

Товариство з обмеженою відповідальністю
«Київський інститут сучасної психології та психотерапії»

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

МУЗИЧУК ГАЛИНА ОЛЕГІВНА

УДК: 616.853-089-036.82:159.9.072

ДИСЕРТАЦІЯ

**ПСИХОЛОГІЧНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ ПАЦІЄНТІВ
НЕЙРОФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ**

Спеціальність 053 Психологія

Галузь знань 05 Соціальні та поведінкові науки

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ Г.О. Музичук

Науковий керівник: **Лисенко Ірина Павлівна**, доктор психологічних наук, професорка, завідувачка кафедри клінічної психології «Київського інституту сучасної психології та психотерапії».

Київ – 2025

АНОТАЦІЯ

Музичук Г.О. Психологічне благополуччя пацієнтів нейрофункціональної хірургії. – *Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.*

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 053 – Психологія (галузь знань – 05 Соціальні та поведінкові науки). – Товариство з обмеженою відповідальністю «Київський інститут сучасної психології та психотерапії», Київ, 2025.

Дисертаційне дослідження присвячено комплексному теоретико-емпіричному вивченню психологічного благополуччя пацієнтів нейрофункціональної хірургії. У роботі досліджено психологічні аспекти життя пацієнтів хворих на епілепсію та з хворобою Паркінсона, зокрема когнітивне функціонування, емоційний стан, рівень стресу, депресії та тривоги, а також вплив цих чинників на загальний рівень психологічного благополуччя. Особлива увага приділяється таким факторам, як адаптація до хвороби, роль сенсів та використання копінгових стратегій, а також вплив соціальної підтримки на можливості лікування та якість життя хворих. Розглянуто взаємозв'язок між емоційними, соціальними та фізичними аспектами благополуччя і проаналізовано, як ці фактори змінюються у різних групах хворих.

У дослідженні визначено, що пацієнти нейрофункціональної хірургії зазнають емоційного та психологічного тиску через діагностику, нейрохірургічне втручання та лікування. Виявлено, що процес оперативного втручання та лікування призводить не лише до фізичних побічних ефектів, але також суттєво впливає на психологічний стан пацієнтів, зокрема на рівень стресу, депресії та тривоги.

Теоретична частина роботи розглядає парадигми психологічного благополуччя. У роботі проаналізовано сучасні інтегровані підходи до розуміння психологічного благополуччя пацієнтів нейрофункціональної хірургії.

Зважаючи на необхідність вдосконалення профілактичної, діагностичної

та психологічної роботи з цією категорією пацієнтів, було детально проаналізовано здобутки та тенденції розвитку сучасної психологічної діагностики, яка використовується у практиці надання психологічних послуг у клініці різних захворювань, зокрема нейрохірургічних, а також можливості її використання у роботі з хворими на фармакорезистентну епілепсію та хворобу Паркінсона.

На основі теоретичних висновків та результатів емпіричного дослідження створено модель психологічного благополуччя пацієнтів нейрофункціональної хірургії з діагнозами «епілепсія» та «хвороба Паркінсона», яка враховує вплив основних груп факторів: адаптації до хвороби, когнітивних порушень та емоційного стану. Особливу увагу приділено аналізу впливу емоційних станів, таких як стрес, тривога і депресія, які суттєво погіршують психологічний стан хворих, а також значущості якості життя як комплексної характеристики, що відіграє одну з ключових ролей у процесі адаптації до захворювання.

У рамках емпіричного дослідження проведено комплексну оцінку психологічного благополуччя двох груп пацієнтів нейрофункціональної хірургії. Експериментальна вибірка (177 осіб) складалася з групи хворих нейрофункціональної хірургії, які проходили лікування та оперативне втручання – 126 осіб, та групи порівняння здорових – 51 особа. Для оцінки психологічного благополуччя використано комплекс психодіагностичних інструментів, зокрема: психодіагностичний блок для оцінки когнітивних функцій пацієнтів, «Опитувальник якості життя» (SF-36), що дозволяє оцінити фізичні, емоційні та соціальні аспекти благополуччя; «Шкалу загального індексу психологічного благополуччя» (PGWBI) для визначення загального рівня благополуччя; «Госпітальну шкалу тривоги та депресії» (HADS) для оцінки емоційного стану, а також тест «Сенсо-життєвих орієнтацій» (СЖО) для визначення системи смислів хворого, його життєвих орієнтирів та екзистенціальної наповненості життя. Результати дослідження свідчать, що рівень психологічного благополуччя пацієнтів нейрофункціональної хірургії значно залежить від

позитивної самооцінки (впевненість в своїй цінності), сприйманні та контролю над майбутнім, усвідомлення цілей в житті, соціальному функціонуванні,

Проведений аналіз психодіагностичних даних у вибірці респондентів із нейрофункціональними порушеннями дозволив оцінити рівень психологічного благополуччя, емоційного стану, фізичного функціонування та загального сприйняття здоров'я.

Було виявлено знижений рівень усвідомлення життєвих цілей серед більшості пацієнтів, труднощі з прийняттям себе, обмеження звичних ролей, недостатню впевненість у власній цінності, переважно песимістичні або невизначені очікування щодо майбутнього, зокрема тривожність, відчуття безнадії та втрати контролю над життєвими обставинами. Ці тенденції підкріплювалися даними щодо відчуття безсилля або зниженої суб'єктивної ефективності у значної частини хворих.

Було відмічено зниження рівня суб'єктивного самопочуття та емоційної рівноваги, що ще раз підкреслює потребу в диференційованому підході до психологічної підтримки.

Наукова новизна та теоретичне значення роботи полягають у комплексному теоретико-емпіричному дослідженні психологічного благополуччя пацієнтів нейрофункціональної хірургії, яке охоплює ключові аспекти емоційного, соціального та психічного стану хворих. Вперше розроблено й апробовано емпіричну модель психологічного благополуччя пацієнтів нейрофункціональної хірургії, яка враховує вплив таких факторів, як адаптація до хвороби, емоційний стан хворого, його самосприйняття та сприйняття майбутнього, загальний рівень функціонування, рольові обмеження, цілі в житті та самореалізація.

Проведене дослідження розширює теоретичні уявлення про психологічне благополуччя у контексті важких неврологічних захворювань, пропонуючи нові підходи до вивчення взаємодії емоційних та соціальних факторів у процесі лікування.

Також у дослідженні встановлено значущі взаємозв'язки між рівнем психологічного благополуччя хворих на епілепсію та з хворобою Паркінсона з показниками саморозуміння, впевненості, самореалізації, смислової орієнтації та суб'єктивного контролю. Встановлено, що підвищений рівень тривожних та депресивних проявів супроводжується, перш за все, зниженим функціонуванням та зниженим відчуттям самореалізації. Проведено диференційний аналіз по показникам статі, віку та когнітивного функціонування.

Теоретичне значення роботи полягає у доповненні існуючих наукових підходів до вивчення психологічного благополуччя пацієнтів нейрофункціональної хірургії, зокрема у контексті впливу особистісних ресурсів та фізичного стану на загальну якість життя таких хворих. Встановлено, що психологічне благополуччя хворих знижується за рахунок вищого рівня тривожності, емоційного виснаження та втрати сенсу. Когнітивні показники не змінювали показники якості життя та психологічного благополуччя.

Практичне значення роботи полягає у впровадженні розробленої емпіричної моделі психологічного благополуччя пацієнтів нейрофункціональної хірургії, що може бути використана у клінічній практиці для оцінки психологічного стану хворих на різних етапах лікування. На основі отриманих результатів можливе створення індивідуальних психотерапевтичних програм, спрямованих на покращення емоційного стану, підвищення адаптаційних можливостей та забезпечення належного рівня соціальної підтримки. Розроблені рекомендації сприятимуть ефективному супроводу пацієнтів клінічними психологами, психотерапевтами та медичним персоналом під час лікування та реабілітації. Практичне значення роботи також полягає у можливості використання отриманих результатів для створення групових програм психологічної підтримки, які враховують ключові аспекти емоційного стану, такі як тривога та депресія, особистісних ресурсів, пошуку сенсів в процесі адаптації до захворювання.

Ключові слова: тривога, депресія, адаптація, особистість, якість життя, психічні розлади, психологічне благополуччя, стресостійкість та стрес,

життєстійкість, психодіагностика, пацієнт, війна, реабілітація, патопсихологія, когнітивні процеси.

ABSTRACT

Muzychuk H. Psychological well-being of patients undergoing neurofunctional surgery. – *A qualifying scientific work presented as a manuscript.*

Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in specialty 053 – Psychology (branch of knowledge – 05 Social and Behavioral Sciences). – Limited Liability Company ‘Kyiv Institute of Modern Psychology and Psychotherapy’, Kyiv, 2025.

The dissertation research is devoted to a comprehensive theoretical and empirical study of the psychological well-being of patients undergoing neurofunctional surgery. The work investigates the psychological aspects of the lives of patients with epilepsy and Parkinson's disease, in particular cognitive functioning, emotional state, level of stress, depression and anxiety, as well as the impact of these factors on the overall level of psychological well-being. Particular attention is paid to factors such as adaptation to the disease, the role of meanings and the use of coping strategies, as well as the impact of social support on the possibilities of treatment and the quality of life of patients. The relationship between emotional, social and physical aspects of well-being is examined and how these factors change in different groups of patients is analyzed.

The study determined that patients undergoing neurofunctional surgery experience emotional and psychological pressure due to diagnosis, neurosurgical intervention and treatment. It was found that the process of surgical intervention and treatment leads not only to physical side effects, but also significantly affects the psychological state of patients, in particular the level of stress, depression and anxiety.

The theoretical part of the work considers the paradigms of psychological well-being. The work analyzes modern integrated approaches to understanding the psychological well-being of patients undergoing neurofunctional surgery.

Given the need to improve preventive, diagnostic, and psychological work with

this category of patients, the achievements and trends in the development of modern psychological diagnostics, which are used in the practice of providing psychological services in the clinic for various diseases, in particular neurosurgical ones, as well as the possibilities of its use in working with patients with pharmaco-resistant epilepsy and Parkinson's disease, were analyzed in detail.

Based on theoretical conclusions and empirical research results, a model of psychological well-being of patients undergoing neurofunctional surgery with diagnoses of "epilepsy" and "Parkinson's disease" was created, which takes into account the influence of the main groups of factors: adaptation to the disease, cognitive disorders and emotional state. Special attention is paid to the analysis of the influence of emotional states, such as stress, anxiety and depression, which significantly worsen the psychological state of patients, as well as the significance of quality of life as a complex characteristic that plays one of the key roles in the process of adaptation to the disease.

As part of the empirical study, a comprehensive assessment of the psychological well-being of two groups of neurofunctional surgery patients was conducted. The experimental sample (177 people) consisted of a group of neurofunctional surgery patients who underwent treatment and surgery - 126 people, and a comparison group of healthy people - 51 people. To assess psychological well-being, a set of psychodiagnostic tools was used, in particular: a psychodiagnostic block for assessing patients' cognitive functions, a set of psychodiagnostic tools was used to assess well-being, including: "Quality of Life Questionnaire" (SF-36), which allows assessing physical, emotional and social aspects of well-being; "Psychological General Well-Being Index Scale" (PGWBI) to determine the general level of well-being; "Hospital Anxiety and Depression Scale" (HADS) to assess the emotional state, as well as the "Sensory Life Orientations" (SLO) test to determine the patient's system of meanings, his life orientations and existential fulfillment of life. The results of the study indicate that the level of psychological well-being of neurofunctional surgery patients significantly depends on positive self-esteem (confidence in one's own worth), perception and control over the future, awareness of goals in life, social functioning,

The analysis of psychodiagnostics data in a sample of respondents with neurofunctional disorders allowed us to assess the level of psychological well-being, emotional state, physical functioning and general perception of health.

A reduced level of awareness of life goals was found among the majority of patients, difficulties with self-acceptance, limitations in habitual roles, insufficient confidence in one's own worth, mainly pessimistic or uncertain expectations about the future, in particular anxiety, a sense of hopelessness and loss of control over life circumstances. These trends were supported by data on a sense of powerlessness or reduced subjective efficacy in a significant part of patients.

A decrease in the level of subjective well-being and emotional balance was also noted, which once again emphasizes the need for a differentiated approach to psychological support.

The scientific novelty and theoretical significance of the work lies in the comprehensive theoretical and empirical study of the psychological well-being of patients undergoing neurofunctional surgery, which covers key aspects of the emotional, social and mental state of patients.

For the first time, an empirical model of the psychological well-being of patients undergoing neurofunctional surgery was developed and tested, which takes into account the influence of such factors as adaptation to the disease, the patient's emotional state, his self-perception and perception of the future, the general level of functioning, role limitations, life goals and self-realization.

The study expands theoretical ideas about psychological well-being in the context of severe neurological diseases, offering new approaches to studying the interaction of emotional and social factors in the treatment process.

The study also established significant relationships between the level of psychological well-being of patients with epilepsy and Parkinson's disease with indicators of self-understanding, confidence, self-realization, semantic orientation and subjective control. It was found that an increased level of anxiety and depressive manifestations is accompanied, first of all, by reduced functioning and a reduced sense of self-realization. A differential analysis was conducted by indicators of gender, age

and cognitive functioning.

The theoretical significance of the work lies in supplementing existing scientific approaches to studying the psychological well-being of patients undergoing neurofunctional surgery, in particular in the context of the influence of personal resources and physical condition on the overall quality of life of such patients.

It was found that the psychological well-being of patients is reduced due to a higher level of anxiety, emotional exhaustion and loss of meaning. Cognitive indicators did not change the indicators of quality of life and psychological well-being.

The practical significance of the work lies in the implementation of the developed empirical model of psychological well-being of patients undergoing neurofunctional surgery, which can be used in clinical practice to assess the psychological state of patients at different stages of treatment. Based on the results obtained, it is possible to create individual psychotherapeutic programs aimed at improving the emotional state, increasing adaptive capabilities and ensuring an appropriate level of social support.

The developed recommendations will contribute to the effective support of patients by clinical psychologists, psychotherapists and medical staff during treatment and rehabilitation. The practical significance of the work also lies in the possibility of using the results obtained to create group psychological support programs that take into account key aspects of the emotional state, such as anxiety and depression, personal resources, and the search for meaning in the process of adapting to the disease.

Key words: anxiety, depression, adaptation, personality, quality of life, mental disorders, psychological well-being, stress tolerance and stress, resilience, psychodiagnostics, patient, war, rehabilitation, pathopsychology, cognitive processes.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

Публікації у фахових виданнях України

1. Музичук Г., Лисенко І. (2023). Оцінка якості життя хворих на епілепсію як необхідна складова при нейрохірургічних втручаннях. *Фаховий науковий журнал «Габітус»*, (52), с.157-161. <http://habitus.od.ua/journals/2023/52-2023/27.pdf>
2. Музичук Г. (2024). Психологічний супровід хворих на епілепсію нейрохірургічного профілю з тривожно-депресивними станами. *Фаховий науковий журнал «Габітус»*, (64), с.162-165. <http://habitus.od.ua/journals/2024/64-2024/30.pdf>
3. Музичук Г. (2025). Вплив хвороби на психологічне благополуччя хворих на епілепсію. *Фаховий науковий журнал «Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія» Випуск 2*, с.81-86. <http://psy-visnyk.uzhnu.uz.ua/index.php/psy>

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

1. Музичук Г. (2023). *Якість життя пацієнтів з фармакорезистентною епілепсією*. V International Scientific and Practical Conference «Education and science of today: intersectoral issues and development of sciences». ISBN: 978-617-8126-21-6. DOI: 10.36074/logos-18.08.2023. pp.244-245
2. Музичук Г. (2023). *Психологічне благополуччя пацієнтів з фармакорезистентною епілепсією*. Київський журнал сучасної психології та психотерапії. Фахове періодичне видання. Війна та мир: Психологія на службі людини. Спеціальний випуск журналу: тези науково-практичної конференції студентів та аспірантів (23 квітня 2023 року, м. Київ), с.83-84
3. Музичук Г. (2024). *Якість життя пацієнтів з фармакорезистентною епілепсією*. Спеціальний випуск «Київського журналу сучасної психології та психотерапії» (спецвипуск, 11–12 травня 2024, м. Київ).

https://www.kispp.com/2024/kzhspp-speczvipusk-11-12.05.pdf?utm_source=chatgpt.com

4. Музичук Г. (2025). *Психологічна оцінка психологічного благополуччя пацієнтів з епілепсією*. IX Міжнародна науково-практична конференція «Globalization of scientific knowledge: international cooperation and integration of sciences», June 20th, 2025 by NGO European Scientific Platform (Vinnytsia, Ukraine), LLC International Centre Corporative Management (Vienna, Austria), p. 814-815

ЗМІСТ

ВСТУП	14
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ПАЦІЄНТІВ НЕЙРОФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ	26
1.1. Психологічне благополуччя особистості та основні підходи до його вивчення.....	26
1.2. Якість життя як складова психологічного благополуччя.....	34
1.3. Тривожні стани як джерело зниження психологічного благополуччя пацієнтів нейрофункціональної хірургії: диференційна діагностика та методи оцінки.....	40
1.4. Сучасні аспекти нейрохірургічного лікування пацієнтів нейрофункціональної хірургії.....	54
1.5. Психологічне благополуччя пацієнтів нейрофункціональної хірургії.....	58
Висновки до розділу 1.....	69
РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ПАЦІЄНТІВ НЕЙРОФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ	72
2.1. Етапи дослідження, збору даних та характеристика досліджуваної вибірки.....	72
2.2. Емпірична модель дослідження психологічного благополуччя пацієнтів нейрофункціональної хірургії.....	84
2.3. Методичне забезпечення дослідження.....	94
2.4. Первинна оцінка та описова статистика психометричних шкал.....	107
Висновки до розділу 2.....	111
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ПАЦІЄНТІВ НЕЙРОФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ	113
3.1 Первинний аналіз розподілу результатів.....	113

3.2. Описова статистика психометричних шкал за групами досліджуваних..	143
3.3. Аналіз факторів, що впливають на рівень психологічного благополуччя пацієнтів нейрофункціональної хірургії.....	158
3.4. Регресійне моделювання психологічного благополуччя хворих нейрофункціональної хірургії.....	168
3.4. Практичні рекомендації щодо реабілітації пацієнтів нейрофункціональної хірургії	192
Висновки до розділу 3.....	202
ВИСНОВКИ.....	204
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	209
ДОДАТКИ.....	226

ВСТУП

Актуальність. За даними епідеміологічних досліджень захворюваність на епілепсію становить приблизно 61 нових випадків на 100 000 населення за рік, тобто приблизно у 1% населення планети діагностується епілепсія. В Україні на початку 2018 року було зареєстровано 52 482 хворих на епілепсію (0,12 % від загальної кількості населення), що відповідає рівню захворюваності 123,7 на 100 000 осіб (згідно з даними Центру громадського здоров'я МОЗ України).

Близько 30 % хворих на епілепсію залишаються фармакорезистентними, незважаючи на використання сучасних протиепілептичних препаратів (ПЕП) у якості моно- або політерпії [122, 21-22, 58]. За визначенням міжнародних неврологічних організацій резистентними до медикаментозного лікування є хворі, яким не вдається позбутися нападів при використанні двох або більше ПЕП, при відсутності порушень використання препаратів та за умови правильно підібраних доз відповідних препаратів. Призначення додаткових ПЕП може бути недоцільним через надзвичайно низьку ефективність політерапії епілепсії (4 – 14) % та високу ймовірність розвитку побічних реакцій [122]. Хворі на епілепсію з низькою ефективністю лікування на тлі монотерапії або політерапії ПЕП потребують поглибленого додаткового обстеження, з обов'язковим оглядом невролога, нейрофізіолога, клінічного психолога, нейрорадіолога та нейрохірурга. На сьогоднішній день діагноз епілепсія знімається у випадках повної ремісії тривалістю 5 років, покращення показників ЕЕГ та когнітивних функцій і, відповідно, відміни медикаментозних засобів. Відсутність нападів при встановленому діагнозі епілепсії має назву «свободи від нападів». Регрес кількості та вираженості нападів або їх повна відсутність, дані функціональної та психологічної діагностики, є об'єктивними оцінками ефективності лікування епілепсії.

Наростаюча технологізація та диференціація нейрохірургії з одного боку відкриває нові можливості, з іншого боку – ставить нові вимоги до збереження кращих традицій діагностики з використанням системного підходу до хворого для його цілісного сприйняття, що може бути досягнуто лише за допомогою

мультидисциплінарних підходів з використанням кращих напрацювань.

Підхід до хворого як до особистості, яка страждає, повинен протистояти технологічному, що займається лише хворобою без урахування індивідуальних характеристик її носія, які визначають особливості клінічного прояву патології, розгортання компенсаторних процесів, ставлення до своєї хвороби. При надмірному зловживанні методами візуалізації патології нервової системи, неминуче ігноруються особисті якості людини, страждає клінічна та психологічна увага до нього. Часто виникає небезпечний синдром роз'єднання лікаря та хворого. Проблема зводиться не до «заміни клінічного мислення» інструментальними знахідками, а до використання клінічного мислення задля інтересів хворого.

Гуманістичні професійні підходи у нейрохірургії тісно пов'язані з такими важливими поняттями як «психологічний добробут» та «якість життя». В даний час діагностика нейрохірургічних захворювань вимагає застосування комплексу різних методик дослідження: як традиційних клінічних, так і нових інструментальних та психодіагностичних.

Проте питання успішно проведеної нейрохірургічної операції не вирішує повністю питання психологічного благополуччя пацієнтів.

Психологічне благополуччя є комплексним та багатовимірним конструктом, який складається з різних факторів та є центральною темою у сучасних клініко-психологічних дослідженнях. Виокремлюють два основні підходи щодо вивчення психологічного благополуччя: гедоністичний і евдемонічний. Класичними представниками гедоністичного підходу виступають Е. Дінер, який починає досліджувати суб'єктивне благополуччя [29], та Н. Бредберн, автор класичної праці "The Structure of Psychological Well-Being" [24], в якій він формулює концепцію позитивного і негативного афекту. Евдемонічний підхід розвивали К. Ріфф у відомій роботі "Happiness is everything, or is it?", яка створила структуру психологічного благополуччя [87]; А. Маслоу "Motivation and Personality" з теорією самоактуалізації [72]; К. Юнг із концепцією індивідуалізації [54]; К. Роджерс "A Way of Being", який

підкреслював важливість автентичності та особистісного зростання [89]; а також Г. Олпорт “Becoming” [3], Е. Еріксон “Childhood and Society” [33], М. Яхода “Current Concepts of Positive Mental Health”, з аналізом передумови гармонійного розвитку особистості [52].

Ці підходи є важливими в контексті адаптації пацієнтів до фармакорезистентних захворювань, зокрема епілепсії та хвороби Паркінсона, при яких психологічне благополуччя безпосередньо впливає на якість життя та ефективність лікування. У сучасній науці поряд із традиційними медичними критеріями важливу роль відіграє суб’єктивна оцінка якості життя, що охоплює емоційний стан, рівень соціальної інтеграції, самооцінку та когнітивні функції.

Психологічне благополуччя розглядається в контексті цілісного переживання щастя, яке супроводжується сприятливими для особистості емоціями задоволення, узгодженості та відповідності, що в свою чергу є показником високої якості життя та задоволення ним, показником повноцінного функціонування особистості (Sasaki; Steptoe, Deaton & Stone; Wood) [93, 107, 119].

Дослідження компонентів психологічного благополуччя нейрохірургічних хворих зможе показати, як ці захворювання знижують якість життя, впливають на когнітивну сферу, психоемоційний стан, систему міжособистісних стосунків та працездатність.

Важливим фактором, що визначає якість життя та психологічне благополуччя пацієнтів функціональної нейрохірургії, є спосіб психічної адаптації до хвороби. Більшість досліджень доводять, що успішна адаптація до хвороби виражається у низьких або зовсім відсутніх симптомах депресії, тривожності. Високий рівень якості життя в соціальному, психологічному та духовному аспектах свідчить про позитивну адаптацію.

Тип особистісної адаптації дає змогу визначити роль захисних механізмів у відчутті психологічного благополуччя, розробити детальний план, основні напрямки та стратегії надання психологічної та психотерапевтичної допомоги нейрохірургічним пацієнтам.

Отже, зважаючи на недостатню вивченість змісту, структури, чинників та рівня вираженості психологічного благополуччя пацієнтів функціональної нейрохірургії, вважаємо вибір зазначеної теми актуальним, доцільним та обґрунтованим.

Зв'язок дослідження з науковими програмами, темами, планами. Дослідження виконано у відповідності до тематичного плану науково-дослідної роботи кафедри клінічної психології та в межах науково-дослідницької теми «Психодіагностика якості життя в сучасному українському суспільстві (НДР 0121U110751). Тему дисертаційного дослідження затверджено на засіданні Вченої ради Київського інституту сучасної психології та психотерапії (протокол № 5 від 03.03.2023).

Об'єкт: психологічне благополуччя особистості.

Предмет: психологічне благополуччя хворих нейрофункціональної хірургії

Мета дослідження – оцінка психологічного благополуччя хворих нейрофункціональної хірургії, які проходили нейрохірургічне втручання, із урахуванням зовнішніх та внутрішніх компенсаторних чинників. Для досягнення поставленої мети в роботі вирішувались наступні завдання.

Завдання дослідження:

1. Визначити теоретико-методологічні підходи до сутності феномену психологічного благополуччя та виокремити фактори впливу на нього.
2. Обґрунтувати необхідність та можливість запровадження показника психологічного благополуччя як критерію комплексної оцінки здоров'я при фармакорезистентній епілепсії та хворобі Паркінсона.
3. Розробити психодіагностичний комплекс методик для оцінки психологічних показників хворих нейрофункціональної хірургії.
4. Провести порівняльний аналіз показників психологічного благополуччя хворих нейрофункціональної хірургії різних груп.
5. Виявити фактори, які пов'язані із загальним рівнем та параметрами психологічного благополуччя хворих нейрофункціональної хірургії.

6. Побудувати психологічні профілі пацієнтів нейрофункціональної хірургії.

7. Розробити практичні рекомендації щодо покращення рівня психологічного благополуччя хворих нейрофункціональної хірургії.

Методи дослідження. Для досягнення мети та вирішення поставлених завдань у дисертаційному дослідженні використано комплексний підхід, який включав наступні методи:

1. Теоретичний метод: аналіз наукових джерел для систематизації та узагальнення сучасних емпіричних даних щодо психоемоційного стану хворих нейрофункціональної хірургії.

2. Клініко-психологічний метод: збір анамнестичних даних, що відображають життєві обставини та особливості соціальних контактів хворих нейрофункціонального профілю. Детальна оцінка психологічних і соціальних чинників, що можуть впливати на емоційний стан хворих нейрофункціональної хірургії. Аналіз на основі даних медичної документації, включаючи тип лікування та стадію хвороби.

3. Психодіагностичний метод: використовувався для оцінки різних аспектів психологічного благополуччя хворих нейрофункціональної хірургії та включав:

- Соціо-демографічну авторську анкету для збору базової інформації про респондентів, включаючи вік, фінансовий стан, сімейний статус, рівень освіти, наявність дітей, стадію захворювання, види лікування та рівень соціальної підтримки. Ці дані використовувалися для аналізу впливу соціо-демографічних характеристик на психологічне благополуччя хворих;

- Блок психодіагностичних методик для оцінки когнітивних функцій та емоційного стану з використанням індивідуального підходу до хворого, зокрема:

- Опитувальник якості життя (SF-36): застосовувався для оцінки фізичних, емоційних та соціальних аспектів якості життя хворих, їхнього сприйняття власного здоров'я та функціонування у повсякденному житті;

- Шкалу загального індексу психологічного благополуччя (PGWBI): дозволяла вимірювати загальний рівень психологічного благополуччя хворих,

включаючи оцінку їхнього емоційного стану, самопочуття, життєвого задоволення та стресостійкості;

- Госпітальну шкалу тривоги та депресії (HADS): використовувалася для виявлення рівня тривоги та депресії, які є критичними показниками емоційного стану хворих;

- Тест «Сенсожиттєві орієнтації» (СЖО), який базується на теорії прагнення до сенсу і логотерапії Віктора Франкла: використовувався для вимірювання джерела сенсу життя хворих, яке може бути пов'язане з метою в майбутньому, процесами у теперішньому часі або результатами у минулому, а також включати всі три аспекти одночасно;

- Методику «Самопочуття. Активність. Настрій» (САН), яка дозволяє оцінити суб'єктивний стан за трьома основними шкалами: дає змогу швидко і точно визначити поточний психоемоційний стан пацієнтів, що є важливим у динамічному спостереженні за психологічним благополуччям. Методика є стандартизованою, валідною та широко застосовується у клінічній психології та психосоматичній медицині;

- Шкалу глобального функціонування (GAF): використано для оцінки загальної здатності хворого до повсякденного функціонування.

4. Методи статистичної обробки: статистичні обчислення проводилися за допомогою програмного пакета RStudio (версія 2025.05.1+513 (2025.05.1+513), який включає описову статистику (для характеристики шкал у вибірці) з обчисленням середніх значень, стандартних відхилень, медіани, мінімуму, максимуму, асиметрії та ексцесу для кожної шкали; тест Шапіро-Уїлка (для перевірки нормальності розподілу шкал); графічний аналіз (для візуалізації розподілів та викидів); кореляційний аналіз за Спірменом (для оцінки зв'язків між шкалами та перевірки валідності); непараметричний коефіцієнт ρ з аналізом конвергентної та дискримінантної валідності інструментів; непараметричний критерій Краскела-Уїлліса (для виявлення міжгрупових відмінностей між контрольними та клінічними вибірками); критерій χ^2 -квадрат Пірсона; точний тест Фішера; критерій Манна-Уїтні; лінійну регресію; регресійний аналіз із

взаємодією (модераційний ефект); кластерний аналіз (для виявлення латентних типів пацієнтів у межах клінічної вибірки); метод головних компонент (РСА) (для візуалізації структури кластерів у двовимірному просторі); метод силуету та метод «ліктя» (для визначення оптимальної кількості кластерів).

Теоретико-методологічну основу дослідження склали концептуальні уявлення про природу, механізми та фактори психологічного благополуччя, а також вплив соціально-психологічних чинників на емоційний стан пацієнтів нейрофункціональної хірургії. Серед основних наукових джерел опрацьовувалися роботи з вивчення психологічного благополуччя (Б. Рутман [90], Н. Каргіна [127], Ф. Брайант [17], М. Віссінг [118], Е. Дінер [29], К. Ріфф [87], А. Маслоу [72], К. Юнг [54], К. Роджерс [89], Г. Олпорт, Е. [3] Еріксон, Ш. Бюлер [33], М. Яхода [52]), концепції сенсу життя (Дж. Крамбо, Л. Махолік, В. Панок [132], Г. Рудь [134], В. Франкл [36]), дослідження соціально-психологічної підтримки хворих на епілепсією та хворобу Паркінсона (О. О. Василенко, Л. В. Кулакова, І. В. Дмитренко [123]), які акцентували увагу на ролі родинного середовища, особливостей самосприйняття та когнітивно-емоційного стану пацієнтів у формуванні якості їхнього життя. Серед іноземних (неангломовних) дослідників слід відзначити праці німецького фахівця Г.Кремер, який досліджував психосоціальні труднощі, з якими стикаються хворі на епілепсію у повсякденному житті, зокрема стигматизацію та проблеми працевлаштування. Іспанська дослідниця Б.Аллендорфера розглядала психофізіологічні кореляти стресу у хворих на епілепсію, зокрема в контексті соціальної підтримки [2]. У контексті хвороби Паркінсона вагомий внесок у вивчення психосоціального стану пацієнтів зробили Н.О. Ігнатенко [126], В.М.Пашковський [133]. Серед іноземних авторів важливо згадати італійську дослідницю Л. Фаббріні [34], польських дослідників А. Вишневського, А. Кроліковську [35], які досліджували психосоціальні аспекти хвороби Паркінсона, з орієнтацією на подолання емоційного вигорання та покращення якості життя. Питаннями психосоціальної підтримки та адаптації до хвороби займалися С. Карвер, М. Карлссон [57], М.

Шаєр [95], Дж. Вайнтрауб [114], Дж. Кім [61], Лехан В.М., Василенко О. О. [130]; В.М.Пашковський [133].

Наукова новизна дослідження полягає в тому, що:

- вперше проведено комплексне вивчення структурних особливостей психологічного благополуччя у хворих функціональної нейрохірургії. Систематизовано ключові фактори, які впливають на рівень психологічного благополуччя хворих нейрофункціональної нейрохірургії;

- подальшого розвитку набули концептуальні ідеї щодо механізмів взаємодії груп факторів (емоційного стану, адаптації до хвороби, фізичного стану та суб'єктивних ресурсів) з рівнем психологічного благополуччя хворих нейрофункціональної хірургії;

- розроблено емпіричну модель психологічного благополуччя хворих нейрофункціональної хірургії, яка охоплює наступні аспекти: фізичний, економічний, соціальний, функціональний (розвиток та діяльність), емоційний, духовний та суб'єктивний;

- вперше виявлено та систематизовано відмінності у параметрах психологічного благополуччя хворих, залежно від нозології, які проходять лікування в умовах нейрофункціональної хірургії. Проведений аналіз дозволив встановити, що рівень психологічного благополуччя не є однорідним серед пацієнтів і варіюється під впливом ряду змінних. Зокрема встановлено, що цілі в житті, відчуття сенсів, самосприйняття, своєї соціальної цінності, виступають одними з ключових детермінант психологічного благополуччя. Таким чином, отримані дані дозволяють не лише поглибити розуміння психологічних особливостей пацієнтів нейрофункціональної хірургії, але й обґрунтовують доцільність розробки диференційованих психокорекційних програм, орієнтованих на підвищення рівня психологічного благополуччя в період перед- та післяопераційної адаптації;

- поглиблено розуміння особливостей впливу емоційних станів, таких як тривога та депресія, на психологічне благополуччя;

- вперше отримано нове розуміння динаміки психологічного благополуччя хворих нейрофункціональної хірургії, зокрема те, що загальний рівень благополуччя залишається відносно стабільним з часом. Проте негативні емоційні стани, такі як тривога та депресія, демонструють поступовий негативний вплив, а роль соціальної підтримки стає все більш значущою на етапах подолання хвороби та відновлення;

- розроблено комплекс рекомендацій, що ґрунтуються на принципах особистісно орієнтованого підходу (який передбачає врахування унікальних психологічних характеристик, потреб і ресурсів кожного пацієнта), біопсихосоціальної моделі (яка визнає взаємозв'язок біологічних, психологічних та соціальних чинників у перебігу захворювання), а також моделі міждисциплінарної взаємодії між медичними працівниками, психологами та соціальними фахівцями. Зазначені рекомендації мають на меті підвищення рівня психологічного благополуччя, соціальної адаптації та загальної якості життя пацієнтів нейрофункціональної хірургії як у передопераційний, так і в післяопераційний періоди, та спрямовані на підвищення якості життя хворих нейрофункціональної хірургії.

Теоретичне значення дослідження полягає в тому, що визначено ключові аспекти психологічного благополуччя хворих нейрофункціональної хірургії, котрі включають емоційні, соціальні та духовні компоненти. Проаналізовано їхній вплив на загальний стан хворих, які переживають хірургічне втручання та лікування. Обґрунтовано важливість соціальної підтримки, яка сприяє підвищенню психологічного благополуччя, що дозволяє краще зрозуміти її роль у адаптації до захворювання. Поглиблено знання про динаміку емоційних станів, таких як тривога та депресія, в контексті психологічного благополуччя. Сформульовано концептуальну модель психологічного благополуччя хворих нейрофункціональної хірургії, яка відображає взаємозв'язок між різними факторами та їхній вплив на загальний емоційний стан хворих. Систематизовано підходи до вивчення психологічного благополуччя в нейрохірургії. Розглянуто соціо-демографічні характеристики, які впливають на психологічне

благополуччя, що підкреслює значущість індивідуального підходу в реабілітаційних заходах.

Практичне значення дослідження полягає у тому, що емпірично виокремлено ключові фактори, котрі впливають на психологічне благополуччя хворих нейрофункціональної хірургії, що може використовуватись для розробки індивідуалізованих планів психологічної підтримки на всіх етапах лікування. Визначено інструменти для оцінки рівня психологічного благополуччя, що можуть бути використані в клінічній практиці для моніторингу стану хворих і корекції реабілітаційних стратегій відповідно до їхніх потреб.

Експериментальна база дослідження. Експериментальна база дослідження складалася з вибірки, що включала 177 осіб віком від 18 до 75 років, які проживають в Україні. Експериментальна клінічна вибірка включала хворих зі скроневою фармакорезистентною епілепсією (59 осіб) та пацієнтів з хворобою Паркінсона (67 осіб) до нейрохірургічного втручання. Збір даних експериментальної групи здійснювався на базі відділення функціональної нейрохірургії Інституту нейрохірургії імені академіка А.П. Ромоданова НАМН України. Вибір цієї групи хворих був пов'язаний з актуальністю нейрохірургічної допомоги пацієнтам цього профілю. Відомо, що приблизно у 30% пацієнтів з епілепсією розвивається лікарсько-резистентна форма – напади зберігаються, незважаючи на прийом двох та більше протиепілептичних препаратів. Аналогічна картина спостерігається і при хворобі Паркінсона: при тривалому прийомі препаратів виникають ускладнення флуктуації рухової активності та дискінетичні розлади, що знижують якість життя. У цих випадках нейрохірургічне втручання стає реальним способом повернути контроль над симптомами, коли ліки вже не допомагають. Таким чином, операція може значно покращити якість життя: до 70-80% пацієнтів із фокальною епілепсією після резекції можуть стати повністю вільними від нападів. Після нейрохірургічної операції (DBS) у хворих з Паркінсоном покращуються рухові функції, зменшується потреба у ліках, знижуються флуктуації. Група порівняння складалася з 51 здорової особи.

Достовірність і надійність результатів забезпечувалася методологічною обґрунтованістю вихідних даних, використанням методів, адекватних предмету, меті та завданням дослідження, репрезентативністю вибірки, а також застосуванням як кількісних, так і якісних методів аналізу результатів дослідження. Для забезпечення надійності отриманих даних використовувалися методи математичної статистики, які включали аналіз кореляцій, факторний аналіз і регресійне моделювання, що дозволило визначити ключові змінні та їхній взаємозв'язок.

Апробація результатів дисертаційного дослідження. Основні результати та висновки дослідження доповідалися та обговорювалися на всеукраїнських та міжнародних науково-практичних конференціях, таких як: V International Scientific and Practical Conference «Education and science of today: intersectoral issues and development of sciences», 2023; Війна та мир: психологія на службі людини (науково-практична конференція студентів та аспірантів, 23 квітня 2023 року, м. Київ); Науково-практична конференція «Психологічні методи та підходи в умовах війни: діагностика, реабілітація, супровід», 11-12 травня 2024 року, м. Київ; IX Міжнародна науково-практична конференція «Globalization of scientific knowledge: international cooperation and integration of sciences», June 20th, 2025 by NGO European Scientific Platform (Vinnytsia, Ukraine), LLC International Centre Corporative Management (Vienna, Austria), p. 814-815.

Впровадження результатів здійснювалося у практичній роботі ТОВ «Психодіагностичний центр», у центрі медико-психологічної реабілітації КЗ КОР «Обласне психіатричне наркологічне медичне об'єднання», відділенні функціональної нейрохірургії Інституту нейрохірургії імені академіка А. П. Ромоданова НАМН України, кафедрі клінічної психології Київського інституту сучасної психології та психотерапії.

Особистий внесок здобувача. Дисертаційне дослідження виконано автором самостійно, усі положення, висновки та рекомендації обґрунтовані на основі особисто проведених досліджень та аналізу отриманих даних. Для

аргументації окремих положень використано праці інших науковців, на які зроблено відповідні посилання.

Публікації. Основні результати дисертаційного дослідження відображені у 7 публікаціях, з яких 3 статті оприлюднено у фахових наукових виданнях, а також презентовано тези 4 доповідей на конференціях.

Структура та обсяг дисертації. Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг дисертації становить 245 сторінок, з яких основний текст займає 225 сторінок. У дисертації представлено 56 таблиць, 60 рисунків, а також 9 додатків, що займають 20 сторінок. Список використаних джерел включає 141 найменування, з яких 122 іноземною мовою.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ПАЦІЄНТІВ НЕЙРОФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ

1.1 Психологічне благополуччя особистості та основні підходи до його вивчення

Протягом всієї історії людства розуміння благополуччя визначало деякі людські характеристики та якості, які бажані та гідні прагнення чи наслідування. Такі розуміння підкріплювалися традиційними підходами у філософії та релігійними поглядами, які доволі часто були спрямовані на культивування певних чеснот.

У сучасному суспільстві ці норми поступово, але значною мірою, починають змінюватися поняттям психологічного благополуччя. Психологічне благополуччя – це одне з центральних понять у сучасній психологічній науці.

Воно відіграє вирішальну роль у теорії особистості та психології розвитку. Психологічне благополуччя задає своєрідну психологічну норму, відносно якої ми можемо оцінювати й психопатологічні прояви. Також психологічне благополуччя служить орієнтиром для роботи клінічного психолога/діагноста/консультанта, для допомоги у визначенні напрямку полегшення дистресу та пошуку хворими сенсу життя. Більше того, психологічне благополуччя може бути трансцендентною вимогою людського існування, яку С. Geertz [95] називає «первинною необхідністю». Іншими словами, люди завжди живуть з певним розумінням того, що є кращим, бажаним або більш вартісним способом існування у світі.

Разом з тим, природі психологічного благополуччя у наукових роботах приділяється все ще недостатньо уваги. Ще більш помітним це стає на контрасті з великою кількістю досліджень, присвячених психопатології. Інтерес до психологічного благополуччя та позитивної психології, схоже досяг свого піку в 1950-1970-х роках і найбільшого розвитку зазнав через наукові праці А. Маслоу [72] та Е. Шострома [102]. Сучасні дослідження психологічного благополуччя зазвичай передбачають пошук факторів, які впливають на його рівень. Власне

благополуччя пацієнта визначається в цих дослідженнях як результат певних дій або низки заходів. Отже, основна увага зосереджена на змінних, які впливають на благополуччя, тоді як сама природа благополуччя є вторинною для цих робіт. Ці спостереження свідчать про деяку парадоксальність: хоча поняття психологічного благополуччя лежать в основі психологічних консультацій, дуже мало часу витрачається на вивчення його теоретичної основи.

Саме поняття психологічного благополуччя має більшою мірою західне походження. Поділ благополуччя на психологічний вимір і фізичний є побічним продуктом філософської (особливо «декартової») спадщини. Ймовірно, такий поділ є унікальним для західної культури. Як підкреслює Дж. Локк: «у медицині Східної Азії немає дихотомічного розділення розум/тіло і немає такої концепції психічного здоров'я, що відрізняється від фізичного, як в минулому, так і зараз».

Як зазначено у теоретичному огляді В.Гута [49], визначення терміну психологічного благополуччя пролягає через чотири окремі категорії:

1. Орієнтації. Вони являють собою те, що людина шукає в житті і чому. Орієнтації включають цінності, пріоритети, мотиви, ідеали та цілі, якими керується індивід в своїй поведінці. Наприклад, це може бути прагнення до задоволення або досягнення особистісного зростання.

2. Поведінка. Являє собою фактичну діяльність індивіда.

3. Досвід. Являє собою моментальні або типові суб'єктивні почуття, емоції та когнітивно-афективні оцінки (наприклад, позитивний афект, відчуття сенсу).

4. Функціонування. Демонструє те, наскільки ефективно індивід проявляє себе у житті (з точки зору здібностей, досягнень, здорових звичок та довгострокової діяльності).

Підсумовуючи роботу вчених, можна сказати, що орієнтації – це те, чого індивід прагне, поведінка – те, що він робить, досвід – те, як добре почувається, а функціонування – те, наскільки ефективним він є. Перші дві категорії являють собою більшою мірою спосіб життя (тобто, що людина обирає самостійно), а останні дві зазвичай трактуються як результати благополуччя.

Психологічне благополуччя особистості може досліджуватися у рамках двох принципово різних підходів – гедоністичного та евдемонічного.

Протистояння між гедоністичною та евдемонічною концепціями психологічного благополуччя триває вже багато років. Воно бере початок з філософських текстів давніх авторів і продовжується у сучасних працях психологів та гуманістів. Термін «евдемонізм» був популяризований Аристотелем у 4 столітті до нашої ери. Він був першим, хто ґрунтовно описав відмінність між гедонізмом і евдемонізмом у своєму есе «Нікомахова етика». Аристотель відмовлявся від гедоністичних занять, прирівнюючи їх до поведінки покірних тварин, і стверджував, що гарне життя слід визначати як евдемонізм, який є діянням відповідно до чесноти та розуму. Аристотеля часто протиставляють Арістіппу, який також жив у IV столітті до нашої ери і був прихильником гедонізму. Арістіпп вважав, що задоволення – це єдина цінність життя, а біль – єдине зло, незалежно від того, як вони виникають.

Протягом багатьох століть різні філософи займали позицію гедоністичного або евдемонічного погляду на благополуччя. Серед філософів, чия робота більше узгоджувалася з гедоністичними принципами, можна виділити Т.Гоббс, Дж.Бентхам та (з сучасних) М. Онфрей [79]. В свою чергу, евдемонічну точку зору розділяли Платон, Зенон Китійський, Марк Аврелій, І. Кант [56]. У працях психоаналітиків, гуманістів та ранніх психологів ми знаходимо відмінності між принципом задоволення Фрейда, з одного боку, та індивідуальністю Юнга, самоактуалізацією Маслоу і зрілістю Олпорта – з іншого.

Поняття психологічного благополуччя, його структурні особливості та роль у психологічних аспектах когніцій, емоцій та мотивації визначається в залежності від наукової парадигми. Гедоністичний підхід зосереджується на вивченні суб'єктивного благополуччя і передбачає прагнення до щастя та приємних вражень. Він включає, за Е. Дінером, глобальні оцінки балансу афекту та якості життя [29]. Простіше кажучи, гедоністична концепція благополуччя передбачає задоволення, комфорт, безболісність та легкість. Ці змінні пов'язані з певними способами мислення. До таких можна віднести зосередження на

самому собі, теперішньому моменті та «відчутному». Психологічне благополуччя, в свою чергу, досліджується через призму евдемонічного підходу і визначається як реалізація людського потенціалу та сповнене сенсом життя. Психологічне благополуччя передбачає особистісне зростання та розвиток від зіткнення з життєвими перешкодами, позитивні стосунки з іншими, наявність життєвих цілей [35].

Концептуальне розходження між цими двома типами благополуччя є предметом наукових дискусій. Одні вчені стверджують, що суб'єктивне та психологічне благополуччя є окремими аспектами конструкту. Інші вважають, що психологічне та суб'єктивне благополуччя являють собою дві дослідницькі традиції, але не різні концепції, оскільки вони дуже схожі між собою.

Суб'єктивне благополуччя складається з двох загальних компонентів: судження про задоволеність життям та балансу афекту або ступеню переважаючого позитивного афекту над негативним в житті індивіда [118]. Задоволеність життям ґрунтується на суб'єктивних когнітивних оцінках. Цей підхід «спирається на стандарти особистості, щоб визначити, що є хорошим життям». Е. Дінер описував його як «глобальну оцінку якості життя людини відповідно до її власних критеріїв» [29]. У дослідженнях балансу афекту використовується поняття благополуччя, яке є близьким до загальноприйнятого розуміння щастя. Щастя – це оцінка благополуччя, яка передбачає «переважання позитивного афекту над негативним» [72]. Тобто, людина відчувається щасливою, коли переживає у своєму житті більше позитивних почуттів, ніж негативних [64].

Хоча гедоністичний підхід до благополуччя нібито дозволяє уникнути нав'язування певних культурних цінностей та норм, при більш детальному розгляді стає зрозумілим, що цей підхід безпосередньо пов'язаний з певними західними індивідуалістичними припущеннями та цінностями. У гедоністичній моделі тільки окрема особа визначає стандарти та критерії, за якими можна оцінювати своє життя. Прихильники даної наукової парадигми покладають на індивіда відповідальність як за оцінку, так і за вибір норм, за якими проводиться оцінка. Спроба оцінити благополуччя суб'єктивно, не спираючись на нормативні

стандарти, узгоджується з політичним лібералізмом та ліберальним індивідуалізмом, який займає центральну позицію у західних суспільствах [12]. Враховуючи ці міркування, не дивно, що за Е. Дінером середня задоволеність життям в країні сильно корелює з її ступенем індивідуалізму [29]. Дані результати підтверджують гіпотезу, що незважаючи на наміри зберігати нейтральний науковий підхід, суб'єктивне благополуччя насправді є нормативним; сама його конструкція передбачає цінності та припущення, які є характерними для західної культури.

К. Ріфф піддавала критиці дослідження суб'єктивного благополуччя через «слабке теоретичне обґрунтування», не заперечуючи точність психометричних показників [87]. Діючи на основі своєї критики, К. Ріфф розробила альтернативний підхід до вивчення благополуччя, який вона назвала психологічним благополуччям. Синтезуючи ідеї з теорій особистості Маслоу, Юнга, Роджерса, Олпорта, Еріксона, Бюлера та Яходи, вона створила показник благополуччя на основі шести субшкал:

1. Автономія;
2. Контроль навколишнього середовища;
3. Позитивні стосунки з іншими;
4. Цілі в житті;
5. Особисте зростання;
6. Самоприйняття.

Однак дискримінантна валідність цих шести вимірів була поставлена під сумнів. Зокрема, дуже високими було виявлено кореляції між самоприйняттям, контролем навколишнього середовища, метою у житті та особистісним зростанням [9].

Оскільки при створенні своєї моделі К. Ріфф інтегрує напрацювання західних теоретиків, вона також застосовує відповідні культурні цінності. Тому, поняття психологічного благополуччя, як власне і суб'єктивне благополуччя, залишається прив'язаним до західних уявлень. Розглянемо модель докладніше.

1. Автономія. К. Ріфф ототожнює автономію з такими поняттями, як самовизначення, незалежність, внутрішній локус контролю, індивідуалізація та внутрішня регуляція поведінки [87]. В основі цих понять лежить переконання, що думки та дії індивіда належать тільки йому і не повинні визначатися зовнішніми чинниками. Автономія тісно пов'язана із західною концепцією свободи.

2. Контроль навколишнього середовища. В моделі це поняття розглядається як здатність «обирати або створювати середовище, відповідне психічним потребам індивіда» Цей критерій також є центральною частиною індивідуалізму.

3. Позитивні стосунки з іншими. Під даним терміном розуміються теплі, довірливі міжособистісні стосунки, а також емпатія (співчуття) та прихильність.

4. Цілі в житті. К. Ріфф припускала, що «чітке розуміння мети життя, почуття спрямованості та інтенціональності» є важливими частинами «відчуття того, що в житті є мета та сенс».

5. Особистісне зростання. Визначається як особистісне зростання та постійна здатність «розвивати свій потенціал, рости як особистість».

6. Самоприйняття. Розглядається як «позитивне ставлення до себе та виступає як центральна характеристика позитивного психологічного функціонування» [87].

Тим не менше, у вичерпному теоретичному огляді конструкту евдемонічного благополуччя В.Гута [49] виявили, що у більшості визначень фігурують чотири змісти:

1. Значення/ цінність/ релевантність у широкому контексті;
2. Особистісне зростання/ самореалізація/зрілість;
3. Досконалість/ етика/ якість;
4. Достовірність/ автономність/ інтеграція.

Ці змінні асоціюються з певним способом мислення. До нього належить баланс між зосередженням на собі та інших, баланс між зосередженням на теперішньому та майбутньому, тенденція керуватися абстрактними та

масштабними концепціями та зосередження на культивуванні та побудові того, що найбільше цінується індивідом.

Деякі дослідники дотримуються лише гедоністичної точки зору [55] або лише евдемонічної [87]. Однак більшість дослідників психологічного благополуччя вважають, що для оптимального існування необхідна комбінація гедонізму та евдемонізму. Таке поєднання К.Кейес назвав «процвітанням» [60], а М. Селігман – «повноцінним життям» [100].

В цьому контексті цікавою є робота F.F. Chen та колег [139], які створили двофакторну модель благополуччя і оцінили величину унікальної та спільної дисперсії для кожного з типів благополуччя. Виявилось, що психологічне та суб'єктивне благополуччя частково поєднані одним фактором. Після знаходження цього спільного фактору вчені також виокремили чотири специфічні фактори для психологічного благополуччя і три – для суб'єктивного. Дані результати означають, що психологічне та суб'єктивне благополуччя тісно пов'язані між собою на загальному конструктивному рівні, але окремі їхні компоненти відрізняються. Таким чином, обидві точки зору про зв'язок двох концепцій благополуччя є вірними, залежно від рівня аналізу.

Дослідження факторної структури благополуччя М. Райнеке показало, що почуття сенсу, зв'язку з собою, піднесення, досягнення та інтересу являли собою один тип досвіду, який можна назвати евдемонічним. У свою чергу, почуття безтурботності, високого позитивного афекту та низького негативного афекту являли собою почуття, які можна назвати гедоністичними. Цікаво, що задоволеність життям та відчуття інтенсивності життя були пов'язані як з гедоністичними, так і з евдемонічними змінними. Відчуття задоволення потреб (включаючи потреби у стосунках, автономності та компетентності) сформувало окремий від евдемонічної та гедоністичної концепції фактор. Але він був тісно пов'язаним з низьким негативним афектом. Відчуття глибокого зв'язку з важливими видами діяльності в житті людини було запропоновано як евдемонічна концепція психологічного благополуччя. Факторний аналіз орієнтацій благополуччя так само показав, що гедоністичне прагнення до

задоволення та комфорту відрізняється від евдемонічного прагнення до автентичності, сенсу, досконалості та особистісного зростання [24].

М. Steger та J. Shin [106] пропонують біологічну основу для пояснення різниці між гедонізмом (яку вони назвали задоволенням) та евдемонізмом (яку вони назвали значенням). Вчені стверджують, що процеси задоволення базуються на «гарячих» системах мозку, тоді як процеси значення – на «холодних» системах. Дослідники описують «гарячі» системи як старіші та простіші підкіркові структури, які є спільними для людей та тварин. Ці структури відповідають за негайне суб'єктивне відчуття задоволення чи болю для швидкої оцінки безпеки та благополуччя. На думку авторів, «холодні» системи є еволюційно більш молодими ділянками кори головного мозку (яка особливо добре розвинена у людей) і вони дозволяють людині займатись саморефлексією, обмірковуванням та оцінкою речей з абстрактних, ціннісних точок зору на довгостроковій основі. Дослідники [49] припускають, що гедоністичні процеси можуть бути пов'язані з ендогенними опіоїдами в мозку, які беруть участь у задоволенні та регуляції гомеостатичних процесів, тоді як евдемонічне прагнення до виклику та особистісного зростання може бути пов'язане з дофаміною системою, яка відповідає за інтерес та пошук новизни.

Більшість дослідників вважають, що люди потребують як евдемонічного, так і гедоністичного благополуччя. Гедонізм та евдемонізм не є протилежностями і не виключають один одного – вони є взаємодоповнюючими психологічними функціями. Було показано, що люди, які задовольняють як гедоністичні, так і евдемонічні потреби, мають більш високий рівень психологічного благополуччя, ніж ті, хто надає перевагу лише одному з вимірів. Також вони мають вищі показники психічного здоров'я. Крім того, від певних видів діяльності людина може отримувати гедоністичне задоволення, але втрачати евдемонічне (і навпаки). Саме тому важливо оцінювати як гедоністичні, так і евдемонічні змінні при дослідженні психологічного благополуччя особистості.

Таким чином, на відміну від вчених минулих років, більшість сучасних дослідників благополуччя не надають перевагу тій чи іншій філософській традиції (тобто, евдемонічного або гедоністичного благополуччя). Натомість, вважається, що обидві концепції є важливими та взаємопов'язаними.

1.2 Якість життя як складова психологічного благополуччя

Теоретичні основи концепції якості життя були закладені ще класиками суспільствознавства Е. Дюркгеймом, М. Вебером, А. Смітом.

Сам термін «якість життя» вперше з'явився в книзі Дж. Гелбрейта «Суспільство достатку» (1958) і відразу став основним предметом дискусій західних вчених. Сформувалися два різних напрямки вивчення якості життя: об'єктивістське і суб'єктивістське. Представники об'єктивістського напрямку зосередили свою увагу на дослідженні об'єктивних показників якості життя (рівень доходів, освіти, рівень злочинності, доступність установ охорони здоров'я і т. д.) [37].

