

<https://doi.org/10.35339/msz.2019.83.02.08>

УДК 616.89-008.48:616-05:616.17-008.1:616.831-005.] -08+615.851+616-084

Т.П. Яворська

Харківська медична академія післядипломної освіти

СИСТЕМА ЗАХОДІВ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ, ОРІЄНТОВАНА НА ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'ЯЦЕНТРОВАНОЇ ПОВЕДІНКИ В ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Поведінкова складова в процесі лікування відіграє важливу роль у подоланні хвороби, впливаючи на ефективність терапії і ступінь відновлення здоров'я пацієнта. На базі Харківської обласної клінічної лікарні – Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф протягом 2016–2018 років обстежено 383 пацієнти з цереброваскулярною патологією на різних етапах розвитку захворювання та 47 умовно здорових осіб. У дослідженні використано Бостонський тест на стресостійкість, методику «Способи стресодолаючої поведінки» Р. Лазаруса та С. Фолкмана, опитувальники «Рівень комплаєнтності» та «ТОБОЛ». Показано, що заходи медико-психологічної допомоги пацієнтам із цереброваскулярною патологією залежать від етапу перебігу хвороби і рівня стресового ризику. Основним завданням психологічної допомоги хворим із кардіоваскулярним ризиком є модифікація життєвого стилю з формуванням здоров'яцентрованих навичок, пацієнтам із клінічними проявами – збільшення прихильності до лікування та корекція дезадаптивних поведінкових патернів, хворим після інсульту – активізація та пошук психологічних ресурсів для подолання наслідків хвороби. Розробка системи заходів медико-психологічного впливу для пацієнтів із цереброваскулярною патологією є важливою складовою комплексної медичної допомоги хворим даного контингенту.

Ключові слова: *стрес, копінг, комплаєнс, тип реагування на хворобу, цереброваскулярна патологія, медико-психологічна допомога, здоров'яцентрований підхід.*

Актуальність

Цереброваскулярну патологію (ЦВП) у площині медицини визначають порушення фізичного здоров'я, рухова і мовна дисфункції, у психологічному вимірі – психоемоційні зміни, психічні розлади (афективні, когнітивні), у психосоціальному – зниження соціальної активності, зростання залежності та потреби у сторонній допомозі [1–4].

Цереброваскулярна патологія розвивається переважно на тлі передіснуючих патологічних станів чи захворювань, таких як серцево-судинні, хвороби згортання крові, ожиріння, цукровий діабет, васкуліти, черепно-мозкові травми та

остеохондроз [5]. Даний факт, з одного боку, визначає системну специфіку перебігу патологічних станів в організмі пацієнта, тоді як з другого – може відображати особливості поведінки хворих у лікувальному процесі, що впливають на результати лікування, зокрема на частоту й тяжкість ускладнень.

Особистісні властивості, способи подолання стресових ситуацій, тип відношення до захворювання, внутрішня картина хвороби, прихильність до лікування, соціомедичні звички, рівень медичної освіченості виступають важливими психологічними і психосоціальними чинниками, що значною мірою здатні впливати

© Т.П. Яворська, 2019

на ефективність лікування. Відповідно, існує потреба в їхньому вивченні та розробці заходів психологічної корекції [6–9].

Для пацієнтів із ЦВП застосовують різні методи психологічної допомоги – когнітивно-поведінкову психотерапію, арт-терапію, групову психотерапію, які дають позитивні результати щодо покращання якості життя й модифікації життєвого стилю [10–13].

Мета даного дослідження – розробити систему заходів медико-психологічної допомоги, орієнтовану на формування здоров'яцентрованої поведінки, пацієнтам із цереброваскулярною патологією на різних етапах перебігу захворювання.

Матеріал і методи

Із дотриманням принципів етики й деонтології на базі Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Харківської обласної клінічної лікарні впродовж 2016–2018 років проведено психологічне обстеження 430 осіб, із яких 383 пацієнти з ЦВП на різних етапах розвитку (основна група – ОГ) та 47 опитаних без соматичних захворювань (група порівняння – ГП).

