

УДК 159.923:17.022.1:616-006

DOI <https://doi.org/10.32782/psych.studies/2024.4.12>

СТАВЛЕННЯ ДО ХВОРОБИ ТА ЙОГО ЗВ'ЯЗОК ІЗ ЦІННІСНИМИ ОРІЄНТАЦІЯМИ ОНКОЛОГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ

Сергет Ірина Вікторівна,

аспірантка кафедри психології

Херсонського державного університету;

психолог Комунального некомерційного підприємства

«Херсонський обласний онкологічний диспансер» Херсонської обласної ради

<https://orcid.org/0000-0002-7202-9940>

Вивчення внутрішньої картини хвороби є важливим компонентом медико-психологічного супроводу пацієнтів онкологічного відділення. Хоча у світовій та вітчизняній психології накопичено досить знань про психічні стани та особистісні властивості, що впливають на перебіг онкологічних захворювань, трансформація життєвих цінностей хворих залишається малодослідженим питанням. Проведене опитування 105 пацієнтів, які мали встановлені діагнози онкологічних захворювань різного типу та рівня локалізації з різною тривалістю. Використано методику для психологічної діагностики типів реагування на хворобу «ТОБОЛ» та методику вивчення ціннісних орієнтацій особистості М. Рокича. Отримані результати показали, що загалом до умовно-адаптивних типів реагування належать 56,2% пацієнтів, при цьому власне гармонійний тип властивий лише 13,3%. Найбільш поширеним є ергопатичне ставлення, що передбачає збереження хворими активної продуктивної діяльності і професійного статусу (це може мати компенсаторний та захисний характер). Воно виявлене у 26,0% жінок та 21,9% чоловіків. Серед типів реагування, що включають ознаки дезадаптації, найбільш поширеними виявилися чутливе реагування на хворобу та тривожна залученість. За допомогою кореляційного аналізу були виявлені набори ціннісних орієнтацій, що асоціюються з різними типами реагування на хворобу. Так, вираженість гармонійного типу виявилась пов'язана із переважанням термінальних цінностей «активна життєва діяльність» та «пізнання». Ергопатичний тип реагування супроводжується такими самими орієнтаціями, при цьому цінність «цікава робота» зсувається на другорядні позиції, що підтверджує її компенсаторну роль. У разі анозогнозичного типу реагування цінність «здоров'я» відсувається на задній план, натомість пріоритет отримують життєва активність та саморозвиток. Чутливе і тривожне реагування мають схожі кореляції з цінностями: пріоритетна увага до здоров'я і стурбованість стосунками з оточуючими. Отримані результати суттєво розширюють уявлення про ціннісні аспекти внутрішньої картини хвороби онкологічних пацієнтів.

Ключові слова: сприйняття хвороби, ставлення до хвороби, ставлення до лікування, цінності, ціннісні орієнтації особистості, онкологія, внутрішня картина хвороби.

Serhet Iryna. Illness attitude and its relationship with the value orientations of oncology patients

The study of the internal picture of illness is a crucial component of medical and psychological support for oncology ward patients. While global and Ukrainian psychology have amassed substantial knowledge on psychological states and personality traits that influence the course of oncological diseases, the transformation of patients' life values remains an underexplored issue. A survey was conducted among 105 patients diagnosed with various types and levels of localization of oncological diseases of differing durations. The study utilized the "TOBOL" method for psychological diagnostics of illness response types and M. Rokeach's method for assessing personal value orientations. The findings revealed that 56.2% of patients demonstrated conditionally adaptive types of responses, with only 13.3% exhibiting a genuinely harmonious response type. The most prevalent response was ergopathic, characterized by the maintenance of active productive activities and professional status, which may serve as compensatory or defensive mechanisms. This response was observed in 26.0% of women and 21.9% of men. Among maladaptive response types, the most common were sensitive responses to illness and anxious involvement. Correlation analysis identified sets of value orientations associated with different illness response types. Specifically, the harmonious type was linked to the dominance of terminal values such

as "active life" and "knowledge". The ergopathic response was accompanied by similar orientations; however, the value of "interesting work" shifted to a secondary position, supporting its compensatory role. In the anosognosic response type, the value of "health" was deprioritized, while "life activity" and "self-development" gained prominence. Sensitive and anxious responses showed similar correlations with values, emphasizing a focus on health and concern about relationships with others. These findings significantly expand the understanding of the value aspects of the internal picture of illness in oncology patients.

