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

Т. П. Яворська, М. В. Маркова

КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ СПЕКТР ТА СТРУКТУРА ЧИННИКІВ СТРЕСОВОГО РИЗИКУ У ПАЦІЄНТІВ З ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Т. П. Яворская, М. *В. Маркова*

Клинико-психологический спектр и структура факторов стрессового риска у пациентов с цереброваскулярной патологией

T. P. Yavorska, M. V. Markova

Clinical-psychological spectrum and structure of stress-risk factors in patients with cerebrovascular diseases

В основу роботи покладені результати клініко-психологічного й психодіагностичного дослідження 383 пацієнтів з цереброваскулярною патологією (ЦВП) різного ступеня прояву: від високого ризику розвитку захворювання внаслідок наявності факторів кардіоваскулярного ризику — до судинної катастрофи в анамнезі.

Виявлено, що більший рівень стресового навантаження у пацієнтів з високим кардіоваскулярним ризиком та ЦВП зумовлений високою інтенсивністю поведінкових та психоемоційних стресспотенціюючих чинників. З прогресуванням ЦВП роль психоемоційної складової стресового навантаження зростає, що вказує на вагому роль психічних паттернів у перебігу патології. Фізичне нездоров'я є одним з основних стресспотенціюючих чинників, що запускає каскад психологічних і поведінкових реакцій.

Вищий рівень стресового навантаження, вплив широкого спектра стресспотенціюючих чинників, особливо психоемоційного ґенезу, у пацієнтів з кардіоваскулярним ризиком та ЦВП дають підстави стверджувати про нагальну потребу розроблення, організації та впровадження медико-психологічних заходів для цього контингенту хворих на засадах здоров'яцентрованого підходу.

Ключові слова: цереброваскулярна патологія, психосоціальний стрес, стресспотенціюючі чинники, поведінкові фактори, психоемоційні фактори

В основу работы положены результаты клинико-психологического и психодиагностического обследования 383 пациентов с цереброваскулярной патологией (ЦВП) разной степени проявления: от высокого риска развития заболевания вследствие наличия факторов кардиоваскулярного риска — до сосудистой катастрофы в анамнезе.

Выявлено, что больший уровень стрессовой нагрузки у пациентов с высоким кардиоваскулярным риском и ЦВП обусловлен высокой интенсивностью поведенческих и психоэмоциональных стресспотенцирующих факторов. С прогрессированием ЦВП роль психоэмоциональной составляющей стрессовой нагрузки возрастает, что указывает на важную роль психических паттернов в течении патологии. Физическое нездоровье выступает одним из основных стресс-потенцирующих факторов, который запускает каскад психологических и поведенческих реакций.

Высокий уровень стрессовой нагрузки, влияние широкого спектра стресспотенцирующих факторов, особенно психоэмоционального генеза, у пациентов с кардиоваскулярным риском и ЦВП дают основания утверждать о необходимости разработки, организации и внедрения медико-психологических мероприятий для данного контингента больных на основе здоровьецентрированного подхода.

Ключевые слова: цереброваскулярная патология, психосоциальный стресс, стресспотенцирующие факторы, поведенческие факторы, психоэмоциональные факторы

The research includes clinical, psychological and psychodiagnostic observation of 383 patients with cerebrovascular pathology (CVP) of varying levels of manifestation: from a high risk of developing a disease due to the presence of cardiovascular risk factors (with its clinical and laboratory verification), to a vascular catastrophe in anamnesis.

It was revealed that the higher level of stress in patients with high cardiovascular risk and CVP caused by high intensity of behavioral and psychoemotional stress-potentiating factors. With the progression of the disease, the role of the psychoemotional stress component is increasing, which indicates about the important role of mental patterns in the course of pathology. Health problems is one of the main stress-potentiating factors that triggers a cascade of psychological and behavioral reactions.

The higher level of stress, the influence of a wide range of stress-potentiating factors, especially psychoemotional genesis, in patients with cardiovascular risk and CVP, suggest the need to developing, organizing and implementing psychological measures for this contingent of patients based on a health-centered approach.

Key words: cerebrovascular pathology, psychosocial stress, stress-potentiating factors, behavioral stress factors, psychoemotional stress factors.

Кінець XX — початок XXI ст. ознаменувалися світовою тенденцією епідеміологічного переходу від інфекційного до переважно неінфекційного типу патології, збільшенням тягаря хвороб і потреб у послугах охорони здоров'я колективного та індивідуального характеру [1]. За свідченням експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), неінфекційні захворювання в XXI столітті стали одною із головних проблем для систем охорони здоров'я, що негативно впливає на сталий розвиток і соціально-економічну структуру країн світу [2]. За рівнем глобального тягаря хвороб, в Україні, як і в світі, лідирують судинні захворювання, які становлять основну проблему сучасної медицини, незважаючи на всі зусилля, яких докладають у системі охорони здоров'я [1]. Рівень смертності від серцево-судинної та цереброваскулярної патології (ЦВП) в останні роки невпинно підвищується: станом на 2016 рік в Україні цей показник перевищив 1000 на 100 тис. населення; становить близько 68 % загальної структури смертності; втричі перевищує рівень смертності у зв'язку з онкологічними, а й іншими захворюваннями [3, 4]. Важливо, що у структурі причин смерті при серцево-судинних захворюваннях 2015 року, за свідченням В. М. Коваленка, частка ішемічної хвороби серця становила 68,9 %; цереброваскулярної хвороби — 19,7 %, мозкових інсультів — 8,3 %; інфаркту міокарда (усі форми) — 2,5 % (тобто майже у 3,5 рази менше, ніж для інсультів) [4].

