

*Д. А. Волощук*  
**АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ КОМПЛЕКСНОГО МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОГО СУПРОВОДУ  
 ПАЦІЄНТІВ З СУДИННОЮ ДЕМЕНЦІЄЮ ТА ЧЛЕНІВ ЇХНІХ РОДИН**

*Д. А. Волощук*  
**Анализ эффективности комплексного медико-социального сопровождения  
 пациентов с сосудистой деменцией и членов их семей**

*D. A. Voloshchuk*  
**Analysis of the effectiveness of integrated medical and social support  
 for patients with vascular dementia and their families**

У наведеній статті подано огляд актуальної проблеми психології та медицини — супровід пацієнтів з судинною деменцією та їхніх родичів. Автор проводить аналіз дослідження індивідуально-психологічних особливостей хворих на судинну деменцію і проявів дезадаптації у родичів цієї категорії хворих, а також доводить ефективність впровадження авторського методу медико-соціального супроводу пацієнтів з судинною деменцією та їхніх родичів. Дослідження проводили в чотири етапи: етап психодіагностики, етап комплексної терапії, аналіз проведеного терапевтичного комплексу та етап амбулаторного медико-соціального супроводу.

**Ключові слова:** судинна деменція, супровід пацієнтів, комплексний медико-соціальний супровід, індивідуально-психологічні особливості, прояви дезадаптації у родичів пацієнтів

В статті представлений огляд актуальної проблеми психології та медицини — супроводження пацієнтів з судинною деменцією та їх родичів. Автор представляє аналіз дослідження індивідуально-психологічних особливостей хворих на судинну деменцію та проявів дезадаптації у родичів цієї категорії хворих, а також доводить ефективність впровадження авторського методу медико-соціального супроводу пацієнтів з судинною деменцією та їх родичів. Дослідження проводилось в чотири етапи: етап психодіагностики, етап комплексної терапії, аналіз проведеного терапевтичного комплексу та етап амбулаторного медико-соціального супроводу.

**Ключевые слова:** сосудистая деменция, сопровождение пациентов, комплексное медико-социальное сопровождение, индивидуально-психологические особенности, проявления дезадаaptации у родственников пациентов

In the article is an overview of the actual problems of psychology and medicine — maintenance of patients with vascular dementia and their relatives. The author presents the analysis of the individual psychological characteristics of patients with vascular dementia and signs of maladjustment in relatives of patients. As well as efficiency of the author's method of medical and social support for patients with vascular dementia and their relatives. The study was conducted in four stages: Stage psychodiagnosis phase adjuvant therapy, therapeutic analysis conducted complex stage and outpatient medical and social support.

**Key words:** vascular dementia, support patients comprehensive medical and social support, individual psychological characteristics, manifestations of maladjustment in relatives of patients

Невпинне зростання чисельності осіб похилого віку, які мають найбільш високий ризик розвитку певних видів соматопсихічної патології, характерних для цієї вікової групи, зокрема судинної деменції (СД), що є однією з найбільш частих форм когнітивного зниження в багатьох країнах світу, визначає необхідність докладного вивчення клінічних аспектів цієї патології [2, 4, 6—7]. Враховуючи різноманітність та індивідуальність клінічних проявів СД, обмеження соціального функціонування пацієнтів, доцільним є використання біопсихосоціальної моделі при складанні комплексних міждисциплінарних програм допомоги хворим на СД, з урахуванням сімейно-центрованого підходу [1, 3, 5, 8].

Метою дослідження було так: на ґрунті вивчення клініко-психопатологічних та соціальних особливостей пацієнтів з судинною деменцією, а також закономірностей формування дезадаптації у їхніх родичів, розробити комплексний медико-соціальний супровід хворих та їхніх родичів.

Для досягнення поставленої мети визначені такі завдання:

1. Дослідити клініко-психопатологічні особливості хворих на судинну деменцію.
2. Визначити порушення соціально-побутових навичок та особливостей соціального функціонування у пацієнтів з судинною деменцією.
3. Вивчити індивідуально-психологічні особливості родичів хворих на судинну деменцію та прояви дезадаптації у родичів хворих на судинну деменцію.

