

**Мікроекономіка**

Івіца ГУЛАШОВА,  
Надежда ПЕТЕРКОВА ЮСТОВА,  
Йозеф БАБЕЧКА

**СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ  
ЛІКУВАННЯ ОНКОЛОГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ  
У ЗАКЛАДАХ СПА**

**Резюме**

Обговорено соціально-економічні аспекти лікування онкологічних пацієнтів у санаторно-курортних закладах. Метою дослідження є аналіз соціальних змін та потреб онкологічного пацієнта, що виступають тягарем як для пацієнта, так і для його сім'ї. Хвороба є незбалансованим біо-психосоціально-духовним явищем, що впливає на якість життя. Це результат взаємодії патологічних та компенсаційних процесів, що призводять до дегенерації та пошкодження клітин, тканин та систем організму. На боротьбу з хворобою також впливає ставлення пацієнтів до хвороби, їхні знання про неї, і, звичайно, стереотипи та спотворені погляди, які все ще присутні серед громадськості щодо онкологічних захворювань.

Людина живе в певному соціальному середовищі, має власну сім'ю, роботу, проблеми та інтереси. Задоволення соціальних потреб спрямоване

---

© Івіца Гулашова, Надежда Петеркова Юстова, Йозеф Бабечка, 2020.

Гулашова Івіца, PhD, MHA., професор кафедри медсестринської справи, Трнавський університет, Словаччина. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8592-914X>. Емейл: [ivica.gulasova4@gmail.com](mailto:ivica.gulasova4@gmail.com).

Петеркова Юстова Надежда, PhD, санаторій «Trenčianske Teplice», Тренчин, Словаччина. Емейл: [nadka.justhova@pobox.sk](mailto:nadka.justhova@pobox.sk).

Бабечка Йозеф, PhD, Католицький університет у Ружомберку, Інститут Св. Кирила і Мефодія – Партизанське, Словаччина. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1592-0833>. Емейл: [jozef.babecka@hotmail.com](mailto:jozef.babecka@hotmail.com).

на пом'якшення соціальної ізоляції, забезпечення ефективного спілкування з пацієнтом та створення системи соціальної підтримки. Спілкування – це обмін інформацією; це основний принцип міжособистісних стосунків у охороні здоров'я. Ефективне спілкування є однією з основних і важливих психосоціальних потреб, що позитивно впливає на якість стосунків між медсестрою та пацієнтом. Спілкування з онкологічним пацієнтом вимагає від медсестри розуміння психіки людини, доброго і відкритого серця та любові до своєї роботи, а також різноманітних комунікативних навичок, яким не можна навчитися теоретично, а які формуються під час реальних життєвих ситуацій, постійних контактів з пацієнтом.

Онкологічна хвороба та її лікування суттєво впливають на фізичну активність не тільки вдома, а й на роботі. Пацієнти опиняються в новій соціальній ролі; можуть зазнати змін у своїй роботі, батьківській та / або партнерській ролі. Тимчасова непрацездатність має більшу тривалість і може закінчитися поверненням на попереднє робоче місце, переходом на менш виснажливу роботу або роботу з меншим робочим часом, частковою або повною втратою працездатності, а також, можливо, смертю пацієнта. Повернення до роботи часто означає для пацієнта кінець самотності і підвищення самосвідомості. Очікується, що санаторно-курортне лікування забезпечить відновлення органів або систем організму, уражених онкологічним захворюванням, після припинення лікування проти карциноми, відновить незадовільне функціонування органів чи систем організму, викликаних вторинним захворюванням або лікуванням від них.

### **Ключові слова**

Онкологічні захворювання; потреби; цілісність; соціально-економічний аспект; онкологічне лікування; санаторно-курортне медичне обслуговування.

Класифікація за JEL: I12, I18.