Key words: illness perception, illness attitude, treatment attitude, values, personal value orientations, oncology, internal picture of illness.

Постановка проблеми. Необхідність вивчення ставлення до хвороби зумовлена тим, що пацієнт є головним суб'єктом лікувально-реабілітаційного процесу. Його особистісні особливості, позиція стосовно захворювання й лікування, відносини з лікарями та медичним персоналом виступають важливими чинниками успішності лікування (стаціонарного, амбулаторного, санаторно-курортного) та реабілітації. Вчасне виявлення та корекція неадекватних реакцій на хворобу, створення реалістичних, адаптивних установок щодо лікування сприяє не тільки поліпшенню загального психофізіологічного стану пацієнтів, але й профілактиці рецидивів захворювання. Медико-психологічний аналіз ставлення до хвороби в особистісній структурі хворого дозволяє узагальнено відобразити зміст таких понять, як «внутрішня картина хвороби», «реагування на хворобу», «переживання хвороби», «усвідомлення хвороби» тощо. Це також основа для психологічних втручань і використання психотерапії в комплексі лікувально-реабілітаційних заходів.

Сучасні дослідження переконують, що життя у ситуації хронічного соматичного захворювання залежить не стільки від його об'єктивної важкості, скільки від того, як людина уявляє свою хворобу і як до неї ставиться. Г. Левенталь та колеги підкреслили, що сприйняття хвороби та її особистий сенс визначають вибір стратегій подолання і поведінкові реакції пацієнтів [1]. Відношення до хвороби, її прийняття та осмислення значною мірою визначають ресурси адаптації, суб'єктивне благополуччя та якість життя хворого [2; 3]. Психологічні особливості хворих із онкологічними діагнозами вивчали багато українських та західних учених. С. Тейлор пояснила, як люди адаптуються до діагнозу онкологічного захворювання через процеси когнітивної адаптації, такі як

пошук сенсу в досвіді, спроби відновити контроль над життям та підвищення самооцінки [4]. При цьому багато пацієнтів, які успішно пережили рак, повідомляли про переоцінку власних цінностей і цілей у процесі подолання захворювання [5]. Проте достовірної інформації щодо системи ставлень пацієнта та його ціннісної спрямованості досі не досить.

Мета дослідження – з'ясувати, як типи реагування на онкологічне захворювання пов'язані із трансформацією життєвих цінностей людини.

Результати дослідження. У дослідженні взяли участь 105 пацієнтів, які проходили стаціонарне та амбулаторне лікування у Херсонському обласному онкологічному диспансері. Всі вони мали встановлені діагнози онкологічних захворювань різного типу та рівня локалізації, з різною тривалістю та на різних етапах хвороби. Засобом лікування усіх досліджуваних була променева терапія або хіміотерапія. Серед учасників дослідження було 32 чоловіки та 73 жінки.

Використаний опитувальник для психологічної діагностики типів реагування на хворобу «ТОБОЛ». Методика була розроблена в 1987 р. групою вчених лабораторії клінічної психології НДПНІ імені В. М. Бехтерева під керівництвом Л. І. Вассермана (у 2005 р. переглянута). Опитувальник довгі роки використовується вітчизняними психологами у практичній роботі та клінічних наукових дослідженнях [2; 6; 7]; українською мовою текст та інструкції були перекладені Л. М. Співак та А. М. Османовою [8].

