

Т. П. Яворська

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ  
НА РІЗНИХ ЕТАПАХ РОЗВИТКУ ХВОРОБИ

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

**Актуальність.** На сьогодні гостро стоїть питання про якість життя при захворюваннях, які мають високу соціальну значимість та супроводжуються значною втратою функцій. До таких захворювань належить і цереброваскулярна патологія.

**Мета** – вивчити самосприйняття якості життя у хворих з цереброваскулярною патологією в динаміці її розвитку в аспекті клініко-психологічного критерію оцінки психологічного стану.

**Матеріали та методи.** На базі Харківської обласної клінічної лікарні – центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф протягом 2016–2018 років було обстежено 383 пацієнти з цереброваскулярною патологією (ЦВП) різного ступеня прояву. Дослідження якості життя проводили з використанням опитувальника Mezzich. Обробку отриманих результатів проводили статистичним методом.

**Результати.** У континуумі «соматичне здоров'я – група ризику – клінічні ознаки ЦВП – мозковий інсульт» визначалася чітка тенденція до погіршення самооцінки якості життя при появі соматичного неблагополуччя, що найвиразніше проявлялося у хворих, які перенесли мозковий інсульт. У структурі самооцінки якості життя при появі клінічно розгорнутої симптоматики ЦВП спостерігалось суттєве зниження психологічного та фізичного благополуччя, більш негативна оцінка соціоемоційної та суспільної підтримки, що вказувало на зростання значення психологічної та психосоціальної складової адаптації. Самооцінка якості життя залежала від рівня стресового ризику, який переживала особистість: високий та вкрай високий стресовий ризик супроводжувалися більш негативною оцінкою якості життя.

**Висновки.** Самооцінка якості життя як відображення внутрішньопсихологічних патернів суб'єктивної природи може бути цінним клініко-психологічним критерієм діагностики психологічного стану пацієнтів на різних етапах розвитку цереброваскулярної патології.

**Ключові слова:** якість життя, цереброваскулярна патологія, медико-психологічна допомога.

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ РОЗВИТКУ ЗАБОЛЕВАННЯ

Т. П. Яворська

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

**Актуальність.** Сегодня особенно остро стоит вопрос о качестве жизни при заболеваниях, имеющих высокую социальную значимость и сопровождающихся значительной потерей функций. К таким заболеваниям относятся и цереброваскулярная патология.

**Цель** – изучить самовосприятие качества жизни у больных с цереброваскулярной патологией в динамике ее развития в аспекте клинико-психологического критерия оценки психологического состояния.

**Материалы и методы.** На базе Харьковской областной клинической больницы – центра экстренной медицинской помощи и медицины катастроф на протяжении 2016–2018 гг. было обследовано 383 пациента с цереброваскулярной патологией (ЦВП) разной степени развития. Исследование качества жизни проводилось с использованием опросника Mezzich. Обработка полученных результатов проводилась статистическим методом.

**Результаты.** В континууме «соматическое здоровье – группа риска – клинические признаки ЦВП – мозговой инсульт» определялась четкая тенденция к ухудшению самооценки качества жизни при появлении соматического неблагополучия, что наиболее отчетливо проявлялось среди больных, перенесших мозговой инсульт. В структуре самооценки качества жизни при появлении клинически развернутой симптоматики ЦВП наблюдалось существенное снижение психологического и физического благополучия, более негативная оценка социоэмоциональной и общественной поддержки, что указывало на рост значения психологической и психосоциальной составляющих адаптации к заболеванию. Самооценка качества жизни зависела от уровня стрессового риска, который переживала личность: высокий и крайне высокий стрессовый риск сопровождался более негативной оценкой качества жизни.

**Выводы.** Самооценка качества жизни как отражение внутриспсихологических паттернов субъективной природы может являться ценным клинико-психологическим критерием диагностики психологического состояния пациентов на разных этапах развития цереброваскулярной патологии.

**Ключевые слова:** качество жизни, цереброваскулярная патология, медико-психологическая помощь.

## QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CEREBROVASCULAR PATHOLOGY AT DIFFERENT STAGES OF DISEASES

T. P. Yavorska

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine

**Background.** At present, the quality of life especially important in diseases that are of high social significance and accompanied by significant loss of function. Such diseases include cerebrovascular pathology also.

**Objective** – to study self-perception of quality of life in patients with cerebrovascular pathology in the dynamics of its development in the aspect of clinical and psychological criteria for assessing the psychological state.

**Materials and methods.** During 2016–2018 we observed 383 patients with cerebrovascular pathology (CVP) on different stage of diseases at Kharkiv Regional Clinical Hospital – Emergency and Emergency Medicine Center. The quality of life assessed by using the Mezzich questionnaire. We used the statistical method to process the obtained results.

**Results.** In the continuum, «somatic health – a risk group – clinical signs of CVP – cerebral stroke» determined a clear tendency to deteriorate quality of life according level of somatic distress, which most clearly manifested among patients with cerebral stroke. In case of clinically developed symptoms of the CVP strongly decreased psychological and physical well-being, present a more negative assessment of socio-emotional and social support, indicating about increasing role of the psychological and psychosocial component of adaptation to the disease. Quality of life depended on the level of stress experienced by the person: high and extremely high stress risk accompanied by a more negative assessment quality of life.