4. Розробити та впровадити комплексний медико-соціальний супровід для хворих на судинну деменцію та членів їхніх родин.

5. Оцінити ефективність запропонованого і впровадженого комплексного супроводу.

На протязі 2014—2017 рр. на базі КУ «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я» було обстежено 179 пацієнтів з судинною деменцією. З них, відповідно до критеріїв включення/виключення, а також з інших причин (смерть пацієнта, зміна місця проживання, відмова від участі в дослідженні) у дослідження увійшли 163 хворих на судинну деменцію та 163 їхніх родичів. Дослідження проводили з дотриманням принципів медичної етики та деонтології. Родичів хворих було інформовано про тему та мету наукової роботи, а також про заходи фармакотерапії, психотерапії та медико-соціального супроводу, які проводили в дослідженні. В ході роботи досліджуваним (хворим та їхнім родичам) неодноразово підкреслювали, що участь у дослідницькій роботі є цілком добровільною та конфіденційною, також їм роз'яснювали право відмови від дослідження на будь-якому з етапів.

До участі в дослідженні були допущені особи, які відповідали таким вимогам:

- пацієнти:**
- мали встановлений діагноз судинної деменції (F 01);
  - не мали тяжких супутніх соматичних захворювань;
  - входили до вікової групи 49—94 років;
- родичі, які здійснювали догляд за пацієнтами з СД:**
- дали письмову згоду на участь у дослідженні;

— прочитали та усвідомлювали дані, наведені в інформованій згоді, а також розуміли та виконували інструкції використаних у дослідженні психологічних методик та тестів.

Критерії виключення з дослідження наведені нижче:  
*пацієнти:*

— мали інший тяжкий супутній соматичний діагноз або соматичне захворювання в стадії загострення;

— не входили до вказаної вікової групи;

*родичі:*

— які не дали письмову згоду на участь у дослідженні.

Таким чином, серед загальної кількості обстежуваних до участі у подальшій роботі було відібрано 163 хворих на судинну деменцію та 163 їхніх родича.

В процесі дослідження було використано комплекс методів дослідження, а саме: соціально-демографічний, клініко-анамнестичний, психодіагностичний, статистичний.

Основна кількість досліджуваних пацієнтів входили до групи осіб похилого та старечого віку — 93,87 %.

Наступними соціально-демографічними характеристиками, які вивчали в рамках дослідження, були рівень та профіль освіти пацієнтів з СД.

Більшість досліджуваних пацієнтів не мали вищої освіти (79,75 %), що підтверджує теорію про прямий кореляційний зв'язок між ступенем освіти та вірогідністю розвитку деменції. За профілем освіти серед обстежуваних пацієнтів превалювали особи технічних спеціальностей (63,19 %).

Як вже зазначалось, другу групу склали родичі хворих. Серед них у дослідженні взяли участь подружжя хворих, їхні діти або інші родичі, які опікувались пацієнтом. Практично 2/3 від загальної кількості родичів склали особи першої лінії спорідненості, тобто подружжя або діти (68,10 %). Опікувались пацієнтами з СД частіше представниці жіночої статі (63,80 %). Особи, які здійснювали догляд за хворими, належали, здебільшого, до вікової групи 44—74 роки (79,76 %).

Психодіагностичне дослідження проводили в двох когортах: в групах пацієнтів та їхніх родичів. Для пацієнтів було обрано такий комплекс експериментально-психологічних методик: скорочену шкалу оцінки психічного статусу Mini-Mental State Examination (MMSE) за авторами Folstein M. F., Folstein S. E., McHugh P. R., 1975; Монреальську шкалу когнітивної оцінки (MoCA); психіатричну шкалу обмеження життєдіяльності Всесвітньої організації охорони здоров'я — Psychiatric Disability Assessment Schedule (DAS). Методиками вибору для діагностики родичів пацієнтів з СД стали опитувальник самооцінки емоційного стану (Н. О. Марута, 2001) для дослідження спектра психоемоційних переживань, шкала Гамільтона (Hamilton Rating Scale for Depression, 1960); шкала оцінки астенії MFI-20 — Multidimensional Fatigue Inventory (Smets E. M., 1995); Фрайбурзький особистісний опитувальник (J. Fahrenberg, H. Selg, R. Hampel, 2001); багатовимірною шкалою сприйняття соціальної підтримки — MSPSS (Д. Зимет; адаптація В. М. Ялтонський, Н. А. Сирота, 1994); методика Mezzich, Coher, Ruiperez, Liu & Yoon (1999) та методика діагностики індексу життєвого стилю Плутчика — Келлермана — Конте (Life Style Index), адаптована Л. І. Вассерманом, О. Ф. Єришевим, Є. Б. Клубовою (1998) [9].