Однак серед західних учених все більш популярним стає суб'єктивістський напрямок у розумінні якості життя, який заснований на твердженні, що «якість життя» передбачає оцінку індивідом власного благополуччя, відчуття щастя, загальне усвідомлене задоволення потреб. У західній соціально-економічній думці даний напрямок розвивали А. Кемпбелл, Ф. Конверс, У. Роджерс, К. Ф. Шлуссер, Г. А. Фішер, Р. Інглехарт, Ф. Ендрюс. Багато вчених ототожнювали поняття «відчуття щастя» і «почуття задоволення потреб». Але в результаті проведених А. Кемпбеллом, Ф. Конверсом і У. Роджерсом емпіричних досліджень було встановлено, що термін «щастя» має в основному емоційний відтінок, а термін «задоволеність» передбачає пізнавальний процес. Відчуття щастя багато в чому залежить від індивідуальних якостей самої людини, в той час як задоволеність життям в цілому (або її окремими аспектами) визначається зовнішніми обставинами.

Якість життя - це інтегральна характеристика фізичного, психологічного, емоційного і соціального функціонування хворого, заснована на його

суб'єктивному сприйнятті. З цього визначення випливає, що сутність якості життя має соціально-психологічну природу і полягає в оцінці індивідом власної задоволеності різними аспектами свого життя в соціумі.

У рамках психологічних підходів та досліджень при вивченні феномену «якості життя» піднімаються питання сенсу та мети життя.

Вагомий внесок у вивчення проблеми якості життя вніс Е. Фромм, який звернув увагу на те, що «володіння і буття» є двома основними способами існування людини, переважання одного з яких визначає відмінності в індивідуальних характерах людей і типах соціального характеру. Модуси «мати» і «бути» визначають всі аспекти якості життя особистості [137].

Е. Фромм показує, що модус «мати» орієнтований на споживання, пристосування навколишньої дійсності до свого «Я», на високий рівень, але низьку якість життя. Під буттям вчений розуміє такий спосіб існування, при якому особистість орієнтована на задоволення нематеріальних потреб, а потреб у самореалізації, самоактуалізації. Норма «бути» дає людям можливість максимально розвивати свою індивідуальність, продуктивно використовувати здібності, творити, підвищувати свій інтелектуальний рівень. Якість життя людей з модусом «бути» не залежить від їхнього життєвого рівня. Отже, виходячи з концепції модусів «мати» і «бути» Е. Фромма, люди самі формують свої уявлення про якість життя. Для одних вона визначається високим матеріальним достатком, для інших пов'язана з високим інтелектуальним рівнем.

Крім цього, деякі автори пов'язують феномен якості життя з сенсом життя: «Справжня якість життя полягає у випробуванні людини на вірність своєму призначенню, на правильність вибору життєвого шляху, на набуття високого і справжнього сенсу життя...» [88]. Переживання свідомості життя в процесі самореалізації часто супроводжується станом щастя, гармонії, душевного здоров'я, повноти життя, що і визначає феномен якості життя. Автори виділяють різні рівні сенсу життя в залежності від позитивного чи негативного впливу на становлення і розвиток особистості і вводять поняття «оптимальний сенс життя»

як характеристику гармонійної структури смисложиттєвих орієнтацій, що істотно обумовлюють високу успішність в різних областях діяльності, максимальне розкриття здібностей та індивідуальності людини, її емоційний комфорт, що виявляється в переживанні повноти життя, задоволеності нею. Оптимальний зміст – це той зміст, який забезпечує високу якість життя людини [106].

Наявність особистісного сенсу життя створює перспективу життєвого шляху і той психологічний стрижень, який дозволяє людині долати різні труднощі і випробування, що виникають на життєвому шляху [92].

Існує модель якості життя, що об'єднує задоволеність життям, уявлення про щастя, мотивацію, ціннісну структуру, особистісні характеристики, в тому числі впевненість у собі, і стилі поведінки [29]. Цінності, заломлюючись через призму індивідуальної життєдіяльності, входять до психологічної структури особистості у формі особистісних цінностей, які є одним із джерел мотивації поведінки. Ціннісні орієнтації являють собою загальнолюдські принципи, відповідно до яких будується поведінка людини в різних життєвих ситуаціях. Вони формуються на різних етапах онтогенезу під впливом природного, соціального та культурного оточення і розуміються як значуще ставлення до себе і до світу в сьогоденні, минулому і майбутньому. Психологічною основою ціннісної орієнтації особистості є різноманітна структура потреб, цілей, ідеалів, інтересів, переконань, світоглядів, що беруть участь у свідомій орієнтації особистості, вираженої соціально-детермінованим ставленням особистості до спільності [29].

Стиль поведінки визначається як характеристика поведінки, яка відображає ставлення індивіда до його внутрішнього світу і соціального оточення. Це є найбільш загальною характеристикою поведінки індивіда. Ця характеристика дозволяє класифікувати індивідів незалежно від їх етнічної чи соціальної приналежності.

Сьогодні багато дослідників відзначають комплексний характер поняття якість життя, яке охоплює всі сфери життєдіяльності людей.

Будучи інтегральним показником, якість життя відображає якісні та кількісні характеристики суспільства, групи або особистості в залежності від рівня дослідження.

З 1995 року основним координатором досліджень якості життя є міжнародна некомерційна організація – MAPI Research Institute. У Всесвітній організації охорони здоров'я (ВООЗ) існує окрема секція з цих питань. На жаль, в Україні немає подібного координаційного органу, який взяв би на себе повноваження з впровадження та контролю оцінки якості життя як сучасного об'єктивного стандарту медичних досліджень, а також адаптацію до міжнародних стандартів вже існуючих та розробку нових національних інструментів для визначення якості життя пацієнтів.

На сучасному етапі розвитку медицини якість життя визнано одним з ключових критеріїв, що відображають стан здоров'я в значенні потенційних ризиків. На даний час необхідно керуватися комплексним підходом до оцінки здоров'я населення і базуватися не тільки на об'єктивних даних, але й на суб'єктивному сприйнятті самою людиною психологічних, емоційних і соціально-гігієнічних аспектів свого життя. Дослідження якості життя в медицині є важливим підходом, який дозволяє принципово змінити погляд на проблеми хвороби і хворого.

Згідно з визначенням ВООЗ якість життя розглядається як «спосіб життя в результаті поєднаного впливу чинників, що впливають на здоров'я, щастя, включаючи індивідуальне благополуччя в навколишньому середовищі, задовільну роботу і освіту, соціальний успіх, а також свободу, можливість вільних дій, справедливість і відсутність будь-якого гноблення». Це ступінь сприйняття окремими людьми або групами людей того, що їхні потреби задовольняються, а необхідні для досягнення благополуччя та самореалізації можливості представляються [120]

Групою експертів ВООЗ вироблені основні критерії оцінки якості життя [115]:

- фізичні (сила, енергія, втома, біль, дискомфорт, сон, відпочинок);

- психологічні (позитивні емоції, мислення, навчання, концентрація, самооцінка, переживання);
- рівень незалежності (повсякденна активність, працездатність, залежність від ліків і лікування);
- соціальне життя (особисті взаємини, суспільна цінність суб'єкта, сексуальна активність);
- навколишнє середовище (побут, благополуччя, безпека, доступність і якість медичної та соціальної допомоги, забезпеченість, екологія, можливість навчання, доступність інформації);
- духовність (релігія, особисті переконання).

Таким чином, для психологічного підходу до аналізу якості життя характерним є розгляд реалізованості особистісних потреб і ступеня адаптації зовнішнього середовища для особистості. Представники цього вчення вважають, що якість життя характеризує стан суспільства, насамперед з точки зору соціально-психологічного клімату. Модель «відчутної якості життя» побудована на твердженні, що її справжнє значення відображено в суб'єктивних відчуттях індивідів, які формуються на основі конкретних матеріальних умов життя, емоційного настрою і т. д. Відповідно до цього якістю життя є психологічний стан особистості.

В медицині якість життя розглядається в контексті суб'єктивної оцінки індивідом своєї соціальної адаптації.

Визначення поняття якість життя логічно і структурно зв'язано з дефініцією здоров'я, наданою ВООЗ: «Здоров'я – це повне фізичне, соціальне і психологічне благополуччя людини, а не просто відсутність захворювання».

Слід виділити три основні складові концепції якості життя:

- багатовимірність: якість життя, пов'язана зі здоров'ям, оцінює різні компоненти (і пов'язані і не пов'язані із захворюванням), і дозволяє диференційовано визначити вплив хвороби і лікування на стан хворого;

- змінність в часі: якість життя змінюється під впливом часу залежно від стану хворого, зумовленого низкою ендо- та екзогенних факторів. Дані про

якість життя дозволяють здійснювати постійний моніторинг стану хворого і за необхідності проводити корекцію лікування;

- долученість хворого до оцінки свого стану: оцінка якості життя самим хворим є цінним і надійним показником його загального стану.

Оцінювання якості життя пацієнтом є важливим аспектом медичної практики, оскільки дослідження показують, що оцінки пацієнтів і лікарів часто не збігаються. Зокрема, систематичний огляд і метааналіз, проведений вченими, виявив, що узгодженість між оцінками пацієнтів і лікарів є нижчою в більш суб'єктивних сферах, таких як емоційне благополуччя, порівняно з більш об'єктивними аспектами. Крім того, результати деяких досліджень підтверджують, що лікарі часто недооцінюють або переоцінюють якість життя пацієнтів у різних доменах, що підкреслює важливість самостійної оцінки пацієнтом [4]. Таким чином, поєднання традиційної медичної оцінки з самостійною оцінкою пацієнта дозволяє створити повну та об'єктивну картину стану здоров'я, що сприяє більш ефективному лікуванню та покращенню якості життя пацієнтів.

Медичні аспекти якості життя включають вплив захворювання на повсякденну життєдіяльність людини. Традиційно зміни, що виникають у хворій людини, а також ефективність лікування та реабілітації лікар оцінює на підставі динаміки скарг, об'єктивних даних, параклінічних показників. При цьому погляд пацієнта залишається формальним, не враховуються соціально-психологічні показники, що є частиною багатокomпонентного благополуччя людини, та поряд з фізичними складниками визначають якість життя хворого. Адже лікар за навіть допомогою клінічних, лабораторних та інструментальних методів не може визначити весь спектр змін фізичного, психічного та соціального статусу пацієнта, тому що тільки хворий може надати адекватну інформацію про ступінь задоволення аспектами свого життя [129]. Використання показника якості життя, пов'язаного зі здоров'ям, дозволяє узагальнено оцінити ступінь адаптації людини до хвороби та можливість виконання звичних функцій, що відповідають

її соціально-економічному стану [130], тобто визначити, наскільки хвороба не дозволяє людині жити так, як вона хотіла б.

У сучасних дослідженнях найчастіше звертають увагу на наступні компоненти якості життя: вплив симптомів на самопочуття та активність, тип ставлення до хвороби, самооцінка загального стану здоров'я, ступінь фізичного, психічного, соціального благополуччя, обмеження соціальних функцій, зниження енергійності, інтелектуальний та емоційний фон, втрати або прибуток від хвороби тощо [130; 92; 106; 29; 120].

Отже, якість життя визнана невід'ємною частиною комплексного аналізу нових методів діагностики, лікування, профілактики, якості лікування та надання медичної допомоги. Покращення стану здоров'я пацієнтів, регрес клінічних проявів захворювання, підвищення функціональних показників, максимальне наближення якості життя хворого до рівня здорової людини є основними завданнями в процесі лікування. Необхідно створити передумови для практичного застосування оцінки якості життя у вітчизняних реаліях, що б розширило і полегшило прогнозування лікарями розвитку хвороби і ускладнень, виявлення пацієнтів, які потребують активного спостереження.

У підсумку можна стверджувати, що оцінка якості життя повинна стати одним із основних критеріїв ефективності надання медичної допомоги, а також самостійним показником стану пацієнтів при проведенні медико-соціальної експертизи, визначення прогнозу, тактики лікування, розробці реабілітаційних програм, оскільки насамперед лікуємо не хворобу, а пацієнта, що страждає від неї.

1.3 Тривожні стани як джерело зниження психологічного благополуччя пацієнтів нейрофункціональної хірургії: диференційна діагностика та методи оцінки

Тривога та різноманітні форми її переживання та проявів виступають предметом численних психологічних досліджень, що зумовлено складністю й багатоаспектністю цього феномена. У науковому дискурсі тривога розглядається

як ключовий компонент у структурі невротичних розладів, особливо в контексті її ролі у формуванні особистості та механізмах психологічного захисту (Адлер А., Фрейд З., Фрейд А., Шредер Х. та ін). Поряд із розмежуванням раціональної та патологічної тривоги особливу увагу приділено вивченню проявів тривоги в межах м'яких амбулаторних форм тривожних розладів, а також її співвідношенню з іншими психічними станами та захворюваннями [11].

У науковій літературі неодноразово підкреслювалася феноменологічна відмінність між вітальним беззмістовним переживанням тривоги (anxiety) та афективною реакцією страху (fear), яка має чітко окреслений предмет [11]. Така диференціація є суттєвою для кращого розуміння патопсихологічної природи тривоги та відповідного вибору психотерапевтичних підходів.

Очевидно, що поряд із позитивними та негативними симптомами психічних розладів, когнітивна сфера особистості відіграє ключову роль у процесах саморегуляції, зокрема у подоланні тривожних станів. Дослідження свідчать, що когнітивні порушення можуть перешкоджати адекватній оцінці стресових чинників, ускладнюючи вибір ефективних копінг-стратегій. Це, у свою чергу, зумовлює звернення до неадаптивних способів подолання, таких як уникнення проблем або соціальна ізоляція.

Загалом здатність ефективно долати тривогу вимагає значних когнітивних ресурсів, зокрема таких, як когнітивна гнучкість, усвідомлення власного емоційного стану та здатність до рефлексії.

Тривога як феномен має природний, еволюційно обумовлений характер і є невід'ємною складовою адаптаційного механізму, що забезпечує виживання індивіда у змінному та потенційно загрозливому середовищі. У межах свого нормативного прояву тривога виконує адаптивну функцію: вона мобілізує психофізіологічні ресурси організму та сприяє уникненню небезпеки. Таким чином, тривога є універсальною відповіддю на стрес, що забезпечує підготовку до швидкої зміни поведінки та пристосування до нових умов [124].

Згідно з визначенням, тривога – це емоційний стан, що характеризується передчуттям загрози, напругою, внутрішнім неспокоєм та очікуванням

негативних подій. Її ключовою особливістю є безпредметність, тобто відсутність чітко окресленого джерела загрози. Натомість страх завжди має конкретний об'єкт або ситуацію, яка викликає емоційну реакцію.

У науковому середовищі точаться активні дебати щодо співвідношення понять тривоги та страху. Одні дослідники наполягають на принциповій відмінності між ними [11], тоді як інші розглядають їх як взаємозамінні або тісно пов'язані стани [62]. Також існують теоретичні підходи, що трактують тривогу як менш чіткий, більш дифузний варіант страху, що виникає за умов невизначеності загрози [66,86].

Таким чином, тривога є складним і багатограним психоемоційним станом, який поєднує в собі як адаптивні, так і потенційно дезадаптивні елементи. Її дослідження потребує міждисциплінарного підходу, що охоплює когнітивні, еволюційні, емоційні та поведінкові компоненти.

Чітке розмежування між страхом і тривогою ґрунтується, зокрема, на критеріях, запропонованих К. Ясперсом, який увів у психіатричний обіг поняття так званої «вільно плаваючої тривоги». Згідно з його підходом, тривога виникає поза зв'язком з конкретним зовнішнім стимулом, тоді як страх завжди має предметний характер і пов'язаний з реальною або уявною загрозою.

Варто зазначити, що подібне розрізнення є одним з найпоширеніших у клінічній практиці, хоча й не є абсолютно універсальним. Сучасні дослідження вказують як на спорідненість, так і на відмінності між цими феноменами з точки зору психометрії та нейрофізіології [43]. Так, J. Gray зазначає, що страх активує захисні механізми організму, тоді як тривога – це, радше, підготовка до можливої активації цих механізмів. Згідно з його концепцією, тривожність – це амальгама (поєднання) страху та фрустрації, емоція, зумовлена реакцією на невизначеність або потенційну загрозу, що генерується так званою системою гальмування поведінки (Behavioral Inhibition System, BIS).

У цьому контексті страх і тривога розглядаються як емоційні стани, які виникають у відповідь на різні ситуації та психофізіологічні процеси. Якщо страх пов'язаний із реальною загрозою для життя, здоров'я чи соціального

статусу особистості, то тривога часто не має очевидної зовнішньої причини, що зумовлює її більш складне усвідомлення та опрацювання.

Під час переживання страху зазвичай відбувається мобілізація організму до активної дії, тоді як тривога проявляється як внутрішня напруга, занепокоєння, які не обов'язково ведуть до зовнішньо вираженої реакції.

В історії психології зроблено численні спроби концептуалізувати відмінності між тривогою та депресією. Згідно з дослідженнями E. Kandel, H. Clark, J. Watson, A. Tellegen, основною розбіжністю між цими феноменами є характер дії у відповідь на стрес. Депресія асоціюється з втратою надії на активну протидію загрозі, коли захисні механізми не активуються. Натомість тривога супроводжується мобілізацією ресурсів і спробами подолання стресу [11].

Збудження, властиве тривозі, розглядається як фізіологічна та емоційна підготовка до боротьби. Це активізує процеси, необхідні для мобілізації сил організму. Психометричні дослідження також підтверджують як тісний зв'язок, так і ключові відмінності між тривогою та депресією, зокрема у профілях їхніх проявів.

Однією з причин кореляції між цими двома станами є наявність спільного компоненту загального виснаження, який вважається темпераментальною змінною з генетичним підґрунтям. Проте, на відміну від депресії, для тривоги характерною є підвищена збудливість, тоді як депресії притаманна втрата позитивного афекту, тобто нездатність відчувати задоволення або надію [62]. Водночас тривога та депресія можуть перетинатися у симптоматиці, що створює труднощі в діагностиці та терапії. Це підтверджується даними про коморбідність: наявність тривожних розладів у пацієнтів із депресією суттєво погіршує прогноз, зокрема навіть через 10 років після первинного епізоду.

Для дослідження феномену тривожності часто використовуються факторні моделі, що дозволяють редукувати симптоматику до ключових психометричних факторів. Проте такі моделі іноді нехтують глибинним теоретичним аналізом природи тривожності та відмінностями між її нормальними й патологічними формами.

Значний внесок у вивчення тривожності зробив Ч. Спілбергер, який розробив відому модель, що розрізняє:

- тривогу як стан (state anxiety, СТ) – ситуативну, короткотривалу емоційну реакцію;
- тривогу як властивість (trait anxiety, ЛТ) – стабільну індивідуальну схильність до переживання тривоги [70].

Цей розподіл набув широкого застосування як у дослідницькій, так і в клінічній психології, забезпечивши уніфікацію діагностичних підходів.

Слід також пам'ятати, що тривожність є нормальним компонентом психіки людини, важливою частиною механізму самозбереження. Повна відсутність тривожності може вказувати на дисфункцію інстинкту виживання, тоді як помірна тривожність перед значущими подіями (іспити, публічні виступи, нові соціальні ситуації) виконує адаптивну функцію, допомагаючи мобілізуватися та підготуватись до потенційних викликів.

Наприклад, тривожність у незнайомому середовищі є закономірною, оскільки пов'язана з нестачею інформації та прагненням підготуватись до можливих небезпек.

Тривога може бути визначена як комплекс когнітивних, поведінкових та фізіологічних реакцій, що виникають без чітко окресленої зовнішньої загрози. Водночас, слід зазначити, що тривога не завжди супроводжується визначеною фізіологічною відповіддю організму. Вона формується у результаті взаємодії зовнішніх стимулів, стресових факторів та індивідуальних механізмів психофізіологічної реакції на них [83].

У науковій літературі тривога розглядається в двох взаємопов'язаних контекстах:

1. Як адаптивний компонент реагування на стрес, що дозволяє мобілізувати ресурси організму;
2. Як потенційний стресогенний чинник, здатний самостійно викликати психологічне чи фізіологічне виснаження.

У своєму нормативному прояві тривога виконує функцію чутливості до

потенційної загрози, готуючи індивіда до дії в небезпечних або нових умовах. Це забезпечує адаптацію до зміненого середовища, що є еволюційно обґрунтованим механізмом.

Тривожність – одна з ключових психологічних характеристик особистості, що відображає її схильність до переживань, напруження, внутрішнього занепокоєння та особливості реакції на стресові події. Вона має емоційний компонент (наприклад, суб'єктивне відчуття скутості, хвилювання, нестабільності) та фізіологічний компонент (тремор, тахікардія, задишка).

У межах нормативних коливань тривожність є природним явищем. Проте коли симптоми досягають інтенсивності, що порушує повсякденне функціонування, можна діагностувати тривожний розлад [40].

Згідно з даними глобального дослідження важкості хвороб (GBD, 2019) тривожні розлади є найпоширенішими психічними розладами у світі, що актуалізує необхідність їх своєчасної діагностики та корекції [45].

Симптоми тривожності можуть виникати як одночасно, так і в асинхронному режимі. До найбільш поширених проявів належать [135]:

- постійне нервово збудження, яке важко контролювати;
- внутрішнє відчуття неспокою;
- підвищена дратівливість;
- швидка втомлюваність;
- труднощі концентрації уваги;
- погіршення здатності до запам'ятовування нової інформації;
- порушення сну;
- втрата контролю над відчуттям тривоги;
- м'язові спазми

Ці симптоми можуть суттєво варіювати залежно від індивідуальних особливостей особистості, типу тривожного розладу, а також зовнішніх факторів середовища.

У розвитку тривожних розладів важливу роль відіграє низка біологічних, психологічних і соціальних чинників ризику. До найбільш вагомих належать:

- генетична схильність до підвищеної емоційної реактивності;
- умови середовища, зокрема виховання, досвід дитячих травм;
- супутні соматичні захворювання, особливо серцево-судинні патології;
- рисові особливості особистості: надмірна сором'язливість, тривожність у ранньому віці;
- стресові події в дитинстві або дорослому віці (втрати, зловживання, нестабільність);
- вживання психоактивних речовин (кофеїн, наркотики, деякі медикаменти), які можуть виступати як тригери або підсилювати наявні симптоми [125].

Тривожні стани характеризуються переважанням негативних емоцій і зниженням адаптаційних ресурсів особистості. Основні психологічні та поведінкові симптоми включають: постійне занепокоєння навіть за відсутності реальної загрози; напруженість, дратівливість, нетерплячість; почуття внутрішньої нестабільності – «перебування на межі зриву»; труднощі концентрації, зниження когнітивної продуктивності; порушення сну, включно з труднощами засинання; пригнічений настрій, надмірна збудливість або гіперактивність; нав'язливі думки й тенденція до «зациклення» на проблемах.

Пацієнти описують свій стан через образні метафори: «серце в тисках», «стиснута пружина», «обруч на голові», «липа піт на спині» – ці висловлювання свідчать про виражене емоційне напруження, нав'язливі страхи та почуття втрати контролю. Іноді виникає страх збожеволіти або втратити контроль над собою.

Серед тяжких форм тривожних розладів виділяють панічний розлад, основним симптомом якого є раптові, інтенсивні напади паніки. Вони зазвичай: з'являються без об'єктивної причини; досягають піку за 10 хвилин; супроводжуються втратою контролю, страхом смерті, відчуттям відстороненості від реальності. Панічні атаки мають серйозний вплив на соціальне функціонування, викликаючи дезадаптацію та уникнення повсякденних ситуацій.

З позиції психофізіології, тривожність активує ерготропні реакції, готуючи

організм до боротьби або втечі. Водночас ці реакції викликають перевантаження соматичних систем, що призводить до психосоматичних порушень. Зміни спостерігаються в таких системах [2]:

- серцево-судинна система: тахікардія, коливання тиску; біль у ділянці серця; припливи жару/холоду; підвищене потовиділення, холодні руки.
- дихальна система: задишка, відчуття «грудки в горлі»; утруднення вдиху; гіпервентиляція.
- неврологічна симптоматика: головні болі, запаморочення; м'язові спазми; посмикування, напруга, безсоння.
- травна система: нудота, сухість у роті; диспепсія, діарея або закрепи; втрата апетиту.
- сечостатева система: часте сечовипускання; зниження лібідо; можливі сексуальні дисфункції.

Системна гіперактивація організму та порушення вегетативної регуляції зумовлюють психовегетативний синдром і зниження здатності до адаптації в умовах стресу.

У процесі вивчення феномена тривоги виникало багато протиріч в операціоналізації так званих «раціональної» та «патологічної» тривоги, а також значна кількість труднощів в їх чіткому розмежуванні. Поділ тривоги на «раціональну» і «патологічну» існує історично.

Одним із ключових аспектів у розумінні природи тривоги є її розмежування на раціональну та патологічну форми. Основна відмінність між ними полягає у характері сприйняття загрози та ступені її відповідності реальності. Раціональна тривога виникає у відповідь на реальну, об'єктивну загрозу, коли особа відчуває свою обмежену здатність протидіяти небезпеці, однак усвідомлює ситуацію, може шукати способи її розв'язання, і в результаті – адаптуватися або зменшити напругу шляхом зміни поведінки чи обставин. Така тривога є нормальною захисною реакцією, що виконує адаптивну функцію.

Натомість патологічна (невротична) тривога має інші характеристики: є неадекватною щодо об'єктивного рівня загрози або взагалі не має реального

підґрунтя; ґрунтується на невизначених, розмитих або уявних загрозах, джерело яких часто не усвідомлюється особою; супроводжується використанням несвідомих захисних механізмів – витіснення, уникнення, проєкції, дисоціації тощо; перешкоджає нормальній життєдіяльності особистості, обмежуючи її поведінкові реакції та соціальну адаптацію.

На думку Дж.Кінга, невротична тривога є «реакцією на загрозу, що не відповідає її реальності», зумовлена внутрішніми конфліктами, які особистість намагається витіснити або нейтралізувати за допомогою неусвідомлених захистів. У результаті особа обмежує власні дії, іноді навіть на рівні повсякденного функціонування, що значно погіршує якість життя [62].

На противагу цьому, при раціональній тривозі особа має змогу: усвідомити причину тривоги; реагувати конструктивно, вжити реальних дій для зменшення загрози; досягти полегшення у разі зміни обставин або вирішення ситуації.

Такий підхід поділяється багатьма сучасними дослідниками тривоги, які підкреслюють, що патологічна тривога виводить людину за межі ефективного самоконтролю та значною мірою знижує функціональний рівень її психічної діяльності (рис.1.1).



Рис. 1.1. Відмінності раціональної та ірраціональної тривоги

На думку S. Tsirkin, спільною рисою невротичної та психотичної тривоги є наявність відчуття небезпеки або загрози. Водночас їх головною відмінністю є характер джерела загрози: у випадку невротичної тривоги воно зазвичай пов'язане з чимось новим, зміненим або випадковим, тоді як при психотичній – сприймається як тотальна або внутрішня катастрофа.

Варто зазначити, що симптоматика тривожних розладів часто маскує перебіг соматичних захворювань, зокрема: дисфункцію надниркових залоз, порушення серцевого ритму (аритмії), бронхіальну астму, цукровий діабет, синдром подразненого кишечника, інфаркт міокарда, судомні напади, захворювання щитоподібної залози тощо.

Диференційна діагностика тривожних станів є надзвичайно важливою, оскільки пацієнти часто сприймають симптоми тривоги як виключно тілесні прояви, що нерідко вводить в оману навіть досвідчених лікарів [135]. Саме тому у клінічній практиці часто виникають діагностичні помилки, які затримують початок належного лікування.

В контексті функціональної нейрохірургії своєчасна і точна діагностика тривожних розладів має критичне значення, адже ці стани здатні істотно впливати на перебіг основного захворювання, процес одужання та подальшу реабілітацію. Непомічена або недооцінена тривога у таких пацієнтів часто призводить до: підвищення рівня інвалідизації; зниження якості життя; втрати професійної придатності.

Тривожний стан нерідко передує дебюту неврологічного чи психіатричного розладу, виступаючи або провідним симптомом, або допоміжним компонентом у складі більш складної клінічної картини. При цьому тривога може як замаскувати первинну патологію, так і бути її тригером.

Попри велику кількість науково-практичних досліджень, присвячених проблемі тривожності, більшість авторів зосереджуються на відмінностях між тривожними проявами при невротичних і неврологічних захворюваннях. Натомість вивчення спільних механізмів формування тривоги, а також адаптаційних стратегій її подолання залишається недостатньо опрацьованим

напрямом. Усвідомлення подібностей у патогенезі може не лише поглибити розуміння природи тривоги, але й сприяти гуманізації суспільного ставлення до осіб із психічними та неврологічними порушеннями.

У класифікаціях психічних розладів (DSM-IV, DSM-V, МКХ-10, МКХ-11) тривожна симптоматика представлена в декількох діагностичних блоках: «Тривожні розлади»; «Обсесивно-компульсивні та пов'язані з ними розлади»; «Розлади, пов'язані з психічними травмами та стресом»; «Соматоформні та інші розлади з переважанням соматичних симптомів».

У МКХ-10 ці категорії об'єднані під загальним розділом «Невротичні, пов'язані зі стресом і соматоформні розлади», що підтверджує складність клінічного розмежування та часті перетини тривожної симптоматики з іншими видами психічних і соматичних розладів.

Супутні тривожні розлади серед пацієнтів нейрофункціональної хірургії асоціюються з підвищеною кількістю звернень до лікарів, частішими госпіталізаціями та загальним ускладненням клінічного перебігу захворювання. Це свідчить про необхідність підвищеної клінічної настороженості щодо виявлення супутніх психічних станів, які можуть залишитися непоміченими на тлі основної патології. У зв'язку з цим важливим завданням лікаря є використання надійних психодіагностичних інструментів та клінічно валідних методів оцінки тривоги.

Не менш суттєвим є виключення гострої або хронічної соматичної патології, яка може імітувати або спричиняти тривожні стани. До таких станів належать: аритмії, цукровий діабет, бронхіальна астма, ендокринні порушення (зокрема, дисфункція надниркових залоз або щитоподібної залози), синдром подразненого кишечника, епілептичні напади, інфаркт міокарда тощо.

Тому диференційна діагностика тривожних розладів із соматичними захворюваннями є ключовим завданням клініциста, що передбачає співпрацю психологів, психіатрів, неврологів та терапевтів [121].

З огляду на схожість механізмів формування тривоги у здорових людей та пацієнтів з неврологічними захворюваннями, доцільним є глибше психологічне

осмислення цього феномену. У межах загальної психології тривога розглядається як прояв двох основних класів психічних явищ: як психічний стан та як емоційний процес, тобто почуття.

1. Тривога як почуття

У цьому контексті домінує емоційний компонент, який, на відміну від страху, завжди має виражену когнітивну складову – залучення мислення, уяви, пам'яті. Це дозволяє людині прогнозувати, інтерпретувати загрози і формувати індивідуальні емоційні реакції.

2. Тривога як психічний стан

Як стан, тривога пов'язана з фізіологічною активізацією, що реалізується через симпатичний відділ вегетативної нервової системи. Спостерігається: підвищення артеріального тиску, часте серцебиття, гальмування травної системи, м'язова напруга тощо.

Цей аспект важливий для підбору методів оцінки та лікування: психофізіологічні методи, нейровегетативні тести, опитувальники тілесних проявів тривоги.

Окрему увагу слід приділити розрізненню понять "тривога" і "тривожність". На відміну від тривоги як ситуативного стану, тривожність є: стійкою властивістю особистості або специфічною реакцією на загрозову ситуацію.

Задля диференційованого підходу до оцінки цього феномена, Ч. Спілбергер розробив двокомпонентну модель тривожності: тривожність як стан (СТ) – тимчасова емоційна реакція та тривожність як властивість (ЛТ) – хронічна, схильність до переживання тривоги.

Це зумовлює вибір відповідних методик. Діагностика тривожності та тривожних станів може здійснюватися за допомогою п'яти основних груп методів, кожна з яких має свою специфіку, показання до використання та рівень валідності:

1. Стандартизовані самозвіти – анкетні та тестові методики, які дозволяють оцінити суб'єктивний психоемоційний стан особи. Ці методи є найпоширенішими у клінічній практиці завдяки простоті використання та

можливості стандартизованого інтерпретування результатів.

2. Проективні методики – спрямовані на виявлення латентних (підсвідомих) компонентів тривоги через непрямі способи (малюнкові тести, тематичні апперцептивні тести тощо). Вони потребують високого рівня професійної інтерпретації.

3. Клінічні тести та шкальні опитувальники – орієнтовані на оцінку фізіологічних та поведінкових реакцій, що супроводжують тривогу. До таких методів належать, зокрема, шкали психічного стану, які мають клінічну апробацію.

4. Тести спеціального призначення – дозволяють діагностувати окремі форми або підвиди тривожності (наприклад, соціальну, екзаменаційну, ситуаційну тощо). Ці методики орієнтовані на вузько спеціалізовані прояви тривожного спектра.

5. Методи прямого вимірювання фізіологічних реакцій – передбачають використання апаратурної діагностики (електрокардіографія, поліграфія, вимір частоти дихання, шкірно-гальванічної реакції тощо), яка дозволяє зафіксувати вегетативні маркери тривоги.

Кожна із вищезгаданих груп включає набір конкретних психодіагностичних методик, які реалізуються у вигляді стандартизованих інструментів (табл. 1.1).

Для практичних цілей у клінічній психології та патопсихології найбільш валідними й інформативними вважаються опитувальники та шкали, зокрема ті, що широко застосовуються для визначення рівня тривоги у пацієнтів із соматичними та неврологічними захворюваннями.

Таблиця 1.1

Приклади діагностичних підходів, спрямованих на вивчення тривоги та тривожності, класифікованих за видами відповідних психодіагностичних методів

№	Методика	Тип тривожності / Показники	Опис та застосування
1	Шкала тривожності Спілбергера	Диспозиційна і ситуативна тривожність	Оцінює загальний рівень тривожності як рису особистості та як тимчасовий стан.

			Застосовується у клінічній і дослідницькій практиці.
2	Опитувальник Бека	Інтенсивність тривожних симптомів	Використовується для оцінки тяжкості симптомів тривоги в клінічних пацієнтів.
3	Тест «Тривожності Тейлора»	Загальна тривожність	Застосовується для швидкого скринінгу рівня тривожності.
4	Проективний тест «Малюнок фігури людини»	Психоемоційний стан, приховані тривожні конфлікти	Допомагає виявити підсвідомі страхи та внутрішні конфлікти, які не завжди доступні свідомості.
5	Клінічне інтерв'ю та шкальні опитувальники	Фізіологічні та поведінкові реакції на тривогу	Застосовуються для діагностики соматичних проявів тривоги та оцінки їх впливу на пацієнта.
6	Опитувальник соціальної тривожності	Соціальна тривожність	Спеціалізований інструмент для діагностики соціальних страхів та уникнення.

Для того, щоб запропонувати пацієнтам найбільш відповідну психологічну допомогу, дуже важливо кваліфікувати симптомокомплекс тривожного стану. Ця оцінка може бути важкою, потенційно призводячи до надмірної або недостатньої діагностики.

Окрім зазначених діагностичних методик, для оцінки цих реакцій з їх подальшим аналізом буде ефективним застосування клінічного інтерв'ю, що передбачає вивчення історії життя і хвороби з метою виявлення копінг-стратегій, поведінкових та когнітивних адаптаційних механізмів, що найбільш часто використовувались особою в стресогенних ситуаціях, а також значущих зовнішніх середовищних і психологічних внутрішніх чинників, що вплинули на особливості формування тих чи інших копінг-стратегій і їх трансформацію з перебігом захворювання. Отримані дані будуть сприяти вибору адекватної психологічної корекції та реабілітаційних заходів.

Таким чином можна зробити висновок, що тривожні розлади дуже поширені; однак клініцисти часто не проводять регулярний скринінг або мають труднощі з діагностикою супутньої тривожної патології. Як наслідок, ці розлади залишаються недостатньо діагностованими та недолікованими, що значно негативно впливає на соціальну адаптацію, якість життя та функціонування.

1.4. Сучасні аспекти нейрохірургічного лікування пацієнтів нейрофункціональної хірургії

Нейрофункціональна хірургія – це високоспеціалізований напрямок медицини, що передбачає хірургічне втручання з метою корекції порушень функціонування центральної нервової системи, які не піддаються ефективному медикаментозному лікуванню. У центрі уваги функціональної нейрохірургії перебувають, зокрема, пацієнти з фармакорезистентною епілепсією та хворобою Паркінсона. У разі епілепсії застосовуються як резекційні методи, так і нейростимуляційні підходи.

Обидва клінічні напрямки демонструють зростаючу ефективність у зменшенні симптоматики, підвищенні якості життя та психоемоційного стану пацієнтів. Водночас вони потребують міждисциплінарного підходу до лікування та тривалого психосоціального супроводу.

Глибинна мозкова стимуляція (STN-DBS) добре зарекомендувала себе та вважається ефективним лікуванням для покращення якості життя хворих на епілепсію з фармакорезистентними формами та хворобою Паркінсона.

Довгострокові дослідження (спостереження більше ніж 5 років) показали ефективність STN-DBS [27]

Хворі на епілепсію мають підвищений ризик смерті, у порівнянні з загальною популяцією. Серед смертей, пов'язаних з судомою, важливою безпосередньою причиною є синдром раптової смерті у хворих на епілепсію (Sudden Unexpected Death in Epilepsy (SUDEP)), ненавмисні травми та самогубство. У країнах з високим рівнем доходу стандартизований коефіцієнт смертності (визначається як відношення спостережуваних чисел смертей у

досліджуваній популяції (з епілепсією) до очікуваної кількості смертей, оціненою стандартизацією до контрольної популяції (без епілепсії)) коливається від 1,6 до 3,0. У країнах з низьким або середнім рівнем доходу щорічний рівень смертності становить 19,8 (95% CI 9,7-45,1) випадків на 1000 хворих на епілепсію. Стандартизований коефіцієнт смертності дещо вищий у хворих на епілепсію чоловіків, ніж у жінок, а також у дітей та підлітків, у хворих на епілепсією зі встановленою етіологією, а також у фармакорезистентних хворих [9].

Частота SUDEP серед осіб з епілепсією становить 1,2 на 1000 випадків (95% CI 0,9-1,5) і коливається від 1,1 (95% CI 0,5-2,3) у дітей віком до 16 років до 1,3 (95% CI 0,9-1,8.) у дорослих у віці після 50 років. Основні фактори ризику включають генералізовані тоніко-клонічні судоми, нічні судоми та серійні судоми. Відсутність нападів, особливо генералізованих тоніко-клонічних, та ретельне нічне спостереження за пацієнтами значно знижує ризики SUDEP [14].

Хірургічне лікування може бути показане у випадках прогресування епілепсії, наростання частоти та вираженості епілептичних нападів, прогресування психоемоційних, неврологічних розладів та низької ефективності протиепілептичної терапії.

Аналіз літератури надав можливість звернути увагу на постійне вдосконалення класичних хірургічних втручань, спрямованих на пошук найбільш ефективних варіантів операцій [25-30]. Нейрохірургічні втручання, які використовуються для лікування епілепсії, мають забезпечувати достатній об'єм резекції та/чи повної дисконекції за умови забезпечення мінімального ризику розвитку ускладнень, які можуть призвести до появи неврологічного дефіциту. Виконання різних видів нейрохірургічних втручань можливе лише у високоспеціалізованих центрах, в яких запроваджена робота злагодженої команди неврологів, епілептологів, психологів, нейрофізіологів, радіологів та нейрохірургів. Мультидисциплінарний підхід дозволяє визначити локалізацію епілептогенного вогнища та шляхи поширення епілептичної активності, підібрати оптимальну медикаментозну терапію, встановити показання до

проведення певного виду хірургічних втручань. Також на базі таких центрів з лікування епілепсії проводяться не тільки практична робота, але й наукові дослідження.

Відомо, що раннє проведення хірургічного втручання, спрямованого на видалення вогнища епілептичної активності або блокування поширення пароксизмальності епілептичної активності, може призвести до стійкого контролю за епілептичними нападами, запобігання розвитку психічних порушень а відтак – значному покращенню якості життя хворих [116].

Впровадження сучасних диференційованих нейрохірургічних втручань надає можливість припинити епілептичні напади або значно зменшити їх частоту, що буде сприяти покращенню якості життя хворих та поліпшенню їх соціальної, побутової та трудової адаптації.

За даними літератури, за допомогою протиепілептичних препаратів повного контролю над епілептичними нападами вдається досягти у 60–80 % [7–9]. В інших хворих розвивається тяжка, фармакорезистентна епілепсія, що характеризується складним перебігом, частими епілептичними травматичними нападами, повторними епілептичними статусами, розвитком та прогресуванням когнітивних і психоемоційних розладів [66]. Резистентну до медикаментозної терапії епілепсію діагностують у 25–30% хворих. У більшості хворих, особливо дітей, має місце затримка психомоторного розвитку, що призводить до порушення соціальної адаптації та глибокої інвалідизації. Незважаючи на появу великої кількості протиепілептичних препаратів, протягом останніх 20 років, частка фармакорезистентних хворих залишається практично незмінною. Ці пацієнти можуть бути потенційними кандидатами для хірургічного лікування, проте менше одного % останніх направляється на детальне дообстеження у спеціалізовані медичні установи [73].

Численні публікації вказують, що припинення епілептичних випадків після нейрохірургічних втручань спостерігалось в середньому у 50% хворих, а з решти у 80% пацієнтів частота епінападів зменшувалася на 50% [131]

Ускладнення після нейрохірургічних операцій можна розділити на дві групи: хірургічні та неврологічні. До першої групи належать крововилив і післяопераційні інфекційні ускладнення, до другої – контралатеральна верхня квадранопсія, дисфазія, дислексія / дисграфія, розлади пам'яті, геміпарез, парез окорухового нерва [68].

Раннє виявлення фармакорезистентності форм епілепсії, детальне клінікоінструментальне обстеження і, за необхідності, застосування диференційованих хірургічних методів дозволяє досягти стійкого контролю над епілептичними нападами, коригувати психічні розлади і покращувати якість життя.

Хвороба Паркінсона – це розлад з руховими, когнітивними, вегетативними і нейропсихіатричними симптомами, що відображають зміни, котрі зачіпають кілька нейротрансмітерів і областей мозку. DBS з використанням стандартних тестів, більшість з яких були зосереджені в основному на прийомах, які вивчають патологічні зміни (наприклад, апатія, розгальмованість), спиралися на ретроспективні оцінки особистості до DBS, що часто продовжуються від кількох місяців до кількох років після операції [21,71].

Дослідження динаміки показників якості життя хворих з хворобою Паркінсона показали, що при 5-річному спостереженні результати були стабільними у групі хворих, яким було проведено STN-DBS та погіршилися у групі хворих, яким не проводилось нейрохірургічне втручання. Спостерігалася клінічно-психологічна значуща різниця результатів QoL при 5-річному спостереженні для ранньої хвороби Паркінсона без рухових ускладнень або дискінезії. Сприятливий ефект STN-DBS на загальну якість життя був переважно зумовлений доменом мобільності. Крім того, міжгрупові аналізи були сприятливими для STN-DBS для інших аспектів якості життя, таких як повсякденне життя, соціальна підтримка, тілесний дискомфорт та стигматизація, наголошуючи на перевагах нейростимуляції в лікуванні рухових симптомів хвороби Паркінсона [86].

1.5 Психологічне благополуччя хворих нейрофункціональної хірургії

На сучасному етапі розвитку психологічної науки відсутній уніфікований підхід до трактування поняття «психологічне благополуччя», що зумовлено складністю й багатомірністю цього феномена. Водночас у більшості концепцій простежується низка спільних ознак. Зокрема, психологічне благополуччя розглядається як інтегральне утворення, що включає позитивні емоційні переживання (відчуття щастя, життєвої задоволеності), низький рівень негативного емоційного фону (депресивні прояви, тривожність), а також відчуття внутрішньої гармонії, змістової насиченості життя та реалізацію особистісного потенціалу.

У цьому контексті психологічне благополуччя може бути визначене як суб'єктивна позитивна оцінка людиною якості власного життя у поєднанні з відчуттям задоволеності собою, своїм соціальним оточенням та життєвими перспективами. Таким чином, воно не обмежується сукупністю позитивних емоцій, а включає когнітивно-сміслові, соціальні й екзистенційні аспекти.

Аналіз наукових джерел дозволяє виокремити основні компоненти структури психологічного благополуччя, які найбільш часто згадуються в емпіричних і теоретичних дослідженнях. До таких належать:

- фізичний компонент (стан здоров'я, енергетичний ресурс, функціонування тіла),
- економічний (фінансова стабільність, можливість задоволення базових і соціальних потреб),
- соціальний (наявність підтримувальних соціальних зв'язків, відчуття приналежності, довіри до оточення),
- функціонально-діяльнісний (здатність реалізовувати щоденні функції, збереження автономії, відчуття контролю над життям),
- емоційний (наявність позитивного афекту, емоційна стабільність),
- духовний (ціннісно-сміслова насиченість життя, наявність життєвої мети, віра),

- суб'єктивний (узагальнена оцінка якості життя, задоволення життям, самооцінка).

Деякі автори також виокремлюють культурологічний, особистісний та екзистенційний виміри [37]. Утім, з огляду на їх змістове перетинання зі згаданими вище складовими, у межах нашого дослідження вони не розглядаються як самостійні категорії.

Окрему увагу у сучасній психології приділено дослідженню психологічного благополуччя пацієнтів нейрофункціональної хірургії, що зумовлено специфікою впливу діагнозу на всі рівні життєдіяльності людини. У більшості таких досліджень аналізується не вся структура феномена, а лише окремі його компоненти. При цьому передбачається, що всі ці компоненти є взаємопов'язаними і в сукупності формують загальний рівень благополуччя. Вплив окремих складових може мати як прямий, так і опосередкований характер – наприклад, через зниження рівня тривожності чи підвищення смисложиттєвої насиченості.

Однак важливо зазначити, що кореляційні зв'язки між окремими змінними не завжди дозволяють зробити висновки про причинно-наслідкові залежності. Наприклад, якщо за результатами дослідження спостерігається зв'язок між зниженням рівня депресії та підвищенням духовного благополуччя, це не дає підстав стверджувати про однозначний причинний вплив одного чинника на інший. Можливо, що покращення духовного стану призводить до зменшення депресивності, або ж обидва процеси детерміновані ще одним, не виявленим у межах дослідження, чинником.

Таким чином, проблема встановлення причинно-наслідкових зв'язків у дослідженні психологічного благополуччя залишається відкритою, хоча загальний напрям впливу в більшості випадків є логічно обґрунтованим.

Соціальна та медична значимість проблеми епілепсії визначається ще й суттєвою долею пацієнтів з фармакорезистентним протіканням захворювання - 25-30%, а також соціально-психологічною дезадаптацією, стигматизацією та інвалідизацією хворих [5; 6; 72; 86]

Тому підхід до лікування хворих на епілепсію повинен мати мультидисциплінарний характер. Коло фахівців, які опікуються таким контингентом хворих, повинно включати неврологів, психіатрів, нейрохірургів, психологів, нейрофізіологів, нейрорадіологів, соціальних працівників, середній медичний персонал.

У сучасній епілептології однією з пріоритетних цілей є поліпшення якості життя і реабілітації хворих, причому якість життя та реабілітація хворих тісно взаємопов'язані між собою. Наявність нападів веде до обмеження життєдіяльності та позначається на якості життя хворих.

У 1997 р. Міжнародна Протиепілептична Ліга (ILAE) і Міжнародне Бюро Епілепсії (IBE) об'єднали свої зусилля спільно з Всесвітньою Організацією Охорони Здоров'я в розробці глобальної компанії проти епілепсії, покликаної вирішувати всі означені проблеми (ILAE була заснована в 1909 році і має регіональні відділення в 60 країнах). На сучасному етапі основною метою співпраці цих організацій є поліпшення якості лікування і соціальна адаптація хворих на епілепсію, з надією, що в результаті буде створено сприятливе оточення, в якому люди з цим захворюванням будуть жити краще.

Зокрема підкреслюється, що головною метою вдосконалення психіатричної допомоги є поліпшення якості життя хворих та членів їх сімей.

Якість життя – це динамічний стан, функція, що змінюється в часі, тому і оцінюватися вона повинна з інтервалами, як мінливий параметр, що залежить від виду та перебігу захворювання, процесу лікування і системи надання медичної та психологічної допомоги [12].

У своєму повсякденному житті пацієнти з епілепсією регулярно відчують складнощі, пов'язані із захворюванням. В основному це проблеми сімейного життя, зниження соціальних і персональних амбіцій, підвищення рівня тривожності і депресії, низька самооцінка в порівнянні зі здоровими людьми. Хворі на епілепсію рідше одружуються, мають складності з формуванням кола спілкування, частіше є безробітними [50-51].

Більш ранні дослідження виявили ще кілька особливостей людей з епілепсією. Вони мають більш слабе почуття власної гідності і більш високий рівень тривоги і знижений настрій. Деякі з них, хоча і не всі, відчувають на собі стигматизацію [8]. Когнітивні розлади, що формуються на тлі епілепсії носять хронічний, часто прогресуючий характер, що проявляється порушенням низки вищих коркових функцій, включаючи пам'ять, мислення, орієнтування, розуміння, рахунок, здатність до навчання, мовлення, аналітичну діяльність. Свідомість у хворих збережена, порушенню когнітивних функцій передують зміни емоційного контролю, соціальної поведінки та мотивації. Характер інтелектуального зниження залежить від соціального та культурного оточення, в якому мешкає хворий.

В літературі вітчизняних та зарубіжних авторів підкреслюється негативний ефект епілепсії на якість життя. Багато робіт присвячено діагностиці, лікуванню та опису форм захворювання, однак психолого-діагностичні дослідження не багаточисленні, хоча є важливими [8, 45].

Порівняльні популяційні дослідження показали, що якість життя у пацієнтів з епілепсією нижче, ніж в популяції. Вона на тому самому рівні або нижче, ніж у пацієнтів з іншими хронічними захворюваннями, такими як цукровий діабет, розсіяний склероз, бронхіальна астма та ін. Пацієнти з епілепсією частіше потребують медико-психологічної та соціальної підтримки, включаючи необхідність госпіталізації, проведення реанімаційних заходів, допомоги психологів, соціальних працівників і медсестер [13].

У дослідженнях також показано, що пацієнти, які мають хороший контроль над нападами, рідше повідомляють про наявність психосоціальних проблем, а пацієнти, які перебувають в ремісії більше 2 років, не відрізняються за якістю життя від здорових людей [8; 50].

Психологічне благополуччя пацієнтів із хворобою Паркінсона є критичним компонентом загального лікувального підходу, який впливає не лише на якість життя, але й на перебіг самого захворювання. Дані численних досліджень свідчать про високу поширеність депресії та тривожних розладів серед таких

пацієнтів. За оцінками дослідників, тривожно-депресивні симптоми виявляються у 40–50% випадків [86].

Важливо зазначити, що ці порушення часто залишаються недіагностованими, оскільки їх симптоматика може маскуватися під моторні прояви захворювання, зокрема акінезію, брадикінезію чи розлади сну [1]. Недооцінка психоемоційного стану сприяє зниженню прихильності до лікування, підвищує ризик соціальної ізоляції та поглиблює когнітивний дефіцит.

Когнітивні порушення, включаючи зниження уваги, пам'яті та виконавчих функцій, зустрічаються у 20–30% пацієнтів на ранніх стадіях, а на пізніх – у понад 80% [66]. Вони істотно впливають на рівень автономності пацієнта, підвищують навантаження на доглядальників і сприяють емоційному вигоранню.

Соціальні фактори, такі як стигматизація та зміна міжособистісних ролей, також відіграють значну роль у формуванні психологічного стану. Пацієнти часто уникають соціальних контактів, побоюючись осуду чи нерозуміння, що сприяє депресивним настроям [59].

У цьому контексті мультидисциплінарний підхід до ведення хворих набуває особливої ваги. Психотерапія, фармакологічна підтримка, регулярна фізична активність та соціальна інтеграція є ключовими елементами стратегії підтримки психологічного благополуччя [21].

Програми, що включають роботу з родичами та доглядальниками, демонструють підвищення рівня адаптації як у пацієнтів, так і в їхнього найближчого оточення [74].

Таким чином, підтримка психічного здоров'я пацієнтів із хворобою Паркінсона повинна розглядатися як невід'ємна складова лікувального процесу, що потребує системного підходу та міждисциплінарної взаємодії.

На сьогоднішній день основоположні критерії якості життя пацієнтів нейрофункціональної хірургії включають:

1) фізичне здоров'я – загальне здоров'я, щоденна активність, частота і тяжкість епілептичних нападів, побічні ефекти терапії. В останні роки до цих показниками додають також порушення сну і втрату енергії;

2) психологічне здоров'я – відчуття благополуччя, повага до себе, безпорадність, очікування майбутнього. Пацієнти з епілепсією часто відчують психічні та емоційні розлади (підвищену тривожність, депресію, втрату контролю і зниження самооцінки, когнітивні розлади, страх публічності, відчуття стигми);

3) соціальне здоров'я – різні аспекти відносин всередині і поза сім'єю, професійний статус, соціальна активність та підтримка, економічна самостійність, можливості для відновлення сил, відпочинку, розваг, наявність і якість соціального обслуговування, можливості для навчання, набуття нової інформації, умінь і навичок [78].

Взаємозалежність якості лікування та якості життя досить складна. Логічно припустити, що чим ефективніше лікування, тим вищою є якість життя. Однак така закономірність спостерігається не завжди. При оцінці впливу лікування на якість життя необхідно враховувати і можливість розвитку побічних ефектів препаратів, які можуть призвести до появи нових симптомів, інколи навіть погіршуючи якість життя. Крім того, часто сам факт необхідності прийому медикаментів негативно сприймається пацієнтом і відповідно створює психологічні проблеми. У деяких дослідженнях встановлено, що якість життя є чинником, що визначає схильність хворого до лікування. Отже, лікування може спричиняти як позитивні, так і негативні зміни в якості життя. Тому останнім часом у ряді досліджень, крім впливу лікування на перебіг захворювання та його прогноз, оцінюють зміни якості життя як один із критеріїв ефективності. [140]

Відношення до хвороби є ще одним з суттєвих факторів, що визначають якість життя психологічний та емоційний стан пацієнтів. Негативне відношення до епілепсії, нестійкий емоційний стан призводять до нездатності пацієнта адекватно оцінити та перебороти ситуацію, що склалася в умовах хвороби. Хворий сприймає епілепсію, як позитивну загрозу, яку неможливо усунути в

силу характеру захворювання і яка обов'язково призведе до тяжких наслідків. Таке сприйняття життєвої ситуації неминуче призводить до погіршення емоційного стану та супроводжується зростанням тривоги та депресії.

Духовний аспект. Внесок різних аспектів психічного здоров'я в його загальне значення індексу наразі вивчається більш детально. Тобто тип благополуччя \Leftrightarrow інший аспект благополуччя або інші фактори (необов'язково) = загальний рівень психічного здоров'я.

Результати багатьох досліджень показують, що психічне здоров'я може зменшити частоту негативних переживань (депресії, тривоги та стресу) у пацієнтів нейрофункціональної хірургії [19], тим самим впливаючи на загальне психічне здоров'я. Для деяких хворих сильна віра в Бога супроводжує відчуття мети та сенсу життя; для інших це може представляти потужну систему підтримки. В іншому дослідженні також згадується позитивний вплив психічного здоров'я на фізичне та функціональне здоров'я.

Розглянемо докладніше фактори, що впливають на психічне здоров'я. У багатьох дослідженнях згадуються фактори, які впливають на психічне здоров'я, такі як тривалість перебування в лікарні, рівень освіти, фізичні функції, контакт із членами сім'ї та частота госпіталізації [29]. Дослідження також виявили, що аналіз зв'язку між релігійними переконаннями, статтю, сімейним станом і рівнем психічного здоров'я не спостерігався. Такі фактори, як вік, стать та тривалість захворювання, не мають істотного впливу на психічне здоров'я.

Також важливим аспектом є те, що психічне здоров'я пацієнтів змінюється з часом після операції [40]. Можна припустити, що серед інших причин певна суперечливість результатів пов'язана з неузгодженістю психологічних діагностичних інструментів, які використовуються для вимірювання рівня психічного здоров'я в різних дослідженнях. Іншою важливою причиною може бути те, що хворі перебувають на різних стадіях хвороби.

