

## ВПЛИВ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ НА ОБМЕЖЕННЯ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ В ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ПІСЛЯ МОЗКОВОГО ІНСУЛЬТУ

ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», Дніпро

**У пацієнтів з артеріальною гіпертензією II–III ст. у віддалений термін після перенесеного мозкового інсульту визначено чинники обмежень життєдіяльності у головних сферах життя. Розкрито особистісні й характерологічні риси, особливості реагування на захворювання та ураження когнітивних функцій, що сприяли формуванню цих обмежень. Алгоритм заповнення індивідуальних програм реабілітації інвалідів внаслідок перенесеного ішемічного мозкового інсульту має базуватися в розділі психолого-педагогічної діагностики на дослідженні як особистісних і характерологічних рис, внутрішньої картини хвороби, так і пам'яті, мислення, уваги та емоційного інтелекту.**

*Ключові слова:* артеріальна гіпертензія, ішемічний мозковий інсульт, обмеження життєдіяльності, головні сфери життя, психологічні чинники.

Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ) визначає «функціонування» як загальний термін для оцінки позитивних чи негативних аспектів функцій організму, активності та участі, а «обмеження життєдіяльності» — як термін для оцінки порушень, обмеження активності та можливості участі у суспільному житті [1]. Визначення характеру обмежень життєдіяльності після перенесеного інсульту у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) у першу чергу є необхідним для встановлення факту наявності інвалідності та розробки індивідуальних програм реабілітації інваліда [2].

На обмеження життєдіяльності хворих впливають не лише ураження центральної та периферичної нервових систем у віддаленому періоді після перенесеного ішемічного мозкового інсульту, а й психологічні особливості, наявність психічних розладів [3]. Хворі на АГ пов'язують незадоволеність якістю свого життя з тяжкістю соматичного захворювання, потребою в постійній медикаментозній терапії, що негативно впливає на психологічну та соціальну сфери їхнього життя. Проте до цього часу практично не вивченою залишається роль психологічних особливостей у формуванні обмежень життєдіяльності хворих на АГ і можливість їх поліпшення після проведення психотерапевтичної корекції.

Мета роботи — визначити особливості впливу психологічних чинників на обмеження життєдіяльності в головних сферах буття у хворих на АГ після перенесеного мозкового інсульту.

Відкрите контрольоване дослідження, що проводилося на базі ДУ «Український державний

науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», після отримання інформованої згоди охоплювало 139 хворих на АГ II та III ст. Критерієм включення до дослідження були есенціальна АГ та наявність відновного періоду або наслідків перенесеного інсульту у хворих віком 30–59 років. Критерії виключення: вторинні форми АГ; стеноз ниркових артерій; постійна форма фібриляції передсердь; виражені порушення функції нирок і печінки; інфаркт міокарда, кардіохірургічні втручання; некомпенсований цукровий діабет; наявність супровідного захворювання, що може упродовж 3 міс вплинути на виживання та якість життя хворих; наявність виражених когнітивних розладів та психіатричної патології, відмова від лікування.

Усіх обстежених пацієнтів було розподілено на дві групи спостереження: перша — 29 хворих на АГ II ст., друга — 110 осіб із АГ III ст. Середній вік пацієнтів першої групи становив  $48,1 \pm 3,1$ , а другої —  $45,3 \pm 5,6$  року. Серед обстежених було 59,7% чоловіків і 40,3% жінок. У хворих після перенесеного інсульту минуло в середньому  $4,4 \pm 1,8$  року; у 84 (76,3%) осіб давність інсульту становила менше 5 років, у 19 (17,3%) — 5–10 років, у 7 (6,4%) — 11–20 років. У дев'яти пацієнтів був повторний інсульт, в одного пацієнта — два інсульти.

Акцентуації характеру пацієнтів ми визначали за опитувальником К. Лангарда — Г. Шмішека [4], особистісні особливості — за Методикою багатостороннього дослідження особистості [5], характерологічні риси — за Методикою багатостороннього дослідження особистості Р. Кеттела [6],

типи ставлення до хвороби (ТСХ) — за Особистісним опитувальником Бехтеревського інституту [7]. За опитувальником емоційного інтелекту «ЕмІн» Д. В. Люсіна встановлювали особливості емоційного інтелекту [8]. Визначення уваги пацієнтів проводили за допомогою таблиць Шульте [9], методики Мюнстерберга [10], Коректурної таблиці Бентона [11]. Дослідження пам'яті здійснювалося із використанням тестів: образної пам'яті [12], зорової пам'яті [13], змістовної пам'яті [14], методик «Об'єм короткострокової пам'яті» [15] та «Запам'ятовування 10 слів» А. Р. Лурії [16]. Загальні розумові здібності досліджували за допомогою Короткого орієнтовного тесту (КОТ) [17]; процеси мислення — із використанням методик «Виділення істотних ознак» [18], методики Еббінгауза [19], «Виключення зайвого» [20], простих аналогій [21].

