

Т. П. Яворська

ОСОБЛИВОСТІ СІМЕЙНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ У РОДИНІ ХВОРИХ
ІЗ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

Актуальність. Захворювання – це стресова ситуація для хворого, що часто вимагає долучення підтримки родини. Враховуючи вплив захворювання на функціонування родини та вагому роль сімейного ресурсу для психологічної підтримки хворого, важливим завданням медико-психологічних досліджень є вивчення особливостей функціонування та адаптації сім'ї в ситуації хвороби.

Мета – вивчити особливості сімейного функціонування у родинах пацієнтів із цереброваскулярною патологією.

Матеріали та методи. На основі інформованої згоди на базі Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Харківської обласної клінічної лікарні протягом 2016–2018 рр. проведено психологічне обстеження 252 родичів хворих з цереброваскулярною патологією на різних етапах її розвитку. Сформовано наступні групи дослідження: РГ1 – 57 родичів хворих з Г1 (пацієнтів, які мають високий рівень кардіоваскулярного ризику та розвитку ЦВП); РГ2 – 81 член сім'ї пацієнтів з Г2 (пацієнти з клінічно вираженими ознаками ЦВП у вигляді транзиторних ішемічних атак (ТІА)); РГ3 – 84 родичі хворих з Г3 (пацієнти, які перенесли ішемічний мозковий інсульт), РГП (30 осіб) – члени родин хворих з групи порівняння (ГП), яких можна вважати умовно здоровими. Сімейне функціонування досліджували за допомогою опитувальника «Аналіз сімейної тривоги». Для аналізу факторів потенційного стресового навантаження кожному з груп було поділено на основі Бостонського тесту на стресостійкість.

Результати. У родинах пацієнтів з клінічними проявами захворювання виявлено вищі показники провини ($1,47 \pm 1,36$ балів у РГП, $1,75 \pm 1,39$ балів у РГ1, $1,89 \pm 1,31$ балів у РГ2 та $2,43 \pm 1,12$ балів у РГ3, $p < 0,05$), сімейної тривожності (відповідно $1,73 \pm 1,01$ балів, $1,74 \pm 1,08$ балів, $2,0 \pm 1,12$ балів та $2,43 \pm 1,12$ балів, $p < 0,05$) та напруження ($1,53 \pm 0,82$ балів, $1,72 \pm 0,90$ балів, $1,83 \pm 1,0$ балів та $2,24 \pm 1,12$ балів, $p < 0,05$). Механізмами розвитку сімейної тривоги виступають: дестабілізація міжособистісного спілкування на фоні переживання проявів та наслідків хвороби, низька опірність сімейної системи до стресу та дефіцит ресурсів, особливості взаємовідносин у родині як основа психічного дистресу. Підвищений стресовий ризик поєднується зі зростанням сімейної тривоги у вигляді комплексу психологічних феноменів, що визначають характер порушень у сімейному функціонуванні.

Висновки. Медико-психологічні заходи, спрямовані на родину пацієнтів з цереброваскулярною патологією, є важливою складовою комплексної допомоги та мають сприяти покращенню адаптації сімей та збільшенню їх підтримуючого потенціалу.

Ключові слова: цереброваскулярна патологія, стресовий ризик, медико-психологічна допомога, сімейне функціонування, сімейна тривога, родина хворого.

ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ В СЕМЬЯХ ПАЦИЕНТОВ
С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Т. П. Яворская

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина

Актуальность. Заболевания – это стрессовая ситуация для больного, которая часто требует поддержки семьи. Учитывая влияние заболевания на функционирование семьи и весомую роль семейного ресурса для психологической поддержки больного, важной задачей медико-психологических исследований является изучение особенностей функционирования и адаптации семьи в ситуации болезни.

Цель – изучить особенности семейного функционирования в семьях пациентов с цереброваскулярной патологией.

