

СЕКЦІЯ 7. МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

УДК 159.9:364.69;159.923.31:364.69

ВНУТРІШНЯ КАРТИНА ЗДОРОВ'Я ХВОРИХ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ІНФАРКТ МІОКАРДА: ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

Гасюк М.Б., к. психол. н.,
доцент кафедри загальної та клінічної психології
Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника

Нестерак Р.В., к. мед. н.,
доцент кафедри внутрішньої медицини № 2 та медсестринства
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Робота присвячена емпіричному дослідженню ставлення хворих, що перенесли ішемічну хворобу серця й інфаркт міокарда, до свого здоров'я. Таке ставлення розглядається з позиції феномена внутрішньої картини здоров'я. У роботі емпірично досліджено рівень кожної компоненти означеного феномена за допомогою комплексу психодіагностичних методів. Здійснена якісна інтерпретація отриманих даних.

Ключові слова: внутрішня картина здоров'я, емоційна, чутлива, когнітивна, мотиваційно-поведінкові компоненти внутрішньої картини здоров'я, ішемічна хвороба серця, інфаркт міокарда.

Робота посвящена емпіричному дослідженню отношения больных, перенесших ишемическую болезнь сердца и инфаркт миокарда, к своему здоровью. Такое отношение рассматривается с позиции феномена внутренней картины здоровья. В работе эмпирически исследован уровень каждой компоненты указанного феномена с помощью комплекса психодиагностических методов. Проведена качественная интерпретация полученных данных.

Ключевые слова: внутренняя картина здоровья, эмоциональный, чувствительный, когнитивный, мотивационно-поведенческие компоненты внутренней картины здоровья, ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда.

Hasiuk M.B., Nesterak R.V. INTERNAL PICTURE OF THE HEALTH OF PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE AND MYOCARDIAL INFARCTION: AN EMPIRICAL STUDY

The paper focuses on empirical research of patients' attitude (who previously had coronary heart disease and myocardial infarction) to their health. This attitude is considered from the perspective of internal health picture. The level of each mentioned component is investigated by a set of psychodiagnostic methods. A qualitative interpretation of these data received.

Key words: internal health picture, emotional, sensitive, cognitive motivational-behavioral components of internal health picture, coronary heart disease, myocardial infarction.

Постановка проблеми. Ішемічна хвороба серця є одним із найпоширеніших захворювань серцево-судинної системи і, незважаючи на досягнуті успіхи в її діагностиці та лікуванні, дотепер залишається основною причиною інвалідизації та смертності населення розвинутих країн.

Психологічні чинники є важливими в етіології, патогенезі, лікуванні та реабілітації хворих, що перенесли інфаркт міокарда. Їх ігнорування призводить до збільшення часу відновного лікування, нівелює його успіхи та спричиняє прогресування і виникнення ускладнень захворювання, повторних госпіталізацій, зменшує ефективність реабілітації хворого тощо. Клінічний досвід показує, що прогноз у лікуванні залежить від ставлення людини до свого захворювання.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Відображенням ставлення людини до свого здоров'я став феномен внутрішньої картини здоров'я (далі – ВКЗ). У психологічну науку термін був введений О. Лурією та В. М'ясищевим, за аналогією із внутрішньою картиною хвороби. В. Каган характеризує внутрішню картину здоров'я як самостійний продукт пізнавальної й особистої активності суб'єкта, яку можна визначити як сукупність суб'єктивних уявлень про нормальний чи патологічний стан, як переживання людиною статусу і динаміки свого здоров'я, усвідомлення своїх душевних і фізичних можливостей і ресурсів [3].

Як сукупність інтелектуальних уявлень індивіда про здоров'я, емоційних переживань та відчуттів щодо нього, поведінко-



вих реакцій представляє ВКЗ В. Ананьєв, згідно з уявленнями якого основою такого психічного утворення є самопізнання. Цікавою є його думка про те, що ВКЗ як елемент самосвідомості трансформується у внутрішню картину хвороби (далі – ВКХ) у процесі соціально-психологічної адаптації у важкій життєвій ситуації хвороби [1].

