Осадча Т. М. Взаємозв'язок особливостей сімейної комунікації з психологічною адаптацією підлітків до онкологічного захворювання одного з батьків. *Наукові записки Львівського державного університету безпеки життєдіяльності. Педагогіка і психологія*. 2026. № 2 (8). С. 184–192.

УДК 159.922.8:316.77:616-006.6
This article is an Open Access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution 4.0 (CC BY 4.0) License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).
ISSN (print) 3041-1297, ISSN (online) 3041-1300

DOI https://doi.org/10.32782/3041-1297/2026-2-21

Т. М. Осадча
Український державний університет імені Михайла Драгоманова, м. Київ, Україна
ORCID: https://orcid.org/0000-0001-5632-8716 – Т. М. Осадча
osadchatn@gmail.com

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ОСОБЛИВОСТЕЙ СІМЕЙНОЇ КОМУНІКАЦІЇ З ПСИХОЛОГІЧНОЮ АДАПТАЦІЄЮ ПІДЛІТКІВ ДО ОНКОЛОГІЧНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ОДНОГО З БАТЬКІВ

Анотація. У статті розглянуто психологічну адаптацію підлітків до онкологічного захворювання батька або матері у взаємозв'язку з особливостями сімейної комунікації. Актуальність проблеми зумовлена тим, що батьківський онкологічний діагноз змінює емоційний клімат, рольову структуру та повсякденне функціонування сім'ї, тоді як замовчування, суперечливість повідомлень або дефіцит відповідної інформації можуть посилювати невизначеність і психологічне напруження підлітка. Мета роботи – теоретично обґрунтувати та шляхом інтегративного узагальнення оприлюднених емпіричних результатів визначити характер зв'язку між параметрами сімейної комунікації і показниками психологічної адаптації підлітків. Застосовано теоретичний аналіз, цільовий добір пріоритетних джерел, тематичне кодування та порівняльно-аналітичне узагальнення. Встановлено змістову конвергенцію висновків про те, що проблемна комунікація, уникнення обговорення хвороби та суперечливі повідомлення асоціюються з більшою вираженістю дистресу й симптомів посттравматичного стресу, тоді як відкритість, гнучке розв'язання сімейних проблем, емоційна залученість і передбачуваність інформаційного обміну пов'язані з кращим психосоціальним функціонуванням. Наукова новизна теоретичного узагальнення полягає в концептуальній систематизації зв'язків за трьома ланками: комунікативна практика – психологічний механізм – адаптаційний прояв. Запропонована структурно-функціональна модель має гіпотетико-аналітичний характер і потребує емпіричної перевірки на українській вибірці; додатково виокремлено інформаційно достатній, підтримувальний та адаптаційно спрямований рівні сімейної комунікації. Практичне значення результатів полягає у визначенні аналітичних орієнтирів для сімейної консультації, педагогічного спостереження та міждисциплінарного супроводу підлітка.

Ключові слова: сімейна комунікація, психологічна адаптація, підлітки, батьківське онкологічне захворювання, тривожність, психоонкологія, психолого-педагогічний супровід.

T. M. Osadcha
Dragomanov Ukrainian State University, Kyiv, Ukraine

THE RELATIONSHIP BETWEEN FAMILY COMMUNICATION CHARACTERISTICS AND ADOLESCENTS' PSYCHOLOGICAL ADJUSTMENT TO A PARENT'S CANCER

Abstract. The article examines adolescents' psychological adjustment to a mother's or father's cancer in relation to family communication characteristics. The issue is relevant because parental cancer changes the emotional climate, role distribution, and everyday functioning of the family, whereas concealment, contradictory messages, or a lack of developmentally appropriate information may intensify uncertainty and psychological strain in adolescents. The aim was to provide a theoretical rationale and, through an integrative synthesis of published empirical findings, determine the nature of the associations between family communication parameters and indicators of adolescent adjustment. The study used theoretical analysis, purposive selection of priority sources, thematic coding, and comparative analytical synthesis. The evidence base was differentiated into direct findings concerning children and adolescents and contextual

findings derived from studies of family members of cancer patients. The synthesis revealed convergence across studies: problematic communication, avoidance of illness-related discussion, and inconsistent messages were associated with greater distress and post-traumatic stress symptoms, whereas openness, flexible family problem-solving, appropriate affective involvement, and predictable information exchange were associated with better psychosocial functioning. The theoretical novelty lies in the conceptual systematisation of the relationship through three links: communication practice, psychological mechanism, and adjustment manifestation. The proposed structural-functional model is hypothetical and analytical and therefore requires empirical testing in Ukrainian samples. In addition, three levels of family communication were distinguished: informationally sufficient, supportive, and adjustment-oriented. The practical value of the findings consists in providing analytical reference points for family counselling, educational observation, and interdisciplinary support. The limitations include purposive rather than systematic source selection, heterogeneity of research designs and measures, a limited number of Ukrainian adolescent studies, and the absence of primary data collection. These limitations preclude causal interpretation but do not diminish the value of the identified convergent tendencies for further research and practice.

