

**КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ТАРАСА
ШЕВЧЕНКА
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОДІАГНОСТИКИ ТА КЛІНІЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ**

**ДИПЛОМНА РОБОТА:
ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ
ПОСТІНСУЛЬТНОЇ ДЕПРЕСІЇ**

на здобуття освітньо-кваліфікаційного рівня «магістр»
з напрямку 053 «Психологія»

студента 2 курсу, заочної форми
навчання
кафедра психодіагностики та клінічної
психології
ОСР «Магістр»
Харевського Ростислава Миколайовича
Науковий керівник:
асистент кафедри психодіагностики та
клінічної психології,
доктор філософії у галузі психології
Вакуленко Юлія Віталіївна

КИЇВ – 2024

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕЖИВАННЯ ПОСТІНСУЛЬТНОЇ ДЕПРЕСІЇ.....	8
1.1. Поняття та клінічні прояви постінсультної депресії.....	8
1.2. Етіологія та патогенез постінсультної депресії.....	12
1.3. Психологічні фактори, що впливають на розвиток депресії після інсульту.....	17
1.4. Особливості переживання депресії у пацієнтів після інсульту...	21
1.5. Вплив постінсультної депресії на якість життя пацієнтів.....	26
Висновки до розділу 1.....	30
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕЖИВАННЯ ПОСТІНСУЛЬТНОЇ ДЕПРЕСІЇ.....	32
2.1. Організація та процедура проведення дослідження.....	32
2.2. Вибір та обґрунтування методик дослідження.....	36
2.3. Опис особливостей досліджуваної вибірки.....	43
Висновки до розділу 2.....	47
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ	

ПЕРЕЖИВАННЯ ПОСТІНСУЛЬТНОЇ ДЕПРЕСІЇ.....	49
3.1. Загальний огляд актуального психологічного стану після переживання інсульту.....	49
3.2. Психологічні особливості переживання постінсультної депресії.....	61
3.3. Практичні рекомендації щодо подолання постінсультної депресії та заходи покращення психоемоційного стану після переживання інсульту.....	68
Висновки до розділу 3.....	71
ВИСНОВКИ.....	74
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	78

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Постінсультна депресія (ПІД) є однією з найбільш розповсюджених психологічних ускладнень після перенесеного інсульту, яка суттєво впливає на реабілітацію пацієнтів та їхнє повернення до нормального життя. Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, приблизно третина пацієнтів після інсульту стикаються з симптомами депресії (Hackett & Pickles, 2014). Виявлення і корекція постінсультної депресії є критично важливими для забезпечення ефективної реабілітації, проте досі спостерігається недостатність уваги до психоемоційного стану пацієнтів в реабілітаційних програмах, що підкреслює актуальність цього дослідження.

Особливої уваги потребує той факт, що постінсультна депресія впливає не тільки на якість життя пацієнтів, а й на тривалість їхнього життя та ефективність фізичної реабілітації. Дослідження показують, що наявність депресивних симптомів у пацієнтів значно знижує їхню мотивацію до участі у реабілітаційних заходах, а також сприяє розвитку соматичних ускладнень (Robinson & Spalletta, 2010). Це створює додатковий тягар як для системи охорони здоров'я, так і для сімей, які піклуються про таких пацієнтів. Таким чином, проблема постінсультної депресії має не лише медичний, але й соціально-економічний характер, що потребує всебічного наукового аналізу.

Незважаючи на існування значної кількості досліджень у сфері постінсультної реабілітації, більшість з них сфокусовані на фізичних аспектах відновлення, таких як моторні функції та когнітивні порушення, тоді як психологічні аспекти, зокрема емоційний стан пацієнтів, залишаються недостатньо вивченими. Це може пояснюватися як труднощами в діагностиці депресії у пацієнтів з неврологічними порушеннями, так і недооцінкою ролі емоційного стану в успішності реабілітаційного процесу (Whyte & Mulsant, 2002). Наше дослідження

покликане заповнити цю прогалину, детально аналізуючи психологічні особливості переживання постінсультної депресії, а також розробляючи рекомендації для покращення психоемоційного стану пацієнтів.

Актуальність цього дослідження також пов'язана з тим, що сучасна система охорони здоров'я в Україні зіштовхується з багатьма викликами, зокрема із забезпеченням якісної психологічної допомоги пацієнтам після інсульту. У контексті війни та соціальних потрясінь, які переживає українське суспільство, кількість випадків інсульту зростає, що вимагає перегляду існуючих реабілітаційних програм та інтеграції в них психологічних інтервенцій. Враховуючи поточний соціальний контекст, необхідність забезпечення комплексної допомоги таким пацієнтам є не лише медичним, але й гуманітарним завданням.

Серед вітчизняних вчених також часто досліджується питання постінсультної депресії. Зокрема, профілактика та терапія постінсультної депресії розглядалися у працях таких дослідників, як В. В. Бабієнко, Є. О. Григор'єв, В. Ю. Левковська, Т. А. Корольова (2018), С. Г. Бурчинський (2022), Т. М. Муратова, Д. М. Храмцов, Ю. М. Ворохта, М. С. Вікаренко (2019), О. П. Онопрієнко (2020), В. Кулечко (2022), та М. І. Демченко (2012). Їхні дослідження стали вагомим внеском у розвиток розуміння постінсультної депресії та підходів до її лікування в умовах української медичної системи.

Дослідження психологічних особливостей переживання постінсультної депресії є вкрай актуальним з огляду на високу поширеність цієї проблеми, її вплив на якість життя пацієнтів та соціально-економічні наслідки для суспільства. Результати дослідження можуть бути використані для розробки практичних рекомендацій, спрямованих на покращення психологічного стану пацієнтів після інсульту, що підвищить ефективність їхньої реабілітації та сприятиме їхньому поверненню до активного життя.

Мета дослідження: визначити психологічні особливості переживання постінсультної депресії.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз проблеми дослідження постінсультної депресії в науковій літературі;
2. З'ясувати актуальний психологічний стан пацієнтів, які пережили інсульт;
3. Виявити психологічні особливості пацієнтів з постінсультною депресією;
4. Розробити практичні рекомендації щодо подолання постінсультної депресії та заходи покращення психоемоційного стану після переживання інсульту.

Об'єкт дослідження – феномен постінсультної депресії.

Предмет дослідження – психологічні особливості переживання постінсультної депресії.

Методи дослідження. Для розв'язання визначених завдань було використано комплекс теоретичних, емпіричних та статистичних методів: аналіз, синтез й узагальнення сучасних наукових знань з проблематики дослідження постінсультної депресії; метод тестування, метод опитування. Під час опитування було застосовано батарею з психодіагностичних інструментів таких як: «Анкета здоров'я пацієнта» (PHQ-9), «Шкала сприйнятого стресу» (PSS-10), «Госпітальна шкала тривоги та депресії» (HADS), «Шкала функціональної незалежності» (FIM), «Оцінка якості життя» (SF-36), «Опитувальник внутрішньої мотивації» (IMI), «Шкала робочої та соціальної адаптації» (WSAS).

В основу дослідження покладено методи констатуючого дослідження з порівняльною та кореляційною стратегією обробки отриманих даних.

Обробку експериментальних даних здійснено з використанням математико-статистичних методів, а саме: описова статистика, частотний аналіз, виявлення статистично значущих відмінностей для трьох і більше незалежних груп за однофакторним дисперсійним аналізом (ANOVA), кореляційний аналіз за ρ -коефіцієнтом кореляції Спірмена.

База дослідження. У дослідженні взяли участь 75 осіб, які поділялися на три групи: 1 – люди, які пережили інсульт і мають симптоми депресії (35 осіб), 2 - люди, які пережили інсульт і не мають симптоми депресії (35 осіб), 3 – люди, як не переживали інсульт, але мають діагноз клінічної депресії і знаходяться на лікуванні (35 осіб). Групи поділені таким чином заради встановлення особливостей психологічні особливості переживання постінсультної депресії при її наявності, переживання інсульту без симптомів депресії та порівняння з групою людей, які безпосередньо страждають депресією.

Практичне значення роботи полягає в тому, що одержані результати та висновки можуть бути корисні бути корисні лікарям-реабілітологам, психологам та соціальним працівникам, які працюють з пацієнтами після інсульту.

Структура та обсяг дисертації. Дипломна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел, що налічує 76 найменувань. Робота містить 19 таблиць та 5 рисунків. Основний зміст викладено на 77 сторінках комп'ютерного набору. Повний обсяг роботи складає 86 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕЖИВАННЯ ПОСТІНСУЛЬТНОЇ ДЕПРЕСІЇ

1.1. Поняття та клінічні прояви постінсультної депресії

Постінсультна депресія (ПД) визначається як поширений психічний розлад, який виникає у значної частини пацієнтів після перенесеного інсульту і є одним із найважливіших факторів, що ускладнюють процес відновлення. ПД може виникати як специфічний наслідок неврологічного ураження, яке розвивається у 20-60% постінсультних пацієнтів і суттєво відрізняється від інших типів депресивних розладів. Відповідно до досліджень, ПД має як психологічну, так і фізіологічну природу, впливаючи на різні аспекти життя пацієнта та перешкоджаючи його відновленню (Онопрієнко, 2020).

Серед найбільш значущих наслідків ПД варто відзначити її вплив на серцево-судинну систему, що підвищує ризик повторних інсультів та смертності. Під час реабілітації пацієнти з ПД зазнають труднощів з виконанням відновлювальних завдань, що пов'язано з пригніченим емоційним станом та підвищеною тривожністю (Муратова et al., 2019). Більше того, виявлено, що ПД негативно впливає на когнітивні процеси, зокрема на пам'ять, увагу та здатність до навчання, що суттєво ускладнює соціальну реінтеграцію пацієнтів та знижує якість їхнього життя (Савицька, 2024).

Розробка ефективних методів фармакотерапії залишається важливою складовою профілактики та лікування ПД, оскільки правильний підхід може сприяти зниженню симптомів депресії та покращенню загального стану пацієнтів. В останні роки фармакологічне лікування ПД розглядається як важливий напрямок, здатний покращити прогноз

відновлення після інсульту та знизити ризики подальших ускладнень (Бурчанський, 2022).

На відміну від ендогенної депресії, яка може мати різноманітні причини, постінсультна депресія тісно пов'язана з органічними ураженнями мозку, зокрема внаслідок змін у нейрохімічних процесах та анатомічних структурах, що відповідають за регуляцію настрою. Часто ПД розвивається внаслідок комбінації біологічних, психологічних і соціальних факторів, що підтверджує її відповідність біопсихосоціальної моделі психічних захворювань (Frank et al., 2022).

Дослідники наголошують, що симптоми ПД можуть бути відмінними від класичної депресії; зокрема, для ПД характерні когнітивні порушення, зниження рівня соціальної взаємодії та порушення сну. Ці прояви можуть змінюватися з часом, що ускладнює діагностику та вимагає підвищеної уваги лікарів до психічного стану пацієнта навіть через місяці після інсульту (Das & Rajanikant, 2018). Важливо також зазначити, що своєчасне лікування ПД може значно покращити не лише психічний стан пацієнта, але й сприяти більш ефективній реабілітації та відновленню фізичних функцій (Lenzi et al., 2008). Постінсультна депресія є мультифакторним явищем з чітким зв'язком між органічним ураженням мозку і психологічним впливом на якість життя та здатність до адаптації пацієнта. Її своєчасне діагностування та терапія мають вирішальне значення для забезпечення успішної реабілітації.

Епідеміологія постінсультної депресії (ПД) свідчить про високу поширеність цього розладу серед пацієнтів, які перенесли інсульт, причому ПД зачіпає близько 30-35% таких пацієнтів. Показники можуть варіюватися залежно від дослідження, іноді досягаючи 60% залежно від стадії захворювання та методів оцінювання (Lenzi et al., 2008). Дослідження показують, що частота ПД може залежати від віку, статі, тяжкості інсульту та рівня соціальної підтримки пацієнтів. Наприклад,

жінки та люди похилого віку схильні до вищого ризику розвитку депресивних симптомів після інсульту (Sangam, 2018). Окрім цього, наявність депресії до інсульту, тяжкі неврологічні дефіцити та низька соціальна підтримка також можуть суттєво підвищувати ризик ПД (Taylor-Rowan et al., 2018).

Частота ПД також залежить від часу, що минув після інсульту. У перші три місяці ризик виникнення ПД є особливо високим, і часто депресія виникає на ранніх етапах реабілітації, що ускладнює процес відновлення. З іншого боку, довготривале спостереження показує, що депресія може зберігатися або навіть поглиблюватися через рік після інсульту, особливо серед пацієнтів, які мають низький рівень соціальної взаємодії або самотність (Cai et al., 2019).

ПД є поширеним психіатричним ускладненням після інсульту, що суттєво погіршує якість життя, соціальну інтеграцію та фізичну реабілітацію пацієнтів. Відповідно, підвищена увага до ранньої діагностики та профілактичних заходів є важливою для забезпечення кращих результатів реабілітації та зниження ризику повторних інсультів та інших ускладнень.

Основні клінічні прояви постінсультної депресії (ПД) суттєво відрізняються від загальних симптомів депресії та мають унікальні риси, пов'язані зі специфікою неврологічного пошкодження після інсульту. ПД характеризується вираженими емоційними порушеннями, які включають почуття безнадійності, тривоги, суму та емоційної лабільності. Ці симптоми значно ускладнюють адаптацію до життя після інсульту та негативно впливають на мотивацію пацієнтів до реабілітації, оскільки знижують їхню здатність до самостійного відновлення (Gaete & Bogousslavsky, 2008).

До фізичних проявів ПД належать порушення сну, зниження апетиту та постійне відчуття втоми, що впливає на загальний фізичний

стан пацієнта. Більшість пацієнтів із ПІД страждають від соматичних проявів, таких як підвищена втомлюваність та порушення сну, що обмежує їхню фізичну активність та перешкоджає нормальному перебігу реабілітації (Volz et al., 2016).

Когнітивні порушення є ще однією важливою рисою ПІД, яка відрізняє її від інших психічних розладів. Вони включають зниження здатності концентруватися, погіршення пам'яті та зниження швидкості обробки інформації, що також впливає на ефективність навчання та відновлення в ході реабілітаційного процесу (Snaphaan et al., 2009). Крім того, спостерігаються випадки психомоторного уповільнення, що ускладнює виконання повсякденних завдань та знижує якість життя пацієнтів.

Залежно від вираженості симптомів, ПІД можна поділити на легкі, середні та важкі форми. Легкі форми проявляються переважно у вигляді емоційної лабільності та підвищеної дратівливості, тоді як середні та важкі форми включають значні когнітивні та соматичні порушення, які потребують активного медикаментозного та психологічного втручання для покращення загального стану пацієнта (Lenzi et al., 2008).

Діагностика постінсультної депресії (ПІД) є викликом у клінічній практиці через складнощі, пов'язані з когнітивними порушеннями, моторними обмеженнями та симптомами, що можуть маскувати депресивні прояви. Сучасні підходи включають використання кількох специфічних діагностичних інструментів, таких як Шкала депресії Бека (BDI), Шкала депресії Гамільтона (HDRS) та Шкала самостійного оцінювання депресії Цунга. Ці інструменти демонструють високу чутливість і специфічність для виявлення депресивних розладів у пацієнтів після інсульту (Berg et al., 2009).

Серед нових підходів значну роль відіграє Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), який рекомендовано для первинного скринінгу

ПД завдяки простоті застосування та високій точності. PHQ-9 виявляє як великі депресивні розлади, так і менш виражені форми депресії, що робить його універсальним інструментом у різних медичних умовах (Dajratham et al., 2020). Для пацієнтів з афазією застосовують Шкалу депресії для пацієнтів з афазією (SADS), яка враховує специфічні труднощі у комунікації й забезпечує більш точну діагностику ПД у цієї групи (Turner-Stokes & Hassan, 2002).

Також розроблено спеціальні алгоритми та багатомодельні підходи, які включають комбінацію різних шкал для підвищення надійності діагностики. Одним із таких інноваційних підходів є Багатомодельний метод діагностики ПД (MMADD), який показав високу внутрішню узгодженість та значну прогностичну цінність (Wang et al., 2011). Вибір конкретного методу діагностики ПД повинен залежати від клінічних умов, здатності пацієнта до комунікації та наявності специфічних інструментів, адаптованих для виявлення ПД.

1.2. Етіологія та патогенез постінсультної депресії

Біологічні чинники, що сприяють розвитку постінсультної депресії (ПД), включають складні нейрохімічні, анатомічні та ендокринні механізми. Дослідження вказують на порушення нейрохімічного балансу, зокрема зниження рівня серотоніну та норадреналіну, які є критично важливими для регуляції настрою. Ці зміни пояснюють підвищену вразливість пацієнтів до депресії після інсульту, що особливо виражено в умовах відновлення після перенесеного ураження головного мозку (Oros et al., 2015). Крім того, ендокринні зміни, зокрема дисбаланс кортизолу, спричинений порушенням функціонування гіпоталамо-гіпофізарно-адrenalової осі, можуть посилювати депресивні прояви, підвищуючи рівень тривожності та порушення сну, що відзначається як важливий чинник у розвитку ПД (Дельва et al., 2016).

Анатомічні чинники, зокрема локалізація ураження в певних ділянках мозку, також відіграють важливу роль у патогенезі ПД. Ураження лобних долей та базальних гангліїв часто асоціюється з розвитком депресивних симптомів у постінсультний період. Пошкодження цих структур може призводити до порушень емоційного контролю та соціальної взаємодії, що значно ускладнює процес адаптації пацієнтів до життя після інсульту (Бабієнко et al., 2018). Додатково, дослідження підтверджують важливість запальних процесів, зокрема підвищення рівня прозапальних цитокінів, що також сприяє розвитку депресивних симптомів у пацієнтів після інсульту (Савицька, 2024).

Крім фармакологічних підходів, деякі дослідження розглядають можливість фітокорекції як методу зниження емоційної напруги у постінсультних пацієнтів. Використання фітопрепаратів дозволяє поліпшити психоемоційний стан, зменшуючи відчуття тривожності та депресії, що може бути корисним для пацієнтів з обмеженнями в застосуванні традиційних антидепресантів (Боженко, 2011).