Дослідник І. Мамайчук описує ВКЗ динамічною системою, що охоплює сукупність уявлень людини про своє здоров'я, усвідомлення своїх фізичних і психічних можливостей, самооцінку здоров'я, а також суб'єктивне сприйняття й оцінку чинників, що впливають на здоров'я [7]. І. Цветкова доводить, що основною функцією ВКЗ є регуляція діяльності індивіда щодо власної поведінки, спрямованої на підтримку здоров'я і протидію хворобі, і щоб ця функція реалізовувалася ВКЗ має бути несуперечливою [8].

Розвиток наукових досліджень дозволив виокремити компоненти внутрішньої картини здоров'я, зокрема: емоційну, сенситивну, когнітивну, мотиваційно-поведінкову компоненти ВКЗ [5; 6; 7; 9].

Постановка завдання. Емпіричне дослідження спрямоване на діагностику індивідуальних особливостей особистості кардіологічного хворого з метою аналізу його внутрішньої картини здоров'я.

Завдання дослідження:

1. Підібрати комплекс психодіагностичних методів для діагностики внутрішньої картини здоров'я хворих на ішемічну хворобу серця й інфаркт міокарда.

2. Здійснити психодіагностичне дослідження внутрішньої картини здоров'я та визначити особливості прояву кожної з компонент ВКЗ.

Виклад основного матеріалу дослідження. Для реалізації завдань роботи застосовано комплекс емпіричних методів дослідження, зокрема спостереження, бесіду, консультування, дослідження анамнезу хворого; психодіагностичні методи: HADS – Госпітальну шкалу для виявлення тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale), PHQ-2, PHQ-9, «Шкалу оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності» Спілберга-Ханіна, Сіетлський опитувальник та SF-36 – коротку форму неспецифічного опитувальника для визначення якості життя (The 36-Item Short Form Health Survey); статистичні методи.

Вибірка досліджуваних становила 111 пацієнтів стаціонару, в яких діагностовано ішемічну хворобу серця (далі – ІХС) та інфаркт міокарда різного ступеня ураження. У дослідженні взяли участь 40 жінок і 71 чоловіки віком від 28 до 78 років.

Розкид вибірки за віком та статтю відповідає популяції. База проведення й апробації дослідження: Івано-Франківський обласний клінічний кардіологічний центр, Інфарктне відділення № 2 та реабілітації. Дослідження проводилося з листопада 2015 р. по грудень 2017 р.

Тестування проводили протягом першого тижня стаціонарного лікування, коли клінічний діагноз був встановлений, а терапія ще не мала значного впливу. Опитувальники заповнювалися пацієнтами самостійно в присутності психолога.

За допомогою методик HADS, PHQ-2, «Шкали оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності» Спілберга-Ханіна та SF-36 – шкал «Соціальне функціонування», «Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом», «Психічне здоров'я» ми отримали показники емоційної компоненти внутрішньої картини здоров'я.

Використовуючи методику SAQ, а саме: шкали «Обмежень фізичних навантажень», «Стабільності стенокардії», «Частоти нападів», а також шкали методики SF-36: «Фізичне функціонування», «Інтенсивність болю», «Соціальне функціонування», отримали дані щодо сенситивної компоненти внутрішньої картини здоров'я.

Вважаємо, що когнітивну компоненту можна діагностувати за допомогою шкал SAQ: «Задоволеність лікуванням», «Ставлення до хвороби», та шкали методики SF-36 «Загальний стан здоров'я».

Аналізуючи шкалу методики SF-36 «Життєздатність», ми діагностували особливості ціннісно-мотиваційної компоненти внутрішньої картини здоров'я.

Дослідження поведінкової компоненти здійснювалося з використанням шкал методики SF-36: «Рольове функціонування, зумовлене фізичним станом», «Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом» та «Соціальне функціонування».

Для повноцінної оцінки кожної з компонент додатково використовували результати спостереження, бесіди та консультування.

Шкали відображають суб'єктивне розуміння хворим власних відчуттів за означеними темами. Вони не фіксуються будь-якими статистичними величинами і практично існують лише у свідомості людей, а отже, в їхніх особистісних суб'єктивних думках й оцінках.

Емоційна компонента ВКЗ. Визначення рівня сформованості **емоційної компоненти ВКЗ** надзвичайно важливе під час діагностики кардіологічних хворих; емоційне реагування на життєві ситуації впливає на безпосередній стан хворого, а часто є причиною хвороби чи повторних звернень до лікаря, повторних госпіталізацій. Притому

негативні емоції, знижене емоційне тло погіршуватимуть стан пацієнта. Позитивні емоції, підвищене емоційне тло, навпаки, сприятимуть стабілізації стану, його покращенню, підвищенню прихильності до лікаря й ефективності процесу лікування, загалом підвищують позитивний прогноз на вилікування.