Основну групу було розподілено на три групи за критерієм етапу перебігу ЦВП:

1-ша (Г1) – 122 пацієнти, які мали низку чинників кардіоваскулярного ризику, зумовлених серцево-судинною патологією: у 59,8 % опитаних діагностовано гіпертонічну хворобу та у 40,2 % – ішемічну хворобу серця;

2-га (Г2) – 134 пацієнти з клінічно розгорнутою симптоматикою ЦВП із тривалістю до 2 років;

3-тя (Г3) – 127 хворих після ішемічного мозкового інсульту в періоді від 6 місяців до 1,5 року.

У вибірці 58,5 % становили чоловіки та 41,5 % – жінки. Вік опитаних варіювався від 37 до 68 років.

Розподіл на групи залежно від етапності ЦВП забезпечить виявлення поведінкових, особистісних, психосоціальних особливостей, які визначають розвиток і перебіг даної патології.

Поведінкову складову «антистресової» активності оцінювали за такими методиками: «Способи стрес-долаючої поведінки» (Ways of Coping Questionnaire Р. Лазаруса и С. Фолкмана, WCQ), опитувальником «Рівень комплаєнтності» (Р.В. Кади́ров, О.Б. Асріян, С.А. Ковальчук), опитувальником «ТОБОЛ» (Л.І. Вас-

серман, А.Я. Вукс, Б.В. Іовлев, Е.Б. Карпова). Розподіл на підгрупи залежно від рівня стресового ризику: помірного, високого та надвисокого – здійснювали на основі Бостонського тесту на стресостійкість (тест «Аналіз стилю життя»). Отримані результати оброблено статистично з використанням MS Excel v. 8.0.3.

Результати та їх обговорення

Виявлено відмінності спектра копінгу у здорових опитаних та пацієнтів із ЦВП на різних етапах розвитку, що відображало трансформацію профілю стрес-долаючої поведінки під впливом стресу, пов'язаного з соматичним станом. У континуумі «умовно здорові – група з кардіоваскулярним ризиком – клінічні ознаки ЦВП – після мозкового інсульту» в пацієнтів Г1, Г2 та Г3 у порівнянні з показниками осіб ГП було визначено вищу напруженість копінг-стратегій конфронтації [(44,9±10,5) бала в осіб ГП, (51,2±11,5) бала у хворих Г1, (51,7±14,9) бала – у Г2 та (50,5±13,9) бала – у Г3], дистанціювання [відповідно (40,8±13,6); (47,6±14,9); (49,2±15,6) та (53,5±15,6) бала], звернення до соціальної підтримки [(48,0±12,6); (47,9±13,0); (50,5±17,2) та (56,0±14,7) бала], уникнення [(38,6±11,4); (42,2±12,2); (42,2±11,6) та (45,7±12,7) бала], а також нижчу напруженість стрес-долаючої поведінки у вигляді вирішення проблеми у хворих Г2 та Г3 на відміну від показників обстежених ГП та Г1 [(44,8±12,1); (44,9±13,8); (43,9±12,2); та (39,3±12,1) бала], *рис. 1*. За стратегіями самоконтролю, відповідальності та позитивного переоцінювання відмінностей не виявлено.

Таким чином, у хворих Г1, Г2 та Г3 копінг характеризувався вищою напруженістю, ніж у здорових осіб, був наявний дисбаланс форм копінгу з низькою і високою ефективністю подолання стресу: домінували конфронтація, дистанціювання, уникнення на протигагу вирішенню проблем та позитивному переоцінюванню. Крім того, збільшувалось значення копінг-стратегії, орієнтованої на соціальну підтримку.

Підвищений стресовий ризик поєднувався з неадаптивним копінг-профілем та використанням менш ефективних способів подолання стресу, а саме: інтенсивним застосуванням таких стратегій копінгу, як дистанціювання, уникнення, високою напруженістю конфронтації, зверненням до психосоціального ресурсу, зниженням здатності до вирішення проблем.