Статистичне оброблення отриманих даних виконували за допомогою програм Excel та статистичного пакету Statistica 7.0. for Windows. В усіх випадках порівнянь визначали вірогідність різниць «*p*». Розходження вважали як статистично значущі при  $p < 0,05$ .

Дослідження проводили в чотири етапи. Дизайн дослідження наведений на рисунку.

На першому етапі дослідження, з урахуванням критеріїв включення/виключення, було сформовано дві групи пацієнтів з СД — Г1(п) та Г2(п). Розподіл здійснювали за рівнем розвитку когнітивних функцій хворих та ступенем їх загальної дисфункції, який визначали за даними клінічних спостережень, а також за допомогою психодіагностичних методик. Так, до Г1(п) увійшли 76 осіб з легким ступенем когнітивних порушень за шкалою MMSE, а до Г2(п) — 87 осіб з помірним ступенем.

До дослідження було включено пацієнтів, які набрали від 11 до 24 балів за вищезгаданою шкалою (11—19 балів — помірний ступінь деменції, 20—24 бали — легкий ступінь деменції). Особи з окремими когнітивними порушеннями по допомогу не звертались. Пацієнти з важкою деменцією не були включені до дослідження, бо вони потребували іншого підходу до надання допомоги та окремого комплексу специфічної терапії.

Відповідно до умов включення пацієнтів, кожного хворого на СД супроводжував один член родини, який був мотивований на участь в програмі дослідження та з яким уклали психотерапевтичний контракт. У групах родичів проводили оцінювання їхнього психоемоційного стану, особистісних особливостей та якості життя. Родичі пацієнтів, які увійшли до груп дослідження, утворили, відповідно, дві групи — Г1(р) — 76 осіб та Г2(р) — 87 осіб.

На другому етапі дослідження кожну з груп обстежуваних було поділено на дві підгрупи (основну та порівняльну), в результаті чого утворено чотири підгрупи пацієнтів з СД: дві основних — ОГ1(п) та ОГ2(п) і дві підгрупи порівняння — ГП1(п) та ГП2(п), та, відповідно їм, чотири підгрупи родичів — дві основних — ОГ1(р) та ОГ2(р) і дві підгрупи порівняння — ГП1(р) та ГП2(р).

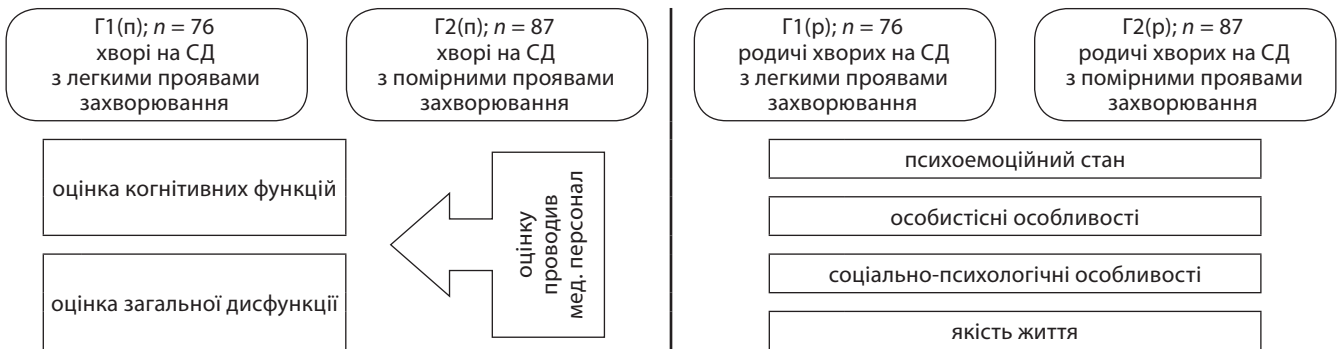
На підставі отриманих результатів нами було зроблено окремі терапевтичні комплекси для пацієнтів та їхніх родичів, які проводили винятково в основних підгрупах дослідження. Комплекс для основних підгруп хворих на СД включав загальноприйнятую фармакотерапію та авторський «Тренінг соціально- побутових навичок». Для основних підгруп родичів було проведено низку психотерапевтичних заходів, які включали психоосвіту та екзистенційну терапію. В підгрупах порівняння, до складу яких входили пацієнти з СД, проводили суто базові фармакотерапевтичні інтервенції; в підгрупах порівняння, які утворили родичі пацієнтів, не проводили жодних заходів.