**Conclusions.** The self-assessment quality of life as a reflection of intrapsychological patterns can serve as an important psychological criterion for diagnosing psychological state of patients at different stages of cerebrovascular pathology.

**Keywords:** quality of life, cerebrovascular pathology, psychological help.

**For citation:** Yavorska T. P. Quality of life in patients with cerebrovascular pathology at different stages of diseases. *Arkhiv Psykhatrii*, 2018, 24(4): 223–228. (In Ukr.)

Corresponding Author (Автор, відповідальний за листування): yavorska.tp@gmail.com

Received / Поступила: 01.10.2018

Accepted / Прийнята до друку: 24.10.2018

**Актуальність.** ВООЗ визначає якість життя як сприйняття індивідами їх положення в житті в контексті культури і систем цінностей, в яких вони живуть, відповідно до цілей, очікувань (планів), норм (можливостей) і турбот (проблем). Альтернативні якості життя постулюють співвідношення ряду важливих життєвих параметрів. Одне з пояснень якості життя виражається через адекватність психосоматичного стану індивіда його соціальному статусу [1]. Інше визначення говорить про те, що якість життя – це задоволеність від психосоціальної та інших форм діяльності в умовах обмежень, викликаних хворобою [2]. За П. Джонсом, якість життя – це відповідність бажань можливостям, які обмежує захворювання [3].

У кінці ХХ ст. було запропоновано термін «health-related quality of life» в аспекті якості життя, обумовленої здоров'ям, що включає параметри, які характеризують стан фізичного та психічного благополуччя, якість медичної допомоги. Це поняття дозволяє більш повно описати фізіологічні, психологічні, емоційні та соціальні проблеми хворої людини [4].

На оцінку якості життя впливають вік, стать, національність, соціально-економічний статус людини, трудова діяльність, релігійні переконання, культурний рівень, регіональні особливості та багато інших чинників [5, 6].

При оцінці ефективності лікування і реабілітації особливе значення надається саме думці хворого, яка може не збігатися з точкою зору лікаря і родичів [7, 8].

Особливо гостро постає питання якості життя при захворюваннях, які мають високу соціальну значимість та супроводжуються значною втратою функцій. До них належить і церебральний інсульт, який посідає 1 місце серед причин інвалідності [9]. До трудової діяльності повертаються лише 12–20 % хворих, які перенесли це тяжке захворювання [10, 11].

Зниження показників фізичного і психологічного статусу якості життя у хворих з мозковим інсультом обумовлене наявністю болю, астенії, когнітивної дисфункції, депресії [12–16]. Крім того, виявлена залежність якості життя у постінсультних хворих від характеру медикamentозної терапії [18, 19] і соціального оточення [20].

Незважаючи на позитивні результати лікування хворих в умовах спеціалізованого стаціонару, в постінсультному періоді показники фізичного і душевного благополуччя тривалий час залишаються зниженими, з переважанням фізичних розладів, обумовлених вогнищевим неврологічним дефіцитом. Досягнута в ході первинної госпіталізації хворих позитивна динаміка неврологічних функцій не зберігається на амбулаторному етапі. Часто виникають порушення у психоемоційній сфері, що потребують, поряд з медичною реабілітацією, спеціальної психологічної допомоги.

Важливими характеристиками якості життя є її багаторівневість та суб'єктивізм в оцінці [21].

**Мета роботи** – вивчити самосприйняття якості життя у хворих з цереброваскулярною патологією в динаміці її розвитку в аспекті клініко-психологічного критерію оцінки психологічного стану.

## Матеріали та методи дослідження

На базі Харківської обласної клінічної лікарні – центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф

протягом 2016–2018 років було обстежено 383 пацієнти з цереброваскулярною патологією (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 у дослідження були наступні: 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.

У пацієнтів Г1 тривалість перебігу ЦВП становила від 1 до 3 років, хворих з ТІА у Г2 клінічна симптоматика спостерігалася від 6 міс. до 2 років, пацієнти з МІ перебували у періоді після судинної катастрофи у терміні від 3 до 18 міс. Вік обстежених становив від 37 до 68 років. Серед обстежуваних переважали чоловіки – 58,5 %, жінки склали 41,5 %. Пацієнтів з гіпертонічною хворобою було 59,8 %, з ішемічною хворобою серця – 40,2 %.

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

Дослідження якості життя проводили з використанням опитувальника Mezzich. Статистичну обробку проводили з використанням MS Excel v.8.0.3.

## Результати та їх обговорення

Пацієнти на різних етапах розвитку ЦВП мали нижчі показники самооцінки якості життя, порівняно з умовно здоровими опитуваними, за кожним із досліджуваних параметрів (табл. 1). Чим сильнішими були зміни у фізичному здоров'ї пацієнтів, тим гірше вони оцінювали якість життя, що особливо виразно спостерігалася у хворих Г3, які мали мозковий інсульт в анамнезі.