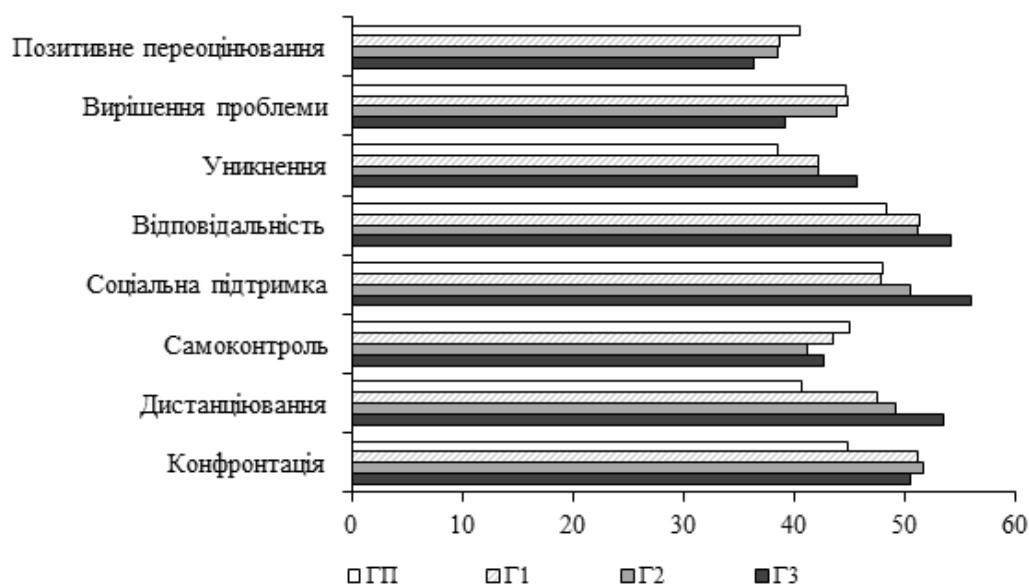


Рис. 1. Копінг у обстежених досліджуваних груп

За поєднання високої напруженості стратегій конфронтації, відповідальності, дистанціювання, уникнення з підвищеним стресовим ризиком у пацієнтів із ЦВП визначено дезадаптивний поведінковий патерн із високим ризиком розвитку стрес-асоційованих розладів.

Особливу категорію становили пацієнти після інсульту внаслідок значної зміни психологічного й соматичного статусу, що виражалося у дисбалансі адаптивних і неадаптивних копінг-стратегій із різким переважанням напруженості останніх.

Зазначене вказувало на наявність специфічної поведінкової диспозиції та формування нестійкого копінг-профілю в пацієнтів на різних етапах ЦВП, що було підґрунтям для розвитку стрес-асоційованих психосоматичних зрушень та створювало недостатню протидію наявному стресу.

Розвиток захворювання та поява симптомів хвороби, усвідомлення обмежень і життєвих змін, що супроводжували нездоров'я, свідчили про зміни відношення до хвороби з формуванням більш складних і тяжких її проявів. У континуумі «умовно здорові – група хворих із кардіоваскулярним ризиком – клінічні ознаки ЦВП – після мозкового інсульту» виявлено зменшення частки адаптивних (46,8 % обстежених ГП, 36,9 % хворих Г1, 29,8 % – Г2 та 15,0 % – Г3) та змішаних у складі з адаптивним типів реагування на захворювання (відповідно 23,4; 23,0; 15,7 та 10,2 %),

а також збільшення частки типів з інтрапсихічною (21,3 % обстежених ГП, 24,65 % хворих Г1, 29,1 % – у Г2 та 28,3 % – у Г3) та інтерпсихічною дезадаптацією (2,1; 5,7; 11,2 та 22,0 %), змішаного типу у складі з декількома дезадаптивними типами (6,4; 9,8; 14,2 та 24,5 %), що клінічно виявлялось зростанням внутрішнього психічного напруження та погіршенням психосоціальної адаптації пацієнтів.