Третій етап — аналіз ефективності проведеного комплексу — дозволив оцінити результативність авторського комплексу терапії шляхом порівняння основних груп та груп порівняння.

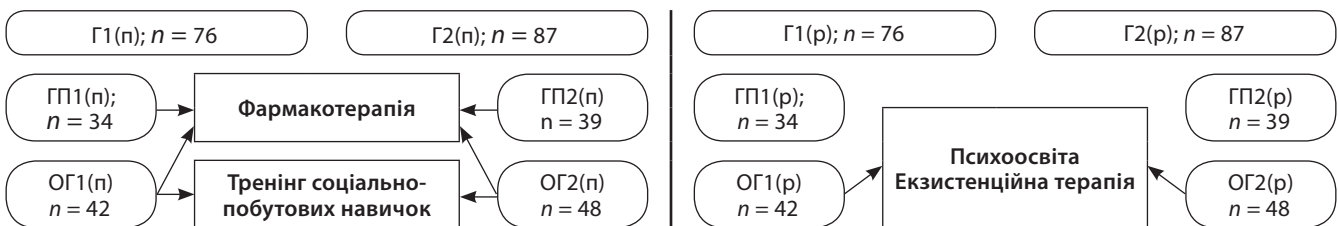
На етапі амбулаторного медико-соціального супроводу було впроваджено програму довгострокового супроводу родичів хворих на судинну деменцію. Програма включала ведення сформованих раніше психотерапевтичних груп родичів та створення Інтернет-ресурсу для можливості консультування та надання психологічної допомоги учасникам дослідження.

Серед загальної когорти досліджуваних з СД 46,63 % осіб мали деменцію легкого ступеня виразності (Г1(п)), 53,37 % досліджуваних (Г2(п)) характеризувались помірним ступенем виразності деменції. Пацієнти Г2(п) мали достовірно менші середні показники за факторами «оптико-просторова діяльність», «увага» та «орієнтування» порівняно з досліджуваними Г1(п) ( $p \leq 0,05$ ). Більша виразність дисфункції за показниками «називання», «абстрактне мислення», «відстрочене відтворення» також характеризувала осіб Г2(п), проте достовірної різниці за цими факторами в групах визначено не було ( $p > 0,05$ ).

**I. ЕТАП ПСИХОДІАГНОСТИКИ**



**II. ЕТАП КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ**



**III. АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОВЕДЕНОГО ТЕРАПЕВТИЧНОГО КОМПЛЕКСУ**

**IV. ЕТАП АМБУЛАТОРНОГО МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОГО СУПРОВОДУ**



**Дизайн дослідження**

Рівень соціального функціонування у досліджуваних Г1(п) був достовірно вищим порівняно з Г2(п) за показниками «самообслуговування», «інтереси та зайнятість», «діяльність у родині та в побуті», «спілкування та ізоляція», «участь в домашніх справах», «сімейна роль», «шлюбна роль», «батьківська роль», «соціальні контакти», «зацікавленість і поінформованість», «поведінка в нестандартних і складних ситуаціях» ( $p \leq 0,05$ ). Рівень мінімальної дисфункції виявлявся в ГП1(п) та ГП2(п), здебільшого, щодо загальної поведінкової дисфункції; показники у сфері виконання соціальних ролей були в площині очевидної, серйозної або дуже серйозної дисфункції.

