

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

УДК 159.9:364.69,159.923.31:364.69

DOI <https://doi.org/10.32840/2663-6026.2019.4-1.13>

М. Б. Гасюк

кандидат психологічних наук,
професор кафедри загальної та клінічної психології
ДВНЗ «Прикарпатський національний університет
імені Василя Стефаника»

В. С. Шкраб'юк

кандидат психологічних наук,
доцент кафедри загальної та клінічної психології
ДВНЗ «Прикарпатський національний університет
імені Василя Стефаника»

І. Т. Кобець

лікар-невролог вищої кваліфікаційної категорії,
завідувач відділення судинної неврології
Івано-Франківська центральна міська клінічна лікарня

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ІНСУЛЬТ

У статті здійснено експериментальне дослідження якості життя хворих, які перенесли інсульт. Вибірка досліджуваних складалася з хворих, які перенесли інсульт уперше, та хворих із повторними випадками. Проаналізовано особливості якості життя пацієнтів із порушенням мозкової діяльності. Досліджено структурні компоненти якості життя, визначено їх характерні особливості в ситуації хвороби. На основі ретроспективного аналізу історій хвороб пацієнтів, які перенесли інсульт, визначено розподіл хворих залежно від віку і статі в популяції. Показано необхідність розроблення функціональних стратегій реабілітації таких хворих на основі мультидисциплінарного підходу із залученням лікаря, психолога, лікаря фізичної реабілітації, ерготерапевта. Доведено, що саме такий підхід забезпечить урахування індивідуальних потреб кожного хворого й підвищить якість та ефективність реабілітації.

Ключові слова: здоров'я, якість життя, інсульт, реабілітація, адаптація.

Постановка проблеми. Інсульт є однією з найпоширеніших причин інвалідності та смертності населення в розвинених країнах. Тільки в нашій державі нараховується більше ніж 2 млн осіб, які перенесли інсульт і живуть із його наслідками. За даними МОЗ України, 31% людей, які перенесли інсульт, потребують сторонньої допомоги, а 20% не можуть самостійно пересуватися. У хворих спостерігається високий ризик розвитку депресивних розладів, порушення вищих психічних функцій, наростання спастичності в паралізованих кінцівках тощо. Відновлення втрачених функцій визначається чинниками: тяжкістю захворювання, локалізацією та розмірами осередку ураження, віком пацієнта та його індивідуально-психологічними особливостями, наявністю когнітивних, у тому числі комунікативних, порушень, а також часом початку й характером проведених реабілітаційних заходів. Варто зауважити, що інвалідизація змінює життя людей, які перенесли інсульт, і висуває перед ними нові проблеми, а саме: необхідність

адаптації до дефекту, зміни чи відмови від професії, поведінки в сім'ї тощо. У зв'язку з цим діагностика й аналіз особливостей якості життя хворих, які перенесли інсульт, дасть змогу розробити ефективні та якісні підходи до їх реабілітації.

Якість життя соматичних хворих вивчали Г.Н. Бельська, М.Б. Гасюк, Р.В. Нестерак, Л.В. Лук'янчикова, І.Г. Лебідь; проблеми психологічної реабілітації пацієнтів, які перенесли інсульт, досліджували Н.Г. Єрмакова, І.Л. Солонець та ін.; вплив постінсультних рухових розладів на якість життя і процес соціальної адаптації хворих розглядали Ю.В. Коцюбинський, С.А. Медведкова тощо.

Мета статті – аналіз якості життя пацієнтів, які перенесли захворювання, що порушують мозкову діяльність.

Завдання дослідження:

- Емпірично дослідити якість життя пацієнтів, які перенесли інсульт.
- Проаналізувати особливості та зміни якості життя пацієнтів, які перенесли інсульт.

Виклад основного матеріалу. Натепер у більшості розвинених країн змінюється підхід до надання медичної допомоги, метою якої є не тільки відновлення біологічної функції організму, а й нормалізація його психологічного та соціального функціонування. Стан здоров'я й життєве благополуччя, відповідно до визначення ВОЗ, – це не тільки відсутність захворювань і фізичних дефектів, а саме задоволеність індивідуальних потреб та адаптація індивіда у фізичній, психологічній, соціальній сферах. У новій парадигмі розуміння здоров'я, хвороби пацієнта та визначення ефективності його лікування з'явилося поняття «якість життя» [1; 2].