Проаналізувавши тип відношення до захворювання залежно від рівня стресового ризику, ми виявили переважання типів з інтрапсихічною та інтерпсихічною дезадаптацією в підгрупах із високим та надвисоким стресовим ризиком. Психологічний профіль ставлення до хвороби в осіб із помірним стресовим ризиком характеризувався реалістичним сприйняттям стану здоров'я, прийняттям відповідальності за результати лікування, достатнім рівнем соціальної активності. Пацієнтам із високим стресовим ризиком були властиві анозогнозична та тривожна реакції на хворобу із такими проявами, як заперечення, зменшення значущості хвороби, або, навпаки, зростання психічного напруження, виражені зміни у психосоціальній сфері. Профіль пацієнтів із надвисоким стресовим ризиком супроводжувався вираженою тривогою, поєднанням дратівливої слабкості та напруженості, сконцентрованістю на розладах здоров'я, порушенням соціального функціонування.

У здорових пацієнтів та осіб із кардіоваскулярним ризиком виявлено середньовисокий рівень поведінкової комплаєнтності, що вказувало на готовність дотримуватись лікарських призначень та виконання дій, спрямованих на подолання хвороби, цілеспрямованість та сприяння терапії в процесі лікування, *таблиця*. У хворих із клінічними проявами ЦВП та після мозкового інсульту визначено розподілення поведінкової комплаєнтності на два варіанти: активно-усвідомлений варіант із високими показниками та пасивно-гіпнозогностичний – із низькими. Таким чином, із клінічним

рівня стресового ризику розроблено диференційовану програму психологічних заходів.

Основними завданнями медико-психологічної допомоги щодо формування здоров'я-центрованої поведінки були такі.

У пацієнтів із кардіоваскулярним ризиком до них належать:

- ідентифікація поведінкових стресових чинників із формуванням і закріпленням здорових звичок – модифікація життєвого стилю (руховий режим, харчування);
- усвідомлення особливостей власного стилю подолання стресових ситуацій з його

Структура поведінкової складової комплаєнса в обстежених, %

Рівень	ГП (n=47)	Г1 (n=122)	Г2 (n=134)	Г3 (n=127)
Низький	17,0±3,8	24,6±4,3	32,1±4,7	39,4±4,9
Середній	53,2±5,0	44,3±5,0	34,3±4,7	37,8±4,8
Високий	29,8±4,6	31,1±4,6	33,6±4,7	22,8±4,2

розвитком ЦВП формувалася певний поведінковий стиль прихильності до терапії у вигляді дієвої або бездіяльної позиції в лікувальному процесі. Низькій поведінковій комплаєнтності були притаманні непослідовність дотримання лікарських призначень, імпульсивність поведінки, її залежність від емоційного стану, орієнтація на задоволення бажань усупереч терапевтичним задачам, знецінення фактів про хворобу.

У хворих із помірним стресовим ризиком визначали порівняно високий рівень комплаєнтності, у осіб із високим ризиком – знижений, тоді як у пацієнтів із надвисоким стресовим ризиком – низький. Підвищений стресовий ризик незалежно від належності опитуваних до групи поєднувалася зі змінами комплаєнтності у вигляді зростання емоційної складової і зниження – поведінкової.

Виявлено, що в осіб із високим і надвисоким стресовим ризиком клініко-психологічний феномен дисоціації форми психологічної відповіді на захворювання й лікування, в основі якого лежало зростання ролі психологічних механізмів захисту й активізації копінг-стратегій, орієнтованих різноспрямовано на вирішення проблеми чи, навпаки, на відсторонення від неї.

На основі отриманих результатів виокремлено поведінкові мішені медико-психологічної допомоги пацієнтам із ЦВП, *рис. 2*.

З огляду на розбіжності поведінкових патернів залежно від етапу розвитку ЦВП та

корекцією (розширення репертуару застосовуваних копінг-стратегій, застосування ефективних форм копінгу);

- покращання прихильності до лікування серцево-судинного захворювання.