Key words: family communication, psychological adjustment, adolescents, parental cancer, anxiety, psycho-oncology, psychological and educational support.

Постановка проблеми та її зв'язок із науковими і практичними завданнями. Онкологічне захворювання батька або матері є кризовою життєвою ситуацією, що виходить за межі індивідуального медичного досвіду та трансформує функціонування всієї сімейної системи. Зміни охоплюють емоційний клімат, звичний розподіл обов'язків, фінансові й побутові рішення, доступність дорослих для дитини та спосіб обговорення майбутнього. У психоонкології родина розглядається не лише як ресурс підтримки пацієнта, а й як самостійний адресат психологічної допомоги, оскільки переживання близьких впливають на їхню поведінку, взаємодію і здатність підтримувати стабільність повсякденного життя [3].

Підлітковий вік ускладнює пристосування до батьківської хвороби. Прагнення автономії поєднується із потребою в батьківській безпеці, а розуміння тяжкості захворювання вже наближається до дорослого. Підліток здатний аналізувати прогноз, помічати невідповідності у словах дорослих і самостійно шукати інформацію, проте ще не завжди володіє достатніми засобами емоційної регуляції. За цих умов замовчування діагнозу, суперечливі пояснення або виключення підлітка із сімейного інформаційного простору можуть посилювати безпорадність і недовіру. Водночас надмірне інформаційне навантаження та перекладання на дитину відповідальності за лікування, прогноз або емоційний стан дорослих також не відповідають принципам підтримувальної комунікації.

Практичне завдання полягає не у повідомленні максимального обсягу медичних відомостей, а у формуванні надійного, послідовного й повторюваного сімейного діалогу. Такий діалог має забезпечувати правдиву інформацію в доступній формі, можливість ставити запитання, визнання невизначеності та одночасне збереження відчуття турботи, передбачуваності й належності до родини. Тому дослідження зв'язку сімейної комунікації з психологічною адаптацією має значення для сімейної психології, психоонкології, педагогічної практики та організації підтримки в закладі освіти.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Українські праці підтверджують системний характер психологічних наслідків онкологічної хвороби. У дослідженні 218 членів сімей онкологічних пацієнтів І. Р. Мухаровська виокремила чотири блоки проблем: брак інформації, власні емоційні переживання, труднощі взаємодії з хворим і залученість до лікування. Високу потребу в інформації зафіксовано у 86,1 % респондентів на етапі первинного лікування, у 63,2 % – повторного лікування та у 74,6 % – під час паліативної допомоги. Сприяння відкритій комунікації та підвищення комунікативної компетентності визначено серед цілей медико-психологічної допомоги сім'ї [5].

І. Р. Кужель описує онкологічну хворобу як чинник перебудови сімейних відносин, зміни ролей і посилення емоційної напруги, особливо за несприятливого прогнозу [2]. Н. Д. Володарська та І. І. Карабаєва пов'язують психологічне благополуччя сім'ї з якістю емоційних зв'язків, взаємною підтримкою та здатністю членів родини розділяти переживання без руйнування особистих меж [1]. В. Г. Мацкевич наголошує, що сімейний емоційний клімат, стиль взаємодії та доступність підтримки впливають на саморегуляцію, емпатію і адаптивність у підлітковому віці [4]. Б. В. Присяжнюк розглядає сімейні відносини одночасно як можливе джерело ризику та як ресурс емоційного розвитку підлітка [7].

Зарубіжна доказова база безпосередньо пов'язує сімейні процеси з психосоціальним

функціонуванням дітей. Систематичний огляд T. Osborn охопив 10 досліджень щодо ризику психосоціальних труднощів і 13 досліджень чинників варіативності адаптації. Автор дійшов висновку, що негативні наслідки не є універсальними, а залежать від поєднання характеристик дитини, хвороби й сімейного середовища [13]. У систематичному огляді A. Walczak та співавторів у 29 дослідженнях повідомлялося про негативні наслідки батьківського раку, у восьми – про позитивні зміни, зокрема пов'язані з посттравматичним зростанням, а у п'яти зафіксовано змішані або статистично незначущі результати. Інформація і комунікація належали до найбільш значущих, але часто незадоволених потреб підлітків і молодих дорослих [14].

S. J. Ellis та співавтори, узагальнивши 12 досліджень психосоціальних потреб, виокремили такі: віковоvідповідна інформація, підтримка сімейної комунікації, безпечний простір для вираження почуттів, індивідуалізована допомога, подолання ізоляції та в разі потреби підтримка в переживанні втрати [9]. Емпіричне дослідження G. A. Huizinga та співавторів показало, що підлітки менш відкрито спілкувалися з матерями, які мали онкологічне захворювання, порівняно з контрольною групою; проблемна комунікація з обома батьками була пов'язана з більшою вираженістю симптомів посттравматичного стресу [10]. У дослідженні B. Lindqvist та співавторів взяли участь 54 підлітки віком 11–17 років упродовж першого року після діагностування раку в одного з батьків і 49 підлітків контрольної групи. Загальні рівні дистресу між групами істотно не відрізнялися, однак у клінічній групі здорове сімейне функціонування корелювало з меншим психологічним дистресом; відкритість комунікації, розв'язання проблем і належне емоційне залучення були значущими предикторами кращого психічного стану [12].