Найвищі показники якості життя серед всіх груп були в умовно здорових опитуваних (ГП), а найнижчі результати виявлені у групі пацієнтів з мозковим інсультом (Г3), що обумовлено тяжкими соматичними наслідками ЦВП (парези, паралічі, органічні когнітивні та афективні розлади) та психогенною реакцією пацієнтів.

У пацієнтів з групи ризику (Г1) та з клінічними проявами ЦВП (Г2) показники якості життя мали проміжні

значення, між опитуваними без соматичної патології та з мозковим інсультом.

Опитувані у ГП вище оцінювали такі показники якості життя як автономію, працездатність, фізичне та психологічне благополуччя, дещо нижче – міжособистісну взаємодію, соціоемоційну та суспільну підтримку, відчуття особистісної та духовної реалізованості. В опитуваних з Г1 структура самооцінки якості життя була подібною, тоді як у Г2, поряд з тим, що автономія та працездатність також займали перші позиції, психологічна та фізична складові якості життя сприймалися як гірші, спостерігалася більш негативна оцінка соціоемоційної та суспільної підтримки. У Г3 вкрай низькі показники, навпаки, стосувалися фізичного здоров'я, працездатності, менше – автономії, психологічного благополуччя, соціоемоційної та суспільної підтримки. На їх фоні відносно вищими були результати щодо міжособистісної взаємодії, самореалізації та духовної реалізації.

Враховуючи критерій поділу опитуваних на групи у континумі «соматичне здоров'я – група ризику – клінічні ознаки ЦВП – мозковий інсульт» визначалася чітка тенденція до погіршення самооцінки якості життя при появі соматичного неблагополуччя.

Для аналізу самооцінки якості життя залежно від наявності факторів потенційного стресового навантаження, які прогностично вказують на вищий ризик прояву дистресу у соматичній та психічній сферах, кожну з груп на основі Бостонського тесту на стресостійкість (тест Аналізу стилю життя) (за Р. В. Купріяновим, Ю. М. Кузьміною, 2012) було поділено на підгрупи з помірним, високим та дуже високим стресовим ризиком (табл. 2).

Статистичний аналіз отриманих результатів проводили покроково. Враховуючи змістовні особливості ступеня порушення фізичного здоров'я у кожній з груп – від стану умовного соматичного благополуччя, наявності факторів ризику розвитку патології, клінічних її ознак та значимих наслідків, було проведено аналіз за параметрами якості життя між 1) ГП, Г1 та Г2 – «здорові – група ризику – з клінічними проявами» та окремо; 2) ГП та Г1 – «здорові – група ризику»; 3) ГП та Г2 – «здорові – з клінічними проявами»; 4) Г1 та Г2 – «група ризику – з клінічними проявами». Враховуючи змістовно інші фактори, що впливають на самооцінку якості життя у пацієнтів з Г3, які перенесли мозковий інсульт, а саме,

суттєві порушення фізичного та психічного здоров'я, цю групу було виключено з даного етапу аналізу.

Статистичний аналіз показників якості життя у ГП, Г1 та Г2 показав, що:

- у підгрупах, що мали помірний стресовий ризик, відсутні значимі відмінності щодо параметрів якості життя;
- у підгрупах, в яких було діагностовано високий рівень дистресу, гірші показники спостерігалися за критеріями фізичного (8,57±0,66 балів у ГП, 8,46±0,69 балів у Г1 та 7,38±0,99 балів у Г2, p<0,05) та психологічного благополуччя (відповідно 8,13±0,55 балів, 8,13±0,61 балів та 7,31±0,88 балів, p<0,05), працездатності (9,57±0,59 балів, 9,29±0,83 балів та 9,0±0,99 балів, p<0,05), соціоемоційної (7,26±0,75 балів, 7,06±0,78 балів та 6,83±0,80 балів, p<0,05) та суспільної підтримки (7,30±0,82 балів, 7,10±0,78 балів та 6,30±0,87 балів, p<0,05), самореалізації (7,48±0,59 балів, 7,48±1,01 балів та 6,97±1,18 балів, p<0,05) та духовної реалізації (7,57±0,84 балів, 7,30±0,98 балів та 7,01±0,99 балів, p<0,05), загального сприйняття якості життя у Г1 та Г2 (8,13±0,76 балів, 8,0±0,82 балів та 7,36±0,97 балів, p<0,05), та суттєво не відрізнялися за автономією (9,83±0,39 балів, 9,75±0,54 балів та 9,58±0,68 балів) та міжособистісною взаємодією (7,43±0,73 балів, 7,60±0,75 балів та 7,36±0,89 балів);
- у підгрупах з дуже високим стресовим ризиком зниження якості життя визначалося у Г1 та Г2 за параметрами фізичного (7,83±0,41 балів у ГП, 6,96±0,20 балів у Г1 та 5,59±1,27 балів у Г2, p<0,05), психологічного благополуччя (відповідно 7,0±0,63 балів, 7,24±0,78 балів та 6,0±0,88 балів, p<0,05), автономії (9,83±0,41 балів, 9,72±0,46 балів та 9,06±0,67 балів, p<0,05), працездатності (9,67±0,52 балів, 8,68±0,69 балів та 7,34±0,55 балів, p<0,05), соціоемоційної (6,83±0,75 балів, 6,76±0,44 балів та 5,97±0,82 балів, p<0,05) та суспільної підтримки (6,33±0,52 балів, 6,24±0,66 балів та 5,25±0,88 балів, p<0,05), духовної реалізації (7,17±0,41 балів, 6,72±0,46 балів та 6,28±0,52 балів, p<0,05) та сприйняття якості життя (7,33±0,82 балів, 7,24±0,44 балів та 6,16±0,68 балів, p<0,05), та були відсутні відмінності для міжособистісної взаємодії (6,50±0,55 балів, 6,92±0,91 балів та 6,41±0,95 балів) і самореалізації (7,0±0,89 балів, 6,48±1,42 балів та 6,25±1,16 балів).