Хворим із клінічними проявами ЦВП у вигляді транзиторних ішемічних атак основними завданнями медико-психологічної допомоги були:

- формування реалістичного відношення до хвороби як основи для реалізації відповідного до ситуації стилю поведінки в процесі терапії;
- підвищення прихильності до лікування (дотримання лікарських рекомендацій, установлення партнерських стосунків, прийняття відповідальності за результат, активність у лікувальному процесі).

У пацієнтів після ішемічного інсульту медико-психологічна допомога полягала в такому:

- мотивування на особистісну активність та участь у лікувальних заходах та реабілітації;
- стимулювання пошуку внутрішніх і зовнішніх ресурсів для виходу зі стресової ситуації;
- налагодження взаємодії з оточуючими (родичами, медичними працівниками) задля посилення психосоціальної складової допомоги.

Реалізація наведених завдань дозволить сконцентрувати зусилля на профілактиці розвитку хвороби, її ускладнень та зосередитись на відновленні у випадку настання судинної катастрофи.

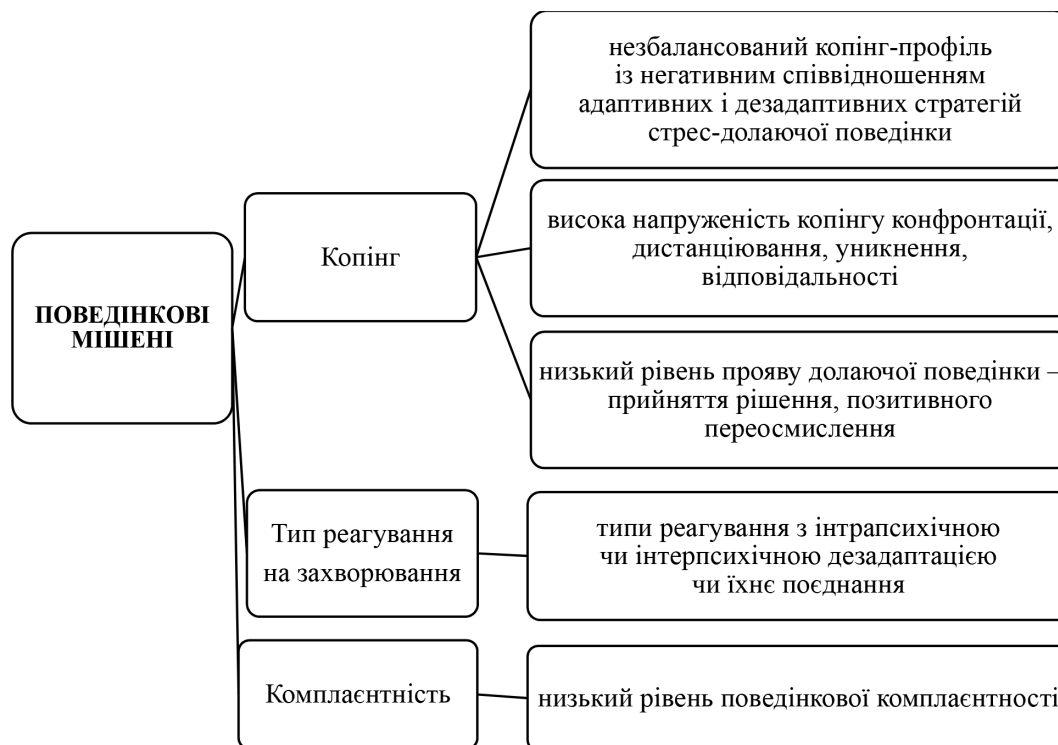


Рис. 2. Поведінкові мішені медико-психологічної допомоги в пацієнтів із цереброваскулярною патологією

Висновки

У пацієнтів із цереброваскулярною патологією особливості стрес-долаючої поведінки, комплаєнтність та тип відношення до захворювання визначають особистісну поведінкову модель антистресової активності під час хвороби.