### **Огляд літератури та постановка проблеми**

Спа-індустрія відіграє важливу роль у медичному туризмі та оздоровчій діяльності. Завдяки унікальним природно-географічним умовам традиції курортної індустрії в Словаччині сягають часів Римської імперії (Kasaganda &

Gurnak, 2017). Словаччина багата джерелами термальних та мінеральних вод, а природні курорти популярні як серед жителів Словаччини, так і серед іноземних туристів. Крім того, природні лікувальні фактори позитивно впливають на стан здоров'я, і кліматотерапія, таласотерапія та бальнеотерапія зараз надзвичайно популярні (Košíkova & Litavcová, 2019). Як зазначають Касаганда та Гурнак (Kasaganda & Gurnak, 2017, с. 28), санаторно-курортні заклади створювались насамперед для медичних цілей. Однак зараз санаторно-курортний туризм піддається впливу глобалізації і залежить від потреб потенційних клієнтів (Štefko et al, 2020). Таким чином, з одного боку, спа-індустрія розвиватиметься у напрямку сучасних тенденцій і стане більш комерційною, ніж раніше. Наприклад, після перетворення економіки на модель вільного ринку у 90-х роках у Чехословаччині, а потім Словаччині простежувалась дедалі сильніша конкуренція в секторі туризму та оздоровлення. Санаторно-курортні установи стикалися з економічними та фінансовими проблемами, і їх доводилося реструктуризувати як акціонерні товариства, товариства з обмеженою відповідальністю або державні компанії. Зараз існують дуже ефективні спа-компанії та спа-компанії зі значними втратами. Такі санаторно-курортні компанії з фінансовими збитками повинні розробляти нові стратегії, орієнтовані на перспективні сегменти ринків санаторно-курортної індустрії, а також покращувати ефективність своєї діяльності та фінансовий менеджмент (Štefko et al, 2020). Однак ці фактори можуть бути рушіями подальшої комерціалізації спа-індустрії у Словаччині та приходу потужних іноземних інвесторів або бізнес-груп. Через відсутність державного контролю над санаторно-курортною індустрією у Словаччині та «вульгарною комерціалізацією» цієї галузі в країні, додаткове лікування та реабілітація у санаторно-курортних закладах може бути дуже дорогим для людей з низьким рівнем доходу. Таким чином, ця дуже важлива частина періоду реконвалесценції може бути недоступною для деяких груп пацієнтів. Можливим підходом до вирішення цієї проблеми може бути розширення медичних послуг, які пропонує система медичного страхування в Словаччині (Derco, 2020). Крім того, перебування та реабілітація у спеціалізованих санаторно-курортних закладах повинні бути безкоштовними для онкологічних пацієнтів, які потребують таких послуг і не можуть оплачувати їх як постійні клієнти.

Гулашова (Gulášová, 2008) стверджує, що онкологічне захворювання має величезний і несподіваний негативний вплив на життя не тільки самого пацієнта, а й його сім'ї. Боротьба з хворобою впливає на все соціальне середовище пацієнта. Разом з пацієнтами сім'я та родичі надіється на ефективність лікування, а також переживають розчарування (Gulášová, 2008). Пацієнти в санаторно-курортних закладах повинні відчувати підтримку своєї родини та друзів, тому медсестра має залучити їх до активної участі в цьому процесі (Gulášová, 2008).

Соціальне страхування та його окремі форми охоплюють групи захворювань, за яких бальнеологія може бути використана для полегшення відновлення здорового стану або як профілактичний засіб. Соціальне страхування

та його окремі форми становлять економічну основу для включення санаторно-курортного лікування в загальне лікування онкологічного пацієнта. Бальнеологічні програми формують соціально визначений простір для хронічно хворих, що також стосується онкологічних хворих. Хронічне захворювання або онкологічне захворювання додатково вимагає соціальних заходів під час його тривалого лікування. Онкологічне захворювання впливає на соціальний статус людини та призводить до додаткових витрат для цього пацієнта, його сім'ї та суспільства.

За певних умов порушення гомеостазу соціальних функцій також призводить до розладу психічних та фізіологічних функцій хворої людини (Zvonár, 2004). Соціальні та економічні аспекти відіграють важливу роль для онкологічних хворих. Звонар (Zvonár, 2004) стверджує, що соціальним аспектам потрібно приділяти особливу увагу в процесі призначення та проведення санаторно-курортного лікування. Під час санаторно-курортного лікування онкологічних захворювань зміст трудотерапії також повинен мати соціально-економічний аспект, допомагати хворому одужувати, покращувати якість його життя тощо. Онкологічні пацієнти з обмеженими фізіологічними функціями через хворобу потребують від медичного працівника соціального підходу під час бальнеотерапії в рамках санаторно-курортного лікування. Він стверджує, що стосунки пацієнта та виконавця спеціалізованих медичних програм повинні відповідати сучасним знанням. Ось чому ми повинні створити стосунки, які усувають будь-які сумніви та створюють у пацієнта позитивне ставлення не лише до медичних працівників, але й до власної хвороби. Він зазначає, що ефективність лікування залежить не тільки від використання сучасних технологій та методології сучасної бальнеології та ерготерапії, а й від позитивного ефекту від дій медичного працівника, а також позитивного ставлення пацієнта до самого терапевтичного процесу (Zvonár, 2004). Тобто пацієнт не лише має дотримуватися порад та рекомендацій лікаря, а й активно ставитися до боротьби із захворюванням, програм терапії та загалом до свого стану здоров'я й самопочуття. **Ці соціальні та економічні аспекти лікування онкологічних хворих у санаторно-курортних закладах часто визначають комплексні результати всього лікувального процесу.**