Таблиця 1. Якість життя хворих досліджуваних груп, x±σ (бали)

Показник	ГП, n=47	Г1, n=122	Г2, n=134	Г3, n=127
Фізичне благополуччя*	8,62±0,74	8,25±0,91	7,20±1,45	4,50±0,93
Психологічне благополуччя*	8,15±0,91	7,98±0,84	7,12±1,10	5,35±1,07
Автономія*	9,87±0,34	9,79±0,47	9,51±0,68	5,38±0,81
Працездатність*	9,60±0,54	9,24±0,78	8,72±1,15	4,12±0,85
Міжособистісна взаємодія*	7,53±0,78	7,52±0,81	7,21±0,97	6,0±1,15
Соціоемоційна підтримка*	7,40±0,77	7,15±0,76	6,78±0,95	5,65±1,40
Суспільна підтримка*	7,36±0,79	7,07±0,84	6,30±1,13	5,11±1,17
Самореалізація*	7,79±0,83	7,46±1,19	7,03±1,26	6,46±1,19
Духовна реалізація*	7,74±0,85	7,37±0,94	7,02±1,04	6,38±0,91
Сприйняття якості життя*	8,28±0,85	8,0±0,85	7,32±1,19	6,11±0,94

Примітка. \* достовірність різниці між групами p<0,01.

Таблиця 2. Якість життя хворих досліджуваних підгруп залежно від рівня стресового ризику,  $x \pm \sigma$  (бали)

Показник	Стресовий ризик	ГП, n=47	Г1, n=122	Г2, n=134	Г3, n=127
Фізичне благополуччя	Помірний	8,94±0,73	8,79±0,73	8,72±0,79	5,75±0,68
	Високий*	<b>8,57±0,66</b>	<b>8,46±0,69</b>	<b>7,38±0,99</b>	4,64±0,65
	Дуже високий*	<b>7,83±0,41</b>	<b>6,96±0,20</b>	<b>5,59±1,27</b>	3,84±0,82
Психологічне благополуччя	Помірний	8,56±1,04	8,24±0,96	7,96±0,84	6,50±0,63
	Високий*	<b>8,13±0,55</b>	<b>8,13±0,61</b>	<b>7,31±0,88</b>	5,74±0,66
	Дуже високий*	<b>7,00±0,63</b>	<b>7,24±0,78</b>	<b>6,00±0,88</b>	4,38±0,91
Автономія	Помірний	9,94±0,24	9,91±0,29	9,84±0,37	6,31±0,48
	Високий	9,83±0,39	9,75±0,54	9,58±0,68	5,17±0,80
	дуже високий*	<b>9,83±0,41</b>	<b>9,72±0,46</b>	<b>9,06±0,67</b>	5,36±0,68
Працевдатність	Помірний	9,61±0,50	9,56±0,50	9,64±0,49	4,75±0,58
	Високий*	<b>9,57±0,59</b>	<b>9,29±0,83</b>	<b>9,0±0,99</b>	4,20±0,85
	Дуже високий*	<b>9,67±0,52</b>	<b>8,68±0,69</b>	<b>7,34±0,55</b>	3,78±0,79
Міжособистісна взаємодія	Помірний	8,00±0,49	7,79±0,59	7,76±0,60	7,50±0,52
	Високий	7,43±0,73	7,60±0,75	7,36±0,89	6,39±0,80
	Дуже високий	6,50±0,55	6,92±0,91	6,41±0,95	4,89±0,68
Соціоемоційна підтримка	Помірний	7,78±0,65	7,59±0,70	7,64±0,70	7,38±0,72
	Високий*	<b>7,26±0,75</b>	<b>7,06±0,78</b>	<b>6,83±0,80</b>	6,24±0,91
	Дуже високий*	<b>6,83±0,75</b>	<b>6,76±0,44</b>	<b>5,97±0,82</b>	4,16±0,56
Суспільна підтримка	Помірний	7,78±0,43	7,62±0,55	7,64±0,57	6,94±0,57
	Високий*	<b>7,30±0,82</b>	<b>7,10±0,78</b>	<b>6,30±0,87</b>	5,26±0,85
	Дуже високий*	<b>6,33±0,52</b>	<b>6,24±0,66</b>	<b>5,25±0,88</b>	4,24±0,86
Самореалізація	Помірний	8,44±0,62	8,15±0,78	8,20±0,65	7,75±0,77
	Високий*	<b>7,48±0,59</b>	<b>7,48±1,01</b>	<b>6,97±1,18</b>	6,41±1,21
	Дуже високий	7,00±0,89	6,48±1,42	6,25±1,16	6,07±0,94
Духовна реалізація	Помірний	8,17±0,79	7,97±0,76	8,0±0,87	7,81±0,75
	Високий*	<b>7,57±0,84</b>	<b>7,30±0,98</b>	<b>7,01±0,99</b>	6,26±0,66
	Дуже високий*	<b>7,17±0,41</b>	<b>6,72±0,46</b>	<b>6,28±0,52</b>	6,04±0,80
Сприйняття якості життя	Помірний	8,78±0,65	8,56±0,70	8,68±0,75	7,06±0,68
	Високий*	<b>8,13±0,76</b>	<b>8,00±0,82</b>	<b>7,36±0,97</b>	6,42±0,72
	Дуже високий*	<b>7,33±0,82</b>	<b>7,24±0,44</b>	<b>6,16±0,68</b>	5,31±0,70