Підвищений стресовий ризик супроводжується дезадаптуючим поведінковим стилем протидії стресу, що потребує розробки заходів медико-психологічної допомоги, спрямованих на його корекцію.

Заходи медико-психологічної допомоги пацієнтам на різних етапах розвитку цереброваскулярної патології мають відмінності: у групі ризику особливу увагу слід приділяти модифікації життєвого стилю з формуванням здоров'яцентрованих навичок, у групі пацієнтів із клінічними проявами – збільшенню прихильності до лікування та корекції дезадаптивних поведінкових патернів, а у групі хворих після інсульту – активізації та пошуку психологічних ресурсів для подолання наслідків хвороби.

Список літератури

1. Global and regional burden of stroke during 1990–2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010 / V. L. Feigin, M. H. Forouzanfar, R. Krishnamurthi [et al.] // *Lancet*. – 2014. – Vol. 383, № 9913. – P. 245–254.
2. Хвороби системи кровообігу в Україні як одна з характеристик суспільного здоров'я / О. Я. Бабак, В. І. Дроздова, А. А. Бабець [та ін.] // *Український терапевтичний журнал*. – 2017. – № 1. – С. 4–11.
3. Маврова М. В. Медико-психологічні аспекти розвитку та перебігу хвороб системи кровообігу / М. В. Маврова, В. В. Бабич // *Новости медицины и фармации*. – 2008. – № 243. *Неврология и психиатрия. Тематический выпуск*. – С. 71–74.
4. Neurocognitive functioning in adults with congenital heart disease / D. Pardi, K. E. Ono, R. McCartney [et al.] // *Congenit. Heart Dis.* – 2017. – Vol. 12 (2). – P. 66–173.
5. Коморбідність і високий кардіоваскулярний ризик – ключові питання сучасної медицини / Г. Д. Фадеєнко, О. Є. Гріднев, А. О. Несен [та ін.] // *Український терапевтичний журнал*. – 2013. – № 1. – С. 102–107.

6. The response to receiving phenotypic and genetic coronary heart disease risk scores and lifestyle advice – a qualitative study / G. Shefer, B. Silarova, J. Usher-Smith, S. Griffin // *BMC Public Health*. – 2016. – Vol. 16 (1). – P. 1221.
7. The impact of medication adherence on clinical outcomes of coronary artery disease: A meta-analysis / L. Du, Z. Cheng, Y. Zhang [et al.] // *Eur. J. Prev. Cardiol.* – 2017. – Vol. 24 (9). – P. 962–970.
8. *Astin F.* Managing lifestyle change to reduce coronary risk: a synthesis of qualitative research on peoples' experiences / F. Astin, J. Horrocks, S. J. Closs // *BMC Cardiovasc. Disord.* – 2014. – Vol. 14. – P. 96.
9. Resistance to change: Role of relationship and communal coping for coronary heart disease patients and their partners in making lifestyle changes / N. K. Nissen, M. Jonsdottir, H. Spindler, A. O. Zwisler // *Scand. J. Public Health*. – 2018. – Vol. 46 (6). – P. 659–666.
10. A systematic review of the benefits of mindfulness-based interventions following transient ischemic attack and stroke / M. Lawrence, J. Booth, S. Mercer, E. Crawford // *Int. J. Stroke*. – 2013. – Vol. 8 (6). – P. 465–474.
11. Training in positivity for stroke? A qualitative study of acceptability of use of Positive Mental Training (PosMT) as a tool to assist stroke survivors with post-stroke psychological problems and in coping with rehabilitation / N. Mavaddat, S. Ross, A. Dobbin [et al.] // *NeuroRehabilitation*. – 2017. – Vol. 40 (2). – P. 259–270.
12. *Lund A.* Enjoyable company in sharing stroke experiences; lifestyle groups after stroke / A. Lund, M. Melhus, U. Sveen // *Scand. J. Occup. Ther.* – 2018. – Vol. 25, issue 2. – P. 127–135.
13. Creative art therapy to enhance rehabilitation for stroke patients: a randomized controlled trial / R. Kongkasuwan, K. Voraakhom, P. Pisolayabutra [et al.] // *Clin. Rehabil.* – 2016. – Vol. 30, issue 10. – P. 1016–1023.