Соціальний аспект. Аналіз великої кількості досліджень показує, що пацієнти, які зазнають стресу через діагностику та лікування епілепсії або хвороби Паркінсона, користуються підтримкою з власного соціального кола. Ці

ресурси включають емоційну допомогу та практичну підтримку (наприклад, супровід до лікаря). Емоційна підтримка пом'якшує негативні наслідки стресу, який відчувають хворі, та сприяє їхньому позитивному психологічному стану, тоді як практична допомога позитивно впливає на фізичне самопочуття. Це підкреслює важливість соціальних ресурсів для забезпечення психологічного комфорту хворих. Зменшення якості соціальної підтримки, у свою чергу, прогнозувало збільшення рівня депресії, стресу та негативних емоцій. Отже можна стверджувати, що соціальний аспект благополуччя, так само, як і духовний, значно впливає на загальний показник психологічного благополуччя. Соціальна підтримка відіграє важливу роль в адаптації пацієнтів до захворювання.

Емоційний аспект. У наукових роботах, присвячених вивченню емоційного благополуччя у пацієнтів нейрофункціональної хірургії, цей аспект часто розглядається не окремо. Як правило, у дослідження також включають соціальний та фізичний аспекти благополуччя. Ці аспекти психологічного благополуччя часто характеризуються тісним взаємозв'язком. Таким чином, від емоційного благополуччя значною мірою залежить загальний показник психологічного благополуччя.

Фізичний аспект. Фізичне благополуччя є важливим, а для хворих з хворобою Паркінсона навіть визначальним аспектом психологічного благополуччя. На відміну від інших вимірів, на стан фізичного благополуччя у пацієнтів важче впливати, адже він здебільшого залежить не від психологічної реальності, а від об'єктивних показників. Наприклад, на фізичний аспект психологічного благополуччя пацієнтів значно впливають тремор, фізична слабкість, наявність втоми чи болю [11]. Важливим фактором, що відіграє роль у зниженні фізичного благополуччя у пацієнтів, і на який в більшості випадків можна впливати, є низька фізична активність. Встановлено, що низька фізична активність у пацієнтів, які пройшли нейрохірургічне лікування, пов'язана з більшою втомою, депресією, зниженням фізичного благополуччя та якості життя. Підтримка або збільшення фізичної активності та контроль після

діагностики можуть впливати на психосоціальне благополуччя та на пов'язану зі здоров'ям якість життя (health-related quality of life, HRQOL) у пацієнтів нейрофункціональної хірургії [15].

Загалом, наявність соціальної підтримки має суттєвий вплив на фізичне благополуччя пацієнтів. Так, пацієнти, члени родини яких забезпечували їм технічну соціальну підтримку у вигляді організації лікувального процесу, мали значно вищий рівень фізичного благополуччя, ніж ті, хто не отримував технічної підтримки. На фізичне благополуччя пацієнтів впливає і їхній соціально-економічний статус [32].

Як і у випадку з емоційним станом, для фізичного аспекту добробуту важлива здатність коригувати поставлені цілі. Фізичний компонент психологічного добробуту у пацієнтів демонструє найсильніший негативний вплив хвороби. Будь-який вид терапевтичної допомоги, психологічний чи фізичний, має певні обмеження у застосуванні, залежно від тяжкості захворювання.

Функціональний аспект. Функціонування людини у повсякденному житті та соціальних ролях часто має недостатньо вивчений аспект психологічного благополуччя серед пацієнтів нейрофункціональної хірургії. Мало що відомо про те, як внутрішньо- та міжособистісні перешкоди в емоційній обробці та прояві емоцій (зокрема, соціальні обмеження, труднощі з розпізнаванням_вираженням емоцій), корелюють з функціональним добробутом пацієнтів.

Недостатньо досліджено також вплив вираженості позитивних та негативних емоцій на вищезгадані зв'язки.

Загалом, фізичний, функціональний та емоційний добробут є значущими факторами, що використовуються для оцінки якості життя пацієнтів, тож їх часто розглядають разом.

Економічний аспект. Даний аспект психологічного благополуччя тісно пов'язаний із функціональним благополуччям у пацієнтів. Якщо економічний стан є більш стійкою характеристикою, то функціональний, що фактично є його наслідком, більш схильний до впливу хвороби. При цьому, межі, в яких можна

поліпшити функціональний стан, визначаються початковим рівнем економічного добробуту. Тобто, логічно, що здатність людини функціонувати у повсякденному житті (функціональне благополуччя) обмежена тим, як це повсякденне життя було організоване загалом.

Суб'єктивний аспект. Рівень суб'єктивного благополуччя у пацієнтів значною мірою обумовлюється страхом перед погіршенням стану, стражданнями від хірургічного втручання, рецидивом, впливом на Я-концепцію та страхом перед майбутніми обстеженнями. У свою чергу, соціальна підтримка та нижчий рівень загального стресу позитивно впливають на рівень суб'єктивного благополуччя пацієнтів.

Таким чином, завдяки теоретичному аналізу наукових джерел було виділено основні аспекти психологічного благополуччя у пацієнтів нейрофункціональної хірургії, а саме: фізичний, функціональний, соціальний, духовний, емоційний, економічний та суб'єктивний. Вони є компонентами єдиної структури і тісно пов'язані між собою. Проте, було з'ясовано, що чинники впливу на дані аспекти можуть значно відрізнятися. Так, на рівень економічного благополуччя може впливати соціоекономічний статус та статус зайнятості. Фізичний аспект благополуччя залежить від наявності втоми або болю, фізичної активності. На соціальний аспект суттєво впливає якість та кількість соціальної підтримки. Духовне благополуччя обумовлюється рівнем освіти, релігійністю, контактом з родиною, тривалістю перебування в лікарні. Емоційне благополуччя залежить від наявності депресії в анамнезі або поточної депресії, самоефективності, поінформованості про ризик рецидиву. Суб'єктивний аспект благополуччя пов'язаний із самооцінкою, життєвими цілями. Функціональний аспект залежить від емоційного досвіду та функціонального навантаження.

При цьому деякі чинники можуть одночасно впливати на декілька аспектів психологічного благополуччя. До них можна віднести соціодемографічні чинники, духовні переконання, соціальну підтримку, рівень стресу, спричиненого лікувальними процедурами, здатність до переформування цілей. Розуміння специфіки кожного аспекту психологічного благополуччя пацієнтів,

системи взаємозв'язків цих аспектів та способів впливу на них є вирішальним для надання ефективної психологічної допомоги.

Очевидно, що хвороба може істотно впливати на фізичний стан, психологію, поведінку людини, емоційні реакції, а також змінювати її місце і роль в суспільному житті. Зазвичай лікар, оцінюючи стан здоров'я пацієнта, аналізує фізикальні, лабораторні та інструментальні дані, а інформація щодо психологічних чи емоційних проблем, які виникають у зв'язку з хворобою, як правило, залишається поза його увагою. Разом з тим не завжди об'єктивне зменшення патологічних змін супроводжується покращенням самопочуття пацієнта. Виникає замкнуте коло, що створює передумови для появи зневіри у можливості отримати адекватну медичну допомогу, відмови від лікування тощо. Безпосередня участь пацієнта в оцінці свого стану та активне його залучення до співпраці є надзвичайно важливою, оскільки тільки хворий може надати адекватну інформацію про ступінь задоволення аспектами свого життя, пов'язаними із симптомами захворювання та його психологічними, соціальними та іншими наслідками.

Оцінка якості життя важлива не лише для визначення стану пацієнта на даний момент. Вона може впливати і на вибір тактики лікування. Покращення прогнозу у багатьох випадках є основною метою лікування. Разом з тим оптимальним вважається лікування, яке не лише збільшує тривалість життя, але і покращує його якість. З іншого боку, багато методів лікування не впливають на прогноз, однак можуть істотно покращити якість життя, зменшуючи прояви захворювання, частоту ускладнень, частоту госпіталізацій тощо.

Отже, вивчення якості життя слід застосовувати:

- для всеохоплюючого обстеження пацієнта з урахуванням власного, суб'єктивного визначення свого стану;

- оцінки ефективності препаратів та методів лікування в клінічній практиці і наукових дослідженнях, визначення рівня довіри та прихильності хворого до призначеного лікування;

- встановлення психологічних проблем та соціального статусу у хворих у системі загальної практики;
- визначення прогнозу захворювання та профілактичної корекції факторів ризику, підбору реабілітаційних заходів та при проведенні медико-соціальної експертизи;
- аналізу співвідношення витрат і ефективності медичної допомоги, в медичному аудиті.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

У сучасній науці користуються комплексним підходом до оцінки здоров'я, до якого входять об'єктивні дані, а також суб'єктивне сприйняття самою людиною психологічних, емоційних та соціальних аспектів життя.

Дослідження психологічного благополуччя та якості життя пацієнтів нейрофункціональної хірургії, є надзвичайно важливим етапом у всебічній оцінці результатів лікування. Ці стани значною мірою впливають не лише на фізичне здоров'я, але й на емоційний стан, когнітивне функціонування, міжособистісні стосунки та соціальну інтеграцію хворих.

Попри успішне зменшення моторних або судомних симптомів після оперативного втручання, багато пацієнтів продовжують стикатися з психологічними труднощами, такими як тривога, депресія, емоційне вигорання чи втрата сенсу життя. Тому важливо не лише оцінювати клінічні показники, але й враховувати індивідуальні переживання пацієнта, його адаптаційні можливості та рівень суб'єктивного задоволення життям.

Комплексний підхід, що поєднує нейрохірургічне лікування з психосоціальною підтримкою, дає змогу досягти більш стійкого ефекту та підвищити якість життя пацієнтів у довгостроковій перспективі. Крім того, систематичне дослідження цих аспектів сприяє вдосконаленню клінічних протоколів, формуванню мультидисциплінарних команд та персоналізованого підходу до кожного пацієнта. У підсумку, психоемоційне благополуччя повинно

розглядатися не як вторинна мета лікування, а як один з основних критеріїв його успішності.

Дослідження якості життя і психологічного благополуччя дозволяє принципово змінити погляд на проблему хвороби та хворого, оскільки як соціально-психологічна категорія вона знаходиться у полі інтересу медицини та охорони здоров'я, соціології, економіки; на неї впливають соціальні, економічні, психологічні та фізіологічні фактори. З появою нових інформаційних технологій в медицині, з впровадженням ефективних та точних методів діагностики та лікування, актуальною стає необхідність у об'єктивній оцінці успішності допомоги та лікуванні хворих.

При комплексному дослідженні пацієнтів особливу увагу слід приділяти проведенню психологічної діагностики, яка є невід'ємною частиною як доопераційного, так і післяопераційного супроводу пацієнтів. Така діагностика дозволяє не лише виявити наявні психоемоційні порушення – депресивні та тривожні стани, когнітивний дефіцит, знижену мотивацію чи труднощі в соціальній адаптації – але й прогнозувати можливі ускладнення психічного характеру після втручання. Це, у свою чергу, допомагає фахівцям адаптувати лікувальні та реабілітаційні програми відповідно до індивідуальних потреб пацієнта.

Психологічна діагностика дає змогу: оцінити рівень емоційної стійкості та ресурсності хворого; виявити ризики розвитку післяопераційної депресії чи тривожних розладів; визначити рівень когнітивного функціонування та пам'яті; сформулювати уявлення про очікування пацієнта від лікування; забезпечити ефективну психоосвітню та підтримувальну роботу в процесі адаптації.

З огляду на складність захворювань, що мають прогресуючий характер і суттєво впливають на якість життя, своєчасна психологічна оцінка дає змогу не лише мінімізувати ризики психоемоційної дезадаптації, але й посилити ефективність хірургічного лікування загалом. Її результати можуть слугувати основою для розробки індивідуальних психокорекційних програм, спрямованих

на підтримку пацієнта на всіх етапах лікувального процесу – від постановки діагнозу до стабілізації стану в післяопераційний період.

Таким чином, діагностика психологічного благополуччя повинна розглядатися як стратегічно важлива складова цілісного, мультидисциплінарного підходу до лікування хворих з епілепсією та хворобою Паркінсона після нейрохірургічних втручань. Створення теоретичної моделі психологічного благополуччя, визначення показника психологічного благополуччя як критерія комплексної оцінки здоров'я пацієнтів, виявлення комплексу психодіагностичних методик, які є найбільш ефективними при обстеженні хворих даної нозології, виявлення сукупності і взаємодії факторів, здатних впливати на психічний стан пацієнтів і відчуття психологічного благополуччя дозволять створити індивідуалізовані програми психологічної підтримки на всіх етапах лікування пацієнтів.

РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ПАЦІЄНТІВ НЕЙРОФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ

2.1. Етапи дослідження, збору даних та характеристика досліджуваної вибірки

У сучасних умовах ускладнення всіх без виключення сфер суспільного життя відбувається загострення факторів впливу на психічний стан особистості. Повною мірою це стосується й хворих нейрофункціональної хірургії. Крім того сьогодні зростає усвідомлення наявності та потенційної значущості супутніх захворювань. Так, все частіше мають місце тривожні стани та депресивні прояви. Відповідно вони частіше описуються та досліджуються з метою розробки ефективного й результативного лікування.

Сучасні вимоги до якості клініко-психологічної допомоги наголошують на необхідності застосування в лікувальному процесі не тільки високоефективних медикаментозних препаратів, але й ефективного психологічного супроводу хворих.

Аналізуючи дані досліджень, актуальним виявляється розв'язання питання про доцільність проведення комплексної оцінки психічного стану пацієнтів у динаміці захворювання. Саме на вирішення окреслених завдань й спрямовано дане дослідження.

Як і будь-яке експериментальне дослідження воно базується на формуванні та перевірці певних гіпотез, що узагальнено на рисунку 2.1.

Отже, як видно з рисунку 2.1, в межах даного дослідження сформульовано три основні експериментальні гіпотези.

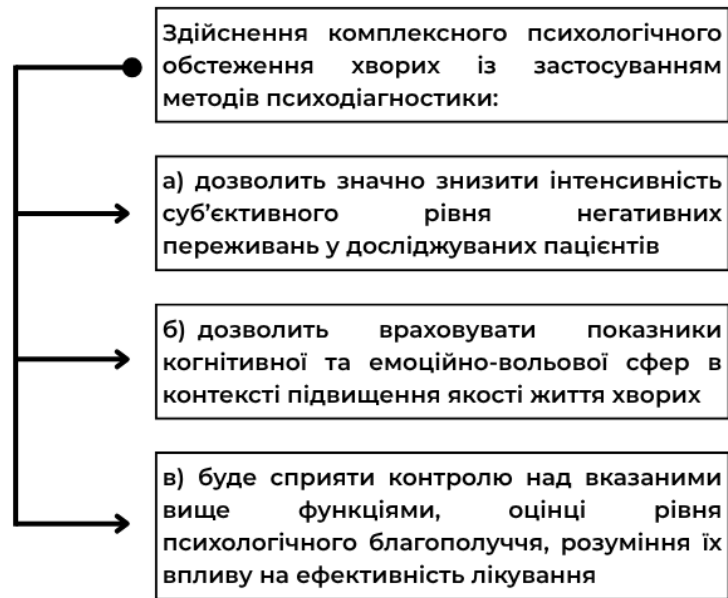


Рис. 2.1. Експериментальні гіпотези дослідження

Етапи емпіричного дослідження в загальному можуть бути зведені до наступного:

1. Розробка психодіагностичного протоколу.
2. Формування та дослідження вибірок.
3. Статистична обробка отриманих даних.
4. Розробка рекомендацій.

Взаємозв'язок окреслених етапів представлений на рисунку 2.2.

Отже, як видно з рисунку 2.2, емпіричне дослідження складається з чотирьох взаємопов'язаних етапів.

При цьому особливе значення в процесі реалізації представлених етапів займають критерії включення до дослідження та виключення з нього, що представлено на рисунку 2.3.

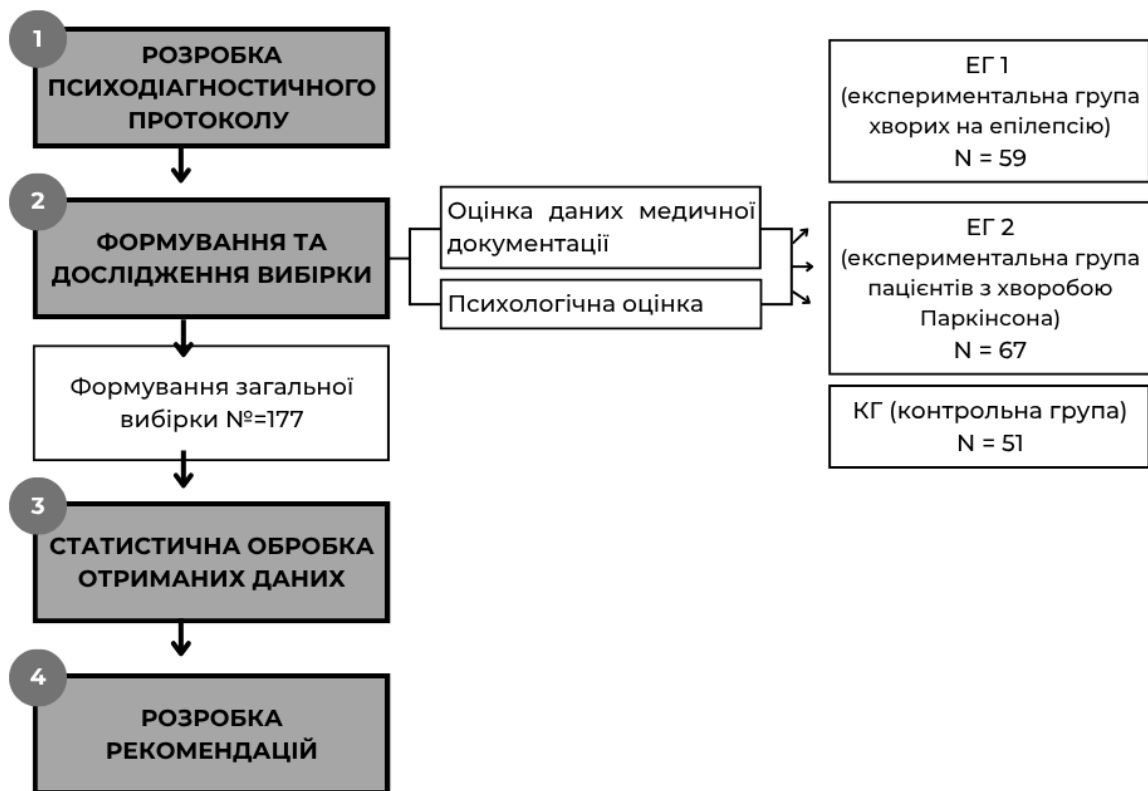


Рис. 2.2. Взаємозв'язок та формування етапів емпіричного дослідження

Зазначені на рисунку 2.2. критерії виступають обов'язковими зваженими індикаторами включення учасників експерименту до дослідження та виключення їх з такого.

З огляду на мету даного дослідження доречно обґрунтувати критерії включення та виключення з дослідження, з урахуванням теоретичного підґрунтя експериментального дослідження (рис. 2.3.).



Рис. 2.3. Критерії включення та виключення пацієнтів з дослідження

Таким чином, загальна кількість досліджуваних склала 177 осіб віком від 18 до 75 років, які проживали в Україні. Експериментальна клінічна вибірка складалася з групи хворих з фармакорезистентною епілепсією (59 осіб) та групи пацієнтів з хворобою Паркінсона (67 осіб). Дослідження проводилося до нейрохірургічного втручання. Збір даних експериментальної групи здійснювався на базі відділення функціональної нейрохірургії Інституту нейрохірургії імені академіка А.П. Ромоданова НАМН України. Група порівняння складалася з 51 здорової особи. Учасники з важкими психотичними розладами, окрім тривоги та депресії, були виключені з вибірки.

Опитування пацієнтів складалося з соціодемографічної анкети та психодіагностичних методик, пов'язаних з основним захворюванням і психологічним благополуччям. З метою дотримання конфіденційності під час опитування жодна інформація, за якою можна було б ідентифікувати досліджуваних, не збиралася. Деталі збору та обробки персональних даних були описані в інформованій згоді, яка містилася в історії хвороби пацієнта.

Обробка та аналіз емпіричних даних здійснювалися з використанням методів описової статистики та відповідних статистичних критеріїв. Це дало змогу охарактеризувати вибірку та виявити статистично значущі відмінності між групами пацієнтів за рівнем психологічного благополуччя до та після нейрохірургічного втручання.

Оцінка психометричних властивостей обраних психодіагностичних інструментів включала аналіз надійності (зокрема внутрішньої узгодженості шкал), що дозволило підтвердити валідність інструментарію для даної клінічної вибірки. Для виявлення структурних зв'язків між змінними, які впливають на психологічне благополуччя, застосовувався кореляційний аналіз. Регресійний аналіз був використаний для визначення предикторів психологічного благополуччя, таких як емоційний стан, рівень адаптації до хвороби та особистісні ресурси, в обох групах пацієнтів – із хворобою Паркінсона та епілепсією.

Соціально-демографічні змінні залишалися в текстовому форматі, оскільки мали описовий характер. Натомість показники за психометричними шкалами були перекодовані у числові значення згідно з протоколами, поданими в офіційних посібниках до кожної методики. Ці ж джерела використовувалися для підрахунку інтегральних балів за шкалами та субшкалами, а також для подальшої інтерпретації результатів дослідження психологічного благополуччя пацієнтів у контексті нейрофункціональної хірургії.

Також були використані візуалізації, такі як графіки та таблиці, що дозволило перевірити наявність помилок або пропущених категорій у наборі даних. Такий ретельний підхід допоміг забезпечити точність і надійність емпіричних даних і підготувати їх для подальшого статистичного аналізу.

Досліджувана вибірка складалася з 177 осіб віком від 18 до 75 років (табл. 2.3, рис 2.5). Найбільший відсоток припадав на вік 62 роки. З них 81 жінка та 96 чоловіків (табл. 2.2, рис 2.4).

Таблиця 2.2

Загальний розподіл досліджуваних за статтю

Стать	Кількість	Відсоток, %
Жінок	81	45,8%
Чоловік	96	54,2%

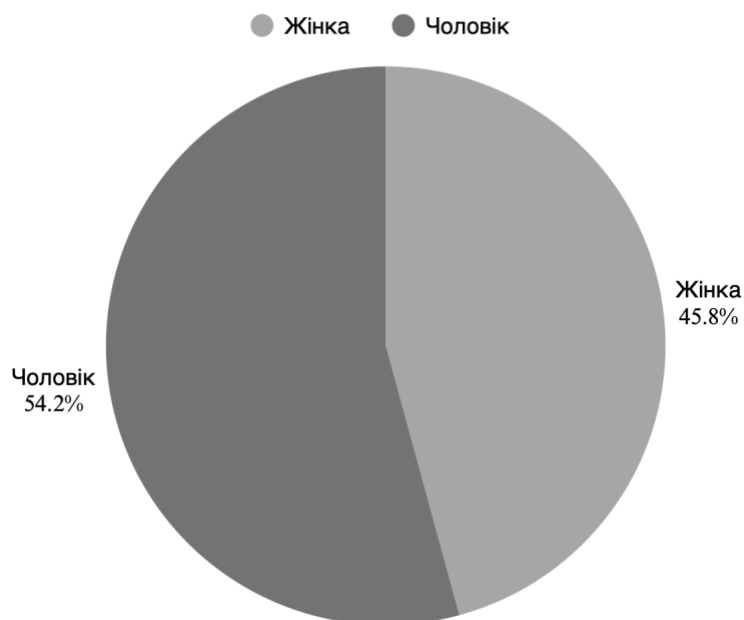


Рис. 2.4. Загальний розподіл досліджуваних за статтю

Таблиця 2.3

Загальний розподіл досліджуваних за віком

Віковий діапазон	Кількість	Відсоток, %
18-20	17	9,6%
21-30	33	18,64%
31-40	27	15,25%
41-50	23	12,99%
51-60	33	18,64%
61-70	41	23,16%
71-75	3	1,69%

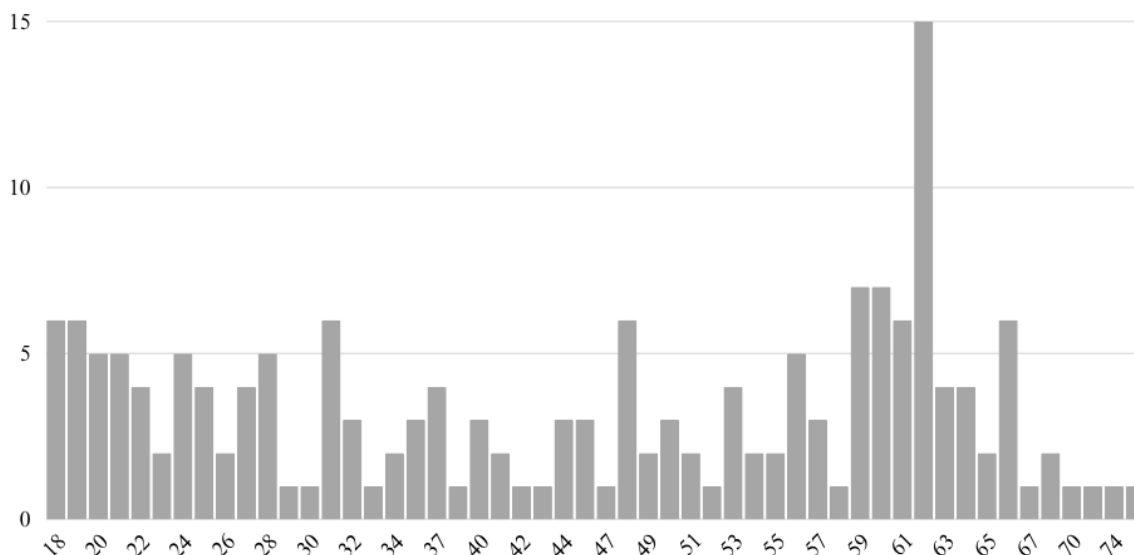


Рис. 2.5. Загальний розподіл досліджуваних за віком

Надалі розглянемо результати вибірки за групами (експериментальна група 1 – пацієнти з діагнозом G40 Епілепсія (ЕГ 1); експериментальна група 2 – пацієнти з хворобою Паркінсона (ЕГ 2); контрольна група (КГ).

Досліджувана вибірка ЕГ 1 складалася з 25 жінок та 34 чоловіків (табл. 2.4, рис 2.6) віком від 18 до 54 років (табл. 2.5, рис 2.7).

Таблиця 2.4

Розподіл досліджуваних за статтю (ЕГ 1)

Стать	Кількість	Відсоток, %
Жінок	25	42,4%
Чоловік	34	57,6%

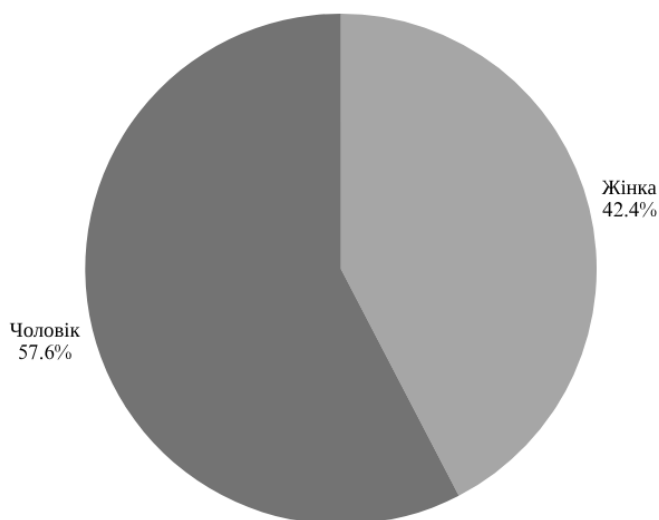


Рис. 2.6. Розподіл досліджуваних за статтю (ЕГ 1)

Розподіл досліджуваних за віком (ЕГ 1)

Віковий діапазон	Кількість	Відсоток, %
18-20	15	25,5%
20-30	19	32,3%
30-40	15	27,2%
40-50	7	13,6%
50-60	3	5,1%

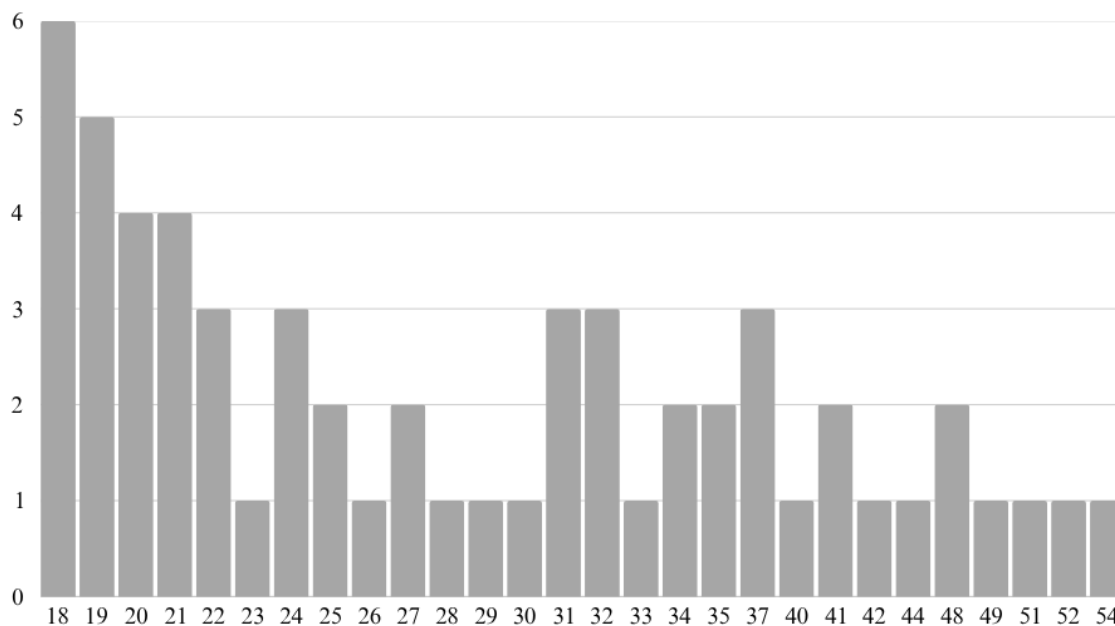


Рис. 2.7. Розподіл досліджуваних за віком (ЕГ 1)

Що стосується сімейного стану (табл. 2.6, рис. 2.8), то в ЕГ 1 у шлюбі перебувало 20 осіб (33,9%) та 39 були незаміжні / неодружені (66,1%).

Розподіл досліджуваних за сімейним статусом (ЕГ 1)

Сімейний статус	Кількість	Відсоток, %
У шлюбі	20	33,9%
Незаміжні / неодружені	39	66,1%

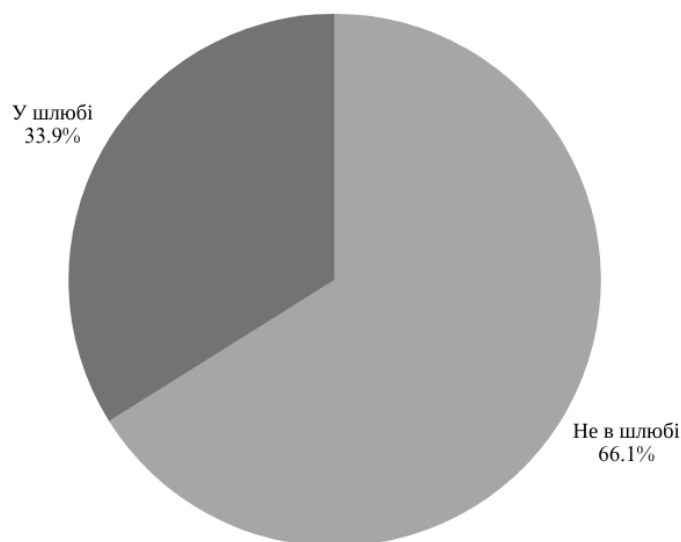


Рис. 2.8. Розподіл досліджуваних за сімейним статусом (ЕГ 1)

Що стосується освіти, то більшість респондентів (37,3%) повідомили, що мають вищу освіту (табл. 2.7, рис. 2.9). 20,3% респондентів повідомили, що мають незавершену вищу, по 18,6% – середню та середню спеціальну освіту, а 5,1% мали не завершену середню освіту.

Таблиця 2.7

Розподіл досліджуваних за освітою (ЕГ 1)

Освіта	Кількість	Відсоток, %
Вища	22	37,3%
Не завершена вища	12	20,3%
Середня	11	18,6%
Середня спеціальна	11	18,6
Середня не завершена	3	5,1

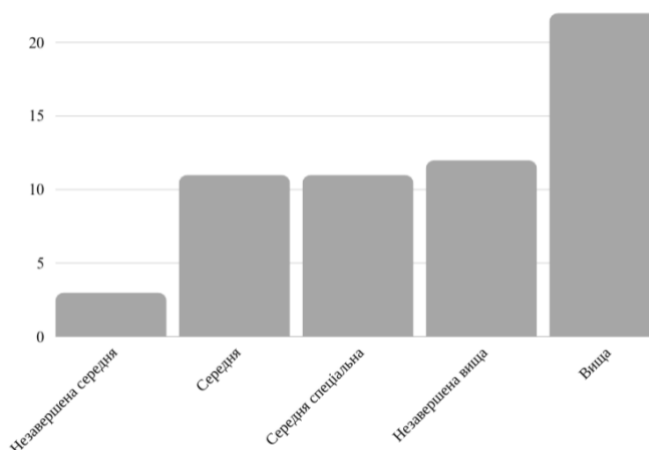


Рис. 2.9. Розподіл досліджуваних за освітою (ЕГ 1)

Щодо інвалідності (рис. 2.10), то 67,8% респондентів повідомили, що не мають групи інвалідності, тоді як 23,7% вказали, що мають II групу інвалідності. Ще 6,8% респондентів мали III групу інвалідності, та 1,7% - I групу.

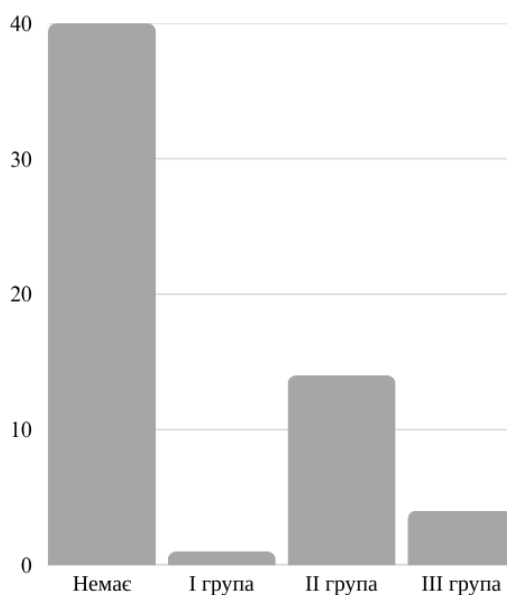


Рис. 2.10. Розподіл досліджуваних за групою інвалідності (ЕГ 1)

Що стосується тривалості хвороби (рис. 2.11) та частоти приступів (табл. 2.8, рис. 2.12): декілька разів на місяць приступи мали 39% хворих, щотижня - 28,8%; щодня - 25,4%, декілька разів на рік приступи мали 6,8% пацієнтів. Тривалість хвороби за результатами опитування коливається від 3 місяців до 40 років.

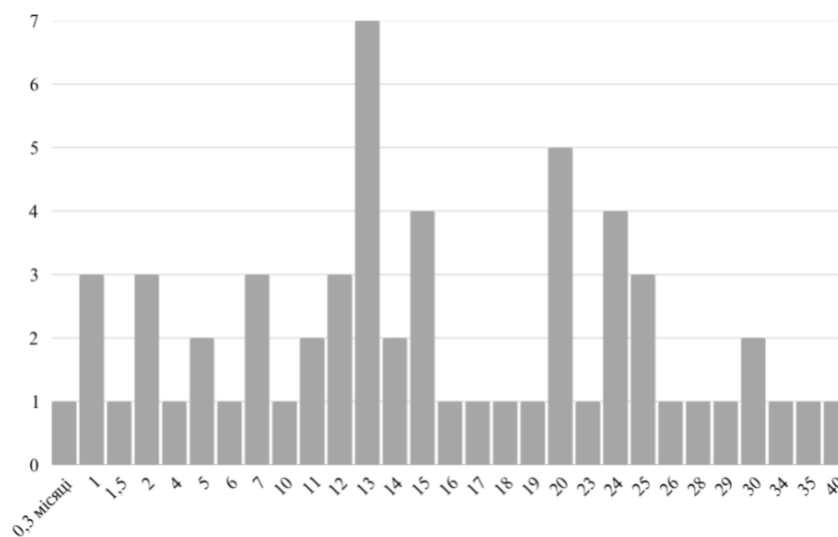


Рис. 2.11. Розподіл досліджуваних за тривалістю хвороби (ЕГ 1)

Розподіл досліджуваних за частотою приступів (ЕГ 1)

Освіта	Кількість	Відсоток, %
Щодня	15	75,0
Щотижня	17	28,8%
Щомісяця	23	25,4%
Щороку	4	6,8%

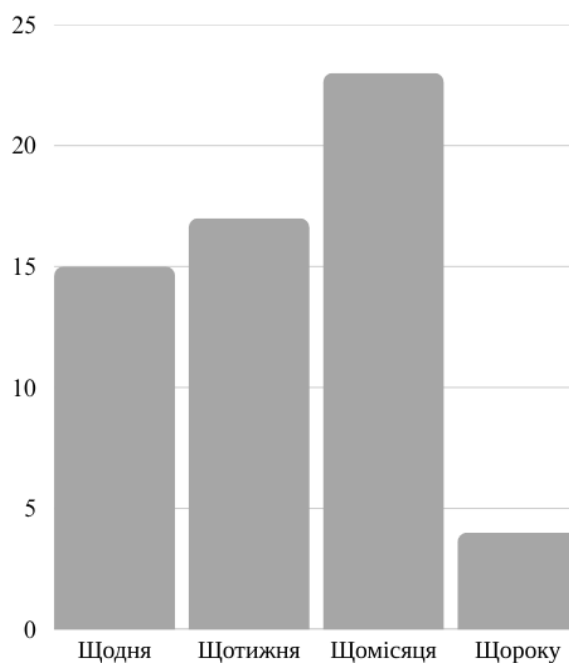


Рис. 2.12. Розподіл досліджуваних за частотою приступів (ЕГ 1)

Досліджувана вибірка ЕГ 2 складалася з 22 жінок та 45 чоловіків (табл. 2.9, рис 2.13) віком від 44 до 76 років (табл. 2.11, рис 2.11).

Розподіл досліджуваних за статтю (ЕГ 2)

Стать	Кількість	Відсоток, %
Жінок	22	32,8%
Чоловік	45	67,2%

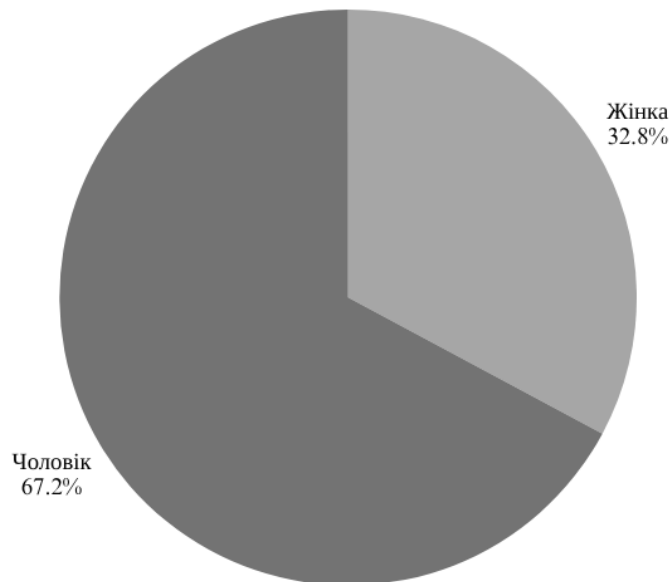


Рис. 2.13. Розподіл досліджуваних за статтю (ЕГ 2)

Таблиця 2.10

Розподіл досліджуваних за віком (ЕГ 2)

Віковий діапазон (Age Range)	Кількість (Quantity)	Відсоток, % (Percentage, %)
40-50	5	7,46%
50-60	21	31,34%
60-70	38	56,72%
70-80	3	4,48%

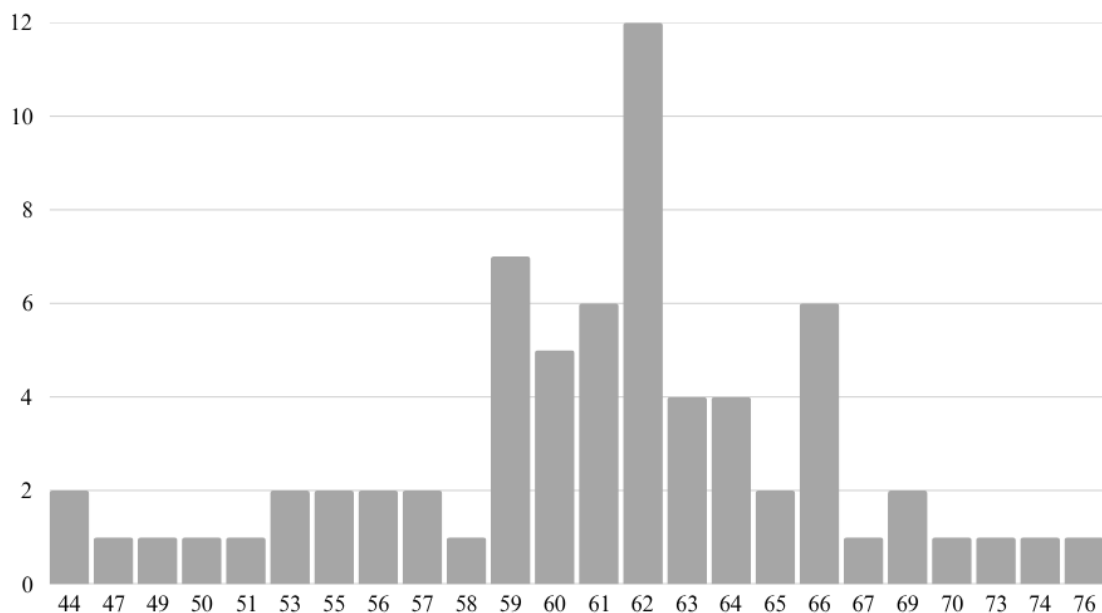


Рис. 2.14. Розподіл досліджуваних за віком (ЕГ 2)

Згідно з отриманими даними (табл.2.10, рис.2.14) найбільша кількість респондентів припадала на вікову групу 50–70 років. Така тенденція є цілком

закономірною, адже, за науковими дослідженнями хвороба Паркінсона найчастіше розвивається саме у людей старшого віку. Зокрема, ризик виникнення захворювання значно підвищується після 60 років.

Таким чином, представлений віковий розподіл респондентів узгоджується з епідеміологічними особливостями перебігу хвороби Паркінсона і свідчить про репрезентативність вибірки дослідження.

2.2. Емпірична модель дослідження психологічного благополуччя пацієнтів нейрофункціональної хірургії

У попередньому розділі було представлено теоретичну модель психологічного благополуччя пацієнтів нейрофункціональної хірургії, яка охоплює такі ключові компоненти: фізичний, духовний, емоційний, функціональний, соціальний, економічний і суб'єктивний. Зазначені аспекти благополуччя є взаємопов'язаними та формують єдину інтегративну структуру. На кожен із цих компонентів можуть впливати різноманітні чинники, які відрізняються залежно від специфіки відповідного аспекту. Вплив окремих факторів на ті чи інші складові благополуччя підтверджується результатами численних наукових досліджень [4].

У більшості випадків спостерігається логічна відповідність між характеристиками факторів і типом благополуччя, на який вони впливають (наприклад, фізична втома як чинник зниження фізичного благополуччя). Водночас наявні емпіричні дані свідчать і про міжкомпонентні зв'язки, які не є очевидними. Зокрема, встановлено, що рівень духовності може мати статистично значущий вплив на функціональне благополуччя пацієнтів [142], що засвідчує багатовимірність та взаємопроникність компонентів психологічного благополуччя.

З окремих аспектів благополуччя складається загальний рівень психологічного благополуччя. На нього впливає наявність захворювання, що, зрештою, позначається на психологічному стані пацієнта. Покращення

психологічного стану пацієнтів є ключовою метою проведення психологічних досліджень. Тобто, можна припустити, що впливаючи на фактори, від яких залежить рівень психологічного благополуччя пацієнтів, можливо покращити їхній психологічний стан. Таким чином, схема, якою ми керуватимемося при побудові емпіричної моделі дослідження, представлена на рис.2.15.

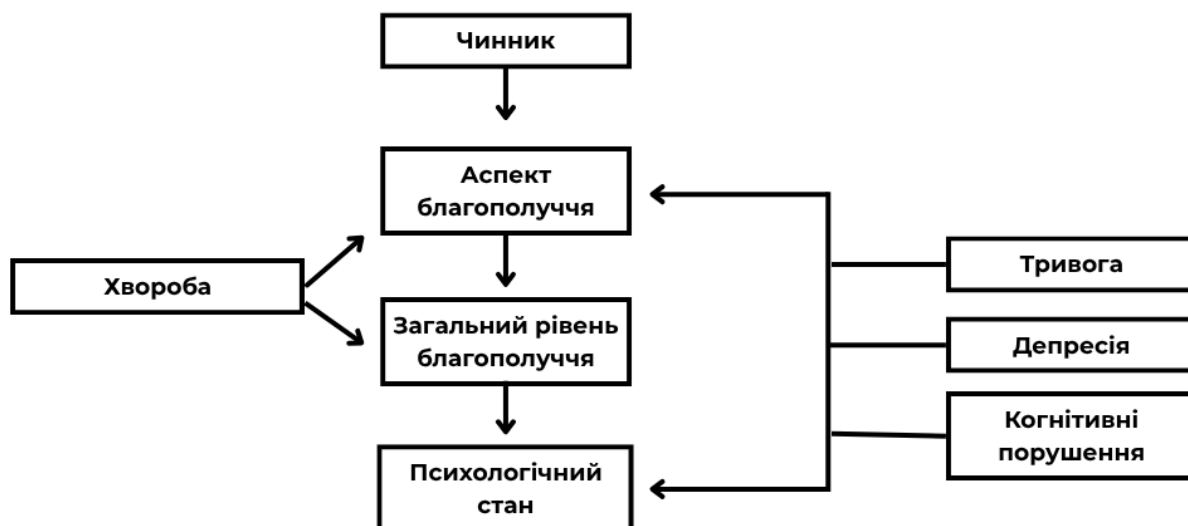


Рис. 2.15. Схема взаємозв'язків між захворюванням, благополуччям та психологічним станом пацієнтів

Слід підкреслити, що поняття психологічного стану та психологічного благополуччя, хоча й тісно пов'язані, все ж мають відмінності. Психологічний стан – це короткотривале, миттєве емоційне та когнітивне переживання людини, яке постійно змінюється. Протягом дня людина може відчувати радість, смуток, злість, тривогу чи спокій. Водночас, психологічний стан не слід плутати з емоційним станом, адже він включає ширший спектр – не лише емоції й думки, але й поведінкові та фізіологічні реакції на зовнішні обставини. Таким чином, добрий психологічний стан і високе психологічне благополуччя взаємопов'язані, але не тотожні: перше є більш динамічним і змінним, тоді як друге – стійкішим і всеохопним проявом психічного здоров'я.

Через свою багатогранність психологічний стан складно точно виміряти. Жодна методика не здатна повною мірою охопити весь спектр людських внутрішніх переживань. Тому в схемі (рис. 2.15) ця змінна представлена як

умовний, теоретичний конструкт. Тобто ми не вимірюємо психологічний стан напряду, але вважаємо, що на нього впливає загальний рівень психологічного благополуччя особи. Такий підхід має обмеження, адже не дає змоги робити точні висновки щодо стану пацієнтів, проте дозволяє краще зрозуміти загальні закономірності між благополуччям і станом людини.

Психологічне благополуччя, зі свого боку, – це загальне відчуття задоволеності життям, позитивна оцінка свого досвіду, цілей та особистого розвитку. На відміну від психологічного стану, воно є більш стабільним і довготривалим. Його зазвичай розглядають як ширший і триваліший показник психічного здоров'я.

Незважаючи на відсутність універсального визначення терміну "гарний" психологічний стан або "високий" рівень благополуччя, обидва ці поняття зазвичай описують через позитивні емоції, життєстійкість, гармонійні стосунки, самоприйняття, особистісне зростання, а також наявність сенсу і мети в житті.

Щодо оцінки психологічного благополуччя, доцільним є використання кількох інструментів для вимірювання як загального рівня благополуччя, так і його окремих компонентів. По-перше, це пов'язано з тим, що наразі не існує універсальних методик, які б повністю охоплювали всі складові психологічного благополуччя саме у пацієнтів нейрофункціональної хірургії. По-друге, такий підхід є виправданим з огляду на статистичний аналіз, адже ми потребуємо одного інтегрального показника як залежної змінної. Було б некоректно формувати цю змінну на основі її ж складових, які одночасно використовуються в моделі.

У науковій практиці вважається корисним застосовувати кілька підходів до вимірювання складних конструктів, таких як психологічне благополуччя, щоб підвищити точність, надійність і валідність отриманих даних. Це дозволяє краще зафіксувати тонкі відмінності у структурі складного явища. Водночас важливо враховувати можливі джерела викривлення результатів та обирати лише валідні інструменти.

Оцінка різних аспектів благополуччя за допомогою одного опитувальника не завжди співвідноситься із загальним рівнем благополуччя, вимірним іншим методом. Ідея полягає не в тому, щоб один інструмент замінював інший, а в тому, щоб кожен з них давав додаткову інформацію про окремі грані конструкту. У моделі їхнє об'єднання може дати більш повну картину психологічного благополуччя. Однак при цьому необхідно переконатися, що обрані показники справді відображають суміжні явища, а не абсолютно різні конструкти.

Наприклад, якщо один інструмент оцінює емоційний компонент благополуччя, а інший – соціальний, об'єднання їх у межах однієї моделі потребує чіткої аргументації щодо їх зв'язку. Натомість об'єднання таких показників, як задоволеність життям і відчуття щастя, є більш виправданим, оскільки обидва вони стосуються суб'єктивного благополуччя.

У контексті нашого дослідження важливо впевнитися, що ті аспекти благополуччя, які вимірюються одним тестом, є концептуально близькими до загального уявлення про психологічне благополуччя, що оцінюється іншим інструментом. Якщо такий зв'язок підтверджується, можна припустити, що часткові показники мають вплив на загальний рівень благополуччя.

Модель дослідження включала два психодіагностичних блоки. Перший блок був спрямований на дослідження когнітивної сфери. До другого блоку увійшли методики, спрямовані на різні конструкти психологічного благополуччя.

Перший блок, спрямований на оцінку психологічного благополуччя, включав докладне тестування когнітивної сфери.

Блок методик для дослідження когнітивної діяльності у хворих на епілепсію (табл. 2.11) та пацієнтів з хворобою Паркінсона (табл. 2.12) був побудований логічним чином з певними особливостями. Так, інструкції повинні були бути короткими та зрозумілими пацієнту, а психолог мав переконатися, що досліджуваний зрозумів і запам'ятав інструкцію. Всі методики були компактними та не обтяжливими для виконання. Вони проводилися з

урахуванням загальних вимог до побудови клініко-психодіагностичного дослідження.

Таблиця 2.11

Психологічний протокол дослідження когнітивних функцій хворих на епілепсію

№	Завдання
1.	Запам'ятовування 10 слів (короткочасна пам'ять)
2	Ступінь зниження пам'яті
3	Темп СМР
4	Увага
5	Тлумачення прислів'їв
6	Сприйняття
7	Зорово-просторові уявлення
8	Запам'ятовування 10 слів (довгострокова пам'ять)
9	Тест зорової невербальної пам'яті
10	Тест зорової вербальної пам'яті
11	Читання та переказ короткої розповіді
12	Рівень процесів узагальнень
13	Порушення темпу та динаміки розумової діяльності
14	Ригідність
15	Фонематичний слух
16	Відтворення ритмів по інструкції
17	Запам'ятовування 9 слів, які мають спільний сенс
18	Розуміння логіко-граматичних конструкцій
19	Проба Хеда
20	Проба Озерецького
21	Проба на серійну організацію рухів
22	Конструктивний праксис
23	Дослідження автоматизованного письма
24	Афатичні порушення
25	Малюнок трьох геометричних фігур
26	Методика «Бочки»
27	Тест «Недомальовані картинки»
28	Критика

Психологічний протокол дослідження когнітивних функцій хворих з хворобою Паркінсона

№	Завдання
1.	Запам'ятовування 10 слів (короткочасна пам'ять)
2	Ступінь зниження пам'яті
3	Темп СМР
4	Увага
5	Тлумачення прислів'їв
6	Сприйняття
7	Зорово-просторові уявлення
8	Запам'ятовування 10 слів (довгострокова пам'ять)
9	Тест зорової невербальної пам'яті
10	Тест зорової вербальної пам'яті
11	Рівень процесів узагальнень
12	Порушення темпу та динаміки розумової діяльності
13	Ригідність
14	Запам'ятовування 9 слів, які мають спільний сенс
15	Критика

Слід зауважити, що блок оцінки когнітивних функцій був розроблений відповідно до патоморфозу хвороби (епілепсія та хвороба Паркінсона) та мав додаткове значення в роботі.

До другого блоку для обох груп хворих та групи порівняння, було включено, відповідно до теоретичної моделі, ряд психодіагностичних методик. Розглянемо їх докладніше.

Для оцінки загального рівня психологічного благополуччя пацієнтів було обрано Шкалу загального індексу психологічного благополуччя (Psychological General Well-being Index, PGWBI). Своєю чергою, для аналізу окремих аспектів психологічного благополуччя було обрано опитувальник якості життя (SF - 36) (табл. 2.13).

Методи оцінки психологічного благополуччя пацієнтів

Змінні	Індикатор	Методики	Показники
Загальне психологічне благополуччя	Рівень загального психологічного благополуччя	PGWBI	Сумарний показник
Фізичний аспект	Фізичне функціонування	SF-36	Субшкала "PF"
Психологічний аспект	Рольове функціонування	SF-36	Субшкала "RP"
Емоційний аспект	Рівень емоційного благополуччя	SF-36	Субшкала "RE"
Загальний аспект	Життєва активність	SF-36	Субшкала "VT»"
Соціальний аспект	Соціальне функціонування	SF-36	Субшкала "SF"
Функціональний аспект	Інтенсивність болю	SF-36	Субшкала "BP"
Психосоматичний аспект	Загальний стан здоров'я	SF-36	Субшкала "GH"
Психічний стан	Психічне здоров'я	SF-36	Субшкала "MH"

Детальний аналіз обраних методик буде наведено у наступному підрозділі, однак для обґрунтування їх вибору коротко розглянемо їх призначення та структуру.

Шкала загального індексу психологічного благополуччя (Psychological General Well-Being Index, PGWBI) є опитувальником, що дозволяє оцінити загальний рівень психологічного добробуту особи. У дослідженні було використано повну версію цього інструменту, яка включає шість субшкал: тривожність, депресивність, позитивне самопочуття, самоконтроль, загальне сприйняття здоров'я та життєва енергія. Усі ці показники об'єднуються в один інтегральний бал, що відображає загальний психологічний стан респондента.

PGWBI було обрано для оцінки психологічного благополуччя пацієнтів нейрохірургічного профілю з кількох причин:

- **Комплексність:** шкала охоплює кілька ключових вимірів психологічного благополуччя, що дає змогу всебічно охарактеризувати цей конструкт, на відміну від інструментів, які зосереджені лише на одному аспекті.
- **Чутливість до динаміки:** дослідження підтверджують, що PGWBI здатний виявляти зміни в стані благополуччя з часом, що робить його ефективним засобом для моніторингу змін, пов'язаних з лікувальними втручаннями або життєвими обставинами.
- **Можливість порівняння:** завдяки стандартизованості та широкому використанню цей інструмент забезпечує порівнянність результатів у різних дослідженнях, популяціях та клінічних умовах.

Для оцінки якості життя був застосований опитувальник SF-36, який складається з 30 питань. Він охоплює такі групи показників, як загальне здоров'я, симптоматика та функціонування: фізичне, рольове, емоційне, когнітивне і соціальне.

Щоб дослідити сферу особистісних сенсів, ми використали опитувальник СЖО (сенсо-життєві орієнтації). На основі теоретичного аналізу були виділені змінні, які відображають адаптивні можливості особистості: усвідомленість життя, зовнішній та внутрішній локус контролю, а також наявність життєвих цілей (табл. 2.14).

Таблиця 2.14

Методи оцінки адаптації до захворювання у пацієнтів нейрофункціональної хірургії

Змінні	Індикатор	Показники
Усвідомленість життя	Рівень усвідомленості життя	Субшкала "Життєвий процес", "Життєвий результат"
Зовнішній локус контролю	Вираженість зовнішнього локусу контролю	Субшкала "Локус контролю – життя"
Внутрішній локус контролю	Вираженість внутрішнього локусу контролю	Субшкала "Локус контролю – Я"
Життєві цілі	Здатність до постановки цілей	Субшкала "Цілі в житті"

За таким самим принципом обирали методики для оцінки емоційного стану пацієнтів (табл. 2.15).