Водночас, ВООЗ зазначає, що боротьба з епідемією неінфекційних захворювань і факторами ризику їх розвитку дозволяє врятувати мільйони людських життів і зменшити стрімко зростаючі витрати на медичну допомогу [2]. Їх інтенсивне вивчення протягом останніх десятиліть виявило спільні фактори ризику розвитку найпоширеніших серцево-судинних, цереброваскулярних захворювань, ожиріння, цукрового діабету тощо, серед яких провідна роль належить способу життя особистості [5, 6]. За свідченням дослідників, на теперішній час зростає

© Яворська Т. П., Маркова М. В., 2018

вразливість сучасного світу, що пов'язане з поширенням численних поведінкових факторів ризику та появою нових загроз для громадського здоров'я [1]. Отже, ВООЗ наголошено політику підтримки дослідницьких проектів з оцінки наявних факторів ризику неінфекційних захворювань та визначення ефективності дій з їх подоланням.

Серед ситуативних факторів ризику, які підлягають попередженню через вжиття заходів як на популяційному, так і індивідуальному рівнях, першочерговими вважаються тютюнопаління, нераціональне харчування, фізична інертність, шкідливе вживання алкоголю, артеріальна гіпертензія, діабет, гіперліпідемія. Доведено, що відмова від паління, зменшення вживання солі (менше ніж 5 г на добу), збільшення вживання овочів і фруктів, регулярна фізична активність, запобігання шкідливому впливу вживання алкоголю — зменшує ризик розвитку серцево-судинної та цереброваскулярної патології. Як визначальні фактори ризику при цьому розглядають спадковість, низький соціально-економічний статус і психосоціальний стрес [2, 7].

Незважаючи на той факт, що зв'язок між психосоціальним стресом і розвитком ЦВП переконливо доведений зарубіжними і вітчизняними дослідженнями, починаючи з 60-х років минулого століття [8—15], такі дослідження проводяться й дотепер. Сучасні дослідники наголошують, що емоційний стрес та його наслідки все ще недооцінюють клініцисти та дослідники як фактор ризику, модифікація якого може суттєво вплинути на епідеміологію та прогноз ЦВП [16—18].

Отже, з огляду на наведене, гіпотезою цієї роботи стало твердження, що особливості спектра поведінкових та психоемоційних стрес-потенціюючих чинників як складових життєвого стилю пацієнтів на різних стадіях розвитку ЦВП розкривають змістовні механізми формування дезадаптивних станів протягом перебігу, лікування та відновлення після хвороби та їх треба розглядати як мішені системи заходів медико-психологічної корекції і підтримки в контексті холістичного здоров'яцентрованого підходу.

Мета роботи — оцінити особливості спектра поведінкових та психоемоційних стрес-потенціюючих чинників у хворих з цереброваскулярною патологією в динаміці її розвитку як мішені медико-психологічної допомоги цьому контингенту.

На базі Харківської обласної клінічної лікарні — центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф протягом 2016—2018 років було обстежено 383 пацієнти з ЦВП різного ступеня прояву (основна група — ОГ), від високого ризику розвитку захворювання внаслідок наявності факторів кардіоваскулярного ризику (КВР) (з його клініко-лабораторною верифікацією з визначенням ліпідного профілю) — до судинної катастрофи в анамнезі. В дослідження були включені 122 пацієнти, які мали серцево-судинні захворювання з високим ризиком розвитку ЦВП — група 1 (Г1), 134 пацієнти з клінічними проявами ЦВП у вигляді транзиторних ішемічних атак (ТІА) в анамнезі — група 2 (Г2), та 127 пацієнтів, які перенесли ішемічний мозковий інсульт (МІ) — група 3 (Г3).

Критеріями включення для учасників дослідження були високий ризик чи клінічно розгорнута картина ЦВП, які розвинулися на фоні серцево-судинних захворювань у вигляді гіпертонічної хвороби та ішемічної хвороби серця, верифіковані клініко-лабораторним методом; відсутність психіатричного та наркологічного анамнезу, порушень свідомості та психотичних станів на момент огляду.

Критеріями виключення були наявність в анамнезі психічних та поведінкових розладів, тяжкої супутньої соматичної патології (стани декомпенсації), виражених соматичних захворювань (окрім серцево-судинної та ЦВП), перебіг яких може вплинути на психічний стан пацієнтів.

Поділ пацієнтів саме на такі групи, на нашу думку, дозволить простежити вплив поведінкових, особистісних, психосоціальних факторів на розвиток та перебіг ЦВП на різних, з погляду медичної практики та медико-психологічної парадигми, етапах хвороби.

Серед пацієнтів Г1 тривалість перебігу ЦВП становила від року до 3 років, у хворих з ТІА (Г2) — клінічна симптоматика спостерігалася від 6 місяців до 2 років, пацієнти з МІ перебували у періоді після судинної катастрофи у терміні від 3 до 18 місяців.

Вік обстежуваних становив від 37 до 68 років. Серед обстежуваних переважали чоловіки — 58,5 %, жінки склали 41,5 %.

Пацієнти з гіпертонічною хворобою становили 59,8 % та з ішемічною хворобою серця — 40,2,%.

Як група порівняння (ГП) було обстежено 47 умовно здорових осіб з відсутністю ризику або ознак ЦВП, верифікованих клініко-лабораторним дослідженням.

Для вивчення рівня стресового навантаження застосовано Бостонський тест на стресостійкість (тест «Аналіз стилю життя» за Р. В. Купріяновим, Ю. М. Кузьміною, 2012) з модифікацією оціночних шкал [19]. Поряд з традиційною шкалою оцінки рівня стресового ризику було змістовно виокремлено 2 субшкали відповідно до психоґенезу потенційного зниження стресостійкості, що описували поведінкову та психоемоційну складові.