Теоретичною основою методики є теорія відношень В.М. Мясіщева та розроблена на її основі клініко-психологічна типологія реакцій особистості на хворобу, сформульована А. Є. Лічком та М. Я. Івановим (1980). Методика дозволяє діагностувати 12 типів відношення:

1. *Гармонійний (Г)*: реалістична оцінка свого стану без схильності перебільшувати його важкість та бачення всього «в темних тонах», але і без недооцінки важкості хвороби. Прагнення активно сприяти успіху лікування. Небажання обтяжувати інших піклуванням про себе. У разі несприятливого прогнозу відбувається переключення інтересів на інші сфери життя, які залишаються досяжні хворому.

2. *Ергопатичний (Р)*: відхід від хвороби у роботу. Навіть у разі тяжкої хвороби і фізичних страждань людина прагне зберегти працездатність та продовжувати активну діяльність. Хворі працюють із більшим залученням, ніж до постановки діагнозу, віддають роботі багато часу, намагаються лікуватися так, щоб це залишало можливості для продовження справи.

3. *Анозогнозичний (З)*: відкидання думок про хворобу та її можливі негативні наслідки. Людина заперечує реальні прояви хвороби, приписуючи їх випадковим обставинам. Часто відмовляється від обстеження та лікування, переконуючи себе, що «усе обійдеться».

4. *Тривожний (Т)*: постійне занепокоєння стосовно несприятливого протікання хвороби, можливих ускладнень, неефективності або небезпечності лікування. Пошук додаткової інформації про хворобу, нових способів та методик лікування, авторитетних лікарів тощо.

5. *Іпохондричний (І)* – зосередженість на суб'єктивних хворобливих й інших неприємних відчуттях, перебільшення їхнього значення, вишукування неіснуючих страждань та прагнення розповідати про них навколишнім. Бажання лікуватися поєднується із невірою в успіх, вимоги детального обстеження – зі страхом побічної дії ліків, болючості процедур.

6. *Неврастенічний (Н)* – поводження за типом «дратівливої слабкості». Часто спостерігається нетерплячість і спалахи роздратування, особливо при болях, несприятливих даних обстеження тощо. Нетерпимість, сльози, нездатність чекати полегшення чергуються із розкаянням за нестриманість.

7. *Меланхолійний (М)*: невіра в успіх та ефект лікування, в можливість одужання чи покращення навіть за сприятливих об'єктивних даних. Пацієнти пригнічені

хворобою, налаштовані песимістично, мають депресивні прояви аж до суїцидальних думок.

8. *Апатичний (А)*: характеризується повною байдужістю до своєї долі і результатів лікування, а також втратою інтересу до того, що раніше хвилювало. Пацієнти пасивно підпорядковуються медичним процедурам у разі наполегливого стимулювання ззовні.

9. *Сенситивний (С)*: надмірне піклування про неприємні враження, які може спричинити хвороба на навколишніх; страх стати тягарем для близьких.

10. *Егоцентричний (Е)*: «занурення у хворобу», демонстрація близьким та іншим людям своїх страждань, переживань для заволодіння їхньою увагою, вимагання особливого відношення до себе.

11. *Паранояльний (П)*: впевненість, що хвороба є результатом якогось злого наміру, а ускладнення є результатом недбалості лікарів та медичного персоналу. Крайня підозрілість до ліків та процедур.

12. *Дисфоричний (Д)*: домінує похмурозлий настрій, заздрість і ненависть до здорових людей [9].

Вказані типи ставлення до хвороби можуть бути об'єднані у три блоки за критеріями адаптивності та спрямованості дезадаптації:

1) умовно адаптивні типи реагування на хворобу, до яких належать гармонійний, ергопатичний та анозогнозичний (Г, Р, З);

2) типи реагування із проявами психічної дезадаптації, що пов'язані із *інтрапсихічною спрямованістю* реагування на хворобу: тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолійний і апатичний (Т, І, Н, М, А);

3) типи реагування із проявами психічної дезадаптації, що пов'язані із *інтерпсихічною спрямованістю* реагування на хворобу: сенситивний, егоцентричний, паранояльний та дисфоричний (С, Е, П, Д).