Примітка. \* достовірність різниці між ГП, Г1 та Г2,  $p < 0,05$ .

За результатами порівняння якості життя окремо між обстеженими ГП та Г1 виявлено:

- відсутність відмінностей за всіма параметрами якості життя між підгрупами з помірним та високим стресовим ризиком;
- між підгрупами з вкрай високим ризиком виявлено нижчі показники у Г1 щодо фізичного благополуччя (7,83±0,41 балів у ГП проти 6,96±0,20 балів у Г1,  $p < 0,05$ ), працевдатності (9,67±0,52 балів проти 8,68±0,69 балів,  $p < 0,05$ ), духовної реалізації (7,17±0,41 балів проти 6,72±0,46 балів,  $p < 0,05$ ).

У результаті зіставлення даних щодо якості життя у ГП та Г2 виявлено:

- нижчі показники психологічного благополуччя у Г2 між підгруп з помірним стресовим ризиком (8,56±1,04 балів у ГП проти 7,96±0,84 балів у Г2,  $p < 0,05$ );
- зниження фізичного (8,57±0,66 балів у ГП проти 7,38±0,99 балів у Г2,  $p < 0,01$ ), психологічного благопо-

луччя (відповідно 8,13±0,55 балів проти 7,31±0,88 балів,  $p < 0,01$ ), автономії (9,83±0,39 балів проти 9,58±0,68 балів,  $p < 0,05$ ), працевдатності (9,57±0,59 балів проти 9,0±0,99 балів,  $p < 0,01$ ), соціоемоційної (7,26±0,75 балів проти 6,83±0,80 балів,  $p < 0,05$ ) та суспільної підтримки (7,30±0,82 балів проти 6,30±0,87 балів,  $p < 0,01$ ), самореалізації (7,48±0,59 балів проти 6,97±1,18 балів,  $p < 0,01$ ) та духовної реалізації (7,57±0,84 балів проти 7,01±0,99 балів,  $p < 0,01$ ), загального сприйняття якості життя (8,13±0,76 балів проти 7,36±0,97 балів,  $p < 0,01$ ), відсутність різниці – щодо міжособистісної взаємодії (7,43±0,73 балів проти 7,36±0,89 балів) між підгруп з високим стресовим ризиком;

- у підгрупах з вкрай високим стресовим ризиком виявлено погіршення якості життя за всіма параметрами у Г2, окрім міжособистісної взаємодії та самореалізації.

Під час порівняння параметрів якості життя між Г1 та Г2 виявлено:

- відсутність різниці між параметрами якості життя у підгрупах з помірним стресовим ризиком;
- нижчі показники за критеріями фізичного (8,46±0,69 балів у Г1 проти 7,38±0,99 балів у Г2,  $p < 0,01$ ) та психологічного благополуччя (відповідно 8,13±0,61 балів проти 7,31±0,88 балів,  $p < 0,01$ ), суспільної підтримки (7,10±0,78 балів проти 6,30±0,87 балів,  $p < 0,01$ ), самореалізації (7,48±1,01 балів проти 6,97±1,18 балів,  $p < 0,01$ ), загальної самооцінки якості життя у Г2 (8,0±0,82 балів проти 7,36±0,97 балів,  $p < 0,01$ ) поміж підгруп з високим стресовим ризиком;
- зниження всіх параметрів якості життя, окрім відчуття реалізованості, у Г2 між підгрупами з вкрай високим стресовим ризиком.

## Висновки

1. Соматична складова у вигляді чинників ризику, клінічних симптомів та ускладнень хвороби на різних етапах перебігу ЦВП спричиняла погіршення самооцінки якості життя.