Статистичну обробку даних здійснювали із обчисленням  $t$ -критерію Стьюдента для порівняння середніх величин та критерію  $\chi^2$  для порівняння відносних величин [22]. Проводили кореляційний аналіз, описували його результати при рівні достовірності  $p < 0,05$ .

МКФ пропонує у головних сферах життя в домені «навчання та застосування знань» вивчення у хворих цілеспрямованого використання органів чуття, базисних навичок при навчанні, набуття практичних навичок, використання знань, вирішення проблем, загальні завдання і вимоги, виконання повсякденного розкладу, подолання стресу [1].

У домені «навчання та застосування знань» найбільш інформативними серед обстежених нами пацієнтів були: вирішення простих (16,1) і складних (13,4) проблем, увага (16,0), використання зору (14,3) і слуху (12,4), самостійне виконання окремих задач (14,3), багатопланових (13,4) та складних (11,5) завдань, можливість читання (11,7), прийняття рішень (11,5).

У хворих на АГ III ст. у пізній відновний період після перенесеного мозкового інсульту достовірно зростали обмеження життєдіяльності при використанні зору та слуху, концентрації уваги та в процесі мислення, під час вирішення простих і складних проблем (табл. 1).

Обмеження життєдіяльності при використанні зору цими особами зростали під впливом вираженості у них педантичної, циклотимічної та екзальтованої акцентуації характеру, рівня їх інтелекту й боязливості, стриманості, чутливості, бажання подати себе у вигідному світлі й вибірковості уваги. Використання слуху обмежували у них збільшення меланхолічного та апатичного реагування на захворювання.

Обмеження здатності до повторення в осіб із перенесеним мозковим інсультом асоційовано

зі збільшенням боязливості, тривожного й обсессивно-фобічного ТСХ та зменшенням короткої довготривалої слухової, образної й змістовної пам'яті, розуміння чужих емоцій та рівня логічного мислення.

В осіб із перенесеним мозковим інсультом перешкодами до оволодіння письмом були зростання збудливої, тривожної, циклотимічної, екзальтованої, неврастенічної та демонстративної акцентуації характеру, замкнутості, емоційної нестійкості, підозрливості, тривожності, напруженості, депресії, бажання подати себе у вигідному світлі, параноїального ставлення до хвороби, ефективності роботи, розуміння і керування своїми та чужими емоціями, внутрішньоособистісного емоційного інтелекту і логічного мислення.

Збільшувалися обмеження життєдіяльності в увазі при застосуванні знань у пацієнтів з АГ III ст. за рахунок проявів збудливої, тривожної, демонстративної й гіпертимної акцентуації характеру, прямолінійності, нонконформізму, підозрливості, тривожності, напруженості, емоційної нестійкості, боязливості, бажання подати себе у вигідному світлі, іпохондрії, тривожності та депресії, психопатії, параноїальності та аутизації, іпохондричного, меланхолічного, обсессивно-фобічного ставлення до хвороби, ейфоричного та анозогнозичного ТСХ, образної й змістовної пам'яті, розуміння і керування чужими емоціями, ефективності роботи, контролю експресії, міжособистісного і внутрішньоособистісного емоційного інтелекту, логічного мислення та розуміння логічних зв'язків і відносин між поняттями.

Обмеження життєдіяльності під час читання в осіб із перенесеним мозковим інсультом корелювали із проявами збудливої, дистимічної й тривожної акцентуації характеру, емоційної нестійкості, прямолінійності, нонконформізму, бажання подати себе у вигідному світлі, іпохондрії, обсессивно-фобічного і сенситивного реагування на захворювання, ефективності роботи, змістовної пам'яті, розуміння чужих і своїх емоцій, загальних розумових здібностей та логічного мислення.

Ускладнювали вирішення простих проблем у обстежених хворих вираженість гіпертимної й збудливої акцентуації характеру, емоційної нестійкості, напруженості, тривожності, низького самоконтролю, нонконформізму, бажання подати себе у вигідному світлі, депресії, істерії, меланхолічного та анозогнозичного ставлення до хвороби, об'єму короткотривалої пам'яті, контролю експресії, внутрішньоособистісного емоційного інтелекту, здатності керування своїми та чужими емоціями.