На думку І.Г. Лебідь та Н.М. Руденко, якість життя можна визначити виходячи з трьох основних компонентів: функціональної здатності, сприймання, симптомів і їх наслідків. Функціональна здатність – це здатність здійснювати повсякденну діяльність, соціальну, інтелектуальну й емоційну функції, підтримувати свою економічну самостійність. Сприймання містить у собі погляди людини та її судження про життєві цінності, загальний стан здоров'я, задоволення життям. Сприймання може порівнюватися з об'єктивною оцінкою соціальної функції, зміною становища, соціального статусу хворого. Симптоми є наслідком основного чи супутнього захворювання, вони зменшуються, зникають чи змінюються в результаті медичного втручання, виступаючи важливим компонентом якості життя [4].

На нашу думку, якість життя є інтегральною характеристикою суб'єктивного сприймання фізичного, психічного, емоційного та соціального функціонування хворого. Медичні аспекти якості життя включають вплив самого захворювання (його симптомів та ознак) і настання в результаті хвороби обмежень функціональної здатності, а також вплив лікування на повсякденну життєді-

яльність хворого. Якість життя також характеризує здатність зосереджуватися, приймати рішення, пам'ять, особливості сприймання, сексуальну функцію, душевний комфорт. Отже, визначення якості життя може надати медикам, психологам повноцінну інформацію про розуміння пацієнтом свого захворювання та лягти в основу розроблення індивідуальних лікувально-реабілітаційних заходів [3,5].

Методи дослідження. Для дослідження якості життя ми застосовували ретроспективний аналіз історій хвороб пацієнтів (2018–2019 роки), бесіду, спостереження й опитувальник SF-36 (The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey). Шкали опитувальника відображають фізичний компонент і психологічний компонент здоров'я. Зміст кожної зі шкал опитувальника зображено в таблиці 1.

База дослідження: Івано-Франківська центральна міська клінічна лікарня, відділення судинної неврології.

Вибірка. Дослідження якості життя пацієнтів здійснено в 42 пацієнтів центральної міської клінічної лікарні, відділення судинної неврології, з діагнозом «інсульт», віком від 40 до 80 років, із них – 26 чоловіків і 16 жінок; 12 чоловіків і 10 жінок вперше лікувалися у відділенні судинної неврології з діагнозом «інсульт» – I група; 14 чоловіків і 6 жінок проходили повторне лікування – II група.

Критерії включення хворих у дослідження: вік, ранній відновлювальний період після перенесення інсульту (ішемічного/геморагічного), можливість самостійного пересування або в разі необхідності використання додаткових допоміжних засобів.

Критерії виключення: виражені паралічі, виражені когнітивні та психічні порушення, вікова деменція.

Загалом у дослідження включалися всі хворі з діагнозом «інсульт», що перебували на стаціо-

Таблиця 1

Шкали опитувальника SF-36

№ з/п	Шкала	Характеристика
1	Physical Functioning (PF)	Фізичне функціонування – показує ступінь обмеження виконання повсякденного фізичного навантаження (ходьба, самообслуговування, підйом і перенесення важких предметів)
2	Role-Physical (RP)	Рольове фізичне функціонування – оцінює вплив фізичного стану на повсякденну активність (роботу, виконання звичних обов'язків)
3	Bodily Pain (BP)	Інтенсивність болю та його вплив на здатність займатися повсякденною діяльністю
4	General Health (GH)	Загальний стан відображає стан здоров'я на момент дослідження, а також перспективи лікування та супротив хворобі
5	Vitality (VT)	Життєздатність – відображає ступінь життєвої активності, енергії та дій
6	Social Functioning (SF)	Соціальне функціонування – відображає ступінь обмеження соціальної активності (спілкування, проведення часу з рідними, близькими, друзями) фізичним чи емоційним станом
7	Role-Emotional (RE)	Рольове емоційне функціонування – передбачає оцінку ступеня впливу емоційного стану на виконання повсякденної роботи (включає збільшення затрат часу, зменшення об'єму та зниження якості виконання)
8	Mental Health (MH)	Психічне здоров'я – загальний показник позитивних емоцій, характеризує настрої

нарному лікуванні та відповідали вищенаведеним критеріям. Усі хворі дали згоду на проведення дослідження.

Первинне обстеження пацієнтів, шпиталізованих із гострим інсультом або рецидивом захворювання, проводилося після стабілізації стану хворого. Розподіл досліджуваних за віком відповідає популяції, розподіл відображено в таблиці 2.