Наведемо статистичні результати за шкалами методик (табл. 1).

Діагностика емоційної сфери передбачає визначення рівня вираженості тривоги та депресії. Адже підвищення тривоги супроводжує необхідність зміни життєвої ситуації, соціального функціонування, а вітальна загроза може стати причиною депресивних станів. У разі виникнення високих ризиків загрози життю, розвитку невиліковних хворіб, для оптимізації процесів лікування є потреба контролю та корекції таких станів, зменшення вираженості ситуативної й особистісної тривоги, мінімізації депресії. Так, за результатами нашого дослідження, у хворих на ішемічну хворобу серця та інфаркт міокарда середні значення вираження тривоги та депресії (тривога – 8,2, депресія – 8,3).

Показники ситуативної й особистісної тривожності високі – середнє значення ситуативної тривоги становить 45,3, особистісної – 48,3. На психологічному рівні тривога відчувається як напруга, стурбованість, хвилювання, нервозність і переживається у вигляді почуттів невизначеності, самотності, передчуття невдачі, неможливістю прийняти рішення тощо. На фізіологічному рівні цей показник проявляється так: посилюється серцебиття, дихання частішає, збільшується хвилинний об'єм циркуляції крові, підвищується артеріальний тиск, зростає загальне збудження, знижується поріг чутливості, такі прояви негативно впливають на стан хворого.

Високі показники особистісної тривожності свідчать про значну ймовірність появи у хворого стану тривожності в ситуаціях, де йдеться про оцінку його компетентності, підготовленості, які сприймаються ним як загрози. А високі показники ситуативної тривожності вказують на виражене психое-

моційне напруження пацієнтів. Цей показник показує зміни психоемоційного стану пацієнта в процесі лікування, тому можна говорити про його достовірність в отриманих даних.

Середнє значення за шкалою «Соціальне функціонування» – 59,7% із середньоквадратичним відхиленням $\pm 22,4$. Такі показники свідчать про часткове обмеження соціальних контактів, знижений рівень спілкування хворих у зв'язку з погіршенням фізичного й емоційного стану. Суттєве середньоквадратичне відхилення вказує на значну різницю між максимальним і мінімальним значенням, це значить, що одні пацієнти більше активні за наявності захворювання, інші – менше.

Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом, становить 24,7%, середньоквадратичне відхилення – $\pm 36,6$, низькі показники свідчать про наявність обмежень у виконанні повсякденної роботи, зумовлених погіршенням емоційного стану.

Показник психічного здоров'я в середньому становить 61%, що свідчить про знижений настрій, наявність депресивних, тривожних переживань і психічне неблагополуччя.

Отже, можемо стверджувати, що емоційна компонента хворих даного профілю потребує втручання та корекції для ефективного включення хворого в лікування та процес покращення стану.

Сенситивна компонента ВКЗ діагностується для розгляду актуального стану пацієнта. Визначають наявність / відсутність фізичного комфорту / дискомфорту, а також оцінюють усвідомлення ресурсних резервів. Компонента відповідає за об'єктивні відчуття симптомів, здатність диференціювати їх залежно від стану пацієнта і є важливою для корекції лікарських середників і уточнення змісту психологічного супроводу реабілітації конкретного хворого на ІХС та ІМ (табл. 2).

Середні значення за шкалами фізичного функціонування представляють ступінь обмеження виконання фізичних навантажень (як-от ходьба, самообслуговування, підйом сходами, перенесення ваги, тощо). Низькі показники за цією шкалою вказують на те,

Таблиця 1

Результати діагностики емоційної компоненти ВКЗ

HADS		PHQ-9	«ШОРРТОТ»		SF-36		
Рівень тривоги	Рівень депресії	Рівень депресії	Рівень ситуативної тривожності	Рівень особистісної тривожності	Соціальне функціонування	Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом	Психічне здоров'я
8,2 \pm 2,2	8,3 \pm 2,2	8,7 \pm 4,3	45,3 \pm 6,6	48,3 \pm 6,7	59,7 \pm 22,4	24,7 \pm 36,6	61 \pm 13,8



що фізична активність пацієнтів значно обмежується станом їхнього здоров'я.