Протягом періоду онкологічного захворювання часто змінюється соціальне становище людини, а також усі соціальні ролі, потреби, соціальне середовище і часто зайнятість, причому часто простежується повна втрата роботи. Сірака (Siracká, 2012) стверджує, що хвороба переважно дуже негативно впливає на фінансове становище пацієнта та його сім'ї через збільшення витрат, пов'язаних із лікуванням хвороби, обмежене повернення на роботу та різні перешкоди у доступі до фінансових послуг, позик та страхування. Для багатьох людей це становить загрозу їхньому соціальному статусу, соціальному або сімейному престижу. На думку Сірака (Siracká, 2012), багато онкологічних пацієнтів вважають, що повернення до роботи є доказом успішного результату лікування та виживання. Онкологічне захворювання впливає не тільки на особистість пацієнта, а й на всю його сім'ю та оточення. Таким

чином, економічна визначеність, партнерські та сімейні стосунки часто змінюються. Партнери, батьки, сім'я онкологічних хворих часто не виконують повсякденного догляду за своїм родичем, зазнають тиску, не справляються зі своїми емоціями та болем, тому стосунки часто закінчуються розлученням. Сімейне середовище, особливо динаміка сімейних стосунків, демонструють їхню важливість.

У цей критичний проміжок часу пацієнт може відчувати себе самотнім, закриватися в собі та ізолюватися від найближчого оточення. Окрім інших видів терапії (медикаменти та психотерапія), успішно застосовується арт-терапія – лікування через мистецтво (Babeška, 2018). **Спотворюючи соціальні та міжособистісні стосунки, ми приходимо до соціальної ізоляції.** Пацієнт втрачає певні життєві гарантії, стає **соціально залежним** і насамперед **потребує допомоги**. Самооцінка та самосвідомість важливі як для психологічного, так і для фізичного здоров'я людини (Křivohlavý, 2002).

Санаторно-курортне лікування не може складатися лише зі спеціалізованого лікування, воно також має охоплювати належну кваліфіковану психологічну та соціальну допомогу як для пацієнта, так і для його сім'ї. Через тривале та часто ускладнене лікування виникають нові соціальні проблеми, що належать до комплексу медичної допомоги. **Медичний персонал повинен допомагати пацієнтам, їхній сім'ї та родичам контактувати з організаціями та асоціаціями, які здатні надати спеціалізовану та професійну допомогу** (Křivohlavý, 2002). Соціальні аспекти також охоплюють графік заходів з розподілом навантаження, відпочинку, культурних заходів, регулярного харчування, кліматичної терапії та сну. Це необхідна умова для стимулювання регулярності біоритму (Haring & Mašan, 2008). Онкологічні пацієнти, які є більш фізично спроможними, можуть виконувати посилені та більш тривалі прогулянки. У спа-центрі наявні різноманітні природні ландшафти: глибокі ліси, запашні луки, дивовижні гірські та скелясті пейзажі. Пацієнти можуть відвідувати долини з чистими гірськими потоками, прогулюватись по гірських хребтах і підніматися на пагорби з прекрасним виглядом панорами (Šíroš & Ondrejko, 1989).

Основна **мета дослідження** – визначити зміни в соціальних аспектах життя онкологічних хворих, що виникають у результаті санаторно-курортного лікування. Робоча гіпотеза полягає в тому, що онкологічне захворювання є великою перешкодою у задоволенні деяких соціальних потреб (аспектів) життя пацієнтів. Використані **методи дослідження** охоплюють анонімне анкетування із закритими та напіввідкритими питаннями, спрямованими на психологічний аспект життя пацієнтів. Анкету оцінювали за допомогою базових статистичних методів, зокрема використовували аналіз першого класу. Оцінювання анкет – тестування за допомогою  $\chi^2$ -тесту (хі-

квадрат тесту) на відповідність та параметричного тесту –  $t$ -критерій Стьюдента.

