Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника

Факультет психології

Кафедра загальної та клінічної психології

**ДИПЛОМНА РОБОТА**

на здобуття бакалаврського рівня

на тему

«ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ОСІБ З НАСЛІДКАМИ ІНСУЛЬТУ»

Виконала: студентка IV курсу,

групи ПСр(з)-41

спеціальності 053 Психологія

Козич Анастасія Олегівна

Керівник: кандидат психологічних наук, доцент кафедри загальної та клінічної психології

Іванцев Наталія Ігорівна

Рецензент кандидат психологічних наук, професор кафедри загальної та клінічної психології

Гасюк Мирослава Богданівна

Івано-Франківськ – 2023 р.

**ЗМІСТ**

[ВСТУП 3](#_Toc137622787)

[РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ПІДСТАВИ ОРГАНІЗАЦІЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПРОЦЕСУ ОСІБ З НАСЛІДКАМИ ІНСУЛЬТУ 5](#_Toc137622788)

[1.1 Теоретико-методологічний аналіз вітчизняних та зарубіжних джерел з проблеми реабілітації хворих, які перенесли інсульт 5](#_Toc137622789)

[1.2 Соціально-психологічний портрет хворих, які перенесли інсульт 14](#_Toc137622790)

[РОЗДІЛ 2. ПРОБЛЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З НАСЛІДКАМИ ІНСУЛЬТУ 24](#_Toc137622791)

[2.1 Аналіз існуючих методів, методик та технологій реабілітації клієнтів, які перенесли інсульт 24](#_Toc137622792)

[2.2 Дослідження міжособистісних відносин хворих, які перенесли інсульт та їх родичів 34](#_Toc137622793)

[2.3 Комплексна програма психологічної реабілітації осіб з наслідками інсульту 44](#_Toc137622794)

[ВИСНОВКИ 49](#_Toc137622795)

[СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 50](#_Toc137622796)

[ДОДАТКИ 52](#_Toc137622797)

# ВСТУП

**Актуальність теми.** Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), інсульт є третьою за поширеністю причиною смерті у світі. Це значна медико-соціальна проблема, яка вимагає організованої медичної, соціальної та психологічної допомоги. Близько 40% інсультів супроводжується порушеннями вищих психічних функцій, що в поєднанні з порушеннями рухів в кінцівках може призвести до інвалідності. Психологічна реабілітація пацієнтів з наслідками інсульту, спрямована на відновлення психічного здоров’я та повернення хворого в суспільство, стає актуальною медико-соціальною проблемою.

Факторами, що ускладнюють реабілітацію, є: соматична обтяженість (порушення рухових функцій, супутні захворювання, зниження самообслуговування); когнітивні порушення (порушення пам'яті, уваги, оптико-просторових функцій та мови); емоційні розлади, патологічні реакції особи на хворобу.

У зв'язку з цим виникає необхідність включення до процесу реабілітації широкого спектру заходів психологічної допомоги, спрямованих на корекцію внутрішньої картини хвороби, лікувальної та життєвої перспективи хворого, формування позитивного ставлення до лікування, установок здорового способу життя, на профілактику повторного інсульту, зміцнення трудової мотивації.

Узагальнення наявних спостережень та розробок з реабілітації хворих із наслідками інсульту робить необхідним проведення теоретичного та емпіричного дослідження з метою створення концепції, моделі психологічної реабілітації, розробки програми психологічної допомоги хворому та мікросоціуму, що є актуальним та важливим завданням для медичної практики та медичної психології.

**Мета дослідження** - розробити програму психологічної реабілітації осіб з наслідками інсульту.

**Об’єкт дослідження** - соціально-психологічні проблеми осіб з наслідками інсульту.

**Предмет дослідження** - психологічні технології реабілітації осібз наслідками інсульту.

Відповідно до поставленої меті сформульовано такі **завдання** дослідження:

1. Розглянути соціально-психологічний портрет осіб з наслідками інсульту.

2. Проаналізувати існуючі методи, методики та технології реабілітації осіб, які перенесли інсульт.

3. Дослідити міжособистісні відносини хворих, які перенесли інсульт та їх родичів.

4. Розробити комплексну програму психологічної реабілітації осіб з наслідками інсульту.

Відповідно до мети і завдань дослідження нами були використані наступні **методи дослідження:** теоретичний (аналіз літератури з даної проблематики); емпіричний (анкетування), а також обробка та узагальнення отриманих результатів.

**Структура роботи** складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаної літератури та додатків.

# РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ПІДСТАВИ ОРГАНІЗАЦІЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПРОЦЕСУ ОСІБ З НАСЛІДКАМИ ІНСУЛЬТУ

## 1.1 Теоретико-методологічний аналіз вітчизняних та зарубіжних джерел з проблеми реабілітації хворих, які перенесли інсульт

Інсульт є одним з найпоширеніших неврологічних захворювань, що набуває все більшої медико-соціальної значущості. Це зумовлено безперервним зростанням гострого порушення мозкового кровообігу у всіх вікових групах, частою інвалідністю, високою летальністю та соціальною дезадаптацією хворих, які перенесли інсульт. Захворюваність на інсульт становить 2,5-3 випадки на 1000 населення на рік, а смертність в гострому періоді інсульту досягає 35%, збільшуючись на 12-15% до кінця першого року після перенесеного інсульту; впродовж 5 років після інсульту вмирають 44% пацієнтів. Найбільш високу смертність спостерігають при обширних інсультах (60% протягом першого року). Постінсультна інвалідність займає перше місце серед усіх причин інвалідності і становить 3,2 на 10 000 населення, до праці повертається 20% осіб, які перенесли інсульт, при тому, що одна третина хворих на інсульт - люди працездатного віку. Таким чином, у України інсульт щорічно розвивається у 110 тисяч осіб, приблизно 20-40% з них помирає.

За прогнозами, до 2030 року від серцево-судинних захворювань, головним чином від хвороб серця та інсульту, помре близько 23 мільйонів осіб, серцево-судинні захворювання залишаться єдиними основними причинами смерті.

Рівень смертності від серцево-судинних захворювань (ССЗ) в Україні перевищує аналогічні показники більшості країн Європи та Північної Америки та досягає 48% всіх смертей у чоловіків та 66,2% смертей у жінок (в середньому 56%). Щорічно в Україні від ССЗ помирає більше 500 тис. осіб. У структурі смертності від ССЗ ускладнення ішемічної хвороби серця займають 51%, мозковий інсульт – 27%. У результаті загальна тривалість життя у чоловіків — лише 59,4 роки, у жінок — 72 роки, що на 10–15 років менше, ніж у розвинених країнах Європи. У віковій структурі смертності чітко простежується переважання людей найбільш працездатного віку — від 25 до 64 років незалежно від статі. Розподіл показників смертності в України за часом показує, що з 1985 характерні значні коливання як загальної смертності, так і смертності від CCЗ в залежності від зовнішніх факторів (ці показники однотипні і для чоловіків, і для жінок).

Серед терапевтів та кардіологів неодноразово було проведено опитування з метою з’ясування причин високої смертності від ССЗ. У результаті було встановлено, що висока смертність від ССЗ: у 30% випадків зумовлена відсутністю належної організації профілактики, у 26% – соціально-економічними проблемами в країні, у 23% – відсутністю прихильності пацієнтів до лікування та у 21% випадків – несвоєчасним виявленням та неефективною корекцією факторів ризику.

Зниження показника смертності від CCЗ потребує, зокрема, розробки національних програм з оздоровлення населення. У більшості західних країн в останні десятиліття вдалося досягти зниження смертності від ішемічної хвороби серця більш ніж на 50%. Багато в чому цей успіх було досягнуто не так за рахунок розробки нових, у тому числі високотехнологічних, методів лікування, як за рахунок впровадження комплексних програм первинної та вторинної профілактики. У США під час реалізації 20-річної оздоровчої програми (1972–1992 років) вдалося знизити смертність від інсультів на 56%. У Північній Карелії (Фінляндія) з 1970 р. по 1995 р. було розроблено та здійснено загальнонаціональну програму профілактики CCЗ, результатами якої стало зниження смертності від ішемічної хвороби серця серед чоловічого населення 30–64 років на 73%, а по країні загалом — на 65%. В Україні нині смертність від ССЗ у 6–8 разів вища, ніж у Євросоюзі, США та Японії.

Крім смертельних випадків, ці захворювання призводять до інших серйозних наслідків: втрати толерантності до фізичних і психологічних навантажень, паралічів, значно знижують тривалість життя чоловіків і жінок. Як правило, захворювання серцево-судинного профілю розвиваються і переходять у свої екстремальні форми - інсульт головного мозку - на тлі, що отримав останнім часом вкрай широке поширення і вважається вже звичайним явищем, атеросклерозу кровоносних судин. У свою чергу, інсульти характеризуються не лише тяжкістю перебігу, а й ускладненнями, що зумовлюють не лише високу смертність, а й ранню інвалідність населення (пацієнтів). Незважаючи на рекомендації лікарів, регулярну пропаганду здорового способу життя, інформацію про способи профілактики ССЗ, їх кількість практично не знижується, загрозлива ситуація часто не впізнається вчасно, і людина не отримує своєчасного ефективного лікування.

Зважаючи на викладене, очевидно, що захворювання серцево-судинного профілю можуть призводити до виникнення значних проблем соціального та економічного характеру.

Надзвичайно високий рівень поширеності серцево-судинних захворювань зумовлений факторами різної природи. Однак, до найчастіших причин ССЗ відносять зловживання алкоголем, тютюнопаління, переживання стресових ситуацій (хоча мають місце і такі пацієнти, які без перерахованих причин все одно стають жертвами ССЗ і насамперед — ішемічної хвороби серця). Очевидно, що у зв'язку з негативними тенденціями збільшення захворюваності та смертності від ССЗ в Україні є необхідним поглиблене вивчення факторів ризику, що виявляють зв'язок із виникненням та прогресуванням захворювань даного профілю. Ситуація, що склалася з серцево-судинними захворюваннями, наявність при ССЗ тривожного медичного прогнозу, а також той факт, що в умовах соціально-економічних труднощів, що переживаються суспільством, на тлі повсюдного нераціонального харчування, гіподинамії, регулярних стресів і т. д., роль психосоціальних факторів ризику виникнення та прогресування ССЗ неухильно зростає — все це вимагає активізації спільних зусиль медичних та соціальних працівників у глибокому вдосконаленні методів профілактики, реабілітації та інших заходів, пов'язаних із цією соціально зумовленою патологією, спрямованих на вирішення зазначеної актуальної медико-соціальної проблеми.

Для повернення таких хворих у суспільство велике значення має їхня рання реабілітація, яка полягає в комбінованому та координованому використанні медико-соціальних заходів, спрямованих на відновлення фізичної, психологічної та професійної активності хворих. Повнота та швидкість відновлення порушених функцій хворого з інсультом залежить не тільки від зусиль медичних працівників, але й від допомоги його родичів, які організовують догляд за пацієнтом та залучають його до звичного повсякденного життя.

Інсульт як гостре порушення мозкового кровообігу, характеризується закупоркою або розривом судин мозку та раптовою (від кількох хвилин до кількох годин) появою симптомів пошкодження мозку або його оболонок, які зберігаються понад 24 години або призводять до смерті хворого в досить короткий проміжок часу. Дані розлади виникають при ураженні певних областей мозку при інсульті, які відповідають за ці функції. Виразність даних порушень і можливість відновлення втрачених функцій залежить від ступеня ушкодження мозку.

До факторів ризику відносяться: спадкова схильність (наявність подібних захворювань у батьків та найближчих родичів), артеріальна гіпертонія (підвищений кров'яний тиск), ожиріння, недостатня фізична активність (гіпокінезія), куріння, вживання алкоголю, тривале нервово-психічне перенапруга.