Обмеження життєдіяльності під час вирішення складних проблем у пацієнтів із перенесеним мозковим інсультом зростали при формуванні

Таблиця 1

## Обмеження життєдіяльності у хворих на артеріальну гіпертензію II і III ст. в домені «навчання та застосування знань» (за МКФ)

Розділ	Підрозділ	Групи хворих	
		перша, n = 29	друга, n = 110
Цілеспрямоване використання органів чуття	Використання зору	9,4±3,3	25,6±3,9*
	Використання слуху	5,0±2,7	19,0±3,7*
	Інші відчуття	3,1±2,5	12,8±3,2
Базисні навички при навчанні	Копіювання	3,8±2,6	15,6±3,9
	Базисні навички	3,1±1,9	13,8±3,2
	Комплексні навички	24,4±6,9	29,7±4,5
Застосування знань	Концентрація уваги	20,6±5,3	35,8±4,0*
	Мислення	10,6±5,5	25,8±3,2**
	Обчислення	20,6±6,8	29,3±4,1
	Вирішення простих проблем	1,3±0,8	15,6±3,8*
Загальні завдання та вимоги	Вирішення складних проблем	13,1±5,1	33,8±4,6**
	Вирішення окремих завдань	3,1±2,1	20,0±3,9**
	Самостійне виконання завдань	15,6±5,5	26,0±3,4
	Виконання завдань у групах	16,9±8,5	24,0±3,4
	Виконання багатопланових завдань	15,6±5,2	28,2±4,4
	Завершення багатопланових завдань	17,5±5,0	30,6±3,7
	Організація розкладу дня	12,5±4,5	23,8±3,0
Подолання стресу	Виконання розкладу дня	13,1±5,4	27,6±3,7*
	Відповідальність	9,4±4,2	14,7±3,3
	Подолання стресу	19,4±5,5	35,8±4,0*
	Подолання кризових явищ	33,8±10,3	55,3±5,1*

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ .

у них гіпертимної акцентуації характеру, бажання подати себе у вигідному світлі, депресії, аутизації, емоційної нестійкості, тривожності, неконформізму, іпохондричного, меланхолічного, апатичного, неврастенічного, егоцентричного, ейфоричного реагування на захворювання та зниження короткотривалої мовно-слухової, змістовної та об'єму короткотривалої пам'яті, ефективності роботи, розуміння і керування чужими емоціями, міжособистісного й загального емоційного інтелекту.

Обмежували можливість прийняття рішень у хворих на АГ III ст. вираженість гіпертимної акцентуації характеру, емоційної нестійкості, неконформізму, напруженості, бажання подати себе у вигідному світлі, іпохондрії, депресії, істерії, психастенії, шизоїдності, іпохондричного, меланхолічного, апатичного, неврастенічного, егоцентричного, анозогнозичного ставлення до хвороби, короткотривалої мовно-слухової пам'яті, ефективності роботи, розуміння і керування своїми й чужими емоціями, міжособистісного, внутрішньоособистісного й загального емоційного інтелекту.

Можливість виконання складних завдань особами з перенесеним мозковим інсультом обмежували збільшення у них збудливої, тривожної й циклотимічної акцентуації характеру, емоційної нестійкості, тривожності, підозрілості, напруженості, прямолінійності, неконформізму, бажання подати себе у вигідному світлі, депресії, параноїальності, аутизації, меланхолічного, апатичного, егоцентричного, ейфоричного, анозогнозичного й ергопатичного ставлення до хвороби, короткотривалої мовно-слухової пам'яті, об'єму динамічної уваги, ефективності роботи, розуміння і керування чужими й своїми емоціями, контролю експресії, міжособистісного і внутрішньоособистісного та загального емоційного інтелекту.

Перешкодами для самостійного виконання завдань хворими на АГ III ст. після інсульту були вираженість дистимічної й гіпертимної акцентуації характеру, інтелекту, емоційної нестійкості, неконформізму, напруженості, бажання подати себе у вигідному світлі та депресії, тривожного, іпохондричного, меланхолічного, апатичного,

неврастенічного, егоцентричного, ейфоричного та анозогнозичного видів реагування на захворювання, короткотривалої мовно-слухової й змістовної пам'яті, ефективності роботи, розуміння і керування чужими емоціями, міжособистісного і внутрішньоособистісного та загального емоційного інтелекту.

Бар'єрами для початку виконання багатопланових завдань обстеженими особами були пряmolінійність та адаптація уваги, тоді як для їх завершення — інтелект, пряmolінійність і напруженість, короткотривала мовно-слухова пам'ять й вибірковість уваги.