## Впровадження досліджень

Дослідження було здійснено після отримання згоди на його проведення від Етичного комітету. Ми попросили курортні заклади «Kúpele a.s. Trenčianske Teplice», «Kúpele a.s. Lúčky» та «Kúpele a.s. Nimnica» взяти участь у нашому анкетуванні.

## Методологія дослідження

У вступній промові ми детально повідомили респондента про процедуру та мету нашого дослідження. Під час співбесіди ми отримали згоду респондентів на використання даних у дослідницьких цілях, дотримуючись усіх критеріїв анонімності. Згодом наші респонденти відповіли на запитання нашої анкети. Після цього відбулася коротка неформальна дискусія, присвячена відгукам респондентів, їх можливим питанням щодо дослідження або щодо проблем онкологічних захворювань. Спочатку декілька анкет спочатку було надано невеликій вибірці респондентів, яких це захворювання не торкнулося, а отже, їхня думка була неупередженою. Це було зроблено для того, щоб перевірити зрозумілість та чіткість запитань (так звана пілотна анкета) з метою виявлення слабких місць, які можуть негативно вплинути на отримані дані. Згодом, після внесення необхідних коригувань, ми провели анкетування для 300 респондентів на різних стадіях та з різними формами онкологічних захворювань. Участь брали як чоловіки, так і жінки різних вікових груп.

*Характеристика досліджуваної вибірки респондентів.* Вибірка була сформована на основі пацієнтів з онкологічними захворюваннями, які перебували в стадії ремісії (всього 300 пацієнтів). Дослідження проводили лише з тими пацієнтами, які проходили санаторно-курортне лікування. Воно тривало протягом 4 місяців – з січня по грудень 2018 р.

## Аналіз та інтерпретація результатів дослідження

Таблиця 1

### Респонденти за статтю

	Чоловіки	Жінки
Стать респондентів	134	166
Частка у відсотках	44,67%	55,33%

Щоб визначити, чи є зразок репрезентативним, був використаний **тест Харке-Бера**. Тест на нормальність було зроблено за допомогою пакета прикладних програм «MATLAB».

$>> x = [134 \ 166]$   $x = 134 \ 166$   $>> H = JBTEST(x)$   $H = 0H$ . Гіпотеза про те, що стать має нормальний розподіл ймовірності, була підтверджена з імовірністю 95%. Таким чином, цю вибірку можна вважати репрезентативною з точки зору статі. Ми також використовували тест *t*-Стьюдента, для якого потрібен відбір «здорової вибірки» респондентів для порівняння. Цей тест було проведено в програмі Excel. «Здорову вибірку» становили 35 респондентів. Спочатку був застосований F-тест щодо рівності дисперсії, а потім *t*-тест із двома варіантами вибору. За допомогою **F-тесту** ми виявили незначну різницю в дисперсії. На основі **t-тесту** було виявлено значну різницю між статтями серед онкологічних пацієнтів. **Тест Хі-квадрат** було застосовано для порівняння груп між собою за допомогою програми R-статистики. Було визначено, що в обох групах онкологічних пацієнтів чоловічої та жіночої статі є лише незначна різниця.

На наступному етапі респондентів розділили за віком на три групи (табл. 2).

Таблиця 2

## Респонденти за віком

	до 45 років	46–60 років	61 та старші
Вік респондентів	10	168	122
Частка у відсотках	3,33%	56,00%	40,67%

## Тест Харке-Бера = Тест на нормальність

>>  $x=[10\ 168\ 122]$   $x = 10\ 168\ 122$  >>  $H = JBTEST(x)$   $H = 0$ .

Гіпотезу про те, що вік онкологічних хворих має нормальний розподіл ймовірності, було підтверджено з ймовірністю 95%. Таким чином, цю вибірку можна вважати репрезентативною за віком. За допомогою **F-тесту** визначено велику різницю в дисперсії. Використовуючи **t-тест**, виявлено незначну різницю у віці серед онкологічних пацієнтів. За допомогою **тесту Хі-квадрата** було виявлено, що групи онкологічних хворих суттєво відрізняються за віком.