Материалы и методы. На основе информированного согласия на базе Центра экстренной медицинской помощи и медицины катастроф Харьковской областной клинической больницы на протяжении 2016–2018 гг. проведено психологическое обследование 252 родственников больных с цереброваскулярной патологией. Сформированы следующие группы исследования: РГ1 – 57 родственников больных с Г1 (пациентов, имеющих высокий уровень кардиоваскулярного риска и развития ЦВП), РГ2 – 81 член семьи пациентов с Г2 (пациенты с клинически выраженными признаками ЦВП в виде транзиторных ишемических атак (ТИА)), РГ3 – 84 родственника больных с Г3 (пациенты, которые перенесли ишемический мозговой инсульт), РГС (30 человек) – члены семей больных из группы сравнения (ГС), которых можно считать условно здоровыми. Семейное функционирование исследовали с помощью опросника «Анализ семейной тревоги». Для анализа факторов потенциальной стрессовой нагрузки каждая из групп была поделена на основе Бостонского теста на стрессоустойчивость.

Результаты. В семьях пациентов с клиническими проявлениями заболевания выявлено более высокие показатели вины ($1,47 \pm 1,36$ баллов в РГС, $1,75 \pm 1,39$ баллов в РГ1, $1,89 \pm 1,31$ баллов в РГ2 и $2,43 \pm 1,12$ баллов в РГ3, $p < 0,05$), семейной тревожности (соответственно $1,73 \pm 1,01$ баллов, $1,74 \pm 1,08$ баллов, $2,0 \pm 1,12$ баллов и $2,43 \pm 1,12$ баллов, $p < 0,05$) и напряжения ($1,53 \pm 0,82$ баллов, $1,72 \pm 0,90$ баллов, $1,83 \pm 1,0$ баллов и $2,24 \pm 1,12$ баллов, $p < 0,05$). Механизмами развития семейной тревоги выступают: дестабилизация межличностного общения на фоне переживания проявлений и последствий болезни, низкая сопротивляемость семейной системы к стрессу и дефицит ресурсов, особенности взаимоотношений в семье как основа психического дистресса. Повышенный стрессовый риск сочетается с ростом семейной тревоги в виде комплекса психологических феноменов, определяющих характер нарушений в семейном функционировании.

Выводы. Медико-психологические мероприятия, направленные на семью пациентов с цереброваскулярной патологией, являются важной составляющей комплексной помощи и должны способствовать улучшению адаптации семей и увеличению их поддерживающего потенциала.

Ключевые слова: цереброваскулярная патология, стрессовый риск, медико-психологическая помощь, семейное функционирование, семейная тревога, семья больного.

FEATURES OF FAMILY FUNCTIONING IN THE FAMILY PATIENTS WITH CEREBROVASCULAR PATHOLOGY

T. P. Yavorska

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine

Background. The disease is a stressful situation for the patient, which often requires family support. The influence of the disease on the functioning of the family, the significant role of the family resource for the psychological support of the patient, makes the study of the characteristics of the functioning and adaptation of the family in a disease situation an important task of medical and psychological research.

Objective – to study the features of family functioning in families of patients with cerebrovascular pathology.

Materials and methods. On the informed consent at Kharkiv Regional Clinical Hospital - Emergency and Emergency Medicine Center during 2016–2018, observed 252 relatives of patients with cerebrovascular pathology on different stages of the diseases. The following study groups were formed: RG1 – 57 relatives of patients with G1 (patients with a high level of cardiovascular risk and the development of CVP), RG2 – 81 family members of patients with G2 (patients with clinically pronounced signs of CVP in the form of transient ischemic attacks (TIA)), RG3 – 84 relatives of patients with G3 (patients who suffered ischemic cerebral stroke), RCG (30 people) – family members of patients from the comparison group (CG), which can be considered conditionally healthy. The family functioning assessed by using questionnaire “Analysis of family anxiety”. To analyze the potential stressor factors, each group subdivided by a Boston Stress Test.

Results. In families of patients with clinical manifestations of the disease, found higher rates of guilt (1.47 ± 1.36 points in the relatives healthy persons, 1.75 ± 1.39 points in relatives persons with cardiovascular risk, 1.89 ± 1.31 points in relatives patients with transitory ischemic attacks and 2.43 ± 1.12 points in relatives patient after stroke, $p < 0.05$), family anxiety (1.73 ± 1.01 points, 1.74 ± 1.08 points, 2.0 ± 1.12 points and 2.43 ± 1.12 points, $p < 0.05$) and tension (1.53 ± 0.82 points, 1.72 ± 0.90 points, 1.83 ± 1.0 points and 2.24 ± 1.12 points, $p < 0.05$). The mechanisms of family anxiety development are destabilization of interpersonal communication on the background of experiencing consequences of the disease, low resistance of the family system to stress and low resource, peculiarities of family relationships as the basis of mental distress. Increased stress risk combined with an increasing family anxiety formed a complex of psychological phenomena that determine the nature of changes in family functioning.