Додатковий аналіз показав, що величина показника співвідноситься з величиною ураження міокарда; також високі показники частіше трапляються в молодших людей (зокрема, максимальне значення визначене в чоловіка віком 28 років). Переважаючим чинником впливу на показник є результат клініко-функціональної діагностики, тяжкість захворювання визначає рівень фізичного функціонування хворого. Ставлення до власного фізичного функціонування у хворих також визначається і типом ставлення до хвороби. У разі анозогностичного, ейфоричного ставлення до хвороби пацієнти ігнорують прояви слабкості, приписуючи їх ситуативним причинам, втомі, тривозі, впливу зовнішніх чинників тощо.

Інтенсивність болю (51,5%), стабільність стану (58,5%) та частота нападів (60,6%) є середніми, що свідчить про потребу реабілітації за допомогою лікувальних препаратів і корекції призначених препаратів. А отже, здатність до повсякденної діяльності, зокрема до роботи по дому і поза домом, є зниженою через біль і напади.

Як висновок, соціальне функціонування кардіологічних пацієнтів є пониженим у зв'язку з погіршенням фізичного стану.

Дослідження когнітивної компоненти ВКЗ для психологічного супроводу реабілітації особливо важливе, адже це усвідомлення хворим складності його захворювання, ролі психологічних чинників розвитку хвороби і прийняття факту закономірностей

її розвитку, зокрема, перспектив виздоровлення чи можливості хроніфікації захворювання як неминучості (табл. 3).

Отримані дані для розгляду компоненти (табл. 3) показують, що більшість пацієнтів (майже 80%) задоволені лікуванням в стаціонарному відділенні лікарні. Також ця шкала характеризує суб'єктивну оцінку хворими компетентності лікарів, підбір вдалого підходу до лікування та застосування всіх можливих процедур і методів для покращення їхнього стану.

За шкалою ставлення до хвороби, отримані показники у більшості пацієнтів становлять 46,3%, тобто вони є заниженими. Пацієнти потребують знань про захворювання, що, у свою чергу, сприятиме більш усвідомленому ставленню хворого до свого стану та приведе до більш активної участі в процесі реабілітації.

Загальний стан здоров'я пацієнти зазначають на рівні 42,6%, що нижче середнього значення. А це свідчить про низьку оцінку хворим свого стану здоров'я зараз і негативну характеристику перспектив лікування.

Ціннісно-мотиваційна та поведінкова компоненти ВКЗ. Результати за компонентою доводять, що наявні мотиви до конструктивної стратегії поведінки, спрямованої на одужання. Також не менш важливими є дослідження активності хворого, тобто сукупність зусиль, прагнень, конкретних дій, зумовлених системою вірувань, спрямованих на досягнення суб'єктивно значущих цілей щодо відновлення здоров'я (табл. 4).

Таблиця 2

Результати діагностики сенситивної компоненти ВКЗ

SAQ			SF-36		
Обмеження фізичних навантажень	Стабільність стану	Частота нападів	Фізичне функціонування	Інтенсивність болю	Соціальне функціонування
47,2 ± 21,2	58,5 ± 32,6	60,6 ± 26,6	52,4 ± 23,6	51,5 ± 20	59,7 ± 22,4

Таблиця 3

Результати діагностики когнітивної компоненти ВКЗ

SAQ		SF-36
Задоволеність лікуванням	Ставлення до хвороби	Загальний стан здоров'я
77,8 ± 14,6	46,3 ± 17,8	42,6 ± 14,3

Таблиця 4

Результати діагностики ціннісно-мотиваційної та поведінкової компонент ВКЗ

Ціннісно-мотиваційна компонента	Поведінкова компонента		
	SF-36		
Життєздатність	Рольове функціонування, зумовлене фізичним станом	Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом	Соціальне функціонування
51,9 ± 17,3	16,7 ± 22	24,7 ± 36,6	59,7 ± 22,4