Всі ці фактори негативно впливають на стан судин головного мозку і значно підвищують ймовірність інсульту. Відомо багато чинників, що впливають відновлення порушених функцій у постінсультних хворих. Це вік хворих, локалізація та розміри вогнища ураження, тяжкість інсульту, наявність попередніх та супутніх захворювань, ранній початок лікування та реабілітаційних заходів.

Ймовірність повторного інсульту максимальна у перші дні захворювання, тому вторинна профілактика має починатися якомога раніше після розвитку першого інсульту. Профілактика повторного інсульту включає модифікацію способу життя, лікарські засоби та у частини пацієнтів хірургічні методи лікування. Пацієнту, який переніс інсульт, рекомендується відмовитися від куріння та зловживання алкоголем, нормалізувати вагу, підтримувати достатню фізичну активність та у разі ішемічного інсульту дієту з обмеженням холестерину. У пацієнтів, які перенесли крововилив у мозок на тлі артеріальної гіпертензії, нормалізація артеріального тиску є єдиним методом ефективної профілактики повторного інсульту.

Залежно від механізму розвитку гострої судинної патології мозку виділяють кілька видів інсульту.

Найбільш поширені ішемічний (або інфаркт мозку до 80% всіх випадків захворювання) розвивається внаслідок гострого порушення надходження крові до певної ділянки мозку, геморагічний (при розриві стінок судин). Якщо гостра судинна патологія характеризується просочуванням кров'ю його ділянки, це геморагічний інсульт, або внутрішньомозковий крововилив (близько 10% всіх випадків). Ще близько 5% становлять субарахноїдальні крововиливи. Причина 5% інсультів, що залишилися, залишається нез'ясованою.

При інсульті з'являються рухові, поведінкові, розумові, емоційні та інші розлади.

Ішемічний інсульт розвивається повільніше і хворий найчастіше встигає звернутися до лікаря сам. Головний біль, запаморочення, похитування при ходьбі, слабкість або оніміння кінцівок, біль у серці та непритомність - симптоми цього виду інсульту. Він може поступово розвиватися протягом декількох днів. Геморагічний інсульт стрімко розвивається. Його симптомами є головний біль, що зростає, нудота, блювання, з'являються порушення чутливості, мови, руху (аж до паралічу). У хворого дихання стає хрипким, зрештою, настає втрата свідомості. Найчастіше геморагічний інсульт відбувається в осіб, які страждають на артеріальну гіпертонію, і розвивається на тлі підвищення артеріального тиску, після важкого, напруженого дня.

Незалежно від обстановки, віку хворого та причин розвитку порушення кровообігу в судинах головного мозку, перша медична допомога при інсульті повинна починатися з виклику швидкої допомоги з обов'язковим описом стану хворого. Наскільки рано буде розпочато кваліфіковане лікування, часто залежить прогноз захворювання для хворого, зокрема ступінь вираженості залишкових явищ. У тих випадках, коли необхідне лікування хворий отримує в перші години після розвитку порушення кровообігу (3-6 годин) прогноз захворювання набагато сприятливіший, ніж при пізньому обігу та госпіталізації в неврологічне або нейрохірургічне відділення.

Для хворих, які перенесли інсульт, характерна наявність різко підвищеного дефіциту толерантності до фізичних і психологічних навантажень, суттєво зниженої здатності до адекватного сприйняття та елементарного логічного мислення. Таке захворювання супроводжуються зміною звичного способу життя, значним зниженням його якості, нерідко втратою соціального статусу. Можливі важкі фінансові втрати, втрата роботи, інвалідизація, постійний страх смертельного результату. У пацієнтів можуть виникати відчуття незахищеності, відсутності контролю за власним життям, що веде до почуття занепокоєння, безпорадності, страху. Допомога даної категорії хворих полягає у вирішенні медико-соціальних, соціально-побутових, психологічних та юридичних питань, у забезпеченні пацієнтів медикаментами, безкоштовним лікуванням, безкоштовним санаторно-курортним обслуговуванням, а також у вирішенні їх інших питань медико-соціальної спрямованості.

До кінця першого місяця на основні наслідки інсульту припадають:

1) рухові порушення – 81%,

2) мовні порушення афазія – 35,9%, дизартрія – 13,4%,

3) когнітивні порушення (зниження пам'яті, уваги, інтелекту) - 26%,

4) емоційно-вольові (депресія, зниження активності) – 20-60 % порушень.

Пацієнти, які перенесли інсульт, часто не можуть повернутися до того рівня повсякденної рухової активності, яку вони вели до цього, і навіть у більш сприятливих випадках їм нерідко потрібен значний період (і допомога оточуючих) для відновлення. Зрештою, все це призводить до вираженого зниження якості життя хворих.

При інсульті багато залежить від локалізації (місцерозташування) ураження. Так, наприклад, якщо буде уражена область рухового аналізатора або шлях, що йде від нього до рухових клітин спинного мозку, то розвинуться рухові порушення: параліч (повне знерухомлення кінцівок - руки або ноги, або руки і ноги), парези (часткове обмеження рухів кінцівок, слабка їхня рухливість).

Різні порушення рухової активності насамперед впливають на поведінку пацієнта і є основною причиною інвалідизації. Але, як не дивно, саме обмеження соціальної активності нині більшою мірою дезадаптує пацієнта. До синдрому порушення рухів також входять координаторні порушення, що призводить до проблем зі становищем тіла, ходьби та балансу, що характеризуються хиткістю, невпевненістю ходи при відносно збереженій м'язовій силі. При цьому утруднено здійснення дрібних, точних рухів (взяти чашку, причесатися, одягнутися). Порушення координації часто пов'язане з запамороченням, що робить хворого безпорадним, навіть за збереження свідомості.

Заснування соціального обслуговування клієнтам соціальної служби надають консультації з питань соціально-побутового та соціально-медичного забезпечення життєдіяльності, психолого-педагогічної допомоги, соціально-правового захисту.

Соціальна робота з клієнтами після інсульту полягає у навчанні навичок самообслуговування.

Самообслуговування передбачає автономність особистості організації збалансованого харчування, здатність виконувати повсякденну побутову діяльність, розвиненість навичок особистої гігієни, вміння планувати свій режим дня, повноцінно поєднує трудову активність і відпочинок; навчання членів сім'ї догляду за постінсультним хворим; навчання ходьбі з використанням спеціальних колясок, милиці, палички; постачання побутовими пристроями, кріслом-каталкою; надання психологічної допомоги, моральної підтримки.

Другим за значимістю та поширеністю постінсультним дефектом є мовленнєві порушення. Мовні дефекти ускладнюють особисте, сімейне та соціальне життя людини, викликають значну психічну та соціальну дезадаптацію. Постінсультні мовні порушення можна розділити на дві основні групи: афазію та дизартрію. Після інсульту хворий може почати відчувати труднощі у висловленні своїх думок, котрий іноді важко розуміти мову інших людей, хоча слух в нього залишається збереженим. У разі найчастіше в хворого встановлюють діагноз «афазія». В інших випадках мова хворого стає невиразною, «змазаною», проте хворий правильно висловлює свої думки та будує речення, повністю розуміючи звернені до нього фрази. У таких випадках у хворого нерідко діагностують дизартрію. Відновлення мовних функцій після інсульту найшвидшими темпами відбувається протягом першого року. Допомога щодо відновлення мови у хворих з афазіями, що розвинулися після гострого ураження головного мозку, надає логопед. Існує кілька типів афазій, і кожної з них – свої програми логопедичної допомоги. У жодному разі не можна надавати хворого самому собі та ізолювати його від спілкування.

Рідні пацієнта після інсульту повинні якнайбільше з ним розмовляти, обговорювати звичайні побутові ситуації, це сприяє відновленню розуміння оточуючих.

А також необхідна допомога соціального працівника, якщо клієнт самотній: допомога у написанні листів, оформленні необхідних документів, сприяти в отриманні встановлених чинним законодавством пільг та переваг, надавати допомогу з питань пенсійного забезпечення та надання інших соціальних виплат; надавати психологічну допомогу, моральну підтримку, сприяти забезпеченню книгами, журналами, газетами; здійснювати оплату за житло та комунальні послуги; сприяти отриманню медичної допомоги, госпіталізації, виклик лікаря додому, супровід потребують лікувально-профілактичні установи та відвідування в стаціонарних закладах охорони здоров'я з метою надання морально-психологічної підтримки.

Когнітивні порушення часто виникають після інсульту, що включають дефіцит уваги, зниження пам'яті, сповільненість мислення і швидкість психічних процесів, що сягають деяких випадків до деменції. Уваги до цього аспекту порушень мозкового кровообігу приділяється мало, при цьому когнітивні порушення багато в чому визначають результат реабілітаційних заходів та якість життя пацієнта після інсульту, а також негативно впливає на відновлення самообслуговування, побутових та трудових навичок, соціальну та психологічну реадаптацію хворих.

Постінсультні когнітивні порушення погіршують прогноз, підвищують смертність та ризик повторного інсульту. У пацієнта втрачається здатність до розумового сприйняття та переробки інформації. Такі пацієнти страждають на неуважність і відчувають дефіцит у короткостроковій пам'яті. Він здатний до логічного мислення; страждає на дефіцит уваги; порушення можливості швидкої орієнтації в мінливій обстановці; сповільненість мислення, звуження кола інтересів. До роботи та заняття розумовою працею хворий не здатний.

Психолог чи соціальний працивник може допомогти у наступному: організація різних форм соціальної підтримки пацієнтів; забезпечення соціальної допомоги хворим та їх сім'ям; допомога в оформленні документів та госпіталізація пацієнтів за наявності показань до установ органів - соціального обслуговування; вирішення питань опіки; робота із сім'єю; проведення соціально-реабілітаційних програм, різноманітні заняття та бесіди з родичами; організація надання психологічної підтримки сім'ям, які мають хворого, що переніс інсульт.

До найчастіших порушень в емоційно-вольовій сфері, що виникають після інсульту та впливають на якість життя та соціальну реадаптацію хворих, відносяться постінсультна депресія, що виражається почуттям безнадійності порушує здатність людини виконувати свої функції. Якщо хворі виживають, вони дезадаптовані. Понад 70 відсотків не можуть жити самостійно. Ця недуга і є основною причиною розвитку психічних розладів цього контингенту хворих.

Зокрема, постінсультна депресія та тривожність зустрічається до 72 відсотків пацієнтів, які перенесли інсульт. Якщо говорити про прогноз щодо відновлення порушених функцій, то психопатологічні розлади більш ніж у 20% випадків погіршують загальний прогноз.

Чинники, що впливають розвиток постінсультних депресій і тривожності є: літній вік, високий рівень освіти пацієнта. Люди з низьким рівнем інтелекту практично ніколи не страждають на депресію, почуттям тривоги вони почуваються добре. Також факторами ризику розвитку афективних розладів є жіноча стать і раніше перенесений інсульт. Відомо, що кожен наступний інсульт протікає важче за попередній. Афективні розлади при інсультах знижують якість життя пацієнта, уповільнюють відновлювальні заходи. Підвищується ризик повторного інсульту.

Емоційний чинник має значення на всіх етапах відновлення промови. Хворі потребують підбадьорливих розмов, необхідно допомогти їм сформувати позитивну мотивацію до занять, правильне ставлення до себе.

До основних цілей реаблітації можна віднести такі: збільшення ступеня самостійності клієнтів, їх здатність контролювати своє життя і більш ефективно вирішувати проблеми, що виникають; створення умов, у яких клієнти можуть максимально проявити свої можливості та отримати все, що їм належить за законом; адаптація чи реадаптація людей суспільстві; створення умов, за яких людина, незважаючи на фізичне каліцтво, душевний зрив чи життєву кризу, може жити, зберігаючи почуття власної гідності та повагу до себе з боку оточуючих; і як кінцева мета - досягнення такого результату, коли необхідність допомоги психолога у клієнта відпадає.