M. Jasenková та M. Berzáková конкретизують підтримувальні комунікативні дії: не відкладати розмову надовго, говорити правдиво й зрозуміло, повертатися до теми повторно, пояснювати зміни лікування, перевіряти розуміння підлітка та визнавати його емоції [11]. Методичні рекомендації Т. М. Титаренко дають підстави трактувати адаптацію як динамічний процес відновлення суб'єктивної керованості, емоційної рівноваги та повсякденного функціонування в умовах стресу [8]. Медико-психологічний супровід онкологічного пацієнта на різних етапах лікування має значення і для сімейної комунікації, оскільки психоемоційний стан хворого може впливати на його готовність до контакту з дитиною [6].

Невирішеною залишається проблема інтегрованого опису того, які параметри сімейної комунікації пов'язані з окремими складниками адаптації підлітка та через які психологічні механізми реалізується цей зв'язок. Недостатньо розробленою є також прикладна схема, придатна для сімейного і практичного психолога, педагога та медичного працівника, яка водночас не підмінювала б клінічну діагностику.

Мета статті та постановка завдань. Мета статті – теоретично обґрунтувати та шляхом інтегративного узагальнення оприлюднених емпіричних результатів визначити характер зв'язку особливостей сімейної комунікації з психологічною адаптацією підлітків до онкологічного захворювання одного з батьків.

Для досягнення мети поставлено такі завдання: уточнити зміст понять «підтримувальна сімейна комунікація» та «психологічна адаптація підлітка»; систематизувати прямі й контекстуальні емпіричні результати щодо комунікації у родинах онкологічних пацієнтів; визначити психологічні механізми зв'язку між комунікативними практиками й адаптаційними проявами; запропонувати гіпотетико-аналітичну модель і практичні орієнтири психолого-педагогічного супроводу.

Методологія дослідження. Дослідження виконано у форматі інтегративного теоретико-аналітичного огляду з порівняльним узагальненням результатів оприлюднених емпіричних праць. Матеріал сформовано шляхом цільового добору 14 пріоритетних українських і зарубіжних джерел. Такий підхід не є систематичним оглядом або метааналізом, оскільки не передбачав вичерпного пошуку всіх публікацій, повторного статистичного опрацювання первинних масивів даних чи формалізованої оцінки ризику систематичної похибки.

До прямого доказового масиву віднесено систематичні огляди й емпіричні дослідження, у яких безпосередньо аналізувалися потреби, психічний стан або сімейна комунікація дітей, підлітків і молодих дорослих у ситуації батьківського онкологічного захворювання [9–14]. Контекстуальний масив становили українські клініко-психологічні праці про функціонування сімей онкологічних пацієнтів, емоційні ресурси родини та медико-психологічний супровід [1–7; 6]. Професійний психоосвітній матеріал і методичні рекомендації [8; 11] використовувалися для конкретизації практичних принципів і робочих визначень, але не розглядалися як самостійний доказ причинного впливу.

Критеріями включення були: безпосередня відповідність темі батьківського онкологічного

захворювання, сімейної комунікації або адаптації підлітків; наявність опису вибірки, процедури емпіричного дослідження чи методології систематичного огляду для доказових джерел; можливість ідентифікувати результати щодо інформації, сімейного функціонування або психологічного стану; доступність перевірюваних бібліографічних даних. Тематичне кодування здійснювалося за двома блоками: характеристики комунікації – відкритість, правдивість, зрозумілість, вікова відповідність, послідовність, діалогічність, емоційна підтримувальність, узгодженість між дорослими й участь підлітка в обговоренні змін; прояви адаптації – тривожність і дистрес, симптоми посттравматичного стресу, емоційна регуляція, відчуття безпеки, використання підтримки, збереження навчальної активності, контактів з однолітками та вікововідповідної автономії.

Результати зіставлялися шляхом конвергентного аналітичного узагальнення, оскільки дослідження відрізнялися вибірками, інструментарієм. Положення включалося до підсумкового узагальнення, якщо відповідна тенденція простежувалася щонайменше у двох незалежних джерелах або одночасно підтверджувалася емпіричним дослідженням і систематичним оглядом. Цей критерій використовувався для встановлення змістової конвергенції, а не статистичної стійкості чи причинності. Обмеженням є відсутність первинного обстеження українських підлітків, неоднорідність доказової бази та включення контекстуальних даних дорослих членів сімей.

Виклад основного матеріалу дослідження. Психологічну адаптацію підлітка до онкологічного захворювання батька або матері пропонується визначати як динамічний процес когнітивного, емоційного, поведінкового та соціального пристосування до змін, спричинених хворобою, за якого підліток зберігає доступ до достовірної інформації, здатність регулювати переживання, використовувати підтримку та продовжувати віково-відповідне навчальне й соціальне функціонування. Адаптація не означає відсутності смутку чи страху; її показниками є керованість переживань, збереження базового функціонування та можливість повертатися до повсякденних завдань.