Поведінкові стрес-потенціюючі чинники включали такі критерії: здорові харчові звички, режим сну/бадьорості, дозовані фізичні навантаження (тренування), паління та вживання алкогольних і кофеїнвмісних напоїв, надлишкова маса тіла, самооцінка стану здоров'я, ефективна організація часу та кількість часу на свої потреби. Тобто, поведінкова складова характеризувала низку звичок, пов'язаних зі здоровим способом життя.

Психоемоційні стрес-потенціюючі чинники зумовлювалися станом близьких емоційних та довірливих стосунків, наявністю відчуття підтримки, можливістю задовольнити потреби, соціальною активністю, широтою кола спілкування, вмінням виражати негативні переживання та обговорювати поточні проблеми, гумором як антистресовою стратегією. Отже, психоемоційні критерії описували персональні, міжособистісні та психосоціальні компоненти стійкості чи, навпаки, уразливості до стресу.

Статистичне оброблення проводили з використанням MS Excel v.8.0.3.

У таблиці кількісно подано та візуалізовано на рис. 1 вираженість стрес-потенціюючих чинників у досліджуваних групах за окремими критеріями.

Стосовно поведінкових стрес-потенціюючих чинників — порушення режиму сну/бадьорості, фізична активність, надлишкова маса тіла (окрім ГП) було рівнозначно представленим у кожній з груп. Також для усіх хворих стрес рівною мірою зумовлювали міжособистісні проблеми, обмеження у соціальній комунікації, невміння асертивно розв'язувати поточні проблеми, неефективна організація часу з браком часу на суто особисті потреби, що було особливо виражено в осіб ОГ.

З появою конкретних, значимо відчутних для пацієнтів ОГ, проявів фізичного недугу формувалося усвідомлення нездоров'я як потужного стресового чинника, дія якого посилювалася зі зростанням соматичного дистресу, що значимо відрізняло осіб Г1, Г2, Г3 від опитуваних з групи порівняння.

Вираженість стрес-потенціюючих складових у обстежуваних групах, $x \pm \sigma$ (бали)

№	Питання	Г1, $n = 122$	Г2, $n = 134$	Г3, $n = 127$	ГП, $n = 47$	P
1	Здорові харчові звички	2,39 ± 1,1	2,62 ± 1,02	1,77 ± 1,02	2,51 ± 0,93	0,0001
2	Режим сну/бадьорості	3,14 ± 1,09	3,07 ± 1,15	3,29 ± 1,0	2,87 ± 0,82	0,23
3	Близькі емоційні стосунки	2,81 ± 0,83	2,98 ± 0,97	3,02 ± 0,91	2,57 ± 0,68	0,15
4	Наявність відчуття підтримки	1,79 ± 0,9	2,16 ± 1,13	2,28 ± 1,15	1,62 ± 0,8	0,001
5	Фізичні вправи	3,41 ± 0,9	3,16 ± 1,14	3,39 ± 0,85	2,96 ± 0,98	0,06
6	Паління	1,98 ± 0,94	1,88 ± 0,87	1,46 ± 0,69	1,79 ± 0,81	0,0001
7	Вживання алкогольних напоїв	1,41 ± 0,59	1,50 ± 0,78	1,20 ± 0,44	1,49 ± 0,59	0,0001
8	Надлишкова маса тіла	2,74 ± 1,25	2,85 ± 1,23	3,0 ± 1,13	2,0 ± 0,96	0,23
9	Можливість задовольнити потреби	3,38 ± 0,8	3,5 ± 0,93	3,71 ± 0,9	3,23 ± 0,94	0,01
10	Підтримка у вірі	2,42 ± 1,03	2,72 ± 1,03	2,9 ± 1,27	2,19 ± 0,88	0,003
11	Соціальна активність	2,67 ± 1,0	2,77 ± 1,1	3,18 ± 1,34	2,53 ± 0,83	0,001
12	Широта кола спілкування	2,52 ± 1,03	2,46 ± 0,89	2,57 ± 0,86	2,28 ± 0,88	0,66
13	Довірливі стосунки	1,82 ± 0,75	2,0 ± 0,76	2,25 ± 0,71	1,83 ± 0,48	0,0001
14	Самооцінка стану здоров'я/хвороба	3,41 ± 0,79	3,75 ± 0,95	4,26 ± 0,79	2,15 ± 1,33	0,0001
15	Вміння виражати негативні переживання	3,62 ± 1,18	3,82 ± 1,05	3,91 ± 0,87	2,79 ± 1,5	0,01
16	Вміння обговорювати поточні проблеми	3,61 ± 1,22	3,86 ± 1,03	3,87 ± 0,93	2,83 ± 1,59	0,11
17	Гумор як антистресова стратегія	2,31 ± 1,0	2,57 ± 1,02	2,92 ± 1,25	2,04 ± 0,93	0,0001
18	Ефективна організація часу	3,04 ± 1,03	3,19 ± 1,13	3,23 ± 1,27	2,7 ± 1,1	0,40
19	Вживання кофеїнвмісних напоїв	2,93 ± 1,16	2,56 ± 1,19	1,41 ± 0,83	2,47 ± 1,2	0,0001
20	Брак часу на самого себе	3,51 ± 1,05	3,69 ± 1,04	3,78 ± 1,11	2,85 ± 1,18	0,13