Conclusions. Medical and psychological measures aimed at a family of patients with cerebrovascular pathology are an important component of comprehensive care and should help to improve the adaptation of families and increase their supporting potential.

Keywords: cerebrovascular pathology, stress risk, psychological assistance, family functioning, family anxiety, family of the patient.

For citation:

Yavorska T. P. Features of family functioning in the family patients with cerebrovascular pathology. *Arkhiv Psykhiatrii*, 2019, 25(1): 47–50. (In Ukr.).

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

Received / Поступила: 01.02.2019

Accepted / Прийнято до друку: 25.02.2019

Актуальність. Однією з вагомих причин психологічного дистресу є соматичні захворювання. Дія хвороби на людину визначається зміною тривалості та якості її життя. Зіштовхуючись із вітальною загрозою, значними порушеннями життєвого укладу пацієнти часто не можуть самостійно з цим впоратися та потребують сторонньої допомоги. І саме родина стає першим джерелом психологічної підтримки. Чим складнішою є ситуація зі здоров'ям одного з членів сім'ї, тим більш значимі наслідки це має для сімейного функціонування.

Дослідження показали, що у родинах із тяжкими пацієнтами, які потребують тривалого та трудомісткого догляду, постійної медичної допомоги, у самих родичів можуть виникати порушення психічного та навіть фізичного здоров'я [1–4]. Клінічно виражені зміни психічної сфери спостерігають у близько 20 % членів сімей, в яких є хворі з тяжкими патологіями. Ці зміни проявляються депресивними, тривожними розладами, порушеннями сну [5].

Захворювання стає причиною дестабілізацій у сімейній системі. Навіть родини з гармонійними сімейними стосунками потребують часу для пристосування до нових умов життєдіяльності. Під впливом хвороби сім'я повинна навчитися вибудовувати нові стратегії поведінки та способи спільного функціонування із врахуванням потреб пацієнта. У родинах зміни відбуваються на різних рівнях: подружньому, дитячо-батьківських взаємин, сиблінговому. Порушення діадичних стосунків між дорослими членами сім'ї на прикладі подружжів часто супроводжуються загостренням наявних конфліктів, зростанням міжособистісної напруженості [6].

Визначено, що психологічними компонентами стресу, пов'язаного з хворобою у рідних, є нестача інформації; відчуття потреби у сторонній допомозі, в тому числі психологічній; відчуття труднощів у спілкуванні з пацієнтом; самооцінка впливу захворювання на власний психоемоційний стан та сімейне функціонування; активність та модель поведінки у лікувальному процесі [7].

Цереброваскулярна патологія (ЦВП) характеризується комплексом виразних негативних впливів на тривалість та якість життя пацієнтів, а саме, високою летальністю, втратою працездатності хворого та виключенням з активного соціального життя залучених до догляду родичів, розвитком клінічних та доклінічних психічних розладів [8–10], що виводить проблему з медичної площини у медико-психологічний та психосоціальний виміри.

Судинна катастрофа супроводжується рядом порушень – рухової, мовної, когнітивної, чутливої функцій, які вкрай негативно впливають на якість життя пацієнта [11, 12]. Порушення рухової функції призводять до втрати працездатності та самообслуговування хворого, що визначає потребу у сторонній допомозі, втрату автономії, а, отже, залежність від оточення. Розлади мовлення та органічні афективні розлади, когнітивна дисфункція негативно впливають на комунікацію та соціальну взаємодію, поглиблюючи дезадаптацію пацієнта. Переживання втрат, усвідомлення невідомості ряду функцій, викликаних хворобою, може спричинити поглиблення психоемоційної нестабільності з розвитком афективних розладів невротичного ґенезу. І у кожному з цих випадків саме на родину покладається провідна роль у підтримці хворого, забезпеченні фізичних та психологічних умов для відновлення, задоволення потреб пацієнта.

Враховуючи вплив захворювання на функціонування родини та вагому роль сімейного ресурсу для психологічної підтримки хворого, важливим завданням медико-психологічних досліджень є вивчення особливостей функціонування та адаптації сім'ї в ситуації хвороби.