Опитувальник складається з 12 тематичних блоків, які містять інформацію про ставлення людини до низки життєвих проблем і ситуацій, безпосередньо чи опосередковано пов'язаних із захворюванням: самопочуття, настрої, сон, апетит, ставлення до хвороби, до її лікування, ставлення до лікарів та медперсоналу, ставлення до рід-

них та близьких, ставлення до майбутнього тощо. Вони містять від 10 до 15 тверджень, притаманних різним типам реагування на хворобу, що були складені на основі клінічного досвіду групи експертів. Пацієнту пропонується у кожному тематичному блоці відібрати два твердження, які найбільше йому підходять (також є можливість вказати, що жодне твердження не відповідає його ставленню до хвороби). Час заповнення реєстраційного листа необмежений.

Обробка даних є досить складною і багатоетапною. Вибрані пацієнтами твердження оцінюються за допомогою таблиць із діагностичними кодами, при цьому кожне твердження зазвичай має вагу в кількох типах реагування на хворобу (використовуються коефіцієнти від 2 до 5 балів). Набрані бали підсумовуються, на їх основі визначається профіль індивідуального ставлення та його якісна інтерпретація. Сума коефіцієнтів, що відповідає певному типу реагування, може розглядатися як окрема діагностична шкала. Індивідуальний профіль із 12 психодіагностичних шкал характеризує сукупність різних аспектів ставлення пацієнта до захворювання.

Таким чином, методика не містить кількісних діагностичних норм або точок відсікання, натомість розглядаються індивідуальні профілі оцінок, визначаються провідні типи реагування та їх якісна інтерпретація.

Аналіз результатів дослідження.

За результатами діагностики ставлення до хвороби пацієнтів можна розділити на декілька груп, які відображені у таблиці 1.

Як видно з таблиці 1, серед пацієнтів онкологічного відділення досить поширені випадки адаптивного ставлення до хвороби.

Передусім це *стенічний ергопатичний тип реагування (24,8%)*, для якого характерне посилення залученості та відповідальності щодо роботи, прагнення зберегти професійний статус і продовжувати активну трудову діяльність, незважаючи на захворювання. З одного боку, це може бути зумовлене необхідністю мати матеріальні кошти для забезпечення лікування, з іншого – допомагати людині уникати неприємних думок та переживань, пов'язаних із діагнозом.

Гармонійний тип реагування (реалістичний і зважений) властивий значно меншій кількості опитаних – лише 13,3% вибірки. Такі пацієнти оцінюють власний стан без схильності перебільшувати його тяжкість, але й без недооцінки небезпеки захворювання. Вони поведуться так, щоб активно сприяти успіху лікування, при цьому не обтяжувати близьких необхідністю догляду за собою. У разі несприятливого прогнозу хвороби вони часто переключають інтереси на сфери життя, які залишаються доступними, зосереджують увагу на справах, втіленні мрій або турботі про близьких.

Ергопатичний і гармонічний типи реагування на онкологічне захворювання дещо більше властиві жінкам, ніж чоловікам (див. табл. 1).

Анозогностичний тип реагування виявлено у 7,6% хворих, ще у 2,9% він поєднується із ергопатичним типом. Ці пацієнти активно відкидають думки про хворобу та її можливі наслідки аж до заперечення. Виразні симптоми хвороби вони сприймають як «несерйозні» або випадкові. Спостерігається бажання продовжувати жити, як раніше, незважаючи на хворобу. Усе це може спричинити легковажне ставлення до лікування, порушення режиму та лікарських рекомендацій, що згубно позначається на перебігу хвороби.

Загалом до умовно-адаптивних типів реагування (Г, Р, З, Р+З, Г+Р+З) належать 56,2% пацієнтів, серед яких кількісно переважають жінки. Вважається, що за таких типів ставлення до хвороби психічна та соціальна адаптація особистості суттєво не порушується. За гармонійного типу реагування пацієнти, адекватно оцінюючи власний стан, беруть активну участь у лікуванні, дотримуються призначеного режиму. Для них характерне прагнення подолати захворювання і водночас неприйняття ролі хворого або «жертви», збереження ціннісної структури та активного соціального функціонування. Крім гармонійного типу реагування, до цього блоку включені ергопатичний та анозогностичний типи. Для таких пацієнтів характерне деяке зниження критично-реалістичного ставлення до власного стану, що може виявлятися у захисних реакціях: применшенні значущості захворювання

(до повного витіснення) або зануренні в роботу. Проте суттєві прояви психічної дезадаптації у таких пацієнтів відсутні, що дозволяє умовно включити в один блок з гармонійним типом.