Таблиця 2.15

Методи оцінки емоційного стану пацієнтів нейрофункціональної хірургії

Змінні	Індикатор	Методики	Показники
Тривога	Рівень тривоги	HADS	Субшкала "Тривога"
Депресія	Рівень депресії	HADS	Субшкала "Депресія"
Самопочуття	Рівень самопочуття	САН	Субшкала "Самопочуття"
Активність	Рівень активності	САН	Субшкала "Активність"
Настрій	Рівень настрою	САН	Субшкала "Настрій"

Згідно з результатами теоретичного аналізу, детально висвітленого у попередньому розділі, серед найбільш поширених психоемоційних проблем, що можуть негативно впливати на психологічне благополуччя пацієнтів нейрофункціональної хірургії, домінують тривожні та депресивні стани. Ці порушення не лише знижують якість життя, але й можуть ускладнювати процес лікування, знижувати мотивацію до реабілітації та погіршувати загальне психічне самопочуття.

Для кількісної оцінки рівнів тривоги та депресії було використано Госпітальну шкалу тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS). Цей інструмент вважається одним із найнадійніших для скринінгу емоційних розладів в умовах амбулаторного лікування. Важливою перевагою HADS є те, що вона фокусується переважно на психологічних симптомах тривоги й депресії. Це робить її особливо цінною у роботі з хворими, які мають органічні або неврологічні ураження, де тілесні симптоми можуть перекривати клінічну картину депресії.

Окрім того, для додаткової оцінки поточного емоційного стану пацієнтів була використана методика САН (самопочуття, активність, настрій). Цей інструмент дозволяє оперативно вимірювати три ключові параметри емоційного стану – суб'єктивне самопочуття, рівень загальної активності та емоційний фон

(настрій). САН є чутливою до змін у короткотривалій динаміці, що дозволяє фіксувати коливання емоційного стану навіть протягом одного дня. Така оцінка є цінною в контексті клінічного спостереження та корекції психоемоційного стану пацієнтів у перед- та післяопераційний період.

Таким чином, комбінація шкал HADS і САН забезпечує як стабільну оцінку наявності тривожних і депресивних тенденцій, так і динамічне спостереження за змінами емоційного стану, що дозволяє глибше аналізувати вплив психічних факторів на психологічне благополуччя пацієнтів

Шкалу глобального функціонування (GAF) було використано для оцінки загальної здатності хворого до повсякденного функціонування.

Отже, для відповідного вимірювання психологічного благополуччя хворих доцільно використовувати комплекс психодіагностичних інструментів, кожен з яких охоплює окремі його аспекти. Це зумовлено відсутністю універсальної методики, яка б дозволила комплексно оцінити всі складові психологічного благополуччя. Використання різних шкал підвищує достовірність, надійність та валідність отриманих результатів. Водночас при операціоналізації ключових понять важливо чітко розмежовувати терміни «психологічне благополуччя» і «психологічний стан». Психологічний стан характеризується більшою варіативністю та ситуативністю, відображаючи миттєві емоційні, когнітивні й фізіологічні реакції людини, тоді як психологічне благополуччя є більш стабільним, довготривалим конструктом, який включає загальне відчуття задоволеності життям і позитивне ставлення до себе та світу.

Таким чином, на основі результатів теоретичного аналізу було створено емпіричну модель дослідження, де загальний рівень психологічного благополуччя складався з окремих аспектів, на які можуть впливати три групи чинників. Захворювання опосередковано впливає на психологічний стан пацієнта через психологічне благополуччя. Кожен з компонентів емпіричної моделі було операціоналізовано та підібрано відповідні психодіагностичні інструменти для їхнього виміру. Така система підбору методик дозволить якнайширше охопити складний конструкт психологічного благополуччя

пацієнтів та виявити, які фактори можуть бути визначальними для впливу на нього.

2.3. Методичне забезпечення дослідження

Створення емпіричної моделі дослідження психологічного благополуччя пацієнтів нейрофункціональної хірургії дозволило використати сукупність методів дослідження та відібрати необхідні психодіагностичні методики для оцінки параметрів даного конструкту та факторів впливу на нього (табл. 2.16).

Таблиця 2.16

Методи дослідження психологічного благополуччя пацієнтів нейрофункціональної хірургії

Метод	Характеристика
Клініко-психопатологічний метод	Було використано для оцінки даних анамнезу життя, сенситивності пацієнта, хвороби, особливостей характеру, розвитку, соціальних контактів, освіти, трудової діяльності, а також вивчення медичної документації (анкета та клінічне інтерв'ю)
Психодіагностичний метод	Було застосовано для оцінки виразності симптоматики та динаміки стану. Було використано методики: загальний психодіагностичний блок для оцінки когнітивних функцій: опитувальник якості життя SF – 36; шкалу загального індексу психологічного благополуччя (Psychological General Well-being Index, PGWBI); методику САН (Самопочуття, Активність, Настрій); тест Сенсо життєві орієнтації (СЖО); госпітальну шкалу тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS); шкалу глобального функціонування (GAF)
Методи статистичної обробки даних	Методи статистичної обробки: статистичні обчислення проводилися за допомогою програмного пакета RStudio (версія 2025.05.1+513 (2025.05.1+513), який включав: описову статистику (для характеристики шкал у вибірці) з обчисленням середніх значень, стандартних відхилень, медіани, мінімуму, максимуму, асиметрії та ексцесу для кожної шкали; тест Шапіро-Уїлка (для перевірки нормальності розподілу шкал); графічний аналіз (для

	<p>візуалізації розподілів та викидів); кореляційний аналіз за Спірменом (для оцінки зв'язків між шкалами та перевірки валідності); непараметричний коефіцієнт ρ з аналізом конвергентної та дискримінантної валідності інструментів; непараметричний критерій Краскела-Уолліса (для виявлення міжгрупових відмінностей між контрольними та клінічними вибірками); критерій хі-квадрат Пірсона; точний тест Фішера; критерій Манна-Уїтні; лінійну регресію; регресійний аналіз із взаємодією (модераційний ефект); кластерний аналіз (для виявлення латентних типів пацієнтів у межах клінічної вибірки); метод головних компонент (РСА) (для візуалізації структури кластерів у двовимірному просторі); метод силуету та метод «ліктя» (для визначення оптимальної кількості кластерів).</p>
--	---

Для того, щоб бути впевненими, що відібрані методики дійсно здатні вимірювати досліджувані конструкти, на отриманих даних ми проаналізували їхні психометричні характеристики: надійність та факторну структуру.

Опитувальник якості життя SF36

Одним з найбільш популярних при проведенні психологічних, медичних, соціально-економічних досліджень з якості життя є загальний опитувальник SF-36, який був розроблений у Центрі Вивчення Медичних Результатів (США) у 1992 році Дж. Вейром та К. Шерборн. Його популярність обумовлена тим, що дає змогу оцінити якість життя респондентів з різними нозологіями і порівнювати цей показник зі здоровими, дозволяє опрацьовувати респондентів віком від 14 років. Для інших загальних опитувальників (за винятком кількох спеціалізованих, розроблених для дітей чи батьків), мінімальним віковим рівнем є 17 років. SF-36 має високу чутливість, короткий (складається з 36 питань), відповіді на питання може збирати дослідник, анкета може заповнюватися самим респондентом, з ним можна працювати по телефону, є електронні версії (на жаль, іншомовні). Опитувальник SF-36 було нормовано для загальної популяції США і репрезентативних вибірок у переліку інших країн. У США і країнах Європи

проведені дослідження окремих популяцій і отримані результати по нормам для здорового населення і для груп хворих із різноманітними хронічними захворюваннями (з виділенням груп за статтю і віком). Адаптація SF-36 на українську мову за процедурою міжнародного центру з вивчення якості життя IQOLA (The International Quality of Life Assessment, Бостон, США) була проведена у 1998 – 2001 роках Фещенко Ю., Мостовою Ю. та Бабійчук Ю.

Після проведення шкалювання результати виражаються в балах від 0 до 100 по кожній з 8 шкал: фізичне функціонування, рольова діяльність, тілесний біль, загальне здоров'я, життєздатність, соціальне функціонування, емоційний стан і психічне здоров'я. Чим вище бал за шкалою опитувальника SF-36, тим вище показник якості життя. Кожен пункт використовується в обробці балів тільки по одній із шкал. Показники кожної шкали варіюють між 0 і 100 балами (умовними одиницями), де 100 презентує повне здоров'я.

Кількісно оцінюються наступні показники:

1. Фізична активність (Physical Functioning – PF), відображає ступінь обмеження виконання фізичних навантажень (самообслуговування, ходьба, підйом по сходах, переноска тяжких речей і т.п.). Низькі показники по цій шкалі свідчать про те, що фізична активність пацієнта значно обмежена станом його здоров'я.

2. Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності (Role Physical Functioning – RP) – вплив фізичного стану на повсякденну рольову діяльність (роботу, виконання повсякденних обов'язків). Низькі показники по цій шкалі свідчать про те, що повсякденна діяльність значно обмежена фізичним станом пацієнта.

3. Біль (Bodily Pain – BP) та його вплив на здатність займатися повсякденною діяльністю, включаючи роботу вдома та за його межами. Низькі показники по цій шкалі свідчать про те, що біль значно обмежує активність пацієнта.

4. Загальне здоров'я (General Health – GH) – оцінка хворим свого стану здоров'я у поточний момент і перспектив лікування. Чим нижче бал по цій шкалі, тим нижче оцінка стану здоров'я.

5. Життєздатність (Vitality – VT) – це суб'єктивна оцінка респондентом свого життєвого тону (енергія, жвавість та ін.) за останні чотири тижні, відчуття себе повним сил і енергії або, навпаки, знесиленим. Низькі бали свідчать про втому пацієнта, зниження життєвої активності.

6. Соціальна активність (Social Functioning – SF), характеризується як суб'єктивна оцінка респондентом рівня своїх відносин з друзями, колегами по роботі, рідними за останні чотири тижні. Цей показник визначає, якою мірою фізичний чи емоційний стан обмежує соціальну активність (спілкування). Низькі бали свідчать про значне обмеження соціальних контактів, зниження рівня спілкування у зв'язку з погіршенням фізичного і емоціонального стану.

7. Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності (Role Emotional – RE) це суб'єктивна оцінка респондентом ступеня обмеження своєї буденної діяльності, обумовленої емоційними проблемами за останні чотири тижні. Оцінюється, наскільки емоційний стан заважає виконанню роботи або іншої повсякденної діяльності (враховуючи більші витрати часу, зменшення об'єму роботи, зниження її якості тощо). Низькі показники за цією шкалою інтерпретуються як обмеження у виконанні повсякденної роботи, обумовлене погіршенням емоційного стану.

8. Психічне здоров'я (Mental Health – MH), характеризує настрій, наявність депресії, тривоги, загальний показник позитивних емоцій. Низькі показники свідчать про наявність депресивних, тривожних хвилювань, психічного неблагополуччя.

Шкали групуються в два показника «фізичний компонент здоров'я» і «Психологічний компонент здоров'я»:

1. Фізичний компонент здоров'я (Physical health – PH)

Складові шкали:

- Фізичне функціонування,
- Рольове функціонування, обумовлене фізичним станом
- Інтенсивність болі
- Загальний стан здоров'я

2. Психологічний компонент здоров'я (Mental Health – MH)

Складові шкали:

- Психічне здоров'я
- Рольове функціонування, обумовлене емоційним станом
- Соціальне функціонування
- Життєва активність

Обробка результатів.

1. Значення за шкалою «Фізичне функціонування (Physical Functioning – PF)»: складає суму балів, отриманих при відповідях на питання: 3а, 3б, 3в, 3г, 3д, 3е,

3ж, 3з, 3і, 3к. $PF_{sum} = PF_6$

$$3а + PF_{3б} + PF_{3в} + PF_{3г} + PF_{3д} + PF_{3е} + PF_{3ж} + PF_{3з} + PF_{3і} + PF_{3к}$$

2) Отриманий сумарний переводиться по формулі:

$$PF = (PF_{sum} - 10) / 20 * 100$$

2. Значення за шкалою «Рольове функціонування, обумовлене фізичним станом (Role-Physical Functioning – RP) »:

1) Складає суму балів, отримані при відповідях на питання: 4а, 4б, 4г, 4д

$$RP_{sum} = RP_{4а} + RP_{4б} + RP_{4г} + RP_{4д}$$

2) Отриманий сумарний бал переводиться по формулі:

$$RP = (RP_{sum} - 4) / 4 * 100$$

3. Значення за шкалою "Інтенсивність болю (Bodily pain – BP)":

Бали, отримані при відповіді на питання N 7 і N 8, проходять перекодування відповідно до одного із зазначених ключів.

А. Якщо дані відповіді на обидва питання, то відбувається перекодування "сирого" балу з кожного питання по наступному ключу (таблиця 2.17):

Таблиця 2.17

Ключ перекодування сирих балів за шкалою «Рольове функціонування /1»

"Сирий" бал (BP7) питання N7	Перерахований бал (BP7")	"Сирий" бал (BP8) питання N8	Перерахований бал (BP8")
1	6	1 при BP7=1	6
2	5, 4	1 та при BP7 від 2 до 6	5
3	4, 2	2	4

4	3, 1	3	3
5	2, 2	4	2
6	1	5	1

В. Якщо дана відповідь на питання N7 і пропущена відповідь на питання N8, то перекодування "сирого" балу за питання N7 відбувається по наступному ключу, де перерахунок балів для питання N8 вказується той же, що і для сьомого питання. (таблиця 2.18).

Таблиця 2.18

Ключ перекодування сирих балів за шкалою «Рольове функціонування /2»

"Сирий" бал питання N7 (BP7)	Перерахований бал (BP7")	Перерахований бал (BP8")
1	6	6
2	5,4	5,4
3	4,2	4,2
4	3,1	3,1
5	2,2	2,2
6	1	1

С. Якщо дана відповідь на питання N8 і пропущена відповідь на питання N7, то перекодування "сирого" балу на питання N8 відбувається по наступному ключу, а перерахунок балів для питання N7 вказується той же, що і для восьмого питання (таблиця 2.19).

Таблиця 2.19

Ключ перекодування сирих балів за шкалою «Рольове функціонування /3»

"Сирий" бал питання N8 (BP8)	Перерахований бал (BP8")	Перерахований бал (BP7")
1	6	6
2	4,75	4,75
3	3,5	3,5
4	2,25	2,25
5	1	1

Далі відбувається підрахунок значення за шкалою за формулою: $BP = [(BP7 + BP8") - 2] / 10] * 100$

4. Значення за шкалою "Загальний стан здоров'я (General Health – GH)" (таблиця 2.20)

Таблиця 2.20

Ключ перекодування сирих балів за шкалою «Загальний стан здоров'я»

Перекодування питання N1 по ключу		Перекодування питання 11б по ключу		Перекодування питання 11г по ключу	
Сирий бал (GH1)	Перерахований бал (GH1 ")	Сирий бал питання N11б (GH11б)	Перерахунковий бал (GH11б")	Сирий бал питання N11г (GH11г)	Перерахунковий бал (GH11г ")
1	5	1	5	1	5
2	4,4	2	4	2	4
3	3,4	3	3	3	3
4	2	4	2	4	2
5	1	5	1	5	1
$GH_{sum} = GH1'' + GH11a + GH11б'' + GH11в + GH11г''$					
$GH = ((GH_{sum} - 5)/20) * 100$					

5. Значення за шкалою "Життєва активність (Vitality – VT)" (таблиця 2.21)

Таблиця 2.21

Ключ перекодування сирих балів за шкалою «Життєва активність»

1. Перекодування питання 9а по ключу:		2. Перекодуйте питання 9д по ключу:	
"Сирий" бал питання N9а (VT9а)	Перерахунковий бал (VT9а")	"Сирий" бал питання N9д (VT9д)	Перерахунковий бал (VT9д")
1	6	1	6
2	5	2	5
3	4	3	4
4	3	4	3
5	2	5	2
6	1	6	1
$VT_{sum} = VT9a'' + VT9д'' + VT9ж + VT9и$			
$VT = (VT_{sum} - 4)/20 * 100$			

6. Значення за шкалою "Соціальне функціонування (Social Functioning – SF)" (таблиця 2.22).

Ключ перекодування сирих балів за шкалою «Соціальне функціонування»

1. Перекодування питання N 6 за ключем:	
"Сирий" бал питання N6 (SF6)	Перерахунковий бал (SF6")
1	5
2	4
3	3
4	2
5	1
$SF_{sum} = SF6'' + SF10$	
$SF = ((SF_{sum} - 2)/8) * 100$	

7. Значення за шкалою "Рольове функціонування, обумовлене емоційним станом (Role-Emotional – RE) "

Підрахунок суму балів, отриманих при відповіді на питання: 5а, 5б, 5в

$$RE_{sum} = RE5a + RE5b + RE5v$$

Підрахунок значення шкали за формулою:

$$RE = (RE_{sum} - 3) / 3 * 100$$

8. Значення за шкалою "Психічне здоров'я (Mental Health – МН)"(таблиця 2.23)

Ключ перекодування сирих балів за шкалою «Психічне здоров'я»

1. Перекодування питання 9 г за ключем:		2. Перекодування питання 9з за ключем:	
"Сирий" бал питання 9г (МН9г)	Перерахунковий балл (МН9г")	"Сирий" бал питання 9з (МН9з)	Перерахунковий балл (МН9з")
1	6	1	6
2	5	2	5
3	4	3	4
4	3	4	3
5	2	5	2
6	1	6	1
$MH_{sum} = MH9b + MH9v + MH9z'' + MH9e + MH9z'''$			
$MH = ((MH_{sum} - 5)/25) * 100$			

9. Значення загальних показників "Фізичний компонент здоров'я (Physical health – PH)" і "Психологічний компонент здоров'я (Mental Health – MH)"

Підрахунок Z-значення по восьми шкалах опитувальника за формулами:

$$PF-Z = (PF - 84,52404) / 22,89490$$

$$RP-Z = (RP - 81,19907) / 33,797290$$

$$BP-Z = (BP - 75,49196) / 23,558790$$

$$GH-Z = (OH - 72,21316) / 20,16964$$

$$VT-Z = (VI - 61,05453) / 20,86942$$

$$SF-Z = (ЗР - 83,59753) / 22,37642$$

$$RE-Z = (PE - 81,29467) / 33,02717$$

$$MH-Z = (MH - 74,84212) / 18,01189$$

Підрахунок значення показника "Фізичний компонент здоров'я (PH)" за формулою:

$$PHsum = (PF-Z * 0,42402) + (RP-Z * 0,35119) + (BP-Z * 0,31754) + (SF * -0,00753) + (MH-Z * -0,22069) + (PE-Z * -0,19206) + (VT-Z * -0,02877) + (GH-Z * -0,24954)$$

$$PH = (PHsum * 10) + 50$$

Підрахунок значення показника "Психічний компонент здоров'я (MH)"

$$MHsum = (PF-Z * -0,22999) + (RP-Z * -0,12329) + (BP-Z * -0,09731) + (SF * 0,26876) + (MH-Z * 0,48581) + (PE-Z * 0,43407) + (VT-Z * 0,23534) + (CH-Z * -0,01571)$$

$$PH = (MHsum * 10) + 50.$$

Чим більше число набраних балів, тим вище якість життя.

Результати нашого дослідження підтверджують попередні дані літератури щодо високої надійності опитувальника SF36. Дослідження показують, що він є надійним, валідним і реагує на зміни в якості життя пацієнтів з плином часу [26]. Зокрема, було виявлено, що шкала має хорошу внутрішню узгодженість.

Шкала SF-36 має високі психометричні характеристики і є оптимальним показником якості життя пацієнтів. Даний інструмент може виявляти прогностичну здатність у дослідженні зв'язку між захворюванням та

психологічним благополуччям. Він широко використовувався в наукових дослідженнях і клінічних випробуваннях і продемонстрував хороші психометричні властивості. Опитувальник охоплює широкий спектр сфер, включаючи фізичні, емоційні, соціальні та функціональні аспекти якості життя. Отже, це комплексний інструмент, який може надати цінну інформацію про вплив хвороби та її лікування на життя пацієнтів. Дослідники та клініцисти можуть використовувати SF-36 для виявлення проблемних сфер, моніторингу змін у часі та оцінки ефективності втручань. Загалом, SF-36 є цінним інструментом для розуміння та задоволення складних потреб пацієнтів.

Шкала загального індексу психологічного благополуччя (Psychological General Well-being Index, PGWBI) в українському перекладі від науково-дослідного інституту МАРІ. Даний опитувальник вимірює психологічне благополуччя і використовується в різних групах населення, включаючи пацієнтів нейрофункціональної хірургії.

Шкала PGWBI була розроблена у 1960-х роках Гарольдом Дюпюї для вимірювання психологічного дистресу серед американського населення. Пізніше PGWBI була переглянута, адаптована і валідизована корпорацією RAND, в результаті чого з'явилася остаточна версія, відома як «Шкала загального індексу психологічного благополуччя», що складається з 22 пунктів за 6-бальною шкалою Лайкерта [78]. Інструмент був представлений в Європі приблизно через 10 років і з тих пір був адаптований і пройшов крос-культурну валідизацію на багатьох мовах. Науково-дослідний інститут МАРІ координує розробку різних мовних версій PGWBI, які доступні на їхньому веб-сайті.

PGWBI складається з шести шкал, кожна з яких вимірює різні аспекти психологічного благополуччя: тривогу, депресію, позитивне самопочуття, самоконтроль, загальний стан здоров'я та життєздатність. Шкала включає загалом 22 пункти. Кожен пункт PGWBI оцінюється за 6-бальною шкалою Лайкерта від 0 (зовсім ні) до 5 (надзвичайно). В PGWBI бали сумуються за кожною з шести шкал, а також вираховується загальний бал, який відображає

загальне психологічне благополуччя. Загальний бал може варіювати від 0 до 110, причому вищі бали свідчать про краще психологічне благополуччя.

Опитувальник сенсо-життєвих орієнтацій (СЖО) визначає джерело сенсу життя, який можна знайти в одному або усіх трьох його компонентах: в майбутньому, теперішньому або минулому. Цільовою популяцією є особи старше 16 років. Методика базується на теорії прагнення до сенсу і логотерапії Віктора Франкла, а також адаптована з тесту "Мета в житті" (PIL) Джеймса Крамбо та Леонарда Махоліка. У контексті дослідження, може бути корисним у дослідженні глибини і усвідомленості життєвих цілей, почуття спрямованості та сенсу, що є важливими детермінантами адаптації до складних життєвих обставин.

Тест СЖО включає загальний показник осмисленості життя та п'ять підшкал, що відображають три конкретні сенсожиттєві орієнтації (мета в житті, насиченість життя та задоволеність самореалізацією) та два аспекти локусу контролю (локус контролю-Я та локус контролю-життя). У тесті представлені 20 пар протилежних тверджень, що відображають уявлення про фактори осмисленості життя.

Згідно з тестом СЖО, життя вважається осмисленим, якщо людина має цілі, отримує задоволення від їх досягнення, впевнена у своїй здатності ставити перед собою цілі, обирати завдання та досягати результатів. Важливим є ясне усвідомлення цілей майбутньому, емоційній насиченості теперішньому та задоволенню досягнутим результатом у минулому.

Тест визнає, що кожен вибір, зроблений у теперішньому, формує минуле, яке може тлумачитися по-різному. Майбутнє ж є потенційними результатами зусиль, вжитих у теперішньому.

Для перевірки внутрішньої узгодженості психологічного тесту, проводився статистичний аналіз, запропонований Л.Кронбахом – коефіцієнт альфа. Він базується на кореляції між пунктами шкали і може приймати значення

в діапазоні від 0 (повна відсутність узгодженості пунктів) до 1 (найкраща можлива узгодженість).

Госпітальна шкала тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) перекладена українською науково-дослідним інститутом Мапі [152]. Це опитувальник самозвіту, призначений для оцінки симптомів тривоги та депресії, зокрема в осіб з фізичними захворюваннями, такими як рак, серцеві захворювання та респіраторні розлади. Шкала HADS була створена Зігмондом і Снайтом у 1983 році. Вона задумувалася як короткий і простий в застосуванні інструмент, який можна використовувати в лікарняних або клінічних умовах. Опитувальник був розроблений для вимірювання симптомів тривоги та депресії, які є специфічними для фізичних захворювань і не залежать від фізичних симптомів.

Шкала HADS складається з двох субшкал, які включають по 7 пунктів кожна: субшкала тривоги та субшкала депресії. Загальна кількість – 14. Кожен пункт оцінюється за 4-бальною шкалою від 0 до 3, де вищі бали вказують на більш виражені симптоми тривоги або депресії. Бали за кожною субшкалою підсумовуються, при цьому можлива кількість балів за кожною субшкалою коливається від 0 до 21. Загальний бал за шкалою HADS коливається від 0 до 42.

Методика САН (Самопочуття – Активність – Настрій) використовується для швидкої діагностики емоційного та функціонального стану людини. Тест дозволяє виміряти три показники: самопочуття (С) – фізичний стан, відчуття здоров'я, втоми, слабкості тощо; активності (А) – рівень енергійності, бадьорості, готовності до дії; настрою (Н) – емоційний фон: оптимізм, мотивація, емоційна стабільність.

Тест складається з 30 пар прикметників (на кшталт «втомлений – бадьорий», «сумний – веселий»).

Інструкція: «Оцініть, як Ви відчуваєтеся в цю мить. Виберіть значення між двома прикметниками, яке найточніше описує ваш стан. Важливо відповідати чесно та інтуїтивно».

1. Кожна шкала (С, А, Н) має по 10 питань (усього 30).
2. Визначаються сумарні бали за кожен шкалу.
3. Потім ці бали можна порівняти з нормативними значеннями або простежити динаміку (наприклад, до та після певної події, тренування, стресу тощо).

Методика GAF (Global Assessment of Functioning Scale) – це шкала загальної оцінки функціонування, яка використовується в медицині для визначення рівня психосоціального функціонування пацієнта.

Методика оцінює загальний рівень функціонування особистості з урахуванням психологічного, соціального та професійного аспектів. Застосовується переважно при:

- Психіатричній діагностиці
- Неврологічній діагностиці
- Нейрохірургічній діагностиці
- Спостереженні за динамікою стану пацієнта
- Психотерапевтичному супроводі
- В юридичній/медико-соціальній експертизі

Оцінювання проводиться за 100-бальною шкалою, де:

- 100-91 – повне функціонування, відсутність симптомів
- 90-81 – незначні симптоми (наприклад, легка тривожність)
- 80-71 – легкі труднощі у функціонуванні
- ...
- 30-21 – серйозне порушення реальності або поведінки
- 10-1 – постійна небезпека для себе чи інших
- 0 – недостатньо даних для оцінки

2.4. Первинна оцінка та описова статистика психометричних шкал

Згідно з поставленими завданнями дослідження нами спочатку було перевірено психометричні показники шкал на всій вибірці (дві групи хворих нейрофункціональної хірургії та група порівняння (здорові) (табл.2.24).

Табл. 2.24.

Описова статистика психометричних шкал

Шкала	N	Середнє	Ст. відхилення	Медіана	Мін	Макс	Асиметрія	Ексцес
С	177	47.66	10.70	50	18	63	-0.96	0.30
А	177	44.51	11.86	46	9	64	-1.00	1.39
Н	177	51.86	9.98	54	20	68	-0.91	0.29
Су61	177	28.01	19.46	25	2	100	1.53	3.78
Су62	177	29.37	17.23	24	2	82	1.76	3.06
Су63	177	28.25	17.49	23	11	85	2.13	3.80
Су64	177	25.20	21.23	19	5	87	1.95	2.63
Су65	177	29.21	18.58	30	0	100	2.16	6.87
PGWBI	177	60.00	24.68	69	6	100	-0.52	-1.01
HADS-T	177	6.94	3.10	7	1	18	0.78	0.66
HADS-Д	177	4.80	3.28	4	0	15	0.67	-0.26
PF	177	54.55	33.23	41	3	100	0.15	-1.70
RP	177	44.94	33.61	36	0	100	0.22	-1.54
BP	177	43.55	33.53	31	0	100	0.21	-1.53

Описова статистика психометричних шкал

Шкала	N	Середнє	Ст. відхилення	Медіана	Мін	Макс	Асиметрія	Ексцес
GH	177	43.43	26.49	28	8	82	0.30	-1.78
VT	177	43.33	24.03	36	10	85	0.22	-1.59
SF	177	59.24	32.92	75	5	90	-0.75	-1.21
RE	177	49.05	37.90	33	0	100	0.06	-1.74
MH	177	43.97	31.97	30	0	100	0.23	-1.67

Результати описової статистики свідчать про загальні тенденції у психологічному функціонуванні всієї вибірки (N = 177), що включає пацієнтів нейрофункціональної хірургії та здорових осіб. Розглянемо їх докладніше.

Шкала САН (С – самопочуття, А – активність, Н – настрій). Середні значення шкал самопочуття (M = 47.66), активності (M = 44.51) та настрою (M = 51.86) загалом перебувають у межах середнього рівня, що означає відносно стабільне функціонування більшості досліджуваних. Суттєва асиметрія вліво (від -0.91 до -1.00) свідчить про те, що частина учасників має значення вищі за середні, тобто краще суб'єктивне самопочуття, настрої та активність. Така конфігурація може бути пов'язана з гетерогенністю вибірки: ймовірно, контрольна група значно підвищує загальний показник.

Шкала сенсожиттєвих орієнтацій (СЖО). Показники за субшкалами СЖО (Суб1–Суб5) демонструють середні значення в діапазоні від 25.20 до 29.37, що є нижчими або близькими до межі нижнього нормативного рівня. Найвищі середні значення спостерігаються за локусом контролю – життя (Суб5, M = 29.21), процесом життя (Суб2, M = 29.37) та результативністю життя (Суб3, M = 28.25). Трохи нижчими є показники цілей у житті (Суб1, M = 28.01) та

особистісного контролю (Суб4, $M = 25.20$). Це свідчить про те, що для більшості досліджуваних життя сприймається як загалом осмислений процес, який вони вважають керованим, проте з дещо меншою впевненістю у власній ролі у цьому процесі. Розподіли по всіх субшкалах є асиметричними з позитивним перекосом (асиметрія від 1.5 до 2.2), що вказує на переважання учасників із відносно нижчими показниками осмисленості життя.

PGWBI - індекс загального психологічного благополуччя. Середній бал індексу PGWBI становить 60.00, що ближче до верхньої межі шкали (0–100), але з широким діапазоном значень (від 6 до 100). Асиметрія – 0.52 вказує на невелике зсування у бік більш високого благополуччя.

HADS - шкала тривожності та депресії. Середні значення за шкалами HADS-T (тривога, $M = 6.94$) та HADS-D (депресія, $M = 4.80$) не перевищують клінічний поріг, що свідчить про відсутність виражених психопатологічних симптомів у середньому по вибірці. Проте високі максимуми (до 18 для тривоги та до 15 для депресії) свідчать про наявність підгруп з потенційно клінічно значущим рівнем емоційних порушень.

SF-36 - показники якості життя. За шкалами фізичного функціонування (PF, RP, BP), загального здоров'я (GH), життєвої енергії (VT) та емоційного благополуччя (MH), середні значення коливаються у межах 43–55, тобто демонструють середній рівень функціонування. Особливо звертає на себе увагу високе стандартне відхилення (до 37.9 для RE – рольового функціонування через емоційний стан), що вказує на значну варіативність між учасниками. Найвищий середній бал зафіксовано по шкалі SF (соціальне функціонування, $M = 59.24$), що може свідчити про збереження соціальної активності навіть за наявності захворювання, і як наслідок фізичних чи емоційних обмежень.

Усі шкали SF-36 демонструють негативний ексцес (від –1.21 до –1.78), що вказує на плаский, ніж нормальний, розподіл – можливо, через різномірність вибірки.

Перевірка нормальності розподілу

Перед застосуванням параметричних методів статистичного аналізу нам було важливо перевірити, чи дотримується припущення про нормальний розподіл змінних.

В нашому дослідженні для перевірки нормальності нами було обрано тест Шапіро–Уїлка, який чутливий і рекомендований метод для вибірок до 200 осіб.

Перевірка нормальності дозволяє обґрунтовано обирати між параметричними та непараметричними методами аналізу залежно від характеру розподілу даних.

Табл. 2.25

Результати перевірки шкал на нормальність розподілу методом Шапіро–Уїлка				
	Шкала	W	P-значення	Висновок
W...1	C	0.91	0	Ненормальний
W...2	A	0.92	0	Ненормальний
W...3	H	0.91	0	Ненормальний
W...4	Су61	0.85	0	Ненормальний
W...5	Су62	0.79	0	Ненормальний
W...6	Су63	0.69	0	Ненормальний
W...7	Су64	0.67	0	Ненормальний
W...8	Су65	0.70	0	Ненормальний
W...9	PGWBI	0.91	0	Ненормальний
W...10	HADS-T	0.95	0	Ненормальний
W...11	HADS-Д	0.93	0	Ненормальний
W...12	PF	0.83	0	Ненормальний
W...13	RP	0.86	0	Ненормальний
W...14	BP	0.86	0	Ненормальний
W...15	GH	0.77	0	Ненормальний

Результати перевірки шкал на нормальність розподілу методом Шапіро–Уїлка				
	Шкала	W	P-значення	Висновок
W...16	VT	0.85	0	Ненормальний
W...17	SF	0.75	0	Ненормальний
W...18	RE	0.81	0	Ненормальний
W...19	MH	0.83	0	Ненормальний

Результати тесту Шапіро - Уїлка вказують на статистично значуще відхилення розподілу від нормального для всіх психометричних шкал, що використовувалися в дослідженні ($p < 0.001$). Це стосується як шкал самопочуття методики САН (С, А, Н), так і всіх субшкал СЖО (Суб1–Суб5), так і показників психологічного благополуччя (PGWBI), тривожності та депресії (HADS) та усіх доменів якості життя за опитувальником SF-36.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

У розділі представлено та обґрунтовано необхідність та доцільність включення показника психологічного благополуччя до системи комплексної оцінки здоров'я пацієнтів із фармакорезистентною епілепсією та хворобою Паркінсона. Врахування цього критерію дозволяє краще розуміти вплив хронічного неврологічного захворювання на якість життя пацієнта та ефективніше планувати реабілітаційні заходи.

Розроблено психодіагностичний комплекс методик, адаптований до специфіки пацієнтів нейрофункціональної хірургії. Комплекс охоплює ключові аспекти психологічного благополуччя, зокрема рівень тривожності, депресивності, життєзадоволеності, суб'єктивного самопочуття та когнітивного функціонування.

Проведено порівняльний аналіз показників психологічного благополуччя у хворих нейрофункціональної хірургії, розподілених за нозологічними групами. Виявлено значущі відмінності між групами пацієнтів із хворобою Паркінсона та

фармакорезистентною епілепсією, що свідчить про необхідність індивідуалізованого психокорекційного підходу.

Встановлено ключові фактори, що пов'язані із загальним рівнем психологічного благополуччя хворих нейрофункціональної хірургії. До них віднесено рівень соціальної підтримки, наявність ефективних копінг-стратегій, тривалість захворювання та ступінь когнітивного дефіциту. Ці фактори слід враховувати при плануванні психологічної підтримки та післяопераційного супроводу пацієнтів.

РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ПАЦІЄНТІВ НЕЙРОФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ

3.1. Первинний аналіз розподілу результатів

Враховуючи систематичне відхилення даних від нормального розподілу, аналіз змінних здійснювався з використанням непараметричних критеріїв. Для доповнення результатів критерію Шапіро-Уїлка нами було побудовано гістограми та QQ-плоти для всіх шкал. Це дозволило візуально оцінити характер відхилення від нормального розподілу за всіма досліджуваними (групи ЕГ 1 та ЕГ 2), зокрема:

- виявити асиметрію розподілу;
- побачити наявність потенційних викидів;
- оцінити форму розподілу (наприклад, одномодальний чи бімодальний, плоский або гострий).

Графіки допомогли ухвалити обґрунтоване рішення щодо застосування параметричних чи непараметричних статистичних методів, особливо зважаючи на чутливість тесту Шапіро-Уїлка до обсягу всієї експериментальної вибірки.



Рис. 3.1 Розподіл показників за шкалою самопочуття (С)

З графіку ми бачимо, що розподіл за шкалою самопочуття (С) є асиметричним лівосторонньо: більшість учасників мають високі значення, що свідчить про загалом хороше самопочуття у всій експериментальній вибірці.

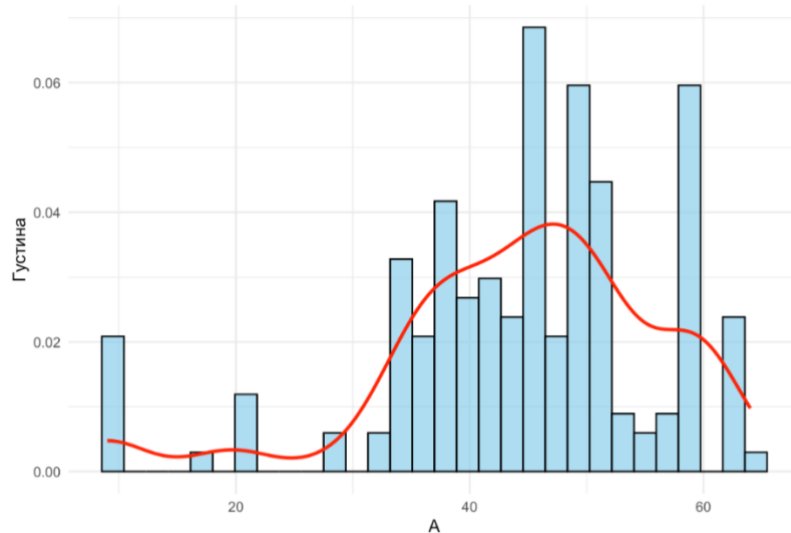


Рис. 3.2 Розподіл показників за шкалою активності (А)

Розподіл за шкалою активності (А) також має лівосторонню асиметрію з окремими низькими значеннями, однак більшість респондентів загальної експериментальної вибірки демонструють помірно високий рівень активності.



Рис. 3.3 Розподіл показників за шкалою настрою (Н)

Розподіл за шкалою настрою (Н) вказує на накопичення значень у верхньому діапазоні: значна частина учасників має високий настрій, що може відобразити емоційно стабільний стан більшості респондентів обох експериментальних груп.



Рис. 3.4 Розподіл показників за шкалою цілей у житті (Суб1)

Розподіл за шкалою цілей у житті (Суб1) є асиметричним правосторонньо з модою в нижній частині шкали, що свідчить про занижену усвідомленість життєвих цілей у багатьох респондентів.

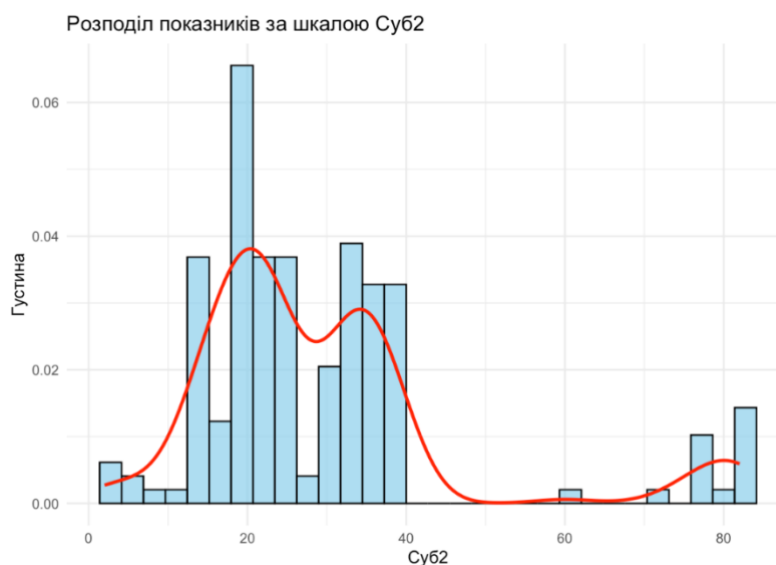


Рис. 3.5 Розподіл показників за шкалою самоприйняття (Суб2)

Розподіл за шкалою самоприйняття (Суб2) є помірно скошеним праворуч із концентрацією в низькому і середньому діапазоні, що вказує на часті труднощі з прийняттям себе у вибірці.

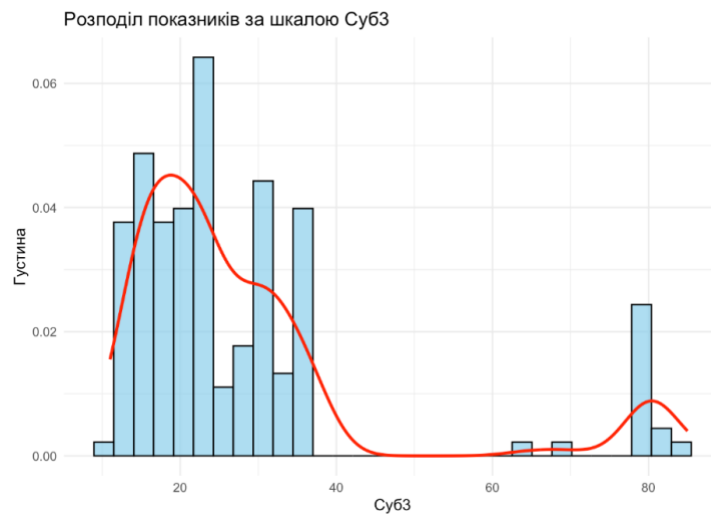


Рис. 3.6 Розподіл показників за шкалою позитивного самооцінювання Суб3

Розподіл за шкалою позитивного самооцінювання (Суб3) має виражену правосторонню асиметрію з накопиченням низьких балів, що може свідчити про знижену впевненість у власній цінності серед респондентів.

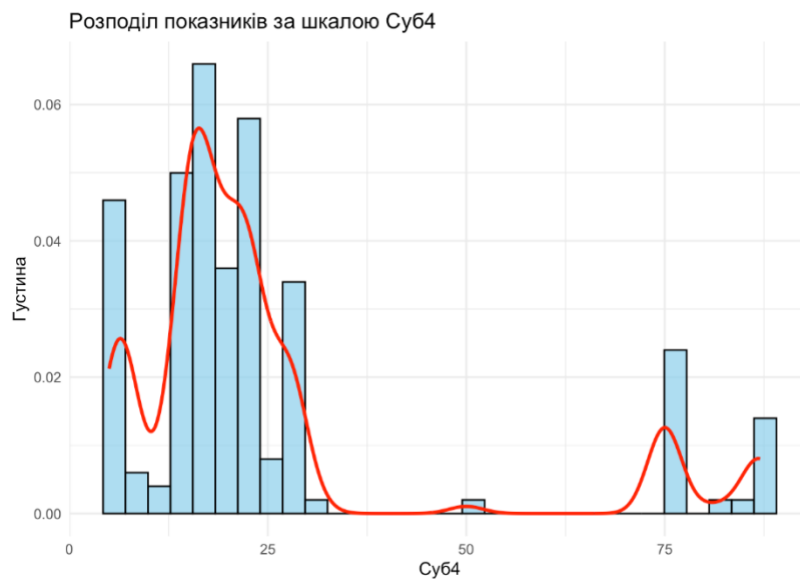


Рис. 3.7 Розподіл показників за шкалою позитивного сприйняття майбутнього Суб4

Розподіл за шкалою позитивного сприйняття майбутнього (Суб4) демонструє правосторонню асиметрію з концентрацією значень у нижньому діапазоні, що свідчить про переважно песимістичні або невизначені очікування щодо майбутнього у значної частини вибірки.



Рис. 3.8 Розподіл показників за шкалою контролю над майбутнім Суб5

Розподіл за шкалою контролю над майбутнім (Суб5) має правосторонню асиметрію з основною концентрацією балів у середньому діапазоні, однак з вираженим піком на низьких значеннях, що може свідчити про відчуття безсилля або невпевненості у частини респондентів.



Рис. 3.9 Розподіл показників за шкалою PGWBI

Розподіл показників за шкалою PGWBI має виражену варіативність із піками як на високих, так і на низьких значеннях, що може свідчити про значні

індивідуальні відмінності у рівні психологічного благополуччя серед респондентів.

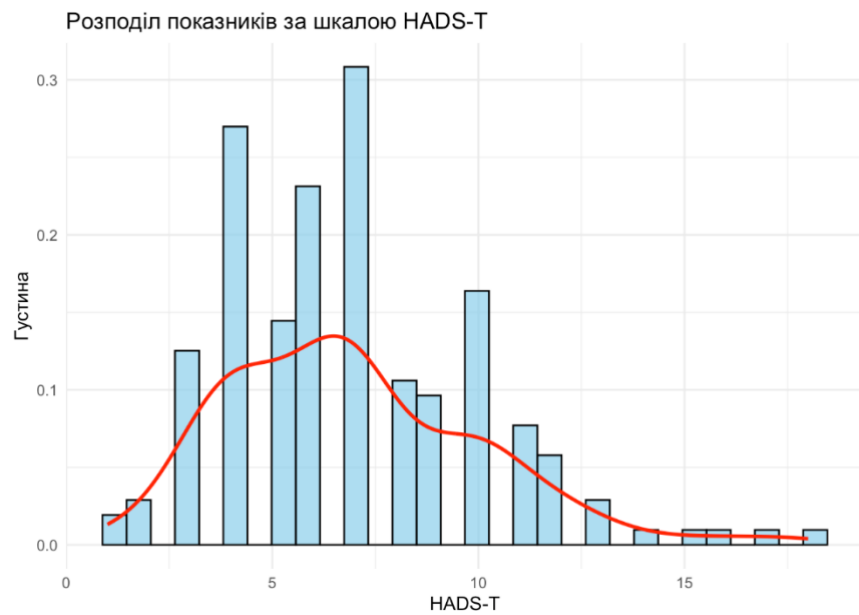


Рис. 3.10 Розподіл показників за шкалою HADS-T

Розподіл за шкалою HADS-T є скошеним ліворуч, із концентрацією показників у нижньому діапазоні, що свідчить про загалом низький рівень тривожно-депресивної симптоматики респондентів.

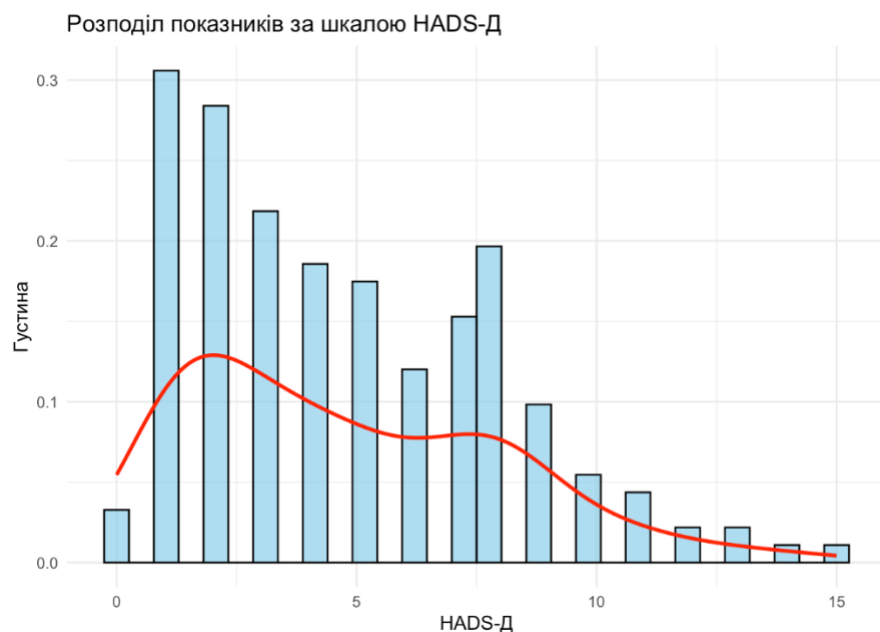


Рис. 3.11 Розподіл показників за шкалою HADS-D

Розподіл HADS-D скошений ліворуч, з переважанням низьких значень, що вказує на низький рівень депресивних симптомів у більшості опитаних.



Рис. 3.12 Розподіл показників за шкалою PF

Розподіл за шкалою PF (фізичне функціонування) має виражену бімодальність: частина учасників демонструє низький рівень фізичного функціонування, тоді як інша – навпаки високий. Це свідчить про значну поляризацію у сприйнятті або реальному стані фізичних можливостей у вибірці.



Рис. 3.13 Розподіл показників за шкалою RP

Розподіл за шкалою RP (рольові обмеження через фізичний стан) також має виражено бімодальний характер: одна група демонструє суттєві рольові обмеження, інша – майже повну їх відсутність. Це може свідчити про наявність

двох контрастних підгруп у вибірці за рівнем фізичного функціонування в повсякденних ролях.



Рис. 3.14 Розподіл показників за шкалою ВР

Розподіл за шкалою ВР (інтенсивність болю) також демонструє виражену бімодальність: у частини учасників показники болю високі, у частини – мінімальні. Це може свідчити про різну ступінь фізичних скарг у підвибірках.



Рис. 3.15 Розподіл показників за шкалою GH

Розподіл за шкалою GH (загальне сприйняття здоров'я) свідчить про наявність двох чітко виражених мод – одні респонденти оцінюють своє здоров'я як дуже погане (низькі значення), інші – як добре (високі значення). Така бімодальність може відображати гетерогенність вибірки за клінічним статусом чи суб'єктивною оцінкою здоров'я.



Рис. 3.16 Розподіл показників за шкалою VT

Розподіл за шкалою VT (життєва енергійність) демонструє бімодальність із концентрацією як низьких, так і високих значень. Це вказує на суттєві відмінності між учасниками за суб'єктивним відчуттям енергії та втомлюваності.

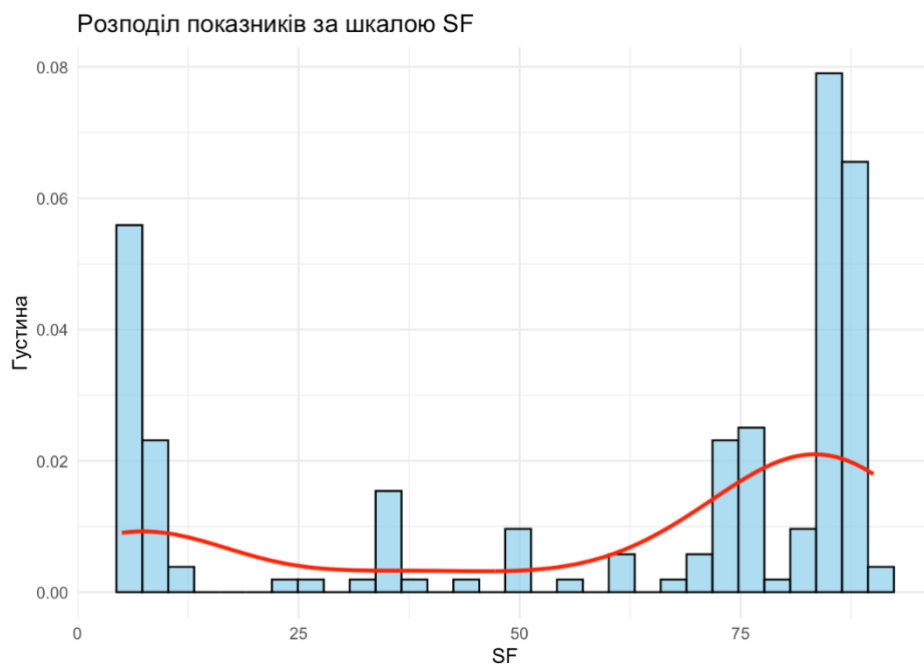


Рис. 3.17 Розподіл показників за шкалою SF

Розподіл за шкалою соціального функціонування (SF) є бімодальним, із піками на полюсах – це свідчить про наявність двох груп: одна має суттєві обмеження у соціальній активності, інша практично не відчуває їх. Така структура типова для вибірок з клінічною та контрольною групами.

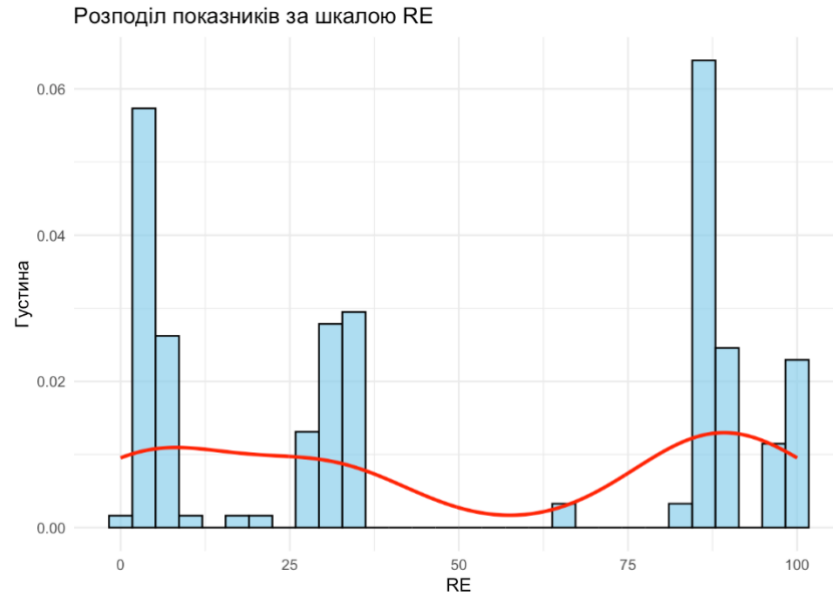


Рис. 3.18 Розподіл показників за шкалою RE

Розподіл показників за шкалою RE (рольове функціонування через емоційний стан) також демонструє бімодальність: спостерігається велика частка учасників як із дуже низькими, так і з максимальними значеннями. Це може свідчити про різке розділення вибірки за рівнем емоційного впливу на виконання соціальних та професійних ролей.

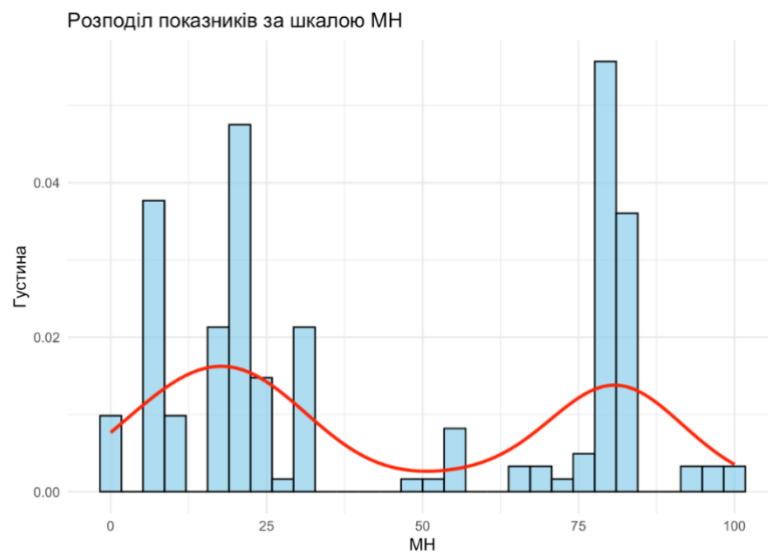


Рис. 3.19 Розподіл показників за шкалою МН

На рис.3.19 розподілу показників за шкалою МН (емоційного благополуччя) також спостерігається бімодальний характер, хоча менш чітко виражений, ніж у попередніх шкалах.

Проведений аналіз психодіагностичних даних у вибірці респондентів із нейрофункціональними порушеннями дозволяє оцінити рівень психологічного благополуччя, емоційного стану, фізичного функціонування та загального сприйняття здоров'я.

Розподіл за шкалою цілей у житті (Суб1) свідчить про знижений рівень усвідомлення життєвих цілей у значної частини респондентів. Це може бути пов'язано з втратою життєвих орієнтирів внаслідок хронічного захворювання, психологічної втоми або емоційного вигорання. Результати за шкалою самоприйняття (Суб2) демонструють поширені труднощі з прийняттям себе. Таке самосприйняття часто характерне для осіб із тривалим захворюванням, особливо за умов зміненого способу життя та обмеження звичних ролей. Розподіл за шкалою позитивного самооцінювання (Суб3) вказує на недостатню впевненість у власній цінності у багатьох респондентів. Зниження цього показника може свідчити про знецінення себе, внутрішню вразливість та зниження особистісної значущості. Показники за шкалою позитивного сприйняття майбутнього (Суб4) засвідчують переважно песимістичні або невизначені очікування щодо майбутнього у значної частини вибірки. Це відображає тривожність, відчуття безнадії та втрати контролю над життєвими обставинами. Ці тенденції підкріплюються даними за шкалою контролю над майбутнім (Суб5), де виявлено відчуття безсилля або зниженої суб'єктивної ефективності у значної частини опитаних. Такі результати є типовими для осіб, які переживають хронічні або важкі неврологічні стани.