Таблиця 3

## Респонденти відповідно до сімейного стану

	незаміжні	одружені	розлучені	вдова / вдівець	інший
Сімейний стан	2	194	45	59	0
Частка у відсотках	0,67%	64,67%	15,00%	19,67%	0,00%

## Тест Харке-Бера = Тест на нормальність

>>  $x=[2\ 194\ 45\ 59\ 0]$   $x = 2\ 194\ 45\ 59\ 0$  >>  $H = JBTEST(x)$   $H = 0$ .

Гіпотезу про те, що сімейний стан онкологічних хворих має нормальний розподіл ймовірності, було підтверджено з ймовірністю 95%. Таким чином, цю вибірку можна вважати репрезентативною за сімейним станом. За допомогою **F-тесту** ми виявили значну різницю в дисперсії. Використовуючи **t-тест**, визначено незначну різницю у сімейному стані онкологічних хворих. За допомогою **тесту Хі-квадрата** було виявлено, що групи онкологічних хворих суттєво відрізняються за сімейним станом.



Таблиця 4

## Респонденти за постійним місцем проживання

	село	містечко	місто з понад 300 000 жителів
Постійне проживання респондентів тривалий період часу	115	126	59
Частка у відсотках	38,33%	42,00%	19,67%

## Тест Харке-Бера = Тест на нормальність

$$\gg x=[115\ 126\ 59] \quad x = 115\ 126\ 59 \quad \gg H = JBTEST(x) \quad H = 0.$$

Гіпотезу про те, що постійне місце проживання онкологічних хворих має нормальний розподіл ймовірності, було підтверджено з імовірністю 95%. Таким чином, цю вибірку можна вважати репрезентативною за постійним місцем проживання. За допомогою **F-тесту** було виявлено незначну різницю в дисперсії. Використовуючи **t-тест**, визначено невелику різницю в постійному місці проживання серед онкологічних хворих. За допомогою **тесту Хі-квадрата** було виявлено, що групи онкологічних хворих суттєво відрізняються за постійним місцем проживання.

Таблиця 5

## Освіта респондентів

	Немедичний працівник – вища освіта	Немедичний працівник – середня освіта	Медичний працівник – вища освіта	Медичний працівник – середня освіта
Група пацієнтів	86	129	42	43
Частка у відсотках	28,67%	43,00%	14,00%	14,33%

## Тест Харке-Бера = Тест на нормальність

$$\gg x=[86\ 129\ 42\ 43] \quad x = 86\ 129\ 42\ 43 \quad \gg H = JBTEST(x) \quad H = 0.$$

Гіпотезу про те, що рівень здобутої освіти онкологічних хворих має нормальний розподіл ймовірності, було підтверджено з імовірністю 95%. Таким чином, цю вибірку можна вважати репрезентативною за рівнем здобутої

освіти. За допомогою **F-тесту** виявлена незначна різниця в дисперсії. Використання **t-тесту** дало змогу визначити, що є суттєва різниця в рівні освіти онкологічних пацієнтів. За допомогою **тесту Хі-квадрата** було виявлено, що групи онкологічних хворих суттєво відрізняються за освітою.

Таблиця 6

## Респонденти відповідно до статусу зайнятості

	Працевлаштований	Студент	Підприємець	Безробітний	Пенсіонер
Поточний вид діяльності	112	5	47	14	122
Частка у відсотках	37,33%	1,67%	15,67%	4,67%	40,67%

## Тест Харке-Бера = Тест на нормальність

$\gg x = [112 \ 5 \ 47 \ 14 \ 122] \quad x = 112 \ 5 \ 47 \ 14 \ 122 \gg H = JBTEST(x) \quad H = 0.$

Гіпотезу про те, що вид зайнятості онкологічних хворих має нормальний розподіл ймовірності, було підтверджено з імовірністю 95%. Таким чином, цю вибірку можна вважати репрезентативною за видом зайнятості. За допомогою **F-тесту** ми виявили значну різницю в дисперсії. Використовуючи **t-тест**, було визначено невелику різницю в поточному статусі зайнятості онкологічних хворих. За допомогою **тесту Хі-квадрата** було виявлено, що групи онкологічних хворих відрізняються за зайнятістю.