Розглянемо поширені типи реагування, що включають ознаки дезадаптації та потребують психологічного втручання.

Серед онкологічних пацієнтів досить поширені прояви *сенситивного реагування* на хворобу (чистий тип діагностовано у 7,6%), для якого характерні надмірна вразливість, коливання настрою, а також стурбованість міжособистісними контактами через несприятливе враження, яке може спричинити на інших людей повідомлення про онкологічний діагноз. Пацієнти очікують, що навколишні будуть вважати їх неповноцінними, жаліти, зневажати або уникали спілкування тощо. Крім того, вони бояться стати тягарем для близьких та відчувати неприязне ставлення до себе.

Сенситивність часто поєднується з іншими типами реагування: виразними ознаками ергопатичності (4,8%), тривожної іпохондрії (3,8%), ергопатичної неврастенії (1,9%) та іншими.

Окрім сенситивності, для онкологічних пацієнтів характерні прояви тривоги, які найчастіше сполучаються з низькими оцінками анозогнозичного типу реагування. Така «тривожна залученість» у хворобу була діагностована у 3,8% пацієнтів. Вони відчують постійне занепокоєння щодо несприятливого перебігу хвороби, можливих ускладнень, неефективності або небезпечності лікування. Через це вони схильні постійно шукати додаткову інформацію про хворобу, нові методи лікування, авторитетних лікарів і т.ін. Тривожність часто спричиняє пригніченість настрою та психічної активності.

У 17,1% пацієнтів виявлено дифузні типи реагування, що поєднують чотири

Таблиця 1

Класифікація онкологічних пацієнтів за типом ставлення до хвороби

	Випадки у вибірці (105 осіб)		Випадки у підвбірці жінок (73 особи)		Випадки у підвбірці чоловіків (32 особи)	
	Кіл-ть	%	Кіл-ть	%	Кіл-ть	%
Чисті типи						
Гармонійний тип (Г)	14	13,33	11	15,07	3	9,38
Ергопатичний (Р)	26	24,76	19	26,03	7	21,88
Анозогнозичний (З)	8	7,62	5	6,85	3	9,38
Сенситивний (С)	8	7,62	7	9,59	1	3,13
Тривожний (Т)	2	1,90	1	1,37	1	3,13
Іпохондричний (І)	1	0,95	1	1,37	0	0,00
Змішані типи						
Адаптивний із врівноваженими оцінками (Г+Р+З)	8	7,62	7	9,59	1	3,13
Сенситивно-ергопатичний (С+Р)	5	4,76	3	4,11	2	6,25
Сенситивно-тривожно-іпохондричний (С+Т+І)	4	3,81	1	1,37	3	9,38
Залучено-тривожний (високі бали Т у разі низьких показників А)	4	3,81	2	2,74	2	6,25
Ергопатично-анозогнозичний (Р+З)	3	2,86	2	2,74	1	3,13
Ергопатично-сенситивно-неврастенічний (Е+С+Н)	2	1,90	1	1,37	1	3,13
Тривожно-сенситивно-паранояльний	1	0,95	1	1,37	0	0,00
Тривожно-сенситивний	1	0,95	0	0,00	1	3,13
Дифузні типи						
З виразним паранояльним компонентом	5	4,76	2	2,74	3	9,38
З виразним меланхолічним компонентом	4	3,81	3	4,11	1	3,13
З виразним дисфоричним компонентом	2	1,90	1	1,37	1	3,13
Інші дифузні типи	7	6,67	5	6,85	2	6,25