2. У континуумі «соматичне здоров'я – група ризику – клінічні ознаки ЦВП – мозковий інсульт» визначалася чітка тенденція до погіршення самооцінки якості життя при появі соматичного неблагополуччя, що найвиразніше проявлялося у хворих, які перенесли мозковий інсульт.

3. У структурі самооцінки якості життя при появі клінічно розгорнутої симптоматики ЦВП спостерігали суттєве зниження психологічного та фізичного благополуччя, більш негативну оцінку соціоемоційної та суспільної підтримки, що вказувало на зростання значення психологічної та психосоціальної складових адаптації.

4. Самооцінка якості життя залежала від рівня стресового ризику, який переживала особистість: високий та вкрай високий стресовий ризик супроводжувалися більш негативною оцінкою якості життя, тоді як у пацієнтів з помірним стресовим ризиком, незалежно від етапу ЦВП (окрім Г3), самооцінка якості життя залишалася досить високою, що вказувало на наявність ряду особистісних, психосоціальних протективних чинників, що потребують подальшого дослідження (персональний рівень сприйнятливості та протидії стресу, рівень зовнішньої підтримки тощо).

5. Самооцінка якості життя як відображення внутрішньопсихологічних патернів суб'єктивної природи (установок, сприйняття хвороби, ресурсів подолання) може бути цінним клініко-психологічним критерієм діагностики психологічного стану пацієнтів на різних етапах розвитку ЦВП.

## Список використаної літератури

1. Basskin L. E. Practical Pharmacoeconomics: How to design, perform and analyze outcomes research. Cleveland : Advanstar Communication, 1998. 174 p.
2. Куадрыков Е. К., Абдрахманов Ж. С. Качество жизни как один из информативных методов оценки состояния больного (Обзор литературы). *Валеология*. 2010. № 3. С. 9–12.
3. Jones P. W. Quality of life measurement the value of standardization. *Eur. Respir. Rev.* 1997. Vol. 7, issue 42. P. 42–49.
4. WHO Quality of Life Assessment Group. What Quality of life? / The WHOQOL Group. *World Health Forum*. 1996. Vol. 17, issue 4. P. 354–336.
5. Евсина О. В. Качество жизни в медицине – важный показатель состояния здоровья пациента (обзор литературы). *Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие*. 2013. Т. 1, № 1. С. 119–133.
6. Жолдасбекова А. С., Калматаева Ж. А. Современные подходы к изучению качества жизни в медицине и кардиологии (литературный обзор). *Вестник КазНМУ*. 2016. № 3. С. 246–251.

7. Захаров Д. В., Балунов О. А. Динамика показателей функционального состояния и качества жизни у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией в процессе лечения. *Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева*. 2007. Том 4, № 2. С. 10–12.
8. Маркин С. П. Реабилитация больных с острым нарушением мозгового кровообращения. *Consilium Medicum*. Неврология и ревматология. (Прил.). 2010. № 1. С. 53–58. Режим доступа: [https://con-med.ru/magazines/neurology/neurology-01-2010/reabilitatsiya\\_bolnykh\\_s\\_ostрым\\_narusheniem\\_mozgovogo\\_krovoobrashcheniya](https://con-med.ru/magazines/neurology/neurology-01-2010/reabilitatsiya_bolnykh_s_ostрым_narusheniem_mozgovogo_krovoobrashcheniya) (дата обращения: 04.09.2018).
9. Бельская Г. Н., Лукьянчикова Л. В. Качество жизни больных, перенесших ишемический инсульт в вертебрально-базиллярной системе. *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Спецвыпуски*. 2013. Т. 113, № 12. С. 24–28.
10. Improved cognitive function after transcranial, light-emitting diode treatments in chronic, traumatic brain injury: two case reports / M. A. Naeser, A. Saltmarche, M. H. Kregel [et al.] // *Photomed Laser Surg*. 2011. Vol. 29, issue 5. P. 351–358. DOI: 10.1089/pho.2010.2814.
11. Quality of life after stroke: the North East Melbourne Stroke Incidence Study (NEMESIS) / J. W. Sturm, G. A. Donnan, H. M. Dewey [et al.] // *Stroke*. 2004. Vol. 35, issue 10. P. 2340–2345. DOI: 10.1161/01.STR.0000141977.18520.3b
12. Кислицын Ю. В., Борисов Д. Н. Качество жизни больных, перенесших атеротромботический инсульт в каротидной системе. *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. 2015. Том 115, № 9. С. 20–22. DOI: 10.17116/jnevro20151159220-22.
13. 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.
14. Амирахова Л. Ш. Качество жизни и когнитивный статус больных в период восстановления после инсульта. *Пермский медицинский журнал*. 2013. Т. 30, № 3. С. 82–86.
15. Эмоциональные расстройства и качество жизни у пациентов с постинсультной астенией / А. Н. Бойко, А. В. Лебедева, И. А. Щукин [и др.] // *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. 2013. Т. 113, № 11. С. 27–33.
16. Naess H., Lunde L., Brogger J. The effects of fatigue, pain, and depression on quality of life in ischemic stroke patients: the Bergen Stroke Study. *Vasc Health Risk Manag.* 2012. Vol. 8. P. 407–413. DOI: 10.2147/VHRM.S32780.
17. Каракулова Ю. В., Амирахова Л. Ш. Нейропсихологический статус и качество жизни пациентов в восстановительном периоде ишемического инсульта под влиянием нейропротективной терапии. *Уральский медицинский журнал*. 2013. № 1 (106). С. 21–24.
18. de Weerd L., Luijckx G. J., Groenier K. H., van der Meer K. Quality of life of elderly ischaemic stroke patients one year after thrombolytic therapy. A comparison between patients with and without thrombolytic therapy. *BMC Neurol*. 2012. Vol. 12. P. 61. DOI: 10.1186/1471-2377-12-61.
19. Social interaction plays a critical role in neurogenesis and recovery after stroke / V. R. Venna, Y. Xu, S. J. Doran [et al.] // *Transl Psychiatry*. 2014. Vol. 4. P. e351. DOI: 10.1038/tp.2013.128.
20. Naughton M. J., Wiklund I. A critical review of six dimension-specific measures of health-related quality of life used in cross-cultural research. *Qual Life Res*. 1993. Vol. 2, issue 6. P. 397–432.