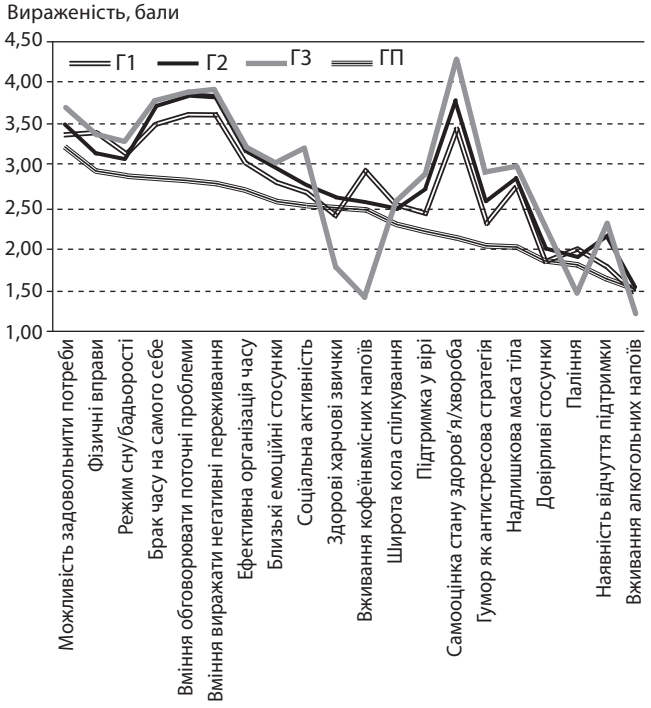

Рис. 1. **Стрес-потенціюючі прояви у обстежуваних групах**

Поява симптомів захворювання здебільшого мотивувала пацієнтів до корекції свого способу життя, на що вказують зменшення рівня паління, вживання алкогольних та кофеїнвмісних напоїв. Проте варто зазначити, що певна категорія пацієнтів зберігала шкідливі звички, незважаючи на розгортання клінічної симптоматики.

Здорових харчових звичок найбільше дотримувалися пацієнти після перенесеного МІ, тоді як у хворих з ТІА виявлено найвищий рівень впливу цього фактору. Ці результати свідчать про вагому роль харчування як компонента здорового способу життя у розвитку/профілактиці соматичних хвороб.

Щодо психоемоційних стрес-потенціюючих чинників, поряд з високими рівнями невміння виражати негативні переживання у кожній з груп, роль цієї складової зростала від обстежуваних групи ризику до групи хворих після МІ. Аналогічно спостерігалося збільшення впливу таких компонентів: можливість фінансово задовольнити власні потреби, залученість до соціального життя, відчуття підтримки у вірі.

Для пацієнтів після МІ значимо актуалізувалося питання про психоемоційну підтримку з боку оточення та довірливі стосунки, що часто виражалося високими рівнями очікування у поєднанні з неготовністю близьких до задоволення поточних потреб хворих (емоційних та фізичних), і відповідно — незадоволеністю реальною ситуацією. Результати щодо цих критеріїв вказують на зростання ролі сторонньої допомоги та характеру стосунків для хворих з посиленням клінічної симптоматики.

У опитуваних спостерігалося зниження здатності абстрагуватися від ситуації, формальність та конкретика мислення з посиленням серйозності ситуації щодо фізичного стану.

На рис. 2—5 наведені результати порівняння вираженості кожного критерію у підгрупах пацієнтів з помірним, високим та вкрай високим рівнями стресового ризику. Загалом інтенсивність проявів відповідала розподілу від найнижчого до найвищого зі зростанням стресового навантаження.

Проте серед пацієнтів Г1 у підгрупі з високим рівнем стресового ризику привернули увагу показники стосовно фізичних вправ та паління, які значимо не відрізнялися від таких осіб, які мали помірне стресове навантаження (*див.* рис. 2). Такі результати можуть вказувати як на корекцію способу життя з боку пацієнтів, які починали відчувати свій стан стресовим і шукали шляхи його подолання, так і зв'язок стресового стану з іншими психопатогенними механізмами, наприклад, переважно з психоемоційними стрес-потенціюючими чинниками на противагу поведінковим. Подібна ситуація спостерігалася для показників щодо довірливих стосунків.

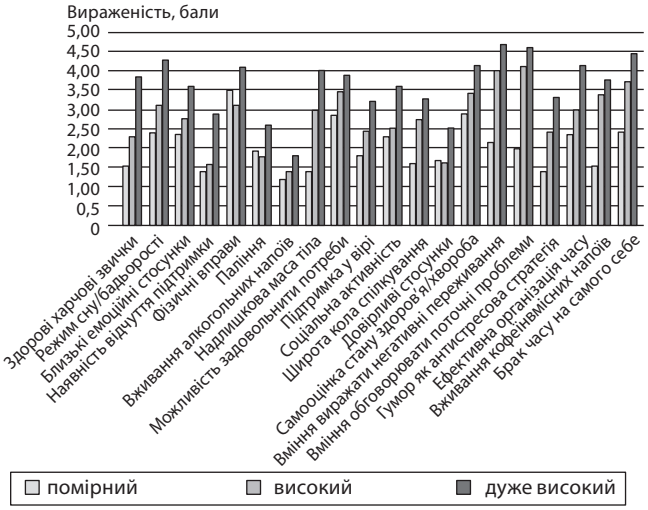

Рис. 2. **Вираженість стрес-потенціюючих складових у Г1 залежно від рівня стресового ризику**

У пацієнтів Г2 спостерігалося зниження стрес-потенціюючого впливу щодо фізичного навантаження, паління, соціальної активності та довірливих стосунків у осіб з високим стресовим ризиком (рис. 3). Отримані результати можна пояснити, по-перше, тим, що відчутні на фізичному рівні прояви хвороби могли відігравати роль пускових факторів у модифікації звичок, пов'язаних зі здоровим способом життя, та по-друге, спричинити зрушення у міжособистісній взаємодії, сприйнятті значення сторонньої підтримки як ресурсу, стимулювати взаємодію та пошук допомоги.