Таблиця 2

Розподіл досліджуваних за віком

Вік	Стать	Інсульт (n=42)	
		Уперше (n=22)	Повторно (n=20)
Менше ніж 40 років	Чол.	-	-
	Жін.	-	-
Усього		0	0
40–49 років	Чол.	2 (9%)	1 (5%)
	Жін.	1 (4,5%)	-
Усього		3 (13,6%)	1 (5%)
50–59 років	Чол.	5 (22,7%)	3 (15%)
	Жін.	4 (18,2%)	2 (10%)
Усього		9 (41%)	5 (25%)
60–69 років	Чол.	4 (18,2%)	4 (20%)
	Жін.	4 (18,2%)	4 (20%)
Усього		8 (36,4%)	8 (40%)
Більше ніж 70 років	Чол.	1 (4,5%)	6 (30%)
	Жін.	1 (4,5%)	-
Усього		2 (9%)	6 (30%)
Усього		22 (52,4%)	20 (47,6%)

Згідно з ретроспективним аналізом історій хвороб пацієнтів, на стаціонарному лікуванні в цьому відділенні у 2018 році перебувало 1561 пацієнт, із них – 803 жінки та 758 чоловіків (рис. 1).

Проаналізовано інформацію стосовно пацієнтів з діагнозами, що відповідають за порушення мозкової діяльності, за 2018 рік (рис. 2).

Аналізуючи перше півріччя 2019 року, ми встановили, що на стаціонарному лікуванні у відділенні перебували хворі з діагнозом: внутрішньомозковий крововилив у мозочок із гіпер-

тензією – 31 особа; інфаркт мозку, викликаний неуточною закупоркою або стенозом мозкових артерій, – 338 осіб; інші транзиторні церебральні ішемічні атаки й пов'язані з ними синдроми – 35 осіб; наслідки внутрішньочерепного крововиливу – 23 особи; наслідки іншого нетравматичного внутрішньочерепного крововиливу з гіпертензією – 8 осіб; наслідки інфаркту мозку з гіпертензією – 84 особи; транзиторний церебральний ішемічний напад, неуточнений – 53 особи. Загалом у відділенні судинної неврології лікувалися 817 пацієнтів, із них – 445 чоловіків і 372 жінки, що наближено відповідає кількості хворих за I півріччя 2018 року. Причини виникнення більшої кількості інсультів у I півріччі не встановлено, що потребує подальших медичних і психологічних досліджень.

Результати дослідження якості життя пацієнтів відділення судинної неврології за опитувальником SF-36 ми зобразили на рис. 3.

Аналіз результатів за опитувальником SF-36 показав зниження показників якості життя за всіма шкалами. Нижчі показники відмічено в пацієнтів які переживали інсульт повторно, пояснюємо це тим, що пацієнти цієї групи є дещо старшими, і тим, що реабілітація після першого інсульту не принесла очікуваних результатів, крім того, досвід, отриманий під час попередньої реабілітації, є негативним: необхідність великих часових, енергетичних і матеріальних затрат. Часто повторні інсульти мали більш складні наслідки, ніж перші. Надія на видужання є незначною, що впливає на суб'єктивну оцінку якості життя.

Пацієнти, які вперше зіткнулися з хворобою, є молодшими, у них краща підтримка сім'ї, надія на лікування, реабілітацію та повне відновлення значно вища.

В обох групах низькі значення за шкалою «Фізичне функціонування», частина пацієнтів отримала повні чи часткові паралічі кінцівок, обмеження активності рекомендовано на перших етапах відновного лікування. Показники за цією шкалою загалом вищі у хворих, яким уперше

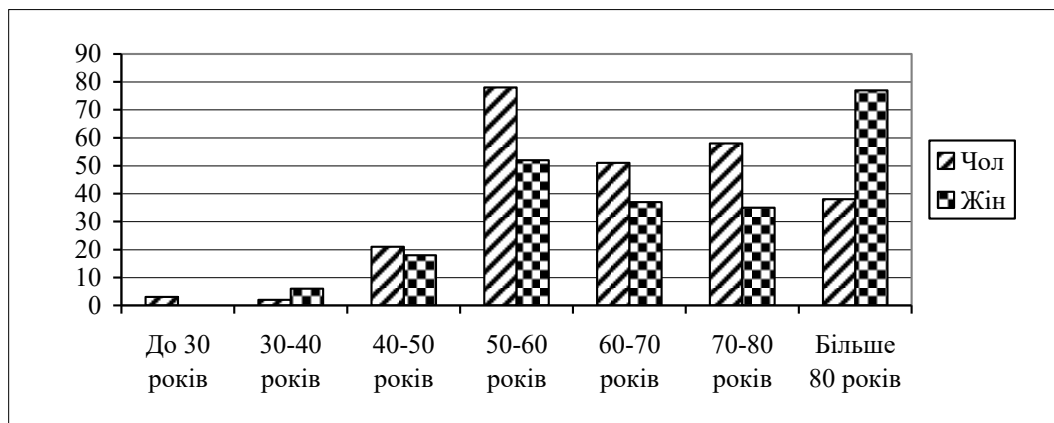


Рис. 1. Віковий розподіл хворих відділення судинної неврології з інфарктом мозку за 2018 рік