References

1. Feigin V.L., Forouzanfar M.H., Krishnamurthi R., Mensah G.A., Connor M., Bennett D.A. et al. (2014). Global and regional burden of stroke during 1990–2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, vol. 383, № 9913, pp. 245–254.
2. Babak O.Ya., Drozdova V.I., Babets A.A., Stepanova L.H., Omelnytska L.V. (2017). Khvoroby systemy krovoobihu v Ukraini yak odna z kharakterystyk suspilnoho zdorovia [Diseases of the blood circulation system in Ukraine as one of the characteristics of public health]. *Ukrainskyi terapevtychnyi zhurnal – Ukrainian Therapeutical Journal*, № 1, pp. 4–11 [in Ukrainian].
3. Markova M.V., Babych V.V. (2008). Medyko-psykholohichni aspekty rozvytku ta perebihu khvorob systemy krovoobihu [Medico-psychological aspects of development and recovery of the blood circulation system]. *Novosti medycyny i farmatsii – News of Medicine and Pharmacy*, № 243 Nevrolohiiia i psikhiiatriia. Tematicheskii vypusk, pp. 71–74 [in Ukrainian].
4. Ilardi D., Ono K.E., McCartney R., Book W., Stringer A.Y. (2017). Neurocognitive functioning in adults with congenital heart disease. *Congenit. Heart Dis.*, vol. 12 (2), pp. 66–173.
5. Fadiencko H.D., Hridnev O.Ye., Nesen A.O., Chernyshov V.A., Hrunchenko M.M., Shkapo V.L. (2013). Komorbidity i vysokyi kardiovaskuliarnyi ryzyk – kliuchovi pytannia suchasnoi medycyny [Comorbidity and high cardiovascular risk are crucial issues in modern medicine]. *Ukrainskyi terapevtychnyi zhurnal – Ukrainian Therapeutical Journal*, № 1, pp. 102–107 [in Ukrainian].
6. Shefer G., Silarova B., Usher-Smith J., Griffin S. (2016). The response to receiving phenotypic and genetic coronary heart disease risk scores and lifestyle advice – a qualitative study. *BMC Public Health*, vol. 16 (1), pp. 1221.
7. Du L., Cheng Z., Zhang Y., Li Y., Mei D. (2017). The impact of medication adherence on clinical outcomes of coronary artery disease: A meta-analysis. *Eur. J. Prev. Cardiol.*, vol. 24 (9), pp. 962–970.
8. Astin F., Horrocks J., Closs S.J. (2014). Managing lifestyle change to reduce coronary risk: a synthesis of qualitative research on peoples' experiences. *BMC Cardiovasc. Disord.*, vol. 14, pp. 96.
9. Nissen N.K., Jonsdottir M., Spindler H., Zwisler A.O. (2018). Resistance to change: Role of relationship and communal coping for coronary heart disease patients and their partners in making lifestyle changes. *Scand. J. Public Health*, vol. 46 (6), pp. 659–666.
10. Lawrence M., Booth J., Mercer S., Crawford E. (2013). A systematic review of the benefits of mindfulness-based interventions following transient ischemic attack and stroke. *Int. J. Stroke*, vol. 8 (6), pp. 465–474.

11. Mavaddat N., Ross S., Dobbin A., Williams K., Graffy J., Mant J. (2017). Training in positivity for stroke? A qualitative study of acceptability of use of Positive Mental Training (PosMT) as a tool to assist stroke survivors with post-stroke psychological problems and in coping with rehabilitation. *NeuroRehabilitation*, vol. 40 (2), pp. 259–270.