За допомогою спостереження, бесіди та консультування ми отримали інформацію стосовно ціннісно-мотиваційної та поведінкової компонент внутрішньої картини здоров'я. Можемо зауважити, що дані за компонентами є достатньо низькими. У кардіологічних пацієнтів мотивація до реабілітаційних заходів і процедур знижена, отриманий показник – 51,9% за шкалою «Життєздатність» – вказує на стомленість пацієнта, зниження життєвої активності, знесилення. Захворювання формує внутрішню картину хвороби, яка є частиною внутрішньої картини здоров'я. Здоров'я трактується як недосяжна цінність, мотивація бути здоровим втрачає сенс, а зусилля, спрямовані на покращення стану, не дають швидкого і значного результату і, як наслідок, розхитують загальну активність і мотивацію до продовження лікування та реабілітації. Знання про динаміку одужання й індивідуальні перспективи відновлення (когнітивна компонента) піднімають рівень мотивації та змінюють поведінку. Тримаючи у фокусі уваги мотивацію одужання пацієнта і впливаючи на неї через сенситивну, емоційну, когнітивну компоненти ВКЗ, змінюємо і поведінку хворого.

Дослідження показало низький рівень сформованості поведінкової компоненти пацієнтів. Так, середнє значення за шкалою «Рольове функціонування, зумовлене фізичним станом» – 16,7% (це означає, що повсякденна діяльність значно обмежена фізичним станом пацієнта), середньоквадратичне відхилення – ± 22 , мінімальне значення – 13, максимальне – 95. Такі різнополюсні показники показують, що хворі по-різному ставляться до впливу хвороби на їхнє повсякденне життя, одні сприймають хворобу як катастрофу, уникають і обмежують будь-яку діяльність, інші сподіваються повернутися додому і робити все, як раніше, вважаючи, що хвороба не стане причиною відмови від діяльності.

Додатковий аналіз дозволяє говорити про несформовану поведінкову компоненту в пацієнтів як із наднизькими, так і з високими показниками, анозогностично-ергопатичне ставлення до хвороби. Відмова ж від виконання повсякденної рольової

діяльності може нав'язуватися та підкріплюватися близькими і родичами пацієнта.

Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом, становить 24,7%, середньоквадратичне відхилення – $\pm 36,6$. Низькі показники за цією шкалою допомагають нам побачити наявні обмеження у виконанні повсякденної роботи, зумовлені погіршенням емоційного стану. Тобто на тлі емоційних «проблем» у пацієнтів відсутні бажання, мотивація, сили продовжувати роботу, докладати зусилля до роботи як по дому, так і поза його межами.

Значення за шкалою «Соціальне функціонування» (59,7%) підкреслює знижену ціннісно-мотиваційну та поведінкову активність. Обмеження соціальних контактів і зниження рівня спілкування відбувається через погіршення фізичного й емоційного стану. Пацієнти не бажають брати участь у фізичній реабілітації, бо вона не приносить очікуваних і швидких результатів, медикаменти полегшують стан, але є шкідливими для інших систем і органів, з'являється думка, що після такого захворювання нічого не допоможе.

Свій внесок у дану «тактику» реагування робить і страх активності, тобто «будь-яка діяльність (особливо фізичні вправи) може зашкодити, погіршити мій стан, тому краще я буду вести себе так, як завжди, нічого не порушувати, зменшу свою активність і якось все буде».

Корекція компонентів ВКЗ забезпечить збільшення прихильності до лікування, збільшення мотивації до процесу реабілітації, збільшення активності та зусиль для відновлення стану та повернення до соціального життя, роботи, задоволення тощо.

Наведемо рівні сформованості за кожною компонентою та розглянемо, яка кількість хворих на ішемічну хворобу серця має низький, середній і високий рівні сформованості тієї чи іншої компоненти (табл. 5).

У досліджуваних всі компоненти перебувають на низькому або середньому рівнях сформованості, високий рівень притаманний лише декільком досліджуваним.

Отримані результати досліджень ВКЗ за кожною компонентою доводять необхідність створення системи психологічної до-

Таблиця 5

Рівні сформованості компоненти ВКЗ

Рівень сформованості компоненти	Компонента				
	Емоційна	Сенситивна	Когнітивна	Ціннісно-мотиваційна	Поведінкова
Низький, пацієнтів	40%	32%	28%	50%	58%
Середній, пацієнтів	44%	52%	54%	44%	32%
Високий, пацієнтів	16%	16%	18%	6%	10%



помоги кардіологічному хворому на етапах відновного лікування та реабілітації. Наявна незаперечна потреба психологічного супроводу пацієнта в процесі реабілітації, такий психологічний супровід може різнитися за формою, (психологічна консультація, психотерапія, групова робота, тренінгові заняття) але об'єднуючою ідеєю роботи може стати концепція внутрішньої картини здоров'я.