Аналіз розподілу за шкалою PGWBI показав високий рівень індивідуальних відмінностей. У деяких респондентів спостерігалися задовільні показники загального благополуччя, однак у значної частини вибірки рівень суб'єктивного самопочуття та емоційної рівноваги був зниженим. Це ще раз підкреслює потребу в диференційованому підході до психологічної підтримки.

Показники за шкалою HADS-T свідчать про загалом низький рівень тривожно-депресивної симптоматики в опитаних, що можна інтерпретувати як достатній рівень емоційної стабільності у більшості респондентів. Також за шкалою HADS-D (депресія) фіксується низький рівень депресивних проявів, хоча наявність навіть незначної частки респондентів із підвищеними значеннями вказує на необхідність подальшого спостереження.

Розподіл за шкалою фізичного функціонування (PF) демонструє значну поляризацію вибірки. Частина респондентів зберігає високий рівень фізичних можливостей, у той час як інші мають виражені фізичні обмеження. Це може бути обумовлено відмінностями у типі захворювання, стадії лікування або наявністю хірургічного втручання. Аналогічна тенденція простежується за шкалою RP (рольові обмеження через фізичний стан), де виявлено дві чіткі групи: одна практично не відчуває впливу фізичного стану на щоденне функціонування, інша – стикається з істотними обмеженнями.

Шкала BP (інтенсивність болю) показала варіативність у вираженості больового синдрому серед респондентів. Цей показник, ймовірно, пов'язаний із конкретною нозологією та післяопераційним періодом.

Розподіл за шкалою GH (загальне сприйняття здоров'я) вказує на гетерогенність вибірки за суб'єктивною оцінкою здоров'я, що відображає різний ступінь задоволеності станом здоров'я серед респондентів.

За шкалою життєвої енергійності (VT) простежуються суттєві відмінності між учасниками за рівнем енергії та втомлюваності, що підтверджує важливість індивідуальної оцінки психофізичного стану.

Шкала соціального функціонування (SF) показала наявність двох основних груп: одна з них практично немає соціальних обмежень, інша – зазнає значних труднощів у підтриманні соціальних контактів. Це може бути пов'язано з наявністю клінічної та контрольної групи у вибірці. Схожа структура виявлена за шкалою RE (емоційний вплив на соціальні та професійні ролі), що демонструє різке розділення респондентів за рівнем емоційного напруження та адаптаційних можливостей.

Таким чином, результати, отримані на цьому етапі, свідчать про наявність психологічної та функціональної гетерогенності серед пацієнтів нейрофункціональної хірургії. Частина респондентів демонструє знижене психологічне благополуччя, недостатню віру у власні сили, невизначеність щодо майбутнього та знижену якість соціального функціонування. Інші учасники мають задовільні або високі показники, що свідчить про їх адаптаційні ресурси, можливості саморегуляції та наявність підтримки.

На наступному етапі нами було проведено статистичну обробку та порівняння даних для кожної з досліджуваних трьох груп.

З метою первинної оцінки розподілу результатів нами було побудовано діаграми розмаху для кожної з досліджуваних шкал у трьох групах учасників: контрольній, пацієнтів з епілепсією та пацієнтів із хворобою Паркінсона. Такі графіки дозволили наочно порівняти центральні тенденції (медіану), варіативність (міжквартильний розмах) та межі розподілу значень у кожній групі. Особливу увагу було приділено наявності викидів та зміщеності розподілу, що може свідчити про специфіку функціонування окремих психічних або соматичних показників у клінічних вибірках, що буде проаналізовано далі.

Порівняльний аналіз значень за шкалою Самопочуття (С) між групами пацієнтів показує, що розподіл результатів у цілому подібний у хворих з епілепсією та хворих з хворобою Паркінсона (рис.3.20).

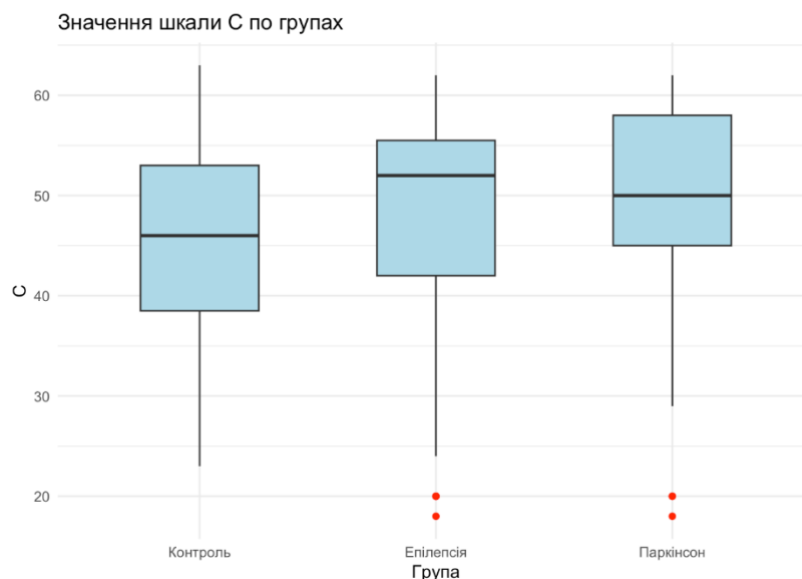


Рис. 3.20 Порівняння значень за шкалою Самопочуття (С) між групами

Водночас, медіана значень дещо вища у групі з хворобою Паркінсона, що свідчить про суб'єктивно кращу оцінку власного самопочуття у середньому в цій групі. У обох клінічних групах були виявлені поодинокі викиди – індивідуальні значення, які істотно відрізняються від загальної тенденції. Ці викиди можуть свідчити про наявність респондентів із особливо високим або низьким рівнем самопочуття, що, ймовірно, пов'язано з індивідуальними особливостями клінічного стану, перебігом захворювання, особистісними факторами або рівнем соціальної підтримки.

Порівняння результатів за шкалою Активності (А) демонструє, що вищі медіанні значення зафіксовані в клінічних групах, особливо у пацієнтів із хворобою Паркінсона (рис.3.21).

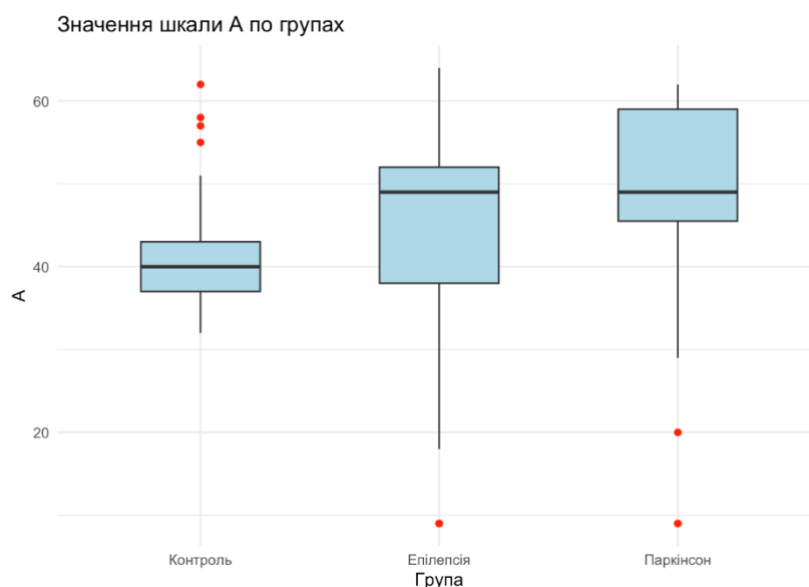


Рис. 3.21 Порівняння значень за шкалою Активність (А) між групами

Це може свідчити про відносно вищий рівень суб'єктивно оцінюваної активності у цих респондентів, порівняно з іншими групами, ймовірно завдяки наявності мотивації до збереження функціональної самостійності або особливостям післяопераційного або медикаментозного стану.

У всіх досліджуваних групах виявлено поодинокі викиди, тобто значення, що істотно відрізняються від основного масиву даних. Ці викиди можуть бути пов'язані як із індивідуальними ресурсами пацієнтів (наприклад, вища мотивація

до активності, рівень підтримки, стиль життя), так і з клінічними особливостями перебігу хвороби.

Аналіз розподілу за шкалою Настрою (Н) показує, що найвищі значення медіани зафіксовано у групі пацієнтів із хворобою Паркінсона, що свідчить про вищий середній рівень позитивного емоційного стану в цій групі порівняно з іншими (рис. 3.22).

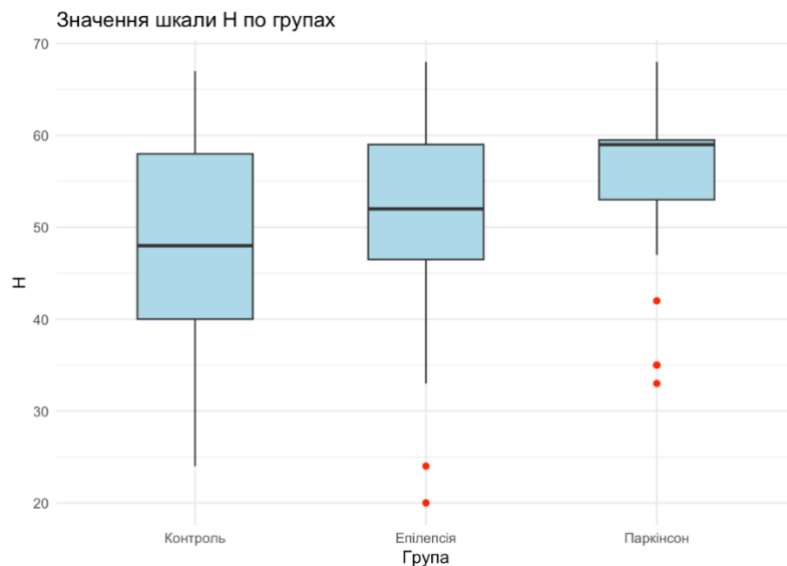


Рис. 3.22 Порівняння значень за шкалою Настрою (Н) між групами

Це може бути пов'язано як із особистісними чинниками, так і з адаптацією до захворювання, ефективністю лікування або підтримкою з боку близького оточення. Водночас, у всіх досліджуваних групах спостерігаються поодинокі викиди, тобто значення, що значно відрізняються від основної тенденції. Вони можуть вказувати на індивідуальні коливання емоційного стану, зумовлені як суб'єктивними переживаннями, так і різницею в клінічному перебігу захворювань.

Розподіл показників за шкалою Цілей у житті (Суб1) свідчить про те, що найнижчі значення спостерігаються серед учасників контрольної групи, що може вказувати на знижений рівень усвідомлення життєвих цілей або їх актуальності у здорових респондентів (рис.3.23).

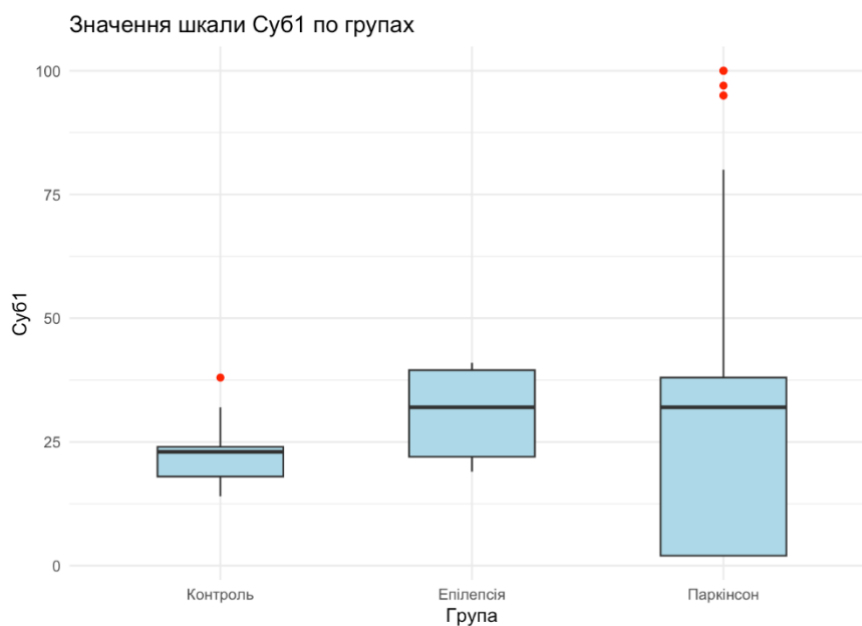


Рис. 3.23 Порівняння значень за шкалою Суб1 між групами

Це може бути пов'язано з тим, що відсутність серйозного життєвого виклику (наприклад, хвороби) не стимулює до глибокої рефлексії щодо сенсів і цілей. Натомість у клінічних групах – пацієнтів з епілепсією та хворобою Паркінсона – спостерігаються вищі медіанні значення, що може свідчити про актуалізацію життєвих цілей на тлі подолання хвороби або переживання змін у житті, пов'язаних із лікуванням.

Водночас у цих клінічних групах фіксуються виражені поодинокі викиди, які свідчать про значну індивідуальну варіативність у сприйнятті смислу життя. Деякі респонденти можуть переживати кризу цілей і сенсів, тоді як інші, навпаки, демонструють посилення внутрішньої мотивації та переоцінку життєвих орієнтирів.

Результати за шкалою Самоприйняття (Суб2) показують, що медіанні значення вищі в клінічних групах (пацієнти з епілепсією та хворобою Паркінсона) порівняно з контрольною (рис.3.24).

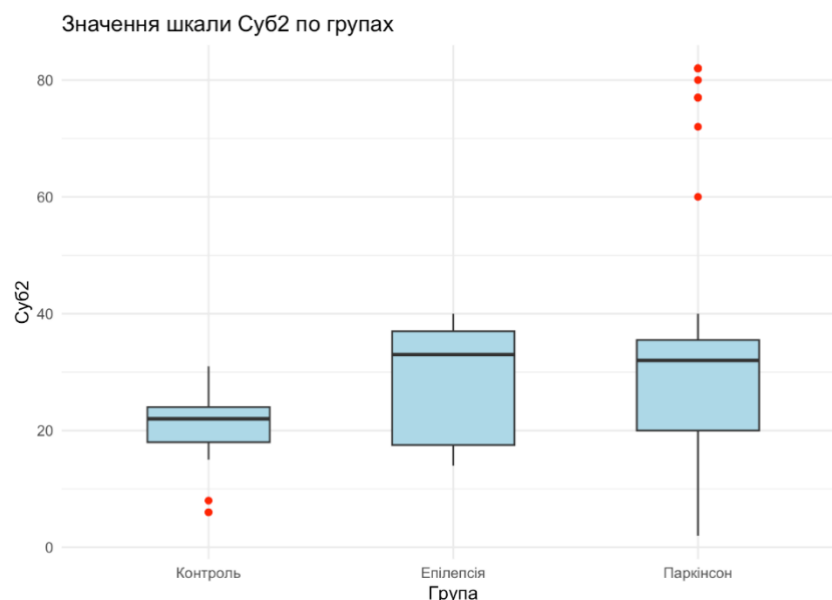


Рис. 3.24 Порівняння значень за шкалою Суб2 між групами

Це може свідчити про те, що зіткнення з хворобою сприяє глибокому усвідомленню себе та формуванню прийняття власного стану, що нерідко спостерігається в осіб, які пройшли через складні життєві випробування. Особливо цікавим є той факт, що в групі хворих на Паркінсона виявлено кілька виражених викидів у верхньому діапазоні. Це може вказувати на наявність респондентів із надзвичайно високим рівнем самоприйняття, що, ймовірно, пов'язано з ефективними копінг-стратегіями, підтримкою оточення або успішною адаптацією до хвороби.

Аналіз за шкалою Позитивного самооцінювання (Суб3) показує, що найнижчі медіанні значення спостерігаються у контрольній групі, тобто в осіб без діагностованих неврологічних захворювань. Це може свідчити про менш актуалізовану позитивну оцінку себе в повсякденному житті, коли відсутній зовнішній фактор, що стимулює переосмислення власної цінності чи внутрішніх ресурсів (рис.3.25).

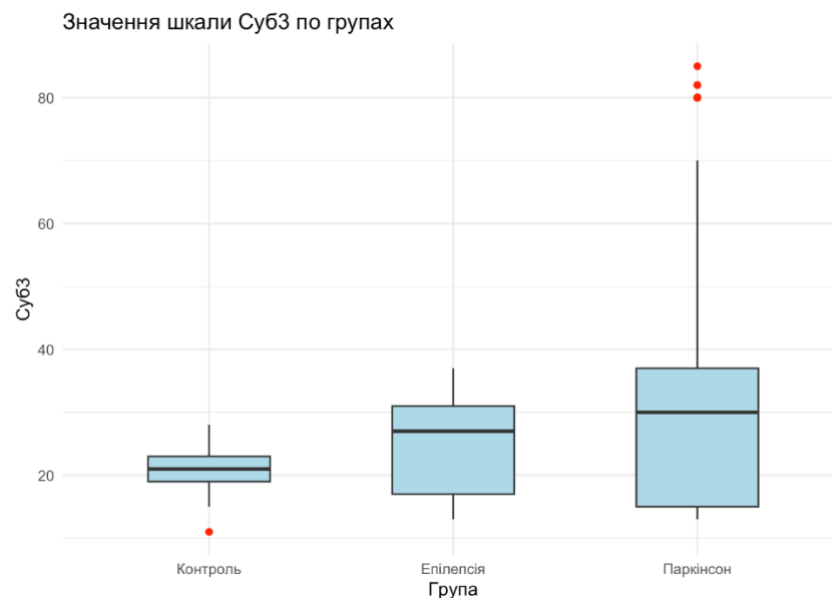


Рис. 3.25 Порівняння значень за шкалою Суб3 між групами

Натомість у клінічних групах (з епілепсією та хворобою Паркінсона) медіани значно вищі, що може бути пов'язано з усвідомленим особистісним зростанням, розвитком стійкості або з тим, що подолання хвороби сприяє формуванню глибшого позитивного ставлення до себе.

Особливо вирізняється група хворих на хворобу Паркінсона, де спостерігається широкий розкид значень і наявність виражених викидів. Це вказує на високу індивідуальну варіативність у рівні самооцінювання: від суттєвого зниження до надзвичайно високого рівня, що може бути зумовлено як різною клінічною картиною, так і особистісними особливостями, досвідом лікування, рівнем підтримки тощо.

Результати за шкалою Позитивного сприйняття майбутнього (Суб4) свідчать про те, що найнижчі медіанні значення спостерігаються в контрольній групі. Це може вказувати на загальну байдужість, невизначеність або відсутність чітких очікувань щодо майбутнього у здорових респондентів, які, перебуваючи у кризових умовах, можуть не замислюватися глибоко про перспективи чи не мати нагальної потреби в цьому (рис.3.26).

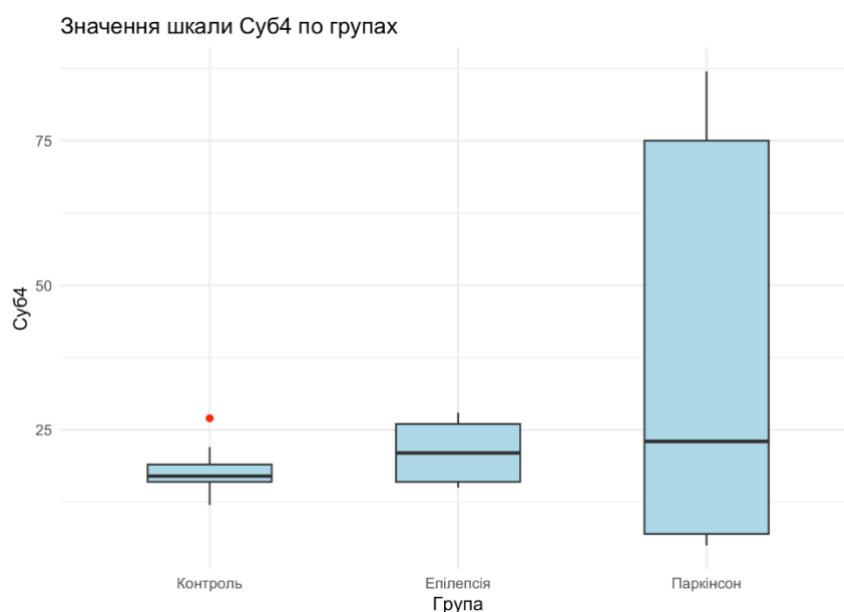


Рис. 3.26 Порівняння значень за шкалою Суб4 між групами

У той час як у клінічних групах – пацієнтів з епілепсією та хворобою Паркінсона – медіани вищі, що свідчить про більший оптимізм, активніше формування позитивних уявлень про майбутнє або більшу його значущість у системі особистісних орієнтирів. Це може бути пов'язано з прагненням до відновлення, надією на покращення стану або переоцінкою життєвих цінностей у зв'язку з хворобою. Особливо виділяється група хворих на Паркінсона, де спостерігається значно ширший розкид значень, що свідчить про високу індивідуальну варіативність у сприйнятті майбутнього – від вираженого песимізму до сильного оптимізму. Така різноманітність може бути зумовлена як різними стадіями захворювання, так і особистісними установками, рівнем підтримки, досвідом лікування чи соціальними умовами.

Аналіз результатів за шкалою Позитивного емоційного фону (Суб5) показує, що медіани в усіх досліджуваних групах – контрольній, пацієнтів з епілепсією та хворобою Паркінсона – є приблизно однаковими, що свідчить про загалом схожий середній рівень позитивних емоцій у респондентів незалежно від клінічного статусу (рис.3.27).

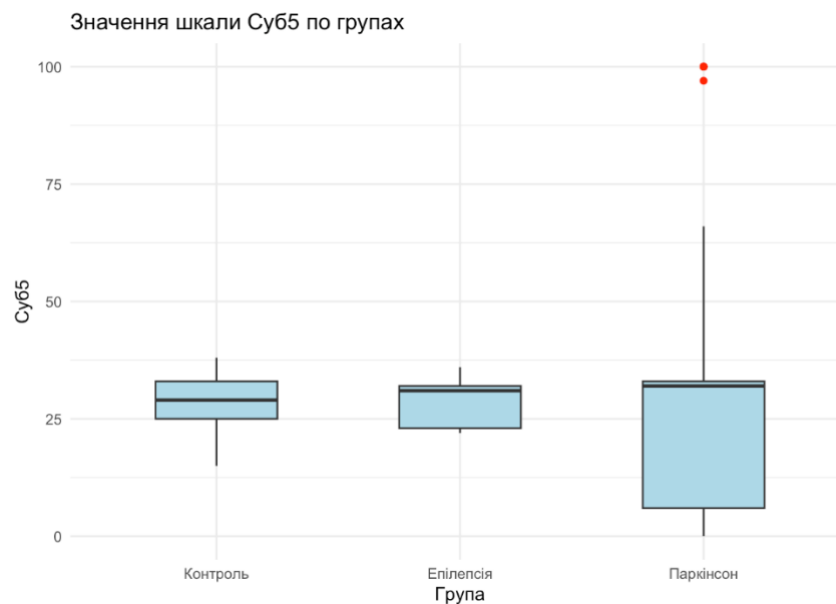


Рис. 3.27 Порівняння значень за шкалою Суб5 між групами

Втім, у групі хворих на хворобу Паркінсона спостерігається значно ширший діапазон значень, що вказує на велику індивідуальну варіативність у переживанні позитивних емоцій. Це може свідчити про те, що окремі пацієнти мають високий емоційний ресурс і підтримують позитивний емоційний фон, тоді як інші – переживають емоційне виснаження чи втрату позитивних емоцій, що й обумовлює виражені викиди в обидва боки шкали.

Такий розкид може бути пов'язаний із різницею в перебігу захворювання, підтримкою з боку оточення, особистісними особливостями або ефективністю адаптації до хвороби.

Аналіз за інтегральною шкалою загального психологічного благополуччя (PGWBI) показує, що найвищі медіанні значення спостерігаються в контрольній групі, що є очікуваним і свідчить про вищий рівень суб'єктивного психологічного комфорту та емоційного благополуччя у здорових респондентів (рис.3.28).

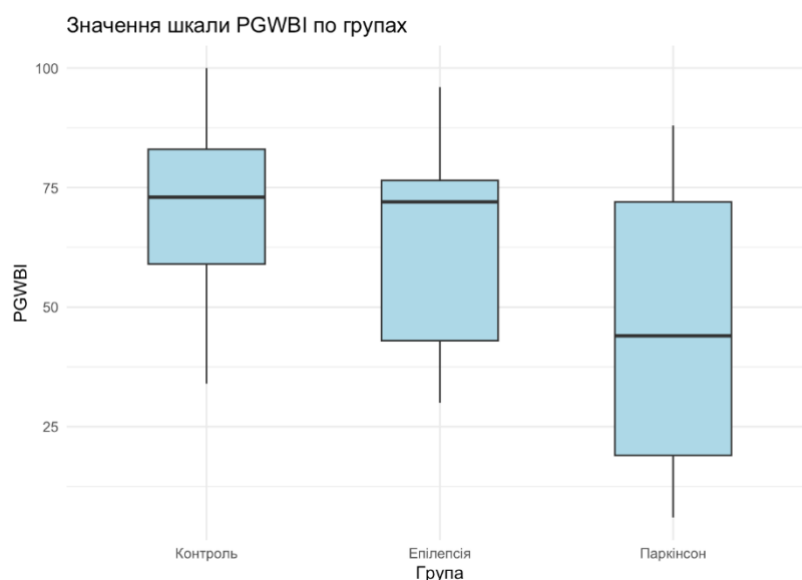


Рис. 3.28 Порівняння значень за шкалою PGWB1 між групами

У той же час, у клінічних групах – пацієнтів з епілепсією та хворобою Паркінсона – медіани нижчі, що вказує на загальне зниження психологічного благополуччя у цих вибірках. Крім того, ширший розкид значень у цих групах свідчить про високу індивідуальну варіативність: деякі пацієнти демонструють адаптованість і задовільний емоційний стан, тоді як інші – мають помітно знижений рівень благополуччя. Такі результати узгоджуються з очікуваними впливами хронічних неврологічних захворювань на емоційне самопочуття, рівень тривоги, депресивні прояви та загальне життєве задоволення. Вони підтверджують потребу у психологічній підтримці пацієнтів клінічних груп та врахуванні емоційного стану при комплексній оцінці їхнього здоров'я.

Результати за шкалою загальної емоційної симптоматики (HADS-T) свідчать про те, що найвищі медіанні значення спостерігаються у групі пацієнтів з епілепсією, що може вказувати на підвищений рівень тривожно-депресивних проявів серед цієї категорії хворих (рис.3.29).

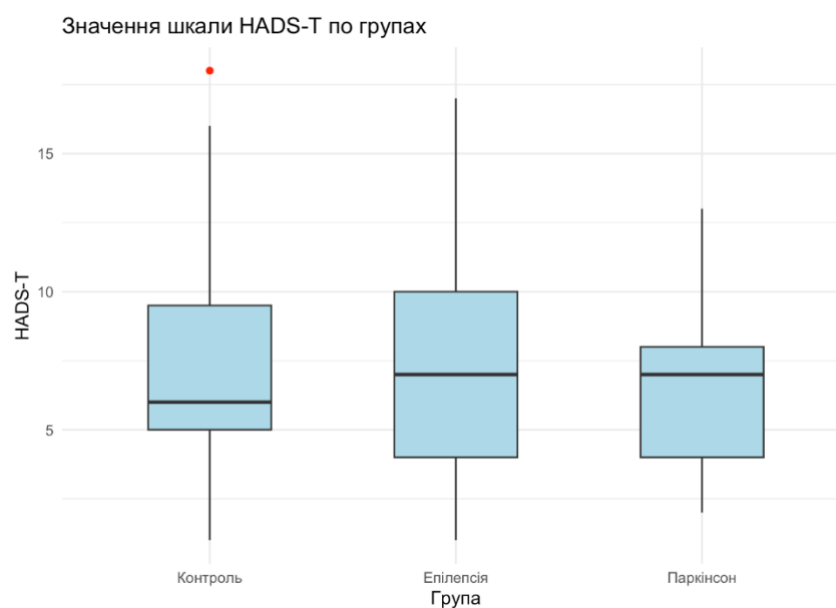


Рис. 3.29 Порівняння значень за шкалою HADS-T між групами

Це, ймовірно, пов'язано зі специфікою захворювання, його непередбачуваним перебігом, соціальними обмеженнями та стигматизацією. У групі хворих на хворобу Паркінсона медіана нижча, що свідчить про відносно меншу вираженість емоційних симптомів у середньому, проте широкий розкид значень вказує на значну індивідуальну варіативність – у частини респондентів спостерігається емоційна стабільність, тоді як в інших – наявність тривоги або депресивних станів.

Контрольна група демонструє найменший діапазон значень, що свідчить про стабільний емоційний стан у більшості здорових учасників, однак наявність окремих викидів може вказувати на індивідуальні епізоди підвищеного емоційного напруження, не пов'язані з клінічними чинниками.

Загалом, ці дані підтверджують, що емоційна симптоматика є більш вираженою у клінічних групах, особливо серед пацієнтів з епілепсією, і має варіативний характер залежно від типу захворювання та індивідуального психоемоційного ресурсу.

Аналіз за шкалою депресії (HADS-D) показує, що медіанні значення у всіх трьох групах – контрольній, пацієнтів з епілепсією та хворобою Паркінсона – приблизно однакові, що свідчить про відсутність суттєвих відмінностей у середньому рівні депресивних симптомів між групами (рис.3.30).

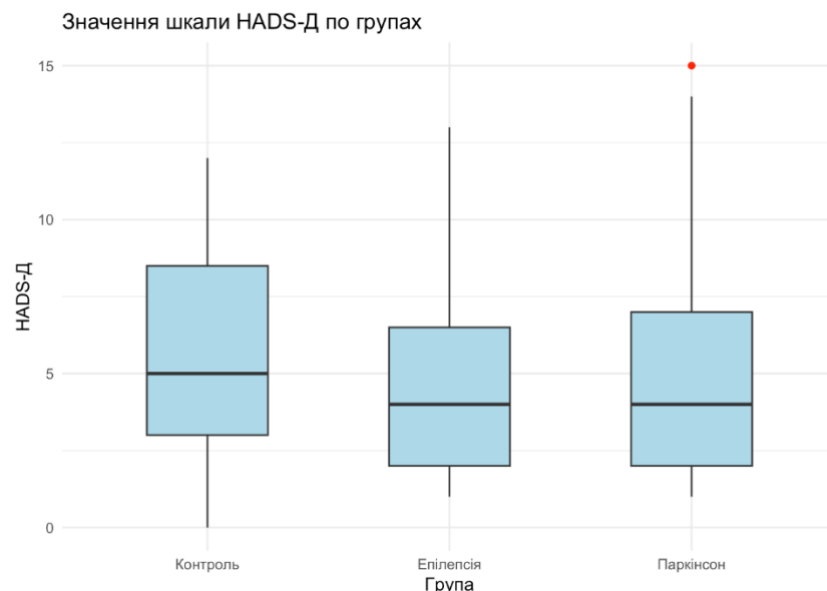


Рис. 3.30 Порівняння значень за шкалою HADS-D між групами

Проте у клінічних групах спостерігається більша варіативність значень, особливо в групі пацієнтів із хворобою Паркінсона, де зафіксовано виражений викид у верхньому діапазоні. Це вказує на наявність окремих учасників із помітно підвищеним рівнем депресивних симптомів, що може бути пов'язано із клінічними особливостями перебігу хвороби, її впливом на якість життя та психоемоційний стан.

Таким чином, хоча в середньому рівні депресії між групами незначно відрізняються, індивідуальні коливання в клінічних вибірках вказують на потребу у цільовій психологічній підтримці для певних пацієнтів.

Аналіз за шкалою фізичного функціонування (PF) показує, що найвищі значення спостерігаються у контрольній групі, що свідчить про збережений рівень фізичної активності та можливостей у здорових учасників (рис.3.31).

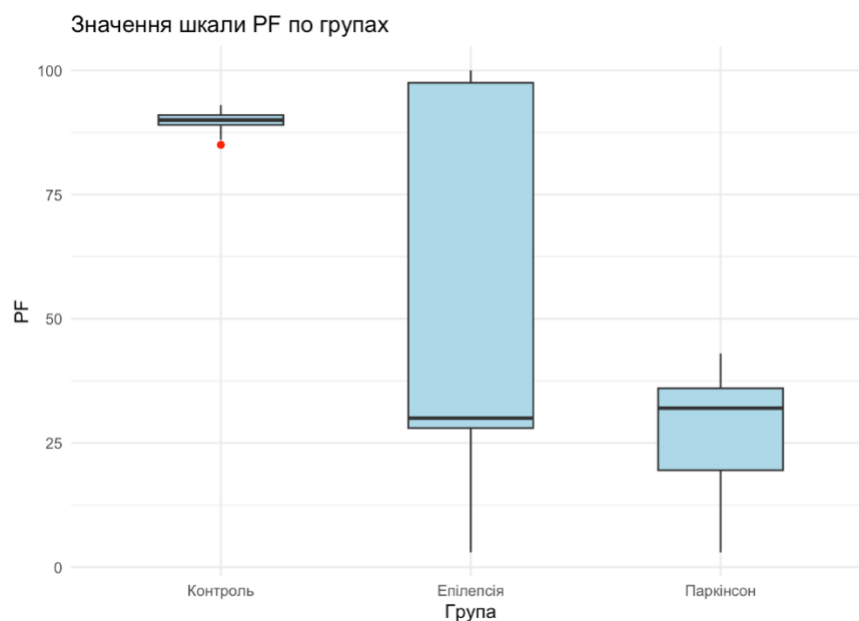


Рис. 3.31 Порівняння значень за шкалою PF між групами

У клінічних групах, особливо серед пацієнтів із хворобою Паркінсона, спостерігається значне зниження показників фізичного функціонування. Це відображає обмеження в повсякденній діяльності, пов'язані з моторними та іншими симптомами захворювання, що впливає на здатність виконувати фізичні завдання та підтримувати активний спосіб життя.

Таким чином, результати свідчать про помітне погіршення фізичного функціонування у пацієнтів із хронічними неврологічними захворюваннями, що потребує уваги при плануванні лікувальних та реабілітаційних заходів.

Аналіз за шкалою рольового функціонування через фізичні обмеження (RP) показує, що контрольна група демонструє найвищі значення, що свідчить про відсутність або мінімальний вплив фізичних обмежень на виконання соціальних та професійних ролей у здорових учасників (рис.3.32).

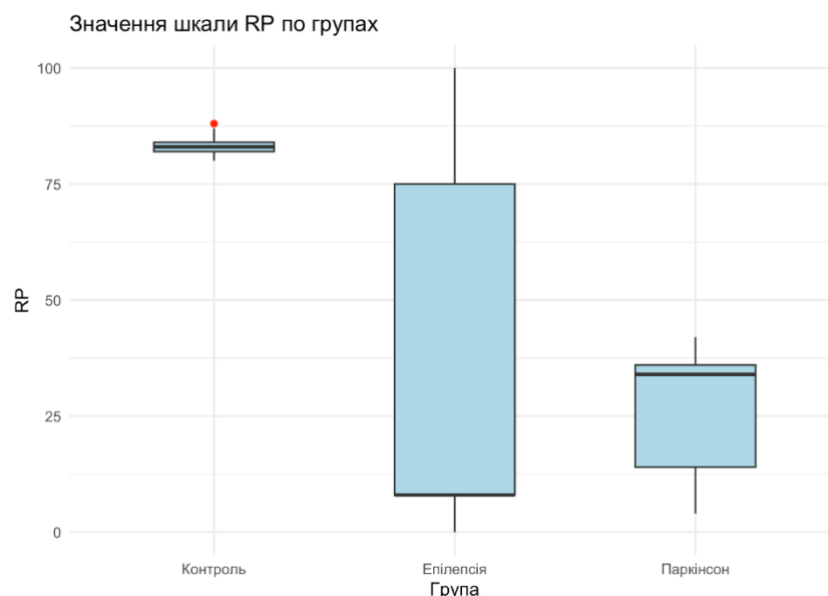


Рис. 3.32. Порівняння значень за шкалою RP між групами

Натомість клінічні групи мають нижчі показники, що вказує на певні труднощі або обмеження у виконанні рольових функцій через фізичні симптоми захворювання. Особливо виражене зниження спостерігається у групі пацієнтів з епілепсією, що може бути пов'язано з більшою впливовістю хвороби на повсякденну активність і соціальне функціонування.

Ці результати підкреслюють важливість врахування фізичних обмежень при оцінці якості життя та плануванні комплексної допомоги для хворих із хронічними неврологічними станами.

Аналіз за шкалою болю (BP) показує, що найвищі медіанні значення спостерігаються у контрольній групі, що може свідчити про те, що здорові учасники іноді відчувають біль або мають більші фізичні дискомфорти, не пов'язані з хронічними неврологічними захворюваннями (рис.3.33).

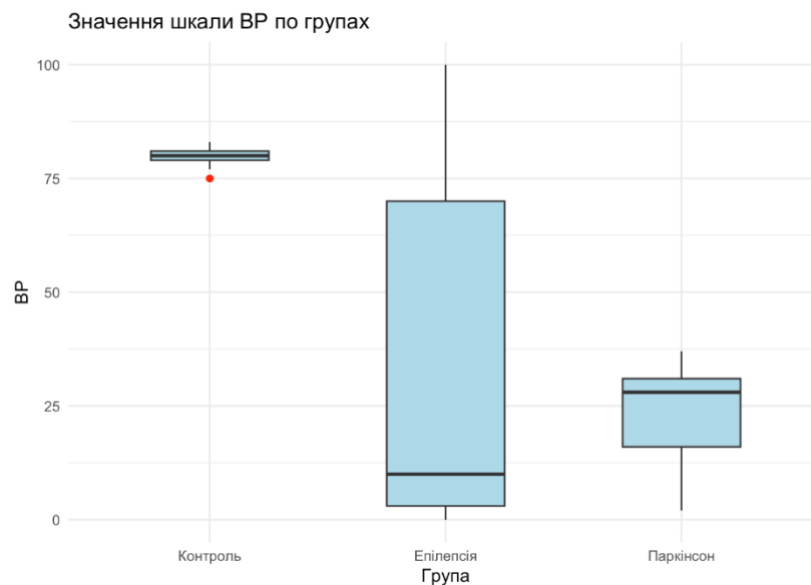


Рис. 3.33 Порівняння значень за шкалою ВР між групами

Хворі на епілепсію мають найнижчі значення болю, проте при цьому спостерігається великий розкид, що вказує на суттєву індивідуальну варіативність: деякі пацієнти майже не відчують болю, тоді як інші можуть мати виражені фізичні скарги.

У групі пацієнтів із хворобою Паркінсона показники болю є помірними, що відображає середній рівень больового дискомфорту у цій вибірці.

Ці результати вказують на різні характеристики сприйняття та досвіду болю серед досліджуваних груп, що має враховуватися при клінічній оцінці та підтримці пацієнтів.

Результати за шкалою загального здоров'я (GH) свідчать про те, що найвищі значення зафіксовані у контрольній групі, що є очікуваним і свідчить про високу суб'єктивну оцінку власного фізичного стану серед здорових учасників (рис.3.34).

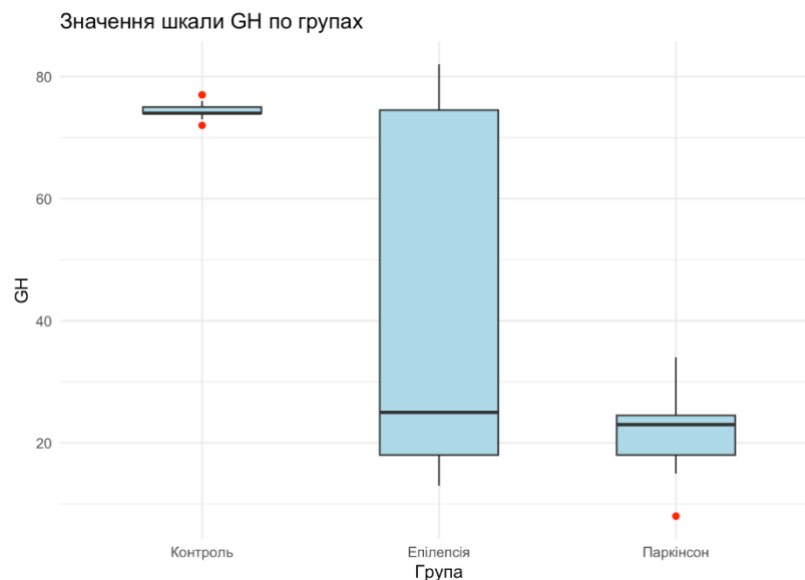


Рис. 3.34 Порівняння значень за шкалою GH між групами

У той час як пацієнти з епілепсією та хворобою Паркінсона демонструють нижчі оцінки загального здоров'я, що вказує на знижену суб'єктивну задоволеність власним соматичним станом. Це цілком зрозуміло, оскільки обидва захворювання мають хронічний характер і часто супроводжуються погіршенням фізичного самопочуття, відчуттям вразливості та потребою в постійному медичному контролі.

Таким чином, шкала GH відображає виразний контраст у сприйнятті здоров'я між здоровими людьми та пацієнтами з неврологічними порушеннями, що є важливим маркером якості життя та потреби в підтримці.

Аналіз за шкалою життєвої енергії (Vitality, VT) показує, що найвищі значення спостерігаються у контрольній групі, що свідчить про вищий рівень енергійності, бадьорості та меншу втомлюваність серед здорових учасників (рис.3.35).

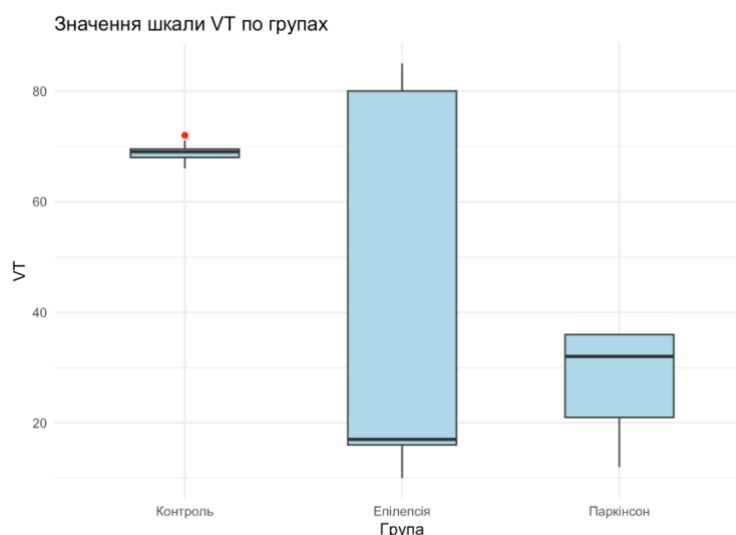


Рис. 3.35 Порівняння значень за шкалою VT між групами

У клінічних групах – пацієнтів з епілепсією та хворобою Паркінсона – фіксується дещо знижене життєве функціонування, що вказує на зменшення суб'єктивного рівня енергії, підвищену втому або знижену мотивацію до активності, що характерно для хронічних неврологічних станів. Особливо нижчі показники виявлено серед пацієнтів з епілепсією, що може бути зумовлено як впливом нападів та побічними ефектами медикаментозної терапії, так і психологічними чинниками – тривожністю, обмеженнями в соціальній активності чи страхом щодо майбутнього.

Загалом, шкала VT відображає зниження загальної життєвої енергії у клінічних вибірках, що потребує уваги під час розробки програм психологічної та фізичної реабілітації.

Результати за шкалою соціального функціонування (SF) свідчать про те, що найвищі значення характерні для контрольної групи, що вказує на високий рівень включеності у соціальну активність та мінімальний вплив стану здоров'я на міжособистісну взаємодію у здорових учасників (рис.3.36).

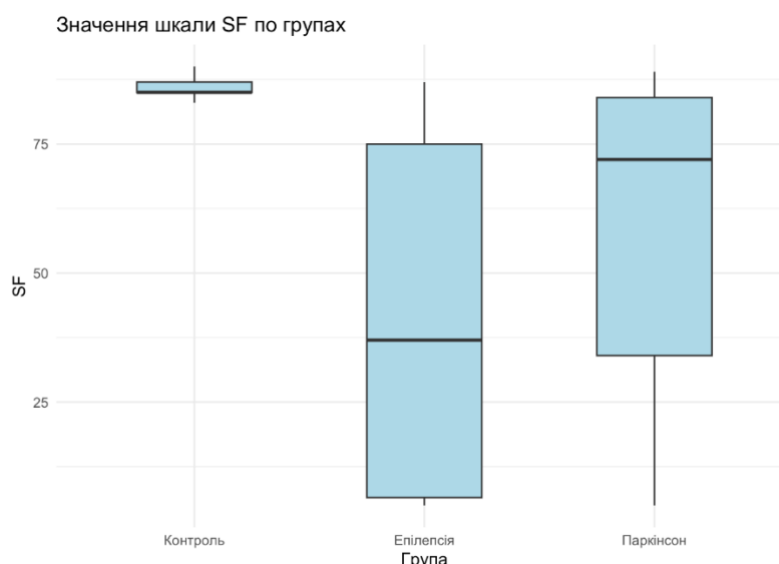


Рис. 3.36. Порівняння значень за шкалою SF між групами

У той час як найнижча медіана зафіксована у групі хворих на епілепсію, що свідчить про виражені труднощі у соціальному функціонуванні цієї групи. Це може бути пов'язано з обмеженнями у професійній та особистій сфері, стигматизацією, а також страхом перед нападами, що змушує пацієнтів обмежувати соціальні контакти. Крім того, у цій групі спостерігається широкий розкид значень, що свідчить про високу індивідуальну варіативність: деякі пацієнти зберігають активне соціальне життя, тоді як інші відчують суттєву ізоляцію чи обмеження.

Таким чином, результати підкреслюють, що епілепсія має значний вплив на соціальне функціонування, що потребує уваги з боку медичних та психологічних служб при плануванні підтримки.

Результати за шкалою рольового функціонування через емоційний стан (RE) показують, що найвищі медіанні значення спостерігаються у контрольній групі, що свідчить про мінімальний вплив емоційних проблем на здатність виконувати соціальні та професійні ролі серед здорових учасників (рис.3.37).

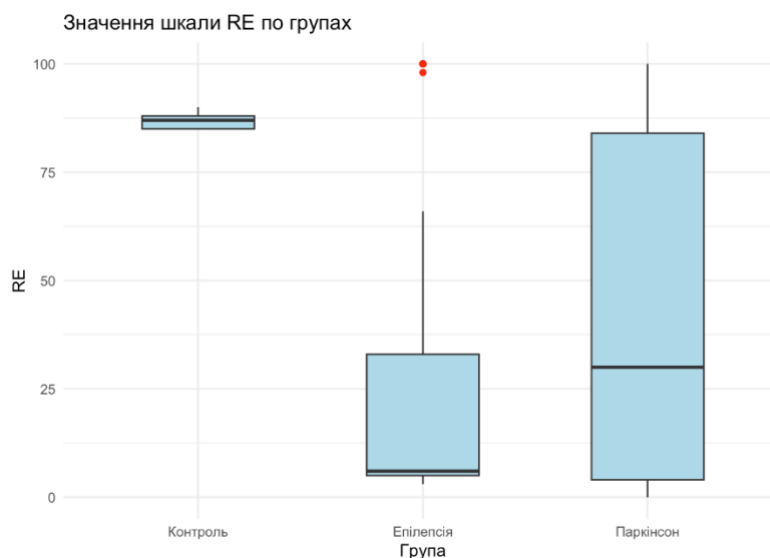


Рис. 3.37. Порівняння значень за шкалою RE між групами

Натомість у клінічних групах ці показники є зниженими, що вказує на значні труднощі або обмеження у виконанні рольових функцій через емоційний дискомфорт або психоемоційні порушення. Це може бути пов'язано з депресивними чи тривожними симптомами, що впливають на продуктивність і соціальну активність пацієнтів із хронічними неврологічними захворюваннями.

Таким чином, шкала RE відображає важливий аспект впливу емоційного стану на якість життя і соціальне функціонування, що потребує уваги у клінічній практиці.

Результати за шкалою емоційного благополуччя (MH) показують, що контрольна група має найвищу медіану, що свідчить про більш стабільний та позитивний емоційний стан серед здорових учасників (рис.3.38).

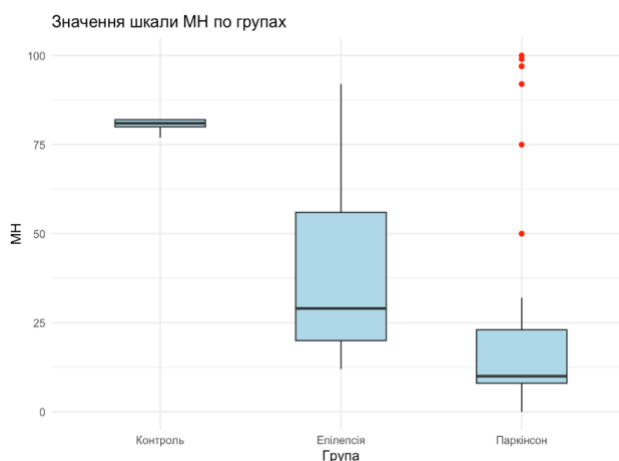


Рис. 3.38 Порівняння значень за шкалою MH між групами

У клінічних групах ці показники є нижчими, що вказує на зниження рівня емоційного благополуччя у пацієнтів із хворобою Паркінсона та епілепсією. Особливо виражений розкид значень спостерігається в групі з епілепсією, що свідчить про високу індивідуальну варіативність емоційного стану серед цих пацієнтів – від відносно стабільного до значно порушеного.

Ці дані підкреслюють важливість психологічної підтримки та комплексного підходу до лікування пацієнтів з хронічними неврологічними захворюваннями.

3.2. Описова статистика психометричних шкал за групами досліджуваних

Описові статистики за шкалою глобального функціонування (GAF) розглядаються як відсотковий розподіл категорій, оскільки змінна має порядкову шкалу.

Табл.3.1

Описові статистики за шкалою глобального функціонування (GAF)

Бали за методикою GAF	Кількість пацієнтів
100-91	15
90-81	60
80-71	19
70-61	47
60-51	34
50-41	1
40-31	1
30-21	0
20-11	0
10-1	0

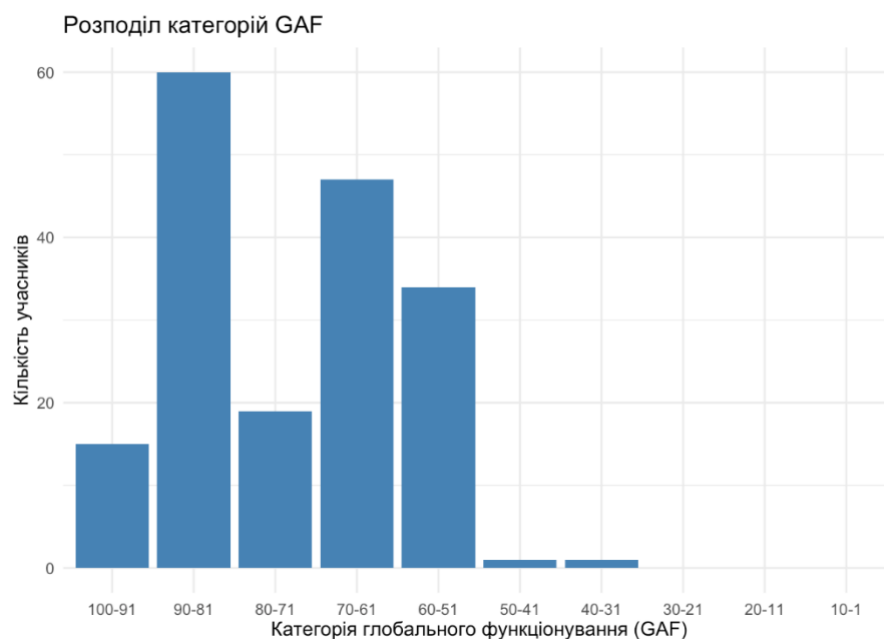


Рис. 3.39 Описові статистики за шкалою глобального функціонування (GAF)

Ми бачимо, що найбільша кількість респондентів увійшла до категорії «90-81 балів», що свідчить про наявність незначних симптомів або легкі труднощі у функціонуванні. Також значна частка припадає на діапазони «70-61 бали» та «60-51 бали», які відображають помірні труднощі у соціальному або професійному функціонуванні. Водночас лише двоє учасників потрапляють у категорії нижче 50 балів, що вказує на тяжкі порушення адаптації.

Для перевірки конструктивної та дискримінативної валідності шкал було проведено кореляційний аналіз за коефіцієнтом Спірмена. Цей метод було обрано у зв'язку з відсутністю нормального розподілу більшості змінних. Конструктивна валідність оцінювалася через відповідність теоретично очікуваним зв'язкам із суміжними шкалами, тоді як дискримінативна – через відсутність зв'язку зі шкалами, що не мають бути пов'язані із досліджуваним конструктом. У таблиці подано значення коефіцієнтів кореляції (які відображають напрямок та силу зв'язку) та відповідні р-значення (які вказують на статистичну значущість зв'язку). Далі для зручності інтерпретації ми виділили лише статистично значущі кореляції між шкалами, що дозволило сфокусувати увагу на найбільш інформативних взаємозв'язках.

Значущі кореляції (ρ Спірмена)

Змінна 1	Методика 1	Змінна 2	Методика 2	Коефіцієнт ρ	p-значення	сила
HADS-T	HADS	PGWBI	PGWBI	-0.32	< 0.001	Середній
HADS-T	HADS	C	CAH	-0.16	0.03212	Слабкий
HADS-T	HADS	Суб1	СЖО	-0.16	0.03545	Слабкий
HADS-T	HADS	Суб2	СЖО	-0.22	0.00309	Слабкий
HADS-T	HADS	Суб3	СЖО	-0.22	0.00339	Слабкий
HADS-T	HADS	Суб5	СЖО	-0.20	0.00711	Слабкий
HADS-T	HADS	PF	SF-36	0.18	0.01831	Слабкий
HADS-T	HADS	RE	SF-36	0.20	0.00776	Слабкий
HADS-Д	HADS	C	CAH	-0.47	< 0.001	Середній
HADS-Д	HADS	A	CAH	-0.43	< 0.001	Середній
HADS-Д	HADS	H	CAH	-0.24	0.00107	Слабкий
HADS-Д	HADS	Суб2	СЖО	-0.18	0.01947	Слабкий
HADS-Д	HADS	RE	SF-36	0.15	0.04848	Слабкий
PGWBI	PGWBI	Суб1	СЖО	0.49	< 0.001	Середній
PGWBI	PGWBI	Суб2	СЖО	0.45	< 0.001	Середній
PGWBI	PGWBI	Суб3	СЖО	0.52	< 0.001	Сильний
PGWBI	PGWBI	Суб4	СЖО	0.49	< 0.001	Середній
PGWBI	PGWBI	Суб5	СЖО	0.55	< 0.001	Сильний
PGWBI	PGWBI	MH	SF-36	0.30	< 0.001	Слабкий
A	CAH	Суб2	СЖО	0.15	0.04162	Слабкий
A	CAH	BP	SF-36	-0.23	0.00238	Слабкий

Змінна 1	Методика 1	Змінна 2	Методика 2	Коефіцієнт ρ	p-значення	сила
A	САН	RE	SF-36	-0.20	0.00646	Слабкий
A	САН	MH	SF-36	-0.30	< 0.001	Середній
H	САН	RP	SF-36	-0.16	0.03684	Слабкий
H	САН	BP	SF-36	-0.18	0.01662	Слабкий
H	САН	RE	SF-36	-0.18	0.01466	Слабкий
H	САН	MH	SF-36	-0.16	0.03019	Слабкий
Суб1	СЖО	RP	SF-36	-0.19	0.01363	Слабкий
Суб1	СЖО	SF	SF-36	-0.38	< 0.001	Середній
Суб1	СЖО	MH	SF-36	0.22	0.00330	Слабкий
Суб2	СЖО	RP	SF-36	-0.20	0.00770	Слабкий
Суб2	СЖО	BP	SF-36	-0.21	0.00493	Слабкий
Суб2	СЖО	GH	SF-36	-0.15	0.04942	Слабкий
Суб2	СЖО	SF	SF-36	-0.35	< 0.001	Середній
Суб2	СЖО	RE	SF-36	-0.16	0.03369	Слабкий
Суб3	СЖО	RP	SF-36	-0.17	0.02455	Слабкий
Суб3	СЖО	VT	SF-36	-0.15	0.04654	Слабкий
Суб3	СЖО	SF	SF-36	-0.35	< 0.001	Середній
Суб4	СЖО	RP	SF-36	-0.16	0.03101	Слабкий
Суб4	СЖО	SF	SF-36	-0.35	< 0.001	Середній
Суб4	СЖО	MH	SF-36	0.15	0.04258	Слабкий
Суб5	СЖО	SF	SF-36	-0.28	< 0.001	Слабкий
Суб5	СЖО	MH	SF-36	0.23	0.00202	Слабкий

Отримані результати демонструють належний рівень конвергентної валідності. Зокрема, шкала психологічного благополуччя (PGWBI) виявила тісні позитивні зв'язки із компонентами самореалізації (СЖО) – такими як цілі в житті ($\rho = 0.49$), самосприйняття ($\rho = 0.45$), позитивне самооцінювання ($\rho = 0.52$), сприйняття майбутнього ($\rho = 0.49$) і контроль над майбутнім ($\rho = 0.55$), що узгоджується з теоретичними очікуваннями. Це свідчить про те, що вищий рівень загального психологічного добробуту супроводжується кращими

показниками саморозуміння, впевненості, смислової орієнтації та суб'єктивного контролю.