Одним із ключових факторів є порушення в рівні нейротрансмітерів, таких як серотонін і норадреналін, що призводить до виникнення депресивних симптомів після інсульту. Це зниження нейротрансмітерної активності пов'язане з ураженням певних ділянок мозку, особливо лівої півкулі, що традиційно пов'язується з регуляцією емоцій і настрою (Fang & Cheng, 2009).

Окрім нейротрансмітерних змін, важливу роль у розвитку ПД відіграє порушення гіпоталамо-гіпофізарно-адреналової осі, що часто призводить до гіперактивності, яка збільшує рівень кортизолу. Підвищення кортизолу може знижувати здатність мозку до нейропластичності, що критично важливо для відновлення після інсульту (Noonan et al., 2013). Інші дослідження показують, що зниження рівня нейротрофічного фактора мозку (BDNF) у пацієнтів після інсульту також

корелює з розвитком депресивних симптомів, оскільки BDNF сприяє нейропластичності та відновленню нервових клітин (Xu et al., 2017).

Іншим важливим фактором є нейроанатомічні зміни, що виникають після інсульту. Ураження лобних і базальних ділянок мозку, особливо базальних гангліїв, вважаються критичними для розвитку ПД, оскільки ці структури безпосередньо пов'язані з емоційною регуляцією і когнітивними процесами. Лобні ураження особливо впливають на когнітивні функції, а ураження в лівій півкулі частіше викликають депресивні симптоми у пацієнтів після інсульту (Lenzi et al., 2008).

Також помітний внесок у розвиток ПД мають запальні процеси. Підвищений рівень прозапальних цитокінів, таких як фактор некрозу пухлин-альфа (TNF- α) та інтерлейкіни, може сприяти посиленню депресивних симптомів, впливаючи на мозкову тканину та підтримуючи запалення після інсульту (Kim et al., 2017). Ці біологічні зміни вказують на складний патогенез постінсультної депресії, де нейрохімічні, гормональні та нейроанатомічні фактори відіграють ключову роль у формуванні цього розладу.

Розташування ураження мозку після інсульту має суттєвий вплив на розвиток постінсультної депресії (ПД). Дослідження показують, що певні ділянки, зокрема лобні долі та базальні ганглії, частіше асоціюються з депресивними симптомами. Виявлено, що ураження в лівій півкулі, особливо в передній частині мозку, має сильний зв'язок із депресивними симптомами. Наприклад, у пацієнтів із лівими фронтальними ураженнями частіше спостерігаються депресія і когнітивні труднощі (Yu et al., 2004). Однак деякі дослідження також демонструють зв'язок між ураженням правої півкулі та депресивними станами, особливо у підгострий період після інсульту, підкреслюючи, що як права, так і ліва півкулі можуть впливати на настрій, хоча у різні періоди відновлення (Wei et al., 2014).

Нейроанатомічні дослідження за допомогою воксельної лезійно-симптомної карти (VLSM) показали, що специфічні ураження, зокрема в передній частині поясної звивини, лівому гіпокампі та лінгвальній частці, значно корелюють із проявами депресії та її тяжкістю (Wang et al., 2023). Така локалізація є важливою для регуляції емоцій, що пояснює високий ризик ПД у пацієнтів із ушкодженнями в цих ділянках. Дослідження також показують, що ураження лівих базальних гангліїв значно підвищує ризик розвитку депресії, що пов'язано з регуляцією моторних функцій та емоційного стану пацієнтів (Hu et al., 2018).

Отже, хоча взаємозв'язок між локалізацією ураження та проявами депресії є складним і часто неоднозначним, існують чіткі докази, що деякі ділянки мозку, особливо в лобних долях та базальних гангліях, можуть значно впливати на емоційний і когнітивний стан після інсульту, підвищуючи ризик ПД.

Запальні та імунні процеси відіграють центральну роль у розвитку постінсультної депресії (ПД), впливаючи на нейрональні та гліальні клітини через регуляцію прозапальних цитокінів і системних маркерів запалення. Дослідження показують, що підвищений рівень прозапальних цитокінів, таких як інтерлейкін-6 (IL-6) та фактор некрозу пухлин-альфа (TNF- α), часто асоціюється з розвитком депресивних симптомів у пацієнтів після інсульту, особливо в гострому періоді. Ці цитокіни, продуковані мікрогліальними та інфільтрованими імунними клітинами, сприяють поглибленню запалення в мозку, що, у свою чергу, може підсилювати депресивні симптоми (Chen et al., 2020).

Додатково, системні індекси запалення, такі як індекс системного запалення (SII) та співвідношення нейтрофілів до лімфоцитів (NLR), пов'язані з ризиком ПД і можуть слугувати прогностичними маркерами розвитку депресії. Пацієнти з вищими показниками SII та NLR показали схильність до розвитку депресії протягом перших місяців після інсульту,

що вказує на роль системного запалення в підтримці депресивного синдрому (Hu et al., 2021).

Окрім цитокінів, на розвиток ПДД впливають також інші клітинні механізми, зокрема активація мікроглії і взаємодія з проникною гематоенцефалічною бар'єрою. В результаті порушення бар'єрної функції відбувається проникнення лімфоцитів та інших імунних клітин у мозок, що підсилює запальний фон і може впливати на довготривалі нейропатологічні зміни та депресивні симптоми (Xu et al., 2020). Імунні та запальні процеси є важливими елементами патогенезу ПДД, оскільки сприяють пролонгованому запаленню та змінам у нервовій системі, що підтримують депресивні симптоми у пацієнтів після інсульту.

Генетичні та нейротрофічні фактори відіграють важливу роль у розвитку постінсультної депресії (ПДД), впливаючи на здатність мозку до відновлення і нейропластичність. Зокрема, було виявлено, що мозковий нейротрофічний фактор (BDNF) відіграє ключову роль у регуляції виживання нейронів і синаптичної пластичності, що важливо для психічного стану пацієнтів після інсульту. Низький рівень BDNF часто асоціюється з підвищеним ризиком ПДД, що підтверджують дослідження, які показують знижені концентрації BDNF у пацієнтів з депресією після інсульту, порівняно з пацієнтами без депресивних симптомів (Xu et al., 2017). Цей фактор може служити раннім біомаркером, що дозволяє виявити схильність до ПДД на ранніх стадіях реабілітації.

Крім рівня BDNF, певні генетичні варіанти, такі як поліморфізм Val66Met гена BDNF, також асоціюються з підвищеним ризиком ПДД. Цей генетичний варіант впливає на експресію BDNF та може знижувати його ефективність, що посилює вразливість до депресії у пацієнтів з інсультом. Пацієнти з мет-мет гомозиготним варіантом демонструють більшу схильність до розвитку ПДД, що підкреслює значення генетичної схильності у патогенезі цього розладу (Shan et al., 2021).

Отже, як рівень BDNF, так і генетична схильність є значущими чинниками, які впливають на ризик розвитку ПД, а дослідження цих факторів може покращити розуміння патогенезу ПД та допомогти у розробці більш ефективних методів терапії для пацієнтів після інсульту.

1.3. Психологічні фактори, що впливають на розвиток депресії після інсульту

Особистісні риси пацієнтів відіграють ключову роль у формуванні схильності до розвитку постінсультної депресії (ПД), оскільки вони впливають на реакцію пацієнта на пережитий інсульт та його здатність до адаптації. Однією з найважливіших особистісних рис, що підвищує вразливість до ПД, є нейротизм, який визначається схильністю до тривожності, емоційної нестабільності та низької стресостійкості. Нейротизм призводить до більш інтенсивного переживання негативних емоцій та знижує здатність пацієнта до адаптації у післяінсультний період, що підтверджено численними дослідженнями (Пантелеєнко, 2015).

Іншою важливою рисою є низький рівень соціальної адаптації та здатності підтримувати соціальні зв'язки, що також впливає на ризик розвитку депресії. Пацієнти, які мають труднощі у міжособистісній взаємодії, частіше схильні до почуття ізоляції та самотності, що посилює депресивні прояви. Востротін (2021) зазначає, що недостатня соціальна підтримка та слабка адаптація до нових умов після інсульту значно погіршують психоемоційний стан пацієнтів, збільшуючи ризик ПД (Востротін, 2021). Крім того, психологічні чинники, такі як почуття безпорадності та залежності, також знижують здатність до ефективної реабілітації, обмежуючи активну участь у процесі відновлення (Бабієнко et al., 2018).

Аспекти поведінкових реакцій пацієнтів також відіграють важливу роль у розвитку ПД. Пацієнти з низькою здатністю до психологічного

захисту частіше демонструють депресивні симптоми. Згідно з дослідженням Сайко (2013), пацієнти з недостатнім соматичним і психологічним захистом більш схильні до розвитку депресії, оскільки вони менш здатні до опору стресовим факторам після інсульту (Сайко, 2013). Також відомо, що особливості особистісної структури, зокрема наявність хронічного болю або когнітивних порушень, сприяють поглибленню депресивних проявів і впливають на якість життя пацієнтів після інсульту (Растворов, 2024; Кулечко, 2022).

Отже, низка психологічних та особистісних факторів, таких як нейротизм, соціальна ізоляція, низька адаптаційна здатність і когнітивні порушення, ускладнюють процес реабілітації та посилюють симптоми ПД, що робить важливим врахування цих аспектів у розробці реабілітаційних стратегій для постінсультних пацієнтів (Дроздова et al., 2016).

Дослідження показують, що пацієнти з високим рівнем нейротизму мають значно більший ризик розвитку депресивних симптомів, оскільки вони більш схильні до емоційної нестабільності, тривожності та негативного сприйняття змін, спричинених інсультом (Aben et al., 2002).

Інтровертованість також впливає на ризик депресії після інсульту, хоча її роль більш неоднозначна. Деякі дослідження вказують, що пацієнти з високою інтровертованістю, на відміну від екстравертів, мають менший доступ до підтримуючих соціальних мереж, що знижує рівень соціальної підтримки та може сприяти підвищенню ризику депресії (Morris & Robinson, 1995). Крім цього, низька екстравертованість пов'язана з труднощами у формуванні нових соціальних зв'язків, що є особливо критичним для пацієнтів, які потребують підтримки в період реабілітації (Douven et al., 2018).

Самооцінка також відіграє значну роль у схильності до ПД. Низька самооцінка може впливати на сприйняття пацієнтом власної здатності до

відновлення, що знижує його мотивацію та підсилює ризик депресивного стану. Пацієнти з високою самооцінкою демонструють більшу готовність до активної реабілітації та менш схильні до депресії, оскільки вірять у свої сили та здатність подолати наслідки інсульту (Douven et al., 2018).

Особистісні риси, зокрема нейротизм, інтровертованість та рівень самооцінки, мають значний вплив на ризик розвитку ПД, оскільки визначають, як пацієнт адаптується до наслідків інсульту та взаємодіє з соціальним середовищем.

Рівень соціальної підтримки та якість міжособистісних взаємин відіграють вирішальну роль у психічному стані пацієнтів після інсульту, значно впливаючи на ризик розвитку депресії. Дослідження підтверджують, що пацієнти з високим рівнем соціальної підтримки мають меншу ймовірність виникнення депресивних симптомів, тоді як відсутність підтримки від сім'ї та друзів може призводити до значного погіршення психоемоційного стану та продовження депресії. Зокрема, пацієнти, які відчують недостатню підтримку, мають триваліший період депресії, ніж ті, хто має належну соціальну підтримку (Morris et al., 1991).

Соціальна підтримка може бути представлена в різних формах, зокрема емоційною, інформаційною та інструментальною. Дослідження демонструють, що емоційна підтримка – через надання турботи та співчуття – має найбільший ефект на зниження депресії у пацієнтів після інсульту, оскільки вона сприяє поліпшенню відчуття впевненості та безпеки (Yamanie et al., 2022). Інші види підтримки, такі як інформаційна підтримка, що включає доступ до необхідної медичної інформації та поради, також сприяють зменшенню тривожності й допомагають пацієнтам легше адаптуватися до нових умов життя. Крім того, підтримка, що передбачає допомогу в повсякденних справах, знижує рівень стресу та підвищує здатність пацієнта справлятися з наслідками інсульту (Kruithof et al., 2015).

Різні аспекти соціальної підтримки мають суттєвий вплив на психічний стан пацієнтів після інсульту. Забезпечення адекватної підтримки з боку сім'ї та оточення сприяє не лише зниженню рівня депресії, але й поліпшенню загальної якості життя пацієнтів, що підкреслює важливість соціальних зв'язків у процесі реабілітації та психологічної адаптації.

Психологічний вплив інвалідності та втрати функціональних можливостей після інсульту значно збільшує ризик розвитку постінсультної депресії (ПІД). Пацієнти, які втратили здатність до виконання повсякденних завдань та незалежності, відчують сильне почуття безпорадності та зниження самооцінки. Дослідження свідчать, що відчуття функціональної втрати може призводити до зниження емоційного благополуччя та психічної адаптації пацієнтів до нових умов життя. Пацієнти з обмеженою фізичною функціональністю після інсульту демонструють вищі рівні депресії, оскільки втрата здатності до самообслуговування значно впливає на їх самооцінку та соціальну інтеграцію (Astuti et al., 2020).

Функціональні порушення після інсульту, особливо при вираженій фізичній обмеженості, значно ускладнюють процес реабілітації та підвищують ризик довготривалої депресії. Пацієнти з втратою рухливості чи моторних навичок часто почуваються ізольованими, що негативно впливає на їх психічний стан. Крім того, відсутність самостійності і залежність від оточення посилюють депресивні симптоми, оскільки ці пацієнти стикаються з обмеженнями, які раніше не існували в їхньому повсякденному житті (Kowalska et al., 2020).

Психологічний вплив інвалідності після інсульту не лише сприяє розвитку депресії, але й перешкоджає процесу фізичного відновлення, оскільки депресія часто знижує мотивацію пацієнтів до участі в реабілітаційних програмах. Таким чином, зниження самооцінки через

втрату функціональних можливостей є значним фактором ризику для психічного благополуччя пацієнтів після інсульту, а своєчасна підтримка може пом'якшити цей негативний вплив.

Рівень стресу, який переживають пацієнти після інсульту, є важливим фактором ризику розвитку депресії, особливо у тих, хто стикається з тривалою реабілітацією та обмеженнями в повсякденному житті. Пацієнти, які мають високий рівень стресу та слабкі стратегії подолання, значно частіше виявляють ознаки депресії після інсульту. Дослідження підтверджують, що адаптивні стратегії подолання, такі як активне вирішення проблем, допомагають знизити рівень депресивних симптомів і покращують психоемоційний стан пацієнтів. Проте багато пацієнтів після інсульту демонструють тенденцію до уникнення або заперечення своїх проблем, що тільки підвищує рівень тривожності та знижує здатність ефективно справлятися з життєвими труднощами, викликаними захворюванням (Visser et al., 2014).

Пацієнти з вищим рівнем стресу, які застосовують малоадаптивні способи подолання, наприклад, уникнення або заперечення, мають високий ризик погіршення психоемоційного стану та подальшого розвитку депресії. З іншого боку, використання конструктивних стратегій, таких як емоційна підтримка, планування та рефреймінг, асоціюється з покращенням якості життя та зниженням рівня стресу у пацієнтів з інсультом (Rohmah et al., 2023). Ці результати свідчать про важливість розвитку адаптивних стратегій подолання для підтримки психічного здоров'я після інсульту.

1.4. Особливості переживання депресії у пацієнтів після інсульту

Емоційні та поведінкові прояви постінсультної депресії (ПІД) включають різноманітні симптоми, що негативно впливають на психологічний стан та соціальну активність пацієнтів після інсульту.

Серед них найпоширенішими є почуття безнадії, тривоги та апатії, які посилюють відчуття безпорадності та вразливості у пацієнтів, що знижує їхню мотивацію до активної участі в реабілітації. Такий емоційний стан ускладнює психологічну адаптацію та викликає зниження рівня залучення до реабілітаційного процесу. Згідно з дослідженням Панькович та Елланської (2023), арттерапія може мати позитивний вплив на психоемоційний стан пацієнтів із постінсультною депресією, що є особливо актуальним в умовах реабілітації на тлі соціально-політичної нестабільності (Панькович & Елланської, 2023).

Інший аспект емоційних проявів пов'язаний з психосоціальною взаємодією. Пацієнти з ПІД часто стикаються зі зниженням здатності до ефективної комунікації, що потребує інтеграції психологічної та логопедичної підтримки, зокрема для відновлення мовленнєвих навичок, які також є критичними для соціальної адаптації (Сорока, 2023). Водночас дослідження вказують, що пацієнти з ПІД можуть відчувати сильну соціальну ізоляцію, що лише поглиблює емоційні порушення, посилюючи апатію та відчуття самотності (Мілінчук, 2011).

Фітокорекція є ще одним підходом, що може бути ефективним для зниження рівня тривожності та депресії у пацієнтів із ПІД. Використання природних засобів для корекції психоемоційного стану розглядається як важливий додатковий метод у випадках, коли традиційна терапія має обмеження або супроводжується побічними ефектами (Боженко, 2011). Бабієнко та колеги (2018) також наголошують на важливості комплексної профілактики ПІД, яка включає як фармакологічні, так і психотерапевтичні методи (Бабієнко et al., 2018).

Окрім емоційних розладів, пацієнти з ПІД можуть відчувати і когнітивні труднощі, що посилюють їхній загальний стан. Згідно з дослідженням Чижикової та Коваленка (2018), пацієнти, які відчувають біль і стрес після інсульту, мають погіршені когнітивні та емоційно-

вольові показники, що суттєво обмежує їхні можливості для участі в реабілітації. Таким чином, емоційні та поведінкові симптоми постінсультної депресії мають багатогранний вплив на здатність пацієнтів адаптуватися до змін і активно брати участь у процесі відновлення, що потребує цілісного і комплексного підходу до їх корекції (Чижикової & Коваленка, 2018).