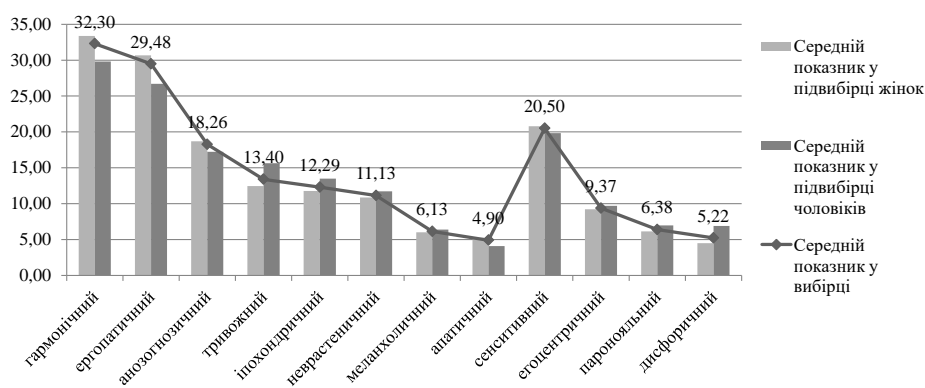


Рис. 1. Середні показники типів реагування у пацієнтів з онкологічними захворюваннями

Таблиця 2

Коефіцієнти рангової кореляції між показниками шкал ставлення до хвороби та позицією термінальних цінностей

	Гармонічний	Еропатичний	Анозогнозичний	Тривожний	Неврастенічний	Меланхолічний	Апатичний	Сенситивний	Егоцентричний	Дисфоричний
Активна життєва діяльність	-,203*	-,242*	-,206*	0,163	,198*	0,132	0,010	-0,070	-0,047	-0,019
Здоров'я	0,039	0,080	,345**	-,214*	-0,175	-0,114	-0,196	-,264**	-0,075	-0,186
Цікава робота	0,110	,207*	0,065	-0,15	-0,073	-0,002	0,034	0,017	-0,003	-,220*
Краса природи та місцевця	-0,105	-,230*	-0,050	0,136	0,056	0,142	0,123	0,040	0,185	0,172
Суспільне покликання	-0,056	-0,001	-0,063	-0,053	-0,028	0,092	0,260**	-0,080	-0,008	0,013
Пізнання	-,258**	-,243*	-0,185	,198*	0,109	,280**	0,202*	0,017	0,157	0,035
Продуктивне життя	0,059	0,038	0,005	0,155	-0,015	-0,058	-0,004	0,122	0,000	-,234*
Розвиток	-0,070	-0,067	-,444**	,268**	,319**	0,068	-0,011	0,220*	0,030	0,072
Свобода	0,102	0,106	0,065	0,063	0,069	-,199*	-0,254*	0,127	-0,005	0,033
Щастя інших	0,077	0,015	,271**	-,308**	-,295**	-0,120	-0,130	-,313**	-,203*	-0,010
Творчість	-0,009	-0,013	0,04	0,016	0,121	-0,110	-0,141	-0,077	-0,028	,216*

Примітка: * – кореляція значуща при $p \leq 0,05$, ** – кореляція значуща при $p \leq 0,01$; цінності, стосовно яких не було виявлено значущих кореляцій, вилучені із таблиці.

і більше різноманітних ознак. Серед них можна виділити сполучення з виразним паранояльним компонентом (4,9% пацієнтів) та виразним меланхолічним компонентом (3,8%).

Аналіз узагальненого групового профілю реагування на хворобу на рис. 1 демонструє, що сенситивність є провідним типом реагування, який може призводити

до порушень психосоціальної адаптації пацієнтів.

Таке ставлення свідчить про інтерпсихічну спрямованість особистісного реагування на хворобу, що зумовлює порушення соціальної адаптації пацієнтів. Таке сенсibiлізоване ставлення до хвороби, ймовірно, залежить від преморбідних особливостей особистості. Воно часто про-

являється дезадаптивною поведінкою: пацієнти соромляться свого захворювання та відчувають дискомфорт у спілкуванні з навколишніми.

Становить науковий інтерес аналіз взаємозв'язків між ставленням до хвороби та ціннісними орієнтаціями пацієнтів. Для цього були виміряні термінальні цінності особистості за допомогою методики вивчення ціннісних орієнтацій Рокича. Результати описані в попередніх публікаціях автора [10].