Негативні кореляції шкал HADS із самореалізацією (ρ до -0.22), шкалами САН (ρ до -0.47), PGWBI ($\rho = -0.32$), та функціональними показниками SF-36 (рольові обмеження, емоційне функціонування) додатково підтверджують конвергентну валідність: високий рівень тривожності й депресії супроводжується зниженим функціонуванням, меншою життєвою енергією та менш вираженим відчуттям самореалізації.

Водночас, отримані результати демонструють і елементи дискримінантної валідності: попри статистичну значущість сила більшості кореляцій є низькою або помірною ($\rho < 0.30$), що вказує на те, що вимірювані конструкти зберігають відносну незалежність. Наприклад, шкала настрою (Н) з методики САН має лише слабкі зв'язки з іншими шкалами, як і окремі підшкали SF-36 (наприклад, інтенсивність болю або життєва енергія), що підтверджує специфічність кожного з інструментів.

Таким чином, виявлені кореляції підтримують припущення про валідність використаних шкал: спостерігається очікувана конвергенція між спорідненими конструктами та обмеженість зв'язків між далекими поняттями, що підтверджує як конструктивну, так і дискримінантну валідність інструментарію.

На наступному етапі ми провели описовий аналіз психометричних показників у трьох групах респондентів – осіб із хворобою Паркінсона, з епілепсією та групи контролю. До таблиці включено кількість спостережень (N), середнє значення, стандартне відхилення, медіану, мінімальне та максимальне значення для кожної шкали. Такий підхід дозволяє попередньо оцінити загальні відмінності між групами та виявити потенційні зміщення або аномалії перед застосуванням статистичних критеріїв для порівняння.

Загалом спостерігаються виразні міжгрупові відмінності. Зокрема, показники за шкалами якості життя (SF-36) систематично знижуються від контрольної групи до групи пацієнтів з хворобою Паркінсоном – наприклад, за

фізичним функціонуванням (PF) або загальним здоров'ям (GH). Аналогічна динаміка виявлена і за рівнем психологічного благополуччя (PGWB1).

Шкали тривожності й депресії (HADS) демонструють подібний середній рівень у всіх групах, проте варіативність вища в клінічних вибірках. За шкалами САН (А, Н, С) найвищі середні значення спостерігаються саме в групі з хворобою Паркінсона. Такий результат не відповідає теоретичним припущенням про зниження життєвого тону при нейродегенеративних розладах. Можливими поясненнями є особливості суб'єктивного оцінювання власного стану, психологічна адаптація до хронічного захворювання або специфіка сприйняття опитувальника.

Показники самореалізації (Суб1 – Суб5) також вище в клінічних групах, але у групі з хворобою Паркінсона фіксується значна варіативність, що може свідчити про нерівномірність у переживанні або розумінні цієї сфери (табл.3.3)

Табл.3.3.

Аналіз середніх значень в групах

Група	Шкала	N	Середнє	Ст. відхилення	Медіана	Мін	Макс
Контроль	BP	51	79.92	1.84	80	75	83
Епілепсія	BP	59	35.90	39.07	10	0	100
Паркінсон	BP	67	22.60	11.52	28	2	37
Контроль	C	51	45.41	9.81	46	23	63
Епілепсія	C	59	47.83	12.08	52	18	62
Паркінсон	C	67	49.22	9.88	50	18	62
Контроль	GH	51	74.53	0.88	74	72	77
Епілепсія	GH	59	41.00	26.64	25	13	82
Паркінсон	GH	67	21.90	4.85	23	8	34
Контроль	HADS-Д	51	5.47	3.40	5	0	12
Епілепсія	HADS-Д	59	4.31	2.87	4	1	13

Група	Шкала	N	Середнє	Ст. відхилення	Медіана	Мін	Макс
Паркінсон	HADS-Д	67	4.73	3.49	4	1	15
Контроль	HADS-Т	51	7.27	3.30	6	1	18
Епілепсія	HADS-Т	59	7.31	3.54	7	1	17
Паркінсон	HADS-Т	67	6.37	2.42	7	2	13
Контроль	MH	51	80.51	1.32	81	77	82
Епілепсія	MH	59	38.46	24.20	29	12	92
Паркінсон	MH	67	21.00	24.80	10	0	100
Контроль	PF	51	89.75	1.53	90	85	93
Епілепсія	PF	59	53.69	36.84	30	3	100
Паркінсон	PF	67	28.52	10.20	32	3	43
Контроль	PGWBI	51	71.73	15.73	73	34	100
Епілепсія	PGWBI	59	65.15	19.36	72	30	96
Паркінсон	PGWBI	67	46.54	28.16	44	6	88
Контроль	RE	51	86.73	1.40	87	85	90
Епілепсія	RE	59	28.51	32.38	6	3	100
Паркінсон	RE	67	38.45	36.33	30	0	100
Контроль	RP	51	83.08	1.65	83	80	88
Епілепсія	RP	59	33.07	37.32	8	0	100
Паркінсон	RP	67	26.37	13.66	34	4	42
Контроль	SF	51	86.06	1.69	85	83	90
Епілепсія	SF	59	39.98	33.85	37	5	87
Паркінсон	SF	67	55.78	31.34	72	5	89
Контроль	VT	51	68.76	1.18	69	66	72
Епілепсія	VT	59	38.75	28.70	17	10	85
Паркінсон	VT	67	28.01	7.67	32	12	36

Група	Шкала	N	Середнє	Ст. відхилення	Медіана	Мін	Макс
Контроль	A	51	41.14	6.56	40	32	62
Епілепсія	A	59	44.27	14.09	49	9	64
Паркінсон	A	67	47.28	12.31	49	9	62
Контроль	H	51	48.25	11.67	48	24	67
Епілепсія	H	59	50.88	9.99	52	20	68
Паркінсон	H	67	55.46	7.11	59	33	68
Контроль	Суб1	51	22.24	4.47	23	14	38
Епілепсія	Суб1	59	30.85	8.27	32	19	41
Паркінсон	Суб1	67	29.90	29.96	32	2	100
Контроль	Суб2	51	20.69	5.07	22	6	31
Епілепсія	Суб2	59	28.81	9.67	33	14	40
Паркінсон	Суб2	67	36.48	24.08	32	2	82
Контроль	Суб3	51	20.88	2.89	21	11	28
Епілепсія	Суб3	59	25.39	6.98	27	13	37
Паркінсон	Суб3	67	36.37	25.49	30	13	85
Контроль	Суб4	51	17.37	2.99	17	12	27
Епілепсія	Суб4	59	21.24	4.89	21	15	28
Паркінсон	Суб4	67	34.64	31.98	23	5	87
Контроль	Суб5	51	28.98	4.89	29	15	38
Епілепсія	Суб5	59	29.36	5.00	31	22	36
Паркінсон	Суб5	67	29.25	29.67	32	0	100

Частотний розподіл категорій GAF за групами

Для зручності аналізу оцінки були згруповані в стандартні категорії за 10-бальними інтервалами (наприклад, 100-91, 90-81 тощо). У межах кожної діагностичної групи був розрахований частотний розподіл (абсолютна кількість та відсоток респондентів), що дозволяє виявити характерні патерни розподілу функціонального стану в кожній з вибірок.

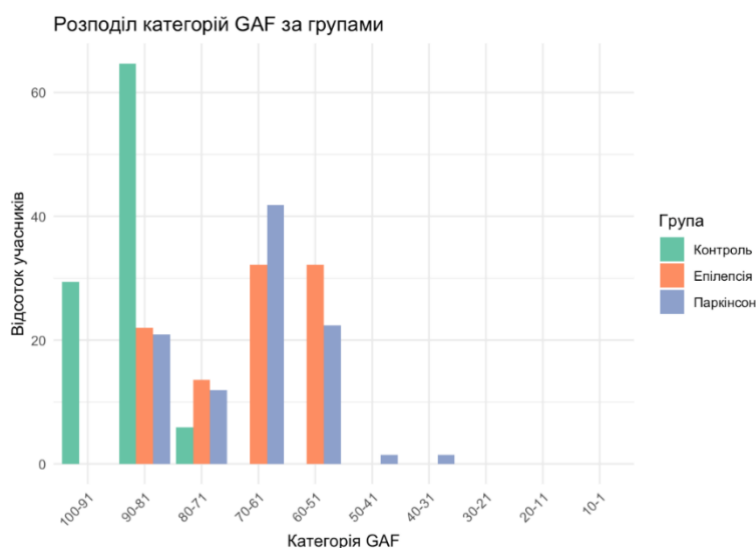


Рис.3.40 Інтерпретація частотного розподілу шкали GAF

Аналіз розподілу категорій глобального функціонування виявив значні міжгрупові відмінності. У контрольній групі більшість досліджуваних (64.7%) оцінювали своє функціонування в межах категорії 90-81 балів, що відповідає хорошему рівню функціонування без суттєвих порушень. Ще 29.4% перебували в найвищій категорії 100-91, що свідчить про повну відсутність труднощів адаптації.

У групі пацієнтів з епілепсією найбільше респондентів потрапили до середнього рівня функціонування (категорії 70-61 та 60-51 – по 32.2% кожна). Лише 22% оцінили своє функціонування як високе (90-81), і не було жодного респондента в найвищій категорії.

У групі пацієнтів з хворобою Паркінсона ситуація ще складніша: 41.8% учасників перебувають у межах 70–61 балів, ще 22.4% – у межах 60–51. Хоча 20.9% також зазначили високий рівень функціонування (90–81), решта демонструє помітно нижчі показники. Крім того, у цій групі вперше з’являються респонденти в діапазонах 50–41 та 40–31, що вказує на суттєві труднощі у повсякденному функціонуванні.

Таким чином, результати підтверджують очікувану тенденцію: найвищі рівні адаптивного функціонування спостерігаються у контрольній групі, тоді як

у пацієнтів з епілепсією та, особливо, з хворобою Паркінсона – фіксується зниження функціонального статусу.

Аналіз міжгрупових відмінностей

Для перевірки гіпотез щодо статистично значущих відмінностей між трьома групами (контрольна, пацієнти з епілепсією, пацієнти з хворобою Паркінсона) було проведено непараметричний критерій Краскела-Уолліса.

Цей підхід був обраний через порушення нормальності розподілу та неоднорідність дисперсій у частині шкал.

Для кожної шкали обчислювалися значення критерію χ^2 , ступені свободи, р-значення, а також η^2 як оцінка сили ефекту. У разі статистично значущих результатів додатково вказано пари груп, між якими виявлено відмінності, та напрямок цих відмінностей.

Результати аналізу засвідчили наявність статистично значущих відмінностей між групами за більшістю шкал, зокрема тими, що відображають якість життя та функціонування.

Найбільш виражені ефекти спостерігались за шкалами фізичного функціонування (PF), рольових обмежень (RP), болю (BP), загального здоров'я (GH), життєвої енергії (VT), соціального функціонування (SF), емоційного функціонування (RE) та психічного здоров'я (MH), де величина ефекту сягала високих значень ($\eta^2 > 0.30$).

У всіх випадках контрольна група демонструвала значно вищі результати порівняно з клінічними групами, що вказує на погіршення стану при неврологічній патології.

Помірні відмінності були виявлені для шкали психологічного благополуччя (PGWBI), показників методики САН, зокрема, зниженої активності (А) та настрою (Н), а також окремих субшкал ресурсності (Суб1, Суб2).

Тут також спостерігається чітка тенденція до нижчих показників у групі пацієнтів з хворобою Паркінсона порівняно з групами хворих на епілепсією та здорових.

Водночас для шкал опитувальників тривожності (HADS-T), депресії (HADS-D), показника методики САН - самооцінка (С) та п'ятої субшкали ресурсності (Суб5) статистично значущих відмінностей не виявлено, що може свідчити або про схожість психологічного стану в цих вимірах, або про недостатню чутливість інструменту до міжгрупових варіацій.

Таким чином, отримані результати підтверджують значущий вплив типу захворювання на фізичне, емоційне та соціальне функціонування, а також на суб'єктивне благополуччя, з найнижчими показниками у групі пацієнтів з хворобою Паркінсона (табл.3.4).

Табл.3.4

Результати непараметричного аналізу різниць між групами

Шкала	Хі-квадрат	df	Р-значення	η^2	Висновок	Сила	Між якими групами відмінність (напрямок)
HADS-T	2.03	2	0.363	0.00	Ні	Незначний	Контроль ↑ Паркінсон; Епілепсія ↑ Паркінсон
HADS-D	3.82	2	0.148	0.01	Ні	Слабкий	Контроль ↑ Паркінсон; Епілепсія ↑ Паркінсон
PGWBI	26.27	2	<0.001	0.14	Так	Середній	Контроль ↑ Паркінсон; Епілепсія ↑ Паркінсон
С	5.97	2	0.0505	0.02	Ні	Слабкий	Контроль ↓ Епілепсія; Контроль ↓ Паркінсон

Шкала	Хі-квадрат	df	Р-значення	η^2	Висновок	Сила	Між якими групами відмінність (напрямок)
A	22.69	2	<0.001	0.12	Так	Середній	Контроль ↓ Епілепсія; Контроль ↓ Паркінсон
H	14.03	2	<0.001	0.07	Так	Середній	Контроль ↓ Паркінсон; Епілепсія ↓ Паркінсон
Суb1	17.83	2	<0.001	0.09	Так	Середній	Контроль ↓ Епілепсія; Епілепсія ↓ Паркінсон
Суb2	20.67	2	<0.001	0.11	Так	Середній	Контроль ↓ Епілепсія; Контроль ↓ Паркінсон
Суb3	8.41	2	0.0149	0.04	Так	Слабкий	Контроль ↓ Епілепсія; Контроль ↓ Паркінсон
Суb4	8.83	2	0.0121	0.04	Так	Слабкий	Контроль ↓ Епілепсія
Суb5	1.52	2	0.469	0.00	Ні	Незначний	Контроль ↓ Епілепсія; Контроль ↓ Паркінсон
PF	61.94	2	<0.001	0.34	Так	Сильний	Контроль ↑ Паркінсон; Епілепсія ↓ Паркінсон
RP	74.08	2	<0.001	0.41	Так	Сильний	Контроль ↑ Епілепсія; Контроль ↑ Паркінсон

Шкала	Хі-квадрат	df	р-значення	η^2	Висновок	Сила	Між якими групами відмінність (напрямок)
BP	65.76	2	<0.001	0.37	Так	Сильний	Контроль ↑ Епілепсія; Контроль ↑ Паркінсон
GH	73.04	2	<0.001	0.41	Так	Сильний	Контроль ↑ Епілепсія; Контроль ↑ Паркінсон; Епілепсія ↑ Паркінсон
VT	59.97	2	<0.001	0.33	Так	Сильний	Контроль ↑ Епілепсія; Контроль ↑ Паркінсон
SF	74.44	2	<0.001	0.42	Так	Сильний	Контроль ↑ Епілепсія; Контроль ↑ Паркінсон
RE	45.57	2	<0.001	0.25	Так	Сильний	Контроль ↑ Епілепсія; Контроль ↑ Паркінсон
MH	86.09	2	<0.001	0.48	Так	Сильний	Контроль ↑ Епілепсія; Контроль ↑ Паркінсон; Епілепсія ↑ Паркінсон

Аналіз категоріального розподілу GAF за групами

Оцінка загального рівня функціонування (GAF) дозволяє класифікувати респондентів за рівнем соціально-психологічної адаптації: високим (100-71), помірним (70-51) та низьким (≤ 50). Для вивчення розподілу рівнів функціонування в трьох групах (контрольній, з епілепсією, хворобою

Паркінсона) було проведено частотний аналіз з використанням критерію хі-квадрат Пірсона та точного тесту Фішера. Це дозволило виявити, чи розподіл рівнів GAF є рівномірним між групами та чи присутні статистично значущі відмінності (табл.3.5)

Табл.3.5.

Розподіл категорій GAF за групами

Група	100-91	90-81	80-71	70-61	60-51	50-41	40-31	30-21	20-11	10-1
Контроль	15	33	3	0	0	0	0	0	0	0
Епілепсія	0	13	8	19	19	0	0	0	0	0
Паркінсон	0	14	8	28	15	1	1	0	0	0

Отримані результати демонструють чітко виражену різницю в рівнях загального функціонування між досліджуваними групами ($\chi^2 = 65.78$, $p < 0.001$; Fisher $p < 0.001$).

У контрольній групі 100% респондентів мають високий рівень функціонування (GAF 100-71), що є очікуваним для здорової вибірки. Натомість у групах пацієнтів з епілепсією та хворобою Паркінсона ситуація суттєво відрізняється: високі оцінки зафіксовано лише у 35.6% пацієнтів з хворобою Паркінсона і 35.6% у хворих на епілепсію відповідно. Більшість респондентів у клінічних групах потрапляють до помірного рівня функціонування (61.4% хворі на епілепсію, 64.2% пацієнти з хворобою Паркінсона).

Варто зазначити, що низький рівень функціонування (≤ 50 балів) був зафіксований лише у двох пацієнтів з хворобою Паркінсона (2 з 67), що вказує на окремі випадки суттєвої дезадаптації.

Таким чином, клінічні групи демонструють істотно гірший рівень соціального та психологічного функціонування порівняно з контрольною, з тенденцією до помірної дезадаптації у більшості випадків. Найгірші показники – у групі пацієнтів з хворобою Паркінсона (табл.3.6-3.9).

Табл.3.6

Групи	Високий	Помірний	Низький
Контрольна	51	0	0
Хворі з епілепсією	21	38	0
Хворі з хворобою Паркінсона	22	43	3

Табл.3.7

Групи	Високий	Помірний	Низький
Контрольна	27.08475	23.33898	0.5762712
Хворі з епілепсією	31.33333	27.00000	0.6666667
Хворі з хворобою Паркінсона	35.58192	30.66102	0.7570621

Табл.3.8

Групи	Високий	Помірний	Низький
Контрольна	51	0	0
Хворі з епілепсією	21	38	0
Хворі з хворобою Паркінсона	22	43	2

Табл.3.9

Розподіл рівнів GAF за групами

Групи	Високий	Помірний	Низький
Контрольна	51	0	0
Хворі з епілепсією	21	38	0
Хворі з хворобою Паркінсона	22	43	2

3.3. Аналіз факторів, що впливають на рівень психологічного благополуччя пацієнтів нейрофункціональної хірургії

Аналіз відмінностей у параметрах психологічного благополуччя пацієнтів залежно від соціо-демографічних характеристик

З метою виявлення статевих відмінностей у показниках психологічного функціонування та самореалізації було застосовано непараметричний критерій Манна-Уїтні. Оскільки дані не мали нормального розподілу, цей тест дозволяє коректно порівняти медіанні значення шкал між чоловіками та жінками. У таблиці подано значення статистики U, р-значення, медіани у кожній групі та напрямок відмінностей.

Результати показали статистично значущі гендерні відмінності за рядом психометричних шкал:

Фізичне функціонування (PF), рольові обмеження (RP), тілесний біль (BP), загальне здоров'я (GH), життєва енергія (VT), соціальне функціонування (SF), рольові обмеження через емоційний стан (RE) та загальне психічне здоров'я (MH) – всі ці шкали виявили вищі медіанні значення у жінок (усі $p < 0.05$), що свідчить про вищий рівень адаптації, енергії та якості життя серед жінок у вибірці.

Також спостерігалася значуща різниця у шкалі активності (A) з перевагою на користь жінок ($p = 0.0355$), що може свідчити про вищий рівень внутрішньої динаміки та ініціативності серед жінок у даній вибірці.

Натомість за більшістю шкал самореалізації, настрою та тривожності-депресії статистично значущих відмінностей між чоловіками та жінками не виявлено. Наприклад, шкали HADS, PGWBІ та компоненти самореалізації (Суб1–Суб5) не продемонстрували істотних відмінностей (усі $p > 0.05$), хоча деякі з них мали тенденцію до вищих значень у чоловіків.

Отже, жінки в загальній вибірці демонструють кращі показники фізичного та емоційного функціонування, однак глибинні характеристики психологічного

благополуччя та самореалізації не мають виражених статевих відмінностей (табл.3.10).

Табл.3.10

Порівняння показників за статтю (Манна-Уїтні) з напрямком різниці

Шкала	W	p_значення	Мед_Ч	Мед_Ж	Напрямок	Висновок
С	3927. 0	0.87	50.0	52	Ж ↑	Різниця не значуща
А	4583. 0	0.0355	45.0	48	Ж ↑	Значуща різниця
Н	3523. 0	0.304	55.0	53	Ч ↑	Різниця не значуща
Суб1	3370. 5	0.139	28.5	24	Ч ↑	Різниця не значуща
Суб2	3434. 0	0.197	30.0	23	Ч ↑	Різниця не значуща
Суб3	3521. 0	0.302	24.0	22	Ч ↑	Різниця не значуща
Суб4	3313. 5	0.0995	20.0	17	Ч ↑	Різниця не значуща
Суб5	3373. 5	0.141	31.0	29	Ч ↑	Різниця не значуща
PGWBI	3993. 5	0.718	68.5	71	Ж ↑	Різниця не значуща
HADS-Т	3765. 0	0.754	7.0	7	•	Різниця не значуща
HADS-Д	3764. 0	0.752	4.0	4	•	Різниця не значуща
PF	4991. 5	<0.001	32.0	88	Ж ↑	Значуща різниця

Шкала	W	p_значення	Мед_Ч	Мед_Ж	Напрямок	Висновок
RP	5204.0	<0.001	32.0	81	Ж ↑	Значуща різниця
BP	5172.5	<0.001	28.0	78	Ж ↑	Значуща різниця
GH	5169.5	<0.001	23.0	74	Ж ↑	Значуща різниця
VT	5087.0	<0.001	32.0	67	Ж ↑	Значуща різниця
SF	5240.5	<0.001	70.0	85	Ж ↑	Значуща різниця
RE	4669.5	0.0182	30.0	85	Ж ↑	Значуща різниця
MH	4849.0	0.00386	22.0	77	Ж ↑	Значуща різниця

Кореляційний аналіз: зв'язок між віком та психометричними показниками

Для дослідження зв'язку між віком респондентів та значеннями за різними шкалами було застосовано кореляційний аналіз за Спірменом (ρ), який є доцільним для непараметричних даних. У таблиці нижче подано значення коефіцієнтів кореляції, p-значення, напрямок зв'язку та висновок про його значущість.

Результати показали наявність статистично значущих, але слабких негативних кореляцій віку за такими шкалами:

Загальне психологічне благополуччя (PGWBI) ($\rho = -0.27$, $p < 0.001$),

Фізичне функціонування (PF) ($\rho = -0.29$, $p < 0.001$),

Загальне здоров'я (GH) ($\rho = -0.28$, $p < 0.001$),

Життєва енергія (VT) ($\rho = -0.20$, $p = 0.008$),

Психічне здоров'я (MH) ($\rho = -0.32$, $p < 0.001$).

Це свідчить про тенденцію до погіршення фізичного та психологічного стану з віком у досліджуваній вибірці. Найсильніший зв'язок зафіксовано між віком і психічним здоров'ям (МН).

Окрім того, незначна позитивна кореляція виявлена між віком і шкалою настрою (Н) ($\rho = 0.19$, $p = 0.013$). Це вказує на те, що з віком настрої може покращуватися, можливо через адаптацію до хронічних станів або зміни життєвих пріоритетів.

Решта шкал, включно з компонентами самореалізації та шкалами тривожності й депресії, не виявили статистично значущих зв'язків із віком.

Табл.3.11

Кореляції Спірмена між віком і основними психодіагностичними шкалами

Шкала	ρ	p_значення	Висновок
C	0.04	0.562	Кореляція не значуща
A	0.12	0.109	Кореляція не значуща
Н	0.19	0.0129	Значуща кореляція
Суб1	-0.05	0.468	Кореляція не значуща
Суб2	0.08	0.313	Кореляція не значуща
Суб3	0.09	0.261	Кореляція не значуща
Суб4	0.04	0.56	Кореляція не значуща
Суб5	-0.03	0.711	Кореляція не значуща
PGWBI	-0.27	<0.001	Значуща кореляція
HADS-T	-0.14	0.0583	Кореляція не значуща
HADS-Д	0.04	0.592	Кореляція не значуща
PF	-0.29	<0.001	Значуща кореляція
RP	-0.14	0.0687	Кореляція не значуща
BP	-0.14	0.0723	Кореляція не значуща
GH	-0.28	<0.001	Значуща кореляція
VT	-0.20	0.00831	Значуща кореляція
SF	-0.02	0.832	Кореляція не значуща

Шкала	rho	p_значення	Висновок
RE	-0.03	0.675	Кореляція не значуща
MH	-0.32	<0.001	Значуща кореляція

Опис когнітивного функціонування за групами

Для порівняння когнітивного стану було проаналізовано показники психодіагностичного комплексу у хворих на епілепсію та пацієнтів з хворобою Паркінсона. До аналізу увійшли такі сфери, як пам'ять (вербальна та зорово-невербальна), увага, темп СМР, особливості розумової діяльності, показники виснаженості функцій, критичне мислення, здатність до узагальнення, темпу та динаміки мислення, зорово-просторові уявлення тощо.

У таблиці 3.12 наведено описову статистику для кожного показника: середнє значення, медіана, стандартне відхилення, мінімальне та максимальне значення. Також вказано кількість учасників у кожній групі (N).

Табл.3.12

Описова статистика когнітивних показників для клінічних груп

Змінна	Показник	ЕГ 1	ЕГ 2
Слухо-мовна пам'ять 1	N	59.00	67.00
Слухо-мовна пам'ять 1	max	3.00	3.00
Слухо-мовна пам'ять 1	mean	0.69	0.49
Слухо-мовна пам'ять 1	median	1.00	0.00
Слухо-мовна пам'ять 1	min	0.00	0.00
Слухо-мовна пам'ять 1	sd	0.79	0.79
Слухо-мовна пам'ять 2	N	59.00	67.00
Слухо-мовна пам'ять 2	max	2.00	2.00
Слухо-мовна пам'ять 2	mean	0.46	0.13
Слухо-мовна пам'ять 2	median	0.00	0.00
Слухо-мовна пам'ять 2	min	0.00	0.00
Слухо-мовна пам'ять 2	sd	0.65	0.42

Змінна	Показник	ЕГ 1	ЕГ 2
Зорово-просторові уявлення	N	59.00	67.00
Зорово-просторові уявлення	max	3.00	1.00
Зорово-просторові уявлення	mean	0.34	0.03
Зорово-просторові уявлення	median	0.00	0.00
Зорово-просторові уявлення	min	0.00	0.00
Зорово-просторові уявлення	sd	0.58	0.17
Ступінь зниження пам'яті	N	59.00	67.00
Ступінь зниження пам'яті	max	2.00	3.00
Ступінь зниження пам'яті	mean	0.80	0.64
Ступінь зниження пам'яті	median	1.00	0.00
Ступінь зниження пам'яті	min	0.00	0.00
Ступінь зниження пам'яті	sd	0.66	0.77
Зорово-вербальна пам'ять	N	59.00	67.00
Зорово-вербальна пам'ять	max	3.00	4.00
Зорово-вербальна пам'ять	mean	0.78	0.28
Зорово-вербальна пам'ять	median	1.00	0.00
Зорово-вербальна пам'ять	min	0.00	0.00
Зорово-вербальна пам'ять	sd	0.93	0.75
Зорово-невербальна пам'ять	N	59.00	67.00
Зорово-невербальна пам'ять	max	3.00	4.00
Зорово-невербальна пам'ять	mean	0.75	0.27
Зорово-невербальна пам'ять	median	1.00	0.00
Зорово-невербальна пам'ять	min	0.00	0.00
Зорово-невербальна пам'ять	sd	0.80	0.75
Критичні здатності	N	59.00	67.00
Критичні здатності	max	2.00	2.00
Критичні здатності	mean	0.97	0.28
Критичні здатності	median	1.00	0.00
Критичні здатності	min	0.00	0.00

Змінна	Показник	ЕГ 1	ЕГ 2
Критичні здатності	sd	0.69	0.52
Тлумачення прислів'їв	N	59.00	67.00
Тлумачення прислів'їв	max	2.00	1.00
Тлумачення прислів'їв	mean	0.58	0.22
Тлумачення прислів'їв	median	0.00	0.00
Тлумачення прислів'їв	min	0.00	0.00
Тлумачення прислів'їв	sd	0.77	0.42
Ригідність мислення	N	59.00	67.00
Ригідність мислення	max	3.00	4.00
Ригідність мислення	mean	0.93	0.28
Ригідність мислення	median	1.00	0.00
Ригідність мислення	min	0.00	0.00
Ригідність мислення	sd	1.03	0.77
Рівень узагальнення	N	59.00	67.00
Рівень узагальнення	max	6.00	2.00
Рівень узагальнення	mean	0.86	0.42
Рівень узагальнення	median	1.00	0.00
Рівень узагальнення	min	0.00	0.00
Рівень узагальнення	sd	1.32	0.65
Темп СМР	N	59.00	67.00
Темп СМР	max	3.00	3.00
Темп СМР	mean	1.44	0.96
Темп СМР	median	1.00	1.00
Темп СМР	min	0.00	0.00
Темп СМР	sd	1.02	0.96
Темп та динаміка мислення	N	59.00	67.00
Темп та динаміка мислення	max	3.00	2.00
Темп та динаміка мислення	mean	1.03	0.37
Темп та динаміка мислення	median	1.00	0.00

Змінна	Показник	ЕГ 1	ЕГ 2
Темп та динаміка мислення	min	0.00	0.00
Темп та динаміка мислення	sd	0.76	0.62
Увага	N	59.00	67.00
Увага	max	4.00	2.00
Увага	mean	1.32	0.69
Увага	median	1.00	1.00
Увага	min	0.00	0.00
Увага	sd	0.95	0.72
Темп СМР	N	59.00	67.00
Темп СМР	max	3.00	2.00
Темп СМР	mean	0.76	0.51
Темп СМР	median	1.00	0.00
Темп СМР	min	0.00	0.00
Темп СМР	sd	0.84	0.73

Результати показали, що в усіх когнітивних тестах середні значення в групі пацієнтів з хворобою Паркінсона є нижчими, ніж у групі з епілепсією. Це свідчить про більш виражені когнітивні порушення у пацієнтів із хворобою Паркінсона, що відповідає загальним клінічним уявленням про характер перебігу цього захворювання.

Найбільші відмінності між групами спостерігаються за такими показниками:

Рівень узагальнення: середнє значення в групі хворих на епілепсію – 0.86, у групі пацієнтів з хворобою Паркінсона – 0.42;

Критичне мислення: 0.97 проти 0.28.

Зорово-вербальна та зорово-невербальна пам'ять: у хворих на епілепсію середні значення втричі вищі.

Темп і динаміка мислення: 1.03 (епілепсія) проти 0.37 (Паркінсон).
 Годинникова проба: майже повна відсутність виконання в групі пацієнтів з хворобою Паркінсона (mean = 0.03).

Крім того, медіанні значення в групі пацієнтів з хворобою Паркінсона здебільшого дорівнюють нулю, що вказує на повну відсутність прояву або виконання завдання у більшості учасників. Для багатьох показників спостерігається зменшення діапазону варіацій (нижчі max і менші SD), що може свідчити про когнітивне згладжування або стабільно низький рівень виконання тестів у цієї категорії пацієнтів.

Загалом, отримані дані вказують на те, що когнітивні дефіцити у пацієнтів з хворобою Паркінсона виражені значно сильніше, ніж у пацієнтів з епілепсією, і охоплюють різні домени мислення, пам'яті, уваги та мови.

Порівняння когнітивного функціонування між групами хворих на епілепсію та пацієнтів з хворобою Паркінсона

Для оцінки когнітивних відмінностей між пацієнтами з епілепсією та хворобою Паркінсона було проведено непараметричний тест Манна-Уїтні для незалежних вибірок. Проаналізовано медіанні значення та статистичну значущість відмінностей у виконанні завдань, що охоплюють такі когнітивні сфери, як пам'ять, увага, мовлення, абстрактне мислення, темп і динаміка мислення, а також ригідність.

Результати подано у форматі: W-критерій, р-значення, напрямок різниці (якщо виявлена), а також висновок щодо значущості (табл.3.13)

Табл.3.13

Порівняння когнітивних показників між групами хворих з епілепсією та хворобою Паркінсона (тест Манна-Уїтні)

Змінна	W	р_значення	Напрямок	Висновок
Зниження пам'яті	2268.0	0.121	•	Різниця не значуща
Характеристики темпу СМР	2322.0	0.0608	•	Різниця не значуща

Змінна	W	p_значення	Напрямок	Висновок
Темп СМР	2516.5	0.00476	Епілепсія ↑	Значуща різниця
Увага	2717.0	<0.001	Епілепсія ↑	Значуща різниця
Тлумачення прислів'їв	2413.0	0.0086	Епілепсія ↑	Значуща різниця
Зорово-просторові уявлення	2521.5	<0.001	Епілепсія ↑	Значуща різниця
Слухо-мовна пам'ять 1	2292.5	0.0804	•	Різниця не значуща
Зорова невербальна пам'ять	2717.5	<0.001	Епілепсія ↑	Значуща різниця
Рівень узагальнення	2361.5	0.0325	Епілепсія ↑	Значуща різниця
Темп та динаміка мислення	2926.5	<0.001	Епілепсія ↑	Значуща різниця
Ригідність	2779.5	<0.001	Епілепсія ↑	Значуща різниця
Слухо-мовна пам'ять 2	2502.5	<0.001	Епілепсія ↑	Значуща різниця
Критичні здатності	3015.5	<0.001	Епілепсія ↑	Значуща різниця

Таким чином, ми бачимо, що отримані результати свідчать про те, що пацієнти з епілепсією демонструють кращі результати в більшості когнітивних завдань порівняно з пацієнтами, які страждають на хворобу Паркінсона. Зокрема, статистично значущі відмінності ($p < 0.05$) спостерігаються за такими показниками: темп та динаміка мислення ($W = 2926.5$, $p < 0.001$); ригідність мислення ($W = 2779.5$, $p < 0.001$); критика ($W = 3015.5$, $p < 0.001$); зорово-вербальна пам'ять і невербальна пам'ять (обидва $p < 0.001$); годинникова проба, увага, прислів'я, рівень узагальнення – усі ці тести вказують на перевагу групи хворих на епілепсію.

Водночас деякі показники, зокрема: зниження пам'яті та темп СМР, хоч і демонструють тенденцію до переваги в групі хворих на епілепсію, не досягають статистичної значущості ($p > 0.05$).

Ці результати підтверджують, що нейрокогнітивний профіль хвороби Паркінсона більш уражений, особливо в аспектах мовлення, логіки, критичного мислення, темпу переробки інформації та пам'яті. Натомість, когнітивне функціонування осіб з епілепсією зберігається на відносно кращому рівні, хоча теж демонструє деякі порушення.

3.3. Регресійне моделювання психологічного благополуччя хворих нейрофункціональної хірургії

Для побудови моделі психологічного благополуччя було використано всі досліджувані психологічні змінні. Серед досліджуваних – клінічна вибірка: група хворих на епілепсією та група пацієнтів з хворобою Паркінсона. До моделі увійшли предиктори з емоційної симптоматики (HADS-T, HADS-D), актуального психоемоційного стану (CAH), параметрів ресурсності (Суб1 – Суб5), психічного здоров'я та якості життя (PF, RP, SF, MH, GH, BP, VT, RE), соціального функціонування (GAF).

Табл.3.14

Регресійна модель PGWBI (клінічна вибірка)

Термін	β	Std.Err	t	p	95 % CI ↓	95 % CI ↑
Група хворих з хворобою Паркінсона	-19.263	3.251	-5.926	0.000	-25.710	-12.817
HADS-T	-1.400	0.400	-3.502	0.001	-2.193	-0.607
HADS-D	0.557	0.439	1.269	0.207	-0.314	1.428
C	-0.005	0.179	-0.028	0.977	-0.360	0.350
A	0.064	0.119	0.536	0.593	-0.173	0.300
H	-0.073	0.199	-0.365	0.716	-0.468	0.322
Суб1	-1.122	0.215	-5.214	0.000	-1.549	-0.696
Суб2	0.930	0.150	6.207	0.000	0.633	1.227
Суб3	1.961	0.254	7.731	0.000	1.458	2.464
Суб4	-1.199	0.162	-7.382	0.000	-1.521	-0.877
Суб5	0.804	0.099	8.163	0.000	0.609	1.000

Термін	β	Std.Err	t	p	95 % CI ↓	95 % CI ↑
PF	0.201	0.079	2.542	0.013	0.044	0.357
RP	-0.297	0.071	-4.217	0.000	-0.437	-0.158
BP	0.019	0.068	0.287	0.775	-0.115	0.154
GH	0.167	0.126	1.330	0.186	-0.082	0.416
VT	0.308	0.116	2.648	0.009	0.077	0.538
SF	-0.435	0.062	-6.954	0.000	-0.558	-0.311
RE	0.036	0.052	0.685	0.495	-0.067	0.139
MH	-0.112	0.102	-1.102	0.273	-0.314	0.090
GAF_узаг помірний	5.951	2.880	2.066	0.041	0.239	11.662
GAF_узаг низький	1.511	7.473	0.202	0.840	-13.309	16.331

Модель лінійної регресії, побудована для клінічної вибірки, дозволила пояснити 88.6% варіативності показників психологічного благополуччя (PGWBI), що свідчить про високу пояснювальну здатність ($R^2 = 0.886$).

Серед емоційних змінних тривожність (HADS-T) виявилася статистично значущим негативним предиктором ($\beta = -1.40$, $p = 0.001$), тобто зростання рівня тривожності пов'язане зі зниженням психологічного благополуччя. Депресивність (HADS-D), натомість, не продемонструвала значущого впливу.

Серед параметрів ресурсності найсильнішими позитивними предикторами стали цілеспрямованість (Суб2, $\beta = 0.93$, $p < 0.001$), самоактуалізація (Суб3, $\beta = 1.96$, $p < 0.001$) та внутрішня мотивація (Суб5, $\beta = 0.80$, $p < 0.001$). Парадоксально, але цілі в житті (Суб4, $\beta = -1.20$, $p < 0.001$) і внутрішній локус-контроль (Суб1, $\beta = -1.12$, $p < 0.001$) пов'язані зі зниженням показників PGWBI, що може свідчити про компенсаторну функцію цього ресурсу або про те, що зростання суб'єктивного сенсу набуває значущості саме в умовах труднощів.

Серед компонентів якості життя за SF-36 позитивний внесок у модель мали фізична функціональність (PF, $\beta = 0.20$, $p = 0.013$) та життєва енергія (VT, $\beta = 0.31$, $p = 0.009$). Водночас парадоксально, що рольові обмеження через фізичний стан (RP, $\beta = -0.30$, $p < 0.001$) та соціальне функціонування (SF, $\beta = -0.44$, $p <$

0.001) виявилися негативними предикторами благополуччя, що, ймовірно, відображає складні взаємозв'язки між обмеженнями активності та психологічною адаптацією.

Наявність хвороби Паркінсона асоційована зі значним зниженням благополуччя ($\beta = -19.26, p < 0.001$). Крім того, помірний рівень функціонування за шкалою GAF позитивно впливав на PGWBI ($\beta = 5.95, p = 0.041$).

Загалом, результати підкреслюють ключову роль особистісних ресурсів і фізичного стану в збереженні психологічного благополуччя, а також вказують на парадоксальні ефекти деяких змінних, що потребують подальшого інтерпретаційного аналізу.

Для уточнення моделі та зменшення кількості змінних було відібрано лише ті предиктори, які продемонстрували статистично значущий зв'язок із психологічним благополуччям у повній моделі.

Табл.3.15

Регресійна модель PGWBI у клінічній групі (тільки значущі предиктори)

Термін	β	Std.Err	t	p	95 % CI ↓	95 % CI ↑
Intercept	33.200	4.327	7.674	0.000	24.628	41.772
HADS-T	-1.587	0.310	-5.128	0.000	-2.201	-0.974
Суб1	-1.326	0.125	-10.599	0.000	-1.574	-1.078
Суб2	0.928	0.122	7.605	0.000	0.686	1.170
Суб3	2.136	0.221	9.646	0.000	1.697	2.575
Суб4	-1.270	0.144	-8.837	0.000	-1.554	-0.985
Суб5	0.878	0.087	10.051	0.000	0.705	1.051
PF	0.313	0.059	5.337	0.000	0.197	0.429
RP	-0.263	0.055	-4.770	0.000	-0.372	-0.154
SF	-0.286	0.034	-8.353	0.000	-0.354	-0.218
Група хворих з хворобою Паркінсона	-24.471	2.478	-9.874	0.000	-29.381	-19.561
GAF_узаг помірний	12.393	2.123	5.836	0.000	8.186	16.600

Термін	β	Std.Err	t	p	95 % CI ↓	95 % CI ↑
GAF_узаг низький	10.774	6.904	1.561	0.121	-2.904	24.451

У результаті було побудовано скорочену модель на клінічній вибірці, яка зберегла високу пояснювальну здатність ($R^2 = 0.872$).

Серед емоційних змінних тривожність (HADS-T) знову виявилася потужним негативним предиктором благополуччя ($\beta = -1.59$, $p < 0.001$).

Серед показників ресурсності позитивний вплив демонстрували цілеспрямованість (Суб2, $\beta = 0.93$), самоактуалізація (Суб3, $\beta = 2.14$) та внутрішня мотивація (Суб5, $\beta = 0.88$), тоді як внутрішній локус-контроль (Суб1, $\beta = -1.33$) і наявність відчуття сенсу життя (Суб4, $\beta = -1.27$) були пов'язані з нижчим рівнем психологічного благополуччя.

Із доменів якості життя (SF-36) позитивний внесок мав рівень фізичного функціонування (PF, $\beta = 0.31$), а негативний – рольові обмеження через фізичний стан (RP, $\beta = -0.26$) та соціальне функціонування (SF, $\beta = -0.29$), що також може вказувати на складні взаємозв'язки між активністю, очікуваннями та суб'єктивним самопочуттям.

Наявність діагнозу Паркінсона була пов'язана зі значним зниженням психологічного благополуччя порівняно з групою епілепсії ($\beta = -24.47$, $p < 0.001$).

Рівень соціально-психологічного функціонування за шкалою GAF також був значущим предиктором: особи з помірним функціонуванням мали вищі значення PGWBI порівняно з високим ($\beta = 12.39$, $p < 0.001$), тоді як низький рівень функціонування не виявився статистично значущим.

Таким чином, отримані результати підкреслюють важливість як ресурсного потенціалу особистості, так і суб'єктивного фізичного функціонування у підтримці благополуччя в умовах хронічного захворювання.

Наступним етапом стало удосконалення моделі психологічного благополуччя (PGWBI): до неї було додано соціо-демографічні предиктори (вік і стать) з метою оцінки їх пояснювальної сили порівняно з психоемоційними

змінними, ресурсністю, якістю життя, функціонуванням і діагностичною групою.

Табл.3.16

Удосконалена регресійна модель PGWBІ у клінічній групі

Термін	β	Std.Err	t	p	95 % CI ↓	95 % CI ↑
Intercept	34.858	5.149	6.770	0.000	24.654	45.062
HADS-T	-1.581	0.312	-5.069	0.000	-2.199	-0.963
Суб1	-1.323	0.126	-10.493	0.000	-1.572	-1.073
Суб2	0.920	0.123	7.460	0.000	0.676	1.165
Суб3	2.135	0.224	9.552	0.000	1.692	2.578
Суб4	-1.264	0.145	-8.709	0.000	-1.551	-0.976
Суб5	0.880	0.088	10.002	0.000	0.706	1.054
PF	0.313	0.059	5.297	0.000	0.196	0.430
RP	-0.265	0.056	-4.766	0.000	-0.375	-0.155
SF	-0.285	0.035	-8.204	0.000	-0.354	-0.216
Група хворих з хворобою Паркінсона	-22.243	4.063	-5.474	0.000	-30.294	-14.191
GAF_узаг Помірний	12.465	2.140	5.825	0.000	8.224	16.705
GAF_узаг Низький	11.194	6.983	1.603	0.112	-2.643	25.032
Стать Ж	0.687	1.848	0.372	0.711	-2.975	4.348
Вік	-0.070	0.102	-0.683	0.496	-0.273	0.133

Демографічні змінні (вік та стать) не продемонстрували значущого впливу на рівень психологічного благополуччя. Натомість ключовими предикторами залишаються тривожність (HADS-T, $\beta = -1.58$), параметри ресурсності (Суб1–Суб5), фізичне функціонування (PF), рольові обмеження (RP), соціальне функціонування (SF), рівень загального функціонування (GAF) та діагностична

належність до групи Паркінсона ($\beta = -22.24$). Загальна якість моделі залишається дуже високою ($R^2 = 0.885$).

До моделі психологічного благополуччя також було включено взаємодію між діагностичною групою та когнітивним показником – темпом СМР, щоб перевірити, чи впливає когнітивне уповільнення по різному у пацієнтів із хворобою Паркінсона та у хворих на епілепсією.

Табл.3.17

Регресійна модель PGWBІ у клінічній групі (з інтеракцією «Група × Темп СМР»)

Термін	β	Std.Er r	t	p	95 % CI ↓	95 % CI ↑
Intercept	32.889	4.640	7.088	0.000	23.694	42.083
HADS-T	-1.495	0.311	-4.800	0.000	-2.112	-0.878
Суб1	-1.329	0.124	- 10.685	0.000	-1.575	-1.082
Суб2	0.920	0.122	7.550	0.000	0.678	1.161
Суб3	2.072	0.222	9.316	0.000	1.631	2.512
Суб4	-1.208	0.146	-8.266	0.000	-1.498	-0.919
Суб5	0.898	0.088	10.229	0.000	0.724	1.072
PF	0.308	0.058	5.294	0.000	0.193	0.424
RP	-0.259	0.055	-4.742	0.000	-0.368	-0.151
SF	-0.288	0.034	-8.444	0.000	-0.355	-0.220
Група хворих з хворобою Паркінсона	-22.518	3.250	-6.929	0.000	-28.958	-16.078
GAF_узаг помірний	13.268	2.187	6.066	0.000	8.934	17.603
GAF_узаг низький	16.134	7.400	2.180	0.031	1.470	30.798
Темп СМР	-0.453	1.242	-0.364	0.716	-2.914	2.009
Група хворих з хворобою Паркінсона:Темп СМР	-2.479	1.912	-1.297	0.197	-6.267	1.309

Інтеракційний ефект між групою та темпом СМР не досяг статистичної значущості, що свідчить про відсутність модераційного впливу цього когнітивного показника. Основні ефекти залишаються стабільними: тривожність, компоненти ресурсності, функціональні обмеження та група пацієнтів з хворобою Паркінсона значуще передбачають рівень психологічного благополуччя ($R^2 = 0.888$).

Наступним кроком до моделі психологічного благополуччя (PGWBI) було включення взаємодії між діагностичною групою та показником уваги з метою перевірки, чи модерує когнітивна продуктивність вплив діагнозу на суб'єктивне самопочуття.

Табл.3.18

Регресійна модель PGWBI у клінічній групі (з інтеракцією «Група × Увага»)

Термін	β	Std.Err	t	p	95 % CI ↓	95 % CI ↑
Intercept	33.149	4.391	7.550	0.000	24.448	41.849
HADS-T	-1.518	0.315	-4.823	0.000	-2.141	-0.894
Суб1	-1.312	0.125	-10.492	0.000	-1.559	-1.064
Суб2	0.897	0.123	7.291	0.000	0.653	1.141
Суб3	2.089	0.223	9.360	0.000	1.647	2.531
Суб4	-1.213	0.148	-8.200	0.000	-1.506	-0.920
Суб5	0.888	0.087	10.171	0.000	0.715	1.060
PF	0.311	0.059	5.308	0.000	0.195	0.427
RP	-0.259	0.055	-4.697	0.000	-0.368	-0.150
SF	-0.287	0.034	-8.385	0.000	-0.354	-0.219
Група хворих з хворобою Паркінсона	-23.021	3.199	-7.195	0.000	-29.361	-16.681
GAF_узаг Помірний	13.101	2.195	5.968	0.000	8.751	17.451
GAF_узаг Низький	14.196	7.176	1.978	0.050	-0.024	28.417
Увага	-0.565	1.404	-0.402	0.688	-3.348	2.218

Термін	β	Std.Err	t	p	95 % CI ↓	95 % CI ↑
Група хворих з хворобою Паркінсона:Увага	-2.698	2.352	-1.147	0.254	-7.358	1.962

Інтеракційний ефект між групою пацієнтів з хворобою Паркінсона та показником уваги виявився незначущим ($p = 0.254$), що вказує на відсутність модераційного впливу. Основні ефекти залишаються незмінними: благополуччя значуще знижується за умов вищого рівня тривожності, емоційного виснаження та втрати сенсу, а також у групі пацієнтів з хворобою Паркінсона; натомість ресурсні компоненти та вища загальна адаптація за GAF – позитивно впливають ($R^2 = 0.887$).

Наступним кроком стало додавання до моделі предикторів психологічного благополуччя (PGWBI) взаємодію між групою (епілепсія/паркінсон) та когнітивним показником «Прислів'я», щоб перевірити, чи специфіка вербального абстрактного мислення модерує вплив діагнозу на суб'єктивне самопочуття.

Табл.3.19

Регресійна модель PGWBI у клінічній групі (з інтеракцією «Група × Прислів'я»)

Термін	β	Std.Err	t	p	95 % CI ↓	95 % CI ↑
Intercept	33.588	4.371	7.685	0.000	24.927	42.248
HADS-T	-1.591	0.310	-5.131	0.000	-2.205	-0.976
Суб1	-1.351	0.126	-10.743	0.000	-1.600	-1.102
Суб2	0.871	0.127	6.861	0.000	0.619	1.122
Суб3	2.160	0.221	9.758	0.000	1.722	2.599
Суб4	-1.219	0.147	-8.269	0.000	-1.511	-0.927
Суб5	0.891	0.088	10.152	0.000	0.717	1.064

Термін	β	Std.Err	t	p	95 % CI ↓	95 % CI ↑
PF	0.316	0.059	5.370	0.000	0.199	0.432
RP	-0.263	0.056	-4.734	0.000	-0.373	-0.153
SF	-0.284	0.034	-8.310	0.000	-0.352	-0.217
Група хворих з хворобою Паркінсона	-24.682	2.703	-9.132	0.000	-30.038	-19.326
GAF_узаг Помірний	13.225	2.251	5.874	0.000	8.763	17.686
GAF_узаг Низький	16.240	7.761	2.092	0.039	0.860	31.619
Прислів'я	-1.279	1.728	-0.740	0.461	-4.703	2.145
Група хворих з хворобою Паркінсона:Прислів'я	-4.026	3.914	-1.028	0.306	-11.782	3.731

Інтеракційний ефект між групою з хворобою Паркінсона та рівнем розуміння прислів'їв не досяг статистичної значущості ($p = 0.306$), що свідчить про відсутність модераційного впливу цього когнітивного параметра. Основні предиктори залишаються стабільними: вищий рівень тривожності, емоційного виснаження та втрати сенсу життя асоціюються зі зниженим благополуччям, тоді як ресурсні характеристики, фізичне функціонування та загальний рівень адаптації (GAF) – із його підвищенням ($R^2 = 0.887$).

До моделі було включено взаємодію між групою (з епілепсією / з хворобою Паркінсона) та когнітивним показником «Годинник» для перевірки можливого модераційного ефекту конструктивного просторового мислення на рівень психологічного благополуччя.

Табл.3.20

Регресійна модель PGWBI у клінічній групі (з інтеракцією «Група × Годинник»)

Термін	β	Std.Er r	t	p	95 % CI ↓	95 % CI ↑
Intercept	34.068	4.492	7.584	0.000	25.167	42.970

Термін	β	Std.Er r	t	p	95 % CI ↓	95 % CI ↑
HADS-T	-1.584	0.312	-5.085	0.000	-2.201	-0.967
Суб1	-1.335	0.126	-10.583	0.000	-1.585	-1.085
Суб2	0.917	0.125	7.367	0.000	0.671	1.164
Суб3	2.152	0.223	9.650	0.000	1.710	2.594
Суб4	-1.269	0.144	-8.782	0.000	-1.555	-0.982
Суб5	0.878	0.088	9.930	0.000	0.703	1.053
PF	0.308	0.059	5.200	0.000	0.191	0.426
RP	-0.259	0.056	-4.651	0.000	-0.369	-0.149
SF	-0.287	0.035	-8.218	0.000	-0.356	-0.218
Група хворих з хворобою Паркінсона	-25.436	2.671	-9.525	0.000	-30.728	-20.145
GAF_узаг Помірний	12.606	2.181	5.781	0.000	8.285	16.928
GAF_узаг Низький	11.014	6.940	1.587	0.115	-2.737	24.766
Годинник	-2.054	2.233	-0.920	0.360	-6.478	2.370
Група хворих з хворобою Паркінсона: Годинник	4.345	7.230	0.601	0.549	-9.982	18.673

Інтеракційний ефект між групою з хворобою Паркінсона та завданням «Годинник» не є статистично значущим ($p = 0.549$), отже, специфіка просторової організації не модифікує зв'язок між діагнозом і благополуччям. Основні ефекти залишаються стабільними: вищий рівень тривожності, емоційного виснаження та втрата сенсу пов'язані з гіршим самопочуттям, тоді як цілеспрямованість, самоактуалізація, внутрішня мотивація та функціональний стан (PF, GAF) – з кращим ($R^2 = 0.885$).

Для уточнення ролі когнітивного ресурсу зорового невербального відтворення в регресійній моделі психологічного благополуччя (PGWBI) у

клінічній вибірці, було додано інтеракційний ефект між групою (з епілепсією / з хворобою Паркінсона) та когнітивним показником зорової невербальної пам'яті.

Табл.3.21

Регресійна модель PGWBІ у клінічній групі (з інтеракцією «Група × зорова невербальна пам'ять»)

Термін	β	Std.Err	t	p	95 % CI ↓	95 % CI ↑
Intercept	35.686	4.448	8.023	0.000	26.872	44.500
HADS-T	-1.578	0.306	-5.156	0.000	-2.184	-0.972
Суб1	-1.334	0.124	-10.763	0.000	-1.579	-1.088
Суб2	0.898	0.121	7.391	0.000	0.657	1.138
Суб3	2.146	0.219	9.786	0.000	1.712	2.581
Суб4	-1.267	0.142	-8.916	0.000	-1.548	-0.985
Суб5	0.876	0.086	10.134	0.000	0.705	1.047
PF	0.297	0.059	5.033	0.000	0.180	0.413
RP	-0.250	0.055	-4.553	0.000	-0.359	-0.141
SF	-0.285	0.035	-8.236	0.000	-0.353	-0.216
Група хворих з хворобою Паркінсона	-26.905	2.959	-9.093	0.000	-32.768	-21.042
GAF_узаг Помірний	14.237	2.266	6.284	0.000	9.747	18.727
GAF_узаг Низький	12.869	6.967	1.847	0.067	-0.936	26.674
Зорова невербальна	-3.331	1.668	-1.997	0.048	-6.635	-0.026
Група хворих з хворобою Паркінсона: Зорова невербальна	1.894	2.301	0.823	0.412	-2.666	6.454

Основний ефект зорового невербального показника виявився слабо негативним ($\beta = -3.33$, $p = 0.048$), що може свідчити про парадоксальний зв'язок когнітивної активності з нижчим самопочуттям. Однак інтеракція з групою була незначущою ($p = 0.412$), що означає відсутність специфіки цього зв'язку в межах окремих діагнозів. Загальна модель залишається високозначущою ($R^2 = 0.889$).