Психологічний стан таких пацієнтів часто відзначається ізоляцією та уникненням соціальних контактів, що лише посилює симптоми депресії. Соціальна ізоляція, яка є типовою поведінковою реакцією на ПД, перешкоджає відновленню соціальних навичок та послаблює зв'язок із підтримуючим оточенням, таким як сім'я та друзі (Gaete & Bogousslavsky, 2008).

Пацієнти з ПД також часто демонструють відчуття втрати контролю над своїм життям, що сприяє виникненню негативних емоцій і загальному зниженню самооцінки. Дослідження показують, що депресивні пацієнти часто не відчують задоволення від звичних видів діяльності, що сприяє поглибленню апатії та зниженню рівня загальної активності. Відсутність мотивації до дій, пов'язаних із самообслуговуванням та повсякденними справами, підсилює залежність пацієнтів від інших, створюючи відчуття соціальної маргіналізації (Das & Rajanikant, 2018).

Емоційні та поведінкові зміни, характерні для ПД, створюють серйозні бар'єри для соціальної адаптації пацієнтів та ускладнюють процес їх реабілітації, тому вчасне виявлення та корекція цих симптомів є важливими для покращення їхнього психоемоційного стану.

Когнітивні аспекти постінсультної депресії (ПД) значно впливають на здатність пацієнтів до реабілітації та навчання новим навичкам після інсульту. Пацієнти з ПД часто стикаються зі значними порушеннями у когнітивних функціях, зокрема зі зниженням пам'яті, уваги та труднощами в концентрації. Це ускладнює виконання щоденних завдань і знижує

ефективність реабілітаційного процесу, оскільки ці когнітивні дефіцити погіршують адаптивні можливості пацієнта. Дослідження показують, що пацієнти, які мають високі показники на шкалі депресії, зазвичай демонструють слабкі результати в тестах на робочу пам'ять та виконавчі функції, що підкреслює зв'язок між рівнем депресії та когнітивною продуктивністю (Hommel et al., 2015).

Крім того, пацієнти з ПД часто зазнають труднощів із плануванням і виконанням завдань, що потребують когнітивних зусиль, що ускладнює процес адаптації до нових життєвих умов. Дослідження також свідчать, що пацієнти з депресивними симптомами після інсульту мають менше позитивних когніцій і частіше сприймають власний стан негативно, що призводить до зниження мотивації для участі в реабілітаційних заходах (Nicholl et al., 2002).

Когнітивні аспекти ПД значно ускладнюють як процес фізичної реабілітації, так і загальну психологічну адаптацію пацієнтів після інсульту, що робить корекцію когнітивних симптомів важливою частиною комплексного підходу до лікування ПД.

Фізіологічні прояви постінсультної депресії (ПД) у пацієнтів включають комплекс симптомів, які суттєво впливають на їхній загальний психоемоційний стан та якість життя. Одним з основних фізіологічних проявів є порушення сну, що часто проявляється у вигляді безсоння або гіперсомнії. Дослідження показують, що порушення сну не лише знижує загальний тонус пацієнта, але й підсилює депресивні прояви, зокрема емоційну нестабільність та дратівливість (Nakase et al., 2016).

Крім того, зміни апетиту є типовою фізіологічною ознакою ПД, яка може проявлятися як втратаю апетиту, так і надмірним споживанням їжі, що погіршує загальний фізичний стан пацієнта. Ці зміни безпосередньо пов'язані з рівнем серотоніну та інших нейротрансмітерів, які регулюють

апетит та емоційний стан, а порушення їх балансу після інсульту лише посилює ці симптоми (Krick et al., 2023).

Відчуття хронічної втоми, що характеризує багатьох пацієнтів з ПД, також є одним із фізіологічних проявів, який негативно впливає на їх здатність до активної участі в реабілітаційних заходах. Постійна втома спричиняє додатковий емоційний дискомфорт і обмежує фізичну активність, що, у свою чергу, негативно впливає на здатність до повноцінного відновлення (Wei et al., 2015).

Таким чином, фізіологічні симптоми ПД, зокрема порушення сну, зміни апетиту та відчуття втоми, суттєво впливають на загальний психічний стан і процес реабілітації пацієнтів після інсульту.

Особливості адаптації пацієнтів після інсульту тісно пов'язані з їхнім психологічним сприйняттям життєвих змін, спричинених фізичними та соціальними обмеженнями. Пацієнти після інсульту часто стикаються з труднощами в адаптації, оскільки зміни в житті після інсульту вимагають значної психологічної та емоційної перебудови. Спостерігається, що оцінка та сприйняття власної ситуації впливають на рівень депресивних симптомів та загальну якість життя пацієнтів. Наприклад, під час реабілітації пацієнти, які зосереджуються на негативних аспектах свого стану та мають обмежену здатність до позитивного мислення, демонструють вищий рівень депресії та нижчу якість життя (Rochette et al., 2007).

Адаптація включає як емоційні, так і когнітивні механізми, серед яких ключову роль відіграє здатність знаходити сенс у новій життєвій ситуації та використовувати конструктивні стратегії подолання. Дослідження підтверджують, що пацієнти, які мають високий рівень самоефективності та застосовують адаптивні стратегії подолання, такі як пошук соціальної підтримки та активне вирішення проблем, демонструють кращі результати як у психологічній адаптації, так і в загальній якості

життя (Minshall et al., 2020). Позитивне сприйняття ситуації та наявність емоційної підтримки від родини та близьких осіб є суттєвими факторами, що сприяють підвищенню психологічної стійкості пацієнтів після інсульту.

1.5. Вплив постінсультної депресії на якість життя пацієнтів

Фізичні обмеження, спричинені постінсультною депресією (ПД), значно впливають на повсякденну активність і незалежність пацієнтів. Такі обмеження призводять до зниження здатності до самообслуговування, обмежуючи мобільність і автономію, що підсилює відчуття залежності та безпорадності у пацієнтів. Востротін (2021) зазначає, що ПД є важливим фактором, який негативно впливає на якість життя пацієнтів, оскільки знижує їхню активність і мотивацію до участі в реабілітаційних заходах. Це підтверджує також дослідження Савицької (2024), яка відзначає, що емоційно-поведінкові порушення внаслідок ПД поглиблюють психоемоційні труднощі та сприяють соціальній ізоляції пацієнтів, що ускладнює процес відновлення та адаптації (Савицька, 2024).

Застосування новітніх методів терапії, таких як рТМС (рТранскраніальна магнітна стимуляція), може мати позитивний ефект на реабілітацію пацієнтів з ПД, покращуючи якість їхнього життя. Фащенко та Храмцов (2023) підкреслюють, що рТМС сприяє зниженню симптомів депресії, підвищенню активності пацієнтів і поліпшенню їхньої функціональної незалежності, що є важливим фактором для покращення реабілітаційних результатів (Фащенко & Храмцов, 2023).

ПД також значно впливає на емоційний стан пацієнтів, що позначається на їхній соціальній взаємодії та загальному

психосоціальному функціонуванні. Демченко (2012) відзначає, що депресивні симптоми обмежують здатність до встановлення соціальних зв'язків, призводять до почуття ізоляції та знижують здатність пацієнтів підтримувати позитивні міжособистісні стосунки (Демченко, 2012). Онопрієнко (2020) додає, що пацієнти з ПД часто відчують сильний стрес, пов'язаний з втратою функціональної незалежності, що підсилює депресивні прояви і погіршує якість життя (Онопрієнко, 2020).

Загалом, ПД є значущим бар'єром на шляху до повноцінної реабілітації пацієнтів. Муратова та колеги (2019) наголошують на необхідності інтегрованого підходу до лікування депресії після інсульту, що включає профілактичні та терапевтичні заходи з акцентом на поліпшення фізичних та когнітивних функцій (Муратова et al., 2019). Кулечко (2022) також звертає увагу на необхідність диференційної діагностики ПД і когнітивних розладів для оптимізації реабілітаційної стратегії, що сприяє покращенню загального психоемоційного стану пацієнтів і їхньої соціальної адаптації (Кулечко, 2022).

Дослідження показують, що депресія після інсульту перешкоджає фізичному відновленню, ускладнюючи виконання базових завдань у повсякденному житті, таких як особиста гігієна, одягання та мобільність (Ezema et al., 2019). Ці обмеження знижують рівень самообслуговування, оскільки пацієнти з ПД частіше потребують сторонньої допомоги в рутинних завданнях. Дослідження також підкреслюють, що у пацієнтів з високим рівнем депресії зменшується функціональна незалежність, що спричиняє сильніший вплив на повсякденну активність та мотивацію до участі в реабілітаційних заходах (Matsuzaki et al., 2015).

Погіршення мобільності у пацієнтів з ПД часто супроводжується фізичними симптомами втоми та браком енергії, що значно знижує якість їхнього життя та обмежує здатність брати участь у соціальних взаємодіях. Такі обмеження, у поєднанні з відчуттям залежності від інших, призводять

до відчуття безпорадності та сприяють подальшому зниженню мотивації до реабілітації (Parikh et al., 1990). Виявлено, що пацієнти, які проходять лікування та реабілітацію із супутньою ПД, демонструють значно повільніший прогрес у фізичному відновленні, а також часто залишаються обмеженими в своїх можливостях навіть через кілька місяців після завершення терапії.

Депресивні симптоми, що виникають у пацієнтів після інсульту, значно впливають на їхнє емоційне благополуччя та рівень задоволення життям. Зокрема, пацієнти часто відчують підвищену тривожність, безнадійність та брак мотивації, що призводить до глибоких емоційних труднощів і ускладнює їхнє соціальне і психологічне відновлення. Виявлено, що пацієнти, які страждають від депресії після інсульту, демонструють значно нижчі показники задоволеності життям, порівняно з тими, у кого немає депресії. Результати досліджень вказують, що рівень депресії є одним із ключових предикторів низької задоволеності життям у довготривалих періодах після інсульту, незалежно від фізичної відновленості або наявності фізичних обмежень (Oosterveer et al., 2017).

Пацієнти з ПД часто зіштовхуються зі значним зниженням якості життя в емоційному аспекті, що в свою чергу впливає на загальну психологічну стабільність. Згідно з дослідженням, ті, хто переживає тривалі депресивні стани, відчують зниження мотивації до реабілітації, що також негативно впливає на довготривалий процес відновлення та соціальну адаптацію (van Mierlo et al., 2015). Важливим є те, що негативні емоційні переживання, зокрема відчуття безнадії, можуть також сприяти зниженню здатності до соціальної участі та зменшувати життєву енергію, що поглиблює стан емоційного занепаду та знижує рівень задоволення життям навіть серед пацієнтів із задовільними фізичними результатами. Депресія після інсульту стає значним фактором зниження якості життя

пацієнтів, негативно впливаючи на емоційне благополуччя та перешкоджаючи їхньому поверненню до звичайного ритму життя.

Постінсультна депресія має значний вплив на соціальні зв'язки пацієнтів, сприяючи розвитку почуття ізольованості та погіршенню міжособистісних відносин. Пацієнти, які страждають від ПІД, часто почуваються самотніми, що зумовлено не лише фізичними обмеженнями, але й емоційним станом, який ускладнює підтримку позитивних соціальних зв'язків. Дослідження свідчать, що соціальна ізоляція після інсульту погіршує психоемоційний стан пацієнтів, підвищуючи ризик депресивної симптоматики та зменшуючи їхню здатність до участі в соціальних взаємодіях. Виявлено, що відсутність підтримки з боку оточення значно погіршує рівень задоволення життям, тоді як позитивне сприйняття підтримки сприяє зниженню рівня депресії (Morris et al., 1991).

Соціальна ізоляція після інсульту також негативно впливає на якість міжособистісних відносин пацієнтів, призводячи до труднощів у спілкуванні та зниженням взаєморозуміння з близькими людьми. В дослідженні було показано, що соціально ізольовані пацієнти відчують значне погіршення психічного стану, що ускладнює реабілітацію та повернення до звичного соціального життя (Verma et al., 2014). Соціальні бар'єри, які виникають через ПІД, часто ускладнюються труднощами з комунікацією та самовираженням, що ще більше ізолює пацієнтів від суспільства.

ПІД значно погіршує здатність пацієнтів до підтримання соціальних зв'язків, сприяє соціальній ізоляції та знижує якість міжособистісних відносин, ускладнюючи процес відновлення та соціальної реінтеграції після інсульту.

Депресія після інсульту суттєво впливає на когнітивні функції пацієнтів, зокрема на пам'ять, увагу та здатність до концентрації, що ускладнює процес реабілітації. Пацієнти з постінсультною депресією

часто демонструють порушення в робочій пам'яті та виконавчих функціях, що значно обмежує їхню здатність до відновлення після інсульту та ефективну участь у реабілітаційних заходах. Зокрема, порушення уваги та пам'яті негативно впливає на здатність пацієнтів виконувати складні завдання, що потребують концентрації та розумової напруги (Hommel et al., 2015).

Зниження когнітивних функцій у пацієнтів з ПД не лише обмежує їхню незалежність у повсякденному житті, але й сприяє погіршенню результатів реабілітації, оскільки порушення когнітивних функцій знижує здатність до освоєння нових навичок. Дослідження також показують, що навіть при значних фізичних поліпшеннях, пацієнти з депресією та когнітивними порушеннями часто відчують труднощі в адаптації та в підвищенні функціональної незалежності (Ghaffari et al., 2017).

Постінсультна депресія має значний вплив на когнітивні можливості пацієнтів, що посилює складність їхнього відновлення та ускладнює ефективне включення в реабілітаційні процеси, потребуючи комплексного підходу до лікування, що включає як когнітивну, так і психологічну підтримку для досягнення оптимальних результатів реабілітації.

Висновки до розділу 1

У результаті теоретичного аналізу вдалося встановити, що постінсультна депресія (ПД) є поширеним і складним розладом, який негативно впливає на фізичне та психічне відновлення пацієнтів після інсульту. Було з'ясовано, що ПД має багатofакторну природу, включаючи біологічні, психологічні та соціальні чинники. Зокрема, роль нейрохімічних порушень, таких як зниження рівнів серотоніну та норадреналіну, анатомічних змін у певних ділянках мозку, як-от лобні доли та базальні ганглії, а також вплив запальних процесів і генетичної схильності, підкреслює складність патогенезу ПД.

Епідеміологічні дослідження показали, що частота ПД значно варіює в залежності від віку, статі та соціальної підтримки, причому пацієнти старшого віку та з низьким рівнем підтримки є більш вразливими до розвитку депресії. Психологічні особливості, такі як нейротизм, низька самооцінка, соціальна ізоляція та зниження адаптаційних можливостей, підвищують ризик депресивних симптомів, перешкоджаючи активній участі пацієнтів у реабілітації.

Також було виявлено, що депресивні симптоми ускладнюють фізичне відновлення та призводять до втрати функціональної незалежності, обмежуючи здатність до самообслуговування і знижуючи загальну якість життя. Когнітивні порушення, характерні для ПД, зокрема зниження пам'яті, уваги та концентрації, ускладнюють процес реабілітації, зменшуючи здатність до навчання новим навичкам та пристосування до змін у повсякденному житті.

Отже, своєчасна діагностика та комплексний підхід до лікування ПД є необхідними умовами для забезпечення ефективного відновлення пацієнтів після інсульту. Усі ці аспекти підкреслюють важливість розробки індивідуалізованих програм реабілітації, що враховують психологічні, соціальні та біологічні особливості кожного пацієнта для покращення їхньої якості життя та ефективності реабілітації.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕЖИВАННЯ ПОСТІНСУЛЬТНОЇ ДЕПРЕСІЇ

2.1. Організація та процедура проведення дослідження

Організація дослідження ґрунтувалася на поетапному підході, який охоплював теоретичне дослідження, проведення емпіричного дослідження та подальшу обробку отриманих результатів. Перший етап передбачав ретельний аналіз сучасних наукових джерел, присвячених вивченню постінсультної депресії та особливостей її переживання. Було досліджено різноманітні аспекти етіології, патогенезу та клінічних проявів депресії у пацієнтів, які перенесли інсульт. Це дало можливість визначити ключові підходи та фактори, які слід враховувати під час емпіричної частини дослідження. Етапи висвітлені у табл. 2.1.

Таблиця 2.1

Схема етапів дослідження

№	Назва етапу	Опис
Етап № 1	Аналіз наукових джерел	Вивчення сучасних досліджень щодо етіології, патогенезу та клінічних проявів постінсультної депресії. Аналіз впливу нейрохімічних змін, соціальної підтримки та індивідуальних психологічних характеристик на розвиток депресії після інсульту.
Етап № 2	Проведення опитування із використанням психодіагностичних	Збір даних за допомогою батареї психодіагностичних інструментів (PHQ-9, PSS-10, HADS, FIM, SF-36, IMI, WSAS), спрямованої на оцінку емоційного та

	методик	психологічного стану пацієнтів. Інструменти дозволили всебічно оцінити рівень депресії, стресу, функціональної незалежності та якості життя.
Етап № 3	Обробка даних із застосуванням математико-статистичних методів	Математико-статистичний аналіз даних, включаючи описову статистику, порівняння груп за допомогою однофакторного дисперсійного аналізу (ANOVA) та кореляційний аналіз за коефіцієнтом Спірмена. На основі результатів сформульовано рекомендації для покращення психоемоційного стану пацієнтів.

Етап № 1. Аналіз наукових джерел. Сучасні дослідження акцентують увагу на тому, що постінсультна депресія має мультифакторний характер, обумовлений як фізіологічними змінами в мозку після ураження, так і соціально-психологічними факторами, що впливають на якість життя пацієнтів. Зокрема, досліджено, що патогенез постінсультної депресії пов'язаний із нейрохімічними змінами, які включають порушення функцій серотонінової, норадренергічної та дофамінової систем, що значно знижує рівень психічного комфорту і сприяє виникненню депресивних симптомів.

Ряд наукових праць також висвітлює вплив соціальної підтримки, адаптивних та копінгових стратегій, а також психологічних особливостей пацієнтів на розвиток депресії після інсульту. Підкреслено, що такі фактори, як рівень соціальної взаємодії, наявність підтримки з боку сім'ї та друзів, а також особистісні ресурси пацієнтів, можуть суттєво впливати на ймовірність виникнення депресії. Деякі дослідження вказують на те, що низький рівень соціальної підтримки та проблеми з адаптацією до змін у

способі життя після інсульту є значними предикторами депресивного стану, що посилює соціальну ізоляцію і знижує якість життя.