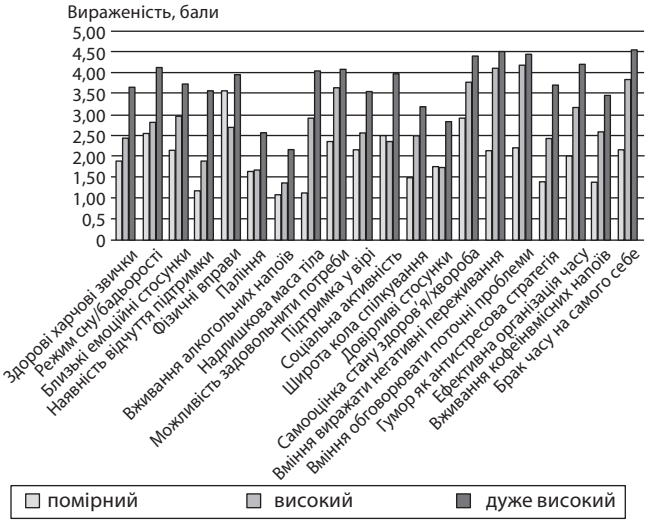

Рис. 3. **Вираженість стрес-потенціюючих складових у Г2 залежно від рівня стресового ризику**

У хворих Г3 також виявлено низьку вираженість стрес-потенціюючих впливів щодо кількох поведінкових звичок (фізичного навантаження, вживання алкогольних напоїв) та психоемоційних складових (підтримка у вірі, соціальна активність, довірливі стосунки) у підгрупі з високим стресовим ризиком (рис. 4).

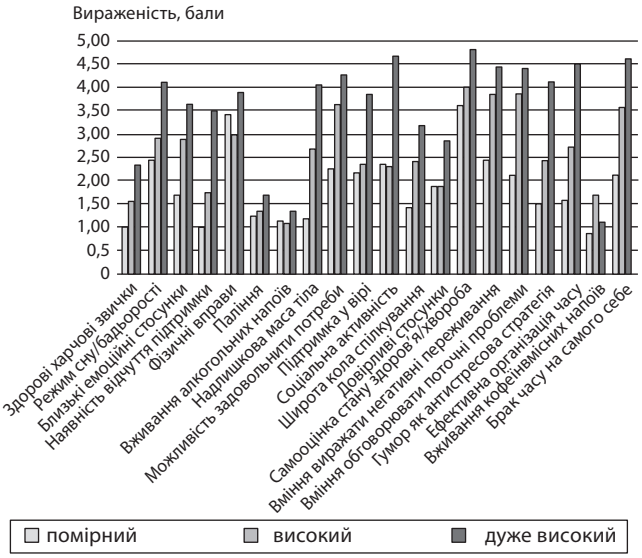

Рис. 4. **Вираженість стрес-потенціюючих складових у Г3 залежно від рівня стресового ризику**

Винятком став показник вживання кофеїнвмісних напоїв, що мав найвищу вираженість саме у цій підгрупі. Привернуло до себе увагу також стрімке зростання вираженості дії фактору у підгрупах з вкрай низькою стійкістю до стресу за показниками наявності відчуття підтримки, підтримки у вірі, соціальної активності, застосування гумору як антистресової стратегії, ефективної організації часу, що вказували на вагому роль цих критеріїв у розвитку стрес-індукованих порушень.

У опитуваних з ГП серед осіб з високим та дуже високим рівнями стресового ризику спостерігалося різке зростання психоемоційних стрес-потенціюючих чинників, як-от відчуття підтримки, залученість у соціальну взаємодію, вміння виражати емоції та обговорювати поточні проблеми, застосування гумору як антистресової стратегії, та поведінкових — паління, надлишкової маси тіла, самооцінка стану здоров'я (рис. 5). Подібні дані можуть вказувати на важливу роль вищезазначених чинників стресового ризику у підвищеній вразливості до стресу і відповідно потенціюванні розвитку соматичних та психічних зрушень.

Стрес-потенціюючі ознаки було поділено на ранги залежно від інтенсивності прояву, а саме від 0 до 1,9 балів для 3-го рангу, від 2,0 до 2,9 балів — для 2-го та понад 3,0 бали — для 1-го рангу.

На рис. 6 показано розподіл проявів за рангами з урахуванням вираженості показників від більшого до меншого для пацієнтів ГП, яких можна вважати умовно здоровими. Високої інтенсивності набув критерій можливості задовольнити потреби, який і ввійшов до проявів 1-го рангу. Більшість стрес-потенціюючих чинників мали проміжну вираженість впливу та формували симптоми 2-го рангу. До них належали фізична форма, режим дня, увага до себе, емоційна та проблемно-орієнтована компетентність, тайм-менеджмент, міжособистісні стосунки, соціальна активність, харчові звички,