Добра та задовільна адаптація характеризувала в достовірно більшому ступені пацієнтів Г1(п) — 19,73 %, порівняно з хворими Г2(п) — 6,90 %. Взагалі дезадаптивні прояви в різному ступені відмічались у 80,27 % пацієнтів Г1(п) та 93,10 % досліджуваних Г2(п). Дуже погана адаптація достовірно ( $p \leq 0,05$ ) частіше відмічалась в групі пацієнтів з помірним ступенем когнітивних порушень при деменції.

Загальними індивідуально-психологічними рисами родичів пацієнтів з СД, які належали до Г1(р) та Г2(р), були підвищені значення за показниками «невротичність» (Г1(р) — 6,3 бали; Г2(р) — 7,8 бали), «спонтанна агресивність» (Г1(р) — 6,2 бали; Г2(р) — 8,1 бали), «роздратованість» (Г1(р) — 6,1 бали; Г2(р) — 8,3 бали), «реактивна агресивність» (Г1(р) — 6,4 бали; Г2(р) — 8,2 бали), «емо-

ційна лабільність» (Г1(р) — 6,3 бали; Г2(р) — 7,6 бали). Достовірно більш виразними в Г2(р) були показники за «спонтанною агресивністю», «роздратованістю», «реактивною агресивністю» та «емоційною лабільністю», «невротичністю» ( $p \leq 0,05$ ). Для осіб Г1(р) в більшому ступені були притаманними «врівноваженість», «комунікабельність» та «відкритість».

В обох групах родичів спостерігалась менша виразність емоцій позитивного полюса при переважанні негативних емоційних переживань (Г2(р) — 54,02 %; Г1(р) — 34,21 %). В Г2(р) 37,93 % досліджуваних відрізнялись високим рівнем тривоги, що було достовірно частіше, ніж в групі Г1(р) ( $p \leq 0,05$ ). Досліджувані Г2(р) вдвічі частіше, порівняно з Г1(р), мали високий рівень депресії (Г2(р) — 31,03 %; Г1(р) — 17,11 %). В обох групах досліджуваних відмічались достатньо високі показники за рівнем астенії, зниження активності та мотивації (Г2(р) — 35,63 %; Г1(р) — 21,05 %).

Серед соціально спрямованих копінгів в групах родичів пацієнтів з СД найбільш часто використовували механізм інтелектуалізації, при цьому достовірно більш високим був середній бал за ступенем напруженості в Г2(р) (Г1(р) — 52,5 бали; Г2(р) — 59,4 бали). На другому місці за частотою використання була стратегія «проекції» (Г1(р) — 50,6 бали; Г2(р) — 57,9 бали). Також характерними захисними копінг-стратегіями в групах досліджуваних були стратегії «заперечення» (Г1(р) — 48,1 бали; Г2(р) — 59,3 бали) та «витіснення» (Г1(р) — 42,4 бали; Г2(р) —

51,9 бали). Особи, які здійснювали догляд за пацієнтами з СД, відмічали, що не отримують достатньо підтримки від інших осіб, зокрема від інших членів родини (середній бал в Г1(р) — 1,9 бали; в Г2(р) — 1,4 бали), а також від значимих інших (середній бал в Г1(р) — 0,9 бали; в Г2(р) — 0,6 бали).

У досліджуваних обох груп родичів були низькі показники загального сприйняття якості життя (Г1(р) — 3,5 бали; Г2(р) — 2,9 бали). Найбільш значне зниження відмічалось за показниками соціоемоційної підтримки (Г1(р) — 4,1 бали; Г2(р) — 2,9 бали), громадської та службової підтримки (Г1(р) — 3,7 бали; Г2(р) — 2,6 бали), самореалізації (Г1(р) — 3,0 бали; Г2(р) — 2,1 бали) та духовної реалізації (Г1(р) — 2,9 бали; Г2(р) — 2,2 бали). Зниження за вищенаведеними показниками було більш значним в Г2(р) порівняно з Г1(р),  $p \leq 0,05$ .