Крім того, виявлено, що індивідуальні психологічні характеристики, такі як самооцінка, рівень стресостійкості та особливості емоційної регуляції, відіграють важливу роль у сприйнятті депресивних симптомів. Люди з низькою стресостійкістю та схильністю до негативних емоційних реакцій частіше стикаються з депресивними проявами, що ускладнює реабілітаційний процес та негативно впливає на відновлення функцій після інсульту. Сучасні наукові джерела також підкреслюють, що особливості постінсультної депресії є специфічними, порівняно з клінічною депресією у пацієнтів, які не переживали інсульт. Це підвищує необхідність детального вивчення цього феномену для кращого розуміння механізмів його розвитку та можливостей психологічної корекції.

Етап № 2. Проведення опитування із використанням психодіагностичних методик. Для досягнення цього використовувалася батарея валідованих психодіагностичних інструментів, які забезпечують точність та об'єктивність у вимірюванні емоційного та психологічного стану респондентів. Зокрема, опитувальник «Анкета здоров'я пацієнта» (PHQ-9) використовувався для виявлення рівня депресії, надаючи можливість кількісної оцінки інтенсивності симптомів. Шкала сприйнятого стресу (PSS-10) допомагала оцінити рівень суб'єктивного стресу, що може впливати на схильність до депресивних проявів та відображати сприйняття життєвих труднощів після інсульту.

Крім того, для вимірювання тривожності та депресії застосовувалася Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS), яка дозволяє відстежувати як емоційні розлади, так і загальний психологічний дискомфорт у пацієнтів з постінсультною депресією. Шкала функціональної незалежності (FIM) використовувалася для оцінки рівня самостійності у повсякденному житті, що є важливим показником якості життя після

інсульту, адже зниження функціональних можливостей нерідко супроводжується підвищеною тривожністю та депресивними проявами. Оцінка якості життя за опитувальником SF-36 дозволила проаналізувати, як фізичний та психічний стан впливають на загальне самопочуття і життєздатність пацієнтів.

Також в ході дослідження застосовувався Опитувальник внутрішньої мотивації (IMI) для оцінки внутрішніх ресурсів пацієнтів, їхньої мотивації до відновлення та реабілітації, оскільки внутрішня мотивація є важливим фактором у подоланні постінсультної депресії. Шкала робочої та соціальної адаптації (WSAS) використовувалася для вивчення рівня соціальної активності та здатності до виконання повсякденних обов'язків, що також має значний вплив на емоційне здоров'я пацієнтів. Використання даної батареї методик дозволило забезпечити всебічну оцінку як емоційного стану респондентів, так і їхньої соціальної та функціональної адаптації, що, у свою чергу, сприяло глибшому розумінню психологічних особливостей, пов'язаних з постінсультною депресією, та стало базою для подальшого математико-статистичного аналізу результатів.

Етап № 3. Обробка даних із застосуванням математико-статистичних методів. Використання описової статистики надало змогу отримати базові характеристики вибірки, включаючи середні значення, стандартні відхилення та розподіл досліджуваних змінних, що є основою для подальших етапів статистичного аналізу. Для аналізу трьох і більше груп застосовувався однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA), що забезпечив перевірку статистичної значущості відмінностей між середніми значеннями показників у різних групах дослідження. Додатково проведено кореляційний аналіз за коефіцієнтом Спірмена, що дозволив виявити зв'язки між показниками, такими як рівень депресії, функціональна незалежність, якість життя та соціальна адаптація, тим

самим розкриваючи взаємозв'язок між цими змінними. Це особливо важливо для дослідження постінсультної депресії, оскільки взаємозалежність різних аспектів психологічного та фізичного стану пацієнтів допомагає краще зрозуміти комплексну природу цього явища.

На основі отриманих даних були сформульовані практичні рекомендації для пацієнтів та медичного персоналу, спрямовані на подолання постінсультної депресії та покращення психоемоційного стану. Рекомендації базувалися на результатах аналізу впливу соціальної підтримки, рівня функціональної незалежності та якості життя на рівень депресії. Висновки та пропозиції, сформовані на основі даного дослідження, можуть бути корисними для розробки програм психологічної підтримки та реабілітаційних заходів, що враховують індивідуальні психологічні особливості та соціальні умови кожного пацієнта.

2.2. Вибір та обґрунтування методик дослідження

Підбір методик для проведення дослідження базувався на необхідності комплексного підходу до вивчення психологічних особливостей переживання постінсультної депресії. Кожен із вибраних інструментів дозволяє дослідити окремі аспекти емоційного та функціонального стану пацієнтів, від депресії та стресу до якості життя та рівня мотивації. Такий підхід забезпечує всебічну оцінку як емоційних, так і соціальних показників, що мають важливе значення для розуміння особливостей адаптації пацієнтів. Методична схема дослідження висвітлено у табл. 2.2.

Таблиця 2.2

Методична схема дослідження

№	Назва інструменту	Змінні
----------	--------------------------	---------------

1	«Анкета здоров'я пацієнта» (PHQ-9)	1. Шкала депресії
2	«Шкала сприйнятого стресу» (PSS-10)	1. Шкала сприйнятого стресу
3	«Госпітальна шкала тривоги та депресії» (HADS)	1. Шкала тривоги 2. Шкала депресії
4	«Шкала функціональної незалежності» (FIM)	1. Самообслуговування (самогляд) 2. Контроль сфінктерів 3. Переміщення 4. Пересування 5. Спілкування 6. Соціальна свідомість (активність)
5	«Оцінка якості життя» (SF-36)	1. Фізичний компонент здоров'я Фізичне функціонування Рольове функціонування, обумовлене фізичним станом Інтенсивність болю Загальний стан здоров'я 2. Психологічний компонент здоров'я Життєву активність Соціальне функціонування Рольове функціонування, обумовлене емоційним станом Психічне здоров'я
6	«Опитувальник внутрішньої мотивації» (IMI)	1. Задоволення від діяльності 2. Докладені зусилля 3. Почуття компетентності

		4. Почуття самодетермінованості
7	«Шкала робочої та соціальної адаптації» (WSAS)	1. Робота 2. Ведення домашнього господарства 3. Соціальне дозвілля 4. Особисте дозвілля 5. Сім'я та стосунки

Анкета здоров'я пацієнта (PHQ-9) є одним із найпоширеніших та надійних інструментів для скринінгу депресії, що дозволяє ефективно визначати рівень депресивних симптомів у пацієнтів, які пережили інсульт. Методика PHQ-9 базується на дев'яти критеріях, що відповідають діагностичним вимогам для депресії згідно з Міжнародною класифікацією хвороб та DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Кожен з пунктів анкети оцінюється пацієнтом за чотирибальною шкалою, де відзначаються частота та інтенсивність проявів депресивних симптомів за останні два тижні. Загальна оцінка, отримана за результатами відповідей, дозволяє визначити рівень депресії — від легкого до важкого, що є особливо важливим для пацієнтів після інсульту, оскільки допомагає вчасно виявити потребу в психологічній підтримці або лікуванні.

Застосування PHQ-9 у дослідженні постінсультної депресії має велике значення, оскільки цей інструмент дозволяє оперативно оцінити емоційний стан пацієнтів та виявити рівень їхньої схильності до депресії. Особливо важливим є те, що PHQ-9 може використовуватися для моніторингу змін у стані пацієнтів у процесі реабілітації, що робить його незамінним інструментом як для початкової діагностики, так і для подальшого відстеження психоемоційного стану пацієнтів. Крім того, PHQ-9 є зручною і зрозумілою анкетною формою для пацієнтів, оскільки проста структура та чіткі питання сприяють швидкому та точному збору даних.

Шкала сприйнятого стресу (PSS-10) є одним із найефективніших інструментів для оцінки суб'єктивного рівня стресу, що дає можливість дослідити індивідуальне сприйняття стресових ситуацій респондентами, зокрема пацієнтами, які пережили інсульт. Десятипитальна шкала PSS-10 розроблена для визначення рівня стресу, який суб'єктивно сприймається як надмірний чи нездоланий, що є особливо актуальним для пацієнтів із постінсультною депресією, оскільки перенесений інсульт часто стає тригером підвищеного рівня стресу та стресових реакцій. Шкала оцінює, як часто протягом останнього місяця респонденти відчували стресові переживання або неспроможність впоратися з ними, що дозволяє кількісно оцінити суб'єктивне відчуття стресу.

Вибір PSS-10 для дослідження постінсультної депресії зумовлений тим, що цей інструмент дозволяє оцінити стресовий фон, який може суттєво впливати на рівень депресивних проявів та емоційний стан пацієнтів після інсульту. У дослідженнях стресу ця шкала використовується для визначення того, наскільки респонденти сприймають життєві ситуації як стресові, що важливо в контексті постінсультної адаптації, коли пацієнти стикаються з низкою нових, незвичних викликів і обмежень. Дослідження показують, що високий рівень сприйнятого стресу негативно впливає на адаптивні механізми, знижуючи ефективність когнітивних і емоційних ресурсів, що ускладнює процес відновлення.

Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS) є надійним інструментом для оцінки рівня тривоги та депресії, розробленим спеціально для використання в медичних установах, що робить її особливо доцільною для пацієнтів, які пережили інсульт. Ця шкала складається з двох підшкाल: одна оцінює рівень тривоги, а інша — рівень депресії, що дозволяє комплексно дослідити емоційний стан респондентів у клінічних умовах. На відміну від багатьох інших методик, HADS фокусується на

соматично-нейтральних симптомах, таких як відчуття неспокою, зниження інтересу до звичних занять, що особливо важливо у випадку пацієнтів з фізичними обмеженнями після інсульту, де симптоми тривоги чи депресії можуть переплітатися з фізичними проявами постінсультного стану.

Вибір HADS для даного дослідження обумовлений її здатністю точно диференціювати рівні тривоги та депресії, що мають важливе значення у формуванні реабілітаційних програм для пацієнтів із постінсультною депресією. Зважаючи на те, що інсульт є подією, яка може спричинити як депресивні симптоми, так і високий рівень тривоги, ця шкала дозволяє виявити ці аспекти емоційного стану та оцінити їх інтенсивність. Дослідження показують, що тривожність і депресія часто є взаємопов'язаними при постінсультному стані, і наявність даних за кожною з цих шкал допомагає краще розуміти індивідуальні особливості переживання хвороби.

Шкала функціональної незалежності (FIM) є ключовим інструментом для оцінки рівня самостійності пацієнтів у повсякденному житті, що особливо важливо при дослідженні осіб, які пережили інсульт. Вона дозволяє всебічно виміряти фізичні та когнітивні аспекти незалежності через шість основних категорій: самообслуговування, контроль сфінктерів, переміщення, пересування, спілкування та соціальна свідомість. Кожна з цих категорій відображає специфічні функціональні вміння пацієнтів, що дозволяє з'ясувати, наскільки вони здатні виконувати базові щоденні дії без сторонньої допомоги.

Застосування FIM у даному дослідженні пояснюється тим, що після інсульту багато пацієнтів зіштовхуються з обмеженнями у своїй фізичній активності та соціальній взаємодії, що може суттєво впливати на їхню психологічну адаптацію. Оцінка функціональної незалежності дозволяє не лише зрозуміти, наскільки ефективно пацієнти здатні справлятися з повсякденними обов'язками, але й визначити, які аспекти реабілітації

потребують найбільшої уваги. Дослідження показують, що зниження функціональної незалежності часто корелює з підвищеним рівнем депресії та тривожності, оскільки пацієнти відчують залежність від інших, втрату самостійності та соціальної активності.

Оцінка якості життя (SF-36) є універсальним інструментом для комплексної оцінки загального фізичного та психологічного стану респондентів, що дозволяє дослідити, як різні аспекти здоров'я впливають на повсякденну життєдіяльність пацієнтів. Методика SF-36 охоплює два основні компоненти — фізичний та психологічний, що забезпечує всебічний підхід до оцінки якості життя, зокрема у пацієнтів, які перенесли інсульт. Фізичний компонент дозволяє оцінити, наскільки обмеження у фізичних можливостях впливають на активність і здатність до самообслуговування, тоді як психологічний компонент спрямований на виявлення рівня емоційного благополуччя та соціальної адаптації, що особливо важливо для осіб з постінсультною депресією.

Застосування SF-36 у дослідженні постінсультної депресії обґрунтоване його здатністю виявляти ті аспекти життя пацієнтів, які потребують додаткової підтримки та корекції. Результати за фізичним компонентом дозволяють зрозуміти, як функціональні обмеження після інсульту впливають на рівень самостійності та фізичний комфорт пацієнтів, що може сприяти виникненню депресії та тривоги. Психологічний компонент SF-36, у свою чергу, відображає ступінь задоволеності життям, емоційну стабільність і рівень соціальної інтеграції, що є критично важливими аспектами для розуміння емоційного стану та адаптації пацієнтів після інсульту.

Опитувальник внутрішньої мотивації (IMI) є важливим інструментом для оцінки внутрішньої мотивації пацієнтів, яка відіграє значну роль у процесі психоемоційного відновлення після інсульту. Ця методика дозволяє дослідити ключові аспекти мотивації, зокрема інтерес

до активностей, відчуття задоволення, рівень зусиль, які пацієнти готові прикласти до своєї реабілітації, а також здатність переживати компетентність у досягненні власних цілей. Шкали, що входять до ІМІ, включають оцінку інтересу та задоволення від діяльності, що дозволяє зрозуміти, наскільки пацієнти мотивовані до активної участі у реабілітаційному процесі, що важливо для їхнього емоційного комфорту та успішного відновлення.

Крім цього, шкали відчуття вибору та зовнішнього тиску дозволяють з'ясувати, наскільки пацієнти відчувають свободу дій та вплив зовнішніх обставин на їхню мотивацію. Наприклад, у пацієнтів, які мають відчуття вибору і автономії, часто спостерігається більш висока мотивація до відновлення, що позитивно впливає на їхній психоемоційний стан. Шкала відчуття корисності роботи допомагає оцінити, наскільки пацієнти бачать сенс у реабілітаційних заходах, що є важливим для їхньої стійкості та здатності витримувати труднощі. Окрему роль відіграє шкала, що визначає значимість стосунків з іншими, оскільки пацієнти з високим рівнем підтримки з боку близьких осіб здатні краще адаптуватися до нових умов життя.

Шкала робочої та соціальної адаптації (WSAS) є важливим інструментом для оцінки рівня соціальної та професійної адаптації пацієнтів після інсульту, що дозволяє глибше зрозуміти вплив депресії на їхню здатність підтримувати повсякденну діяльність та соціальні зв'язки. Ця методика охоплює п'ять ключових сфер адаптації: роботу, ведення домашнього господарства, соціальне та особисте дозвілля, а також сімейні та інші близькі стосунки. Кожен з цих аспектів має важливе значення для інтеграції пацієнтів у соціальне середовище, адже інсульт та супутня депресія часто спричиняють значні труднощі у повсякденній діяльності, обмежуючи здатність до соціальної участі та самостійного життя.

Робоча сфера та ведення домашнього господарства, що оцінюються за допомогою WSAS, є показниками практичної здатності пацієнтів до самостійного виконання обов'язків, що є важливими для збереження відчуття незалежності та зниження тривожності. Соціальне та особисте дозвілля, у свою чергу, дають змогу оцінити, наскільки пацієнти здатні залучатися до активностей, що приносять задоволення, підтримують емоційний баланс і сприяють відновленню психічного здоров'я. Відчуття приналежності до сім'ї та збереження значимих стосунків також є важливим компонентом психологічної адаптації, оскільки підтримка з боку близьких осіб допомагає пацієнтам зберігати мотивацію та почуття безпеки, необхідне для ефективного відновлення.

Використання різноманітних методик у рамках дослідження надає можливість отримати всебічний погляд на психологічний стан пацієнтів з постінсультною депресією та встановити взаємозв'язок між рівнем депресії, стресу, мотивації та соціальної адаптації. Отримані дані є основою для визначення індивідуальних потреб пацієнтів та розробки рекомендацій для ефективної реабілітації та підтримки.

2.3. Опис особливостей досліджуваної вибірки

У ході аналізу вибірки було виявлено цікаві особливості, які характеризують учасників дослідження за гендерними, віковими та сімейними ознаками (див. табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Гендерний розподіл учасників дослідження (у%)

Підгрупи	Чоловіки	Жінки
Група №1	19%	14,3%
Група №2	21,9%	11,4%
Група №3	16,2%	17,1%

Всього	57,1%	42,9%
--------	-------	-------

Примітка: Група №1 – люди, які пережили інсульт і мають симптоми депресії, Група №2 - люди, які пережили інсульт і не мають симптоми депресії, Група №3 – люди, як не переживали інсульт, але мають діагноз клінічної депресії і знаходяться на лікуванні

Гендерний розподіл учасників показав, що у всіх групах дослідження більшість становили чоловіки. Зокрема, у групі №1 (люди, які пережили інсульт і мають симптоми депресії) частка чоловіків склала 19%, тоді як жінок – 14,3%. У групі №2 (люди, які пережили інсульт і не мають симптомів депресії) спостерігався найбільший відсоток чоловіків – 21,9%, порівняно з 11,4% жінок. У групі №3 (люди, які не переживали інсульт, але мають клінічну депресію) частка жінок становила 17,1%, трохи перевищуючи частку чоловіків, яка дорівнювала 16,2%. Загалом чоловіки становили 57,1% вибірки, що значно перевищує частку жінок – 42,9%. Це вказує на певну нерівномірність за статевою ознакою, яка, можливо, відображає специфіку поширення досліджуваних явищ у вибірці.