Висновки із проведеного дослідження. Отже, для успішної психологічної реабілітації хворих важливо вибудовувати стратегії оптимізації стану здоров'я, шукати індивідуальні шляхи медичної, фізичної та психологічної реабілітації.

Нашим емпіричним дослідженням виявлено: рівень розвитку емоційної компоненти ВКЗ низький у 40% досліджуваних; середній – у 44%; високий – у 16%; рівень розвитку когнітивної компоненти ВКЗ низький у 28% досліджуваних; середній – у 54%; високий – у 18%; рівень розвитку сенситивної компоненти низький у 32% досліджуваних; середній – у 52%; високий – у 16%; рівень розвитку ціннісно-мотиваційної компоненти ВКЗ низький у 50% досліджуваних; середній – у 44%; високий – у 6%; рівень розвитку поведінкової компоненти ВКЗ низький у 58% досліджуваних; середній – у 32%; високий – у 10%.

Найменш розвиненими компонентами ВКЗ є ціннісно-мотиваційна та поведінкова компоненти, виражений середній рівень сформованості когнітивної та сенситивної компонент; високий рівень розвитку компоненти притаманний лише декільком досліджуваним.

Встановлено, що на тлі фізичних і емоційних проблем у пацієнтів відсутнє бажання та сили продовжувати роботу, докладати зусилля щодо роботи по дому і поза його межами. Мотивація до реабілітаційних заходів і процедур знижена, становить 51,9%.

Виявлено легкий рівень вираження тривоги і депресії – середні значення тривоги – 7,8; депресії – 7,7/8,7; показники ситуативної (середнє значення – 45,3) й особистісної тривожності (середнє значення – 48,3).

Загальний стан здоров'я становить 42,6%, що нижче середнього значення і свідчить про низьку оцінку хворим свого стану здоров'я зараз, а також характеризує занижену суб'єктивну оцінку ймовірності перспективи вилікування.

Психічне здоров'я пацієнтів у середньому становить 61%, що свідчить про знижений настрій у пацієнтів, наявність депресивних, тривожних переживань і психологічне неблагополуччя.

Внутрішня картина здоров'я пацієнтів є важливим показником оцінювання потреб пацієнта щодо психологічної реабілітації, а рівні розвитку кожної з компонент є індикаторами, де низькі показники сигналізують про потребу втручання та корекції, а високі – про підкріплення та довершення.

Отримані результати досліджень ВКЗ за кожною компонентою доводять необхідність створення системи психологічної допомоги кардіологічному хворому на етапах відновного лікування та реабілітації. Наявна незаперечна потреба психологічного супроводу пацієнта в процесі реабілітації, такий психологічний супровід може різнитися за формою, (психологічна консультація, психотерапія, групова робота, тренінгові заняття), але об'єднуючою ідеєю роботи може стати концепція внутрішньої картини здоров'я.

Основною перспективою подальших емпіричних досліджень є глибша диференціація хворих залежно від форми ІХС (хворих із NSTEMI, з консервативним лікуванням та із застосуванням інвазивної тактики лікування; хворих зі STEMI – з консервативною тактикою лікування, із тромболітичною терапією та інвазивною тактикою) з метою тоншої діагностики їхніх ВКЗ.

Результати таких досліджень можуть бути використані для побудови програми ефективної психологічної реабілітації пацієнтів з ішемічною хворобою серця й інфарктом міокарда, що може стати перспективою подальших досліджень.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Ананьев В. Основы психологии здоровья. Кн. 1: Концептуальные основы психологии здоровья. СПб.: Речь, 2006. 384 с.
2. Гасюк М. Етапи психологічного супроводу хворого у кардіологічному відділенні. Modern methods, innovations and operational experience in the field of psychology and pedagogist: International research and practice conference. Lublin, Republic of Poland. October 20–21, 2017. P. 215–219.
3. Каган В. Внутренняя картина здоровья – термин или концепция? Вопросы психологии. 1993. № 1. С. 86–88.
4. Лісова О. Психологічні особливості внутрішньої картини здоров'я в осіб із виразковою хворобою: автореф. дис. ... канд. психол. наук: спец. 19.00.04 «Медична психологія». Харків, 2008. 20 с.
5. Нестерак Р., Гасюк М. Значення навчання та психологічного супроводу хворих на ІХС на етапах реабілітації та відновного лікування. Innovative technology in medicine: experience of Poland and Ukraine: International research and practice conference. April 28–29, 2017, Lublin, 2017 P. 190–192.
6. Ермак А., Япарова О. Проблема формирования внутренней картины здоровья. Личность, семья и об-