А також різноманітну допомогу можна отримати для людей, які пережили інсульт, членів їхніх сімей та помічників. Деякі з найбільш важливих: інформація про інсульт, добре було б почати з книг або брошур, які можна отримати від національних організацій, які надають інформацію на предмет; школи або групи підтримки для людей, які перенесли інсульт (це групи, де люди, які пережили інсульт, та члени їхніх сімей можуть поділитися своїм досвідом, допомогти один одному у вирішенні проблем та підвищити свою соціальну активність); послуги охорони здоров'я вдома (такі послуги можна отримати з асоціації відвідувачів медсестер, відділів охорони здоров'я, лікарняних відділень з обслуговування вдома та приватних агентств з надання медичних послуг вдома (реабілітаційна терапія, особистий догляд), допомога по дому та інша допомога; гаряче харчування з дому; доставкою додому тим, хто сам не може ходити по магазинах або готувати; , а також брати участь у громадському житті.

## 1.2 Соціально-психологічний портрет хворих, які перенесли інсульт

Інсульт - це трагічна подія, яка різко змінює до гіршого життя самого хворого та його родини, а також рідко проходить без наслідків, які можуть торкнутися не тільки фізичного, а й психічного стану пацієнта. Виражені порушення рухової та мовної сфери після інсульту, зміни соціального статусу, тривалість лікування та невизначеність прогнозу перебігу захворювання призводять до соціально-психологічної дезадаптації хворого.

Найчастіше хвороба змінює психіку людини, переоцінюється її життєва позиція – ставлення до життя, роботи, оточуючих людей, до себе. Іноді людина залишається віч-на-віч зі своєю хворобою, відгородившись від усього світу. Звідси може виникнути стан депресії. Вона характерна для людей, які пережили інсульт. Депресія може початися невдовзі після інсульту або через багато тижнів, і члени сім'ї хворого часто помічають це першими.

Якщо людина до хвороби була активна, не мислила себе без улюбленої роботи, творчості, друзів і близьких, то перенесена хвороба і страх повторення інсульту для нього означають крах, тому що вона не уявляє собі життя в ролі хворого.

Тривалість постінсультних депресій варіює від 2-3 місяців до 1-2 років (в середньому 9 місяців). У ранньому відновлювальному періоді, коли відбувається поступове відновлення порушених функцій, вираженість депресії та рівень тривоги зменшується. Потім, коли можливості відновлення сповільнюються, кількість пацієнтів із афективними розладами зростає. І в пізньому відновлювальному періоді афективні розлади у хворих можуть сягати 70 відсотків.

Розрізняють основні та додаткові симптоми депресії.

А. Основні симптоми:

- зниження настрою протягом 2 тижнів та більше;

- втрата колишніх інтересів або здатності відчувати задоволення;

- зниження енергійності, що може призвести до підвищеної стомлюваності та зниженої активності.

Б. Додаткові симптоми:

- зниження здатності до зосередження уваги;

- зниження самооцінки та почуття впевненості у собі;

- ідеї винності та самоприниження;

- похмуре та песимістичне бачення майбутнього;

- суїцидальні ідеї чи дії;

- порушений сон;

- знижений апетит.

Легкою вважається депресія, якщо у хворого є 2 ознаки з 3 основних та 2 з 7 додаткових ознак.

Помірна депресія – 2 з 3 основних та 4 з 7 додаткових.

Тяжка депресія - всі 3 основних і не менше 5 з 7 додаткових.

Необхідність лікування депресій у пацієнтів, які перенесли інсульт, наголошується на таких обставинах:

- у осіб з постінсультною депресією протягом перших 10 років після інсульту спостерігається велика смертність порівняно з не депресивними хворими.

- клієнти з постінсультною депресією частіше і довше лікуються у стаціонарах;

- у клієнтів з постінсультною депресією нижчий рівень повсякденної життєвої активності;

- депресія знижує ефективність реабілітаційних заходів;

- у клієнтів з депресією знижено сексуальні можливості та потреби;

 - депресія може посилювати когнітивні порушення, включаючи проблеми з орієнтацією у просторі та часі, мовою, зорово-просторовими та моторними функціями:

- Депресія посилює вираженість больових синдромів;

- депресія знижує якість життя навіть у тих клієнтів, які мають відносно непогано відновилися рухи.

Для пацієнтів із депресією характерний пригнічений настрій, зневіра, негативне сприйняття навколишнього світу. Такі люди втрачають інтерес до життя, а речі чи події, які тішили їх раніше, більше не приносять їм задоволення.

Після інсульту людина може бути дратівливою та агресивною або плаксивою, образливою, пригніченою. Депресія після інсульту проявляється пригніченим настроєм, апатією, похмурістю, супроводжується порушеннями сну та апетиту, схудненням. Характер і звички людини після інсульту незрозумілим чином змінюються, він то впадає в невмотивований гнів, то в тривожний, депресивний стан і з недовірою ставиться до близьких людей, які хочуть допомогти йому, і при цьому скаржиться на те, що відчуває себе зайвим, непотрібним. У деяких випадках депресія супроводжується дезорієнтацією у просторі, часі, сплутаністю свідомості, особливо у людей похилого віку.

Як правило, виражені афективні розлади настрою та наростаючі симптоми тривожності.

Депресія ускладнює оцінку неврологічного статусу пацієнта, значно погіршує якість життя пацієнтів з інсультом та достовірно знижує ефективність реабілітаційних заходів. Одним з основних механізмів негативного впливу депресивних розладів на успішність відновного лікування є зниження мотивації пацієнта за участю реабілітаційних заходів. Розвиток депресії знижує виживання після інсульту.

Така, по суті, реактивна депресія, проявляється зниженням настрою, психічною та фізичною пригніченістю. Ідеї своєї нікчемності чи надмірне і безпідставне почуття провини і натомість психомоторної загальмованості, безсоння значно погіршують загальний стан пацієнта і потребують спеціальної корекції. Лікування проводиться під керівництвом психотерапевта і може включати індивідуально підібрані антидепресанти та психотерапію. Якщо депресію не лікувати, вона може спричинити зайві страждання, а також ускладнить одужання після інсульту. Хвора людина, перебуваючи у такому стані, поступово втрачає віру у своє зцілення. У багатьох клієнтів з'являються думки про непотрібність та обтяження своїм станом інших членів сім'ї.

Психологи, які працюють із хворими після інсульту, виявили основні принципи реабілітації таких хворих:

- ранній початок реабілітаційних заходів, що проводяться з перших днів інсульту (якщо дозволяє загальний стан клієнта), що допоможе швидше відновлювати порушені функції, запобігти розвитку вторинних ускладнень, перешкоджає розвитку соціальної та психічної дезадаптації, астено-депресивних та невротичних станів; швидкому відновленню функціонального дефекту:

- активна участь хворого та членів його сімей у реабілітаційному процесі відіграє істотну роль у відновленні порушених функцій, особливо у відновленні складних рухових навичок та соціальної реадаптації.

Тривалість і систематичність відновної терапії досягаються тільки завдяки правильно організованій реабілітації, яка повинна починатися вже в неврологічному відділенні, куди хворий доставляється машиною швидкої допомоги, потім продовжуватись у реабілітаційному відділенні лікарні або в реабілітаційному центрі та надалі здійснюватися або на базі поліклініки.

Комплексність та мультидисциплінарність. Включення в реабілітаційний процес фахівців різних спеціальностей (мультидисциплінарна бригада): неврологів, терапевтів (кардіологів), фахівців з кінезотерапії (ЛФК), афазіологів (логопедів-афазіологів або нейропсихологів), масажистів, фізіотерапевтів, голко біологічного зворотного зв'язку та ін.

У більшості хворих з наслідками інсульту тією чи іншою мірою спостерігається психологічна та соціальна дезадаптація, чому сприяють такі фактори, як виражений руховий та мовний дефіцит, больовий синдром, когнітивні та емоційно-вольові порушення, втрата соціального статусу. Такі хворі потребують здорового психологічного клімату в сім'ї. У процес реабілітації хворого, який переніс інсульт, вимагає, крім величезної роботи з боку самого хворого та його родичів, зусилля цілого ряду фахівців, до яких належать: психологи, неврологи, реабілітологи, методисти з лікувальної фізкультури, логопеди-афазіологи, фізіотерапевти соціальні працівники.

Тільки спільні зусилля фахівців, рідних та близьких дозволять хворим після інсульту відновити повністю або частково порушені функції, соціальну активність (а в значній частині випадків та працездатність), наблизити якість життя до доінсультного періоду.

Відновлення ж втрачених навичок найчастіше займає тривалий проміжок часу та вимагає поряд із застосуванням відповідних медикаментозних препаратів, грамотного догляду за хворим та його власного бажання жити повноцінним життям. Успіх відновного лікування пов'язаний з процесом навчання та наданням психологічної допомоги, отже, як і в школі, можуть траплятися здібні та менш здібні, активні та пасивні пацієнти. Допомогти хворому у навчанні - основне завдання медперсоналу, психолога та родичів, але слід пам'ятати, що тільки активна життєва позиція самого хворого, злагоджені дії пацієнта та медперсоналу здатні звести до мінімуму наслідки перенесеної недуги.

Значним фактором, що впливає на особистість хворого інсультом і його адаптацію в нових соціально-психологічних умовах, є характер міжособистісних відносин в сім'ї.

Інсульт різко змінює життя як хворого, а й його домочадців. Вони переживають те, що трапилося не менше, а часто і більше за самого пацієнта. На плечі родичів раптово обрушується величезне додаткове навантаження: у перший місяць вони розриваються між будинком, службою та відвідуваннями лікарні, потім після виписки починається освоєння нелегкої роботи догляду за лежачим хворим.

Якщо відновлення порушених функцій у пацієнта затягується, довго не повертаються свобода рухів, пам'ять, мовлення, навички самообслуговування, то у родичів хворого накопичується хронічна втома — і емоційна, і фізична, і так звана втома від відповідальності. Як і сам пацієнт, член сім'ї, що доглядає його, переживає гнітюче почуття тривоги, а часом його теж залишає надія на повернення до колишнього життя, яке тепер, здалеку, здається благополучним і безтурботним. Для близьких витримати це буває дуже непросто, адже фактично після інсульту вони бачать перед собою іншу людину, але продовжують сприймати її як колишню. Тому багато змін у його психіці вони пояснюють і не так хворобою, як примхою, бажанням привернути до себе підвищену увагу.

У цьому полягає основна проблема, яка потребує не просто моральної підтримки та людського розуміння, а й професійної допомоги психотерапевта.

Адже недостатньо просто приймати людину такою, якою вона стала, але й максимально мотивувати її до відновлення, не засуджуючи її, а стимулюючи соціальну адаптацію та повернення до нормального життя.

На жаль, у України близько 40% родичів взагалі не мають можливості на їхню думку надавати допомогу у догляді за хворими через зайнятість або приходять епізодично, щоб принести воду, продукти, і, в принципі, цього вважають достатньо. Тільки 11% родичів безпосередньо беруть участь у догляді за рідними, які перенесли інсульт. Але і є така категорія родичів, яка відмовляються від своїх рідних ще в стаціонарі, і соціальний працівник допомагає визначити таких громадян у певні установи для подальшого проживання (будинки-інтернати для людей похилого віку та інвалідів, будинки для самотніх людей похилого віку, психоневрологічні інтернати).

Зміни у поведінці та самопочутті хворих, які перенесли інсульт, ведуть за собою зміну напруженості внутрішньосімейних взаємин, трансформацію сімейних комунікацій.