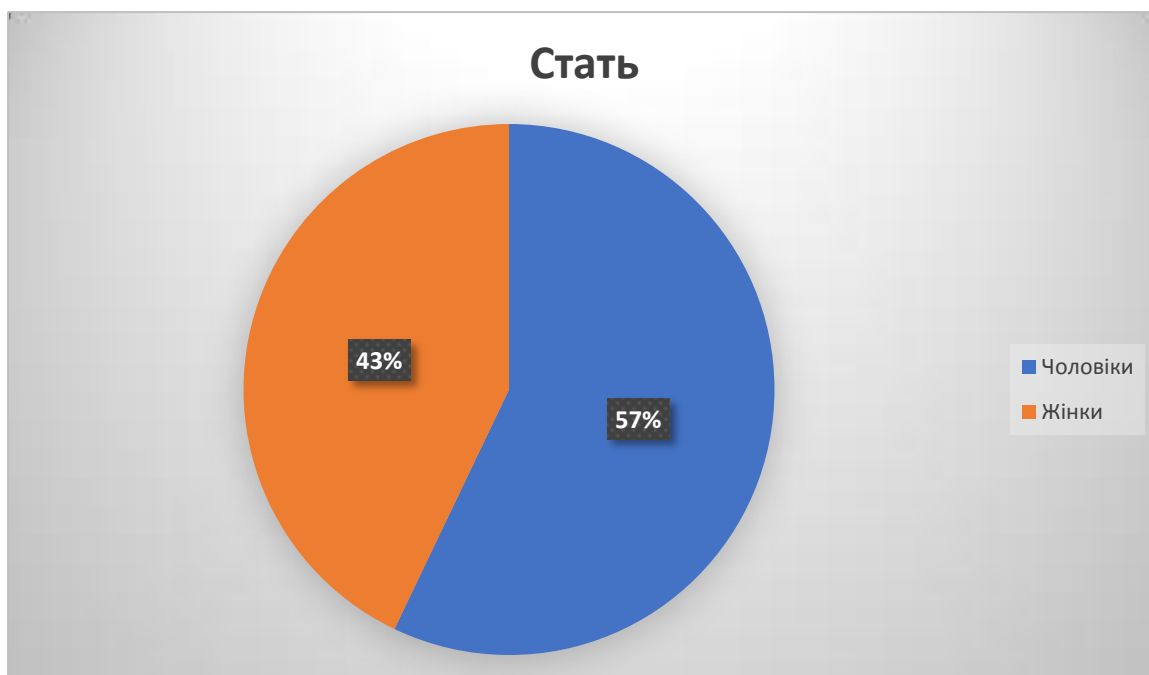


Рис. 2.1. Гендерний розподіл учасників дослідження

Аналіз вікових характеристик учасників демонструє порівняно однорідний вік у групах (див. табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Вікова характеристика учасників дослідження

Змінні	Медіана	Середнє	SD	Min	Max
Вік (Група №1)	48	49,7	9,68	33	65
Вік (Група №2)	50	48,9	10,5	35	65
Вік (Група №3)	50	50,2	8,92	31	65
Вік (Всього)	50	49,6	9,64	31	65

У групі №1 середній вік учасників склав 49,7 років, медіана становила 48 років, а віковий діапазон варіювався від 33 до 65 років при стандартному відхиленні 9,68. У групі №2 середній вік був трохи вищим – 48,9 років, а медіана становила 50 років. Віковий діапазон у цій групі варіювався від 35 до 65 років зі стандартним відхиленням 10,5. У групі №3 середній вік також дорівнював 50,2 років, медіана склала 50 років, а мінімальний і максимальний вік учасників становили 31 та 65 років відповідно. Загалом у вибірці середній вік учасників був близьким до 50 років, що свідчить про стабільний розподіл за віком між групами.

Розподіл за сімейним статусом виявив різноманітність серед учасників (див. табл. 2.5).

Таблиця 2.5

Розподіл учасників дослідження за сімейним статусом (у%)

Підгрупи	«Неодружений/ Незаміжня»	«Одружений/ Зміжня»	«Розлучений/ Розлучена»	«Вдівець/ Вдова»
Група №1	7,6%	13,3%	4,8%	7,6%

Група №2	7,6%	10,5%	9,5%	5,7%
Група №3	7,6%	7,6%	6,7%	11,4%
Всього	22,9%	31,4%	21%	24,8%

У групі №1 переважали одружені (13,3%), хоча частка неодружених або незаміжніх також була значною – 7,6%. Розлучених у цій групі було 4,8%, а вдівців і вдів – 7,6%. У групі №2 частка одружених була дещо меншою – 10,5%, тоді як розлучених було найбільше серед усіх груп – 9,5%. Частка неодружених залишалася стабільною на рівні 7,6%, а вдівців і вдів – 5,7%. У групі №3 одружені становили лише 7,6%, що збігалось з часткою неодружених, розлучених – 6,7%, а найбільшою була частка вдівців і вдів – 11,4%. У цілому вибірка демонструє доволі рівномірний розподіл за сімейним статусом, де частка неодружених дорівнювала 22,9%, одружених – 31,4%, розлучених – 21%, а вдівців і вдів – 24,8%.



Рис. 2.2. Розподіл учасників дослідження за сімейним статусом (у%)

Такі результати свідчать про певну різноманітність і репрезентативність вибірки, що дозволяє виявляти психологічні

особливості переживання депресії та інших станів у різних демографічних і соціальних групах. Гендерні, вікові та сімейні характеристики учасників створюють базу для детальнішого аналізу їхнього психологічного стану і сприяють розробці цілеспрямованих рекомендацій для різних категорій пацієнтів.

Висновки до розділу 2

Дослідження будувалося на поетапному підході, який передбачав послідовні етапи теоретичного аналізу, емпіричного збору даних та статистичної обробки результатів.

Перший етап дослідження полягав у вивченні наукових джерел щодо постінсультної депресії, що дозволило визначити основні фактори, які впливають на її розвиток, зокрема нейрохімічні, психологічні та соціальні аспекти. Цей аналіз забезпечив міцну основу для обґрунтування вибору конкретних психодіагностичних методик для емпіричної частини дослідження.

На другому етапі здійснювався збір даних за допомогою низки валідованих психодіагностичних інструментів, які були відібрані для оцінки різних аспектів психоемоційного стану пацієнтів. Анкета здоров'я пацієнта (PHQ-9) використовувалася для визначення рівня депресії, а Шкала сприйнятого стресу (PSS-10) дозволила оцінити суб'єктивний рівень стресу у респондентів. Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS) забезпечувала додаткову оцінку рівнів тривоги та депресії, що є ключовим для розуміння емоційного стану пацієнтів після інсульту. Шкала функціональної незалежності (FIM) була застосована для оцінки фізичної незалежності та самостійності пацієнтів у повсякденному житті, а Оцінка якості життя (SF-36) дозволила вивчити загальний фізичний і психологічний стан респондентів. Опитувальник внутрішньої мотивації (IMI) допоміг оцінити мотиваційні аспекти відновлення, а Шкала робочої

та соціальної адаптації (WSAS) дала змогу оцінити рівень соціальної та професійної адаптації.

Третій етап передбачав статистичну обробку отриманих даних, що включала застосування описової статистики, порівняльних та кореляційних методів аналізу. Зокрема, використовувалися такі методи, як однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA) для порівняння більше ніж трьох груп, а також кореляційний аналіз за коефіцієнтом Спірмена для виявлення зв'язків між змінними. Це дозволило встановити статистично значущі відмінності та взаємозв'язки між рівнем депресії, стресу, функціональної незалежності, якості життя, мотивацією та соціальною адаптацією пацієнтів.

РОЗДІЛ 3

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕЖИВАННЯ ПОСТІНСЛЬТНОЇ ДЕПРЕСІЇ

3.1. Загальний огляд актуального психологічного стану після переживання інсульту

У ході аналізу результатів методики «Анкета здоров'я пацієнта» було встановлено, що середній рівень депресії у вибірці пацієнтів склав 14,25 балів, що свідчить про помірну інтенсивність проявів депресивних симптомів у загальній сукупності (див. табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Результати методики «Анкета здоров'я пацієнта»

Змінні	Медіана	Середнє	SD	Min	Max
Шкала депресії	16	14,25	7,52	0	26

Медіанний показник шкали депресії дорівнював 16, що свідчить про зміщення розподілу до вищих значень у порівнянні із середнім. Стандартне відхилення склало 7,52, що демонструє значну варіабельність результатів серед респондентів. Мінімальний показник дорівнював 0, що означає відсутність депресивних проявів у деяких учасників, тоді як максимальний показник у 26 свідчить про важкі форми депресії серед окремих пацієнтів. Ці дані відображають широкий спектр станів серед обстежуваних, що може бути зумовлено як фізичними, так і психологічними факторами, пов'язаними з перенесеним інсультом.

Таблиця 3.2

Розподіл вибірки за ступенем прояву депресії

Змінні	Відсутній	Легкого	Помірного	Вираженого	Важкого
Шкала депресії	14,3%	17,1%	16,2%	25,7%	26,7%

Аналіз розподілу вибірки за ступенем прояву депресії показав, що найбільший відсоток пацієнтів мав виражений (25,7%) та важкий (26,7%) рівень депресивних симптомів, що разом складає понад половину вибірки. Це свідчить про значну поширеність тяжких форм депресії серед осіб, які пережили інсульт. Помірний рівень депресії спостерігався у 16,2% респондентів, що також є суттєвою часткою вибірки. Легкий рівень проявів депресії був зафіксований у 17,1% пацієнтів, тоді як відсутність депресивних симптомів констатовано лише у 14,3% обстежуваних. Такий розподіл підкреслює важливість системного моніторингу психологічного стану пацієнтів після інсульту, оскільки більшість із них потребує значної психологічної допомоги та підтримки.



Рис. 3.1. Розподіл вибірки за ступенем прояву депресії

Отримані результати свідчать про необхідність подальшого аналізу чинників, які впливають на розвиток депресивних станів, та розробки ефективних реабілітаційних програм для цієї категорії пацієнтів. Тяжкі форми депресії, виявлені у значної частини вибірки, потребують невідкладної уваги як з боку медичних працівників, так і психологів, оскільки вони суттєво впливають на якість життя пацієнтів і процес їхнього одужання після інсульту.

У ході аналізу результатів методики «Шкала сприйнятого стресу» було встановлено, що середній рівень сприйнятого стресу серед учасників дослідження становив 23,11 балів, що вказує на загальну тенденцію до підвищеного рівня стресу серед респондентів (див. табл. 3.3).

Таблиця 3.3

Результати методики «Шкала сприйнятого стресу»

Змінні	Медіана	Середнє	SD	Min	Max
Шкала сприйнятого стресу	24	23,11	9,95	5	39

Медіанний показник склав 24, що свідчить про те, що половина вибірки мала рівень стресу, близький або вищий за середній. Стандартне відхилення дорівнювало 9,95, що відображає значну варіативність рівня стресу серед учасників, адже мінімальне значення склало 5 балів, тоді як максимальне досягало 39 балів. Така різниця в показниках свідчить про наявність як осіб з низьким рівнем стресу, так і тих, хто переживає дуже високий стресовий стан. Це підкреслює важливість подальшого аналізу індивідуальних чинників, які сприяють таким розбіжностям.

Розподіл вибірки за рівнем стресу показав, що найбільша частка учасників мала високий рівень сприйнятого стресу, що становило 43,8% вибірки (див. табл. 3.4).

Таблиця 3.4

Розподіл вибірки за рівнем сприйнятого стресу

Змінні	Низький	Середній	Високий
Шкала сприйнятого стресу	25,7%	30,5%	43,8%

Це свідчить про те, що значна кількість пацієнтів після інсульту стикається з сильними стресовими переживаннями, які можуть бути наслідком як фізичних обмежень, спричинених хворобою, так і психологічних труднощів, пов'язаних з адаптацією до нових умов життя. Середній рівень стресу зафіксовано у 30,5% учасників, що вказує на значний прошарок респондентів, які також потребують уваги та підтримки. Низький рівень сприйнятого стресу мав лише 25,7% учасників, що є найменшою категорією в розподілі. Це може свідчити про здатність деяких пацієнтів ефективно адаптуватися до постінсультного стану або про наявність у них ресурсів для зниження стресу.



Рис. 3.2. Розподіл вибірки за ступенем прояву депресії

Отримані результати вказують на загальну тенденцію до високого рівня стресу серед пацієнтів після інсульту, що значною мірою впливає на

їхнє психоемоційне благополуччя. Високий рівень стресу, зафіксований у майже половини вибірки, потребує особливої уваги в контексті психологічної реабілітації.

У ході аналізу результатів методики «Госпітальна шкала тривоги та депресії» було встановлено, що показники тривоги та депресії серед учасників дослідження демонструють значну варіативність і високий рівень проявів цих станів (див. табл. 3.5).

Таблиця 3.5

Результати методики «Госпітальна шкала тривоги та депресії»

Змінні	Медіана	Середнє	SD	Min	Max
Шкала тривоги	17	15,74	8,04	0	27
Шкала депресії	16	14,73	7,64	0	27

Середній показник за шкалою тривоги становив 15,74 бала, а за шкалою депресії – 14,73 бала, що вказує на загальну тенденцію до помірно високого рівня цих станів у досліджуваній вибірці. Медіанний показник тривоги склав 17, а депресії – 16, що свідчить про переважання вищих значень у розподілі. Стандартне відхилення для шкали тривоги дорівнювало 8,04, а для шкали депресії – 7,64, що вказує на значний розкид даних і можливі індивідуальні відмінності серед респондентів. Мінімальні значення обох шкал дорівнювали 0, що означає повну відсутність симптомів у деяких учасників, тоді як максимальні значення досягали 27, що є індикатором вираженої тривоги або депресії.

Таблиця 3.6

Розподіл вибірки за рівнем тривоги та депресії

Змінні	Низький	Середній	Високий
Шкала тривоги	21%	11,4%	67,6%
Шкала депресії	25,7%	7,6%	66,7%

Розподіл учасників за рівнем тривоги показав, що більшість пацієнтів (67,6%) мали високий рівень тривожності, що підтверджує домінування тривожних станів серед вибірки. Середній рівень тривоги було зафіксовано у 11,4% учасників, що свідчить про відносно невелику кількість осіб з помірними проявами тривожності. Низький рівень тривоги виявлено лише у 21% респондентів, що є найменшою категорією. Подібна картина спостерігається і щодо розподілу за шкалою депресії, де 66,7% учасників мали високий рівень депресивності, 7,6% – середній рівень, а 25,7% – низький. Це свідчить про те, що для більшості пацієнтів характерні виражені депресивні симптоми, які суттєво впливають на їхнє психоемоційне благополуччя.

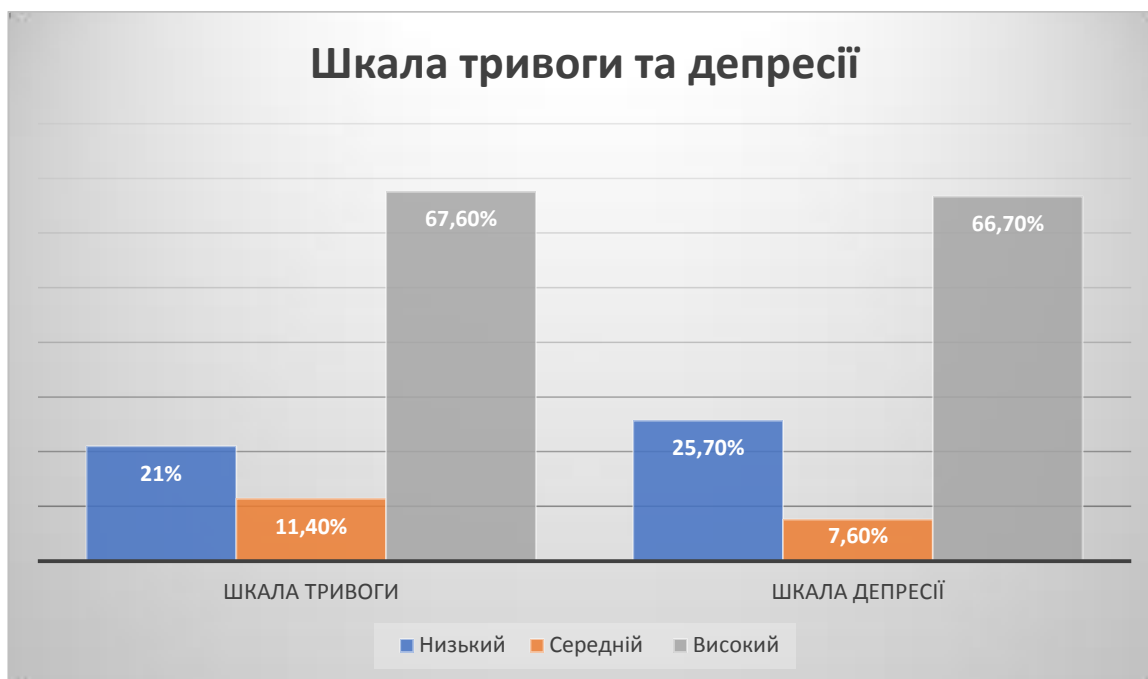


Рис. 3.3. Розподіл вибірки за рівнем тривоги та депресії

Отримані дані підкреслюють високу поширеність тривоги та депресії серед пацієнтів, які пережили інсульт, що може бути обумовлено як фізичними наслідками хвороби, так і психологічними труднощами адаптації до нового способу життя. Значна частина вибірки перебуває в зоні високого ризику розвитку тривожно-депресивних розладів, що вимагає комплексного підходу до реабілітації. Інтенсивна психологічна

підтримка, спрямована на зниження рівня тривоги та депресії, повинна стати невід’ємною частиною післяінсультної допомоги. Також важливо звернути увагу на пацієнтів із середніми рівнями тривожності та депресивності, оскільки своєчасна корекція цих станів може попередити їхній перехід у важкі форми.

У ході аналізу результатів методики «Шкала функціональної незалежності» було встановлено, що рівень незалежності пацієнтів після інсульту залишається обмеженим у ключових аспектах життєдіяльності (див. табл. 3.7).