Мета – вивчити особливості сімейного функціонування у родинах пацієнтів із цереброваскулярною патологією.

Матеріали та методи дослідження

На основі інформованої згоди бази Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Харківської обласної клінічної лікарні протягом 2016–2018 рр. про-

ведено психологічне обстеження 252 родичів хворих із цереброваскулярною патологією (ЦВП): РГП (30 осіб) – члени родини хворих з групи порівняння (ГП), яких можна вважати умовно здоровими; РГ1 – 57 родичів хворих з Г1 (пацієнтів, які мають високий рівень кардіоваскулярного ризику та розвитку ЦВП); РГ2 – 81 член сім'ї пацієнтів з Г2 (пацієнти з клінічно вираженими ознаками ЦВП у вигляді транзиторних ішемічних атак (ТІА)); РГ3 – 84 родичів хворих з Г3 (пацієнти, які перенесли ішемічний мозковий інсульт).

У дослідження були включені родичі пацієнтів на різних етапах розвитку ЦВП, а також члени сімей осіб без клінічно діагностованих соматичних захворювань (група порівняння). З обстеження виключали родичів, які мали психічні та поведінкові розлади в анамнезі.

Групування опитуваних залежно від етапності розвитку ЦВП у пацієнтів було обумовлено необхідністю визначити особливості та динаміку впливу факту захворювання на сімейне функціонування та виокремити диференційовані психосоціальні мішені для медико-психологічної допомоги.

Віковий діапазон опитуваних становив від 34 до 62 років. За ступенем спорідненості досліджували були подружжям, з них 77,8 % дружин та 22,2 % – чоловіків.

Для аналізу особливостей сімейного функціонування було застосовано опитувальник «Аналіз сімейної тривоги» (Е. Г. Ейдемільер, В. Юстіцкіс), що має наступні шкали: провина, сімейна тривожність, сімейна напруженість та загальний (інтегративний) показник. Для визначення факторів потенційного стресового навантаження кожному з груп було поділено за Бостонським тестом на стресостійкість. Статистичну обробку отриманих результатів проводили з використанням MS Excel v.8.0.3.

Результати та їх обговорення

У родинах пацієнтів з клінічними проявами захворювання виявлено вищі показники провини ($1,47 \pm 1,36$ балів у РГП, $1,75 \pm 1,39$ балів у РГ1, $1,89 \pm 1,31$ балів у РГ2 та $2,43 \pm 1,12$ балів у РГ3, $p < 0,05$), сімейної тривожності (відповідно $1,73 \pm 1,01$ балів, $1,74 \pm 1,08$ балів, $2,0 \pm 1,12$ балів та $2,43 \pm 1,12$ балів, $p < 0,05$) та напруження ($1,53 \pm 0,82$ балів, $1,72 \pm 0,90$ балів, $1,83 \pm 1,0$ балів та $2,24 \pm 1,12$ балів, $p < 0,05$) (табл. 1). Особливу категорію складали сім'ї пацієнтів після інсульту, в яких рівень сімейної тривоги був найвищим, порівняно з іншими групами ($4,73 \pm 2,61$ балів у РГП, $5,21 \pm 2,80$ балів у РГ1, $5,72 \pm 2,87$ балів у РГ2 та $7,10 \pm 2,74$ балів у РГ3, $p < 0,05$).

До джерел, що спричиняють психологічний стрес у родинах, членами яких є пацієнти з ЦВП, належать:

- зниження працездатності хворого та, відповідно, необхідність у сторонній допомозі та догляді;
- зростання потреби у психологічній підтримці пацієнта у зв'язку з переживанням ним вітальної загрози чи обмежень, спричинених захворюванням;
- зміна сімейних ролей, обов'язків;
- перерозподіл сімейних ресурсів, їх нестача;
- підвищення міжособистісної конфліктності на фоні психоемоційної нестабільності, викликаной соматичним стресом;
- переживання факту реальної загрози для життя близької людини та можливості її втрати.

