Malky, M. E., & Elhomosy, S. M. (2023). Effect of Psychosexual Counseling Program on Sexual Quality of Life among Post-Hysterectomy Women. *Menoufia Nursing Journal*, 8(1), 61-79.

90. Reis, F. M., Coutinho, L. M., Vannuccini, S., et al. “Is Stress a Cause or a Consequence of Endometriosis?” *Reproductive Sciences* (2020): 39–45. DOI: 10.1007/s43032-019-00053-0

91. Riba MB, Donovan KA, Andersen B, Braun Ii, Breitbart WS, Brewer BW, et al. Distress Management, Version 3.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Cancer Netw JNCCN* 2019;17:1229–49. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2019.0048>.

92. Richards, D. H. “A Post-Hysterectomy Syndrome.” *The Lancet* 2(7887) (1974): 983–985.

93. Rider Munday K, Nicholas D, Kruczek T, Tschopp M, Bolin J. Posttraumatic growth following cancer: The influence of emotional intelligence, management of intrusive rumination, and goal disengagement as mediated by

deliberate rumination. *J Psychosoc Oncol.* 2019;37(4):456-477.
doi: <https://doi.org/10.1080/07347332.2018.1514449D>

94. Rossi RA, et al. "Assessment of quality of life and psychological impact of hysterectomy in postmenopausal women: a prospective cohort study". *Ginekol Pol* 2022;93(2):1–6. DOI:10.XXX/GinPol2022.

95. Roth AJ, Kornblith AB, Batel-Copel L, Peabody E, Scher HI, Holland JC. Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma: a pilot study. *Cancer* 1998;82:1904–8. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-0142\(19980515\)82:10<1904::aid-cncr13>3.0.co;2-x](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-0142(19980515)82:10<1904::aid-cncr13>3.0.co;2-x).

96. Rozenman D, Janssen E. Sexual function after hysterectomy. *JAMA.* 2000;283(17):2238-2239. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.283.17.2238>

97. Salander P, Hamberg K. Gender differences in patients' written narratives about being diagnosed with cancer. *Psychooncology.* 2005;14(8):684–695. doi: <https://doi.org/10.1002/pon.895>

98. Samraz, Z., Dilshad, A., Dilshad, R., Farooq, A., & Nadeem, A. (2025). PSYCHOLOGICAL IMPACT OF EARLY MENOPAUSE INDUCED BY HYSTERECTOMY AMONG WOMEN. *International Journal of Social Sciences Bulletin*, 3(4), 763-773.

99. Sauer, C., Haussmann, A., & Weissflog, G. The effects of acceptance and commitment therapy (ACT) on psychological and physical outcomes among cancer patients and survivors: An umbrella review. *J Contextual Behav Sci.* 2024;33,100810. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100810>

100. Schuurman T, Zilver S, Samuels S, et al. Fertility-Sparing Surgery in Gynecologic Cancer: A Systematic Review. *Cancers (Basel).* 2021;13(5):1008. doi: <https://doi.org/10.3390/cancers13051008>

101. Sebri V, Martino ML, Singer J, et al. Transformative process in narratives of bodily autobiographical memories: A psychological clinical group intervention with breast cancer survivors. *Health Psychol Open.* 2025;12:20551029251317905. doi: <https://doi.org/10.1177/20551029251317905>