Підтримувальна сімейна комунікація – це не одноразове повідомлення діагнозу, а послідовний процес обміну інформацією та переживаннями. Відкритість не дорівнює необмеженому розкриттю всіх медичних деталей. Вона передбачає відсутність навмисного обману, доступність дорослого для запитань, пояснення фактів відповідно до віку, визнання невизначеності та своєчасне повідомлення змін, які безпосередньо впливають на життя підлітка.

Прямі емпіричні та оглядові дані щодо дітей і підлітків, контекстуальні результати дослідження дорослих членів сімей узагальнено в таблиці 1.

Дані, наведені в таблиці 1, мають різний доказовий статус. Результати досліджень [9–14] безпосередньо стосуються дітей, підлітків або молодих дорослих, які переживають онкологічне захворювання одного з батьків. Дослідження [5] характеризує дорослих членів сімей онкологічних пацієнтів і використовується для окреслення загального інформаційно-комунікативного контексту родини; тому його результати не переносяться безпосередньо на підліткову вибірку.

Сукупність прямих і контекстуальних даних свідчить, що адаптаційний потенціал сімейної комунікації визначається правдивістю, зрозумілістю та своєчасністю інформації; можливістю повторного обговорення змін у лікуванні; емоційною відкритістю дорослих; прийняттям запитань і переживань підлітка; узгодженістю повідомлень різних членів сім'ї; залученням підлітка до сімейного життя без надмірної відповідальності. Водночас наявні дані дають підстави говорити про асоціації, але не про однозначний причинний вплив комунікації.

Перший механізм – когнітивне структурування ситуації. Чітке пояснення діагнозу, сучасних методів лікування, наведення клінічних випадків щодо видужання інших пацієнтів та змін у сімейному житті зменшує простір для катастрофічних припущень. Підліток отримує реалістичну картину того, що відомо, що залишається невизначеним і які рішення вже ухвалено дорослими.

Другий механізм – відновлення відчуття передбачуваності й часткового контролю. Підліток не може контролювати перебіг хвороби, але може знати, хто повідомлятиме новини, до кого звертатися із запитаннями, хто забезпечить побутові потреби та які щоденні правила залишаються незмінними, що переводить переживання з дифузної загрози в систему конкретних і частково керованих завдань.

Третій механізм – легітимація емоцій. Коли дорослі визнають страх, гнів, смуток, розгубленість і навіть тимчасове небажання говорити, підліток менше потребує приховувати переживання. Емоційна підтримка не вимагає від батьків демонструвати постійну впевненість; важливішою є здатність назвати власний стан без перекладання відповідальності на дитину.

Четвертий механізм – збереження віково-відповідної ролі. У кризовій ситуації підліток може брати на себе надмірний догляд за хворим,

Таблиця 1

Сімейно-комунікативні чинники, пов'язані з психологічною адаптацією дітей і підлітків до онкологічного захворювання одного з батьків