Погіршували можливість виконання загальних завдань і вимог хворими другої групи загострення збудливої, тривожної й гіпертимної акцентуації характеру, збільшення їх емоційної нестійкості, нонконформізму і напруженості, бажання подати себе у вигідному світлі, іпохондрії, депресії, паранояльності, психастенії, меланхолічного, апатичного, неврастенічного, егоцентричного, ейфоричного та анозогнозичного ТСХ, короткотривалої мовно-слухової й змістовної пам'яті, адаптації уваги, ефективності роботи, розуміння і керування своїми й чужими емоціями, контролю експресії, міжособистісного, внутрішньоособистісного та загального емоційного інтелекту.

Збільшувалися обмеження життєдіяльності при подоланні стресу хворими з перенесеним мозковим інсультом вираженість педантичної акцентуації характеру, емоційної нестійкості й боязливості, депресії, істерії, бажання подати себе у вигідному світлі, тривожного, неврастенічного, анозогнозичного реагування на захворювання, короткотривалої мовно-слухової, зорової й змістовної пам'яті, розуміння своїх та чужих емоцій, міжособистісного, внутрішньоособистісного й загального емоційного інтелекту, розумових здібностей і логічного мислення.

Можливість адекватного реагування в умовах кризових явищ у пацієнтів з АГ III ст. обмежували збільшення дистимічної акцентуації характеру, бажання подати себе у вигідному світлі, іпохондрії, депресії, паранояльності; тривожного, іпохондричного, неврастенічного, сенситивного й егоцентричного ставлення до хвороби та зменшення у них ефективності роботи, короткотривалої мовно-слухової, зорової й змістовної пам'яті, розуміння своїх та чужих емоцій.

Подолання стресу в осіб із перенесеним мозковим інсультом ускладнювали вираженість педантичної акцентуації характеру, емоційної нестійкості й боязливості, депресії, бажання подати себе у вигідному світлі, тривожного, неврастенічного й анозогнозичного ставлення до захворювання, короткотривалої мовно-слухової, зорової, змістовної

пам'яті, розуміння своїх та чужих емоцій, міжособистісного, внутрішньоособистісного і загального емоційного інтелекту, розумових здібностей та рівня логічного мислення.

Узагальнюючи отримані результати, можна вважати, що у хворих другої групи збільшенню обмежень життєдіяльності у домені «навчання та застосування знань» сприяли загострення збудливої акцентуації характеру, збільшення емоційної нестійкості, боязливості, нонконформізму, бажання подати себе у вигідному світлі, тривоги, депресивних і паранояльних тенденцій, сенситивного, егоцентричного, анозогнозичного реагування на захворювання та зменшення ефективності роботи, короткотривалої й довготривалої мовно-слухової, образної, зорової й змістовної пам'яті, контролю експресії, розуміння і керування своїми та чужими емоціями, міжособистісного, внутрішньоособистісного й загального емоційного інтелекту і логічного мислення.

При цілеспрямованому використанні органів чуття хворими з АГ найбільш інформативними обмеженнями життєдіяльності були: використання зору (14,3) й слуху (12,3), а також інших відчуттів (7,2). Верхні межі показників обмеження життєдіяльності при цілеспрямованому використанні органів чуття хворими з АГ II і III ст. значно різнились за оцінкою використання зору, що свідчило про більш виражені обмеження саме у цій категорії (табл. 2).

При оволодінні базисними навичками під час навчання у хворих на АГ найбільш значущими були: набуття базисних (10,9) і комплексних (5,4) навичок, здатності до розрахунків (9,9), копіювання (8,6) та повторення (5,3) (табл. 2). Верхні межі показників обмеження життєдіяльності при набутті навичок навчання особами з АГ II і III ст. значно різнились за оцінкою копіювання, розрахунку, комплексних і базисних навичок, що свідчило про більш виражені обмеження саме в цих категоріях.

Під час застосування знань у хворих на АГ найбільш інформативними були: вирішення простих (16,1) і складних (11,5) проблем, концентрація уваги (16,0), читання (11,7), прийняття рішень (11,5), мислення (6,2) (табл. 2). Верхні межі показників обмеження життєдіяльності при застосуванні знань особами з АГ II і III ст. значно різнились за оцінкою концентрації уваги, читання, вирішення простих і складних проблем, прийняття рішень, що свідчило про найбільш виражені обмеження саме у цих категоріях.