12. Lund A., Melhus M., Sveen U. (2018). Enjoyable company in sharing stroke experiences; lifestyle groups after stroke. *Scand. J. Occup. Ther.*, vol. 25, issue 2, pp. 127–135.

13. Kongkasuwan R., Voraakhom K., Pisolayabutra P., Maneechai P., Boonin J., Kuptniratsaikul V. (2016). Creative art therapy to enhance rehabilitation for stroke patients: a randomized controlled trial. *Clin. Rehabil.*, vol. 30, issue 10, pp. 1016–1023.

Т.П. Яворская

СИСТЕМА МЕРОПРИЯТИЙ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ, ОРИЕНТИРОВАННАЯ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЕЦЕНТРИРОВАННОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Поведенческая составляющая в процессе лечения играет важную роль в преодолении болезни, влияя на эффективность терапии и степень восстановления здоровья пациента. На базе Харьковской областной клинической больницы – Центра экстренной медицинской помощи и медицины катастроф на протяжении 2016–2018 годов обследовано 383 пациента с цереброваскулярной патологией на разных этапах течения болезни и 47 условно здоровых лиц. В исследовании использованы Бостонский тест на стрессоустойчивость, методика «Способы преодолевающего поведения» Р. Лазаруса и С. Фолкмана, опросники «Уровень комплаентности» и «ТОБОС». Показано, что мероприятия медико-психологической помощи пациентам с цереброваскулярной патологией зависят от этапа течения болезни и уровня стрессового риска. Основной задачей психологической помощи больным с кардиоваскулярным риском является модификация жизненного стиля с формированием здоровьесцентрированных навыков, пациентам с клиническими проявлениями – увеличение приверженности к лечению и коррекция дезадаптивных поведенческих паттернов, больным после инсульта – активизация и поиск психологических ресурсов для преодоления последствий болезни. Разработка системы мер медико-психологического воздействия для пациентов с цереброваскулярной патологией является важной составляющей комплексной медицинской помощи больным данного контингента.

Ключевые слова: стресс, копинг, комплаенс, тип реагирования на болезнь, цереброваскулярная патология, медико-психологическая помощь, здоровьесцентрированный подход.

Т.Р. Yavorska

SYSTEM OF PSYCHOLOGICAL HELP DIRECTED ON FORMING HEALTH-CENTERED BEHAVIOR IN PATIENTS WITH CEREBROVASCULAR PATHOLOGY

The behavioral component in treatment plays an important role influencing the effectiveness of therapy and recovery. At Kharkiv Regional Clinical Hospital – Emergency and Emergency Medicine Center during 2016–2018, observed 383 patients with cerebrovascular pathology on different stage of diseases and 47 healthy persons. In research we used Boston Stress Test, Ways of Coping Questionnaire, questionnaire «Level of compliance» and questionnaire «Type of psychological reaction on the disease». It was shown that the measures of medical and psychological assistance to patients with cerebrovascular pathology depend on the stage of the disease and the level of stress risk. The main task of psychological assistance to patients with cardiovascular risk is life style modification with the formation of health-centered skills, to patients with clinical manifestations is increased adherence to treatment and to correct maladaptive behavioral patterns, to patients after a stroke is activation and search for psychological resources to overcome the consequences of the disease. Development system of psychological help for patients with cerebrovascular pathology is an important part of the complex medical help to patients of this contingent.

Keywords: stress, coping, compliance, type of psychological reaction on the disease, cerebrovascular pathology, psychological help, health-centered approach.

Надійшла 27.03.19

Відомості про автора

Яворська Тетяна Петрівна – кандидат медичних наук, лікар Харківської обласної клінічної лікарні – Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, асистент кафедри ультразвукової діагностики Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України.

Адреса: 61058, м. Харків, пр. Незалежності, 13, Харківська обласна клінічна лікарня;

61176, м. Харків, вул. Амосова, 58, ХМАПО.

Тел.: +38(050)705-94-66.

E-mail: yavorska.tp@gmail.com.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7654-5195>.