Емпірична база дослідження	Досліджуваний аспект сімейної комунікації	Показник психологічної адаптації	Основний результат	Значення для досліджуваної проблеми
218 дорослих членів сімей онкологічних пацієнтів: 79 осіб на етапі первинного лікування, 68 – повторного лікування, 71 – під час паліативної допомоги [2]	Інформаційна забезпеченість родини, відкритість обговорення захворювання, доступність медико-психологічної підтримки	Емоційне напруження, труднощі сімейної взаємодії та потреба у психологічній допомозі	Потребу в додатковій інформації виявлено у 86,1% членів сімей на етапі первинного лікування, у 63,2% – повторного лікування та у 74,6% – під час паліативної допомоги. Сприяння відкритій комунікації визначено одним із напрямів психологічної допомоги	Результати характеризують загальний сімейний контекст онкологічного захворювання та підтверджують значення інформаційної забезпеченості родини. Їх перенесення на підліткову вибірку потребує обережності
Систематичний огляд: 10 досліджень ризику психологічних труднощів і 13 досліджень чинників варіативності адаптації [7]	Загальне сімейне функціонування, емоційна взаємодія, підтримка та інформування дітей	Емоційні та поведінкові труднощі, психосоціальне функціонування	Психологічні наслідки для дітей є неоднорідними; їх вираженість залежить від особливостей сімейного функціонування та контексту захворювання	Онкологічний діагноз батька або матері не зумовлює дезадаптацію автоматично; значну роль відіграють внутрішньосімейні ресурси та способи комунікації
Систематичний огляд досліджень підлітків і молодих дорослих, один із батьків яких мав онкологічне захворювання [8]	Доступність інформації, можливість обговорювати переживання, задоволення інформаційних потреб	Дистрес, тривожність, поведінкові зміни, позитивне переосмислення досвіду	У 29 дослідженнях зафіксовано негативні наслідки, у 8 – позитивні зміни, у 5 – змішані або статистично незначущі результати; інформаційні потреби дітей часто залишалися незадоволеними	Варіативність реакцій підтверджує необхідність аналізувати не лише факт захворювання, а й те, як родина повідомляє інформацію та підтримує підлітка
Систематичний огляд 12 досліджень психосоціальних потреб дітей і наявних інтервенцій [9]	Вікововідповідність інформації, підтримка діалогу, можливість безпечного вираження почуттів	Психологічне напружен ня, розуміння ситуації, здатність звертатися по допомогу	Підтверджено потребу дітей у доступній інформації, підтримувальній комунікації та безпечному просторі для обговорення емоцій	Ефективна комунікація має поєднувати зрозуміле пояснення ситуації з емоційним прийняттям реакцій підлітка
Порівняльне дослідження підлітків із родин онкологічних пацієнтів і контрольної групи [10]	Якість і відкритість спілкування з батьками, наявність комунікативних труднощів	Симптоми посттравматичного стресу й емоційний дистрес	Проблемна комунікація з батьками була пов'язана з більшою вираженістю симптомів посттравматичного стресу	Закритість, супереч ливість повідомлень і труднощі обговорення хвороби можуть розглядатися як чинники ризику психологічної дезадаптації
54 підлітки віком 11–17 років упродовж першого року після діагносту вання раку в одного з батьків і 49 учасників контрольної групи [11]	Відкрита комунікація, гнучке розв'язання сімейних проблем, належне емоційне залучення	Загальний дистрес і стан психічного здоров'я підлітків	Загальні рівні дистресу в групах істотно не відрізнялися, однак у родинах онкологічних пацієнтів здорове сімейне функціонування було пов'язане з нижчим рівнем дистресу	Адаптацію підтримує не окрема розмова про діагноз, а цілісна модель сімейної взаємодії, що поєднує інформаційну відкритість, емоційну чутливість і гнучке розв'язання труднощів

молодшими дітьми або емоційним станом дорослих. Підтримувальна комунікація окреслює межі допомоги: участь підлітка визнається цінною, але відповідальність за лікування, прогноз і базові сімейні рішення залишається за дорослими.

Отже, адаптаційне значення має не максимальний обсяг медичної інформації, а її зрозумілість, своєчасність, узгодженість і включеність у підтримувальний сімейний діалог. На підставі встановлених змістових зв'язків можна виокремити гіпотетико-аналітичну модель «комунікативна практика – психологічний механізм – адаптаційний прояв» (табл. 2).

Наведене узагальнення дає змогу розрізняти три аналітичні рівні сімейної комунікації. Інформаційно достатній рівень забезпечує правдиві та зрозумілі відомості, але може залишатися емоційно стриманим. Підтримувальний рівень поєднує інформацію з можливістю повторних розмов, прийняттям почуттів і конкретизацією

Таблиця 2

Структурно-функціональна модель зв'язку сімейної комунікації з психологічною адаптацією підлітків

Комунікативна практика	Психологічний механізм	Очікуваний адаптаційний прояв
Правдива, дозована і зрозуміла інформація	Зменшення невизначеності та катастрофічних припущень	Реалістичніше розуміння ситуації; нижче дифузне напруження
Регулярні оновлення та можливість запитань	Відновлення передбачуваності та часткового контролю	Здатність планувати повсякденні справи й використовувати підтримку
Прийняття емоцій без оцінювання	Легітимація переживань і зменшення емоційного уникнення	Краще розпізнавання, вираження та регуляція почуттів
Узгоджені повідомлення дорослих	Збереження довіри до сімейного інформаційного простору	Менше прихованої тривоги та потреби перевіряти суперечливі версії
Віково-відповідна участь без надмірної відповідальності	Захист автономії та запобігання інверсії сімейних ролей	Збереження навчання, дружніх контактів і власних інтересів

повсякденних змін. Адаптаційно спрямований рівень додатково підтримує автономію підлітка, доступ до позасімейних ресурсів, збереження навчання, дружніх контактів і відпочинку. Такі рівні є концептуальними орієнтирами, а не валідованою діагностичною шкалою.

Отримане узагальнення узгоджується з висновками G. A. Huizinga та співавторів про зв'язок проблемної батьківсько-підліткової комунікації із симптомами посттравматичного стресу [10], а також із результатами B. Lindqvist та співавторів щодо ресурсної ролі відкритого спілкування, гнучкого розв'язання проблем і належного емоційного залучення [12]. Водночас відсутність універсальних міжгрупових відмінностей у загальному рівні дистресу [12] не заперечує ризику психологічних труднощів, а вказує на значення модераторів: сімейного функціонування, етапу лікування, особистісних ресурсів підлітка та доступності підтримки. Така інтерпретація відповідає систематичним оглядам, у яких наслідки батьківського онкологічного захворювання характеризуються значною варіативністю [9–14].