Для аналізу ролі вербального відтворення зорових стимулів як когнітивного ресурсу у формуванні психологічного благополуччя (PGWBI) в клінічній вибірці, до моделі було включено змінну «зорова вербальна пам'ять» та її взаємодію з клінічною групою.

Табл.3.22

Регресійна модель PGWBI у клінічній групі (з інтеракцією «Група × Зорова вербальна пам'ять»)

Термін	β	Std.Err	t	p	95 % CI ↓	95 % CI ↑
Intercept	35.477	4.416	8.034	0.000	26.727	44.227
HADS-T	-1.584	0.306	-5.173	0.000	-2.191	-0.977
Суб1	-1.333	0.124	-10.743	0.000	-1.578	-1.087
Суб2	0.885	0.122	7.238	0.000	0.643	1.127
Суб3	2.151	0.220	9.790	0.000	1.716	2.587
Суб4	-1.261	0.142	-8.869	0.000	-1.542	-0.979
Суб5	0.874	0.086	10.113	0.000	0.703	1.045
PF	0.306	0.058	5.238	0.000	0.190	0.422
RP	-0.251	0.055	-4.574	0.000	-0.360	-0.142
SF	-0.288	0.035	-8.329	0.000	-0.356	-0.219
Група хворих з хворобою Паркінсона	-26.371	2.857	-9.232	0.000	-32.032	-20.711
GAF_узаг Помірний	13.849	2.207	6.275	0.000	9.476	18.223
GAF_узаг Низький	12.598	6.958	1.811	0.073	-1.190	26.386
Зорова вербальна	-2.813	1.405	-2.002	0.048	-5.598	-0.029

Термін	β	Std.Err	t	p	95 % CI ↓	95 % CI ↑
Група хворих з хворобою Паркінсона:Зорова вербальна	1.471	2.139	0.688	0.493	-2.768	5.711

Основний ефект зорово-вербального компонента був негативним ($\beta = -2.81$, $p = 0.048$), що може вказувати на парадоксальний зв'язок: вища когнітивна продуктивність – нижче самопочуття. Однак взаємодія з групою не була значущою ($p = 0.493$), тобто цей ефект однаковий незалежно від діагнозу. Пояснювальна здатність моделі залишилась високою ($R^2 = 0.889$).

Для перевірки впливу здатності до вербального узагальнення на психологічне благополуччя (PGWBI) в клінічній вибірці було додано змінну «рівень узагальнення» та її взаємодію з групою хворих.

Табл.3.23

Регресійна модель PGWBI у клінічній групі (з інтеракцією «Група × Рівень узагальнення»)

Термін	β	Std.Err	t	p	95 % CI ↓	95 % CI ↑
Intercept	33.199	4.316	7.692	0.000	24.647	41.751
HADS-T	-1.417	0.303	-4.676	0.000	-2.018	-0.817
Суб1	-1.386	0.122	-11.328	0.000	-1.629	-1.144
Суб2	0.886	0.118	7.509	0.000	0.653	1.120
Суб3	2.188	0.213	10.259	0.000	1.766	2.611
Суб4	-1.252	0.139	-9.023	0.000	-1.527	-0.977
Суб5	0.931	0.088	10.559	0.000	0.756	1.106
PF	0.273	0.058	4.737	0.000	0.159	0.387
RP	-0.224	0.054	-4.140	0.000	-0.331	-0.117
SF	-0.277	0.033	-8.301	0.000	-0.344	-0.211
Група хворих з хворобою Паркінсона	-26.547	2.589	-10.252	0.000	-31.678	-21.415

Термін	β	Std.Err	t	p	95 % CI ↓	95 % CI ↑
GAF_узаг Помірний	14.848	2.163	6.866	0.000	10.563	19.134
GAF_узаг Низький	17.732	7.358	2.410	0.018	3.152	32.311
Рівень узагальнення	-2.870	0.964	-2.977	0.004	-4.781	-0.960
Група хворих з хворобою Паркінсона:Рівень узагальнення	-1.661	2.467	-0.673	0.502	-6.549	3.228

Вищий рівень вербального узагальнення асоціювався з нижчим благополуччям ($\beta = -2.87$, $p = 0.004$), що може вказувати на потенційно тривожне або раціоналізуюче мислення як фактор зниження самопочуття. Взаємодія з групою була незначущою ($p = 0.502$), тобто ефект однаковий для обох діагнозів. Загальна пояснювальна здатність моделі була дуже високою ($R^2 = 0.895$).

До регресійної моделі психологічного благополуччя (PGWBI) в клінічній вибірці було включено змінну «темп та динаміка мислення», а також її взаємодію з діагностичною групою.

Табл.3.24

Регресійна модель PGWBI у клінічній групі (з інтеракцією «Група × Темп та динаміка мислення»)

Термін	β	Std.Er r	t	p	95 % CI ↓	95 % CI ↑
(Intercept)	35.154	4.641	7.575	0.000	25.958	44.350
HADS-T	-1.565	0.306	-5.107	0.000	-2.172	-0.957
Суb1	-1.363	0.125	-10.939	0.000	-1.610	-1.116
Суb2	0.884	0.121	7.284	0.000	0.644	1.125
Суb3	2.163	0.218	9.910	0.000	1.730	2.595
Суb4	-1.243	0.143	-8.698	0.000	-1.526	-0.960
Суb5	0.922	0.090	10.198	0.000	0.743	1.101
PF	0.301	0.058	5.188	0.000	0.186	0.415
RP	-0.251	0.054	-4.615	0.000	-0.359	-0.143

Термін	β	Std.Err	t	p	95 % CI ↓	95 % CI ↑
SF	-0.273	0.034	-7.999	0.000	-0.341	-0.206
Група хворих з хворобою Паркінсона	-27.289	3.114	-8.762	0.000	-33.460	-21.118
GAF_узаг Помірний	13.719	2.165	6.336	0.000	9.429	18.010
GAF_узаг Низький	16.747	7.634	2.194	0.030	1.621	31.873
Темп та динаміка мислення	-3.221	1.669	-1.930	0.056	-6.528	0.085
Група хворих з хворобою Паркінсона: темп та динаміка мислення	-0.674	2.997	-0.225	0.823	-6.613	5.266

Хоча уповільнений темп мислення виявився слабо пов'язаним із нижчим благополуччям ($\beta = -3.22$, $p = 0.056$), взаємодія з групою була статистично не значущою ($p = 0.823$), отже, ефект є подібним у пацієнтів з епілепсією та хворобою Паркінсона. Загальна модель пояснює 89% варіації благополуччя. До цієї моделі було включено змінну «ригідність мислення», а також її взаємодію з діагностичною групою для оцінки можливого модераційного ефекту.

Табл.3.25

Регресійна модель PGWBІ у клінічній групі (з інтеракцією «Група × Ригідність»)

Термін	β	Std.Err	t	p	95 % CI ↓	95 % CI ↑
Intercept	34.509	4.359	7.916	0.000	25.870	43.147
HADS-T	-1.550	0.307	-5.050	0.000	-2.158	-0.942
Суб1	-1.338	0.124	-10.794	0.000	-1.584	-1.092
Суб2	0.891	0.122	7.280	0.000	0.648	1.133
Суб3	2.186	0.221	9.912	0.000	1.749	2.623
Суб4	-1.281	0.142	-9.002	0.000	-1.563	-0.999
Суб5	0.875	0.087	10.117	0.000	0.704	1.047

Термін	β	Std.Err	t	p	95 % CI ↓	95 % CI ↑
PF	0.302	0.058	5.180	0.000	0.187	0.418
RP	-0.254	0.055	-4.647	0.000	-0.362	-0.146
SF	-0.270	0.035	-7.749	0.000	-0.339	-0.201
Група хворих з хворобою Паркінсона	-27.585	2.884	-9.565	0.000	-33.299	-21.870
GAF_узаг Помірний	13.226	2.263	5.844	0.000	8.741	17.710
GAF_узаг Низький	10.942	6.861	1.595	0.114	-2.655	24.538
Ригідність	-2.101	1.305	-1.610	0.110	-4.686	0.485
Група хворих з хворобою Паркінсона:Ригідність	4.171	2.032	2.052	0.042	0.144	8.198

Ригідність не мала загального ефекту ($\beta = -2.10$, $p = 0.110$), однак виявлено статистично значущу взаємодію з групою ($\beta = 4.17$, $p = 0.042$), що свідчить про меншу чутливість благополуччя до ригідності серед пацієнтів із хворобою Паркінсона. Модель пояснює 88.9% варіації благополуччя.

У модель включено показник короткочасної пам'яті («9 слів») та його взаємодію з групою для оцінки ролі когнітивного ресурсу у формуванні психологічного благополуччя.

Табл.3.26

Регресійна модель PGWBІ у клінічній групі (з інтеракцією «Група × 9 слів»)

Термін	β	Std.Er r	t	p	95 % CI ↓	95 % CI ↑
(Intercept)	34.673	4.372	7.932	0.000	26.010	43.335
HADS-T	-1.582	0.308	-5.139	0.000	-2.192	-0.972
Суб1	-1.364	0.127	-10.75 2	0.000	-1.616	-1.113

Термін	β	Std.Er r	t	p	95 % CI ↓	95 % CI ↑
Су62	0.915	0.121	7.573	0.000	0.675	1.154
Су63	2.175	0.221	9.848	0.000	1.737	2.613
Су64	-1.274	0.142	-8.974	0.000	-1.556	-0.993
Су65	0.885	0.087	10.15 6	0.000	0.712	1.057
PF	0.299	0.059	5.112	0.000	0.183	0.415
RP	-0.220	0.058	-3.801	0.000	-0.334	-0.105
SF	-0.294	0.035	-8.342	0.000	-0.363	-0.224
Група хворих з хворобою Паркінсона	-26.993	2.766	-9.758	0.000	-32.474	-21.511
GAF_узаг Помірний	13.398	2.174	6.162	0.000	9.089	17.707
GAF_уза Низький	9.848	7.376	1.335	0.185	-4.768	24.464
9 слів	-4.486	2.108	-2.129	0.036	-8.663	-0.310
Група хворих з хворобою Паркінсона:9 слів	6.383	3.819	1.671	0.097	-1.185	13.951

Нижчий показник за тестом «9 слів» асоціювався зі зниженим благополуччям ($\beta = -4.49$, $p = 0.036$), однак взаємодія з групою була лише слабо значущою ($p = 0.097$), що може вказувати на тенденцію до різної чутливості у клінічних підгрупах.

До моделі включено показник сприйнятливості до критики та його взаємодію з групою з метою вивчення впливу соціального зворотного зв'язку на психологічне благополуччя.

Табл.3.27

Регресійна модель PGWBІ у клінічній групі (з інтеракцією «Група × Критика»)

Термін	β	Std.Err	t	p	95 % CI ↓	95 % CI ↑
Intercept	35.437	4.439	7.984	0.000	26.642	44.233
HADS-T	-1.501	0.309	-4.862	0.000	-2.113	-0.889
Суб1	-1.342	0.124	-10.822	0.000	-1.588	-1.096
Суб2	0.877	0.124	7.083	0.000	0.632	1.123
Суб3	2.180	0.220	9.897	0.000	1.744	2.617
Суб4	-1.264	0.146	-8.668	0.000	-1.553	-0.975
Суб5	0.888	0.087	10.262	0.000	0.717	1.060
PF	0.300	0.058	5.136	0.000	0.184	0.416
RP	-0.244	0.055	-4.389	0.000	-0.354	-0.134
SF	-0.280	0.034	-8.211	0.000	-0.347	-0.212
Група хворих з хворобою Паркінсона	-27.975	3.196	-8.752	0.000	-34.309	-21.641
GAF_узаг Помірний	14.083	2.244	6.276	0.000	9.636	18.530
GAF_узаг Низький	13.919	7.240	1.923	0.057	-0.427	28.265
Критика	-3.868	1.963	-1.971	0.051	-7.757	0.021
Група хворих з хворобою Паркінсона:Критика	1.267	3.143	0.403	0.688	-4.961	7.495

Сприйнятливність до критики виявила тенденцію до негативного впливу на психологічне благополуччя ($\beta = -3.87$, $p = 0.051$), хоча взаємодія з групою не була значущою ($p = 0.688$).

Загальний висновок щодо когнітивних предикторів засвідчує, що найстабільніші прямі когнітивні предиктори погіршення психологічного благополуччя пацієнтів – це низька успішність у зорових вербальних та вербальних завданнях, низький рівень узагальнення, погана вербальна пам'ять (9 слів). Єдиною значущою взаємодією з групою є ригідність, яка виявила різний вплив залежно від типу групи: ймовірно, негативна для однієї й слабша/нейтральна для іншої.

3.4. Психологічні профілі пацієнтів нейрофункціональної хірургії

З метою виявлення гетерогенності всередині клінічної вибірки та ідентифікації латентних типів пацієнтів було проведено кластерний аналіз. Цей підхід дозволяє встановити відповідні групування даних, ґрунтуючись на схожості профілів за низкою змінних, без попереднього припущення щодо кількості кластерів. У поточному дослідженні до аналізу було включено всі релевантні психологічні та когнітивні показники, що відображають функціонування особистості, адаптаційний потенціал, емоційний стан і характеристики когнітивної діяльності.

Для визначення оптимальної кількості кластерів було використано два підходи: метод силуету (Silhouette method) та метод ліктя (Elbow method).

На першому графіку (рис.3.41) зображено середню ширину силуету для кожної потенційної кількості кластерів. Найвищий показник спостерігається при $k = 2$, що свідчить про найкращу диференціацію кластерів саме при поділі на дві групи.

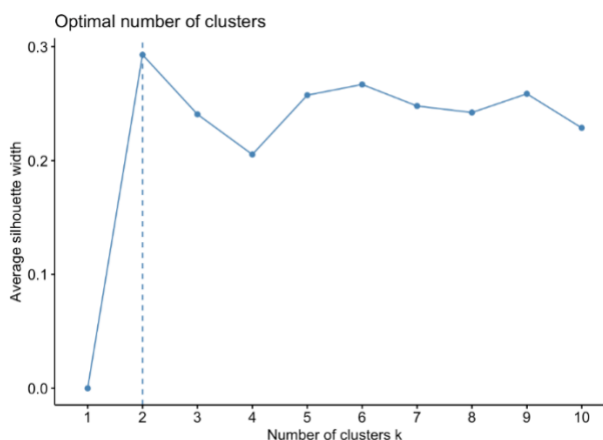


Рис.3.41 Середня ширина силуету для кожної потенційної кількості кластерів

Натомість метод «лікоть» (рис.3.42) вказує на наявність зламу кривої на рівні $k = 4$, після чого зменшення внутрі групової дисперсії вже не є суттєвим. Це свідчить про оптимальний баланс між складністю моделі та пояснювальною здатністю при кластеризації на чотири групи.

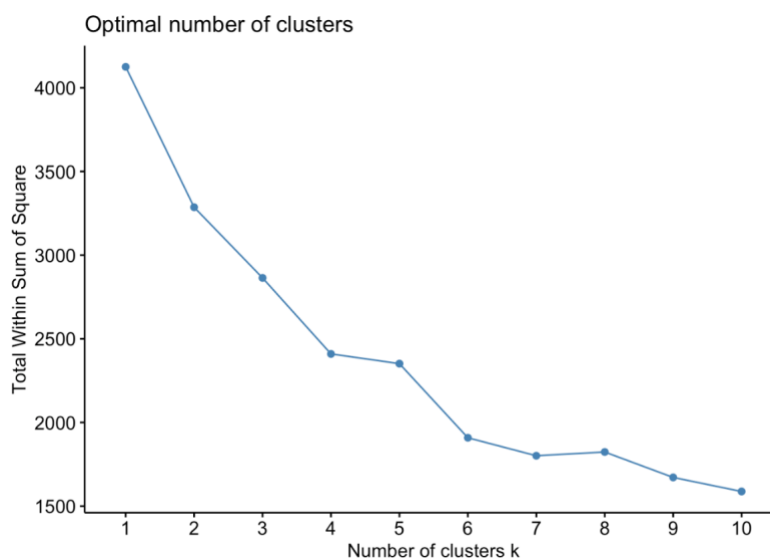


Рис.3.42 Середня ширина методу «лікоть» для кожної потенційної кількості кластерів

Таким чином, методи дають дещо різні рекомендації: силуетна метрика підтримує поділ на 2 кластери, тоді як метод «лікоть» – на 4. Оскільки метою аналізу є не лише чиста відокремленість, але й змістовна інтерпретація профілів, у подальшому аналізі буде обрано рішення про поділ на чотири кластери, що дозволяє зберегти більшу диференціацію між типами респондентів на основі повного спектру психодіагностичних характеристик.

Для інтерпретації отриманих кластерів було проаналізовано центр кожного кластеру за всіма психоемоційними та когнітивними змінними (у вигляді z-перетворених значень). Такий підхід дозволяє описати профілі груп на основі типових відхилень від середнього в межах вибірки.

Табл.3.28

Центри 4-кластерної моделі (z-бали)

Шкала	1	2	3	4
10 слів	-0.1101368	0.0618951	1.4668223	-0.4255287
9 слів	-0.3960077	0.3801674	0.8236960	-0.2720806
ВР	0.0975970	1.7427985	-0.2553707	-0.5117016
С	0.2104769	0.3547996	-1.6054979	0.3078932

Шкала	1	2	3	4
GH	-0.1514992	1.9116564	-0.1268800	-0.5455126
HADS-Д	0.1264345	-0.2223494	1.1274618	-0.2894192
HADS-T	-0.0196807	0.1982386	0.5424009	-0.2190349
MH	0.8172485	1.0410940	-0.0028759	-0.5282724
PF	-0.0106559	1.7232037	-0.2654144	-0.4769368
PGWBI	0.4553622	0.3860543	-0.4297743	-0.1056398
RE	1.6403015	0.2439236	0.0548413	-0.4809995
RP	0.2747227	1.3055501	-0.2148429	-0.4238354
SF	0.6724121	0.7420726	-0.1058445	-0.3671662
VT	-0.0970048	1.7685964	-0.2729723	-0.4690823
A	-0.0850458	0.0509237	-1.3042959	0.3871519
Годинник	-0.3971642	0.0164117	0.8539030	-0.1630072
Зниження пам'яті	0.1354565	0.0179116	1.2905308	-0.4172349
Зорово вербальна пам'ять	-0.5187776	0.1378729	1.1833123	-0.2705736
Зорово невербальна пам'ять	-0.5320160	0.1787163	1.1244828	-0.2633700
Критика	-0.2388150	0.5720120	1.2927471	-0.5090907
Настрій	0.1266423	0.2108020	-1.4492639	0.3282552
Прислів'я	-0.1208486	0.2476897	1.1249906	-0.3825795
Ригідність	-0.4829503	0.2886773	1.1623970	-0.3216417
Рівень узагальнення	-0.0619425	0.0526728	1.4629877	-0.4327570
Суб1	1.9215042	0.2535933	-0.3285968	-0.4375174
Суб2	2.1929513	-0.0156101	-0.5756679	-0.3416241
Суб3	2.4002745	-0.1166259	-0.4713216	-0.3884146
Суб4	2.1021466	-0.1490032	-0.0436252	-0.4335849
Суб5	0.5559472	0.0299121	0.4282516	-0.2664449
Темп СМР	-0.2413964	0.1784041	1.2978722	-0.3826470
Темп та динаміка мислення	-0.3199888	0.3552028	1.3939592	-0.4496151

Шкала	1	2	3	4
Увага	-0.2618035	0.6785107	0.9123186	-0.4262464
Темп СМР	-0.0819117	0.1273927	1.1089584	-0.3481062

Як видно з таблиці 3.28, третій кластер демонструє найвищі позитивні z-балами за більшістю когнітивних завдань, тоді як другий відзначається підвищеними показниками фізичного та соматичного функціонування; перший кластер загалом наблизений до середніх значень, а четвертий характеризується переважно зниженими результатами майже за всіма шкалами.

Для подальшого аналізу було перевірено розподіл сформованої 4-кластерної типології між клінічними групами. Це дозволяє виявити, чи є певні профілі більш типовими для окремих нозологій.

Табл.3.29

Розподіл 4-кластерної типології у групах

Групи	1	2	3	4	Сума
Контрольна група	0	0	0	0	0
Хворі з епілепсією	0	22	12	25	59
Хворі з хворобою Паркінсона	16	0	8	43	67
Сума	16	22	20	68	126

Як видно з таблиці 3.29, у групі пацієнтів з хворобою Паркінсона майже відсутні представники кластерів 2 та 3, натомість домінує кластер 4 (43 з 67), що характеризується помірною дезадаптацією. У групі хворих на епілепсію натомість представлено 3/4 кластерів, але з переважанням кластерів 2 (n = 22) та 4 (n = 25), тобто більш адаптивних або змішаних профілів. Це свідчить про відмінності у психодіагностичній структурі благополуччя між двома клінічними групами.

Для візуалізації відмінностей між 4 сформованими кластерами було побудовано теплову карту z-оцінок центрів кластерів. Вона демонструє характерні патерни когнітивних, емоційних і психологічних показників у кожному кластері, де червоний колір вказує на підвищені значення, а синій – на знижені.

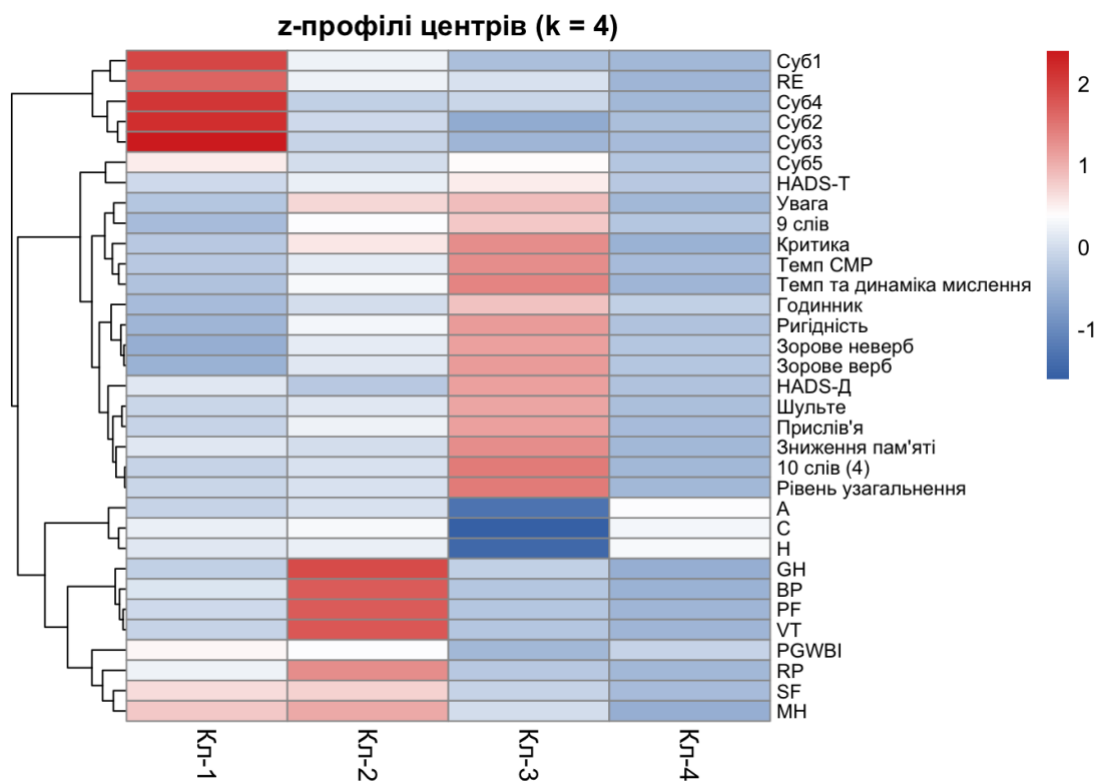


Рис.3.43 Теплова карта z-оцінок центрів кластерів

Як видно з матриці (рис.3.43), Кластер 1 має виразно високі значення за всіма компонентами самореалізації (Суб1-Суб5), а також за психоемоційним станом (MH, RE, SF, PGWBI) при певному зниженні когнітивних функцій.

Кластер 2 вирізняється найвищими показниками якості життя (GH, PF, RP, VT), уваги та емоційного благополуччя, при цьому когнітивні функції та тривожність в межах норми.

Кластер 3 демонструє виражені когнітивні ресурси (10 слів, пам'ять, увага), але має дуже низький рівень базових емоційних функцій (А, Н, С), з підвищеною депресивністю та тривожністю.

Кластер 4 характеризується загальним зниженням за всіма показниками, включно з когнітивними та особистісними, однак депресія й тривога тут на найнижчому рівні.

Для візуалізації просторової структури кластерів було застосовано метод головних компонент (РСА), який дозволив зменшити вимірність даних із збереженням максимальної варіації. На рис.3.43 зображено розподіл учасників у просторі перших двох головних компонент із позначенням кластерної належності.

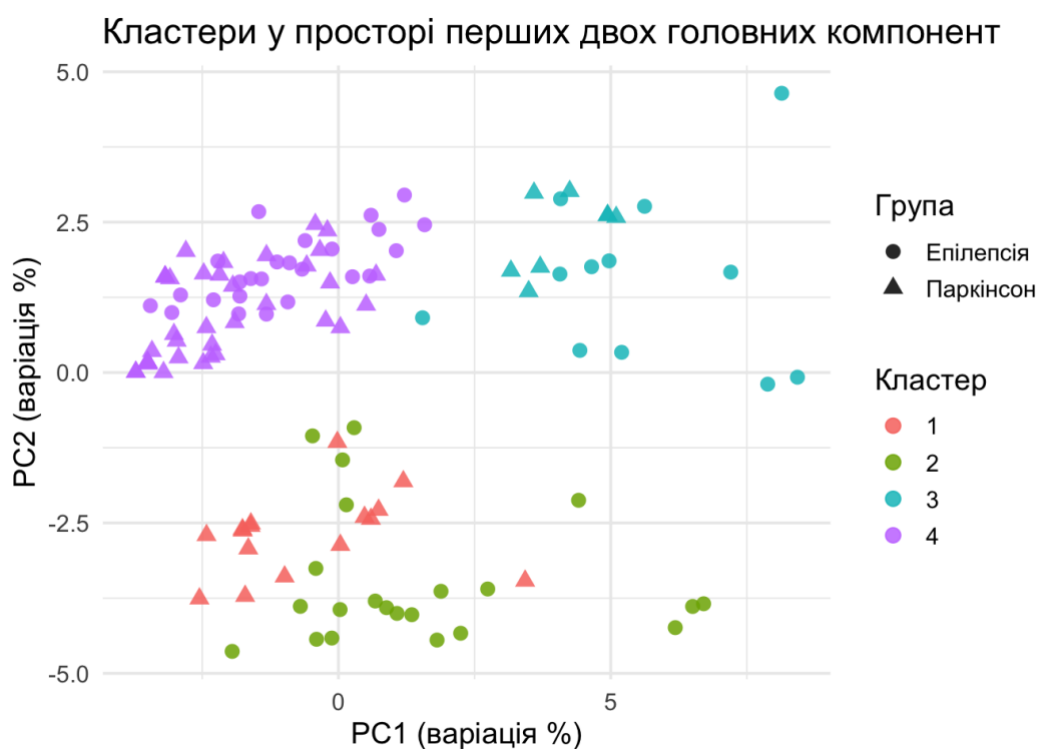


Рис.3.44 Кластери у просторі перших двох головних компонент

Спостерігається чітка диференціація кластерів, особливо Кл-3 та Кл-4, які розташовані в окремих ділянках простору. Кластери 1 і 2 частково

перекриваються, але зберігають локальну щільність. Також видно, що пацієнти з хворобою Паркінсона (трикутники) домінують у Кл-1 і Кл-4, тоді як хворі на епілепсію (кола) – у Кл-2 та Кл-3.

Таким чином, підсумовуючи результати кластерного аналізу, слід відмітити наступне:

Кластер 1 «Психологічно ресурсні з когнітивною вразливістю»: високі значення всіх компонентів самореалізації та показників якості життя та благополуччя. Психоемоційний стан і когнітивні функції дещо знижені. Типові учасники – пацієнти з хворобою Паркінсона.

Кластер 2 «Функціонально збалансовані»: позитивні значення за всіма компонентами якості життя та слабо позитивні – за увагою та критичним мисленням. Когнітивні функції в нормі або дещо знижені. Типові учасники – пацієнти з епілепсією.

Кластер 3 «Когнітивно збережені з емоційним виснаженням»: виражено високі депресія та помірно – тривога; знижені майже всі компоненти ресурсності та якості життя, а також настрою, активності, самопочуття. При цьому характеризується високими результатами за більшістю когнітивних показників (зорові, вербальні, абстрактне мислення, увага). Представники цього кластера мають когнітивну збереженість при емоційній дезадаптації. Типові учасники – як хворі на епілепсію, так і пацієнти з хворобою Паркінсона.

Кластер 4 «Дифузно знижені»: для цього кластеру характерне загальне зниження більшості показників: ресурсності, якості життя, когнітивних функцій, активності, сприйняття та настрою. Водночас рівні депресії та тривоги низькі, що свідчить про стабільний, хоча й приглушений емоційний фон. Типові учасники – пацієнти з обох клінічних груп

3.5. Практичні рекомендації щодо реабілітації пацієнтів нейрофункціональної хірургії

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначає реабілітацію як «комплекс втручань, спрямованих на оптимізацію функціонування та зниження

інвалідності в осіб із порушеннями здоров'я у взаємодії з навколишнім середовищем». Відповідно, комплексна реабілітаційна програма, адаптована до потреб хворих нейрофункціональної хірургії, повинна здійснюватися міждисциплінарною командою, до складу якої будуть входити неврологи, клінічні психологи, психотерапевти, соціальні працівники та, за необхідності, ерготерапевти.

Реабілітаційний підхід застосовується до багатьох пацієнтів з хронічними неврологічними захворюваннями. Так, з епілепсією пов'язані когнітивні, психологічні та соціальні порушення і тоді реабілітаційний підхід зміщує акцент на особистісний фокус пацієнта.

Діагноз епілепсії або хвороби Паркінсона – це найчастіше удар по самосприйняттю пацієнта. Ряд психологічних реакцій після отримання діагнозу включають заперечення, гнів, торг і депресію, і з часом прийняття цієї інформації. Ці етапи знаходять відображення у контексті пошуку хворим нової інформації, що, як підтверджується низкою досліджень, є важливою частиною прийняття свого стану.

В той час негативні психологічні реакції, у відповідь на отриманий діагноз, сприймаються як діагностичний ярлик і можуть обмежити здатність пацієнта сприймати нову інформацію. Якщо початковий рівень освіти та знань про хворобу низький, після постановки діагнозу такими пацієнтами нівелюються можливості для навчання та підтримки так званого “самостійного управління”. Пацієнти, які не досягли контролю над хворобою, можуть потім відчувати більше виражений психологічний стрес та негативне сприйняття втрати самоефективності, поганого контролю над хворобою, соціального неблагополуччя тощо.

Реабілітація вимагає роботи міждисциплінарної команди фахівців спільно з пацієнтом та його сім'єю для визначення характеру та ступеня проблем і факторів, що впливають на прийняття рішень, а потім для надання допомоги та підтримки. Реабілітація є повторюваною, активною, освітньою та спрямованою на вирішення проблем та орієнтованою на поведінку пацієнта. Незважаючи на

успішність проведеної операції, не всі пацієнти мають успіхи у соціальному житті і не всі сприймають свій результат як повний успіх. Саме тому необхідний багатопрофільний підхід до реабілітації, щоб сприяти змінам пацієнта та досягненням «реальних» життєвих здобутків у переважанні переваг над хворобою.

Ціль реабілітації – максимально розширити участь пацієнта в його соціальному середовищі та мінімізувати стрес та страждання для сім'ї пацієнта або осіб, які здійснюють догляд. Реабілітаційна програма має бути спрямована на підвищення здібності пацієнта брати участь у житті суспільства та зниження рівня стресу та тривожно-депресивних проявів.

Пацієнти нейрофункціональної хірургії в ході проведеного операційного втручання та лікування отримують перехід від хронічної інвалідності до раптового підвищення психологічного благополуччя та якості життя, що вимагає зміни реабілітаційних підходів. В основному така реабілітація вже вимагає психологічного фокусу, вкладеного в соціальний контекст пацієнта.

Очікування пацієнта та його сім'ї щодо того, як “нова” норма може сприйматися, охоплюють цілу низку психологічних і соціальних проблем. Намагаючись досягти цію нормальність, пацієнти можуть переоцінити чи не досягти цілі, або у них може не бути необхідних навичок і здібностей, і навіть у них може бути «виправдання» власної хвороби. Психосоціальні наслідки часто формуються роками, а ефекти продовжують позначатися після операції.

Швидкість, з якою пацієнт приймає перехід від хронічної інвалідності до раптового благополуччя, може відповідати чи не відповідати швидкості, яку приймає сім'я або більше широке співтовариство. Невідповідність створює психосоціальний дисбаланс, який може призвести до стресу та/або дисфункції у пацієнта та його сім'ї. У пацієнта можуть виникнути почуття тривоги або провини, що супроводжуються почуттям завищених очікувань або тиску, пов'язаного з необхідністю виконувати ролі та обов'язки, які є відмінною рисою «благополуччя».

Перехід від хронічної інвалідності до раптового благополуччя насамперед лежить в основі психосоціальних проблем, що виникають після хірургічного лікування. Ці проблеми проявляються в різних сферах життя, впливаючи на мислення, почуття, поведінку та соціальну взаємодію людини, включаючи прагнення нових професійних та соціальних можливостей. Ці проблеми взаємопов'язані та представляють собою «синдром» психосоціальних проблем, що регулярно виникають.

Процес реабілітації починається до операції. Очікування пацієнта та його сім'ї забезпечують найважливішу основу для розуміння результату. Ціль психолога – передбачати ступінь адаптації пацієнта та його сім'ї після операції, використовуючи психосоціальну оцінку, щоб зрозуміти, як хвороба вплинула на пацієнта та його родину. Оцінка впливу хвороби є частиною ідентичності пацієнта та його сім'ї та відображає погляди на операцію та післяопераційні очікування. Таке оцінювання надає можливість фахівцям завчасно боротися з нереалістичними очікуваннями та підготувати пацієнтів та його сім'ю до змін, які можуть виникнути у процесі адаптації.

Після операції психологічний супровід бажано мати протягом мінімум двох років, але багато що буде залежати від потреб пацієнта та його сім'ї та мати динамічні оцінки здатності хворого жити без хвороби. Окрім того, важливою є комунікація з соціальною спільнотою пацієнта, особливо з роботодавцями та службами зайнятості.

Концепція реабілітації розглядає пацієнта та членів його сім'ї як активних учасників процесу реабілітації, який, насамперед, спрямований на перехід від хронічної інвалідності до благополуччя та позитивної зміни якості життя. Вона пропонує підхід до оцінки та консультування пацієнтів та їх сімей, задля досягнення максимальних результатів, оскільки низька самооцінка, пов'язана з виникненням хвороби у соціальних умовах, знижувала соціальну взаємодію та ставила під загрозу якість міжособистісних відносин пацієнтів.

Що стосується якості життя, пацієнти повідомляли про страх нападів, когнітивних порушеннях тощо. Однак в нашому дослідженні ми не спостерігали

зв'язку між клінічними змінними хвороби та якістю життя. Більший вплив стосувався негативних подій, які призводили до тривоги та депресії, які безпосередньо впливали на оцінку якості життя.

Нами було виявлено, що оцінка пацієнтом власної якості життя безпосередньо залежить не від клінічних факторів (наприклад, віку, тривалості хвороби, частоти нападів у хворих з епілепсією, побічних ефектів препаратів), а від психосоціальних. Якість життя відображає головним чином проблеми та побоювання, що виникають у зв'язку із зменшенням або втратою особистісних ресурсів, як соціальних, і економічних, як зміна професії та зниження самооцінки. Більше того, більшість досліджень, що підтверджено і нашими даними, вказують на те, що тривожність та депресія є основними предикторами низької якості життя.

Пацієнти, які страждають хворобою Паркінсона, відчувають флюктуючі рухові та немоторні симптоми захворювання, які негативно впливають на повсякденне життя їх самих та їх родичів. Відповідно, вони та їх родичі хочуть підтримки зі сторони охорони здоров'я для розробки емоційних та когнітивних стратегій та навичок, щоб впоратися зі страхом перед майбутнім та вмінням пристосуватися до життя з хронічним захворюванням, щоб жити добре.

На перший погляд, хвороба Паркінсона характеризується руховими симптомами. Дійсно, чотири основних ознак цієї патології визначаються як тремор у спокої, ригідність, акінезія (або брадікінезія) та постуральна нестійкість. Тим не менш, немоторні симптоми настільки ж важливі, навіть якщо вони невидимі або не виявляються відразу, і вони часто мають на увазі негативне вплив на якість життя, пов'язане зі здоров'ям. Значним є стигма, з якою стикаються пацієнти з хворобою Паркінсона та особи, які здійснюють догляд за ними. Насамперед, предметом скарг є відносини та спілкування: пацієнти відмічали, що їх часто неправильно називають, наприклад, п'яницею. Більш того, уповільнений процес мислення та труднощі у передачі суджень можуть викликати суб'єктивне відчуття фрустрації та ізоляції, оскільки інші приймають свої власні рішення, не чекаючи зворотній зв'язку від пацієнта. Однак

комунікація – це не тільки мова. Люди спілкуються також за допомогою жестів та мови тіла. У цьому відношенні обличчя є чутливою темою для пацієнтів із хворобою Паркінсона. Справді, однієї з самих помітних та небажаних чорт є типова для пацієнтів із хворобою Паркінсона напружене та невиразне обличчя маска на обличчі. Пацієнти описують, як іншим людям важко розшифрувати їх безмовний вираз, і цей стан неминуче призводить до ізоляції стигматизованої людини, яка відчуває прогресуюче почуття відчуження та розриву з оточуючими.

Пацієнти із хворобою Паркінсона зауважували, що інші вважають його слабким. Більше того, суб'єкти описують сприймається почуття занепокоєння та дискомфорту, що виникають перед людьми, які стикаються з їх фізичними проблемами та які не можуть сховатися від них погляду. Коли хвороба прогресує та інвалідність наростає, пацієнту доводиться боротися із досвідом ізоляції через вимушені відмови від роботи та обов'язків.

Самоконтроль вважається важливим навичкою для управління у повсякденному життєві. Він включає в себе спостереження, оцінку та моніторинг фізичних симптомів та дій повсякденному життєві, а також когнітивних процесів. Ця інформація може стати основою для заходів щодо догляду за собою та для консультацій з фахівцями.

Самоконтроль є одним з компонентів “концепції самоврядування”: як спільно з сім'єю, спільнотою та медичними працівниками управляти симптомами, лікуванням, змінами способу життя тощо. Заходи самоконтролю покликані допомогти людям із хронічними захворюваннями справлятися з різними аспектами хвороби, такими як контроль симптомів, прийом ліків та емоційні реакції на хворобу у повсякденному життєві.

Прагнення до розвитку позитивного мислення та погляду на поточну ситуацію є важливою стратегією у розробці програм реабілітації для таких пацієнтів. Однією з основних завдань таких програм є необхідність знайти стратегії, що дозволяють впоратися з невизначеністю щодо протікання хвороби та страхом перед майбутнім. Обмірковування ситуацій, які можуть викликати

стрес та тривогу і спроба скласти план змін негативних думок, які зазвичай виникають у таких ситуаціях, є важливими, цінними та корисними стратегіями, які застосовуються для більшості пацієнтів. А отримання знань та нової інформації (після пошуку) є новим способом розуміти і справлятися з умовами життя зараз та в майбутньому .

Також важливими предикторами психологічного благополуччя було виявлено психічні бар'єри для фізичної активності. Деякі хворі також зазначали про фізичні бар'єри, такі як біль або порушення рівноваги. Але когнітивні стратегії (письмові розклади, щотижневі плани), бути нагадуваннями та мотиваторами.

Стигма – це складне явище, добре вивчене та потребує розуміння в контексті хронічних захворювань та хвороба Паркінсона не є виняток. Навіть якщо стигма може бути невидимим явищем, вона може надавати безпосереднє вплив на якість життя, пов'язане зі здоров'ям. Фактично, стигма – це не тільки почуття сорому і збентеження, що виникає через самосприйняття неадекватності через втрату автономії та видимих симптомів, але й досвід, пов'язаний з установками та переконаннями соціального контексту по відношенню до пацієнта, який стигматизований та змушений “закритись” в себе. Тобто саме негативна або позитивна реакція зовнішнього світу може мати значення.

Одна з важливих причин соціальної стигматизації пов'язана з поширеним думкою, що хвороба Паркінсона – це хвороба тільки людей похилого віку; це упередження дуже сильно розвинено у суспільстві, включаючи членів сім'ї. Пацієнти часто скаржаться на те, що їх не розуміють та не сприймають всерйоз. Причиною нерозуміння може бути мінливий характер симптомів захворювання, через яке члени сім'ї та офіційні особи, які здійснюють догляд, вважають, що пацієнт прикидається. Більше того, деякі пацієнти надавали скарги на те, що інші поспішали і не надавали їм необхідного часу для самовираження, не розуміючи повною мірою їх комунікативні труднощі.

Стигматизація виникає також через сприйняття пацієнта як тягара, у тому числі через невизначеність протікання захворювання. Крім того, пацієнти були

стигматизовані через зміну або втрату своїх соціальних ролей, оскільки переставали бути годувальниками своїх сімей і часто були змушені залишати своє робоче місце.

Враховуючи результати проведеного науково-практичного дослідження, спрямованого на вивчення психологічного благополуччя осіб з хворобою Паркінсона та епілепсією, а також визначення провідних детермінант когнітивного, психоемоційного, психічного та фізичного благополуччя в умовах хронічного захворювання, були розроблені практичні рекомендації.

Перш за все, застосування диференційованого підходу до клініко-психологічної допомоги, залежно від нозології.

Для осіб з хворобою Паркінсона рекомендується впровадження комплексної реабілітаційної програми, яка повинна включати:

- психотерапевтичну роботу, спрямовану на зниження рівня тривожно-депресивних проявів;
- когнітивну реабілітацію, орієнтовану на підтримання пам'яті, уваги, мовлення та виконавчих функцій;
- кінезотерапію та інші фізичні втручання з урахуванням рухових обмежень;
- розвиток особистісних ресурсів, включно з цілепокладанням, емоційною регуляцією та підвищенням мотивації до життя.

Для хворих на епілепсією акцент має бути зроблений на:

- зниженні рівня тривожності, що має системний вплив на суб'єктивне та психологічне благополуччя в цілому;
- соціальній адаптації та інтеграції, зокрема через роботу з установками, самооцінкою, між особистісною тривожністю;
- психологічному супроводі у питаннях прийняття хвороби, самореалізації та професійної адаптації;
- профілактиці депресивних проявів, які можуть бути реакцією на стигматизацію чи обмеження.

Зважаючи на виявлений суттєвий зворотний зв'язок між рівнем тривожності (за шкалою HADS) та всіма компонентами психологічного благополуччя,

ключовою метою психокорекційної роботи має стати зменшення проявів тривоги. Доцільно впроваджувати структуровані психотерапевтичні втручання, навчання стрес-менеджменту, техніки релаксації та емоційної регуляції; у разі потреби – комбіноване лікування з фармакотерапевтичним супроводом.

Високі показники за шкалою «Смисложиттєві орієнтації» (СЖО) мають виражений позитивний вплив на психічне благополуччя. Тому однією з рекомендацій є впровадження тренінгів життєстійкості (resilience); формування та підтримка суб'єктивного відчуття сенсу життя, особистих цілей, екзистенційних орієнтирів.

Фізичне благополуччя (PF) є як важливою умовою суб'єктивного здоров'я, так і наслідком цілісного психофізіологічного стану. Тому до практичних заходів рекомендовано віднести регулярні індивідуалізовані програми ЛФК; впровадження фізіотерапевтичних заходів, масажу, кінезітерапії; супровід спеціаліста з фізичної реабілітації.

Встановлено, що вік респондентів прямо корелює з погіршенням когнітивного і емоційного функціонування, тому для осіб старшого віку доцільно адаптувати програми за рівнем навантаження, тривалістю та змістом. Слід залучати мультидисциплінарну команду (психолога, невролога, фізіотерапевта, соціального працівника). Оскільки у жінок виявлено кращі показники суб'єктивного благополуччя – це варто враховувати при груповій роботі, забезпечуючи паритетне формування груп з урахуванням гендерної підтримки та уникнення домінування певної моделі поведінки.

На основі кластерного аналізу були виявлені *чотири психологічні профілі хворих нейрофункціональної хірургії*, що потребують диференційованих підходів (табл. 3.30).

Табл.3.30

Профілі хворих нейрофункціональної хірургії

Профіль	Опис	Практичні заходи
Функціонально збалансовані	Соматично збережені, помірна тривожність, високі особистісні ресурси	Підтримуюча терапія, розвиток життєстійкості, тренінги самореалізації
Психологічно ресурсні, але з когнітивними порушеннями	Збережене емоційне функціонування, когнітивне зниження	Когнітивна стимуляція, нейропсихологічна підтримка, тренінги уваги та пам'яті
Когнітивно збережені, але з емоційними порушеннями	Інтелектуально активні, високий рівень тривоги, низька мотивація	Інтенсивна психотерапія, КПТ, робота з життєвими цілями
З комплексними важкими порушеннями	Низькі показники за всіма шкалами	Комплексна підтримка: когнітивна, емоційна, соматична реабілітація, включення родини

Таким чином, підсумовуючи результати кластерного аналізу слід відмітити наступні характерні ознаки побудованих профілів хворих:

Профіль 1: «Функціонально збалансовані»: позитивні значення за всіма компонентами якості життя та слабо позитивні - за увагою та критичним мисленням. Когнітивні функції в нормі або дещо знижені. Здебільшого - пацієнти з епілепсією.

Профіль 2: «Психологічно ресурсні з когнітивною вразливістю»: високі значення всіх компонентів самореалізації та показників якості життя та благополуччя. Психоемоційний стан і когнітивні функції дещо знижені. Здебільшого - пацієнти з хворобою Паркінсона.

Профіль 3: «Когнітивно збережені, але з емоційним виснаженням»: виражено високі депресія та помірно - тривога; знижені майже всі компоненти ресурсності та якості життя, а також настрою, активності, самопочуття. При цьому характеризується високими результатами за більшістю когнітивних показників (зорові, словесні, абстрактне мислення, увага). Представники цього кластера мають когнітивну збереженість при емоційній дезадаптації. Здебільшого - як хворі на епілепсію, так і хворі з хворобою Паркінсона.

Профіль 4: «З комплексними важкими порушеннями»: для цього кластеру характерне загальне зниження більшості показників: ресурсності, якості життя, когнітивних функцій, активності, сприйняття та настрою. Водночас рівні депресії та тривоги низькі, що свідчить про стабільний, хоча й приглушений емоційний фон. Здебільшого - пацієнти з обох клінічних груп

Таким чином, впровадження моделі мультидисциплінарної допомоги, яка об'єднує невролога, клінічного психолога, психотерапевта, фізіотерапевта, ерготерапевта, соціального працівника, за необхідності – психіатра та логопеда, вимагає впровадження нових підходів в роботі з пацієнтами нейрофункціональної хірургії. Зокрема, потрібна розробка індивідуальних планів психореабілітації на основі діагнозу, віку, когнітивного статусу та особистісних ресурсів; проведення систематичної психологічної оцінки стану пацієнтів з використанням валідних опитувальників: HADS, SF-36, СЖО, MMSE тощо; створення освітніх програм для пацієнтів та їх родичів, які сприятимуть підвищенню комплаєнсу, розумінню особливостей перебігу хвороби та формуванню позитивного ставлення до лікування.

Ці практичні рекомендації мають бути інтегровані у клінічну практику та програми реабілітації з урахуванням індивідуальних потреб пацієнтів, що дозволить підвищити якість життя осіб з хронічними неврологічними захворюваннями, забезпечити цілісну підтримку та сприяти їх соціальній та емоційній інтеграції.

Висновки до розділу 3

Отримані в ході емпіричного дослідження результати свідчать про те, що пацієнти з епілепсією демонструють кращі результати в більшості когнітивних завдань порівняно з пацієнтами, які страждають на хворобу Паркінсона. Зокрема, статистично значущі відмінності спостерігаються за такими показниками: темп та динаміка мислення; ригідність мислення; критика); зорово-вербальна пам'ять і невербальна пам'ять; годинникова проба, увага, прислів'я, рівень узагальнення – усі ці показники вказують на більшу когнітивну збережність хворих на епілепсію. Водночас деякі показники, зокрема: зниження пам'яті та темп СМР, хоч і демонструють тенденцію до переваги в групі хворих на епілепсію, не досягають статистичної значущості. Отримані результати підтверджують, що нейрокогнітивний профіль хвороби Паркінсона більш уражений, особливо в аспектах мовлення, логіки, критичного мислення, темпу переробки інформації та пам'яті. Натомість, когнітивне функціонування хворих на епілепсією зберігається на відносно кращому рівні, хоча теж демонструє деякі порушення.

Результати регресійний та кластерного аналізів показали, які саме фактори (когнітивні чи психологічні) впливають на рівень психологічного благополуччя в усій вибірці загалом, без врахування того, що пацієнти суттєво відрізняються між собою, і одні й ті самі фактори можуть діяти по-різному в різних групах.

Кластерний аналіз дозволив побачити та виділити різні типи пацієнтів з різним поєднанням емоційного стану, самореалізації, когнітивних функцій та якості життя. Це дозволило зрозуміти, у кого і за яких умов певні фактори мають більше значення, а також – сформулювати більш точні рекомендації. Зокрема, було виявлено, що хворим, які увійшли до першого кластеру – потрібна підтримка когнітивних функцій; хворим, які увійшли до другого кластеру – потрібна профілактика емоційного вигорання та тривожності, підтримка фізичної активності; хворим, які увійшли до третього кластеру – потрібні психологічні консультації та психотерапія; хворим, які увійшли до четвертого кластеру – потрібна комплексна підтримка.

Що стосується якості життя, пацієнти повідомляли про страх нападів, когнітивних порушеннях тощо. Однак в нашому дослідженні ми не спостерігали зв'язку між клінічними змінними хвороби та якістю життя. Більший вплив стосувався негативних подій, які призводили до тривоги та депресії, які безпосередньо впливали на оцінку якості життя.

Нами було виявлено, що оцінка пацієнтом власної якості життя безпосередньо залежить не від клінічних факторів (наприклад, віку, тривалості хвороби, частоти нападів у хворих з епілепсією, побічних ефектів препаратів), а від психосоціальних. Якість життя відображає головним чином проблеми та побоювання, що виникають у зв'язку із зменшенням або втратою особистісних ресурсів, як соціальних, і економічних, як зміна професії та зниження самооцінки. Більше того, більшість досліджень, що підтверджено і нашими даними, вказують на те, що тривожність та депресія є основними предикторами низької якості життя.

Впровадження моделі мультидисциплінарної допомоги, яка об'єднує невролога, клінічного психолога, психотерапевта, фізіотерапевта, ерготерапевта, соціального працівника, за необхідності – психіатра та логопеда, вимагає впровадження нових підходів в роботі з пацієнтами нейрофункціональної хірургії.

Практичне значення роботи полягає, за рахунок виділених психологічних профілів хворих, прогнозувати потреби, адаптацію й ефективність інтервенцій, пропонувати психотерапевтичні, реабілітаційні та комплексні програми.

ВИСНОВКИ

У дисертаційному дослідженні проведено ґрунтовний теоретико-емпіричний аналіз факторів, які впливають на рівень психологічного благополуччя пацієнтів нейрофункціональної хірургії. Здійснено комплексний аналіз клініко-психологічних аспектів психологічного благополуччя хворих нейрофункціональної хірургії – з епілепсією та хворобою Паркінсона. На основі отриманих емпіричних даних, було проведено багатовимірний аналіз, що дозволив виявити ключові закономірності. Отримані результати дозволяють сформулювати низку важливих висновків, які поглиблюють розуміння механізмів, що лежать у покращенні психологічного благополуччя хворих.

1. Дослідження психологічного благополуччя дозволяє принципово змінити погляд на проблему хвороби та хворого, оскільки як соціально-психологічна категорія вона знаходиться у полі інтересу медицини та охорони здоров'я, соціології, економіки; на неї впливають соціальні, економічні, психологічні та фізіологічні фактори. З появою нових інформаційних технологій в медицині, з впровадженням ефективних та точних методів діагностики та лікування, актуальною стає необхідність у об'єктивній оцінці успішності допомоги та лікуванні хворих. Діагностика психологічного благополуччя повинна розглядатися як стратегічно важлива складова цілісного,

мультидисциплінарного підходу до лікування хворих з епілепсією та хворобою Паркінсона після нейрофункціональної хірургії. Створення теоретичної моделі психологічного благополуччя, визначення показника психологічного благополуччя як критерія комплексної оцінки здоров'я пацієнтів, виявлення комплексу психодіагностичних методик, які є найбільш ефективними при обстеженні хворих даної нозології, виявлення сукупності і взаємодії факторів, здатних впливати на психічний стан пацієнтів і відчуття психологічного благополуччя дозволять створити індивідуалізовані програми психологічної підтримки на всіх етапах лікування пацієнтів.

2. Доведено, що при комплексному дослідженні пацієнтів нейрофункціональної хірургії особливу увагу слід приділяти проведенню психологічної діагностики, яка є невід'ємною частиною як доопераційного, так і післяопераційного супроводу пацієнтів. Така діагностика дозволяє не лише виявити наявні психоемоційні порушення – депресивні та тривожні стани, когнітивний дефіцит, знижену мотивацію чи труднощі в соціальній адаптації – але й прогнозувати можливі ускладнення психічного характеру після втручання. Це, у свою чергу, допомагає фахівцям адаптувати лікувальні та реабілітаційні програми відповідно до індивідуальних потреб пацієнта. В ході проведеного дослідження було розроблено та уніфіковано протокол психодіагностичного обстеження хворих, який дав змогу оцінити рівень емоційної стійкості та ресурсності хворого; виявити ризики розвитку післяопераційної депресії чи тривожних розладів; визначити рівень когнітивного функціонування та пам'яті; сформулювати уявлення про очікування пацієнта від лікування; забезпечити ефективну психоосвітню та підтримувальну роботу в процесі адаптації.

3. Встановлено суттєвий вплив встановленого клінічного діагнозу на якість життя та психологічний стан хворих. У пацієнтів із епілепсією спостерігаються помірні порушення психологічного стану, а при хворобі Паркінсона – найбільш виражене зниження якості життя, психологічного благополуччя та когнітивних функцій. Це вказує на диференційований характер впливу хронічного захворювання на суб'єктивне та об'єктивне функціонування (у контрольній

групи зафіксовані найвищі показники фізичного, психічного та соціального функціонування).

4. Виявлено, що головними негативними предикторами психологічного благополуччя є тривожність, емоційне виснаження та втрата сенсу, тоді як особистісні ресурси (цілеспрямованість, самоактуалізація, внутрішня мотивація, суб'єктивне життєве очікування, цілі життя та внутрішній локус контролю) та фізичне функціонування - позитивно впливали на психологічне благополуччя. Діагноз «Хвороба Паркінсона», незалежно від інших змінних, знижує рівень психологічного благополуччя, що підкреслює глибину його системного впливу. Ключовими негативними змінними в цьому процесі виступають особистісні ресурси та погіршення фізичного стану. Жінки демонструють кращі показники фізичного, емоційного, соціального та рольового функціонування, а також вищу загальну активність. Проте загальний рівень психологічного благополуччя не залежить від статі. Із віком спостерігається істотне зниження таких показників, як фізичне функціонування, загальний стан здоров'я, життєва активність та психічне здоров'я, що відображає погіршення фізичного та психологічного самопочуття.

5. Найбільш виражені когнітивні порушення спостерігаються у пацієнтів із хворобою Паркінсона, зокрема, зниження пам'яті, уваги, критичного мислення та темпу обробки інформації, що має негативний вплив на психологічне благополуччя. Цікавим виявилось, що ригідність при епілепсії має більший вплив на якість життя, ніж при хворобі Паркінсоні, що свідчить про специфіку феноменології цих захворювань. Разом з тим, вони не мали істотного впливу на модель психологічного благополуччя, у порівнянні з іншими показниками.