щество: вопросы педагогики и психологии: сб. ст. по матер. XVII междунар. научн.-практ. конф. Ч. I. Новосибирск: СибАК, 2012.

7. Фесенко Н. Внутренняя картина здоровья как особенное отношение личности к своему здоровью. Психология и современное общество: взаимодействие как путь взаиморазвития: материалы 4-й междунар. научн.-практ. конф. СПб.: СПбИУиП, 2009. Ч. 3. 268 с. С. 142–146.

8. Цветкова И. Проблема психологического изучения внутренней картины здоровья. Психологические исследования. 2012. № 1 (21). С. 11. URL: <http://psystudy.ru>.

9. Nesterak R., Gasyuk M. Pilot investigation of the method of interactive training of patients at the stage of medical rehabilitation and treatment Deutscher Wissenschafts herold. German Science Herald. 2017. № 4. P. 38–41. DOI: 10.19221/2017412.

УДК 159.95

ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ДЕМЕНЦІЇ В ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ: ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

Лисенко О.С.,

випускник кафедри педагогіки та психології післядипломної освіти

Інститут післядипломної освіти

Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

У статті відображений опис проблем та перспективи психологічних аспектів лікування деменції в осіб похилого віку. Майже 47 мільйонів людей у всьому світі живуть із деменцією. Деменція призводить до погіршення якості життя пацієнтів та їхніх доглядальників, покладає значне економічне навантаження на сім'ї та систему охорони здоров'я.

Ключові слова: деменція, особи похилого віку, діагностика, поширеність захворювання, мистецтво.

В статье отражено описание проблем и перспективы психологических аспектов лечения деменции у пожилых людей. Около 47 миллионов человек во всем мире живут с деменцией. Деменция приводит к ухудшению качества жизни пациентов и их опекунов, возлагает значительную экономическую нагрузку на семьи и систему здравоохранения.

Ключевые слова: деменция, престарелые, диагностика, распространенность заболевания, искусство.

Lysenko O.S. PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF DEMENTIA TREATMENT IN THE ELDERLY PERSONS: PROBLEMS AND PERSPECTIVES

The article describes the problems and perspectives of the psychological aspects of the treatment of dementia in the elderly persons. About 47 million people around the world live with dementia. Dementia leads to a deterioration in the quality of life of patients and their carers, poses a significant economic burden on the family and the health system.

Key words: dementia, elderly persons, diagnostics, prevalence of disease, art.

Постановка проблеми. Деменція – це зазвичай хронічний або прогресивний загальний нейропсихіатричний синдром, що призводить до погіршення різних психічних функцій, зокрема пізнавальних, емоційних і психічних. Одними з найбільш відомих нейропсихіатричних симптомів деменції є ажитация, апатія, зміни настрою, порушення денно-нічного циклу, галюцинації, ворожа поведінка та ін. Забезпечення ефективної та безпечної фармакотерапії для осіб похилого віку з деменцією із часом може суттєво ускладнюватися. Всесвітня організація охорони здоров'я (далі – ВООЗ) рекомендує країнам проводити кампанії з підвищення обізнаності про вищезазначений розлад. Захворювання призводить до по-

гіршення якості життя пацієнтів та їхніх доглядальників, повідомляється про значне економічне навантаження на сім'ї та систему охорони здоров'я.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. У сучасній науковій літературі йдеться про значну кількість пацієнтів, яким встановлюється діагноз «деменція». Цей розлад може суттєво впливати на якість життя пацієнтів і їхніх доглядальників внаслідок когнітивних порушень, розладів самообслуговування, погіршення соціальної активності й інших ускладнень. Зазначається, що сучасні фармакотерапевтичні методи лікування деменції мають низку недоліків, тому наявна потреба в подальших дослідженнях цієї проблеми. Однак варто за-