Практичні рекомендації щодо відкритості не слід тлумачити як вимогу одноразово повідомити підлітку всі медичні деталі. Підтримувальна комунікація передбачає дозування інформації, повторюваність розмов, визнання меж знання дорослого та збереження права підлітка на паузу. Формулювання, що без медичних підстав гарантують одужання, можуть тимчасово зменшити тривогу, але створюють ризик втрати довіри. Натомість повідомлення «ми ще не знаємо, але скажемо, коли матимемо точніші дані» поєднує правдивість із підтриманням інформаційного зв'язку.

Обмеження дослідження полягають у цільовому, а не систематичному доборі джерел; неоднорідності вибірок, методик і підходів до організації досліджень; обмеженій кількості українських праць, безпосередньо присвячених підліткам; використанні окремих контекстуальних результатів, отриманих щодо дорослих членів сімей; відсутності формалізованої оцінки методологічної якості кожної публікації. Запропонована модель не пройшла емпіричної валідації, тому її слід розглядати як підґрунтя для формування гіпотез і проєктування первинного дослідження, а не як доказ причинної дії комунікації.

Аналіз описаної інформації свідчить, що потреба в міждисциплінарній підтримці підлітка існує. Педагогічний контекст має стабілізувальне значення. Труднощі адаптації можуть проявлятися у зниженні концентрації, нестабільній успішності, пропусках занять, соціальному відстороненні, конфліктах або раптовому прийнятті надмірної дорослої відповідальності. Педагог не виконує функцій клінічного діагноста, але може своєчасно помітити зміни й передати спостереження практичному психологу. Заклад освіти здатний підтримати підлітка через збереження передбачуваного розкладу, доступність довіреного дорослого, гнучке коригування строків виконання завдань і навчального навантаження, підтримання включеності у взаємодію з однолітками та недопущення стигматизації.

Передавання інформації про онкологічно хворого пацієнта закладу освіти має відбуватися за згодою сім'ї, у мінімально необхідному обсязі та з дотриманням конфіденційності. Доцільно визначити одну контактну особу, узгодити спосіб інформування педагогів і не розголошувати медичні відомості перед класом без окремої згоди підлітка та законного представника. Взаємодія класного керівника, практичного психолога й родини має бути спрямована не на надмірний контроль, а на збереження навчальної включеності та доступу до допомоги.

Практичний алгоритм супроводу охоплює шість послідовних кроків: узгодження дорослими

достовірної інформації та визначення особи, яка проводитиме розмову; з'ясування того, що підліток уже знає або припускає; коротке правдиве пояснення діагнозу, лікування й найближчі зміни в результатах лікування; запрошення до запитань та визнання емоцій без примусу до негайного саморозкриття; конкретизація повсякденної безпеки – хто буде поруч, як організовано навчання, побут і зв'язок із хворим; домовленість про повторні розмови та критерії звернення по професійну допомогу.

Психологічний супровід родини доцільний не лише за наявності виражених порушень. Профілактична консультація може допомогти батькам дібрати слова, розмежувати потреби дорослого та підлітка, запобігти надмірній відповідальності й узгодити взаємодію з медичною командою і закладом освіти. Поглиблена оцінка потрібна, якщо тривалий час зберігаються виражена тривога, порушення сну, різке погіршення навчального функціонування, стійке уникнення контактів, соматизовані скарги без достатнього медичного пояснення або нездатність родини обговорювати необхідні зміни.

Наукова новизна теоретичного узагальнення полягає в концептуальній систематизації зв'язків між характеристиками сімейної комунікації, психологічними механізмами та проявами адаптації підлітків. Уточнено, що потенційний адаптаційний ресурс становить не сама кількість повідомленої інформації, а поєднання правдивості, дозованості, діалогічності, емоційного прийняття, узгодженості повідомлень і збереження вікової ролі підлітка. Запропонована структурно-функціональна модель має гіпотетико-аналітичний характер і потребує подальшої емпіричної перевірки на українській вибірці. Практична значущість полягає у можливості використовувати визначені параметри як аналітичні орієнтири первинного психологічного інтерв'ю, сімейної консультації, педагогічного спостереження та міждисциплінарної взаємодії; вони не є стандартизованим діагностичним інструментом.

Висновки та перспективи подальших розвідок. Інтегративне узагальнення оприлюднених емпіричних результатів засвідчило узгоджену асоціацію між якістю сімейної комунікації і показниками психологічної адаптації підлітків у ситуації онкологічного захворювання батька або матері. Проблемна комунікація, суперечливість повідомлень, уникнення обговорення хвороби та надмірне залучення підлітка до дорослої відповідальності пов'язані з вищим психологічним напруженням. Відкрите, правдиве, віково-відповідне й емоційно підтримувальне спілкування, гнучке сімейне розв'язання проблем і збереження повсякденної передбачуваності можуть виступати ресурсами адаптації.