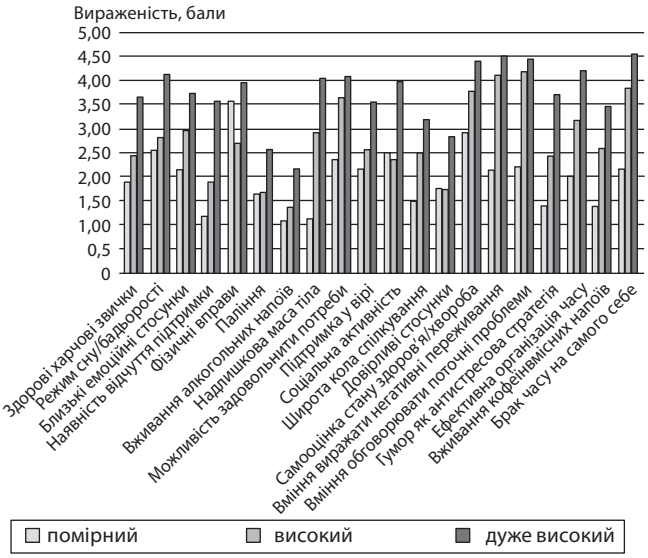

Рис. 5. **Вираженість стрес-потенціюючих складових у групі порівняння залежно від рівня стресового ризику**

вживання кофеїнвмісних напоїв, соціальні контакти, підтримка у вірі, самооцінка здоров'я, гумор як антистресова стратегія, надлишкова маса тіла. Найнижчу інтенсивність мали стрес-потенціюючі чинники у вигляді проблем з довірливими та підтримуючими стосунками, шкідливі звички.

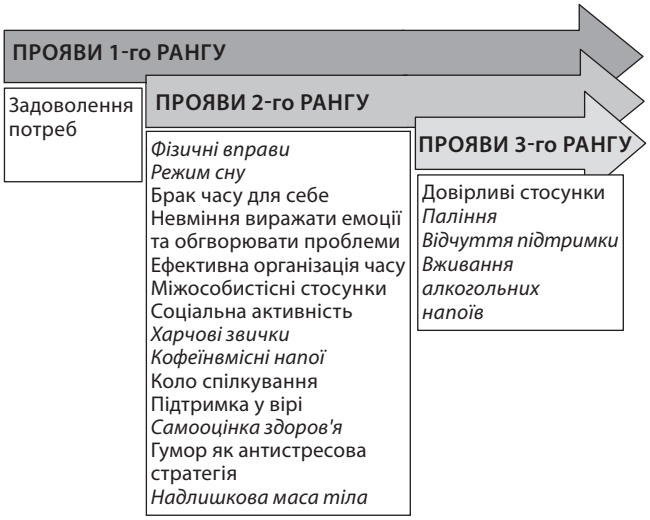

Рис. 6. **Розподіл стрес-потенціюючих проявів за рівнем вираженості у пацієнтів групи порівняння**

Курсивом — прояви поведінкової складової

Порівнюючи загалом рангову структуру діючих стресових чинників між ГП та ОГ, варто наголосити розширення спектра проявів 1-го рангу у пацієнтів з КВР та ЦВП.

На рис. 7 наведено розподіл проявів за рангами з урахуванням вираженості показників від більшого до меншого для пацієнтів Г1 без клінічних симптомів ЦВП. До проявів 1-го рангу у Г1 належали невміння виражати емоції та обговорювати проблеми, брак часу для себе, самооцінка здоров'я, фізичні вправи, задоволення потреб та режим сну; до 2-го рангу — ефективна організація часу, вживання кофеїнвмісних напоїв, міжособистісні стосунки, надлишкова маса тіла, соціальна активність, широта кола спілкування, підтримка у вірі, харчові звички та гумор як антистресова стратегія, до 3-го рангу — паління, довірливі стосунки, відчуття підтримки та вживання алкогольних напоїв.

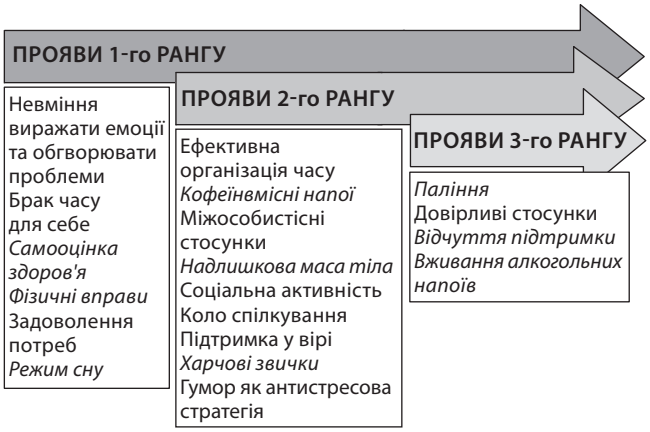

Рис. 7. **Розподіл стрес-потенціюючих проявів за рівнем вираженості у пацієнтів Г1**

Курсивом — прояви поведінкової складової

На рис. 8 показано розподіл проявів за рангами з урахуванням вираженості показників від більшого до меншого для пацієнтів Г2 з клінічно розгорнутими проявами ЦВП. Стрілками показані зміни (збільшення чи зменшення дії цього прояву у групі порівняно з Г1).

Для пацієнтів з ТІА поряд з проявами 1-го рангу, аналогічними у Г1, а саме — невміння виражати негативні емоції та обговорювати проблеми, оцінка стану здоров'я як неблагополучного, брак часу для себе, відчуття обмеженості у задоволенні потреб, низька фізична активність і брак відпочинку, додався фактор ефективності організації часу. Також щодо проявів 2-го рангу, збільшився негативний вплив труднощів міжособистісної взаємодії, залученість до соціальної активності, підтримки у вірі, застосування гумору як антистресової стратегії, надлишкова маса тіла, нездорові харчові звички, до яких приєдналися проблеми довіри до оточення і відчуття самотності (недостатності підтримки). Прояви 3-го рангу у цієї групи були представлені поведінковими звичками, як-от паління та вживання алкогольних напоїв.