У міжособистісних відносинах хворих на інсульт та їх родичів у гострій стадії захворювання незалежно від тяжкості функціонального стану пацієнта, виявлено ряд загальних порушень на емоційному, когнітивному та поведінковому рівнях, що включають:

На емоційно-чуттєвому рівні міжособистісних відносин у хворих та їх родичів відзначається стан безвиході, розгубленості у зв'язку зі зміною соціального статусу хворого та необхідністю побудови відносин у нових соціально-психологічних умовах, переживання соціальної ізольованості.

На когнітивному рівні: відсутність розуміння наслідків захворювання та їхнього впливу на своє життя, виражена ідеалізація минулого.

Пацієнти оцінюють себе як невпевнених, соціально слабких особистостей, схильних до підпорядкування міжособистісних відносинах; родичі хворих сприймають пацієнта поза відривом від ситуації хвороби, розглядають інсульт як загрозу своєму соціальному статусу.

На поведінковому рівні: замкнутість та відстороненість від інших людей. Соціально-психологічна депривація, наявність пасивної поведінки та низького рівня самоконтролю з боку пацієнтів та виникнення стилю гіперопіки у спілкуванні, надмірний контроль над собою та діями хворого з боку родичів, що доглядають. Існує певний взаємозв'язок сімейного функціонування та соціально-психологічної адаптації. Корекція виявлених порушень у сім'ї може опосередковано сприяти підвищенню якості життя хворих. Здоровий психологічний клімат у сім'ї – це успішне відновлення втрачених функцій.

Важливе значення в реабілітаційній роботі з хворими на судинні захворювання головного мозку має бути приділено психологічній реабілітації, яка допомагає домогтися вироблення правильної установки щодо трудової та побутової діяльності.

Ефективна психологічна реабілітація при інсультах включає наступне:

1) психокорекційні заходи – як індивідуальні, і групові, з формування нових мотивацій щодо здоров'я, побуту, сім'ї, виробничого колективу, оточуючих хворих, лікувального персоналу тощо.;

2) створення психологічного клімату реабілітаційної спрямованості у лікувальному закладі серед контингенту хворих та персоналу;

3) сімейна психокорекційна робота з родичами з метою підвищення їх ролі у формуванні та реалізації нових мотивацій пацієнтів та сприяння їх реабілітаційній активності;

4) бібліотерапія з використанням добірки спеціальної літератури, а також фотоальбомів та листів хворих, що відображають конкретні досягнення у реабілітації окремих пацієнтів у даному лікувальному закладі;

5) культуротерапевтичні заходи;

6) залучення до праці, терапія «зайнятістю» (вироби з паперу, волосіні та інших матеріалів), прибирання приміщення та іншу працю в умовах лікувального або реабілітаційного відділення;

7) організація клубу колишніх пацієнтів із чіткою психокорекційно-спрямованою програмою.

Проведення соціально-психологічної роботи з сім'ями хворих на інсульт достовірно покращує соціально-психологічні характеристики міжособистісних відносин пацієнтів та їх родичів до кінця гострого періоду захворювання та сприяє виникненню позитивних змін, відсутніх під час традиційного лікування.

До них відносяться:

-зменшення напруги та збільшення ступеня психологічної близькості у відносинах;

- збільшення взаєморозуміння та взаємопідтримка;

- зростання задоволеності взаєминами та якістю психологічного клімату в сім'ї;

- зміна позиції у відносинах - зниження надлишкового контролю та гіперопіки з боку родичів, зростання самостійності та збільшення рівня самоконтролю з боку пацієнтів, що дозволяє їм зайняти більш активну позицію в процесі реабілітації та міжособистісної взаємодії.

Чим краща якість психологічного клімату в сім'ї на початку реабілітаційних заходів, тим більше виражене зниження показників соціальної ізольованості у пацієнтів і родичів, що доглядають їх, і тим краще здатність сприйняття та оцінки підтримки з боку членів сім'ї.

Одним із найважливіших аспектів, що становлять загальну інтеграційну проблему сучасності, є процес соціально-психологічної адаптації осіб, які мають обмежені можливості, до умов життя у суспільстві.

Необхідну психологічну допомогу інваліди одержують у спеціальних медико-навчальних закладах, де з ними працюють кваліфіковані фахівці. Завдяки проведеним заняттям хворі люди набувають нових навичок, навчаються адекватно сприймати навколишній світ, суспільство, борються з депресивними станами, вчаться жити, не зациклюючись на своїх обмеженнях, і перебувати у струмені суспільно активного життя.

Виникає необхідність у методах корекції, виявлених порушень, для розширення можливостей повернення до трудової діяльності та адекватного функціонування постінсультних хворих у соціальному середовищі.

Зумовлене захворюванням зниження якості життя хворого (зміна рольових функцій, матеріальні труднощі, відносна соціальна ізоляція), роблять необхідним включення членів сім'ї до участі в реабілітаційному процесі, у створенні лікувальної перспективи, формуванні у пацієнтів трудових установок, а також пом'якшення негативних стресових хвороб інвалідизацію.

По ходу реабілітації у хворих на інсульт та їх родичів знижується інтенсивність негативних переживань, зменшується страх і розгубленість перед ситуацією хвороби; покращується ставлення до свого сьогодення та майбутнього, знижується рівень соціально-психологічної депривації та ізольованості; однак, збільшення емоційної близькості в міжособистісних відносинах, поліпшення взаєморозуміння та поведінкової взаємодії в сім'ї до кінця гострого періоду захворювання не відбувається, а в ряді випадків навіть, навпаки, відзначається погіршення показників, що обумовлено наростанням у хворих на інсульт та їх родичів нереалізованих афективних неадекватним проявом у процесі спілкування та взаємодії один з одним внаслідок збереження в гострій стадії інсульту надлишкового рівня контролю з боку рідних, що доглядають, що перешкоджає своєчасному відреагуванню неприємних емоцій та виникненню у пацієнтів активної позиції в лікуванні та побудові сприятливого психологічного клімату в сім'ї в нових соціально-психологічно .

Психологічний клімат у ній хворих, які перенесли інсульт надає значний вплив на динаміку відносин пацієнтів та його родичів у процесі ранньої реабілітації і є істотним чинником підвищення рівня соціально-психологічної адаптації хворих та його родичів.

Чим краща якість психологічного клімату в сім'ї на початку реабілітаційних заходів, тим більше виражено зниження показників соціальної ізольованості до кінця гострої стадії інсульту у пацієнтів і родичів, що доглядають їх, і тим краще здатність сприйняття та оцінки підтримки з боку членів сім'ї.

Таким чином, при інсульті виникають рухові, поведінкові, розумові, емоційні розлади, зміни соціального статусу, тривалість лікування та невизначеність прогнозу перебігу захворювання призводять до соціально-психологічної дезадаптації клієнта.

Для повернення таких хворих у суспільство велике значення має їхня рання реабілітація, яка полягає в комбінованому та координованому використанні медико-соціальних заходів, спрямованих на відновлення фізичної, психологічної та професійної активності хворих.

Повнота та швидкість відновлення порушених функцій хворого з інсультом залежить не тільки від зусиль медичних працівників, але й від допомоги його родичів, які організовують догляд за пацієнтом та залучають його до звичного повсякденного життя.

# РОЗДІЛ 2. ПРОБЛЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З НАСЛІДКАМИ ІНСУЛЬТУ

## 2.1 Аналіз існуючих методів, методик та технологій реабілітації клієнтів, які перенесли інсульт

Реабілітація – це поєднання медичних та соціальних заходів, що проводяться з метою максимального відновлення та компенсації порушених чи втрачених функцій. За висновками ВООЗ, реабілітація визначається як «комбіноване та координоване використання медичних та соціальних заходів, навчання та професійної підготовки, що має на меті забезпечити хворому найвищий, можливий для нього рівень функціональної активності».

Проводячи, медико-соціальну реабілітацію хворого після інсульту, необхідно пам'ятати, що інсульт не лише короткочасно впливає на соматоневрологічний статус пацієнта, а й викликає тривалу інвалідизацію та соціальну дезадаптацію хворого. Відсутність своєчасного відновного лікування веде до виникнення незворотних анатомічних та функціональних змін та порушення психоемоційного статусу пацієнта. Найбільш очевидними наслідками інсульту є фізичні, однак у деяких випадках не менш важливими стають психологічні, когнітивні та соціальні проблеми. Тому реабілітація, метою якої є зменшення до мінімуму патологічного впливу інсульту на пацієнта та його життя, має бути спрямована на вирішення всіх цих проблем.

До завдань реабілітації в системі охорони здоров'я належать: сприяння пацієнтові у підвищенні його адаптаційних ресурсів у суспільстві, у більш повному використанні його фізіологічного потенціалу з урахуванням стану здоров'я, у працевлаштуванні, в організації долікарської медичної допомоги та догляду за хворими, у наданні необхідної соціальної допомоги вмираючим , у проведенні санітарно-гігієнічних заходів, у санітарній освіті населення, у санітарній допомозі інвалідам, у забезпеченні їх транспортом та різними пристосуваннями для виконання елементарних життєвих навичок. Специфіка соціальної роботи визначається станом здоров'я конкретного пацієнта, ступенем порушення його адаптаційних ресурсів та можливістю їх часткового чи повного відновлення.

Робота з клієнтами, які перенесли інсульт, повинна включати як медико-психологічну допомогу, так і соціальну підтримку.

Фахівці, які займаються реабілітацією

1. Лікарі-фахівці (невропатологи, ортопеди, терапевти та ін.).

2. Реабілітолог.

3. Реабілітаційна медична сестра. Надає допомогу пацієнту, здійснює догляд, навчає пацієнта та членів його сім'ї.

4. Фахівець з фізіотерапії.

5. Фахівець з лікувальної фізкультури.

6. Фахівці з порушення зору, мови.

7. Психолог.

8. Психотерапевт.

9. Соціальний працівник та інші фахівці.

До психологічної реабілітації входить:

1. Психологічне консультування, орієнтоване вирішення соціально-психологічних завдань;

2. Психологічна діагностика;

3. Психологічна корекція;

4. Психотерапевтична допомога;

5.Надання психологічної допомоги, в тому числі бесіди, спілкування, вислуховування, підбадьорення, мотивація до активності, психологічна підтримка життєвого тонусу клієнтів; психологічна освіта;

6. Психологічний тренінг;

7. Психологічна профілактика;

8. Психологічний патронаж.

9. Проведення занять у групах взаємопідтримки, клубах спілкування;

10. Екстренная психологічна (у тому числі по телефону) та медико-психологічна допомога;

Психологічне консультування є спеціально організована взаємодія між психологом і клієнтом, що потребує психологічної допомоги, з метою вирішення проблем у сфері соціальних відносин, соціальної адаптації, соціалізації та інтеграції. До основних методів психологічного консультування відносяться: бесіда, інтерв'ю, спостереження, активне та емпатичне слухання.

Психологічне консультування включає: виявлення значимих для клієнта проблем, соціально-психологічного змісту в галузі міжособистісних взаємин, спілкування, поведінки в сім'ї, в групі (навчальної, трудовий), в суспільстві, при вирішенні різних конфліктних ситуацій, проблем особистісного зростання, соціалізації та інших; обговорення з клієнтом виявлених проблем з метою розкриття та мобілізації внутрішніх ресурсів для їх подальшого вирішення; надання первинної психологічної допомоги у вирішенні виявлених соціально-психологічних проблем, у відновленні адекватних соціальних відносин та у формуванні позитивної установки на соціально-психологічну реабілітацію; попереднє визначення типу (виду) необхідної надалі послуги із соціально-психологічної реабілітації, уточнення її змісту у кожному конкретному випадку.

Психологічне консультування має забезпечити надання клієнтам кваліфікованої допомоги у правильному розумінні та налагодженні міжособистісних взаємин, пов'язаних зі способами попередження та подолання сімейних конфліктів, з методикою сімейного виховання, з формуванням сімейних та подружніх відносин у молодих сім'ях та створенням у них сприятливого мікроклімату.