Психологічну адаптацію доцільно оцінювати комплексно: за рівнем тривожності й дистресу, здатністю виражати та регулювати емоції, використовувати підтримку, зберігати навчальне й соціальне функціонування. Запропонована модель «комунікативна практика – психологічний механізм – адаптаційний прояв» конкретизує напрями роботи психолога, педагога, лікаря і батьків, але потребує емпіричної валідації. Перспективами є первинне дослідження українських підлітків на території України та за кордоном із використанням валідованих методик сімейної комунікації, тривожності, резильєнтності та психосоціального функціонування; перевірка ролі віку, статі, етапу лікування, психологічного стану того з батьків, хто не хворіє, доступності допомоги й навчального навантаження; апробація психолого-педагогічної програми підтримки сімей.

Використання штучного інтелекту. Під час підготовки статті інструменти штучного інтелекту не використовувалися.

Список літератури:

1. Володарська Н. Д., Карабаєва І. І. Вплив емоційних зв'язків на розвиток психологічного благополуччя сім'ї. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки».* 2021. Вип. 3. С. 29–36. DOI: https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2021-3-4
2. Кужель І. Р. Система сімейних відносин та психодинаміка родини з інкурабельним онкологічним хворим. *Український вісник психоневрології*. 2011. Т. 19, Вип. 3 (68). С. 45–49.
3. Маркова М. В., Піонтковська О. В., Кужель І. Р. Стан та перспективи розвитку сучасної психоонкології. *Український вісник психоневрології.* 2012. Т. 20, Вип. 4 (73). С. 86–91.
4. Мацкевич В. Г. Вплив сім'ї на емоційно-почуттєву сферу дітей підліткового віку. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського. Серія: Психологія.* 2025. Т. 36 (75), № 2. С. 188–193. DOI: https://doi.org/10.32782/2709-3093/2025.2/28
5. Мухаровська І. Р. Медико-психологічна допомога для онкохворих на різних етапах лікувального процесу. *ScienceRise: Medical Science.* 2017. № 1 (9). С. 15–19. DOI: https://doi.org/10.15587/2519-4798.2017.91024
6. Мухаровська І. Р. Медико-психологічна допомога для членів сім'ї онкохворих на різних етапах лікувального процесу. *Journal of Education, Health and Sport.* 2017. Vol. 7, No. 1. P. 583–590. DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.1036778

7. Присяжнюк Б. В. Сімейні фактори ризику та ресурси емоційного розвитку дітей підліткового віку. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського. Серія: Психологія.* 2025. Т. 36 (75), № 6. С. 79–83. DOI: https://doi.org/10.32782/2709-3093/2025.6/12.

8. Соціально-психологічна профілактика порушень адаптації молоді до повсякденного стресу : методичні рекомендації / Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології; за наук. ред. Т. М. Титаренко. Київ : Міленіум, 2010. 84 с. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/8802/ (дата звернення: 17.07.2026).

9. Ellis S. J., Wakefield C. E., Antill G., Burns M., Patterson P. Supporting children facing a parent's cancer diagnosis: a systematic review of children's psychosocial needs and existing interventions. *European Journal of Cancer Care*. 2017. Vol. 26, No. 1. Article e12432. DOI: https://doi.org/10.1111/ecc.12432

10. Huizinga G. A., Visser A., van der Graaf W. T. A., Hoekstra H. J., Hoekstra-Weebers J. E. H. M. The quality of communication between parents and adolescent children in the case of parental cancer. *Annals of Oncology.* 2005. Vol. 16, No. 12. P. 1956–1961. DOI: https://doi.org/10.1093/annonc/mdi395

11. Jasenková M., Berzáková M. Ako s deťmi a tínedžermi hovoriť o vážnej chorobe rodiča: pre rodičov a blízkych – s tipmi a ukážkami rozhovorov s deťmi a tínedžermi. Bratislava : PLAMIENOK n. o., 2025. 36 s. URL: https://www.plamienok.sk/pomoc-v-smuteni/ako-hovorit-s-detmi-o-vaznej-chorobe-rodica (дата звернення: 17.07.2026).

12. Lindqvist B., Schmitt F., Santalahti P., Romer G., Piha J. Factors associated with the mental health of adolescents when a parent has cancer. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2007. Vol. 48, No. 4. P. 345–351. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2007.00573.x

13. Osborn T. The psychosocial impact of parental cancer on children and adolescents: a systematic review. *Psycho-Oncology.* 2007. Vol. 16, No. 2. P. 101–126. DOI: https://doi.org/10.1002/pon.1113

14. Walczak A., McDonald F., Patterson P., Dobinson K., Allison K. How does parental cancer affect adolescent and young adult offspring? A systematic review. *International Journal of Nursing Studies.* 2018. Vol. 77. P. 54–80. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.08.017

References:

1. Volodarska, N. D., & Karabaieva, I. I. (2021). Vplyv emotsiinykh zviazkiv na rozvytok psykholohichnoho blahopoluchchia simi [The influence of emotional bonds on the development of psychological well-being of the family]. *Naukovyi visnyk Khersonskoho derzhavnoho universytetu. Seriia "Psykholohichni nauky", 3*, 29–36. https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2021-3-4 [in Ukrainian].