Автор статті науково обґрунтував та розробив комплексний медико-соціальний супровід для хворих на судинну деменцію, який складався з декількох блоків: фармакотерапія, тренінг соціальних навичок, адаптація й організація середовища, та довів його ефективність в процесі впровадження. В ОГ1(п) кількість пацієнтів з добрим та задовільним ступенем адаптації (когнітивної спроможності, розвитку соціально-побутових навичок, використання адаптивних копінг-стратегій) збільшилась на 54,76 %, в ОГ2(п) кількість задовільно адаптованих осіб збільшилась на 56,25 %.

В межах комплексного медико-соціального супроводу запропоновано заходи для членів родин пацієнтів з СД. Результати власної оцінки якості життя родичів пацієнтів з СД свідчать про ефективність проведених терапевтичних заходів, спрямованих на цей контингент. Так, в ОГ1(р) визначено значне достовірне підвищення за всіма критеріями, які є складовими якості життя, в середньому в ОГ1(р) на  $2,1 \pm 0,6$ , в ОГ2(р) — на  $1,3 \pm 0,4$ .

Результати проведених досліджень дозволяють зробити такі висновки.

1. В ОГ1(п) кількість пацієнтів з добрим та задовільним ступенем адаптації (когнітивної спроможності, розвитку соціально-побутових навичок, використання адаптивних копінг-стратегій) збільшилась на 54,76 %, в ОГ2(п) кількість задовільно адаптованих осіб збільшилась на 56,25 %.

2. В ОГ1(р) визначено значне достовірне підвищення за всіма критеріями, які є складовими якості життя, в середньому в ОГ1(р) на  $2,1 \pm 0,6$ , в ОГ2(р) — на  $1,3 \pm 0,4$  бали.

3. Дані дослідження свідчать про ефективність впровадженого комплексного медико-соціального супроводу пацієнтів з СД та їхніх родичів.

#### Список літератури

1. Варакин Ю. Я. Эпидемиология сосудистых заболеваний головного мозга / Ю. Я. Варакин // Очерки ангионеврологии / под ред. З. А. Суслиной. — М.: Атмосфера, 2005. — С. 66—83.
2. Вегетативные расстройства. Клиника. Диагностика. Лечение / под ред. А. М. Вейна. — М.: Медицинское информационное агентство, 2011. — 752 с.
3. Гаврилова С. И. Диагностика и лечение деменции в клинической практике / С. И. Гаврилова, О. С. Левин. — М.: МЕДпресс-информ, 2010. — С. 176—193.
4. Деменция: руководство для врачей / Н. Н. Яхно, В. В. Захаров, А. Б. Локшина. — [3-е изд.]. — М.: МЕДпресс-информ, 2011. — 264 с.
5. Захаров В. В. Когнитивные нарушения при сосудистых поражениях головного мозга: клиника, диагностика, лечение / В. В. Захаров // Фарматека. — 2009. — № 7. — С. 32—37.
6. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) [под ред. Дж. Э. Купера]; пер. с англ. Д. Полтавца. — Киев: Сфера, 2000. — 464 с.
7. Костюченко С. Сосудистая деменция: подходы и перспективы фармакологического лечения / С. Костюченко // Нейро News. — 2015. — № 5. — С. 27—32.
8. Левин О. С. Когнитивные нарушения в практике терапевта: заболевания сердечно-сосудистой системы / О. С. Левин // Consilium Medicum. — 2012. — № 11. — С. 55—61.
9. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учебное пособие / Д. Я. Райгородский. — Самара: Бахрах-М, 2002. — 672 с.

Надійшла до редакції 12.07.2016 р.

**ВОЛОЩУК Діана Анатоліївна**, асистент кафедри психіатрії, наркології, психології та соціальної допомоги Одеського національного медичного університету Міністерства охорони здоров'я, м. Одеса, Україна

**VOLOSHCHUK Diana**, MD, Assistant of Department of Psychiatry, Narcology, Psychology and Social Assistance of the Odesa National Medical University, Odesa, Ukraine