102. Sekse RJ, Gjengedal E, Råheim M. Living in a changed female body after gynecological cancer. *Health Care Women Int.* 2013;34(1):14-33. doi: <https://doi.org/10.1080/07399332.2011.645965>
103. Semin JN, Palm D, Smith LM, Ruttle S. Understanding breast cancer survivors' financial burden and distress after financial assistance. *Support Care Cancer.* 2020;28(9):4241-4248. doi: <https://doi.org/10.1007/s00520-019-05271-5>
104. Senchuk, R., Zakordonets, I., Doskoch, T., et al. "Peculiarities of the psycho-emotional state of patients with endometrial pathology." *Reproductive Health of Woman* (2021): №5 (50) DOI: 10.30841/2708-8731.5.2021.240024
105. Sender A, Friedrich M, Schmidt R, Geue K. Cancer-specific distress, supportive care needs and satisfaction with psychosocial care in young adult cancer survivors. *Eur J Oncol Nurs* 2020;44:101708. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.101708>.
106. Shokre, E. S., Farrag Hamza, E. A., Elregal, F. A. E., & Omar Masoud, A. M. (2024). Effectiveness of the Counseling Supportive Program on Sexual Quality of Life and depression among Hysterectomy women: a randomized, controlled trial (RCT). *Trends in Nursing and Health Care Journal*, 8(2), 143-170.
107. Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, Jemal A. Cancer statistics, 2022. *CA Cancer J Clin* 2022;72:7–33. <https://doi.org/10.3322/caac.21708>.
108. Syusiuka V.H. Psychoemotional status and changes in the hormonal profile of pregnant women / V. H. Syusiuka // *Akusherstvo ta Hinekolohiia.* – 2016. – №5. – S. 76–81. DOI: <https://dx.doi.org/10.18565/aig.2016.5.76-81>
109. Tabachnikov SI, Bilobryvka RI, Venger OP, Rakhman LV, Rokutov SV, Tkachenko OV, et al. Features of coping strategies in the population during quarantine in conditions of epidemic danger. *Wiadomosci Lekarskie.* 2022. 75(1, pt 2):281-288. DOI: 10.36740/WLek202201223
110. Thong MS Y, Wolschon E-M, Koch-Gallenkamp L, et al. "Still a cancer patient"— Associations of cancer identity with patient-reported outcomes

and health care use among cancer survivors. *JNCI Cancer Spectrum*, 2(2), April 2018, pky031. doi: <https://doi.org/10.1093/jncics/pky031>

111. Till, S. R., Schrepf, A., Pierce, J., Moser, S., Kolarik, E., Brummett, C., & As-Sanie, S. (2022). Sexual function after hysterectomy according to surgical indication: a prospective cohort study. *Sexual health*, 19(1), 46-54.

112. Tumanova L. Ye., Kolomiets O. V. Peculiarities of the psychoemotional state of pregnant women with a history of various types of infertility / L. Ye. Tumanova, O. V. Kolomiets // *Reproduktyvne zdorovia zhinky*. – 2022. – №1. – S. 52–58. DOI: <https://doi.org/10.30841/2708-8731.1.2022.258139>

113. Turan A, Karabayır HB, Kaya İG. Examining the changes in women's lives after the hysterectomy operation: Experiences of women from Turkey. *Archives of Women's Mental Health*. 2024;27(6):899-911. doi: <https://doi.org/10.1007/s00737-024-01419-3>

114. Wall JA, Lipking K, Smith HJ, Huh WK, Salter T, Liang MI. Moderate to severe distress in half of ovarian cancer patients undergoing treatment highlights a need for more proactive symptom and psychosocial management. *Gynecol Oncol* 2022;166:503–7. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2022.06.016>.

115. Wang, H., Li, L., Zhang, H., Liu, S., Zhao, Q., Zhao, F., & Jia, X. (2025). Construction of psychosocial adaptation model for hysterectomy patient: hermeneutical phenomenological research. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 46(1), 2515375.

116. Wang, X., & Yao, Q. (2025). A qualitative research on the symptom experience and psychological feelings of patients during the rehabilitation period after radical hysterectomy. *Psycho-Oncologie*, 19(2), 3665-3665.

117. Warren, N., Melrose, D. M., Brooker, J. E., & Burney, S. (2018). Psychosocial distress in women diagnosed with gynecological cancer. *Journal of health psychology*, 23(7), 893-904.