Таблиця 1. Рівень сімейної тривоги у родинах пацієнтів з цереброваскулярною патологією, $x \pm b$

Рівень	РГП, n=30	РГ1, n=57	РГ2, n=81	РГ3, n=84
Провина, бали	$1,47 \pm 1,36$	$1,75 \pm 1,39$	$1,89 \pm 1,31$	$2,43 \pm 1,12$
Тривожність, бали	$1,73 \pm 1,01$	$1,74 \pm 1,08$	$2,0 \pm 1,12$	$2,43 \pm 1,12$
Напруженість, бали	$1,53 \pm 0,82$	$1,72 \pm 0,90$	$1,83 \pm 1,0$	$2,24 \pm 1,12$
Загальний, бали	$4,73 \pm 2,61$	$5,21 \pm 2,80$	$5,72 \pm 2,87$	$7,10 \pm 2,74$

Отримані дані вказують на вищу вираженість сімейної тривоги у родинах пацієнтів з клінічними проявами хвороби.

В основі подібного психологічного феномену лежать різні за змістом механізми:

1) переживання хвороби пацієнтом створює нестабільний психоемоційний фон міжособистісної взаємодії, що ускладнює комунікацію та спільну діяльність у сімейній системі;

2) сімейна система за своєю структурою та характером має низький ресурс до протидії зовнішнім і внутрішнім стресорам, що викликає її дестабілізацію в ситуації хвороби за принципом дефіциту;

3) особливості взаємин у родині можуть бути джерелом психічного стресу, який при несприятливих обставинах може трансформуватися у психосоматичний симптом.

У таблиці 2 наведено результати дослідження вираження сімейної тривоги залежно від рівня стресового ризику: помірного (ПСР), високого (ВСР) та надвисокого (НВСР). Виявлено, що збільшення стресового ризику

Таблиця 2 Рівень сімейної тривоги у родинах пацієнтів з різним рівнем стресового ризику, $x \pm b$

Стресовий ризик	РГП, n=30	РГ1, n=57	РГ2, n=81	РГ3, n=84
Провина				
Помірний, бали	$0,80 \pm 0,63$	$0,80 \pm 0,62$	$0,77 \pm 0,75$	$1,30 \pm 0,67$
Високий, бали	$1,36 \pm 1,34$	$1,86 \pm 1,42$	$1,87 \pm 1,18$	$2,23 \pm 0,77$
Надвисокий, бали	$2,83 \pm 1,47$	$2,87 \pm 1,25$	$2,79 \pm 1,13$	$3,0 \pm 1,26$
Тривожність				
Помірний, бали	$1,20 \pm 0,79$	$1,10 \pm 0,72$	$1,18 \pm 0,80$	$1,60 \pm 0,97$
Високий, бали	$1,79 \pm 0,80$	$1,82 \pm 0,85$	$1,97 \pm 0,84$	$2,40 \pm 0,84$
Надвисокий, бали	$2,50 \pm 1,38$	$2,47 \pm 1,30$	$2,68 \pm 1,19$	$2,71 \pm 1,34$
Напруженість				
Помірний, бали	$1,20 \pm 0,42$	$1,35 \pm 0,59$	$1,46 \pm 0,74$	$1,70 \pm 0,82$
Високий, бали	$1,50 \pm 0,94$	$1,77 \pm 0,97$	$1,81 \pm 0,91$	$2,18 \pm 1,06$
Надвисокий, бали	$2,17 \pm 0,75$	$2,13 \pm 0,99$	$2,14 \pm 1,18$	$2,47 \pm 1,21$
Загальний рівень				
Помірний, бали	$3,20 \pm 1,48$	$3,25 \pm 1,16$	$3,41 \pm 1,50$	$4,60 \pm 1,90$
Високий, бали	$4,64 \pm 2,37$	$5,45 \pm 2,32$	$5,65 \pm 2,03$	$6,80 \pm 1,51$
Надвисокий, бали	$7,50 \pm 2,66$	$7,47 \pm 3,2$	$7,61 \pm 3,17$	$8,18 \pm 3,47$

супроводжується підвищенням рівня сімейної тривоги у вигляді відчуття провини, тривожності та напруженості у родинах пацієнтів з ЦВП. У підгрупах з ПСР та ВСР вищі показники зареєстровані у сім'ях пацієнтів з РГ1, РГ2 та особливо РГ3, тоді як у підгрупі з нВСР – кожна з досліджуваних груп виявила високі рівні сімейної тривоги.

Досліджуючи розподіл опитуваних з різним вираженням стресового ризику ми виявили зростання кількості осіб із вищим рівнем сімейної тривоги у родинах у континуумі «умовно здорові – група ризику – клінічні прояви – пацієнти після інсульту».