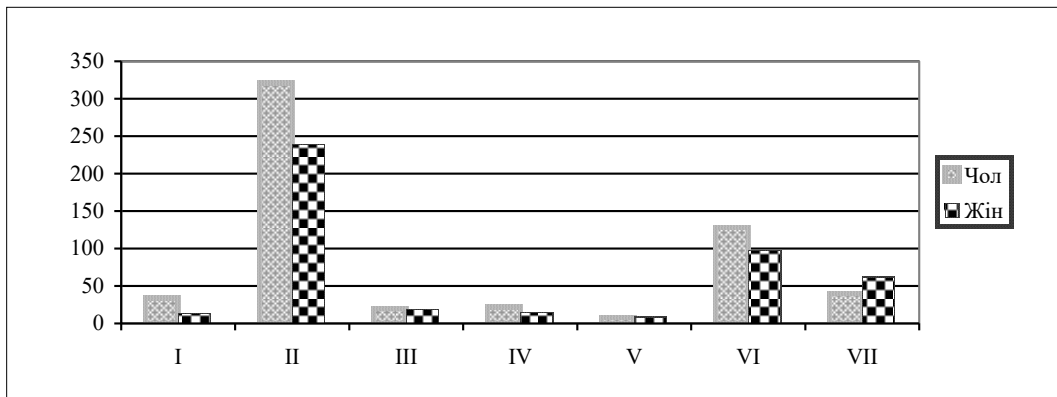


Рис. 2. Хворі з діагнозами, що відповідають за порушення мозкової діяльності: I – внутрішньомозковий крововилив у мозочок із гіпертензією; II – інфаркт мозку, викликаний неуточненою закупоркою або стенозом мозкових артерій; III – інші транзиторні церебральні ішемічні атаки й пов'язані з ними синдроми; IV – наслідки внутрішньочерепного крововиливу; V – наслідки іншого нетравматичного внутрішньочерепного крововиливу з гіпертензією; VI – наслідки інфаркту мозку з гіпертензією; VII – транзиторний церебральний ішемічний напад, неуточнений

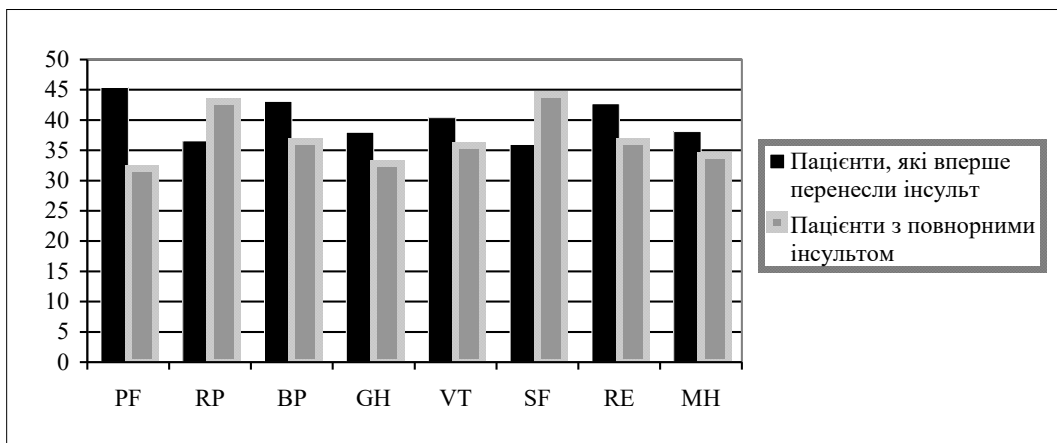


Рис. 3. Аналіз якості життя пацієнтів, які перенесли інсульт

поставили діагноз «інсульт». Такі пацієнти ще не пробували адаптуватися до побуту, у них відсутній досвід реабілітації. Причинами великого розкиду значень за шкалою є інтенсивність нападу, швидкість отримання першої допомоги, вік, тип ставлення до хвороби тощо. А також те, що, на нашу думку, такі пацієнти більш позитивно налаштовані на процес лікування й у повному обсязі ще не можуть оцінити та спрогнозувати стан свого здоров'я після лікування.