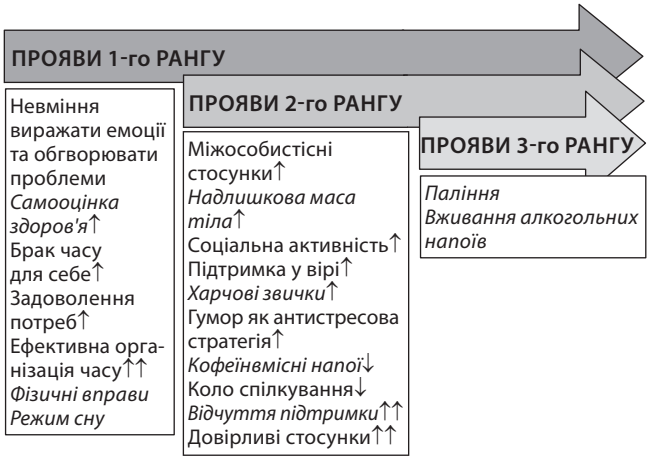

Рис. 8. **Розподіл стрес-потенціюючих проявів за рівнем вираженості у пацієнтів Г2**

Курсивом — прояви поведінкової складової

На рис. 9 наведено розподіл проявів за рангами з урахуванням вираженості показників від більшого до меншого для пацієнтів Г3 після перенесеного МІ. Найбільшим вираженим проявом 1-го рангу у цієї групі хворих була негативна оцінка свого стану здоров'я у зв'язку з перенесеним МІ. Так само як і в Г1 та Г2 важливе значення мали неадекватне вираження емоцій, знижена асертивність, брак особистого часу, обмеження у задоволенні потреб, фізичні вправи та порушення режиму відпочинку. Проте значної вираженості набули такі стрес-потенціюючі чинники: неефективна організація часу, низька соціальна активність, міжособистісні проблеми та надлишкова маса тіла. Щодо проявів 2-го рангу, зменшився ресурс адаптивних способів стрес-долаючої поведінки (гумор, підтримка у вірі) та особливо посилилися проблеми, пов'язані з психосоціальною допомогою (коло спілкування, відчуття підтримки, довірливі стосунки). У групі проявів 3-го рангу були наявні лише поведінкові стрес-потенціюючі чинники — харчові звички, вживання алкогольних і кофеїнвмісних напоїв, паління.

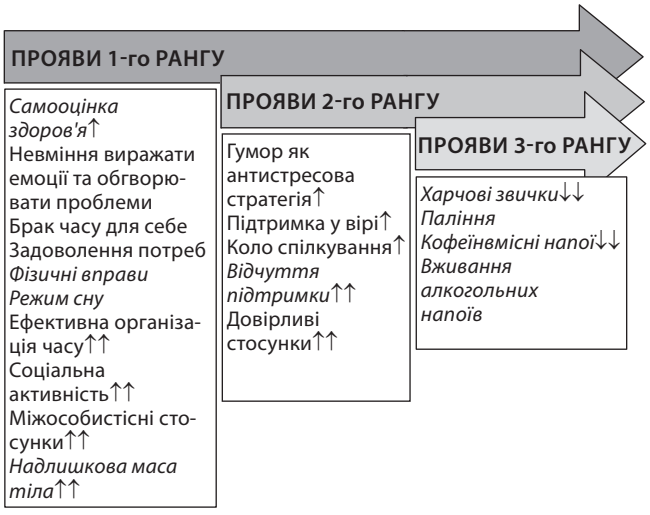

Рис. 9. **Розподіл стрес-потенціюючих проявів за рівнем вираженості у пацієнтів Г3**

Курсивом — прояви поведінкової складової

При внутрішньогруповому порівнянні вираженості стрес-потенціюючих проявів у ОГ простежувалося зростання психоемоційної складової стресових порушень та зниження поведінкової. У групі хворих з високим ризиком розвитку ЦВП поведінкові складові відігравали роль соматичного підґрунтя для розвитку змін в організмі, тоді як психоемоційні прояви включалися через патогенетичні психосоматичні взаємозв'язки (стрес-опосередковані реакції). Серед пацієнтів з ТІА посилення психоемоційної складової було зумовлено зростанням фізичного стресу, усвідомленням ризику негативних наслідків та потенційної загрози хвороби, частковою зміною життєвого стилю і ставлення до здоров'я. У хворих після МІ приєднувалася потужна психосоціальна складова — працездатність, можливості до самообслуговування, втрата контролю над власним тілом, потреба у постійній сторонній допомозі на фоні суттєвих фізичних обмежень.

Вищий рівень стресового навантаження у пацієнтів з КВР та ЦВП зумовлений високою інтенсивністю поведінкових та психоемоційних факторів стресового ризику. Поведінкова складова впливу зумовлена взаємовпливом фізичних характеристик та життєвого стилю, психоемоційна — особливостями відповіді на стрес у сенсі психоадаптаційного ресурсу. Зміна співвідношення на користь зростання впливу (розширення спектра і посилення інтенсивності) психоемоційних стрес-потенціюючих чинників з прогресуванням соматичної патології вказує на вагому роль психічних паттернів у перебігу ЦВП.

Дослідження показало, що наявність соматичного захворювання є вагомим стрес-потенціюючим чинником, що запускає каскад психологічних і поведінкових реакцій з боку людини. Спрямованість психологічної відповіді залежить від низки особистісних, поведінкових та психосоціальних факторів, що при сприятливому перебігу адаптаційного процесу у пацієнтів з КВР та ЦВП зорієнтована на зміну життєвого стилю на здоров'язберігаючий, тоді як при несприятливому — поглиблює наявний дистрес і стає джерелом психологічної дезадаптації.