Психологічне консультування має на основі отриманої від клієнта інформації та обговорення з ним виникли у нього соціально-психологічних проблем допомогти йому розкрити та мобілізувати свої внутрішні ресурси та вирішити його проблеми. У ході консультації відбулося вирішення чи зниження актуальності психологічної проблеми, суб'єктивне полегшення емоційного стану.

Психологічна діагностика полягає у виявленні психологічних особливостей клієнта, що визначають специфіку його поведінки та взаємовідносин з оточуючими, можливості його соціальної адаптації з використанням психодіагностичних методів та аналізі отриманих даних з метою соціально-психологічної реабілітації.

Основні методи психодіагностики - це тестування та опитування, методичним втіленням яких є, відповідно, тести та опитувальники, які називаються також методиками

Психологічна діагностика включає в себе оцінку: стану вищих психічних функцій і динаміки психічної діяльності, що лежать в основі формування соціального інтелекту та соціально-психологічної компетентності клієнта; стану емоційно-вольової сфери (нестійкість, ригідність, пластичність, збудливість, рівень тривожності), що відображає суб'єктивну реакцію інваліда на вплив соціального оточення у вигляді опису виявлених порушень і ступеня їх виразності; особливостей особистісних якостей клієнта (включаючи ціннісні орієнтації, мотиваційну сферу, самооцінку, рівень домагань), що відбивають сукупність внутрішніх умов, якими заломлюються зовнішні впливу, і визначальних спосіб взаємодії клієнта з соціумом; психологічного компонента реабілітаційного потенціалу, реабілітаційних можливостей клієнта у сфері соціальної реабілітації; соціально-психологічного аспекту реабілітаційного прогнозу.

Психологічна діагностика включає наступні етапи: аналіз вихідної документації на обстежуваного (медичної та соціальної); конкретизацію цілей та завдань психодіагностики та планування її програми; співбесіду; проведення психологічної реабілітаційно-експертної діагностики; обробку та аналіз психодіагностичних даних; підготовку висновку за результатами психодіагностики; розробку психологічної складової індивідуальної програми реабілітації інваліда з конкретизацією змісту та спрямованості послуг із соціально-психологічної реабілітації.

Психодіагностика та обстеження особистості повинні за результатами визначення та аналізу психічного стану та індивідуальних особливостей особистості клієнта, що впливають на відхилення в його поведінці та взаємовідносинах з оточуючими людьми, дати необхідну інформацію для складання прогнозу та розробки рекомендацій щодо проведення корекційних заходів.

Психокорекція - це система заходів, спрямованих на виправлення недоліків психології або поведінки людини за допомогою спеціальних засобів психологічного впливу.

Психологічна корекція полягає в активному психологічному впливі, спрямованому на подолання або ослаблення відхилень у розвитку, емоційному стані та поведінці клієнта з метою: відновлення оптимального функціонування психологічних механізмів, що забезпечують повноцінне включення інваліда у різноманітні сфери соціальних відносин та життєдіяльності, формування соціально-психологічної з віковою нормою та вимогами соціального середовища; профілактики небажаних негативних тенденцій в особистісному розвитку інваліда, соціалізації всіх рівнях соціуму. Психологічна корекція переважно орієнтована збережені, але недостатні для успішної соціальної життєдіяльності психічні функції.

Психокорекція проводиться у формі групових різних за тематикою та складністю сюжету рольових ігор, навчальних занять, або індивідуальної психокорекції, що забезпечують створення необхідних умов для виправлення та розвитку психічних функцій та якостей, пов'язаних із соціальною адаптацією клієнта.

Психокорекція, як активний психологічний вплив, має забезпечити подолання або ослаблення відхилень у розвитку, емоційному стані та поведінці клієнтів (несприятливих форм емоційного реагування та стереотипів поведінки окремих осіб, конфліктних відносин батьків з дітьми, порушень спілкування у дітей чи спотворення у їхньому психічному розвитку і т.д.) для приведення зазначених показників у відповідність до вікових норм та вимог соціального середовища. Результатом проведення психологічної корекції є досягнення завдань, поставлених у плані індивідуальної корекційної роботи клієнта.

Арт-терапія - це вид психотерапії та психологічної корекції, заснований на мистецтві та творчості, з метою впливу на психоемоційний стан пацієнта.

Колосальну допомогу терапія мистецтвом надає і клієнтам у період реабілітації після інсульту, коли потрібно відновлення моторики пальців і чутливості. Заняття з глиною, піском, деревом, різними природними матеріалами дає можливість створювати предмети мистецтва, одночасно розвинути м'язи, повністю відновитись після важких захворювань.

Ліплення з глини - різновид арт-терапії, корисно при вирішенні наступних проблем: агресія, дратівливість; невпевненість в собі; страхи, фобії, панічні атаки; неврози; депресії; внутрішня дисгармонія; Глінотерапія - це проектна методика, вона допомагає актуалізувати на символічному рівні динаміку внутрішнього світу людини. Глина передає характер та емоції людини. Вимішування глини дозволяє подумати, осмислити, вибрати, ухвалити рішення. Процес вимішування глини має терапевтичний характер. Глінотерапія дозволяє відреагувати, усвідомити та переробити психотравматичний досвід; це безпечний спосіб розрядки руйнівних тенденцій, спирається на здоровий потенціал психіки, вдається до ресурсів, сприяє вивченню нових моделей поведінки та розвитку творчості.

Важливим є сам процес творчості, кінцевий продукт творчості. Формування енергії збирання, утримання та розслаблення – це один із глибинних смислів ліплення з глини. Можна навчитися збирати, накопичувати енергію, навчитися її утримувати та розслаблятися на символічно-дієвому рівні. Таким чином, ліплення куба на несвідомо-символічному рівні формує енергію збирання; ліплення кулі формує енергію утримання; ліплення поверхні дозволяє розслабитися. Виліпити з глини свій стан чи проблему, ідею чи рух, та був споглядати продукт своєї творчості – усе це реально. Коли дорослий вивчає свій витвір, внутрішнє почуття гармонії підказує їм, які зміни потрібні його скульптурі. І тут починається диво. Насправді здійснюється справжня метаморфоза, коли дорослий змінює свою скульптуру, робить її гармонійною.

Є чимало дорослих, яким важко контролювати свої емоції. Завдяки ліпленню людина може навчитися керувати собою. Так осмислене ліплення може навчити регуляції емоцій, володіння ними. Так само людина може виліпити своє бажання чи ідею. Розглянути та внести зміни, що гармонізують. Коригуючи глиняну форму, пацієнт фактично своїми руками змінює внутрішню та зовнішню ситуацію на краще. І це справжнє диво.

З методів лікування при розвитку депресії під час та внаслідок інсульту, хотілося б звернути увагу на два види впливу:

Лікування пластичною образотворчою творчістю (живопис, дрібна пластика, графіка) – таким чином відбувається вплив на психоемоційний стан хворого. Для цього необхідно: активізація спілкування з психотерапевтом чи групі; диференціація своїх переживань; творче самовираження, що дозволяє знизити емоційну напругу за рахунок відреагування переживань та їх сублімації; через активізацію спонукання пацієнтів до самостійної творчості розвиток цілепокладання та мотивації до одужання.

Музикотерапія - психотерапевтичний метод, який використовує музику як терапевтичний засіб при лікуванні депресії. Дозволяє символічно, на рівні почуттів чи образів, створити у пацієнта моделі виходу зі стану напруженості, та пережити «розрядку» як реальний, керований процес. Музику застосовує психолог у двох формах: активна (музична діяльність – відтворення, імпровізація, відтворення); рецептивна (процес сприйняття музики з терапевтичною метою)

Музикотерапія, що включає як добір спеціальних музичних творів, і використанням улюблених раніше пацієнтами мелодій. На початкових етапах корекції нами найчастіше застосовувалася спокійна за темпом музика (зазвичай друга частина класичних творів), а перед випискою – музика сильна, енергійна, стимулююча, надихаюча, динамічна, що несе позитивний настрій. Дозволяє символічно, на рівні почуттів чи образів, створити у пацієнта моделі виходу зі стану напруженості, та пережити «розрядку» як реальний, керований процес. Психолог використовує музикотерапію та її компоненти – фізичний, емоційний, розумовий, соціальний, естетичний і духовний, щоб допомогти пацієнтам пережити свою хворобу і прискорити процес реабілітації. Головна мета лікування для пацієнтів - поліпшення їх якості життя в різних її аспектах, моторні (рухові) навички, прагнення пізнавати, соціальна поведінка, емоційний і афективний розвиток. Для цього використовується музика, спів, прослуховування композицій та обговорення музики, рух під музику та танець. Музикотерапія може бути використана на всіх етапах розвитку хвороби і в період реабілітації.

Надання психологічної допомоги, зокрема розмови, спілкування, вислуховування, підбадьорювання, мотивація до активності, психологічна підтримка життєвого тонусу клієнтів: виявлення проблем, які у основі психологічного дискомфорту клієнта, у процесі розмови, спілкування, вислуховування; первинне зняття негативних наслідків травмуючої ситуації, проблеми, що виникла, шляхом підбадьорювання, мотивації до активності; направлення клієнта до фахівця (за потреби). Тривалість психологічної допомоги становить щонайменше 10 хвилин. Результатом надання психологічної допомоги є надання своєчасної підтримки клієнту, спрямованої на попередження посилення психічного стану, створення умов подальшої професійної психологічної підтримки.

Психологічна профілактика полягає у сприянні: у здобутті психологічних знань, підвищенні соціально-психологічної компетентності; формуванні потреби (мотивації) використовувати ці знання для роботи над собою, над своїми проблемами соціально-психологічного змісту; створення умов для повноцінного психічного функціонування особистості інваліда (усунення або зниження факторів психологічного дискомфорту в сім'ї, на роботі та інших соціальних групах, до яких інвалід включений), для своєчасного попередження можливих психічних порушень, зумовлених, насамперед, соціальними відносинами.

Психологічна профілактика націлена на раннє виявлення станів соціально-психологічної дезадаптації та систематичний контроль за її проявами, на забезпечення та підтримку психологічного благополуччя, попередження можливих порушень системи взаємовідносин у мікро-, мезо- та макросоціумах за рахунок актуалізації психологічних механізмів соціальної адаптації та компенсації.

Психопрофілактична робота являє собою комплекс заходів, спрямованих на придбання клієнтом психологічних знань, формування у нього загальної психологічної культури, своєчасне попередження можливих психологічних порушень.

Психологічний тренінг полягає в активному психологічному впливі, спрямованому на зняття у клієнта наслідків психотравмуючих ситуацій, нервово-психічної напруженості, на розвиток та тренінг окремих психічних функцій та якостей особистості, ослаблених через захворювання, але необхідних для успішної адаптації в нових соціальних умовах, на формування здібностей, що дозволяють успішно виконувати різні соціальні ролі (сімейні, професійні, громадські та інші) та мати можливість бути реально включеним у різні галузі соціальних відносин та життєдіяльності.

Психологічний тренінг проводять у вигляді системи вправ, групової дискусії, рольової та ділової гри, психогімнастичних та релаксаційних вправ, які моделюють спеціальні умови діяльності для тренінгу певних психічних функцій та якостей, відповідальних за соціальну адаптацію клієнта.

Психологічні тренінги, як активний психологічний вплив, повинні забезпечувати зняття наслідків психотравмуючих ситуацій, нервово-психічної напруженості, прищеплювати соціально цінні норми поведінки людям, що долають асоціальні форми життєдіяльності, формувати особистісні передумови для адаптації до умов, що змінюються.