## References

1. Basskin, L. E. (1998). *Practical Pharmacoeconomics: How to design, perform and analyze outcomes research*. Cleveland: Advanstar Communication, 174 p.
2. Kuapdrykov, E. K., & Abdrakhmanov, Zh. S. (2010). Kachestvo zhizni kak odin iz informativnykh metodov otsenki sostoianiia bolnogo (Obzor literatury) [Quality of life as one of the informative methods for assessing the patient's condition (Literature review)]. *Valeologiya – Journal of Health and Life Sciences*, issue 3, pp. 9–12. (In Russian).
3. Jones, P. W. (1997). Quality of life measurement the value of standardization. *Eur. Respir. Rev.*, vol. 7, issue 42, pp. 42–49.
4. WHO Quality of Life Assessment Group. (1996). What Quality of life? / The WHOQOL Group. *World Health Forum*, vol. 17, issue 4, pp. 354–336.
5. Evsina, O. V. (2013). Kachestvo zhizni v meditsine vazhnyi pokazatel sostoianiia zdorovia patientsia (obzor literatury) [The quality of life in medicine – an important indicator of patient health status (review)]. *Lichnost v meniaiushchemsya mire zdorove adaptatsiia razvitie – Personality in a changing world: health, adaptation, development*, vol. 1, issue 1, pp. 119–133. (In Russian).
6. Zholdasbekova, A. S., & Kalmatayeva, Zh. A. (2016). Sovremennye podkhody k izucheniiu kachestva zhizni v meditsine i kardiologii (literaturnyi obzor) [Modern approaches to the study of the quality of life in medicine and cardiology]. *Vestnik KazNMU – Scientific-Practical Journal of Medicine «Vestnik KazNMU»*, no. 3, pp. 246–251. (In Russian).
7. Zakharov, D. V., & Balunov, O. A. (2007). Dinamika pokazatelei funktsionalnogo sostoianiia i kachestva zhizni u patientsov s distsirkulatornoi entsefalopatiei v protsesse lecheniia [Dynamics of indicators of the functional state and quality of life in patients with dyscirculatory encephalopathy during treatment]. *Obzrenie psikhiiatrii i meditsinskoi psikhologii im. V. M. Bekhtereva – Review of psychiatry and medical psychology named Bekhterev*, vol. 4, no. 2, pp. 10–12. (In Russian).
8. Markin, S. P. (2010). Reabilitatsiia bolnykh s ostrym narusheniem mozgovogo krovoobrashcheniia [Rehabilitation of patients with acute cerebrovascular accident]. *Consilium Medicum. Neurologia i revmatologiya. (Pril.) – Consilium*