Вищий рівень стресового ризику та відмінності у спектрі стрес-потенціюючих чинників у пацієнтів з КВР та ЦВП порівняно зі здоровими опитуваними вказують на вагому роль стресу та стрес-зумовленої відповіді при розвитку і перебігу цієї соматичної патології. І відповідно дають підстави стверджувати про нагальну потребу розроблення, організації та впровадження медико-психологічних заходів для цього контингенту хворих на засадах здоров'яцентованого підходу.

Список літератури

1. Дзюба О. М., Пазинич Л. М., Ситенко О. Р., Кривенко Є. М. Щодо питання глобального тягаря хвороб в Україні // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2017. № 2 (72) С. 8—13.

2. Коваленко В. М., Дорогой А. П. Серцево-судинні хвороби: медично-соціальне значення та стратегія розвитку кардіології в Україні // Український кардіологічний журнал. 2016, додаток 3. С. 5—14.

3. Мищенко Т. С. Эпидемиология цереброваскулярных заболеваний и организация помощи больным с мозговым инсультом в Украине // Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25, вип. 1 (90). С. 22—24.

4. Всесвітній день серця як гасло та зміст засідання Президії НАМН України // Аптека.Online.ua, 10.10.2016, № 39 (1060). URL :https://www.apteka.ua/article/387041

5. Niewada M., Michel P. Lifestyle modification for stroke prevention: facts and fiction // Curr Opin Neurol. 2016. Vol. 29 (1). P. 9—13.

6. Smoking History, and Not Depression, is Related to Deficits in Detection of Happy and Sad Faces / Meyers K. K., Crane N. A., O'Day R. [et al.] // Addict Behav. 2015 Feb; 41: 210—217. DOI: 10.1016/j.addbeh.2014.10.012

7. Стрес і хвороби системи кровообігу: посібник / за ред.: В. М. Коваленко, В. М. Корнацького. К. : Коломішин В. Ю., 2015. 352 с.

8. Medical and social findings in coronary heart diseases / Blohmke M., Schaefer H., Abel H. [et al.] // Munch Med Wochenschr. 1969 Mar 28; 111 (13): 701—10.

9. Schaefer H., Blohmke M. Sozialmedizin: Einführung in die Ergebnisse und Probleme der Medizin-Soziologie und Sozialmedizin mit Schlüssel zum Gegenstandskatalog. Thieme, 1978. 571 s.

10. Steptoe A. Psychological in Cardiovascular Disorders. London, 1981. 185 p.

11. Айвазян Т. А. Социально-психологические особенности больных гипертонической болезнью // Кардиология. 1985. № 6. С. 61—63.

12. Оганов Р. Г. Проблемы профилактики неинфекционных заболеваний // Клин. медицина. 1989. Т. 67. № 3. С. 4—10.

13. Гавенко В. Л. Влияние психофизиологических особенностей, психических изменений и расстройств на формирование гипертонической болезни у молодых лиц, их диагностика, профилактика, прогноз : автореф. дис. на соискание уч. степени д-ра мед. наук. Харьков, 1991. 28 с.

14. Судаков К. В. Новые акценты классической концепции стресса // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. 1997. № 2. С. 124—127.

15. Психосоціальний стрес та негативний вплив макро- й мікросоціальних чинників як складова розвитку хвороб системи кровообігу / Маркова М. В., Бабич В. В., Степанова Н. М. [та ін.] // Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П. Л. Шупика. 2008. № 4. С. 336—348.

16. Evidence of perceived psychosocial stress as a risk factor for stroke in adults: a meta-analysis / Booth J., Connelly L., Lawrence M. [et al.] // BMC Neurol. 2015 Nov 12; 15:233. DOI: 10.1186/s12883-015-0456-4.

17. The emotional stress and risk of ischemic stroke / Kotlęga D., Gołąb-Janowska M., Masztalewicz M. [et al.] // Neurol Neurochir Pol. 2016 Jul-Aug; 50 (4): P. 265—270. DOI: 10.1016/j.pjnns.2016.03.006.

18. Liu M. Y., Li N., Li W. A., Khan H. Association between psychosocial stress and hypertension: a systematic review and meta-analysis // Neurol Res. 2017 Jun; 39 (6): 573—580. DOI: 10.1080/01616412.2017.1317904.

19. Психодиагностика стресса : практикум / сост. Р. В. Куприянов, Ю. М. Кузьмина ; М-во образ. и науки РФ, Казан. гос. технол. ун-т. Казань : КНИТУ, 2012. 212 с.

Надійшла до редакції 18.05.2018 р.

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 (ХМАПО) Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України, Харків, Україна

МАРКОВА Маріанна Владиславівна, доктор медичних наук, професор, професор кафедри сексології, медичної психології, медичної і психологічної реабілітації ХМАПО МОЗ України, м. Харків, Україна; e-mail: mariannochka1@ukr.net

YAVORSKA Tatyana, MD, PhD, Physician of the Kharkiv Regional Clinical Hospital, an Emergency Medical Assistance and Disaster Medicine Center, an Assistant of the Department of Ultrasound Diagnostics at the Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education of the Ministry of Health of Ukraine, Kharkiv, Ukraine

MARKOVA Marianna, Doctor of Medical Sciences, Professor, Professor of the Department of Sexology, Medical Psychology, Medical and Psychological Rehabilitation of the Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education of the Ministry of Health of Ukraine, Kharkiv, Ukraine; e-mail: mariannochka1@ukr.net