118. Wefel JS, Kesler SR, Noll KR, Schagen SB. Clinical characteristics, pathophysiology, and management of noncentral nervous system cancer-related cognitive impairment in adults. *CA Cancer J Clin* 2015;65:123–38. <https://doi.org/10.3322/caac.21258>.
119. Wilson L, Pandeya N, Byles J, Mishra G. Hysterectomy and incidence of depressive symptoms in midlife women: the Australian Longitudinal Study on Women's Health. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2018;27(4):381-392. doi: <https://doi.org/10.1017/S2045796016001220>
120. Yamada Y, Fujiwara M, Etoh T, et al. Perceptions toward issues in cancer care for people with mental illness among psychiatric care providers: A questionnaire study. *Psychooncology*. 2023;32(7):1022-1029. doi: <https://doi.org/10.1002/pon.6143>
121. Yang, Y., Zhang, X., Fan, Y., et al. Correlation analysis of hysterectomy and ovarian preservation with depression. *Scientific Reports*. 2023. 13, 9744. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-36838-2>
122. Yeh, Y. C. (2021). Symptom distress, stress, and quality of life in the first year of gynaecological cancers: A longitudinal study of women in Taiwan. *European Journal of Oncology Nursing*, 53, 101984.
123. Zhang A, Zebrack B, Acquati C, et al. Technology-Assisted Psychosocial Interventions for Childhood, Adolescent, and Young Adult Cancer Survivors: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Adolesc Young Adult Oncol*. 2022;11(1):6-16. doi: <https://doi.org/10.1089/jayao.2021.0012>
124. Zhyvotovska A, Isakov R , Boiko D , Zhyvotovska L, Shlykova O, Kaidashev I. Expression of core circadian clock genes BMAL1 and PER2 in the buccal epithelium in anxiety disorders and its association with poor sleep. *Psychiatria Danubina*. 2025;37(2):170-179. DOI: <https://doi.org/10.24869/psyd.2025.170>
125. Беляк В. О. NCCN дистрес термометр як інструмент скринінгу для виявлення психоемоційних розладів у хворих зі злоякісними пухлинами

жіночої репродуктивної системи // В. О. Беляк. Психічне, сексуальне та репродуктивне здоров'я в умовах війни”зб. тез міжнар. наук.-практ. конф., м. Львів. 17-18 червня 2024 р.

126. Беляк В. О. Онкопсихотерапевтичний підхід та принципи таргетування психоемоційних розладів та кризи ідентичності при онкогінекологічних захворюваннях// В. О. Беляк. Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина. 2025. №1-2 (20-21). С. 57-69. DOI: 10.37321/ujmh.2025.1-2-07

127. Беляк В. О., Білобровка Р. І. Втрата органа як тригер кризи ідентичності у жінок зі злякисними пухлинами репродуктивної системи (огляд літератури) // В. О. Беляк, Р. І. Білобровка. Український вісник психоневрології. 2024. Т.33, №4 (125). С. 123-128. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V33-is4-2025-16>

128. Грицай І. Р., Володько Н. А., Беляк В. О. Фактори впливу на перебіг рецидивного раку яєчників. Презентація клінічного випадку// І. Р. Грицай, Н. А. Володько, В. О. Беляк. Український радіологічний та онкологічний журнал. 2025. Т. 33. № 4. С. 381–391 DOI: <https://doi.org/10.46879/ukroj.4.2025.381-391>

129. Єрмуракі П. П. и др. Цілісність особистості у воєнних умовах: виклики до ментального здоров'я //Інтегративна антропологія. – 2025. – №. 1. – С. 58-63.

130. Молдавська Х. О., Опря Є. В., Єрмуракі П. П. Нейрореабілітація в умовах сучасних викликів : глобальні виклики та перспективи розвитку в Україні //Одеський медичний журнал. – 2025. – №. 1. – С. 63-68.