Тренінг когнітивних функцій – групові заняття, створені задля підтримку функцій пам'яті, уваги, мислення; розвитку наочно-образного мислення Проведення занять у групах взаємопідтримки, клубах: формування групової згуртованості; відреагування та обговорення минулого травматичного досвіду, а також можливо майбутнього; мінімізація негативного самосприйняття; вироблення психологічних та організаційних засобів для подолання кризових ситуацій; надання комплексної соціально-психологічної підтримки.

Результатом проведення занять у групах взаємопідтримки, клубах спілкування є сприяння клієнтам у виході зі стану дискомфорту (якщо воно є), підтримка та зміцнення їхнього психічного здоров'я, підвищення стресостійкості, рівня психологічної культури, насамперед у сфері міжособистісних відносин та спілкування.

Психологічний патронаж полягає, у систематичному спостереженні за інвалідами для своєчасного виявлення ситуацій психічного дискомфорту, зумовлених проблемами адаптації клієнта в сім'ї, на виробництві, в соціумі в цілому, та надання, за необхідності, психологічної допомоги: про корекцію та стабілізацію внутрішньосімейних відносин (психолог клімату у сім'ї); коригування міжособистісних відносин у робочій групі, трудовому колективі, корекції відносин субординації; організації навчання членів сім'ї методів психологічної взаємодії з клієнтом; надання психологічної допомоги сім'ї загалом як найближчого соціального оточення інваліда.

Фахівець здійснює соціально-психологічний патронаж відповідно до планом-графіком відвідувань клієнта.

Результати проведення соціально-психологічного патронажу: клієнти залучені до позитивного контактного середовища; на основі систематичного спостереження за клієнтами забезпечується своєчасне виявлення ситуацій психічного дискомфорту, особистісного конфлікту та інших ситуацій, що можуть посилити їхню важку життєву ситуацію, та створюються умови для своєчасного надання соціально-психологічної допомоги клієнту.

До призначення заходів щодо соціально-побутової адаптації необхідно провести діагностику можливостей клієнток виконання дій з самообслуговування. Експертна діагностика здатності до самообслуговування включає, насамперед, проведення проб, які оцінюють такі функції верхніх кінцівок: здатність діяти пальцями; здатність діяти пензлем; здатність тягнути чи штовхати предмет; здатність пересувати предмети; здатність діяти обома руками; проби виконання таких дій з самообслуговування, як користування столовими приладами, чашкою, тарілкою; нарізування продуктів, відкриття банок і т.д.; зачісування, умивання, одягання взуття, зав'язування шнурків, користування кранами тощо.

Когнітивно-поведінкова терапія, що включає інформування, раціонально-роз'яснювальні бесіди, опрацювання ірраціональних уявлень про себе, інших, світ, робота з когнітивними установками.

Включення в комплексну терапію методів психологічної корекції у гострий та ранній відновлювальний період після інсульту суттєво підвищує ефективність загального лікувального впливу. Психокорекційні дії можуть бути наступних видів: переконання, навіювання, наслідування, підкріплення.

Також застосовують індивідуальну та групову психокорекцію. В індивідуальній психолог працює з клієнтом віч-на-віч за відсутності сторонніх осіб. Перевагою індивідуальної психокорекції є те, що вона забезпечує конфіденційність, таємницю і за своїм результатом буває глибшою, ніж групова. Вся увага психолога спрямована лише на одну людину. Індивідуальна психокорекція зручна тим, що краще розкриває особливості клієнта, знімає в нього психологічні бар'єри, які неминуче виникають і важко долаються в тому випадку, коли людині доводиться відверто висловлюватися в присутності інших людей.

Але цей вид психокорекції малоефективний під час вирішення проблем міжособистісного характеру, котрим необхідна робота у групі. У груповий робота відбувається з клієнтом та його рідними, ефект досягається рахунок взаємодії і взаємовпливу людей друг на друга.

Об'єктом психокорекційного впливу психолога є реактивноособистісні нашарування (зниження самооцінки, втрата віри у одужання), особливо виражені у хворих з тяжкими дефектами рухових, сенсорних та інших функцій

Завдання психолога в психологічній реабілітації після інсульту це профілактика повторних інсультів. Для цього психолог збирає відомості про наявні у хворого фактори ризику та організувати профілактичне лікування з їх урахуванням. Повторні інсульти у переважній більшості розвиваються за тим самим механізмом, що й перші, тому необхідно визначити можливий генез першого інсульту. Для профілактики повторного внутрішньомозкового крововиливу необхідно проведення психологічних розмов.

Роботу з мовними порушеннями проводять логопедичними методами. Це єдина психічна функція, яка, за медичною логікою, має можливість відновлення чи компенсації.

## 2.2 Дослідження міжособистісних відносин хворих, які перенесли інсульт та їх родичів

Виникнення проблем у внутрішньосімейних відносинах між рідними та клієнтом перенесли інсульт, пов'язане насамперед із зміною соціальних ролей та обов'язків у сім'ї. Логіка соціальної ролі члена сім'ї може призводити до болючих як для сім'ї, так і для самого клієнта наслідків. У результаті клієнта може виникнути почуття провини, непотрібності, тягаря; у членів сім'ї – приховані чи явні агресія чи невдоволення. Подружні конфлікти на цьому ґрунті можуть призвести до розпаду сім'ї. У таких сім'ях сімейні взаємини найбільш несприятливі.

До погіршення психічного стану сім'ї інваліда можуть призвести труднощі, пов'язані із тривалою фізичною реабілітацією такого члена сім'ї, віковими змінами. Одночасне їхнє подолання може бути дуже важким. Сам клієнт повинен все знати про своє захворювання, можливі наслідки, вікові кризи, це допоможе йому швидше адаптуватися до нових умов життя.

Несприятливий психологічний клімат проявляється у вигляді емоційного дискомфорту у членів сім'ї, наявності тривоги відчуження, що перешкоджає ефективній реалізації функцій життєдіяльності сім'ї.

Якщо відновлення порушених функцій у пацієнта затягується, довго не повертаються свобода рухів, пам'ять, мовлення, навички самообслуговування, то у родичів хворого накопичується хронічна втома і емоційна, і фізична, і так звана втома від відповідальності. Як і сам клієнт, член сім'ї, що доглядає його, переживає гнітюче почуття тривоги, а часом його теж залишає надія на повернення до колишнього життя, яке тепер, здалеку, здається благополучним і безтурботним.

Клієнт переніс інсульт навіть за повного відновлення порушених функцій (і тим паче за збереження тієї чи іншої неврологічного дефіциту) вимагає себе більше уваги, ніж до хвороби, яке родичі змушені змінювати свій звичний спосіб життя, орієнтуючись потреби і потреби хворого. Вони переживають від того, що трапилося, не менше, а часто і більше самого пацієнта. На плечі родичів раптово обрушується величезне додаткове навантаження: у перший місяць вони розриваються між будинком, службою та відвідуваннями лікарні, потім після виписки починається освоєння нелегкої роботи догляду за лежачим хворим. Процес інтеграції хворого, який переніс інсульт, у сім'ю досить складний. Він характерний виражений синдром дезадаптації як пацієнта, і його родичів.

Факт наявності захворювання одного із членів сім'ї є стресом. При цьому сім'ї стикаються не лише з необхідністю надання фізичної допомоги хворому, але й з деякою неадекватністю його поведінки, перед якою родичі часто виявляються безпорадними, не знають, як реагувати на цей факт. Таким чином, у сім'ях постінсультних хворих збільшується «сімейне навантаження», яке виражається у фізичній та психологічній напрузі, у фінансовій скруті, у соціальному обмеженні здорових членів сім'ї, у необхідності їх адаптації до нової домашньої ситуації, що по-різному може відбиватися на особистісних характеристиках всіх членів сім'ї. Родичі хворих, здійснюють безпосередній догляд за хворим, проходять кілька стадій адаптації - кризовий стан, стадії лікування, усвідомлення, пристосування до пацієнта. Дуже часто родичі та знайомі, які не здійснюють безпосереднього догляду за пацієнтами, переходять на інший рівень спілкування з хворим, або взагалі від нього відмовляються.

На жаль, у України близько 40% родичів взагалі не мають можливості на їхню думку надавати допомогу в догляді за хворими через зайнятість або приходять епізодично, щоб принести воду, продукти, і, в принципі, цього вважають достатньо. Тільки 11% родичів безпосередньо беруть участь у догляді за рідними, які перенесли інсульт. Але і є така категорія родичів, яка відмовляються від своїх рідних ще в стаціонарі, і соціальний працівник допомагає визначити таких громадян у певні установи для подальшого проживання (будинки-інтернати для людей похилого віку та інвалідів, будинки для самотніх людей похилого віку, психоневрологічні інтернати).

Одним з найважливіших показників соціально-психологічного комфорту людей є їхня задоволеність життям. Емоційний стан членів сімей клієнта, що переніс інсульт, характеризується тривожністю, невпевненістю в завтрашньому дні, песимізмом. Найбільш неблагополучна у соціально-психологічному сенсі група, у якій поєднуються різні несприятливі показники психологічного самопочуття – незадоволеність життям, низька самооцінка, насторожене ставлення до оточуючих та заходів із соціального захисту, висока тривога за майбутнє на побутовому рівні тощо. До цієї групи входять переважно сім'ї з поганим матеріальним становищем та житловими умовами, чоловіки середнього віку, особливо непрацюючі. Ці сім'ї потребують особливо ретельно розроблених заходів соціальної та психологічної допомоги, з урахуванням специфіки їх економічного стану та психологічного самопочуття.

У міжособистісних відносинах клієнтів перенесли інсульт та їх родичів у гострій стадії захворювання незалежно від тяжкості функціонального стану пацієнта виявлено низку загальних порушень на емоційному, когнітивному та поведінковому рівнях, що включають: переживання соціальної ізольованості; відсутність розуміння наслідків захворювання та невизначеність у побудові взаємовідносин у нових соціально-психологічних умовах; соціально-психологічна депривація, замкнутість та відстороненість від інших людей; низький рівень самоконтролю, комунікативна індиферентність, пасивність поведінки пацієнтів; виникнення стилю гіперопіки в стилі спілкування, надмірний контроль над собою та діями хворого з боку родичів, що доглядають.

Отже, для вирішення проблем сімей, які мають у своїй структурі такого пацієнта, необхідно консолідувати допомогу різних фахівців та організацій: психолога (займається діагностикою проблем психологічного клімату у сім'ї); органів охорони здоров'я (займаються диспансерним наглядом, санаторно-курортним лікуванням, реабілітацією); виконавчої (організація сімейних підприємств, реабілітаційних центрів).

Значним фактором, що впливає на особистість клієнта інсультом і його адаптацію в нових соціально-психологічних умовах, є характер міжособистісних відносин в сім'ї. Тим не менш, незважаючи на важливість сімейного фактора у відновленні клієнтів перенесли інсульт, дослідженню соціально-психологічних аспектів функціонування сімей на різних етапах реабілітації та поліпшення внутрішньосімейних відносин приділяється недостатньо уваги.

Для успішного подолання наслідків інсульту необхідна активна участь родичів пацієнтів у реабілітації з метою зниження у хворого негативних реакцій на хворобу та формування установок на лікування та одужання. Для сприятливого психологічного клімату в сім'ї характерні такі ознаки: відкритість у прояві почуттів, згуртованість, доброзичливість один до одного, почуття захищеності та емоційної задоволеності, гнучкість взаємин між членами сім'ї, підтримка при зіткненні з труднощами, можливість всебічного розвитку особистості кожного члена сім'ї, гордість приналежність до сім'ї, відповідальність.