Таблиця 7

## Респонденти відповідно до посади

	Директор або вищий менеджер	Спеціаліст	Продажі або технічна підтримка	Адміністративний персонал	Послуги	Службовець або інша торгівля	Інша
Категорія зайнятості	20	124	31	36	58	31	0
Частка у відсотках	6,67%	41,33%	10,33%	12,00%	19,33%	10,33%	0,00%

За допомогою **F-тесту** ми виявили значну різницю в дисперсії. Використання **t-тесту** дало змогу визначити суттєву різницю у посадах серед онкологічних пацієнтів. За допомогою **тесту Хі-квадрата** було виявлено, що групи онкологічних хворих суттєво відрізняються за видом зайнятості.

Таблиця 8

**Респонденти відповідно до тривалості онкологічного захворювання**

	2–4 роки	5–8 роки	більше 9 років
Тривалість онкологічного захворювання	122	72	106
Частка у відсотках	40,67%	24,00%	35,33%

За допомогою **тесту Хі-квадрата** було виявлено, що групи онкологічних хворих суттєво відрізняються за тривалістю захворювання.

Таблиця 9

**Респонденти відповідно до непрацездатності**

	Так	Ні
Непрацездатний через хворобу	127	173
Частка у відсотках	42,33%	57,67%

За допомогою **тесту Хі-квадрата** було виявлено, що групи онкологічних хворих однакові за тривалістю непрацездатності.

Таблиця 10

**Респонденти відповідно до повернення до трудового життя**

	Так	Ні
Повернення до трудового життя	178	122
Частка у відсотках	59,33%	40,67%

В результаті використання **тесту Хі-квадрата** було визначено, що групи онкологічних хворих суттєво відрізняються за поверненням до трудового життя.

Таблиця 11

**Оцінювання респондентами достатності інформації  
про онкологічне захворювання**

	Так	Ні	Не знаю
Інформації про онкологічне захворювання достатньо	176	31	93
Частка у відсотках	58,67%	10,33%	31,00%

За допомогою **тесту Хі-квадрата** було виявлено, що групи онкологічних хворих суттєво відрізняються за інформованістю про хворобу. У наступному питанні ми уточнили це і хотіли дізнатись, яке джерело інформації про хворобу підходить їм найбільше.

Таблиця 12

**Вибір респондентами найкращого джерела інформації**

	Листівки, брошури, засоби масової інформації	Інформація від інших пацієнтів	Особиста консультація лікаря
Найкраще джерело інформації про онкологічне захворювання	15	26	259
Частка у відсотках	5,00%	8,67%	86,33%

За допомогою **тесту Хі-квадрата** було виявлено, що групи онкологічних хворих суттєво відрізняються за джерелом інформації про захворювання.

## Соціальний компонент

Таблиця 13

### Респонденти відповідно до впливу захворювання на поточну ефективність роботи

	Так	Ні	Не стосується
Чи вважаєте ви, що ваше онкологічне захворювання негативно впливає на ефективність вашої діяльності?	90	88	122
Частка у відсотках	30,00%	29,33%	40,67%

За допомогою **F-тесту** ми виявили незначну різницю в дисперсії. Використовуючи **t-тест**, визначено велику різницю у негативному впливі на продуктивність праці онкологічних хворих. За допомогою **тесту Хі-квадрата** було виявлено, що відповіді онкологічних хворих лише дещо відрізнялись.

Таблиця 14

### Респонденти відповідно до впливу хвороби на способи проведення вільного часу

	Так	Ні	Не знаю
Чи вважаєте ви, що ваше онкологічне захворювання негативно впливає на ваш спосіб проведення вільного часу в санаторно-курортному закладі?	0	280	20
Частка у відсотках	0,00%	93,33%	6,67%

За допомогою **F-тесту** ми виявили значну різницю в дисперсії. Використання **t-тесту** дало змогу визначити невелику різницю у негативному впливі хвороби на способи проведення вільного часу серед онкологічних пацієнтів. За допомогою **тесту Хі-квадрата** було виявлено суттєво різні групи відповідей серед онкологічних хворих.

Таблиця 15

## Респонденти відповідно до фінансового тягаря захворювання

	Так	Ні	Не знаю
Чи вважаєте Ви своє онкологічне захворювання значним фінансовим тягарем?	285	0	15
Частка у відсотках	95,00%	0,00%	5,00%

За допомогою **F-тесту** ми виявили значну різницю в дисперсії. У результаті використання **t-тесту** визначено невелику різницю між онкологічними пацієнтами з точки зору фінансового навантаження. За допомогою **тесту Хі-квадрата** було виявлено суттєво різні групи відповідей серед онкологічних хворих.