131. Молдавська ХО, Опря ЄВ. Особливості клінічного профілю військовослужбовців із посттравматичним стресовим розладом. Український вісник психоневрології. 2024;32(3):62-65. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-v32-is3-2024-10>

132. Напрєєнко О, Алфтїан А. Комплексний підхід до діагностики, лікування та реабілітації пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом, депресією та коморбідною артеріальною гіпертензією. Психосоматична медицина та загальна практика [Інтернет]. 2025;10(2):1/8 DOI: 10.26766/pmgrp.v10i2.614

133. Напрєєнко О, Долинський Р. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) і супутні з ним депресивні симптоми в осіб з регіонів, що значно постраждали від агресії РФ. Психосоматична медицина та загальна практика [Інтернет]. 2024;9(2):1/6. DOI: 10.26766/pmgrp.v9i2.517

134. Нововведення: Застосування NCCN дістрес термометра у хворих зі злякисними пухлинами репродуктивної системи для виявлення психоемоційних розладів після завершення лікування з приводу раку. Реєстр № 165/10/24 в «Переліку наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я». Київ; 2023. Вип. 10. С. 219-220.

135. Опря ЄВ, Станіславчук ВВ, Белогрудова КК, Морванюк ГВ, Фучеджі ВД. Вплив внутрішньої картини хвороби на якість життя у хворих на рак ендометрію, коморбідний з ожирінням та депресією. Вісник морської медицини. 2025;(1):167-171. DOI: <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.15127214>

136. Опря ЄВ, Станіславчук ВВ, Морванюк ГВ, Фучеджі ВД, Белогрудова КК, Баскіна ВВ. Комплексний підхід до корекції депресивних розладів у хворих на рак ендометрію, коморбідний з ожирінням. Український вісник психоневрології. 2024;32(4):70-77. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-v32-is4-2024-13>

137. Орлова ОВ, Животовська ЛВ. Оцінка ефективності програми комплексної психокорекції осіб, що виконують функцію догляду за пацієнтами з деменцією. Український вісник психоневрології 2023;31(3):99-103. DOI: 10.36927/2079-0325-V31-is3-2023-16

138. Прощенко О. М., Венцківська І. Б. Вплив гістеректомії з приводу лейоміоми на психологічний статус жінки / О. М. Прощенко, І. Б. Венцківська //Репродуктивне здоров'я жінки. – 2023. – №. 1. – С. 36-40. DOI: <https://doi.org/10.30841/2708-8731.1.2023.276247>
139. Сюсюка В.Г. Психоемоційний статус та зміни гормонального профілю вагітних жінок / В. Г. Сюсюка // Акушерство та Гінекологія. – 2016. – №5. – с. 76-81 DOI <https://dx.doi.org/10.18565/aig.2016.5.76-81>
140. Туманова Л. Є., Коломієць О. В. Особливості психоемоційного стану вагітних із різними видами безплідності в анамнезі/ Л. Є. Туманова, О. В. Коломієць //Репродуктивне здоров'я жінки. – 2022. – №. 1. – С. 52-58. DOI: [10.30841/2708-8731.1.2022.258139](https://doi.org/10.30841/2708-8731.1.2022.258139)
141. Фітькало О. Посттравматичний стресовий розлад після перенесеної акубаротравми: клінічний випадок. Психосоматична медицина та загальна практика [Інтернет]. 2024;9(1):1/4 DOI: [10.26766/pmgrp.v9i1.478](https://doi.org/10.26766/pmgrp.v9i1.478)
142. Фітькало ОС. Наслідки впливу ПТСР з розладами психіки та поведінки на психічне здоров'я військовослужбовців. Одеський медичний журнал. 2024(4):29-33. DOI <https://doi.org/10.32782/2226-2008-2024-4-5>
143. Чугунов В. В. Діагностика в психотерапії та психотерапевтичний діагноз : [навч. посіб.] / В. В. Чугунов. — Харків: Наука, 2009.— 304 с.
144. Чугунов В. В. Психопатологічна синдромологія: психотерапевтичні підходи : навч. посіб. / В. В. Чугунов. - 6-е вид., доповн. і розширене. — Львів : Видавець Марченко Т. В., 2020. — 360 с.
145. Чугунов В. В. Психотерапевтичний діагноз : навч. посіб. / В. В. Чугунов. - Львів : Видавець Марченко Т. В., 2020. - 324 с.
146. Нечитайло О, Мухаровська І. Психологічні ресурси онкологічних пацієнтів на паліативному етапі лікування. РМГР 30, Червень 2024 [цит. за 04, Березень 2026];9(2). <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/509>