- Medicum. Neurology and rheumatology. (Suppl.)*, issue 1, pp. 53–58. Available at: [https://con-med.ru/magazines/neurology/neurology-01-2010/reabilitatsiya\\_bolnykh\\_s\\_ostrym\\_narusheniem\\_mozgovogo\\_krovoobrashcheniya](https://con-med.ru/magazines/neurology/neurology-01-2010/reabilitatsiya_bolnykh_s_ostrym_narusheniem_mozgovogo_krovoobrashcheniya) (access date: 04.09.2018). (In Russian).
9. Belskaya, G. N., & Lukiyanov, L. V. (2013). Kachestvo zhizni bolnykh perenesshikh ishemicheskii insult v vertebralno-baziliarnoi sisteme [Quality of life of patients with ischemic stroke in the vertebrobasilar system]. *Zhurnal Zhurnal neurologii i psikiatrii imeni S. S. Korsakova – S. S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*, vol. 113, issue 12, pp. 24–28. (In Russian).
  10. Naeser, M. A., Saltmarche, A., Krengel, M. H., Hamblin, M. R., & Knight, J. A. (2011). Improved cognitive function after transcranial, light-emitting diode treatments in chronic, traumatic brain injury: two case reports. *Photomed Laser Surg.*, vol. 29, issue 5, pp. 351–358. DOI: 10.1089/pho.2010.2814.
  11. Sturm, J. W., Donnan, G. A., Dewey, H. M., Macdonell, R. A., Gilligan, A. K., Srikanth, V., & Thrift, A. G. (2004). Quality of life after stroke: the North East Melbourne Stroke Incidence Study (NEMESIS). *Stroke*, vol. 35, issue 10, pp. 2340–2345. DOI: 10.1161/01.STR.0000141977.18520.3b
  12. Kislytsyn, Yu. V., & Borisov, D. N. (2015). Kachestvo zhizni bolnykh perenesshikh aterotromboticheskii insult v karotidnoi sisteme [Quality of life of the patients who had an atherotrombotic stroke in the carotid artery territory]. *Zhurnal Zhurnal neurologii i psikiatrii imeni S. S. Korsakova – S. S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*, vol. 115, issue 9, pp. 20–22. DOI: 10.17116/jnevro20151159220-22. (In Russian).
  13. Medvedkova, S. A. (2013). Dinamika pokazatelei kachestva zhizni bolnykh v rannem vosstanovitelnom periode mozgovogo ishemicheskogo polusharnogo insulta [Dynamics of indicators of quality of life of patients in the early recovery period of cerebral ischemic hemispheric stroke]. *Mezhdunarodnyi neurologicheskii zhurnal – International Neurological Journal*, issue 4(58), pp. 15–22. (In Russian).
  14. Amirakhova, L. Sh. (2013). Kachestvo zhizni i kognitivnyi status bolnykh v period vosstanovleniia posle insulta [Patients' quality of life and cognitive status during period of rehabilitation after insult]. *Permskii meditsinskii zhurnal – Perm Medical Journal*, vol. 30, issue 3, pp. 82–86. (In Russian).
  15. Boyko, A. N., Lebedeva, A. V., Shchukin, I. A., Soldatov, M. A., Petrov, S. V., Khozova, A. A., ... Shikhkerimov, R. K. (2013). Emotsionalnye rasstroistva i kachestvo zhizni u patsientov s postinsultnoi asteniei [Emotional disorders and quality of life in patients with post stroke asthenia]. *Zhurnal Zhurnal neurologii i psikiatrii imeni S. S. Korsakova – S. S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*, vol. 113, issue 11, pp. 27–33. (In Russian).
  16. Naess, H., Lunde, L., & Brogger, J. (2012). The effects of fatigue, pain, and depression on quality of life in ischemic stroke patients: the Bergen Stroke Study. *Vasc Health Risk Manag.*, vol. 8, pp. 407–413. DOI: 10.2147/VHRM.S32780.
  17. Karakulova, Y. V., & Amirakhova, L. Sh. (2013). Neiropsikhologicheskii status i kachestvo zhizni patsientov v vosstanovitelnom periode ishemicheskogo insulta pod vlianiem neiroprotektivnoi terapii [Neuropsychological status and quality of life of patients in the recovery period of ischemic stroke during neuroprotective therapy]. *Uralskii meditsinskii zhurnal – Ural Medical Journal*, issue 1 (106), pp. 21–24. (In Russian).
  18. de Weerd, L., Luijckx, G. J., Groenier, K. H., & van der Meer K. (2012). Quality of life of elderly ischaemic stroke patients one year after thrombolytic therapy. A comparison between patients with and without thrombolytic therapy. *BMC Neurol.*, vol. 12, pp. 61. DOI: 10.1186/1471-2377-12-61.
  19. Venna, V. R., Xu, Y., Doran, S. J., Patrizz, A., & McCullough, L. D. (2014). Social interaction plays a critical role in neurogenesis and recovery after stroke. *Transl Psychiatry*, vol. 4, pp. e351. DOI: 10.1038/tp.2013.128.
  20. Naughton, M. J., & Wiklund, I. (1993). A critical review of six dimension-specific measures of health-related quality of life used in cross-cultural research. *Qual Life Res.*, vol. 2, issue 6, pp. 397–432.

**Відомості про автора:**

**ЯВОРСЬКА Тетяна Петрівна** – канд. мед. наук, лікар Харківської обласної клінічної лікарні – центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, асистент кафедри ультразвукової діагностики Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України, м. Харків, Україна;  
e-mail: yavorska.tp@gmail.com  
ORCID ID – <https://orcid.org/0000-0001-7654-5195>

**Сведения об авторе:**

**ЯВОРСКАЯ Татьяна Петровна** – канд. мед. наук, врач Харьковской областной клинической больницы – центра экстренной медицинской помощи и медицины катастроф, ассистент кафедры ультразвуковой диагностики Харьковской медицинской академии последипломного образования МЗ Украины, г. Харьков Украина;  
e-mail: yavorska.tp@gmail.com  
ORCID ID – <https://orcid.org/0000-0001-7654-5195>

**About the Author:**

**YAVORSKA Tatyana Petrivna** – MD, PhD (candidate of medical sciences), doctor 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;  
e-mail: yavorska.tp@gmail.com  
ORCID ID – <https://orcid.org/0000-0001-7654-5195>