Таблиця 3.7

Результати методики «Шкала функціональної незалежності»

Змінні	Медіана	Середнє	SD	Min	Max
Самообслуговування (самогляд)	4	3,56	1,89	0	6
Контроль сфінктерів	4	3,54	1,81	0	6
Переміщення	4	3,5	2,01	0	6
Пересування	4	3,51	2,04	0	6
Спілкування	4	3,52	2,05	0	6
Соціальна свідомість (активність)	4	3,44	2	0	6

Медіанні показники за всіма досліджуваними компонентами склали 4 бали, що свідчить про середній рівень функціональної незалежності, який, однак, не досягає максимальних значень. Середні значення варіювалися в межах від 3,44 до 3,56 бала, що підтверджує доволі схожий рівень незалежності в усіх функціональних сферах. Найвищий середній показник спостерігався у компоненті «Самообслуговування» (3,56), що може свідчити про дещо кращу здатність пацієнтів виконувати базові дії самостійно, тоді як найнижчий середній показник зафіксовано в категорії

«Соціальна свідомість» (3,44), що вказує на труднощі в соціальній активності та взаємодії з оточенням.

Стандартне відхилення було близьким для всіх змінних і становило від 1,81 до 2,05, що свідчить про значну варіабельність рівня незалежності серед респондентів. Мінімальні значення в усіх категоріях дорівнювали 0, що вказує на повну втрату незалежності у певних пацієнтів у конкретних сферах, таких як самообслуговування, пересування або контроль сфінктерів. Максимальні значення становили 6 балів, що свідчить про повну функціональну незалежність у деяких учасників, які змогли досягти високого рівня адаптації після інсульту.

Особливої уваги заслуговують категорії «Переміщення», «Пересування» та «Спілкування», де середні показники були лише трохи нижчими за медіанні, що підкреслює наявність труднощів у цих аспектах навіть серед відносно функціонально незалежних пацієнтів. Це вказує на те, що фізичні обмеження та ускладнення в міжособистісній комунікації є одними з найскладніших аспектів відновлення після інсульту.

У ході аналізу результатів методики «Оцінка якості життя» було встановлено, що якість життя пацієнтів після інсульту є помірною, із суттєвими обмеженнями в різних аспектах фізичного та психологічного благополуччя (див. табл. 3.8).

Таблиця 3.8

Результати методики «Оцінка якості життя»

Змінні	Медіана	Середнє	SD	Min	Max
Фізичне функціонування	6	5,2	2,65	0	9
Рольове функціонування, обумовлене фізичним станом	6	4,88	2,78	0	9
Інтенсивність болю	6	5,13	2,82	0	9
Загальний стан здоров'я	5	5,12	2,77	0	9

Фізичний компонент здоров'я	23	20,33	10,24	2	35
Життєву активність	6	4,93	2,63	0	9
Соціальне функціонування	6	5,07	2,8	0	9
Рольове функціонування, обумовлене емоційним станом	6	5,29	2,53	0	9
Психічне здоров'я	6	5,02	2,61	0	9
Психологічний компонент здоров'я	24	20,3	9,8	3	34

Показники за всіма змінними демонструють значну варіабельність, що вказує на індивідуальні відмінності у відновленні та адаптації після інсульту. За фізичним функціонуванням середній показник становив 5,2 бала, а медіана дорівнювала 6, що вказує на те, що значна частина пацієнтів зберігає певний рівень фізичних можливостей, хоча й обмежений. Рольове функціонування, обумовлене фізичним станом, мало середнє значення 4,88 бала, що свідчить про те, що фізичні обмеження значно впливають на здатність виконувати соціальні або професійні ролі.

Інтенсивність болю, із середнім показником 5,13, також виявилася важливим фактором, який негативно впливає на загальний стан здоров'я, середнє значення якого становило 5,12 бала. Ці результати свідчать про те, що біль є значним обмежуючим фактором для пацієнтів, який знижує їхню фізичну активність і якість життя загалом. Фізичний компонент здоров'я у середньому склав 20,33 бала, що підтверджує помірні фізичні обмеження, з медіаною 23 бала, що відображає стан пацієнтів із помірним рівнем функціональної здатності.

Психологічні аспекти якості життя також мають важливе значення у відновленні пацієнтів. Життєва активність із середнім показником 4,93 та соціальне функціонування з результатом 5,07 вказують на труднощі у збереженні активності та ефективної соціальної взаємодії. Рольове

функціонування, обумовлене емоційним станом, мало вищий середній показник 5,29, що свідчить про певну здатність пацієнтів адаптуватися до емоційних викликів, хоча цей рівень залишається недостатньо високим. Психічне здоров'я із середнім значенням 5,02 та психологічний компонент здоров'я (20,3 бала) також відображають помірний рівень психологічного благополуччя, який у багатьох пацієнтів залишається далеким від оптимального.

Мінімальні значення всіх змінних дорівнювали 0, що свідчить про наявність пацієнтів із повною втратою як фізичних, так і психологічних функцій у певних аспектах. Максимальні значення досягали 9 балів для більшості змінних, що вказує на наявність пацієнтів із високою якістю життя в окремих сферах. Це свідчить про те, що, хоча більшість пацієнтів стикається зі значними труднощами, частина з них демонструє високі рівні адаптації.

У ході аналізу результатів методики «Опитувальник внутрішньої мотивації» було встановлено, що рівень внутрішньої мотивації пацієнтів після інсульту знаходиться на середньому рівні, із незначними варіаціями між окремими компонентами (див. табл. 3.9).

Таблиця 3.9

Результати методики «Опитувальник внутрішньої мотивації»

Змінні	Медіана	Середнє	SD	Min	Max
Задоволення від діяльності	6	5,6	2,29	1	9
Докладені зусилля	6	5,48	2,27	1	9
Почуття компетентності	6	5,48	2,5	1	9
Почуття самодетермінованості	6	5,37	2,33	1	9

Показники за всіма змінними – «Задоволення від діяльності», «Докладені зусилля», «Почуття компетентності» та «Почуття самодетермінованості» – демонструють схожі середні значення, що

знаходяться в межах від 5,37 до 5,6 балів. Медіанні значення всіх змінних також дорівнюють 6 балам, що свідчить про те, що половина респондентів має рівень внутрішньої мотивації, близький до середнього або дещо вищий за середній. Це може бути показником того, що хоча багато пацієнтів стикаються зі значними викликами в процесі реабілітації, певна частина з них зберігає мотивацію до дій, які сприяють відновленню.

Стандартні відхилення змінних коливаються від 2,27 до 2,5, що вказує на значну варіабельність у сприйнятті мотиваційних аспектів серед учасників. Мінімальні значення, які дорівнюють 1 балу за всіма змінними, свідчать про наявність респондентів із дуже низьким рівнем мотивації, що може бути наслідком важких фізичних або психологічних наслідків інсульту. Максимальні показники, які досягали 9 балів, вказують на високий рівень мотивації у деяких пацієнтів, що підкреслює індивідуальні відмінності у здатності підтримувати внутрішню зацікавленість та активність під час реабілітації.

Зокрема, показник «Задоволення від діяльності» зі середнім значенням 5,6 балів свідчить про те, що у більшості пацієнтів залишається певна здатність знаходити позитивні емоції у процесі виконання завдань, хоча для частини ця здатність може бути обмеженою. Показники «Докладені зусилля» та «Почуття компетентності», які мають однакове середнє значення 5,48 балів, вказують на те, що пацієнти в цілому відчують помірний рівень впевненості у своїх діях та докладають зусиль для досягнення цілей, незважаючи на труднощі. Показник «Почуття самодетермінованості» зі значенням 5,37 балів демонструє, що хоча більшість пацієнтів частково відчують контроль над своїми діями, цей аспект мотивації також потребує підвищення.

Результати свідчать про те, що внутрішня мотивація пацієнтів є важливим ресурсом для їхньої реабілітації, однак її рівень залишається недостатньо високим для значної частини вибірки. Це підкреслює

необхідність роботи з мотиваційними аспектами у реабілітаційних програмах, що можуть включати підтримку почуття компетентності, розвиток самодетермінованості та створення умов, які сприятимуть отриманню задоволення від діяльності.

У ході аналізу результатів методики «Шкала робочої та соціальної адаптації» було встановлено, що рівень адаптації учасників дослідження після інсульту залишається обмеженим у більшості аспектів повсякденного життя (див. табл. 3.10).

Таблиця 3.10

Результати методики «Шкала робочої та соціальної адаптації»

Змінні	Медіана	Середнє	SD	Min	Max
Робота	5	3,9	2,34	0	7
Ведення домашнього господарства	4	3,88	2,2	0	7
Соціальне дозвілля	4	3,87	2,27	0	7
Особисте дозвілля	4	3,82	2,42	0	7
Сім'я та стосунки	4	3,93	2,12	0	7

За всіма досліджуваними змінними середні значення коливаються в межах від 3,82 до 3,93 бала, що вказує на середній рівень здатності до адаптації. Медіанні показники також є подібними і становлять 4 або 5 балів залежно від категорії, що свідчить про певну сталість у рівні функціонування учасників у різних сферах. Найвищий середній показник спостерігається у змінній «Сім'я та стосунки» (3,93 бала), що може вказувати на відносно кращу здатність пацієнтів підтримувати близькі особисті контакти, навіть у складних життєвих умовах.

Змінна «Робота» мала середнє значення 3,9 бала, що вказує на значні труднощі у виконанні професійних обов'язків або поверненні до трудової діяльності після інсульту. Це може бути зумовлено як фізичними, так і

психологічними обмеженнями, які ускладнюють участь у трудовому процесі. Інші аспекти, такі як «Ведення домашнього господарства» (3,88 бала), «Соціальне дозвілля» (3,87 бала) та «Особисте дозвілля» (3,82 бала), також свідчать про помірні труднощі в підтримці повноцінної участі в соціальному житті та повсякденній активності. Особливо звертає на себе увагу низький рівень показників у дозвіллі, що може свідчити про втрату здатності отримувати задоволення від вільного часу через депресивні або тривожні стани.

Стандартні відхилення за всіма змінними варіюються від 2,12 до 2,42, що вказує на значну варіативність у рівнях адаптації серед респондентів. Мінімальні значення в усіх категоріях становлять 0, що свідчить про повну відсутність активності у деяких пацієнтів, тоді як максимальні значення досягали 7 балів, що вказує на повну адаптацію в окремих учасників. Ця різниця підкреслює неоднорідність вибірки та необхідність індивідуального підходу до відновлення пацієнтів.

Результати вказують на те, що хоча деякі пацієнти демонструють відносно високий рівень адаптації, значна частина учасників стикається з труднощами в роботі, соціальному житті, веденні господарства та дозвіллі.

3.2. Психологічні особливості переживання постінсультної депресії

У ході аналізу відмінностей між групами було виявлено суттєві розбіжності за показниками депресії, тривоги, стресу, фізичного та психологічного функціонування, а також рівня соціальної та робочої адаптації (див. табл. 3.11).

Таблиця 3.11

Порівняння результатів методик серед груп

Змінні	F	p	Середнє Група №1	Середнє Група №2	Середнє Група №3
Шкала депресії	276,8	0,001	22,2	5,5	15
Шкала сприйнятого стресу	288,7	0,001	34	11,7	23,5
Шкала тривоги	481,7	0,001	24,6	5,9	16,3
Шкала депресії	3,44	0,001	1,1	5,1	4,4
Самообслуговування (самодогляд)	203,1	0,001	1,2	4,9	4,4
Контроль сфінктерів	180,9	0,001	0,9	5,1	4,5
Переміщення	239,6	0,001	0,9	5,4	4,2
Пересування	304,5	0,001	0,8	5,1	4,5
Спілкування	232,7	0,001	0,8	4,9	4,4
Соціальна свідомість (активність)	250,8	0,001	2,1	7,7	5,7
Фізичне функціонування	135,1	0,001	1,4	7,5	5,6
Рольове функціонування, обумовлене фізичним станом	275,2	0,001	1,7	7,9	5,6
Інтенсивність болю	167,7	0,001	1,7	7,8	5,8
Загальний стан здоров'я	262,9	0,001	1,7	7,9	5,6
Фізичний компонент здоров'я	875,8	0,001	7,1	31	22,9
Життєву активність	181	0,001	1,7	7,3	5,7
Соціальне функціонування	217,6	0,001	1,6	7,6	5,9
Рольове функціонування, обумовлене емоційним станом	171,4	0,001	2,2	7,6	5,9
Психічне здоров'я	201,1	0,001	1,7	7,3	5,9
Психологічний компонент здоров'я	1110,3	0,001	7,3	29,9	23,6
Задоволення від діяльності	156,5	0,001	3,1	8	5,7
Докладені зусилля	81	0,001	3,1	7,4	5,8
Почуття компетентності	219,5	0,001	2,4	7,8	6,1
Почуття самодетермінованості	159,4	0,001	2,7	7,7	5,6
Робота	345,2	0,001	2,7	7,7	5,6
Ведення домашнього господарства	348,6	0,001	0,9	6,2	4,5
Соціальне дозвілля	247	0,001	1,1	6,1	4,3
Особисте дозвілля	456,6	0,001	1,1	6,1	4,3

Сім'я та стосунки	324	0,001	1,4	6,2	4,1
-------------------	-----	-------	-----	-----	-----

Примітка: Група №1 – люди, які пережили інсульт і мають симптоми депресії, Група №2 - люди, які пережили інсульт і не мають симптоми депресії, Група №3 – люди, як не переживали інсульт, але мають діагноз клінічної депресії і знаходяться на лікуванні

Результати свідчать про те, що Група №1, яка включає людей, що пережили інсульт і мають симптоми депресії, демонструє значно гірші показники в усіх досліджуваних аспектах порівняно з іншими групами. Наприклад, за шкалою депресії середнє значення у цій групі становить 22,2 бали, що значно перевищує показники Групи №2 (5,5 бала) та Групи №3 (15 балів). Схожа тенденція спостерігається і за шкалою тривоги, де показник у Групі №1 дорівнює 24,6 бала, що значно більше, ніж у Групах №2 (5,9 бала) та №3 (16,3 бала).

Рівень сприйнятого стресу також суттєво вищий у Групі №1 (34 бали) порівняно з Групою №2 (11,7 бала) та Групою №3 (23,5 бала). Це вказує на те, що пацієнти з постінсультною депресією стикаються з набагато більшими психологічними труднощами, ніж ті, хто пережив інсульт без депресії, або ті, хто має діагноз клінічної депресії, але не переніс інсульт. Подібна картина спостерігається і в показниках фізичного функціонування. У Групі №1 середні значення за такими показниками, як самообслуговування, контроль сфінктерів, переміщення, пересування та спілкування, знаходяться в межах 0,8–2,1 бала, тоді як у Групі №2 ці показники значно вищі – від 4,9 до 7,7 бала, а в Групі №3 вони варіюються між 4,2 та 5,7 бала.

Загальний стан здоров'я та компоненти якості життя також демонструють значні відмінності. У Групі №1 фізичний компонент здоров'я становить лише 7,1 бала, що суттєво менше, ніж у Групах №2 (31 бал) та №3 (22,9 бала). Аналогічно психологічний компонент здоров'я у Групі №1 є найнижчим (7,3 бала), що різко контрастує із Групою №2 (29,9 бала) та Групою №3 (23,6 бала). Це свідчить про те, що пацієнти з

постінсультною депресією стикаються як із фізичними, так і психологічними обмеженнями, які суттєво впливають на їхню якість життя.

Аналіз рівня соціальної адаптації також показав значно нижчі показники у Групі №1. Наприклад, рівень задоволення від діяльності, докладених зусиль, почуття компетентності та самодетермінованості у Групі №1 коливається від 2,4 до 3,1 бала, тоді як у Групі №2 ці показники становлять 7,4–8 балів, а у Групі №3 – 5,6–6,1 бала. Це свідчить про значні труднощі у збереженні мотивації та відчуття ефективності дій у пацієнтів із постінсультною депресією.

У ході кореляційного аналізу залежно від групи досліджуваних було встановлено значущі зв'язки між рівнем депресії та іншими показниками ментального та фізичного здоров'я, які різняться залежно від специфіки груп (див. табл. 3.12, 3.13, 3.14).

Таблиця 3.12

Кореляційний аналіз депресії з іншими показниками ментального та фізичного здоров'я серед групи людей, які пережили інсульт і мають симптоми депресії

Змінні	Шкала депресії
Самообслуговування (самогляд)	0,042
Контроль сфінктерів	-0,064
Переміщення	-0,000
Пересування	0,106
Спілкування	0,021
Соціальна свідомість (активність)	0,067
Фізичне функціонування	0,054
Рольове функціонування, обумовлене фізичним станом	0,064
Інтенсивність болю	-0,161
Загальний стан здоров'я	0,153
Фізичний компонент здоров'я	0,058
Життєву активність	-0,354*
Соціальне функціонування	0,070
Рольове функціонування, обумовлене емоційним станом	-0,090
Психічне здоров'я	-0,162

Психологічний компонент здоров'я	-0,512*
Задоволення від діяльності	-0,441*
Докладені зусилля	-0,122
Почуття компетентності	-0,390*
Почуття самодетермінованості	-0,410*
Робота	0,061
Ведення домашнього господарства	-0,308*
Соціальне дозвілля	-0,574*
Особисте дозвілля	-0,471*
Сім'я та стосунки	0,126

Примітка: «» - статистична значущість $p < 0,05$; Група №1 – люди, які пережили інсульт і мають симптоми депресії, Група №2 - люди, які пережили інсульт і не мають симптоми депресії, Група №3 – люди, як не переживали інсульт, але мають діагноз клінічної депресії і знаходяться на лікуванні*

У групі №1 (люди, які пережили інсульт і мають симптоми депресії) спостерігається сильна негативна кореляція між рівнем депресії та життєвою активністю (-0,354), психологічним компонентом здоров'я (-0,512), задоволенням від діяльності (-0,441), почуттям компетентності (-0,390), самодетермінованістю (-0,410) та соціальним дозвіллям (-0,574). Це свідчить про те, що депресія значно знижує суб'єктивне сприйняття якості життя, задоволення діяльністю, а також соціальну та життєву активність.

Також виявлено негативні зв'язки з особистим дозвіллям (-0,471) та веденням домашнього господарства (-0,308), що підкреслює вплив депресії на щоденну діяльність та самозабезпечення.