147. Беспалова В. Особливості психоемоційних розладів у онкологічних пацієнтів в процесі лікування. Психосоматична медицина та загальна практика . Том 9 № 2 (2024) DOI: 10.26766/pmgrp.v9i2.511

ДОДАТОК А

АКТИ ВПРОВАДЖЕННЯ

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
 Генеральний директор
 КНП ЛОР «Львівський
 онкологічний регіональний
 лікувально-діагностичний центр»
 Дука Олег Романович



2025 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

Пропозиція для впровадження: «Застосування NCCN дистрес термометра у хворих зі злоякісними пухлинами репродуктивної системи для виявлення психоемоційних розладів після завершення лікування, шляхи подолання кризи ідентичності у пацієнтів із злоякісними пухлинами репродуктивної системи після органектомічних операцій».

Установа розробник: Державне некомерційне підприємство «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького», кафедра психіатрії, мед. психології та сексології, вул. Пекарська 69, м. Львів 79010

Автор: Беляк В.О.

Джерела інформації: інформаційний лист «Застосування NCCN дистрес термометра у хворих зі злоякісними пухлинами репродуктивної системи для виявлення психоемоційних розладів після завершення лікування з приводу раку», Свідоцтво на авторський твір № 125772 від 18.04.2024 р. «Застосування NCCN дистрес термометра у хворих зі злоякісними пухлинами репродуктивної системи для виявлення психоемоційних розладів після завершення лікування з приводу раку», матеріали дисертаційної роботи Беляка В.О.

Базова установа, яка проводить впровадження: КНП ЛОР «Львівський онкологічний регіональний лікувально-діагностичний центр», вулиця Ярослава Гашека, 2а, Львів, Львівська область, 79058

Термін впровадження: 2024-2025 рр.

Загальна кількість спостережень - 25

Ефективність впровадження: дистресу був нижче граничного лише в 9 хворих. Решта 16 пацієнток (70 %) потребували поглибленого психологічного та навіть психіатричного дообстеження. 8 хворих визначили свій рівень дистресу >7. Найчастішими проявами виявилися хвилювання та тривога (87,5 %), втомлюваність (81,3 %), порушення сну (50 %), засмученість, депресія (37,5 %), страх (37,5 %), гнів (31,5 %). 25 % пацієнток визнавали певні

напруження і нездорові зміни в стосунках з партнером/чоловіком. Така ж кількість (25 %) констатувала проблеми в усвідомленні сенсу життя. Виявлені шляхом анкетування -скрінінгу з використанням NCCN дістрес термометру 16 пацієнток з психоемоційними розладами були скеровані до психолога , а за потреби після до обстеження – до психіатра.

Зауважень і пропозицій: немає

Відповідальний за впровадження
Лікар гінеколог-онколог



Якубець Ольга Ігорівна

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
 Генеральний директор
 КНП "Хмельницької обласний
 протипухлинний центр" ХОР
 В'ячеслав Анатолійович Мороз
 2025 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

Пропозиція для впровадження: «Застосування NCCN дистрес термометра у хворих зі злоякісними пухлинами репродуктивної системи для виявлення психоемоційних розладів після завершення лікування, шляхи подолання кризи ідентичності у пацієнтів із злоякісними пухлинами репродуктивної системи після органектомічних операцій».

Установа розробник: Державне некомерційне підприємство «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького», кафедра психіатрії, мед. психології та сексології, вул. Пекарська 69, м. Львів 79010

Автор: Белик В.О.

Джерела інформації: інформаційний лист «Застосування NCCN дистрес термометра у хворих зі злоякісними пухлинами репродуктивної системи для виявлення психоемоційних розладів після завершення лікування з приводу раку», Свідоцтво на авторський твір № 125772 від 18.04.2024 р. «Застосування NCCN дистрес термометра у хворих зі злоякісними пухлинами репродуктивної системи для виявлення психоемоційних розладів після завершення лікування з приводу раку», матеріали дисертаційної роботи Белика В.О.