За допомогою кореляційного аналізу були виявлені набори ціннісних орієнтацій, що асоціюються з певними типами реагування на хворобу. Оскільки ціннісні орієнтації виміряні у порядковій шкалі, було розраховано непараметричні коефіцієнти рангової кореляції Спірмена (табл. 2). Під час аналізу отриманих даних нас передусім цікавили поширені типи ставлення до хвороби, виявлені у вибірці: гармонійний, ергопатичний, анозогнозичний та сенситивний. У разі інтерпретації коефіцієнтів кореляції слід пам'ятати, що низьке кількісне значення рангу свідчить про пріоритетність цінності в особистій ієрархії.

Вираженість гармонійного типу реагування на хворобу виявилась пов'язана із переважанням термінальних цінностей «активна життєва діяльність» (повнота, емоційна насиченість життя) та «пізнання» (можливість вдосконалення власної освіти, світогляду, загальної культури). Ергопатичний тип реагування супроводжується

тими самими ціннісними орієнтаціями, при цьому цінність «цікава робота» зсувається на другорядні позиції (збільшення рангу). Це підтверджує попереднє припущення про те, що у ситуації хвороби зануреність у роботу відіграє скоріше захисну роль та виступає способом задоволення інших важливих життєвих потреб людини.

За анозогнозичного типу реагування цінність «здоров'я» відсувається на задній план, при цьому пріоритет отримують життєва активність та розвиток (робота над собою, фізичне й духовне вдосконалення). Це поєднує прояви такого типу з ергопатичним ставленням на хвороби.

Сенситивне і тривожне реагування на хворобу мають схожі кореляції з ціннісними орієнтаціями пацієнтів: пріоритетна позиція цінності «здоров'я», стурбованість добробутом навколишніх (вагомість цінності «щастя і добробут інших») та відсування на другорядні позиції цінності «розвиток».

Висновки. Серед пацієнтів онкологічного відділення поширені різноманітні прояви дезадаптивного ставлення до хвороби, серед яких переважають сенситивні і тривожні реакції. Окремі типи реагування на хворобу достовірно корелюють з провідними життєвими цінностями особистості. Отримані результати підтверджують психологічні знання про типологію реагування особистості на соматичну хворобу, а також розширюють уявлення про ціннісні аспекти такого реагування.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Leventhal H., Meyer D., Nerenz D. The Common Sense Representation of Illness Danger. *Medical Psychology* / Ed. S. Rachman. Pergamon, New York, 1980. Vol. 2. P. 7–30.
2. Дідковська Л.І. Ставлення до хвороби та психологічне благополуччя осіб у ситуації хронічного соматичного захворювання. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. 2020. Вип. 1. С. 182–189. <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2020-1-25>.
3. Stanton A.L., Danoff-Burg S., Huggins M.E. The first year after breast cancer diagnosis: Hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-Oncology*, 2002. Vol. 11(2). P. 93–102. <https://doi.org/10.1002/pon.574>.
4. Taylor S.E. Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*. 1983. Vol. 38(11). P. 1161–1173.
5. Arem H., Duarte D.A., White B., Vinson K., Hinds P., Ball N. et al. Young Adult Cancer Survivors' Perspectives on Cancer's Impact on Different Life Areas Post-Treatment: A Qualitative Study. *Journal of adolescent and young adult oncology*, 2024. Vol. 13(5). P. 748–759. <https://doi.org/10.1089/jayao.2024.0021>.
6. Смайлова С.О., Єпішкіна І.В. Типи ставлення до хвороби у членів однієї сімейної системи. *Актуальні проблеми психології*. Том 10. *Психологія навчання. Генетична психологія*.

Медична психологія. 2013. № 23. С. 604–615. URL: <http://appspsychology.org.ua/index.php/ua/arkhiv-vydannia/tom-10/vipusk-10-23>.