Таблиця 3.13

Кореляційний аналіз депресії з іншими показниками ментального та фізичного здоров'я серед групи людей, які пережили інсульт і не мають симптоми депресії

Змінні	Шкала депресії
Самообслуговування (самодогляд)	0,095
Контроль сфінктерів	-0,155
Переміщення	-0,231
Пересування	-0,155
Спілкування	-0,348*

Соціальна свідомість (активність)	-0,045
Фізичне функціонування	0,044
Рольове функціонування, обумовлене фізичним станом	0,301*
Інтенсивність болю	-0,261
Загальний стан здоров'я	-0,293*
Фізичний компонент здоров'я	0,027
Життєву активність	0,086
Соціальне функціонування	0,391*
Рольове функціонування, обумовлене емоційним станом	0,101
Психічне здоров'я	0,133
Психологічний компонент здоров'я	0,295*
Задоволення від діяльності	-0,105
Докладені зусилля	-0,100
Почуття компетентності	0,134
Почуття самодетермінованості	0,014
Робота	-0,296*
Ведення домашнього господарства	-0,144
Соціальне дозвілля	0,173
Особисте дозвілля	-0,330*
Сім'я та стосунки	0,167

Примітка: «» - статистична значущість $p < 0,05$; Група №1 – люди, які пережили інсульт і мають симптоми депресії, Група №2 - люди, які пережили інсульт і не мають симптоми депресії, Група №3 – люди, як не переживали інсульт, але мають діагноз клінічної депресії і знаходяться на лікуванні*

У групі №2 (люди, які пережили інсульт, але не мають симптомів депресії) кореляційні зв'язки демонструють менш виражений, але цікавий характер.

Позитивна кореляція між рівнем депресії та соціальним функціонуванням (0,391) та психологічним компонентом здоров'я (0,295) може вказувати на те, що навіть при відсутності клінічної депресії певні психологічні аспекти здоров'я впливають на сприйняття соціальної адаптації.

Негативні зв'язки спостерігаються з показниками спілкування (-0,348) та загальним станом здоров'я (-0,293), що може свідчити про те, що навіть невисокий рівень депресивних симптомів знижує якість соціальної взаємодії та загальне благополуччя.

Таблиця 3.14

Кореляційний аналіз депресії з іншими показниками ментального та фізичного здоров'я серед групи людей, як не переживали інсульт, але мають діагноз клінічної депресії і знаходяться на лікуванні

Змінні	Шкала депресії
Самообслуговування (самогляд)	-0,079
Контроль сфінктерів	-0,445*
Переміщення	-0,382*
Пересування	0,010
Спілкування	-0,351*
Соціальна свідомість (активність)	0,123
Фізичне функціонування	-0,024
Рольове функціонування, обумовлене фізичним станом	0,035
Інтенсивність болю	-0,051
Загальний стан здоров'я	-0,421*
Фізичний компонент здоров'я	-0,027
Життєву активність	-0,348*
Соціальне функціонування	0,110
Рольове функціонування, обумовлене емоційним станом	-0,343*
Психічне здоров'я	-0,060
Психологічний компонент здоров'я	-0,502*
Задоволення від діяльності	0,015
Докладені зусилля	0,166
Почуття компетентності	0,057
Почуття самодетермінованості	0,417*
Робота	0,189
Ведення домашнього господарства	0,081
Соціальне дозвілля	-0,512*
Особисте дозвілля	0,024
Сім'я та стосунки	-0,006

Примітка: «» - статистична значущість $p < 0,05$; Група №1 – люди, які пережили інсульт і мають симптоми депресії, Група №2 - люди, які пережили інсульт і не мають симптоми депресії, Група №3 – люди, як не переживали інсульт, але мають діагноз клінічної депресії і знаходяться на лікуванні*

У групі №3 (люди, які мають клінічну депресію, але не пережили інсульт) сильні негативні кореляції виявлені між депресією та контролем сфінктерів (-0,445), переміщенням (-0,382), загальним станом здоров'я (-0,421) та психологічним компонентом здоров'я (-0,502). Ці результати

підкреслюють серйозний вплив депресії на фізичне функціонування та суб'єктивне сприйняття психічного благополуччя.

Також депресія суттєво корелює з такими показниками, як соціальне дозвілля (-0,512), життєва активність (-0,348), рольове функціонування, обумовлене емоційним станом (-0,343), та спілкування (-0,351). Це вказує на те, що депресія обмежує здатність до соціальної та емоційної взаємодії, а також знижує участь у суспільному житті.

Загалом результати кореляційного аналізу показують, що депресія має глибокий вплив на різні аспекти життя, включаючи фізичне та психологічне здоров'я, соціальну адаптацію та життєву активність, але характер і сила цих зв'язків значною мірою залежать від специфіки досліджуваних груп. У пацієнтів із постінсультною депресією зв'язки є найглибшими і вказують на критичну необхідність комплексної реабілітації, яка включає медичну, психологічну та соціальну підтримку. У пацієнтів з іншими формами депресії зв'язки з фізичними аспектами функціонування підкреслюють важливість інтегрованого підходу до лікування, який враховує взаємозв'язок між ментальним та фізичним благополуччям.

3.3. Практичні рекомендації щодо подолання постінсультної депресії та заходи покращення психоемоційного стану після переживання інсульту

Розробка індивідуалізованих програм реабілітації є важливим аспектом подолання постінсультної депресії, оскільки вона враховує як фізичні, так і психоемоційні потреби пацієнтів. Одним із основних елементів таких програм є психотерапевтична підтримка, що включає застосування методів когнітивно-поведінкової терапії, технік мотиваційного консультування, а також індивідуальної та групової терапії. Згідно з результатами емпіричного дослідження, пацієнти, які пережили

інсульт із симптомами депресії, демонструють низький рівень життєвої активності та психологічного компонента здоров'я, що вимагає особливого акценту на підтримці почуття компетентності та самодетермінованості. Використання психотерапевтичних технік, які сприяють формуванню позитивного мислення та адаптації до змін, є важливим для відновлення емоційної рівноваги.

При розробці програм необхідно враховувати фізичні обмеження пацієнтів, які впливають на здатність виконувати щоденні завдання. Наприклад, результати дослідження показали, що у групі пацієнтів із постінсультною депресією спостерігаються низькі показники за шкалами самообслуговування, пересування та переміщення. Це підкреслює важливість інтеграції фізіотерапевтичних занять і тренувань, спрямованих на покращення моторних функцій, у програму реабілітації. Рекомендованим є поєднання фізичних вправ із психологічною підтримкою, що сприяє підвищенню впевненості пацієнтів у власних силах і зменшенню тривожності щодо подолання фізичних обмежень.

Особливу увагу слід приділити розвитку соціальної підтримки, яка має вирішальне значення для відновлення пацієнтів після інсульту. Згідно з емпіричними даними, пацієнти з постінсультною депресією мають значно нижчі показники соціального дозвілля та взаємодії з близькими, що вказує на ізоляцію та недостатній рівень залучення до соціальних контактів. Взаємодія з близькими людьми може слугувати джерелом психологічної підтримки та сприяти зменшенню депресивних симптомів. Також важливим є залучення соціальних служб для забезпечення пацієнтів необхідними ресурсами, такими як догляд, адаптивне обладнання чи консультації. Інтеграція пацієнтів у групи взаємодопомоги може стати ефективним методом зменшення соціальної ізоляції та стимулювання мотивації до відновлення.

Індивідуалізовані програми реабілітації, що поєднують психотерапевтичну підтримку, фізичну реабілітацію та розвиток соціальних контактів, є важливим інструментом у подоланні постінсультної депресії. Емпіричні результати підтверджують необхідність комплексного підходу, який враховує індивідуальні особливості кожного пацієнта. Профілактика і самостійне подолання депресії після інсульту є важливими складовими у збереженні психоемоційного здоров'я пацієнтів. Навчання саморегуляції та управління емоціями сприяє зниженню рівня тривожності та покращенню якості життя, що особливо актуально для пацієнтів із постінсультною депресією. Результати емпіричного дослідження вказують на низькі показники психологічного компонента здоров'я серед таких пацієнтів, що свідчить про необхідність формування навичок ефективного управління емоціями. Використання дихальних технік, релаксаційних вправ та елементів когнітивно-поведінкової терапії допомагає пацієнтам знизити рівень стресу та адаптуватися до нових життєвих умов. Навчання управлінню емоціями варто поєднувати із практиками, спрямованими на формування позитивного мислення.

Інноваційні підходи, такі як використання цифрових інструментів, арт-терапії та майндфулнесу, також є ефективними засобами у подоланні депресії після інсульту. Наприклад, інтерактивні програми чи мобільні додатки для медитацій можуть забезпечити доступність психологічної підтримки в домашніх умовах. Результати дослідження підтверджують, що пацієнти із симптомами постінсультної депресії мають низькі показники соціального дозвілля та особистої активності, що може бути компенсовано через участь у групових сесіях арт-терапії чи майндфулнесу. Такі методики дозволяють пацієнтам не лише відновити контакт із внутрішніми емоціями, але й посилюють почуття

компетентності, яке є зниженим у більшості респондентів із постінсультною депресією.

Формування стійкості до стресу та підвищення самооцінки є третім ключовим компонентом у профілактиці депресивних станів. Емпіричні дані свідчать про значну кореляцію між депресією та низькими показниками самооцінки, життєвої активності та задоволення від діяльності. Задля формування стійкості до стресу можна застосовувати техніки саморефлексії, психоедукацію щодо природи стресу, а також практики емоційної самопідтримки. Підвищення самооцінки можливе через досягнення малих, але значущих цілей, що допомагає пацієнтам повернути впевненість у своїх силах. Крім того, підтримка близьких людей та соціальних груп є важливим чинником, який сприяє зміцненню стійкості до стресових ситуацій.

Таким чином, профілактика та самостійне подолання депресії після інсульту включають навчання саморегуляції емоцій, використання сучасних терапевтичних підходів та формування психологічної стійкості. Ці заходи, зважаючи на результати дослідження, є ефективними у зменшенні депресивних проявів і покращенні якості життя пацієнтів.

Висновки до розділу 3

У ході проведеного емпіричного дослідження було встановлено, що психологічний стан пацієнтів після інсульту характеризується значною поширеністю депресивних і тривожних симптомів, високим рівнем сприйнятого стресу, а також обмеженим рівнем фізичної, соціальної та функціональної адаптації.

Зокрема, результати методик показали, що у більшості пацієнтів після інсульту депресія досягає вираженого та важкого рівнів, що разом складає понад половину вибірки. Аналіз тривожних симптомів виявив, що високий рівень тривоги наявний у 67,6% пацієнтів, тоді як лише 21%

демонструє низький рівень цього стану. Схожа ситуація спостерігається і з рівнем стресу, який є високим у 43,8% обстежуваних. Це вказує на критичну необхідність психологічної підтримки, спрямованої на зниження тривожно-депресивних станів.

Рівень функціональної незалежності пацієнтів після інсульту також залишається обмеженим. Медіанні показники за компонентами самообслуговування, пересування та соціальної активності свідчать про середній рівень незалежності, який у багатьох пацієнтів не досягає максимально можливих значень. Найбільше обмеження спостерігалось у категорії «Соціальна свідомість», що вказує на труднощі у взаємодії з оточенням і участі в суспільному житті.

Аналіз якості життя виявив, що як фізичний, так і психологічний компоненти здоров'я пацієнтів є помірно зниженими, із значною варіабельністю між респондентами. Інтенсивність болю та обмеження фізичної активності є важливими факторами, що знижують загальний стан здоров'я та якість життя пацієнтів. Психологічні аспекти, включаючи життєву активність, соціальне функціонування та емоційний стан, також залишаються на недостатньо високому рівні.

Внутрішня мотивація пацієнтів після інсульту перебуває на середньому рівні, однак для значної частини вибірки характерний низький рівень задоволення від діяльності, компетентності та самодетермінованості. Це свідчить про необхідність роботи з мотиваційними аспектами, які можуть стати важливим ресурсом для реабілітації.

Порівняння між групами пацієнтів виявило, що пацієнти з постінсультною депресією демонструють значно гірші показники в усіх аспектах порівняно як із пацієнтами без депресії, так і з тими, хто має клінічну депресію, але не переніс інсульт. Найбільш суттєві відмінності

стосувалися рівня депресії, тривоги, стресу та фізичної і соціальної адаптації.

Кореляційний аналіз вказав на суттєвий взаємозв'язок між рівнем депресії та якістю життя, фізичною активністю та соціальною адаптацією. У групі пацієнтів із постінсультною депресією депресія суттєво знижувала життєву активність, задоволення від діяльності, соціальне дозвілля та інші ключові аспекти адаптації. У групі пацієнтів, які пережили інсульт без депресії, кореляції були менш вираженими, однак навіть невисокі депресивні симптоми мали негативний вплив на загальний стан здоров'я та спілкування.

ВИСНОВКИ

Відповідно меті та поставленим завданням дослідження було встановлено:

1. Теоретичний аналіз постінсультної депресії дозволив визначити, що це поширений психічний розлад, який виникає у значної частини пацієнтів після інсульту і суттєво впливає на їхній емоційний, когнітивний і фізичний стан. Постінсультна депресія має мультифакторну природу, що включає органічні ураження мозку, нейрохімічні та нейроанатомічні зміни, соціальні аспекти та психологічні чинники. Основні клінічні прояви депресії включають емоційні розлади, такі як тривога, апатія і емоційна лабільність, когнітивні дефіцити, наприклад порушення пам'яті та концентрації, а також фізіологічні симптоми, як-от розлади сну та хронічна втома. Етіологія депресії пов'язана з порушенням нейрохімічного балансу, зокрема зниженням рівня серотоніну і норадреналіну, а також із запальними процесами та гормональними змінами, включаючи підвищення рівня кортизолу.

Анатомічні зміни, зокрема ураження лобних долей і базальних гангліїв, виявлені як ключові фактори, що підвищують ризик розвитку депресії. Психологічні чинники, такі як високий рівень нейротизму, соціальна ізоляція, низька самооцінка і недостатня соціальна підтримка, значно впливають на схильність пацієнтів до депресивних симптомів. Діагностика постінсультної депресії ускладнюється через накладання симптомів депресії на моторні та когнітивні порушення, однак сучасні діагностичні інструменти, як-от PHQ-9 і HADS, допомагають виявити депресію з високою точністю. Постінсультна депресія суттєво знижує якість життя пацієнтів, посилюючи соціальну ізоляцію, погіршуючи їхню фізичну активність і мотивацію до реабілітації.

Це підтверджує, що постінсультна депресія є багатовимірним явищем, яке вимагає комплексного підходу до діагностики, лікування і

реабілітації. Розуміння її біологічних, психологічних і соціальних аспектів є ключем до розробки ефективних терапевтичних і профілактичних заходів.

2. Загальний аналіз психологічного стану пацієнтів показав, що більшість учасників дослідження демонструють високий рівень депресивних симптомів та тривожності. За шкалою депресії значна частина респондентів перебувала на рівні помірної та важкої депресії, причому медіанні показники свідчать про зміщення розподілу до високих значень. У пацієнтів з постінсультною депресією також спостерігався підвищений рівень сприйнятого стресу, який суттєво перевищував відповідні показники у групах без депресивних симптомів або тих, хто мав клінічну депресію, але не пережив інсульт. Переважання високого рівня тривоги у більшості пацієнтів, які перенесли інсульт, підкреслює критичність психологічних наслідків цього стану.

Щодо функціональної незалежності та якості життя, результати демонструють суттєві обмеження у самообслуговуванні, пересуванні, спілкуванні та соціальній активності. Пацієнти з постінсультною депресією мали значно нижчі показники фізичного та психологічного компонентів здоров'я порівняно з іншими групами. Це свідчить про те, що депресивні симптоми значно ускладнюють процес реабілітації, знижують адаптивність та якість життя.

3. Особливої уваги заслуговують результати аналізу мотиваційних аспектів та соціальної адаптації. Пацієнти з постінсультною депресією демонстрували низький рівень задоволення від діяльності, почуття компетентності та самодетермінованості. Також відзначалися труднощі у підтримці соціальних контактів та активності у дозвіллі, що підкреслює важливість цільової роботи з мотивацією та соціалізацією у реабілітаційних програмах.

Кореляційний аналіз виявив сильні негативні зв'язки між рівнем депресії та показниками життєвої активності, психологічного благополуччя, задоволення діяльністю, а також соціальної активності. Ці результати свідчать про комплексний вплив депресії на фізичне та психологічне функціонування, що потребує інтегрованого підходу до лікування.

Емпіричне дослідження підтвердило високу поширеність депресивних, тривожних та стресових станів серед пацієнтів після інсульту. Виявлені психологічні особливості свідчать про необхідність комплексного підходу до реабілітації, який повинен включати психологічну підтримку, медичну терапію та заходи соціальної адаптації. Ці результати лягають в основу розробки рекомендацій для покращення психоемоційного стану пацієнтів з постінсультною депресією.

4. Розробка практичних рекомендацій щодо подолання постінсультної депресії базується на результатах емпіричного дослідження та сучасних підходах до психологічної допомоги. Зокрема, психотерапевтична підтримка, включаючи когнітивно-поведінкову терапію, техніки мотиваційного консультування та групові терапевтичні сесії, є ефективним засобом для покращення психоемоційного стану пацієнтів. Акцент на підтримці почуття компетентності та самодетермінованості сприяє формуванню позитивного мислення та емоційної рівноваги. Інтеграція фізичних вправ, спрямованих на відновлення моторних функцій, разом із психологічною підтримкою допомагає зменшити тривожність щодо фізичних обмежень і підвищити впевненість у власних силах.

Особливу увагу приділено розвитку соціальної підтримки. Результати дослідження підтверджують, що пацієнти з постінсультною депресією стикаються із соціальною ізоляцією, низьким рівнем соціального дозвілля та обмеженими контактами з близькими. Взаємодія з

близькими людьми, участь у групах взаємодопомоги та залучення соціальних служб створюють необхідні умови для зменшення соціальної ізоляції та стимулювання мотивації до відновлення.

Інноваційні підходи, такі як використання цифрових інструментів, арт-терапія та майндфулнес, доповнюють традиційні методи. Залучення пацієнтів до інтерактивних програм, мобільних додатків для медитацій та групових занять арт-терапії дозволяє покращити їхній емоційний стан і соціальну активність. Результати свідчать про ефективність цих заходів у зменшенні рівня депресії та покращенні якості життя.