Таблиця 16

## Респонденти відповідно до впливу хвороби на втрату друзів, родичів, знайомих

	Так	Ні	Не знаю
Чи вважаєте ви, що ваше онкологічне захворювання спричинило втрату ваших друзів?	80	200	20
Частка у відсотках	26,67%	66,67%	6,67%

За допомогою **F-тесту** визначено суттєву різницю в дисперсії. Використовуючи **t-тест**, серед онкологічних хворих ми виявили незначну різницю в тому, що хвороба спричинила погіршення стосунків з друзями, знайомими та родичами. За допомогою **тесту Хі-квадрата** було виявлено суттєво різні групи відповідей серед онкологічних хворих.

Таблиця 17

**Респонденти відповідно до впливу хвороби на створення нових дружніх та романтичних стосунків**

	Так	Ні	Не знаю
Як ви думаєте, чи є ваше онкологічне захворювання серйозною перешкодою для налагодження нових стосунків у спа-центрі?	0	259	41
Частка у відсотках	0,00%	86,33%	13,67%

За допомогою **F-тесту** ми виявили значну різницю в дисперсії. Використовуючи **t-тест**, між онкологічними хворими ми визначено невелику різницю в тому, що хвороба створює перешкоду для налагодження нових стосунків. За допомогою **тесту Хі-квадрата** було виявлено суттєво різні групи відповідей серед онкологічних хворих.

**Висновки**

Мета роботи медсестри – допомогти пацієнтові якомога швидше і краще адаптуватися до зміненого середовища та самостійно задовольняти свої потреби. Важливою передумовою співпраці між пацієнтом та медсестрою є прийняття їхнього суб'єктивного досвіду під час задоволення їхніх потреб, що вимагає цілісного підходу медсестри до пацієнта. Сім'я також відіграє важливу роль у лікуванні онкологічного пацієнта. Турбота про світогляд пацієнтів позитивно впливає на міжособистісні стосунки. Задоволення соціальних потреб спрямоване на пом'якшення соціальної ізоляції, забезпечення ефективного спілкування з пацієнтом та уможливлення соціальних контактів з особами, що його підтримують.

**Список використаної літератури**

- Babečka, J. (2018). Possibilities of community nursing and social care for people with mental disability. *Proceedings of XXXV scientific conference with international attendance «Education in nursing from the point of view of effective communication with patients and development of multidisciplinary cooperation in taking care of senior citizens with social workers»*. Partizánske, p. 209–216.

- Derco, J., Romaniuk, P., & Cehlár, M. (2020). Economic Impact of the Health Insurance System on Slovak Medical Spas and Mineral Spring Spas. *Sustainability*, 12(8), p. 3384. <https://doi.org/10.3390/su12083384>
- Gulášová, I. (2008). *Physical, psychical, social and religious aspects of oncological diseases*. Osveta.
- Haring, J., & Mašan, J. (2009). *Introduction to balneology and rehabilitation care* (1st ed.). St. Cyril and Methodius University in Trnava.
- Kasagrandá, A., & Gurňák, D. (2017). Spa and wellness tourism in Slovakia (a geographical analysis). *Czech Journal of Tourism*, 6(1), p. 27–53. <https://doi.org/10.1515/cjot-2017-0001>.
- Košíková, M., & Litavcová, E. (2019). Health tourism in Slovak medical spas. *Conference proceedings «The 13th International Days of Statistics and Economics»*, p. 794–803.
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychology of diseases* (1st ed.). Grada.
- Šípoš, J., & Ondrejko, I. (1989). *Trenčianske Teplice* (1st ed.). Obzor.
- Siracká, E. (2012, February 6). New era in the care of an oncological patient [in Slovak]. *Slovenský pacient*. <https://www.slovenskypacient.sk/nova-era-v-starostlivosti-o-onkologickeho-pacienta/>.
- Štefko, R., Jenčová, S. & Vašaničová, P. (2020). The Slovak spa industry and spa companies: Financial and economic situation. *Journal of Tourism and Services*, 20(11), p. 28–43. <https://doi.org/10.29036/jots.v11i20.137>
- Zvonár, J. (2005). *Thermotherapy, hydrotherapy, balneotherapy and climatotherapy* (1<sup>st</sup> ed.). Osveta.

Стаття отримана: 5 червня 2020 р.  
Стаття рецензована: 23 червня 2020 р.  
Стаття прийнята: 21 жовтня 2020 р.