6. В ході проведеного дослідження було розроблено чотири психологічні профілі хворих нейрофункціональної хірургії, зокрема: *функціонально збалансовані* (переважно пацієнти з епілепсією з відносно високими соматичними та психічними показниками); *психологічно ресурсні, але з когнітивними порушеннями* (здебільшого хворі з хворобою Паркінсона, які мають високий рівень особистісних ресурсів, але більш виражені когнітивні

порушення); *когнітивно збережені, але з емоційними порушеннями* (хворі зі збереженими когнітивними функціями, але з вираженими тривожно-депресивними проявами); *з комплексними важкими порушеннями* (найвразливіша група з найнижчими показниками майже за всіма шкалами; значна частка цієї категорії – пацієнти з хворобою Паркінсона).

7. Було розроблено практичні рекомендації для окремих груп хворих. Зокрема, для пацієнтів із хворобою Паркінсона – комплексна когнітивна й фізична реабілітація, з підтримкою особистісних ресурсів. Для хворих на епілепсією – фокус на емоційній підтримці, психотерапевтичній роботі та розвитку соціальної активності.

Таким чином, результати дослідження свідчать про складну детермінованість психологічного благополуччя пацієнтів нейрофункціональної хірургії, де поєднуються клінічні, психологічні, соціальні та функціональні чинники. Практичне значення роботи полягає у можливості створення індивідуалізованих програм підтримки, адаптованих до психологічного психологічного профілю пацієнта. Це відкриває перспективи для підвищення ефективності клініко-психологічної допомоги хворим нейрофункціональної хірургії.

1. СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

2. Aarsland D., Marsh L., Schrag A. Neuropsychiatric symptoms in Parkinson's disease [Електронний ресурс] / D. Aarsland, L. Marsh, A. Schrag // Movement Disorders. – 2009. – Vol. 24, No. 15. – Режим доступу: <https://doi.org/10.1002/mds.22589>
3. Allendorfera B. Jane. Physiologic and cortical response to acute psychosocial stress in left temporal lobe epilepsy - A pilot cross-sectional fMRI study [Електронний ресурс] / B. Jane Allendorfera, H. Heysec, L. Mendozab, E. B. Nelsonc, J. C. Eliassenc, J. M. Storrs, J. P. Szaflarski // Epilepsy and Behavior – 2014. – Vol. 36, – P. 115-123. – Режим доступу: [https://www.epilepsybehavior.com/article/S1525-5050\(14\)00163-2](https://www.epilepsybehavior.com/article/S1525-5050(14)00163-2)
4. Allport G.W. Becoming: Basic Considerations for a Psychology of Personality / G.W. Allport. – New Haven: Yale University Press, 1955. – 106 p.
5. Asher R., Mason A. E., Weiner J. The relationship between preoperative general mental health and postoperative quality of life in minimally invasive lumbar spine surgery. Neurosurgery. 2015. Vol. 76. № 6. P. 672-676. URL: https://journals.lww.com/neurosurgery/fulltext/2015/06000/The_Relationship_Between_Preoperative_General.13.aspx
6. Austin J.K., Shafer P.O., Deering J.B. Epilepsy familiarity, knowledge, and perceptions of stigma: Report from a survey of adolescents in the general population // Epilepsy & Behavior. 2002. Vol. 3, No. 4. P. 368-375

7. Baker G.A., Jacoby A., Buck D., Stalgis C., Monnet D. Quality of life of people with epilepsy: A European study // *Epilepsia*. – 1997. – Vol. 38, No. 3. – P. 353-362.
8. Baker G.A., Jacoby A., Smith D.F., Dewey M., Chadwick D.W. The development of a novel scale to assess life fulfillment as part of the quality of life in epilepsy: The Liverpool Life Fulfillment Scale (LLFS) // *Epilepsy Research*. 1994. Vol. 19, No. 3. – P. 241-250
9. Baker GA, Jacoby A, Buck D., C. Stalgis and D. Monnet. Quality of Life of People with Epilepsy: A European Study. *Epilepsia* 1997, 38 (3): 353-362
10. Bakhsheshian J., Scheer J. K., Gum J. L. Impact of poor mental health in adult spinal deformity patients with poor physical function: a retrospective analysis with a 2-year follow-up. *Journal of Neurosurgery: Spine*. 2017. Vol. 26. № 1. P. 116-124. URL: <https://thejns.org/spine/view/journals/j-neurosurg-spine/26/1/article-p116.xml>
11. Bampoe J., Siomin V., Bernstein M. Quality-of-life assessment in neurosurgical patients. *Neurosurgery Quarterly*. 2002. Vol. 12. № 2. P. 133-141. URL: https://journals.lww.com/neurosurgery-quarterly/fulltext/2002/06000/Outcomes_Research_A_Review.00006.aspx
12. Barlow D.H. The nature of anxiety: Anxiety, depression, and emotional disorders / D.H. Barlow // *Chronic anxiety: Generalized anxiety disorder and mixed anxiety-depression* / ed. by R.M. Rapee, D.H. Barlow. – New York: The Guilford Press, 1991. – P. 1-28.
13. Beggi E., Monticelli M.L. Social aspects of epilepsy / E. Beggi, M.L. Monticelli // *Diagnostics and treatment of epilepsy in children*. – 1997. – 656 p.
14. Berto P. Quality of life in patients with epilepsy and impact of treatments // *Pharmacoeconomics*. 2002. Vol. 20, No. 15. P. 1039-1059.
15. Binder D. K., Iskandar B. J. Modern neurosurgery for psychiatric disorders. *Neurosurgery*. 2000. Vol. 47. № 1. P. 9-23. URL: https://journals.lww.com/neurosurgery/fulltext/2000/07000/Modern_Neurosurgery_for_Psychiatric_Disorders.3.aspx
16. Bowling A. *Measuring Health: A Review of Quality of Life Measurement Scales* / A. Bowling. – Buckingham: Open University Press, 1996. – 224 p.

17. Bradburn N. M. The Structure of Psychological Well-Being / N. M. Bradburn. – Chicago: Aldine Publishing Company, 1969. – 320 p.
18. Bryant F. Savoring: A new model of positive experience [Электронный ресурс] / F. Bryant, J. Veroff // Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. – 2007. – 294 p. – Режим доступа: <https://doi.org/10.4324/9781315088426>
19. Bunevicius A., Tamasauskas S., Deltuva V. Predictors of health-related quality of life in neurosurgical brain tumor patients: focus on patient-centered perspective. *Acta Neurochirurgica*. 2014. Vol. 156. № 2. P. 367-374. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00701-013-1930-7>
20. Campanella F., Palese A., Del Missier F. Long-term cognitive functioning and psychological well-being in surgically treated patients with low-grade glioma. *World neurosurgery*. 2017. P. 1-9. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1878875017305016>
21. Carver C.S., Scheier M.F., Segerstrom S.C. Optimism [Электронный ресурс] / C.S. Carver, M.F. Scheier, S.C. Segerstrom // *Clinical Psychology Review*. – 2010. – Vol. 30, No. 7. – P. 879-889. – Режим доступа: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.01.006>.
22. Chaudhuri K.R., Healy D.G., Schapira A.H. Non-motor symptoms of Parkinson's disease: diagnosis and management // *The Lancet Neurology*. – 2006. – Vol. 5, No. 3. – P. 235-245.
23. Crumbaugh J. Cross Validation Of Purpose In Life Test Based On Frankl's Concepts [Электронный ресурс] / J. Crumbaugh // *Psychometric Affiliates*. – 1964. – 9 p. – Режим доступа: http://adlerjournals.com/_private/JIP/JIP%20v24%20n1/Purpose-In-Life_Test-Crumbaugh.pdf
24. De Boer H.M., Mula M., Sander J.W. The global burden and stigma of epilepsy // *The Lancet Neurology*. 2008. Vol. 7, No. 1. P. 21-23.
25. Delle Fave A. The eudaimonic and hedonic components of happiness: Qualitative and quantitative findings // *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*. – URL:

https://www.researchgate.net/publication/274076441_Eudaimonic_and_hedonic_components_of_happiness

26. Derry P. A., Wiebe S. Psychological adjustment to success and to failure following epilepsy surgery. *Canadian Journal of Neurological Sciences*. 2000. Vol. 27. № S1. P. 116-120. URL: <https://www.cambridge.org/core/journals/canadian-journal-of-neurological-sciences/article/psychological-adjustment-to-success-and-to-failure-following-epilepsy-surgery/D5670851CC05C0F36163AB2A56FA076A>
27. Desai V. R., Gadgil N., Saad S. Measures of health-related quality of life outcomes in pediatric neurosurgery: literature review. *World Neurosurgery*. 2019. Vol. 122. P. 252-265. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1878875018325014>
28. Diamond A., Jankovic J. The effect of deep brain stimulation on quality of life in movement disorders. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 2005. Vol. 76. № 9. P. 1188-1193. URL: <https://jnnp.bmj.com/content/76/9/1188.short>
29. Diebo B. G., Tishelman J. C., Horn S. The impact of mental health on patient-reported outcomes in cervical radiculopathy or myelopathy surgery. *Journal of Clinical Neuroscience*. 2018. Vol. 57. P. 102-107. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0967586817320003>
30. Diener E. Subjective Well-Being: Three Decades of Progress [Электронный ресурс] / E. Diener, E. M. Suh, R. E. Lucas, G. L. Smith // *Psychological Bulletin*. – 1999. – № 125(2). – P. 276-302. – Режим доступа: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.2.276>
31. Diering S. L., Bell W. O. Functional neurosurgery for psychiatric disorders: a historical perspective. *Stereotactic and Functional Neurosurgery*. 1991. Vol. 57. № 4. P. 175-194. URL: <https://karger.com/sfn/article-abstract/57/4/175/291679>
32. Djibuti M., Shakarishvili R. Influence of clinical, demographic, and socioeconomic variables on quality of life in patients with epilepsy: findings from Georgian study [Электронный ресурс] // *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. – 2003. – Vol. 74, No. 5. – P. 570-573.

33. Dupont S., Tanguy M. L., Clemenceau S. Long-term prognosis and psychosocial outcomes after surgery for MTLE. *Epilepsia*. 2006. Vol. 47. № 12. P. 2115-2124. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1528-1167.2006.00852.x>
34. Erikson E. *Childhood and Society* / E. Erikson. – New York: W. W. Norton & Company, 1950. – 445 p.
35. Fabbrini G. Parkinsonian patients and poor awareness of dyskinesias [Электронный ресурс] / G. Fabbrini, S. Pietracupa, A. Latorre, A. Berardelli // *Frontiers in Neurology*. – 2014. – № 5. – P. 32. – Режим доступа: <https://doi.org/10.3389/fneur.2014.00032>
36. Filipka K., Wiśniewski A., Królikowska A. Quality of Life and its Predictors Among Neurosurgical Patients—Systematic Review of Research. *Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne*. 2020. Vol. 9. № 3. P. 93-102. URL: <https://bibliotekanauki.pl/articles/55795735.pdf>
37. Frankl V. *Man's Search for Meaning* / V. Frankl. – Boston: Beacon Press, 1959 – 184 p.
38. Galbraith J.K. *The Affluent Society* / J.K. Galbraith. – Boston: Houghton Mifflin, 1958. – 368 p. Geertz C. *The Interpretation of Cultures* / C. Geertz. – New York: Basic Books, 1973. – 470 p.
39. Gaviria M., Ade B. What functional neurosurgery can offer to psychiatric patients: a neuropsychiatric perspective. *Surgical Neurology*. 2009. Vol. 71. № 3. P. 337–342. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0090301908007866>
40. Geertz C. *The Interpretation of Cultures* / C. Geertz. – New York: Basic Books, 1973. – 470 p.
41. Gerber M., Colledge F., Pühse U. Sleep quality, sleep EEG pattern, mental well-being and cortisol secretion in patients with ruptured aneurysm post-treatment: a comparison with post-surgery meningioma patients. *Neuropsychobiology*. 2016. Vol. 73. № 3. P. 148–159. URL: <https://karger.com/nps/article-abstract/73/3/148/233837>

42. Gilbert F. The burden of normality: from 'chronically ill' to 'symptom free'. New ethical challenges for deep brain stimulation postoperative treatment. *Journal of Medical Ethics*. 2012. Vol. 38. № 7. P. 408–412. URL: <https://jme.bmj.com/content/38/7/408.short>
43. Gilliam F., Fessler A.J., Baker G. Quality of life assessment in epilepsy: practical considerations in clinical trials // *Epilepsia*. 2004. Vol. 45, Suppl. 3. – P. 21–26.
44. Gray J.A. *The psychology of fear and stress* / J.A. Gray. – London: Weidenfeld and Nicolson, 1971. – 256 p.
45. Guideline twelve: guidelines for long-term monitoring for epilepsy. American Electroencephalographic Society // *Journal of Clinical Neurophysiology*. – 1994. – Vol. 11, No. 1. – P. 88-110.
46. Haarmann L., Kalbe E., Lewis C. J. The Deep Brain Stimulation Impairment Scale: A useful complement in assessment of well-being and functioning in DBS-patients—Results from a large multicentre study. *Parkinsonism & Related Disorders*. 2022. Vol. 98. P. 55–61. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1353802022001043>
47. Hamer P. C. D. W., Klein M., Hervey-Jumper S. L. Functional outcomes and health-related quality of life following glioma surgery. *Neurosurgery*. 2021. Vol. 88. № 4. P. 720–726. URL: https://journals.lww.com/neurosurgery/fulltext/2021/04000/functional_outcomes_and_health_related_quality_of.4.aspx
48. Hobbes T. *Leviathan* / T. Hobbes. – London: Penguin Classics, 1651 (reprint 1985). – 736 p.
49. Hoffmann K., Kamp M., Steiger H. J. Correlation of psychooncological distress-screening and quality of life assessment in neurosurgical patients. *Oncotarget*. 2017. Vol. 8. № 67. P. 111396–111404. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5762330/>
50. Huta V. An overview of hedonic and eudaimonic well-being concepts [Электронный ресурс] / V. Huta, L. Reinecke, M. B. Oliver // *Handbook of media*

use and well-being. – 2015. – 26 p. – Режим

доступу: https://www.researchgate.net/publication/292134516_An_overview_of_hedonic_and_eudaimonic_well-being_concepts

51. Jacoby A., Austin J.K. Social stigma for adults and children with epilepsy // *Epilepsia*. 2007. Vol. 48, Suppl. 9. P. 6-9.
52. Jacoby A., Baker G.A., Steen N. et al. The clinical course of epilepsy and psychological correlates: findings from a UK community study // *Epilepsia*. – 1996. – Vol. 37, No. 2. – P. 148-161.
53. Jahoda M. *Current Concepts of Positive Mental Health* / M. Jahoda. – New York: Basic Books, 1958. – 136 p.
54. Jakola A. S., Unsgård G., Solheim O. Quality of life in patients with intracranial gliomas: the impact of modern image-guided surgery. *Journal of Neurosurgery*. 2011. Vol. 114. № 6. P. 1622-1630. URL: <https://thejns.org/view/journals/j-neurosurg/114/6/article-p1622.xml>
55. Jung C.G. *Psychological Types* / C.G. Jung. – London: Routledge, 1921 (reprint 1971)
56. Kahneman D. *Thinking, Fast and Slow* / D. Kahneman. – New York: Farrar, Straus and Giroux, 2011. – 499 p.
57. Kant I. *Critique of Practical Reason* / I. Kant; transl. by T.K. Abbott. – Cambridge: Cambridge University Press, 1788 (reprint 1997). – 186 p.
58. Karlsson H. How psychotherapy changes the brain: Understanding the mechanisms [Электронный ресурс] / H. Karlsson // *Psychiatric Times*: – 2011. – Vol. 28, No. 8. – P. 21-23. – Режим доступа: https://www.researchgate.net/publication/289407703_How_pschotherapy_changes_the_brain_Understanding_the_mechanisms
59. Kellett M. W., Smith D. F., Baker G. A. Quality of life after epilepsy surgery. *Journal of Neurology Neurosurgery & Psychiatry*. 1997. Vol. 63. № 1. P. 52-58. URL: <https://jnnp.bmj.com/content/63/1/52.short>
60. Kemp S., Garlovsky J., Reynders H. Predicting the psychosocial outcome of epilepsy surgery: A longitudinal perspective on the 'burden of normality'. *Epilepsy &*

- Behavior. 2016. Vol. 60. P. 149–152. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525505016300518>
61. Keyes C. Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. [Электронный ресурс] / C. Keyes // American Psychologist. – 2007. – № 62(2). – P. 95-108. – Режим доступа: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.2.95>
62. Kim S. J. Solution-focused brief therapy to improve child well-being and family functioning outcomes with substance using parents in the child welfare system [Электронный ресурс] / J. S. Kim, B. A. Akin, J. Brook // Developmental Child Welfare. – 2019. – № 1(2):251610321982947. – Режим доступа: <https://doi.org/10.1177/251610321982947>
63. King J. T., Kassam A. B., Yonas H. Mental health, anxiety, and depression in patients with cerebral aneurysms. Journal of Neurosurgery. 2005. Vol. 103. № 4. P. 636-641. URL: <https://thejns.org/view/journals/j-neurosurg/103/4/article-p636.xml>
64. Kraut R. What Is Good and Why: The Ethics of Well-Being / R. Kraut. – Cambridge, MA: Harvard University Press, 2007. – 304 p.
65. Kumar Mishra K. Optimism as Predictor of Good Life [Электронный ресурс] / K. Kumar Mishra // 2012. 23 p. URL: https://www.researchgate.net/publication/239730158_Optimism_as_Predictor_of_Good_Life
66. Levine N. B., DeMonte F. Functional outcome in the neurosurgical patient and its impact on quality of life. Skull Base. 2010. Vol. 20. № 1. P. 19-22. URL: <https://www.thieme-connect.com/products/all/doi/10.1055/s-0029-1242980>
67. Litvan I., Goldman J.G., Tröster A.I. et al. Diagnostic criteria for mild cognitive impairment in Parkinson’s disease: Movement Disorder Society Task Force guidelines [Электронный ресурс] // Movement Disorders. – 2011. – Vol. 27, No. 3. – P. 349-356. – Режим доступа: <https://doi.org/10.1002/mds.24893>.
68. Locke J., Berkeley G., Hume D. The Empiricists: Locke, Berkeley, Hume / J. Locke, G. Berkeley, D. Hume. – New York: Anchor Books, 1974. – 517 p.

69. LoGalbo A., Sawrie S., Roth D.L. et al. Verbal memory outcome in patients with normal preoperative verbal memory and left mesial temporal sclerosis // *Epilepsy & Behavior*. – 2005. – Vol. 6, No. 3. – P. 337-341.
70. Macrodimitris S., Sherman E. M. S., Forde S. Psychiatric outcomes of epilepsy surgery: a systematic review. *Epilepsia*. 2011. Vol. 52. № 5. P. 880-890. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1528-1167.2011.03014.x>
71. Mancuso C. A., Duculan R., Cammisa F. P. Successful lumbar surgery results in improved psychological well-being: a longitudinal assessment of depressive and anxiety symptoms. *The Spine Journal*. 2018. Vol. 18. № 4. P. 606-613. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1529943017309774>
72. Marujo A. H. Community Peace and Character Strengths / A. H. Marujo, M. Wissing // *South African Journal of Psychology*. – 2003. – № 33 (4). – P. 212-218.
73. Maslow A.H. *Motivation and Personality* / A.H. Maslow. – New York: Harper & Brothers, 1954. – 411 p.
74. Mendelsohn D., Lipsman N., Lozano A. M. The contemporary practice of psychiatric surgery: results from a global survey of functional neurosurgeons. *Stereotactic and Functional Neurosurgery*. 2013. Vol. 91. № 5. P. 306-313. URL: <https://karger.com/sfn/article-abstract/91/5/306/293349>
75. Merner A. R., Kostick-Quenet K., Campbell T. A. Participant perceptions of changes in psychosocial domains following participation in an adaptive deep brain stimulation trial. *Brain Stimulation*. 2023. Vol. 16. № 3. P. 990-998. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1935861X23018004>
76. Mula M. Psychosocial aspects of epilepsy: a wider approach [Электронный ресурс] / M. Mula, J.W. Sander // *BJPsych Open*. – 2016. – Vol. 2 (4). – P. 270-274. – Режим доступа: <https://doi.org/10.1192/bjpo.bp.115.002345>
77. Norton D.L. *Personal Destinies: A Philosophy of Ethical Individualism* / D.L. Norton. – Princeton: Princeton University Press, 1976. – 398 p.
78. O'Connor R. J., Cano S. J., Thompson A. J. The impact of inpatient neurorehabilitation on psychological well-being on discharge and at 3 month follow-

- up. Journal of Neurology. 2005. Vol. 252. № 6. P. 670-675. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00415-005-0751-x>
79. O'Doherty L. J., Hickey A., Hardiman O. Measuring life quality, physical function and psychological well-being in neurological illness. Amyotrophic Lateral Sclerosis. 2010. Vol. 11. № 5. P. 461-468. URL: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/17482960903552488>
80. Onfray M. The Power of Pleasure: A Hedonist Manifesto / M. Onfray. – London: Verso Books, 2007. – 224 p.
81. Ooms P., Mantione M., Figuee M. Deep brain stimulation for obsessive–compulsive disorders: long-term analysis of quality of life. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry. 2014. Vol. 85. № 2. P. 153-158. URL: <https://jnnp.bmj.com/content/85/2/153.short>
82. Pandya M., Kubu C.S., Giroux M.L. Parkinson disease: not just a movement disorder [Электронный ресурс] // Cleveland Clinic Journal of Medicine. – 2008. – Vol. 75, No. 12. – P. 856-864. – Режим доступа: <https://doi.org/10.3949/ccjm.75a.07005>.
83. Perry A., Casey E., Cotton S. Quality of life after total laryngectomy: functioning, psychological well-being and self-efficacy. International Journal of Language & Communication Disorders. 2015. Vol. 50. № 4. P. 467-475. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1460-6984.12148>
84. Pfaff D., Joëls M. Hormones, Brain, and Behavior / D. Pfaff, M. Joëls. – 3rd ed. – Oxford: Academic Press, 2017. – Vol. 5. – P. 133-158.
85. Pinto A., Faiz O., Davis R. Surgical complications and their impact on patients' psychosocial well-being: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2016. Vol. 6. № 2. P. e007224. URL: <https://bmjopen.bmj.com/content/6/2/e007224.short>
86. Prayson B. E., Floden D. P., Ferguson L. Effects of surgical side and site on psychological symptoms following epilepsy surgery in adults. Epilepsy & Behavior. 2017. Vol. 68. P. 108-114. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525505016303705>

87. Reijnders J.S., Ehrst U., Weber W.E., Aarsland D., Leentjens A.F. A systematic review of prevalence studies of depression in Parkinson's disease [Электронный ресурс] // *Movement Disorders*. – 2008. – Vol. 23, No. 2. – P. 183-189. – Режим доступа: <https://doi.org/10.1002/mds.21803>.
88. Riff K.D. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being [Электронный ресурс] / K.D. Riff // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 1989. – № 57(6). – P. 1069-1081. – Режим доступа: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
89. Ring L. Quality of Life / L. Ring // *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. – 2014.
90. Rogers C.R. A Way of Being / C.R. Rogers. – Boston: Houghton Mifflin, 1980. – 395 p.
91. Roothman B. Gender differences in aspects of psychological well-being [Электронный ресурс] / B.Roothman, D. K Kirsten, M. Wissing // *Peace Psychology and Character Strengths*. – 2024. – P. 157-184. – URL: <https://journals.co.za/doi/abs/10.10520/EJC98250>
92. Ryckeley M. The factor structure of well-being: A cross-cultural study [Электронный ресурс] / M. Ryckeley // *Journal of Happiness Studies*. – 2014. – Vol. 15, No. 3. – P. 581–598. – Режим доступа: <https://doi.org/10.1007/s10902-013-9445-9>.
93. Ryff C.D. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being [Электронный ресурс] / C.D. Ryff // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 1989. – Vol. 57, No. 6. – P. 1069-1081. – Режим доступа: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
94. Sasaki N. Japanese version of the 42-item psychological well-being scale (PWBS-42): a validation study [Электронный ресурс] / N. Sasaki, Y. Kuroda, K. Tsuno, N. Kawakami // *BMC Psychology*. – 2020. – № 8(1). – P. 75. Режим доступа: <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00441-1>
95. Scambler G., Hopkins A. Being epileptic: coming to terms with stigma // *Sociology of Health & Illness*. 1986. Vol. 8, No. 1. P. 26-43.

96. Scheier M.F., Weintraub J.K., Carver C.S. Coping with stress: divergent strategies of optimists and pessimists [Электронный ресурс] / M.F. Scheier, J.K. Weintraub, C.S. Carver // Journal of Personality and Social Psychology. – 1986. – Vol. 51, No. 6. – P. 1257-1264. – Режим доступа: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1257>
97. Schermer M. Ethical issues in deep brain stimulation. Frontiers in Integrative Neuroscience. 2011. Vol. 5. P. 17. URL: <https://www.frontiersin.org/journals/integrative-neuroscience/articles/10.3389/fnint.2011.00017/full>
98. Schermer M. Health, happiness and human enhancement—dealing with unexpected effects of deep brain stimulation. Neuroethics. 2013. Vol. 6. № 3. P. 435–445. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12152-011-9097-5>
99. Schiavolin S., Quintas R., Pagani M. Quality of life, disability, well-being, and coping strategies in patients undergoing neurosurgical procedures: Preoperative results in an Italian sample. The Scientific World Journal. 2014. P. 1–9. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1155/2014/790387>
100. Schwartz C., Pfefferkorn T., Ebrahimi C. Long-term neurological outcome and quality of life after world federation of neurosurgical societies grades IV and V aneurysmal subarachnoid hemorrhage in an interdisciplinary treatment concept. Neurosurgery. 2017. Vol. 80. № 6. P. 967-974. URL: https://journals.lww.com/neurosurgery/fulltext/2017/06000/long_term_neurological_outcome_and_quality_of_life.18.aspx
101. Seligman M. Flourish: A Visionary New Understanding of Happiness and Well-Being / M. Seligman. – New York: Free Press, 2011. – 368 p.
102. Shakhathreh L., Foster E., Siriratnam P. Impact of epilepsy surgery on quality of life: systematic review and meta-analysis. Epilepsia. 2023. Vol. 64. № 7. P. 1709-1721. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/epi.17644>
103. Shostrom E. Man, the Manipulator: The Inner Journey from Manipulation to Actualization / E. Shostrom. – Nashville: Abingdon Press, 1967. – 256 p.

104. Spilker B., Sella D.F. Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials / B. Spilker, D.F. Sella. – Philadelphia: Lippincott-Raven, 1996. – 1259 p.
105. Sremic S., Krsek A., Baticic L. Deep Brain Stimulation: Psychological and Neuroethical Perspectives. *Neurology International*. 2025. Vol. 17. № 10. P. 158. URL: <https://www.mdpi.com/2035-8377/17/10/158>
106. Staquet M.J., Hays R.D., Fayers P.M. Quality of Life Assessment in Clinical Trials: Methods and Practice / M.J. Staquet, R.D. Hays, P.M. Fayers. – Oxford: Oxford University Press, 1998. – 360 p.
107. Steger M.F., Shin J.Y. The meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life [Электронный ресурс] / M.F. Steger, J.Y. Shin // *Journal of Counseling Psychology*. – 2006. – Vol. 53, No. 1. – P. 80-93. – Режим доступа: <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.1.80>.
108. Steptoe A., Deaton A., Stone A.A. Subjective wellbeing, health, and ageing [Электронный ресурс] / A. Steptoe, A. Deaton, A.A. Stone // *The Lancet*. – 2015. – Vol. 385, No. 9968. – P. 640-648. – Режим доступа: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61489-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61489-0).
109. Szmul G. Assessment of the quality of life and the relationship between its level and sociodemographic factors and physical activity in the group of patients with Parkinson's disease [Электронный ресурс] / G. Szmul, J. Kowal, A. Wiśniowska-Szurlej, A. Ćwirlej-Sozańska, B. Sozański // *Advances in Rehabilitation*. – 2019. – № 33(4). – P. 43-50. – URL: <https://www.advrehab.org/Assessment-of-the-quality-of-life-and-the-relationship-between-its-level-and-sociodemographic-factors-and-physical-activity-in-the-group-of-patients-with-Parkinson-s-disease,125,38621,1,1.html>
110. Tamai K., Suzuki A., Terai H. Improvement in patient mental well-being after surgery for cervical spondylotic myelopathy. *Spine*. 2020. Vol. 45. № 10. P. 568-575. URL: https://journals.lww.com/spinejournal/fulltext/2020/05150/Improvement_in_Patient_Mental_Well_being_After.7.aspx

111. Tautil J. C., Alonso M., Marchiori M. Living With Deep Brain Stimulation for Parkinson's Disease: a Systematic Review and Qualitative Synthesis of Patient Experiences. *Neuroethics*. 2025. P. 1-19. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12152-025-09604-6>
112. Téllez-Zenteno J. F., Dhar R., Hernandez-Ronquillo L. Long-term outcomes in epilepsy surgery: antiepileptic drugs, mortality, cognitive and psychosocial aspects. *Brain*. 2007. Vol. 130. № 2. P. 334-345. URL: <https://academic.oup.com/brain/article-abstract/130/2/334/285346>
113. Tiberius V. *The Reflective Life: Living Wisely With Our Limits* / V. Tiberius. – Oxford: Oxford University Press, 2008. – 236 p.
114. van Hienen M. M., Contarino M. F. Effect of deep brain stimulation on caregivers of patients with Parkinson's disease: a systematic review. *Parkinsonism & Related Disorders*. 2020. Vol. 81. P. 20-27. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1353802020307707>
115. Weintraub J.K., Scheier M.F., Carver C.S. Coping with stress: divergent strategies of optimists and pessimists [Электронный ресурс] / J.K. Weintraub, M.F. Scheier, C.S. Carver // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 1986. – Vol. 51, No. 6. – P. 1257-1264. – Режим доступа: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1257>.
116. WHOQOL Group. What Quality of life? // *World Health Forum*. – 1996. – Vol. 17. – № 4. – P. 354-336
117. Wilson S. J., Wrench J. M., McIntosh A. M. Profiles of psychosocial outcome after epilepsy surgery: the role of personality. *Epilepsia*. 2010. Vol. 51. № 6. P. 1133-1138. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1528-1167.2009.02392.x>
118. Winslow J., Hu B., Tesar G. Longitudinal trajectory of quality of life and psychological outcomes following epilepsy surgery. *Epilepsy & Behavior*. 2020. Vol. 110. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525505020304625>
119. Wissing P. Marié. The Structure of Psychological Well-Being in Cultural Context: Towards a Hierarchical Model of Psychological Health [Электронный

- ресурс] / М. Р. Wissing, Q. М. Temane // Journal of Psychology in Africa. – 2014. – № 18 (1). – Р. 45-46. – Режим доступу:
<https://doi.org/10.1080/14330237.2008.10820170>
120. Wood A.M., Froh J.J., Geraghty A.W.A. Gratitude and well-being: A review and theoretical integration [Електронний ресурс] / А.М. Wood, J.J. Froh, A.W.A. Geraghty // Clinical Psychology Review. – 2010. – Vol. 30, No. 7. – Р. 890-905. – Режим доступу: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.005>.
121. World Health Organization. Health21: The Health for All Policy Framework for the WHO European Region. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1999. – 241 p. (European Health for All Series, №6).
122. Young J. S., Al-Adli N., Sibih Y. E. Recognizing the psychological impact of a glioma diagnosis on mental and behavioral health: a systematic review of what neurosurgeons need to know. Journal of Neurosurgery. 2022. Vol. 139. № 1. P. 11-19. URL: <https://thejns.org/view/journals/j-neurosurg/139/1/article-p11.xml>
123. Бунякін В.М. Діагностика та хірургічне лікування мультифокальної епілепсії: дис. д-ра філософії / Національна академія медичних наук України, Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України». – Київ, 2023. – 160 с. – Режим доступу: <https://neuro.kiev.ua/wp-content/uploads/dis-Бунякін.pdf>.
124. Василенко О. О. Соціально-психологічна підтримка хворих на епілепсію та хворобу Паркінсона [Електронний ресурс] / О. О. Василенко, Л. В. Кулакова, І. В. Дмитренко // Фізіологія людини і тварин. – 2019. – № 65(3, suppl.). – С. 1–200. – Режим доступу: https://fz.kiev.ua/journals/2019_V.65/2019-3sup/3-supplement_%202019.pdf
125. Дуткевич Т.В. Загальна психологія. – Кам'янець-Подільський, 2015. – 431 с.
126. Іванова Т.Ю. Тривога як психологічний феномен [Електронний ресурс] // Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки. – 2020. – № 6. – С. 72-78.

127. Ігнатенко Н. О. Стан тривожності, самопочуття, активності та настрою у студентів, які перехворіли на коронавірусну хворобу [Електронний ресурс] / Н. О. Ігнатенко, Г. М. Бондаренко // Студентські наукові студії: психологія, філософія. – 2015. – Вип. 3. – С. 1–200. – Режим доступу: https://philosophical.pnu.edu.ua/wp-content/uploads/sites/12/2025/09/studentski-naukovi-studii-2025-vyp_3-1.pdf
128. Каргіна Н. В. Ресурси та чинники психологічного благополуччя особистості: дис. канд. псих.н. Міністерство освіти і науки України, Державний Заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського». – Одеса, 2018. – 27 с. – Режим доступу: <http://dspace.pdpu.edu.ua/bitstream/123456789/1248/3/Дисертація%20Каргіна%20Наталья.pdf>
129. Кононова М.М., Кучма Т.О. Сутність стресу як психологічної категорії // Молодий вчений. – 2021. – № 1(89). – С. 28-32.
130. Кривенко В.І., Гріненко Т.Ю., Качан І.С. Якість життя як ефективний об'єктивний критерій діагностики та лікування у сучасній медицині // 2011. № 6. – С. 91-96.
131. Лехан В.М. Якість життя як критерій якості медичної допомоги / В.М. Лехан, О.Л. Зюков, А.В. Іпатов // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2006. – № 3. – С. 95-100.
132. Литовченко Т.А. Епілепсія та епілептичні напади після нейрохірургічних операцій (Аналітичний огляд літератури) / Т.А. Литовченко, В.А. Флорикян // Український вісник психоневрології. – 2014. – Т. 22, вип. 3 – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2014_22_3_34
133. Панок В.Г. Психологія сенсу життя: теоретичні та практичні аспекти // Практична психологія та соціальна робота. – 2010. – № 6. – С. 1-7.
134. Пашковський В.М. Коморбідність психічних розладів та неврологічної патології [Електронний ресурс] / В.М. Пашковський, О.С. Юрценюк, І.І. Кричун, Н.В. Васильєва, О.О. Жуковський, І.А. Зорій, Н.С. Карвацька, І.І. Кривецька, Р.І. Рудницький, С.М. Русіна, С.Д. Савка, О.О. Філіпець, О.Б.

- Яремчук, І.Ю. Блажіна, Н.М. Іванова, Б.М. Сумарюк // Міністерство Охорони Здоров'я України, Буковинський державний медичний університет – Чернівці, 2025. – Режим доступу: <https://emed.library.gov.ua/wp-content/uploads/tainacan-items/8476/161286/Monohrafiia-Komorbidnist-psykhichnykh-rozladiv-ta-nevrolohichnoi-patolohii.pdf>
135. Рудь Г.П. Сенс життя як психологічна категорія / Г.П. Рудь // Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Серія: Психологія. – 2017. – № 2(7). – С. 35-40.
136. Федченко, В. Ю. (2015). Комплексна психотерапевтична корекція невротичних розладів з симптомами тривоги. Український вісник психоневрології, (23, вип. 4), 90-96.
137. Фещенко Ю. І., Мостовой Ю. М., Бабійчук Ю. В. Процедура адаптації міжнародного опитувальника оцінки якості життя в Україні. Досвід застосування у хворих на бронхіальну астму // Укр. пульмонол. журн. – 2002. – № 3. – С. 9-11.
138. Фромм Е. Мати чи бути? Заради любові до життя. – Київ, 2010
139. Хаустова О.О. Психосоматичні маски тривоги // Український медичний часопис. – 2019. – № 4 (Т. 1-VI/VII). – С. 132.
140. Хен Ф.Ф. Дві концепції чи два підходи? Двофакторний аналіз психологічного та суб'єктивного благополуччя 2013 // Journal of Happiness Studies. – 2013. – V. 14, №. 3 . – р. 1033-1068 – Режим доступу: <http://dx.doi.org/10.1007/s10902-012-9367-x>
141. Ягенський А. В. Оцінка якості життя у потребі з ішемічною хворобою серця: результати валідизації україномовної версії опитувальника MacNew Heart Disease Health-related Quality of Life / А. В. Ягенський, С. Хофер, І. М. Січкарук, Н. Олдрідж // Український кардіологічний журнал. – 2013. – № 3. – С. 22–28. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Ukzh_2013_3_4

ДОДАТКИ

Додаток А

Описова статистика психометричних шкал

Шкала	N	Середнє	Ст. відхилення	Медіана	Мін	Макс	Асиметрія	Ексцес
C	177	47.66	10.70	50	18	63	-0.96	0.30
A	177	44.51	11.86	46	9	64	-1.00	1.39
H	177	51.86	9.98	54	20	68	-0.91	0.29
Су61	177	28.01	19.46	25	2	100	1.53	3.78
Су62	177	29.37	17.23	24	2	82	1.76	3.06
Су63	177	28.25	17.49	23	11	85	2.13	3.80
Су64	177	25.20	21.23	19	5	87	1.95	2.63
Су65	177	29.21	18.58	30	0	100	2.16	6.87
PGWBI	177	60.00	24.68	69	6	100	-0.52	-1.01
HADS-T	177	6.94	3.10	7	1	18	0.78	0.66

Описова статистика психометричних шкал

Шкала	N	Середнє	Ст. відхилення	Медіана	Мін	Макс	Асиметрія	Ексцес
HADS-Д	177	4.80	3.28	4	0	15	0.67	-0.26
PF	177	54.55	33.23	41	3	100	0.15	-1.70
RP	177	44.94	33.61	36	0	100	0.22	-1.54
BP	177	43.55	33.53	31	0	100	0.21	-1.53
GH	177	43.43	26.49	28	8	82	0.30	-1.78
VT	177	43.33	24.03	36	10	85	0.22	-1.59
SF	177	59.24	32.92	75	5	90	-0.75	-1.21
W...14	BP		0.86		0			Ненормальний
W...15	GH		0.77		0			Ненормальний
W...16	VT		0.85		0			Ненормальний
W...17	SF		0.75		0			Ненормальний
W...18	RE		0.81		0			Ненормальний
W...19	MH		0.83		0			Ненормальний

Результати непараметричного аналізу різниць між групами

Шкала	Хі- квадрат	df	р- значення	η^2	Висновок	Сила	Між якими групами відмінність (напрямок)
HADS- Т	2.03	2	0.363	0.00	Ні	Незначний	
HADS- Д	3.82	2	0.148	0.01	Ні	Слабкий	
PGWBI	26.27	2	<0.001	0.14	Так	Середній	Контроль ↑ Паркінсон; Епілепсія ↑ Паркінсон
С	5.97	2	0.0505	0.02	Ні	Слабкий	
А	22.69	2	<0.001	0.12	Так	Середній	Контроль ↓ Епілепсія; Контроль ↓ Паркінсон
Н	14.03	2	<0.001	0.07	Так	Середній	Контроль ↓ Паркінсон; Епілепсія ↓ Паркінсон
Суб1	17.83	2	<0.001	0.09	Так	Середній	Контроль ↓ Епілепсія; Епілепсія ↓ Паркінсон
Суб2	20.67	2	<0.001	0.11	Так	Середній	Контроль ↓ Епілепсія; Контроль ↓ Паркінсон

Результати непараметричного аналізу різниць між групами

Шкала	Хі-квадрат	df	р-значення	η^2	Висновок	Сила	Між якими групами відмінність (напрямок)
Су63	8.41	2	0.0149	0.04	Так	Слабкий	Контроль ↓ Епілепсія; Контроль ↓ Паркінсон
Су64	8.83	2	0.0121	0.04	Так	Слабкий	Контроль ↓ Епілепсія
Су65	1.52	2	0.469	0.00	Ні	Незначний	
PF	61.94	2	<0.001	0.34	Так	Сильний	Контроль ↑ Епілепсія; Контроль ↑ Паркінсон; Епілепсія ↓ Паркінсон
RP	74.08	2	<0.001	0.41	Так	Сильний	Контроль ↑ Епілепсія; Контроль ↑ Паркінсон
BP	65.76	2	<0.001	0.37	Так	Сильний	Контроль ↑ Епілепсія; Контроль ↑ Паркінсон
GH	73.04	2	<0.001	0.41	Так	Сильний	Контроль ↑ Епілепсія; Контроль ↑ Паркінсон; Епілепсія ↑ Паркінсон
VT	59.97	2	<0.001	0.33	Так	Сильний	Контроль ↑ Епілепсія; Контроль ↑ Паркінсон
SF	74.44	2	<0.001	0.42	Так	Сильний	Контроль ↑ Епілепсія; Контроль ↑ Паркінсон
RE	45.57	2	<0.001	0.25	Так	Сильний	Контроль ↑ Епілепсія; Контроль ↑ Паркінсон
MH	86.09	2	<0.001	0.48	Так	Сильний	Контроль ↑ Епілепсія; Контроль ↑ Паркінсон; Епілепсія ↑ Паркінсон

Порівняння показників за статтю (Манна-Уїтні) з напрямком різниці

Шкала	W	р_значення	Мед_Ч	Мед_Ж	Напрямок	Висновок
С	3927.0	0.87	50.0	52	Ж ↑	Різниця незначуща
А	4583.0	0.0355	45.0	48	Ж ↑	Значуща різниця
Н	3523.0	0.304	55.0	53	Ч ↑	Різниця незначуща
Суб1	3370.5	0.139	28.5	24	Ч ↑	Різниця незначуща
Суб2	3434.0	0.197	30.0	23	Ч ↑	Різниця незначуща
Суб3	3521.0	0.302	24.0	22	Ч ↑	Різниця незначуща
Суб4	3313.5	0.0995	20.0	17	Ч ↑	Різниця незначуща
Суб5	3373.5	0.141	31.0	29	Ч ↑	Різниця незначуща
PGWBI	3993.5	0.718	68.5	71	Ж ↑	Різниця незначуща
HADS-T	3765.0	0.754	7.0	7	•	Різниця незначуща
HADS- Д	3764.0	0.752	4.0	4	•	Різниця незначуща
PF	4991.5	<0.001	32.0	88	Ж ↑	Значуща різниця
RP	5204.0	<0.001	32.0	81	Ж ↑	Значуща різниця

Порівняння показників за статтю (Манна-Уїтні) з напрямком різниці

Шкала	W	p_значення	Мед_Ч	Мед_Ж	Напрямок	Висновок
BP	5172.5	<0.001	28.0	78	Ж ↑	Значуща різниця
GH	5169.5	<0.001	23.0	74	Ж ↑	Значуща різниця
VT	5087.0	<0.001	32.0	67	Ж ↑	Значуща різниця
SF	5240.5	<0.001	70.0	85	Ж ↑	Значуща різниця
RE	4669.5	0.0182	30.0	85	Ж ↑	Значуща різниця
MH	4849.0	0.00386	22.0	77	Ж ↑	Значуща різниця

Додаток Д

Кореляції Спірмена між віком і шкалами

Шкала	rho	p_значення	Напрямок	Висновок
C	0.04	0.562	•	Кореляція незначуща
A	0.12	0.109	•	Кореляція незначуща
H	0.19	0.0129	↑	Значуща кореляція
Суб1	-0.05	0.468	•	Кореляція незначуща
Суб2	0.08	0.313	•	Кореляція незначуща
Суб3	0.09	0.261	•	Кореляція незначуща
Суб4	0.04	0.56	•	Кореляція незначуща
Суб5	-0.03	0.711	•	Кореляція незначуща
PGWBI	-0.27	<0.001	↓	Значуща кореляція
HADS-T	-0.14	0.0583	•	Кореляція незначуща
HADS-Д	0.04	0.592	•	Кореляція незначуща
PF	-0.29	<0.001	↓	Значуща кореляція
RP	-0.14	0.0687	•	Кореляція незначуща
BP	-0.14	0.0723	•	Кореляція незначуща

Кореляції Спірмена між віком і шкалами

Шкала	rho	p_значення	Напрямок	Висновок
GH	-0.28	<0.001	↓	Значуща кореляція
VT	-0.20	0.00831	↓	Значуща кореляція
SF	-0.02	0.832	•	Кореляція незначуща
RE	-0.03	0.675	•	Кореляція незначуща
MH	-0.32	<0.001	↓	Значуща кореляція

Описова статистика когнітивних показників для груп Епілепсія та Паркінсон

Змінна	Показник	Епілепсія	Паркінсон
10 слів (4)	N	59.00	67.00
10 слів (4)	max	3.00	3.00
10 слів (4)	mean	0.69	0.49
10 слів (4)	median	1.00	0.00
10 слів (4)	min	0.00	0.00
10 слів (4)	sd	0.79	0.79
9 слів	N	59.00	67.00
9 слів	max	2.00	2.00
9 слів	mean	0.46	0.13

Описова статистика когнітивних показників для груп Епілепсія та Паркінсон

Змінна	Показник	Епілепсія	Паркінсон
9 слів	median	0.00	0.00
9 слів	min	0.00	0.00
9 слів	sd	0.65	0.42
Годинник	N	59.00	67.00
Годинник	max	3.00	1.00
Годинник	mean	0.34	0.03
Годинник	median	0.00	0.00
Годинник	min	0.00	0.00
Годинник	sd	0.58	0.17
Зниження пам'яті	N	59.00	67.00
Зниження пам'яті	max	2.00	3.00
Зниження пам'яті	mean	0.80	0.64
Зниження пам'яті	median	1.00	0.00
Зниження пам'яті	min	0.00	0.00
Зниження пам'яті	sd	0.66	0.77

Описова статистика когнітивних показників для груп Епілепсія та Паркінсон

Змінна	Показник	Епілепсія	Паркінсон
Зорове верб	N	59.00	67.00
Зорове верб	max	3.00	4.00
Зорове верб	mean	0.78	0.28
Зорове верб	median	1.00	0.00
Зорове верб	min	0.00	0.00
Зорове верб	sd	0.93	0.75
Зорове неверб	N	59.00	67.00
Зорове неверб	max	3.00	4.00
Зорове неверб	mean	0.75	0.27
Зорове неверб	median	1.00	0.00
Зорове неверб	min	0.00	0.00
Зорове неверб	sd	0.80	0.75
Критика	N	59.00	67.00
Критика	max	2.00	2.00
Критика	mean	0.97	0.28

Описова статистика когнітивних показників для груп Епілепсія та Паркінсон

Змінна	Показник	Епілепсія	Паркінсон
Критика	median	1.00	0.00
Критика	min	0.00	0.00
Критика	sd	0.69	0.52
Прислів'я	N	59.00	67.00
Прислів'я	max	2.00	1.00
Прислів'я	mean	0.58	0.22
Прислів'я	median	0.00	0.00
Прислів'я	min	0.00	0.00
Прислів'я	sd	0.77	0.42
Ригідність	N	59.00	67.00
Ригідність	max	3.00	4.00
Ригідність	mean	0.93	0.28
Ригідність	median	1.00	0.00
Ригідність	min	0.00	0.00
Ригідність	sd	1.03	0.77

Описова статистика когнітивних показників для груп Епілепсія та Паркінсон

Змінна	Показник	Епілепсія	Паркінсон
Рівень узагальнення	N	59.00	67.00
Рівень узагальнення	max	6.00	2.00
Рівень узагальнення	mean	0.86	0.42
Рівень узагальнення	median	1.00	0.00
Рівень узагальнення	min	0.00	0.00
Рівень узагальнення	sd	1.32	0.65
Темп СМР	N	59.00	67.00
Темп СМР	max	3.00	3.00
Темп СМР	mean	1.44	0.96
Темп СМР	median	1.00	1.00
Темп СМР	min	0.00	0.00
Темп СМР	sd	1.02	0.96
Темп та динаміка мислення	N	59.00	67.00
Темп та динаміка мислення	max	3.00	2.00
Темп та динаміка мислення	mean	1.03	0.37

Описова статистика когнітивних показників для груп Епілепсія та Паркінсон

Змінна	Показник	Епілепсія	Паркінсон
Темп та динаміка мислення	median	1.00	0.00
Темп та динаміка мислення	min	0.00	0.00
Темп та динаміка мислення	sd	0.76	0.62
Увага	N	59.00	67.00
Увага	max	4.00	2.00
Увага	mean	1.32	0.69
Увага	median	1.00	1.00
Увага	min	0.00	0.00
Увага	sd	0.95	0.72
Шульте	N	59.00	67.00
Шульте	max	3.00	2.00
Шульте	mean	0.76	0.51
Шульте	median	1.00	0.00
Шульте	min	0.00	0.00
Шульте	sd	0.84	0.73

**Порівняння когнітивних показників між групами Епілепсія та Паркінсон
(тест Манна-Уїтні)**

Змінна	W	p_значення	Напрямок	Висновок
Зниження пам'яті	2268.0	0.121	•	Різниця незначуща
Шульте	2322.0	0.0608	•	Різниця незначуща
Темп СМР	2516.5	0.00476	Епілепсія ↑	Значуща різниця
Увага	2717.0	<0.001	Епілепсія ↑	Значуща різниця
Прислів'я	2413.0	0.0086	Епілепсія ↑	Значуща різниця
Годинник	2521.5	<0.001	Епілепсія ↑	Значуща різниця
10 слів (4)	2292.5	0.0804	•	Різниця незначуща
Зорове неверб	2717.5	<0.001	Епілепсія ↑	Значуща різниця
Зорове верб	2655.5	<0.001	Епілепсія ↑	Значуща різниця
Рівень узагальнення	2361.5	0.0325	Епілепсія ↑	Значуща різниця
Темп та динаміка мислення	2926.5	<0.001	Епілепсія ↑	Значуща різниця
Ригідність	2779.5	<0.001	Епілепсія ↑	Значуща різниця
9 слів	2502.5	<0.001	Епілепсія ↑	Значуща різниця
Критика	3015.5	<0.001	Епілепсія ↑	Значуща різниця

Регресійна модель PGWBI (клінічна вибірка)

Термін	β	Std.Err	t	p	95 % CI ↓	95 % CI ↑
(Intercept)	30.409	7.500	4.055	0.000	15.537	45.282
HADS-T	-1.400	0.400	-3.502	0.001	-2.193	-0.607
HADS-Д	0.557	0.439	1.269	0.207	-0.314	1.428
C	-0.005	0.179	-0.028	0.977	-0.360	0.350
A	0.064	0.119	0.536	0.593	-0.173	0.300
H	-0.073	0.199	-0.365	0.716	-0.468	0.322
Су61	-1.122	0.215	-5.214	0.000	-1.549	-0.696
Су62	0.930	0.150	6.207	0.000	0.633	1.227
Су63	1.961	0.254	7.731	0.000	1.458	2.464
Су64	-1.199	0.162	-7.382	0.000	-1.521	-0.877
Су65	0.804	0.099	8.163	0.000	0.609	1.000
PF	0.201	0.079	2.542	0.013	0.044	0.357
RP	-0.297	0.071	-4.217	0.000	-0.437	-0.158

Регресійна модель PGWBІ (клінічна вибірка)

Термін	β	Std.Err	t	p	95 % CI ↓	95 % CI ↑
BP	0.019	0.068	0.287	0.775	-0.115	0.154
GH	0.167	0.126	1.330	0.186	-0.082	0.416
VT	0.308	0.116	2.648	0.009	0.077	0.538
SF	-0.435	0.062	-6.954	0.000	-0.558	-0.311
RE	0.036	0.052	0.685	0.495	-0.067	0.139
MH	-0.112	0.102	-1.102	0.273	-0.314	0.090
Група Паркінсон	- 19.263	3.251	-5.926	0.000	-25.710	-12.817
GAF_узаг Помірний	5.951	2.880	2.066	0.041	0.239	11.662
GAF_узаг Низький	1.511	7.473	0.202	0.840	-13.309	16.331

^a N = 126 | R² = 0.905 | Скориг. R² = 0.886 |
SE залишків = 8.801

Удосконалена регресійна модель PGWBІ у клінічній групі

Термін	β	Std.Err	t	p	95 % CI ↓	95 % CI ↑
--------	---------	---------	---	---	--------------	--------------

Регресійна модель PGWBІ (клінічна вибірка)

Термін	β	Std.Err	t	p	95 % CI ↓	95 % CI ↑
(Intercept)	34.858	5.149	6.770	0.000	24.654	45.062
HADS-T	-1.581	0.312	-5.069	0.000	-2.199	-0.963
Суб1	-1.323	0.126	- 10.493	0.000	-1.572	-1.073
Суб2	0.920	0.123	7.460	0.000	0.676	1.165
Суб3	2.135	0.224	9.552	0.000	1.692	2.578
Суб4	-1.264	0.145	-8.709	0.000	-1.551	-0.976
Суб5	0.880	0.088	10.002	0.000	0.706	1.054
PF	0.313	0.059	5.297	0.000	0.196	0.430
RP	-0.265	0.056	-4.766	0.000	-0.375	-0.155
SF	-0.285	0.035	-8.204	0.000	-0.354	-0.216
ГрупаПаркінсон	- 22.243	4.063	-5.474	0.000	-30.294	-14.191
GAF_узагПомірний	12.465	2.140	5.825	0.000	8.224	16.705
GAF_узагНизький	11.194	6.983	1.603	0.112	-2.643	25.032

Регресійна модель PGWBІ (клінічна вибірка)

Термін	β	Std.Err	t	p	95 % CI ↓	95 % CI ↑
СтатьЖ	0.687	1.848	0.372	0.711	-2.975	4.348
Вік	-0.070	0.102	-0.683	0.496	-0.273	0.133

^a N = 126 | R² = 0.885 | Скориг. R² = 0.87 |
SE залишків = 9.386

Центри 4-кластерної моделі (z-бали)

Шкала	1	2	3	4
10 слів (4)	-0.1101368	0.0618951	1.4668223	-0.4255287
9 слів	-0.3960077	0.3801674	0.8236960	-0.2720806
BP	0.0975970	1.7427985	-0.2553707	-0.5117016
C	0.2104769	0.3547996	-1.6054979	0.3078932
GH	-0.1514992	1.9116564	-0.1268800	-0.5455126
HADS-Д	0.1264345	-0.2223494	1.1274618	-0.2894192
HADS-Т	-0.0196807	0.1982386	0.5424009	-0.2190349
MH	0.8172485	1.0410940	-0.0028759	-0.5282724
PF	-0.0106559	1.7232037	-0.2654144	-0.4769368
PGWBI	0.4553622	0.3860543	-0.4297743	-0.1056398
RE	1.6403015	0.2439236	0.0548413	-0.4809995
RP	0.2747227	1.3055501	-0.2148429	-0.4238354
SF	0.6724121	0.7420726	-0.1058445	-0.3671662
VT	-0.0970048	1.7685964	-0.2729723	-0.4690823
A	-0.0850458	0.0509237	-1.3042959	0.3871519
Годинник	-0.3971642	0.0164117	0.8539030	-0.1630072
Зниження пам'яті	0.1354565	0.0179116	1.2905308	-0.4172349
Зорове верб	-0.5187776	0.1378729	1.1833123	-0.2705736
Зорове неверб	-0.5320160	0.1787163	1.1244828	-0.2633700
Критика	-0.2388150	0.5720120	1.2927471	-0.5090907
Н	0.1266423	0.2108020	-1.4492639	0.3282552
Прислів'я	-0.1208486	0.2476897	1.1249906	-0.3825795
Ригідність	-0.4829503	0.2886773	1.1623970	-0.3216417
Рівень узагальнення	-0.0619425	0.0526728	1.4629877	-0.4327570
Суб1	1.9215042	0.2535933	-0.3285968	-0.4375174
Суб2	2.1929513	-0.0156101	-0.5756679	-0.3416241
Суб3	2.4002745	-0.1166259	-0.4713216	-0.3884146
Суб4	2.1021466	-0.1490032	-0.0436252	-0.4335849
Суб5	0.5559472	0.0299121	0.4282516	-0.2664449

Центри 4-кластерної моделі (z-бали)

Шкала	1	2	3	4
Темп СМР	-0.2413964	0.1784041	1.2978722	-0.3826470
Темп та динаміка мислення	-0.3199888	0.3552028	1.3939592	-0.4496151
Увага	-0.2618035	0.6785107	0.9123186	-0.4262464
Шульте	-0.0819117	0.1273927	1.1089584	-0.3481062

Розподіл 4-кластерної типології у групах

	1	2	3	4	Sum
Контроль	0	0	0	0	0
Епілепсія	0	22	12	25	59
Паркінсон	16	0	8	43	67
Sum	16	22	20	68	126