Навчання навичкам саморегуляції та управління емоціями, включаючи використання дихальних технік, релаксаційних вправ і практик позитивного мислення, сприяє зниженню тривожності та покращенню емоційного стану. Підвищення самооцінки через досягнення невеликих цілей є важливим аспектом реабілітації, оскільки дозволяє пацієнтам відновити впевненість у власних силах. Формування стійкості до стресу та навчання самопомозі є невід'ємними складовими профілактики депресивних станів.

Таким чином, результати дослідження підкреслюють необхідність комплексного підходу до реабілітації пацієнтів із постінсультною депресією. Індивідуалізовані програми, що поєднують психотерапевтичну, фізичну та соціальну підтримку, є ключовим засобом у зменшенні депресивних проявів і покращенні психоемоційного стану пацієнтів після інсульту.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бабієнко, В. В., Григор'єв, Є. О., Левковська, В. Ю., & Корольова, Т. А. (2018). Профілактика постінсультної депресії: сучасні тенденції. *Медична психологія*, (13, № 1), 32-35.
2. Боженко, Н. Л. (2011). Фітокорекція психоемоційних розладів у хворих у постінсультний період. *Ліки України*, (4), 86-89.
3. Бурчанський, С. Г. (2022). Можливості фармакотерапії постінсультної депресії: новий погляд на стару проблему. *International neurological journal*, 18(7), 35-40.
4. Востротін, О. (2021). Психологічні особливості поведінки та якість життя постінсультних пацієнтів. *Теорія і практика управління соціальними системами*, (3), 116-123.
5. Дельва, І. І., Літвіненко, Н. В., & Дельва, М. Я. (2016). Постінсультна патологічна втома: етіологія та патогенез, сучасні принципи менеджменту (огляд літератури). *International neurological journal*, (6.84), 131-138.
6. Демченко, М. І. (2012). Психологічні та психосоціальні характеристики хворих з постінсультною депресією як основа їх психотерапії. *Український вісник психоневрології*, (20, вип. 2), 60.
7. Дроздова, І. В., Храмцова, В. В., Гончар, Ю. А., & Яновська, С. Я. (2015). Особливості характеру хворих на артеріальну гіпертензію після перенесеного інсульту. *Медична психологія*, (10, № 3), 13-17.
8. Дроздова, І. В., Яновська, С. Я., Степанова, Л. Г., & Омельницька, Л. В. (2016). Вплив психологічних чинників на обмеження життєдіяльності в міжособистісній взаємодії хворих після перенесеного ішемічного мозкового інсульту. *Український вісник медико-соціальної експертизи*, (4), 10-18.
9. Книш, Н. В., & Маркова, М. В. (2011). Психоемоційний статус жінок після ішемічного інсульту та рівень психосоціального стресу членів

- родини як індикатори стану реабілітаційного потенціалу сім'ї. Мед. психологія, 6(4), 49-54.
10. Кулечко, В. (2022). Диференційна діагностика постінсультної депресії та когнітивних розладів у пацієнтів, які перенесли мозковий інсульт: психологічний аспект.
 11. Мілінчук, В. І. (2011). Внутрішня картина здоров'я та її вплив на мовленнєву реабілітацію пацієнтів після інсульту. Наукові записки Національного університету Острозька академія. Серія: Психологія і педагогіка, (18), 172-182.
 12. Муратова, Т. М., Храмцов, Д. М., Ворохта, Ю. М., & Вікаренко, М. С. (2019). Профілактика постінсультної депресії в умовах інсультного центру. Вісник проблем біології і медицини, (3), 156-160.
 13. Онопрієнко, О. П. (2020). Постінсультна депресія. *East European Journal of Parkinson's Disease and Movement Disorders*, 6(1-2), 10.
 14. Орос, М. М., Луц, В. В., & Адамчо, Н. Н. (2015). Тразодон у лікуванні депресії після інсульту. *Міжнародний неврологічний журнал*, (6), 123-129.
 15. Пантелеєнко, Л. В. (2015). Післяінсультна депресія та чинники її розвитку. *Український неврологічний журнал*, (1), 39-44.
 16. Панькович, Л. В., & Елланська, Н. Г. (2023). Психофізіологічні особливості арттерапії в медико-психологічній реабілітації пацієнтів з ішемічним інсультом під час війни в Україні. *Збірник матеріалів*, 252.
 17. Петровський, А. (2021). Особливості застосування методів КПТ у наданні психотерапевтичної допомоги пацієнтам з ішемічною хворобою серця: системний огляд літератури.
 18. Прокопів, М. М., & Комісарова, Т. В. (2021). Депресивні порушення у хворих, що перенесли інфаркт мозку та шляхи їх корекції. In *The 6 th International scientific and practical conference—Results of modern*

- scientific research and development (August 22-24, 2021) Barca Academy Publishing, Madrid, Spain. 2021. 517 p. (p. 89).
19. Растворов, О. А. (2024). Хронічний біль після інсульту. Паліативна допомога.
 20. Савицька, Н. І. (2024). Прояви емоційно-поведінкових порушень у постінсультних пацієнтів. Рекомендовано до друку вченою радою Житомирського державного університету імені Івана Франка (протокол № 6 від «26» квітня 2024 року), 313.
 21. Сайко, О. В. (2013). Психологічний та соматичний захист інсультних хворих—дві складові однієї проблеми. Міжнародний неврологічний журнал, (4), 119-124.
 22. Сахарук, Л. (2020). Клініко-психопатологічні особливості рекурентного депресивного розладу. In Сучасні оздоровчо-реабілітаційні технології. Волинський національний університет ім. Лесі Українки.
 23. Сорока, О. П. (2023). Особливості взаємодії психолога і логопеда в роботі з особами, які перенесли інсульт. Головний редактор, 11.
 24. Фащенко, В. А., & Храмцов, Д. М. (2023). Дослідження ефективності ртмс при постінсультних депресіях: вплив на якість життя і результат реабілітації. «могилянські читання—2023: досвід та тенденції розвитку суспільства в Україні: глобальний, 97.
 25. Чижикова, М. Є., & Коваленко, О. Є. (2018). Особливості когнітивних та емоційно-вольових виявів у хворих з больовими синдромами у відновний та резидуальний періоди інсульту. Український неврологічний журнал, (2), 37-42.
 26. Aben, I., Denollet, J., Lousberg, R., Verhey, F., Wojciechowski, F., & Honig, A. (2002). Personality and Vulnerability to Depression in Stroke Patients: A 1-Year Prospective Follow-Up Study. *Stroke: Journal of the American Heart Association*, 33, 2391-2395.

27. Astuti, P., Kusnanto, K., & Novitasari, F. (2020). Depression and functional disability in stroke patients. *Journal of Public Health Research*, 9.
28. Berg, A., Lönnqvist, J., Palomäki, H., & Kaste, M. (2009). Assessment of Depression After Stroke: A Comparison of Different Screening Instruments. *Stroke*, 40, 523-529.
29. Cai, W., Mueller, C., Li, Y., Shen, W., & Stewart, R. (2019). Post stroke depression and risk of stroke recurrence and mortality: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 50, 102-109.
30. Chen, Y., Pu, J., Liu, Y., Tian, L., Chen, X., Gui, S., Xu, S., Song, X., & Xie, P. (2020). Pro-inflammatory cytokines are associated with the development of post-stroke depression in the acute stage of stroke: A meta-analysis. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 27, 620 - 629.
31. Dajpratham, P., Pukrittayakamee, P., Atsariyasing, W., Wannarit, K., Boonhong, J., & Pongpirul, K. (2020). The validity and reliability of the PHQ-9 in screening for post-stroke depression. *BMC Psychiatry*, 20.
32. Das, J., & G.K., R. (2018). Post stroke depression: The sequelae of cerebral stroke. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 90, 104-114.
33. Douven, E., Staals, J., Schievink, S., Oostenbrugge, R., Verhey, F., Wetzels-Meertens, S., Köhler, S., & Aalten, P. (2018). Personality traits and course of symptoms of depression and apathy after stroke: Results of the CASPER study.. *Journal of psychosomatic research*, 111, 69-75 .
34. Fang, J., & Cheng, Q. (2009). Etiological mechanisms of post-stroke depression: a review. *Neurological Research*, 31, 904 - 909.
35. Frank, D., Gruenbaum, B., Zlotnik, A., Semyonov, M., Frenkel, A., & Boyko, M. (2022). Pathophysiology and Current Drug Treatments for Post-Stroke Depression: A Review. *International Journal of Molecular Sciences*, 23.
36. Gaete, J., & Bogousslavsky, J. (2008). Post-stroke depression. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 8, 75 - 92.

37. Ghaffari, A., Akbarfahimi, M., & Forough, B. (2017). A Comparison of the Relation of Depression, and Cognitive, Motor and Functional Deficits in Chronic Stroke Patients: A Pilot Study. *Advances in Bioscience and Clinical Medicine*, 5, 1-7.
38. Hackett, M. L., & Pickles, K. (2014). Part I: Frequency of depression after stroke: An updated systematic review and meta-analysis of observational studies. *International Journal of Stroke*, 9(8), 1017-1025.
39. Herrmann, N. (2007). Post-stroke depression. *Brain and Cognition*, 63.
40. Hommel, M., Carey, L., & Jaillard, A. (2015). Depression: Cognition Relations after Stroke. *International Journal of Stroke*, 10, 893 - 896.
41. Hu, J., Wang, L., Fan, K., Ren, W., Wang, Q., Ruan, Y., Yuan, C., Huang, G., & He, J. (2021). The Association Between Systemic Inflammatory Markers and Post-Stroke Depression: A Prospective Stroke Cohort. *Clinical Interventions in Aging*, 16, 1231 - 1239.
42. Hu, J., Zhou, Z., Yang, Q., Han, J., Zhou, W., Yan, Y., & Ding, X. (2018). Correlation between lesion sites and post-stroke depression in patients with ischemic stroke. , 26, 813-818.
43. Kim, J., Kang, H., Kim, J., Bae, K., Kim, S., Kim, J., Park, M., & Cho, K. (2017). Associations of Tumor Necrosis Factor- α and Interleukin-1 β Levels and Polymorphisms with Post-Stroke Depression.. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 25 12, 1300-1308 .
44. Kowalska, K., Krzywoszański, Ł., Droś, J., Pasińska, P., Wilk, A., & Klimkiewicz-Mrowiec, A. (2020). Early Depression Independently of Other Neuropsychiatric Conditions, Influences Disability and Mortality after Stroke (Research Study—Part of PROPOLIS Study). *Biomedicines*, 8.
45. Krick, S., Koob, J., Latarnik, S., Volz, L., Fink, G., Grefkes, C., & Rehme, A. (2023). Neuroanatomy of post-stroke depression: the association between symptom clusters and lesion location. *Brain Communications*, 5.

46. Kruithof, W., Post, M., Leeuwen, C., Schepers, V., Bos, G., & Visser-Meily, J. (2015). Course of social support and relationships between social support and patients' depressive symptoms in the first 3 years post-stroke.. *Journal of rehabilitation medicine*, 47 7, 599-604 .
47. Matsuzaki, S., Hashimoto, M., Yuki, S., Koyama, A., Hirata, Y., & Ikeda, M. (2015). The relationship between post-stroke depression and physical recovery.. *Journal of affective disorders*, 176, 56-60 .
48. Mierlo, M., Heugten, C., Post, M., Kort, P., Visser-Meily, J., & Visser-Meily, J. (2015). Life satisfaction post stroke: The role of illness cognitions.. *Journal of psychosomatic research*, 79 2, 137-42 .
49. Minshall, C., Ski, C., Apputhurai, P., Thompson, D., Castle, D., Jenkins, Z., & Knowles, S. (2020). Exploring the Impact of Illness Perceptions, Self-efficacy, Coping Strategies, and Psychological Distress on Quality of Life in a Post-stroke Cohort. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 28, 174-180.
50. Morris, P., & Robinson, R. (1995). Personality Neuroticism and Depression after Stroke. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 25, 102 - 93.
51. Morris, P., Robinson, R., Raphael, B., & Bishop, D. (1991). The relationship between the perception of social support and post-stroke depression in hospitalized patients.. *Psychiatry*, 54 3, 306-16 .
52. Nakase, T., Tobisawa, M., Sasaki, M., & Suzuki, A. (2016). Outstanding Symptoms of Poststroke Depression during the Acute Phase of Stroke. *PLoS ONE*, 11.
53. Nicholl, C., Lincoln, N., Muncaster, K., & Thomas, S. (2002). Cognitions and post-stroke depression.. *The British journal of clinical psychology*, 41 Pt 3, 221-31 .
54. Noonan, K., Carey, L., & Crewther, S. (2013). Meta-analyses indicate associations between neuroendocrine activation, deactivation in neurotrophic

- and neuroimaging markers in depression after stroke.. *Journal of stroke and cerebrovascular diseases : the official journal of National Stroke Association*, 22 7, e124-35 .
- 55.Oosterveer, D., Mishre, R., Oort, A., Bodde, K., & Aerden, L. (2017). Depression is an independent determinant of life satisfaction early after stroke.. *Journal of rehabilitation medicine*, 49 3, 223-227 .
- 56.Rm, P., Robinson, R., Lipsey, J., Starkstein, S., Fedoroff, J., & Price, T. (1990). The impact of poststroke depression on recovery in activities of daily living over a 2-year follow-up.. *Archives of neurology*, 47 7, 785-9 .
- 57.Robinson, R. G., & Spalletta, G. (2010). Poststroke depression: A review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55(6), 341-349.
- 58.Rochette, A., Bravo, G., Desrosiers, J., St-Cyr-Tribble, D., & Bourget, A. (2007). Adaptation process, participation and depression over six months in first-stroke individuals and spouses. *Clinical Rehabilitation*, 21, 554 - 562.
- 59.Rohmah, A., Muslimah, M., Ruhyanudin, F., & Arfianto, M. (2023). Factors Affecting Coping Strategies in Post-Stroke Patients: A Literature Study. *KnE Medicine*.
- 60.Sangam, S. (2018). Post-stroke Depression: Epidemiology, Diagnosis, Risk Factors, and Management. *Journal of neurological disorders*, 06.
- 61.Shan, D., Zheng, Y., & Froud, K. (2021). Brain-Derived Neurotrophic Factor as a Clinical Biomarker in Predicting the Development of Post-Stroke Depression: A Review of Evidence. *Cureus*, 13.
- 62.Shang-chen, W. (2011). Study on reliability and validity of multi-model approach to diagnose post stroke depression. *Chinese Journal of Difficult and Complicated Cases*.
- 63.Snaphaan, L., Werf, S., Kanselaar, K., & Leeuw, F. (2009). Post-Stroke Depressive Symptoms Are Associated with Post-Stroke Characteristics. *Cerebrovascular Diseases*, 28, 551 - 557.

64. Taylor-Rowan, M., Momoh, O., Ayerbe, L., Evans, J., Stott, D., & Quinn, T. (2018). Prevalence of pre-stroke depression and its association with post-stroke depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 49, 685 - 696.
65. Turner-Stokes, L., & Hassan, N. (2002). Depression after stroke: a review of the evidence base to inform the development of an integrated care pathway. Part 1: Diagnosis, frequency and impact. *Clinical Rehabilitation*, 16, 231 - 247.
66. Verma, R., Friedler, B., Harris, N., Venna, V., & McCullough, L. (2014). Abstract W P88: Impact of Post Stroke Isolation on Sociability and Depressive Behavior. *Stroke*.
67. Visser, M., Aben, L., Heijenbrok-Kal, M., Busschbach, J., & Ribbers, G. (2014). The relative effect of coping strategy and depression on health-related quality of life in patients in the chronic phase after stroke. *Journal of rehabilitation medicine*, 46 6, 514-9 .
68. Volz, M., Möbus, J., Letsch, C., & Werheid, K. (2016). The influence of early depressive symptoms, social support and decreasing self-efficacy on depression 6 months post-stroke. *Journal of affective disorders*, 206, 252-255 .
69. Wang, J., Gu, M., Jiang, S., Yin, D., Wang, P., Sun, W., & Liu, X. (2023). Association between lesion location and depressive symptoms in acute ischemic stroke patients using voxel-based lesion-symptom mapping. *Zhonghua nei ke za zhi*, 62 1, 70-75 .
70. Wei, C., Zhang, F., Chen, L., Ma, X., Zhang, N., & Hao, J. (2015). Retracted article: Factors associated with post-stroke depression and fatigue: lesion location and coping styles. *Journal of Neurology*, 263, 269 - 276.
71. Wei, N., Yong, W., Li, X., Zhou, Y., Deng, M., Zhu, H., & Jin, H. (2014). Post-stroke depression and lesion location: a systematic review. *Journal of Neurology*, 262, 81-90.

72. Whyte, E. M., & Mulsant, B. H. (2002). Post stroke depression: Epidemiology, pathophysiology, and biological treatment. *Biological Psychiatry*, 52(3), 253-264.
73. Xu, H., Xu, Y., He, Y., Xue, F., Wei, J., Zhang, H., & Wu, J. (2017). Decreased Serum Brain-Derived Neurotrophic Factor May Indicate the Development of Poststroke Depression in Patients with Acute Ischemic Stroke: A Meta-Analysis.. *Journal of stroke and cerebrovascular diseases : the official journal of National Stroke Association*, 27 3, 709-715 .
74. Xu, S., Lu, J., Shao, A., Zhang, J., & Zhang, J. (2020). Glial Cells: Role of the Immune Response in Ischemic Stroke. *Frontiers in Immunology*, 11.
75. Yamanie, N., Lamuri, A., Felistia, Y., Soedirham, O., Purnomo, W., Sjaaf, A., & Miftahussurur, M. (2022). Importance of social support for Indonesian stroke patients with depression. *F1000Research*.
76. Yu, L., Liu, C., Chen, J., Wang, S., Wu, Y., & Yu, S. (2004). Relationship Between Post- stroke Depression and Lesion Location: A Meta- Analysis. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 20.