Інсульт у більшості випадків є не очікуваним, активна, життєдіяльна людина опиняється в ситуації бездіяльності, викинута зі звичного життєвого ритму, ролі, виконувани нею в сім'ї, втрачені, тому показники за шкалою «Рольове фізичне функціонування» є нижчими в I групі. Пацієнти II групи мають нижчі вимоги до себе, не відчувають різниці між попереднім своїм станом, тому середнє значення за шкалою є дещо вищим.

Молодші пацієнти тяжче переживають утрату соціальних контактів через обмеженість у спілкуванні з родичами, друзями, знайомими відчува-

ють фрустрацію, у зв'язку з цим показники за шкалою «Соціальне функціонування» є нижчими в першій групі. Старші пацієнти є адаптованими до самотності, соціальне життя для них має менше значення.

Низькі показники за шкалою «Загальний стан здоров'я» в обох групах. Це вказує на наявність проблем, які ускладнюють виконання повсякденного фізичного навантаження. Усе ж нижчі показники в групі старших пацієнтів, це пояснюється коморбідністю, віковими змінами тощо.

Низькі показники за шкалою «Рольове емоційне функціонування» вказують на суб'єктивне відчуття втрати контролю над важливою частиною життя пацієнта. Неможливість виконання повсякденної діяльності негативно впливає на їхній емоційний стан. У другій групі нижчі показники пов'язані з утратою надії на відновлення своїх життєвих позицій.

Низькі показники за шкалами «Життєздатність» і «Психічне здоров'я» вказують на втому на фізичному та емоційному рівнях, зниження життєвої

активності пацієнтів, наявність високого рівня тривожності, фрустрації й депресії. Результати за цими шкалами вимагають більш глибокого емпіричного дослідження.

Висновки. Аналіз якості життя хворих, які перенесли інсульт, дає змогу визначити причини зниження життєвої активності таких пацієнтів. Зокрема, виявлено відмінності якості життя пацієнтів, які вперше потрапили на лікування у відділення судинної неврології з діагнозом «інсульт», і хворими, які повторно лікуються.

У ході дослідження встановлено, що хвороба є вагомою причиною зниження якості життя хворого, додатковими чинниками зниження якості життя таких пацієнтів є вікові, індивідуально-психологічні, статеві відмінності, соціальні чинники, швидкість надання допомоги та повторність інсультів.

Існує потреба реалізації мультидисциплінарного підходу до реабілітації хворих, які перенесли інсульт. Членами команди мають стати лікар, психолог, фізичний реабілітолог, ерготерапевт, соціальний працівник.

Є необхідність розроблення функціональних стратегій діяльності окреслених спеціалістів з

метою підвищення якості й ефективності реабілітації таких осіб.

Література:

1. Лукьянчикова Л.В. Современный взгляд на проблему качества жизни больных, перенесших ишемический инсульт. *Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология»*. 2016. Т. 9. № 4. С. 64–72.
2. Медведкова С.А. Динамика показателей качества жизни больных в раннем восстановительном периоде мозгового ишемического полушарного инсульта. *Международный неврологический журнал*. 2013. № 4 (58). С. 15–22.
3. Нестерак Р.В., Гасюк М.Б. Якість життя хворих з гострим коронарним синдромом без елевації сегмента ST. *Молодий вчений*. 2018. № 5 (1). С. 9–13.
4. Якість життя у пацієнтів із вродженими вадами серця : практичний посібник. Київ : Вид. НПМЦДКК, 2016. 49 с.
5. Nesterak R.V., Gasyuk M.B. Pilot investigation of the method of interactive training of patients at the stage of medical rehabilitation and treatment *Deutscher Wissenschaftsherold. German Science Herald*. 2017. № 4. P. 38–41.

Hasiuk M. B., Shkrabiuk V. S., Kobets I. T. Quality of life patients who had a stroke

In the article an experimental study on the quality of life of the stroke patients has been conducted. The sample consisted of the patients who had a stroke for the first time and those with recurrent cases. The peculiarities of the quality of life of patients with impaired brain activity have been analyzed. The structural components of quality of life have been investigated, their characteristic features in the disease situation were determined. Based on a retrospective analysis of the case histories of patients with stroke, the distribution of patients according to the age and sex of the population was determined. The necessity of development of functional strategies of rehabilitation of such patients on the basis of a multidisciplinary approach with the involvement of a physician, psychologist, physician of physical rehabilitation, ergotherapist has been shown. It has been proven that suggested approach will ensure that the individual needs of each patient are taken into account, and will improve the quality and efficiency of rehabilitation.

Key words: stroke, quality of life, multidisciplinary approach, rehabilitation, adaptation.