2. Kuzhel, I. R. (2011). Systema simeinykh vidnosyn ta psykhodynamika rodyny z inkyrabelnym onkolohichnym khvorym [The system of family relations and psychodynamics of a family with an incurable cancer patient]. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohii, 19*(3), 45–49 [in Ukrainian].

3. Markova, M. V., Piontkovska, O. V., & Kuzhel, I. R. (2012). Stan ta perspektyvy rozvytku suchasnoi psykhoonkholohii [Current state and prospects for the development of modern psycho-oncology]. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohii, 20*(4), 86–91 [in Ukrainian].

4. Matskevych, V. H. (2025). Vplyv simi na emotsiino-pochuttievu sferu ditei pidlitkovoho viku [The influence of the family on the emotional and affective sphere of adolescents]. *Vcheni zapysky Tavriiskoho natsionalnoho universytetu imeni V. I. Vernadskoho. Seriia: Psykholohiia, 36*(75)(2), 188–193. https://doi.org/10.32782/2709-3093/2025.2/28 [in Ukrainian].

5. Mukharovska, I. R. (2017). Medyko-psykholohichna dopomoha dlia onkokhorykh na riznykh etapakh likuvalnoho protsesu [Medical and psychological assistance for cancer patients at different stages of treatment]. *ScienceRise: Medical Science, 1*(9), 15–19. https://doi.org/10.15587/2519-4798.2017.91024 [in Ukrainian].

6. Mukharovska, I. R. (2017). Medyko-psykholohichna dopomoha dlia chleniv simi onkokhorykh na riznykh etapakh likuvalnoho protsesu [Medical and psychological assistance for family members of cancer patients at different stages of treatment]. *Journal of Education, Health and Sport, 7*(1), 583–590. https://doi.org/10.5281/zenodo.1036778 [in Ukrainian].

7. Prysiazhniuk, B. V. (2025). Simeini faktory ryzyku ta resursy emotsiinoho rozvytku ditei pidlitkovoho viku [Family risk factors and resources of emotional development of adolescents]. *Vcheni zapysky Tavriiskoho natsionalnoho universytetu imeni V. I. Vernadskoho. Seriia: Psykholohiia, 36*(75)(6), 79–83. https://doi.org/10.32782/2709-3093/2025.6/12 [in Ukrainian].

8. Tytarenko, T. M. (Ed.). (2010). *Sotsialno-psykholohichna profilaktyka porushen adaptatsii molodi do povsiakdennoho stresu: Metodychni rekomendatsii* [Socio-psychological prevention of adaptation disorders among young people to everyday stress: Methodological recommendations]. Instytut sotsialnoi ta politychnoi psykholohii Natsionalnoi akademii pedahohichnykh nauk Ukrainy; Milenium. Retrieved from: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/8802/ [in Ukrainian].

9. Ellis, S. J., Wakefield, C. E., Antill, G., Burns, M., & Patterson, P. (2017). Supporting children facing a parent's cancer diagnosis: A systematic review of children's psychosocial needs and existing interventions. *European Journal of Cancer Care, 26*(1), Article e12432. https://doi.org/10.1111/ecc.12432.

10. Huizinga, G. A., Visser, A., van der Graaf, W. T. A., Hoekstra, H. J., & Hoekstra-Weebers, J. E. H. M. (2005). The quality of communication between parents and adolescent children in the case of parental cancer. *Annals of Oncology, 16*(12), 1956–1961. https://doi.org/10.1093/annonc/mdi395.

11. Jasenková, M., & Berzáková, M. (2025). *Ako s deťmi a tínedžermi hovoriť o vážnej chorobe rodiča: Pre rodičov a blízkych – s tipmi a ukážkami rozhovorov s deťmi a tínedžermi* [How to talk to children and teenagers about a parent's serious illness: For parents and relatives – with tips and examples of conversations with children and teenagers]. PLAMIENOK n. o. Retrieved from: https://www.plamienok.sk/pomoc-v-smuteni/ako-hovorit-s-detmi-o-vaznej-chorobe-rodica

12. Lindqvist, B., Schmitt, F., Santalahti, P., Romer, G., & Piha, J. (2007). Factors associated with the mental health of adolescents when a parent has cancer. *Scandinavian Journal of Psychology, 48*(4), 345–351. https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2007.00573.x

13. Osborn, T. (2007). The psychosocial impact of parental cancer on children and adolescents: A systematic review. *Psycho-Oncology, 16*(2), 101–126. https://doi.org/10.1002/pon.1113

14. Walczak, A., McDonald, F., Patterson, P., Dobinson, K., & Allison, K. (2018). How does parental cancer affect adolescent and young adult offspring? A systematic review. *International Journal of Nursing Studies, 77*, 54–80. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.08.017

© Т. М. Осадча

Оглядова стаття

Дата першого надходження статті до видання: 25.07.2026

Дата прийняття статті до друку після рецензування: 30.08.2026

Дата публікації (оприлюднення) статті: 26.10.2026