Оскільки більше половини хворих, які мають ті чи інші наслідки інсульту, є людьми сімейними, все більшого значення набувають психологічні методи реабілітації, спрямовані не тільки на корекцію внутрішньої картини хвороби самого хворого, але і на внутрішньосімейні відносини, що змінилися, і на соціально-психологічну адаптацію хворих. захворюванням зниження якості життя хворого (зміна рольових функцій, матеріальні труднощі, відносна соціальна ізоляція), роблять необхідним участь членів сім'ї в реабілітаційному процесі, у створенні лікувальної перспективи, у формуванні у пацієнтів трудових установок, а також у пом'якшенні негативних стресових реакцій на хворобу . Таким чином, побудови внутрішньосімейних відносин у нових соціально-психологічних умовах; виявлення факторів, що детермінують найбільш ефективний розвиток цих відносин на різних етапах перебігу захворювання, та визначення шляхів підвищення ефективності реабілітації та ресоціалізації за рахунок оптимізації системи міжособистісних відносин у сім'ї.

Психолого-педагогічна робота з родичами має бути, на нашу думку, спрямована на: формування адаптації до нової життєвої ситуації, формування емоційно рівного ставлення до хворого, позбавленого гіперопіки, проявів жалості, ігнорування та знецінення інтересів хворого. Важливе значення в реабілітаційній роботі з хворими на судинні захворювання головного мозку має бути приділено психологічній реабілітації, яка допомагає домогтися вироблення правильної установки щодо трудової та побутової діяльності. Існує певний взаємозв'язок сімейного функціонування та соціально-психологічної адаптації. Корекція виявлених порушень у сім'ї може опосередковано сприяти підвищенню якості життя хворих.

Психологічне супроводження членів сім'ї - спрямоване на створення позитивної внутрішньосімейної ситуації, що дає їм можливість: по-перше, регулярно отримувати індивідуальні консультації фахівців (насамперед психологів) з питань взаємодії з інвалідом та іншими членами сім'ї; по-друге, брати участь у тренінгах комунікативних умінь та особистісного зростання, які навчають навичкам ефективної взаємодії у сім'ї. Найчастіше, родичі хворих бувають розгублені, пригнічені тим, що сталося, і не завжди усвідомлюють, що від їхньої емоційної реакції на те, що сталося з близькою людиною, залежить дуже багато в його комплексній реабілітації.

Консультування – це з найбільш значних і екстрених видів соціально – психологічної допомоги сім'ї клієнта перенеслого інсульт. Консультування дозволяє дізнатися потреби сім'ї, їхнє ставлення до послуг, що отримуються. Вибудовування відносин із сім'єю та людьми з обмеженими можливостями у процесі надання їм допомоги — для соціального працівника часом дуже складна справа. У той же час, деякі клієнти потребують сторонньої допомоги, і найчастіше зазнають глибоких емоційних навантажень через втрату самостійності. У таких складних ситуаціях не тільки соціальному працівникові, а й членам сім'ї необхідно мати навички побудови та підтримки конструктивних, емоційно позитивних взаємин у сім'ї. Найчастіше члени сімей звертаються за допомогою до консультанта з питань надання конкретних соціальних послуг, переживання тяжкої втрати та гострого горя, втрати функціональної спроможності, труднощів або конфліктів у спілкуванні, зв'язку минулого з сьогоденням, адаптації до нових обставин чи умов життя, а також за емоційною підтримкою.

Психологічні тренінги в даному випадку орієнтовані на формування у клієнта та членів їхньої сім'ї нових умінь навичок, які допомагають керувати своїм емоційним станом, мікросередовищем сім'ї, ведуть до вибору конструктивних життєвих стратегій, і як наслідок, зміцнюють відносини між членами сім'ї. У таких тренінгах використовують поєднання прийомів індивідуальної та групової роботи, рольові ігри в мікрогрупах, прийоми арттерапії, ігротерапії. Інтенсивна робота в тренінговій групі дозволяє новим умінням та навичкам швидко закріпитися у поведінці учасників. Тому найефективніше проходження тренінгів всім членам сім'ї у одній групі.

Допомога в організації спільного дозвілля – це система заходів щодо залучення сімей інвалідів до активного соціального життя, створення сприятливих умов для їх фізичної, психологічної та творчої самореалізації. Часто сім'ї мають убогі уявлення про організацію спільного дозвілля. У цьому випадку фахівці соціальних служб можуть залучати такі сім'ї до зустрічей у клубах спілкування для інвалідів та їхніх близьких. Заходи, що проходять у таких клубах, емоційно збагачують життя сім'ї, є взірцем для наслідування.

Включення в ранню реабілітацію соціально-психологічної роботи з клієнтом переніс інсульт, та їх родичами достовірно «покращує динаміку показників міжособистісних відносин, що спостерігаються, гострої стадії захворювання під час традиційного відновного лікування, а також сприяє збільшенню емоційної близькості та відкритості у відносинах пацієнтів та доглядають їх родичів; зростання взаєморозуміння, взаємопідтримки та задоволеності взаємовідносинами; зниження надлишкового контролю із боку, родичів; збільшення рівня самоконтролю та особистісної активності з боку пацієнтів; зростання задоволеності взаємовідносинами та якістю психологічного клімату в сім'ї;

По ходу реабілітації у хворих на інсульт та їх родичів знижується інтенсивність негативних переживань, зменшується страх і розгубленість перед ситуацією хвороби; покращується ставлення до свого сьогодення та майбутнього; знижується рівень соціально-психологічної депривації та ізольованості;

У зв'язку з цим, для досягнення найкращої результативності відновного навчання важливу роль набуває потреба психолого-педагогічного супроводу родичів, спрямована на створення позитивної внутрішньосімейної ситуації. Найчастіше, родичі хворих бувають розгублені, пригнічені тим, що сталося, і не завжди усвідомлюють, що від їхньої емоційної реакції на те, що сталося з близькою людиною, залежить дуже багато в його комплексній реабілітації.

Також важливо сформувати у родичів уявлення про те, що хворий не повинен бути емоційно ізольований від решти членів сім'ї, не відчувати самотності. Хворий, який переніс інсульт, потребує співчуття, підтримки, емпатії (особливо у ситуаціях неуспіху), відчуття захищеності з боку своєї сім'ї.

Обов'язковою умовою відновлення є збереження за хворим під час хвороби його місця у сім'ї, яка нічим не дає відчути тимчасову складність у спілкуванні». Вираз неуважності чи зневаги, навпаки, затягує відновлення. Тому важливо своєчасно сформувати ставлення сім'ї до хворого та його можливостей. Інакше стає неминучою зміна особистості хворого, утворюється його залежність від інших членів сім'ї. Хворий або відходить у собі, або підпорядковується сім'ї, стає пригніченим.

Психологічний клімат у ній клієнтів перенесли інсульт цере-бральным інсультом надає значний вплив на динаміку міжособистісних відносин пацієнтів та його родичів у процесі ранньої реабілітації і є істотним чинником у підвищенні рівня соціально-психологічної адаптації хворих та його родичів. Чим краща якість психологічного клімату в сім'ї на початку реабілітаційних заходів, тим більше виражено зниження показників соціальної ізольованості до кінця гострої стадії інсульту у пацієнтів і родичів, що доглядають їх, і тим краще здатність сприйняття та оцінки підтримки з боку членів сім'ї. Здоровий психологічний клімат у сім'ї – це успішне відновлення втрачених функцій.

Аналіз соціально-психологічних особливостей адаптації інвалідів та членів їх сімей до існуючої ситуації виявляє чотири основні типи цієї адаптації: активно-позитивна позиція, для якої характерне прагнення пошуку самостійного виходу із ситуації, що супроводжується сприятливими соціально-психологічними особливостями особистості кожного члена такої сім'ї (досить високою самооцінкою, задоволеністю життям тощо). На жаль, представників цього вкрай мало; пасивно-негативна позиція, в якій незадоволеність своїм становищем (поряд з відсутністю бажання самостійно поліпшити його) супроводжується заниженою самооцінкою, психологічним дискомфортом, настороженим ставленням до оточуючих, тривожністю, очікуванням катастрофічних наслідків навіть від побутових негараздів та іншими негативними; пасивно-позитивна позиція, яка при об'єктивно незадовільному соціально-економічному положенні сім'ї та низькій самооцінці її членів призводить в цілому до відносної задоволеності, існуючої ситуацією і, як наслідок, відсутність бажання активно змінювати її на краще. Ця позиція й у сімей, у яких клієнтами перенесли інсульт, є люди старших вікових груп; активно-негативна позиція, яка при психологічному дискомфорті та незадоволеності життям, сім'я не заперечує бажання самостійно змінити своє становище, проте практичних наслідків це не має чинності низки суб'єктивних та об'єктивних обставин. Така позиція більш характерна для сімей, де клієнти перенесли інсульт середнього віку.

З метою дослідження основних соціально-псіхологичніх проблем пацієнтів, які перенесли інсульт, було проведено опитування (Додаток А) родичів пацієнтів Івано-Франківського обласного клінічного кардіологічного центру. У проведеному анкетуванні брала участь 21 особа віком від 30 до 80 років.

Аналіз результатів відповідей респондентів на блок питань «Наявність у родичів навичок з догляду за тяжко хворим родичем» показав, що більшість респондентів не мають уявлення про те, як правильно доглядати пацієнта і були б не проти отримати з цього питання консультацію у фахівця (рис.2.1, 2.2).

Рис. 2.1 – Розподіл відповідей респондентів на запитання «Оцініть за 5-бальною шкалою, наскільки Ви знаєте, як необхідно доглядати хворих із порушенням мозкового кровообігу»

Рис. 2.2 – Розподіл відповідей респондентів питанням «Чи доводилося Вам коли-небудь доглядати важко хворим родичем?»

Аналіз результатів відповідей респондентів на блок питань «Наявність юридичної обізнаності у родичів про основи соціальної допомоги пацієнтам, які перенесли інсульт», показав низький рівень правової компетентності родичів пацієнтів, які перенесли інсульт у цій галузі (рис. 2.3).

Рис. 2.3 – Розподіл відповідей респондентів на запитання «Оцініть за 5-бальною шкалою рівень Вашої юридичної поінформованості щодо основ соціальної допомоги особам, які перенесли інсульт»

Аналіз результатів респондентів на блок питань «Психологічні проблеми хворих, які перенесли інсульт» показав, що 100% респондентів зіткнулися з деякими психологічними проблемами своїх хворих родичів (рис.2.4), однак їм не вистачило знань допомогти їм, тому вони вважають, що цим повинен займатися кваліфікований фахівець.

Аналіз результатів відповідей респондентів на блок питань «Ступінь поінформованості з питань соціально-побутової реабілітації та профілактики вторинного інсульту» показав низький рівень поінформованості родичів хворих на інсульт з питань соціально-побутової реабілітації та профілактики.

Рис. 2.4 – Розподіл відповідей респондентів на запитання «З якими психологічними проблемами Ви зіткнулися, маючи вдома пацієнта, який переніс інсульт»

Отримані в результаті дослідження дані підтверджують необхідність створення комплексної програми психологічної реабілітації осіб, які перенесли інсульт.

## 2.3 Комплексна програма психологічної реабілітації осіб з наслідками інсульту

Реабілітація хворих із захворюваннями та пошкодженнями нервової системи після інсульту є однією з актуальних проблем охорони здоров'я.

Хворі, які пережили інсульт, потребують проведення різноманітних реабілітаційних заходів, спостереження з боку дільничних чи сімейних лікарів, невролога поліклініки, опіки соціальних органів, піклування з боку рідних та близьких.

Тільки спільні зусилля реабілітологів, лікарів поліклінік, соціальних працівників, рідних та близьких дозволять хворим після інсульту відновити повністю або частково порушені функції, соціальну активність (а в значній частині випадків та працездатність), наблизити якість життя до доінсультного періоду.

Реабілітація після інсульту включає відновлення здібностей та навичок, якими володів хворий до інсульту, та максимально можливу реінтеграцію хворого у суспільство.

Тому важливим є створення комплексної програми психологічної реабілітації осіб, які перенесли інсульт.