У групі родичів з ПСР основою сімейної тривоги були ситуаційні переживання міжособистісних суперечностей, занепокоєння виконанням сімейної ролі, заклопотаність щоденними справами, що стосуються родини.

Серед опитуваних з ВСР спостерігали зростання сімейної тривоги за рахунок наростання сумнівів щодо власної ролі у родині, своєї значимості, наростали почуття провини, напруженість у стосунках.

У членів сім'ї з нВСР стан сімейної тривоги характеризувався високою напруженістю, інтенсивним переживанням провини, власної сімейної нереалізованості або невідповідності до висунутих вимог, вираженою занепокоєністю міжособистісними стосунками.

Висновки

У родинах пацієнтів з клінічними проявами захворювання виявлено вищі показники сімейної тривоги, в основі чого лежить ряд факторів – дестабілізація міжособистісного спілкування на фоні переживання проявів та наслідків хвороби, низька опірність сімейної системи до стресу та дефіцит ресурсів, особливості взаємовідносин у родині як основа психічного дистресу.

Підвищений стресовий ризик поєднується зі зростанням сімейної тривоги у вигляді комплексу психологічних феноменів, що визначають характер порушень у сімейному функціонуванні.

Зміни у сімейному функціонуванні родин пацієнтів з ЦВП потребують розробки заходів медико-психологічної допомоги, спрямованих на покращення адаптації сімей та збільшення їх підтримуючого потенціалу.

Список використаної літератури

1. Leroy T., Fournier E., Penel N., Christophe V. Crossed views of burden and emotional distress of cancer patients and family caregivers during palliative care. *Psychooncology*. 2016. Vol. 25, issue 11. P. 1278–1285. DOI: 10.1002/pon.4056.
2. Jia M., Li J., Chen C., Cao F. Post-traumatic stress disorder symptoms in family caregivers of adult patients with acute leukemia from a dyadic perspective. *Psychooncology*. 2015. Vol. 24, issue 12. P. 1754–1760. DOI: 10.1002/pon.3851.
3. Система медико-психологічного супроводу родини, що виховує дитину з тяжким захворюванням / Г. М. Кожина, М. В. Маркова, О. В. Пionтківська [та ін.]. *Медична психологія*. 2017. Т. 12, № 2. С. 12–14.
4. Костина Н. И., Кропачева О. С., Психологическая помощь пациентам с онкопатологией и их близким на этапе оказания стационарной помощи. *Злокачественные опухоли*. 2016. № 4, спецвыпуск 1. С. 59–63. DOI: 10.18027/2224-5057-2016-4s1-59-63.
5. *Psycho-Oncology* / J. C. Holland et al. Oxford University press, 2015. 772 p. DOI: 10.1093/med/9780199363315.001.0001.

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>

6. Distress in couples coping with cancer: a meta-analysis and critical review of role and gender effects / M. Hagedoorn, R. Sanderman, H. N. Bolks [et al.]. *Psychological Bulletin*. 2008. Vol. 134, issue 1. P. 1–30. DOI: 10.1037/0033-2909.134.1.1.
7. Мухаровська І. Р. Особливості психологічного стану членів сім'ї онкологічного хворого на різних етапах лікувального процесу. *Science Rise. Medical science*. 2016. № 12(8). С. 21–26. DOI: 10.15587/2519-4798.2016.86538.
8. 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.
9. 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, N 9913. P. 245–254. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)61953-4.
10. Іпатов А. В., Дроздова І. В., Ханюкова І. Я., Мацура О. М. Інвалідність унаслідок хвороб системи кровообігу (первинна, прихована, прогнозована). *Український терапевтичний журнал*. 2013. № 2. С. 47–53.
11. Evidence of perceived psychosocial stress as a risk factor for stroke in adults: a meta-analysis / J. Booth, L. Connelly, M. Lawrence [et al.]. *BMC Neurol*. 2015. Vol. 15, issue 1. Art. No.: 233. P. 1–12. DOI: 10.1186/s12883-015-0456-4.
12. The emotional stress and risk of ischemic stroke / D. Kotłęga, M. Gołąb-Janowska, M. Masztalewicz [et al.]. *Neurol Neurochir Pol*. 2016. Vol. 50, issue 4. P. 265–270. DOI: 10.1016/j.pjnns.2016.03.006.