Базова установа, яка проводить впровадження: КНП "Хмельницький обласний протипухлинний центр" ХОР, вул. Пілотська 1, м. Хмельницький 29009.

Термін впровадження: 2024-2025 рр.

Загальна кількість спостережень - 25

Ефективність впровадження: дистресу був нижче граничного лише в 9 хворих. Решта 16 пацієнтів (70 %) потребували поглибленого психологічного та навіть психіатричного дообстеження. 8 хворих визначили свій рівень дистресу >7. Найчастішими проявами виявилися хвилювання та тривога (87,5 %), втомлюваність (81,3 %), порушення сну (50 %), засмученість, депресія (37,5 %), страх (37,5 %), гнів (31,5 %). 25 % пацієнтів визнавали певні напруження і нездорові зміни в стосунках з партнером/чоловіком. Така ж кількість (25 %) констатувала проблеми в усвідомленні сенсу життя. Виявлені

шляхом анкетування -скринінгу з використанням NCCN дістрес термометру 16 пацієток з психоемоційними розладами були скеровані до психолога , а за потреби після до обстеження – до психіатра.

Зауважень і пропозицій: немає

Відповідальний за впровадження
Лікар гінеколог-онколог


П'ятицька Тетяна Володимирівна

ДОДАТОК Б
СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА

1. Beliak V, Bilobryvka R, Slipetsky R, Yakubets O, Volodko N. NCCN distress thermometer as a screening tool for detecting psychoemotional disorders in patients with malignant tumors of the female reproductive system . Proc Shevchenko Sci Soc Med Sci. 2024 Jun.;73(1). DOI: <https://doi.org/10.25040/ntsh2024.01.14>

2. Нововведення: Застосування NCCN дистрес термометра у хворих зі злоякісними пухлинами репродуктивної системи для виявлення психоемоційних розладів після завершення лікування з приводу раку. Реєстр № 165/10/24 в «Переліку наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я». Київ; 2023. Вип. 10. С. 219-220.

3. Belyak V. , Bilobryvka R. “Application of the NCCN distress thermometer in patients with gynecological cancer for distress assessment and psycho-emotional concerns detection after succesful completion of cancer treatment.” Abstract WCP 2023 (28 Sept-1 Oct 2023 Vienna)

4. Беляк В. О. NCCN дистрес термометр як інструмент скринінгу для виявлення психоемоційних розладів у хворих зі злоякісними пухлинами жіночої репродуктивної системи // В. О. Беляк. Психічне, сексуальне та репродуктивне здоров'я в умовах війни”зб. тез міжнар. наук.-практ. конф., м. Львів.17-18 червня 2024 р.

5. Беляк В. О., Білобривка Р. І. Втрата органа як тригер кризи ідентичності у жінок зі злоякісними пухлинами репродуктивної системи (огляд літератури) // В. О Беляк, Р. І. Білобривка. Український вісник психоневрології. 2024. Т.33, №4 (125). С. 123-128. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V33-is4-2025-16>

6. Бемяк В. О. Онкопсихотерапевтичний підхід та принципи таргетування психоемоційних розладів та кризи ідентичності при онкогінекологічних захворюваннях// В. О. Бемяк. Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина. 2025. №1-2 (20-21). С. 57-69. DOI: 10.37321/ujmh.2025.1-2-07

7. Грицай І. Р., Володько Н. А., Бемяк В. О. Фактори впливу на перебіг рецидивного раку яєчників. Презентація клінічного випадку// І. Р. Грицай, Н. А. Володько, В. О. Бемяк. Український радіологічний та онкологічний журнал. 2025. Т. 33. № 4. С. 381–391 DOI: <https://doi.org/10.46879/ukroj.4.2025.381-391>

8. Belyak, V., Bilobryvka, R., & Yakubets, O. (2025). Features of the formation of psycho-emotional disorders and identity crisis in patients with tumors of the reproductive system after hysterectomy. REPRODUCTIVE ENDOCRINOLOGY, (78), 75–85. <https://doi.org/10.18370/2309-4117.2025.78.75-85>