7. Шорніков А.В. Непсихотичні психічні розлади у хворих на асептичний некроз головки стегнової кістки, які потребують ендопротезування : дис. ... доктора філософії : 222 «Медицина». Дніпро, 2023. 184 с. URL: <https://repo.dma.dp.ua>.

8. Співак Л.М., Османова А.М. Методика діагностики типів ставлення до хвороби (ТОБОЛ). *Психодіагностика в клінічній психології* / укл. Л.М. Співак, А.М. Османова. Київ : Університет «Україна», 2023. С. 56–67.

9. Мушевич М.І. Клінічна психодіагностика : методичні рекомендації. Луцьк : РВВ «Вежа» Волин. держ. ун-ту ім. Лесі Українки, 2006. С. 117–119.

10. Сергет І.В. Трансформація життєвих цінностей осіб, хворих на онкологію. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. 2022. Вип. 2. С. 35–40. <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2022-2-5>.

REFERENCES:

1. Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The Common Sense Representation of Illness Danger. In Rachman, S., Ed., *Medical Psychology*, Vol. 2, Pergamon, New York, 7–30 [in English].

2. Didkovska, L.I. (2020). Stavlennia do khvoroby ta psykholohichne blahopoluchchia osib u sytuatsii khronichnoho somatychnoho zakhvoriuvannia [Attitude to illness and psychological well-being of individuals in a situation of chronic somatic disease]. *Scientific Bulletin of Kherson State University. Series Psychological Sciences*, 1, 182–189. <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2020-1-25> [in Ukrainian].

3. Stanton, A.L., Danoff-Burg, S., & Huggins, M.E. (2002). The first year after breast cancer diagnosis: Hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-Oncology*, 11(2), 93–102. <https://doi.org/10.1002/pon.574> [in English].

4. Taylor, S.E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38(11), 1161–1173 [in English].

5. Arem, H., Duarte, D.A., White, B., Vinson, K., Hinds, P., Ball, N., Dennis, K., McCready, D.M., Cafferty, L.A., & Berg, C.J. (2024). Young Adult Cancer Survivors' Perspectives on Cancer's Impact on Different Life Areas Post-Treatment: A Qualitative Study. *Journal of adolescent and young adult oncology*, 13(5), 748–759. <https://doi.org/10.1089/jayao.2024.0021> [in English].

6. Smailova, S.O., & Yepishkina, I.V. (2013). Typy stavlennia do khvoroby u chleniv odniiei simeinoi systemy [Types of attitude to illness in members of one family system]. *Aktualni problemy psykholohii*. Vol. 10. *Psykholohiia navchannia. Henetychna psykholohiia. Medychna psykholohiia*, 23, 604–615 [in Ukrainian].

7. Shornikov, A.V. (2023). Nepsykhotychni psykhychni rozlady u khvorykh na aseptychnyi nekroz holovky stehnovoi kistky, yaki potrebuuiut endoprotezuvannia [Non-psychotic mental disorders in patients with aseptic necrosis of the femoral head requiring endoprosthetics]: dissertation ... PhD: 222 – “Medicine”. Dnipro. 184 p. Retrieved from: <https://repo.dma.dp.ua> [in Ukrainian].

8. Spivak, L.M., & Osmanova, A.M. Metodyka diahnostryky typiv stavlennia do khvoroby (TOBOL) [Methodology for diagnosing types of attitude to illness (TOBOL)]. *Psychodiagnostics in clinical psychology*. Pp. 56–67. / ed. L.M. Spivak, A.M. Osmanova. Kyiv: University “Ukraine” [in Ukrainian].

9. Mushevych, M.I. (2006). *Klinichna psykhodiahnostyka [Clinical psychodiagnostics]: metodychni rekomendatsii*. Lutsk: RVV «Vezha» Volyn. derzh. un-tu im. Lesi Ukrainky. P. 117–119 [in Ukrainian].

10. Serhet, I.V. (2022). Transformatsiia zhyttievyykh tsinnosti osib, khvorykh na onkolohiiu [Transformation of life values of individuals with oncology]. *Scientific Bulletin of Kherson State University. Series “Psychological Sciences”*, 2, 35–40. <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2022-2-5> [in Ukrainian].