References

1. Leroy T., Fournier E., Penel N., & Christophe V. (2016). Crossed views of burden and emotional distress of cancer patients and family caregivers during palliative care. *Psychooncology*, 25(11), 1278–1285. <https://doi.org/10.1002/pon.4056>
2. Jia M., Li J., Chen C., & Cao F. (2015). Post-traumatic stress disorder symptoms in family caregivers of adult patients with acute leukemia from a dyadic perspective. *Psychooncology*, 24(12), 1754–1760. <https://doi.org/10.1002/pon.3851>
3. Kozhyna, H. M., Markova, M. V., Piontkovska, O. V., Dukhovskiy, O. E., & Mukharovska, I. R. (2017). Systema medyko-psykholohichnoho suprovodu rodyny, shcho vykhovuie dytynu z tiazhkyim zakhvoriuvanniam [The system of medico-psychological support of families raising a child with a severe disease]. *Medychna psykholohiia – Medical Psychology*, 12(2), 12–14. (In Ukrainian).
4. Kostina, N. I., & Kropacheva, O. S. (2016). Psihologicheskaja pomoshh' pacientam s onkopatologiej i ih blizkim na jetape okazania stacionarnoj pomoshhi [Psychological assistance to patients with cancer and their families at the stage of inpatient care]. *Malignant tumours*, 4(s1), 59–63. (In Russian). <https://doi.org/10.18027/2224-5057-2016-4s1-59-63>
5. Holland, J. C., Breitbart, W. S., Jacobsen, P. B., Loscalzo, M. J., McCorkle, R., & Butow, P. N. (Eds.). (2015). *Psycho-Oncology*. Oxford University press, 772 p. <https://doi.org/10.1093/med/9780199363315.001.0001>
6. Hagedoorn, M., Sanderman, R., Bolks, H. N., Tuinstra, J., & Coyne, J. C. (2008). Distress in couples coping with cancer: a meta-analysis and critical review of role and gender effects. *Psychological Bulletin*, 134(1), 1–30. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.1.1>
7. Mukharovska, I. R. (2016). Osoblyvosti psykholohichnoho stanu chleniv sim'i onkologichnoho khvorocho na riznykh etapakh likuvalnoho protsesu [Features of the psychological state of family members of the cancer patient at different stages of the healing process]. *Scientific Journal "ScienceRise: Medical Science"*, 12(8), 21–26. <https://doi.org/10.15587/2519-4798.2016.86538>
8. Mishchenko, T. S. (2017). Epidemiologija cerebrovaskuljarnyh zabolevanij i organizacija pomoshhi bol'nym s mozgovym insul'tom v Ukraine [Epidemiology of cerebrovascular diseases and organization of medical care for patients with stroke in Ukraine]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrologii – Ukrainian Journal Psychoneurology*, 25(1), 22–24. (In Russian).
9. Feigin, V. L., Forouzanfar, M. H., Krishnamurthi, R., Mensah, G. A., Connor, M., Bennett, D. A., ... the GBD Stroke Experts Group. (2014). Global and regional burden of stroke during 1990–2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 383(9913), 245–254. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61953-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61953-4)
10. Іпатов А. В., Дроздова І. В., Ханюкова І. Я., & Matsuga, O. M. (2013). Invalidnist unaslidok khvorob systemy krovoobihu (pervynna, prykhovana, prohnovovana) [Disability is as a result of circulatory diseases (the primary, hidden and prognosticated disability)]. *Український терапевтичний журнал – Ukrainian therapeutic journal*, 2, 47–53. (In Ukrainian).
11. Booth, J., Connelly, L., Lawrence, M., Chalmers, C., Joice, S., Becker, C., & Dougall, N. (2015). Evidence of perceived psychosocial stress as a risk factor for stroke in adults: a meta-analysis. *BMC Neurol*, 15(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12883-015-0456-4>
12. Kotłęga, D., Gołąb-Janowska, M., Masztalewicz, M., Ciećwież, S., & Nowacki, P. (2016). The emotional stress and risk of ischemic stroke. *Neurol Neurochir Pol*, 50(4), 265–270. <https://doi.org/10.1016/j.pjnns.2016.03.006>