Основними завданнями такої програми є:

1. Інформування пацієнтів, які перенесли інсульт та їх родичів з питань соціально-побутової реабілітації та профілактики вторинного інсульту;

2. Навчання родичів пацієнтів, які перенесли інсульт навичкам обслуговування хворих;

3. Психологічна допомога пацієнтам, які перенесли інсульт;

4. Підвищення рівня компетентності пацієнтів, які перенесли інсульт та їхніх родичів у правових питаннях.

Інформаційно-консультаційний блок доцільно проводити у формі ознайомлювальних лекцій, тематику яких подано у Додатку Б.

Враховуючи розглянуті проблеми реабілітації хворих після інсульту доцільно комплексну програму поділити на етапи психологічної реабілітації.

На кожному етапі психологічної реабілітації програми психологічної допомоги спрямовані на формування психологічних установок реабілітації (прийняття хвороби, прихильності до лікування, співпраці з персоналом, активності в лікуванні, установок здорового способу життя), на досягнення психічної адаптації хворих після інсульту до умов життя (Таблиця 2.1).

Таблиця 2.1.

Етапи психологічної реабілітації хворих із наслідками інсульту.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Психологічні проблеми етапу  | Тривалість захворювання.  | Етап психологічної реабілітації  | Спрямованості корекції |
| 1 етап (втрата та відновлення сприйняття цілісності «Я», та самоприйняття) | (2-6 міс) втрата та відновлення сприйняття цілісності тілесного "Я". Ухвалення порушених функцій, самоприйняття, прийняття хвороби, формування прихильності лікування; готовності до співпраці з персоналом. Самодопомога. | 1 етап інтра-персональної корекції особистості | 1.Індивідуальна корекція особистості. Формування самоприйняття, прихильності лікування. Заняття у малій груп (арттерапія, відеотерапія.) 2. Застосування прийомів навчального тренінгу в групі (корекція вищих психічних функцій групи); |
| 2 етап (втрата та перебудова міжособистісних відносин; прийняття нового соціального статусу) | (6-12 місяців).формування готовності до взаємодії з іншими людьми; вибудовування нової системи міжособистісних відносин; прийняття нової соціальної ролі. | 2 етап інтер-персональної корекції особистості | Тематично- орієнтований тренінг у групі.Прийняття групою, корекція системи відносин особистості. |
| 3 етап стабілізація відносин особистості та створення нової концепції життя | (більше 12 місяців)формування стратегій здорового способу життя, перебудова ієрархії цінностей життя, формування нового сенсу життя. | 3 етап стабілізації відносин та духовного зростання особистості | Проблемно-орієнтований тренінг.Корекція ціннісних орієнтацій; навчання впоратися зі стресом (аутогенне тренування) |

*1 етап психологічної реабілітації.* На першому етапі наслідки перенесеного інсульту виявлялися в порушення суглобово-м'язового почуття, тактильної, больової, вестибулярної, перцептивної чутливості та супроводжувалися руховими розладами. Ці порушення у поєднанні з порушеннями вищих психічних функцій, мови та емоційного стану сприяли виникненню феномену втрати єдності відчуттів та цілісності сприйняття тіла, втрати цілісності «Я», самоідентифікації, самоприйняття.

На 1 етапі психологічної реабілітації доцільно проводити особистісно-орієнтовані програми психологічної допомоги: індивідуально та в малій групі, спрямована на відновлення цілісності «Я», прийняття хвороби, формування прихильності лікування та готовності до співпраці з персоналом. Хворих потрібно включати також у малогрупові заняття, (арттерапія, відеотерапія), спрямовані на зниження сенсорної, емоційної та соціальної депривації хворих; надання емоційної підтримки.

На 1 етапі можливе проведення корекції вищих психічних функцій індивідуально або у малій групі. Самоприйняття відбувалося через прийняття іншими (психологом, групою), через прийняття мікросоціумом (родичами, медперсоналом, сусідами по палаті).

*2 етап психологічної реабілітації.* На другому етапі психологічної реабілітації провідними проблемами психічної адаптації є проблеми міжособистісних відносин у сім'ї; у найближчому оточенні, труднощі прийняття нової соціальної ролі (хворого, інваліда) та дефіцитом соціальної підтримки мікросоціум. На другому етапі блоковано реалізацію потреби в прийнятті та повазі іншими.

На 2 етапі доцільно застосовувати програми психологічної допомоги у вигляді тематично-орієнтованого групового тренінгу, спрямованого на усвідомлення та корекцію свого соціального статусу та міжособистісних відносин, та вироблення нових поведінкових стратегій.

*3 етап психологічної реабілітації.* На третьому етапі відбувається відновлення фізичної незалежності, відновлення когнітивних функцій та емоційної стабілізації, поліпшення показників якості життя, ставлення до хвороби та лікування. На даному етапі у хворих складається позитивне ставлення до вимушених змін у звичному стилі життя, формувалися установки здорового способу життя, усвідомлювалися необхідні умови профілактики рецидиву, усвідомлювалася першорядна цінність здоров'я, необхідність створення нового сенсу життя.

У програмі психологічної допомоги на 3 етапі потрібно використовувати прийоми групового тренінгу (тренінг подолання стресу), освоєння аутогенного тренування, спрямовані на підвищення стресостійкості хворих.

На всіх етапах важливою є робота з родичами, під час якої слід використовувати інформування та сімейне консультування.

*Інформування*. Родичам надається інформація про особливості когнітивних порушень хворого, емоційного стану, реакцій особи на захворювання; про необхідність допомоги хворому зі сторони родичів щодо відновлення порушених рухових та когнітивних функцій залежно від вираженості клінічних порушень хворого, локалізації вогнища ураження.

*Сімейне консультування*. Проводиться консультування родичів, які беруть участь у відновлювальному лікуванні хворого, спрямоване на покращення їх взаємодії та співробітництва, формування спільної мети діяльності; оптимізацію взаємодії.

Отже, проведетення поетапної психологічної реабілітації запезпечує на першому етапі можливість реалізації потреби в фізичній незалежності, у спілкуванні; самоприйнятті та самоповазі, на другому етапі відновлюється можливість реалізації потреби у повазі та прийнятті іншими (медперсоналом, групою хворих, родичами); на третьому етапі – можливість реалізації потреби у саморозвитку.

# ВИСНОВКИ

Психологічну реабілітацію осіб з наслідками інсульту розглянуто як цілісний комплекс медичних, фізичних, психологічних, соціальних, педагогічних заходів, спрямованих на відновлення у них здоров’я, психоемоційного стану, працездатності, покращення процесу соціалізації та адаптації до умов мирного життя.

1. У ході дослідження розглянуто соціально-психологічний портрет осіб з наслідками інсульту. Встановлено, що реабілітація цієї категорії клієнтів потребує чотирьох основних видів – психологічного, медичного, соціального, педагогічного. Психологічну реабілітацію розглянуто як специфічний вид психологічної допомоги, що надається особам з наслідками інсульту.

2. Проаналізовано існуючі методи, методики та технології реабілітації осіб, які перенесли інсульт. Акцентовано увагу на таких методиках психологічної допомоги, як арт-терапія та музикотерапія.

3. Проведено дослідження (у формі анкетування) міжособистісних відносин хворих, які перенесли інсульт та їх родичів. Отримано результати дослідження, які доводять актуальність створення комплексної програми психологічної реабілітації осіб з наслідками інсульту.

4. Розроблено методичні рекомендації щодо комплексної програми психологічної реабілітації осіб з наслідками інсульту, а також, розбиття даної програми на етапи та запропоновано напрями психокорекції на кожному з етапів.

# ДОДАТКИ

# Додаток А

Анкета для родичів

Шановний респондент!

Пропонуємо Вам заповнити анкету. В анкеті 15 запитань та варіанти відповідей. Уважно прочитайте та позначте варіант відповіді (варіант, найбільш Вам близький) до кожного питання.

Результати даного анкетування допоможуть у вирішенні проблем, пов'язаних із психологічною реабілітацією після інсульту, тому прохання поставитися до анкетування з увагою.

1. Хто Ви є для пацієнтові, хворим на інсульт?

А) Чоловік(дружина)

Б) Син

В) Дочка

Г) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Оцініть за 5-бальною шкалою Ваші знання про те, як необхідно доглядати хворих з порушенням мозкового кровообігу (1- «абсолютно не знаю», 2 – «відмінно знаю»)

Шкала:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

3. З якими психологічними проблемами Ви зіткнулися, маючи вдома пацієнта, який переніс інсульт?

1. Страх залишитись інвалідом

2. Сором за стан безпорадності

3. Постінсультна депресія

4. Тяжко переживав розрив із колишнім способом життя

5. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Напишіть)

4. Чи знали Ви, як допомогти родичу подолати психологічні труднощі?

1. Маю чітке уявлення, як допомогти у такій ситуації

2. Не маю чітких уявлень, як допомогти у такій ситуації

5. Чи маєте Ви уявлення про юридичні основи допомоги пацієнтам, які перенесли інсульт?

1. Ні, не маю

2. Так, маю

6. Оцініть за 5-бальною шкалою рівень Вашої юридичної обізнаності про основи допомоги пацієнтам, які перенесли інсульт.

Шкала:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

7. Чи хотіли б ви отримати правову консультацію щодо основ допомоги пацієнтам, які перенесли інсульт?

1. Так, хотів(а) би

2. Ні

8. Чи маєте Ви чітке уявлення про методи профілактики інсульту?

1. Так, маю

2. Ні, не маю

3. Важко відповісти

9. Чи вів Ваш родич, який переніс інсульт здоровий спосіб життя?

1. Так.

2. Ні.

3. Важко відповісти

10. Як Ви вважаєте, чи потребує Ваш родич, який переніс інсульт, допомоги, щоб відмовитися від шкідливих звичок і перейти до здорового способу життя?

1. Так.

2. Ні.

3. Важко відповісти.

11. Як Ви вважаєте, чи потребує Ваш родич соціально-побутової реабілітації?

1. Так

2. Ні

3. Важко відповісти

12. Чи доводилося Вам колись доглядати тяжко хворого родича?

1. Так

2. Ні

13. Як Ви вважаєте, чи потребує Ваш родич, який переніс інсульт кваліфікованої психологічної допомоги?

1. Так

2. Ні

3. Важко відповісти

14. Вкажіть Вашу стать

1. Чоловіча

2. Жіноча

15. Вкажіть Ваш вік: \_\_\_\_\_\_\_\_

Дякуємо за співпрацю. Бажаємо Вам міцного здоров'я.

Додаток Б

Структура циклу ознайомлювально-інтерактивних лекцій "Нове життя"

Даний цикл лекцій дозволяє інформувати клієнтів, які перенесли інсульт та їх родичів про захворювання, його типи та фактори, що призводять до його розвитку та можливості надання юридичної та соціальної допомоги.

Таблиця Б.1

Цикл лекцій "Нове життя"

|  |  |
| --- | --- |
| Найменування теми | Зміст |
| Що потрібно знати про інсульт. | Визначення інсульту, його види та періоди захворювання. Ішемічний інсульт. Причини та механізми розвитку. Фактори ризику розвитку інсульту та основи первинної профілактики. Постінсультна депресія. |
| Повернення додому | Психологічна підготовка родичів до виписки та повернення хворого додому. Оптимізація обслуговування та самообслуговування клієнта в домашніх умовах. Можливості надання лікувальної, юридичної, соціальної, патронажної та реабілітаційної допомоги. Установи, що надають засоби з лікування, профілактики та догляду. |
| Юридичні засади соціальної допомоги клієнтам, які перенесли інсульт. | Інвалідність: поняття, порядок та умови оформлення. Реабілітація інвалідів. Забезпечення життєдіяльності інвалідів: матеріальне забезпечення клієнтів, соціальне обслуговування. |