При виконанні загальних завдань і вимог пацієнтами з АГ II і III ст. найбільш значущими були: вирішення окремих (14,3) і складних (13,4) завдань, самостійне виконання багатопланових

**Межі показників обмеження життєдіяльності у хворих з артеріальною гіпертензією в домені «навчання та застосування знань»**

Розділ	Підрозділ	Межі показників в обстежених хворих		
		вага	перша група, $n = 29$	друга група, $n = 110$
Цілеспрямоване використання органів чуття	Використання зору	14,3	0–20	0–90
	Використання слуху	12,4	0–20	0–75
	Інші відчуття	7,2	0–20	0–70
Базисні навички при навчанні	Копіювання	8,6	0–20	0–90
	Базисні навички	10,9	0–15	0–70
	Комплексні навички	5,4	0–50	0–90
Застосування знань	Концентрація уваги	16,0	0–40	0–95
	Мислення	6,2	0–40	0–70
	Читання	11,7	0–40	0–100
	Письмо	2,2	0–100	0–100
	Обчислення	1,7	0–100	0–70
	Вирішення простих проблем	16,1	0–55	0–95
	Вирішення складних проблем	11,5	0–40	0–95
	Прийняття рішень	11,5	0–30	0–100
	Самостійне виконання завдань	9,1	0–40	0–60
	Виконання завдань у групах	0	0–70	0–70
	Виконання багатопланових завдань	8,9	0–35	0–100
	Завершення багатопланових завдань	8,4	0–35	0–80
	Самостійне виконання багатопланових завдань	13,1	0–35	0–100
	Групове виконання багатопланових завдань	1,2	0–70	0–75
	Власна активність	1,7	0–65	0–95
	Подолання стресу	Відповідальність	6,4	0–35
Подолання стресу		11,5	0–45	0–95
Подолання кризових явищ		3,7	0–95	0–100

(13,1) і простих (9,1) завдань, початок (8,9) і завершення (8,4) багатопланових завдань, організація (7,8) та виконання (6,5) розкладу дня. Верхні межі показників обмеження життєдіяльності при виконанні загальних завдань і вимог хворими обох груп значно різнились за оцінкою можливості вирішення складних завдань, початку і самостійного виконання багатопланових задач, дотримання розкладу дня, що свідчило про найбільш виражені обмеження саме у цих категоріях.

При подоланні стресу пацієнтами з АГ найбільш значущими були: подолання стресу (11,5) та кризових явищ (3,7), відповідальність (6,4). Верхні межі показників обмеження життєдіяльності при виконанні загальних завдань і вимог хворими обох груп значно різнились за оцінкою можливості подолання стресу, що свідчило про найбільш виражені обмеження саме у цій категорії.

Можна зробити висновок, що у віддалений термін після перенесеного мозкового інсульту

у хворих на АГ залишалися значні обмеження в головних сферах життя у домені «навчання та використання знання», найбільш вираженими з яких були використання зору та слуху, можливість концентрації уваги та мислення, вирішення простих і складних задач. Найінформативнішими (за даними статистичного аналізу) при цьому були: вирішення простих (16,1) і складних (13,4) проблем, увага (16,0), використання зору (14,3) і слуху (12,4), самостійне виконання окремих завдань (14,3), багатопланових (13,4) та складних (11,5) завдань, можливість читання (11,7), прийняття рішень (11,5). Зростанню обмежень життєдіяльності у домені «навчання та застосування знань» в осіб з АГ III ст. сприяли загострення збудливої акцентуації характеру, збільшення емоційної нестійкості, боязливості, нонконформізму, бажання подати себе у вигідному світлі, тривоги, депресивних і параноїальних тенденцій, сенситивного, егоцентричного, анозогнозичного реагування на

захворювання та зменшення ефективності роботи, короткотривалої й довготривалої мовно-слухової, образної, зорової й змістовної пам'яті, контролю експресії, розуміння і керування своїми та чужими емоціями, міжособистісного, внутрішньоособистісного й загального емоційного інтелекту і логічного мислення. Побудова індивідуальних програм реабілітації інвалідів внаслідок перенесеного мозкового інсульту має включати в розділі психолого-педагогічної діагностики обов'язкове дослідження як особистісних і характерологічних рис, внутрішньої картини хвороби, так і пам'яті, мислення, уваги та емоційного інтелекту, у зв'язку з тим, що особистісні риси хворих, їх когнітивні функції суттєво впливають на їхнє сприйняття обмежень життєдіяльності та можуть негативно позначитись на подальших етапах реабілітації.

#### Список літератури

1. Международная классификация функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья.— Женева: ВОЗ, 2001.— 342 с.
2. Закон України «Про затвердження Інструкції про встановлення груп інвалідності» від 05.09.2011р. № 561 [Електронний ресурс].— Режим доступу: <http://www.ifp.kiev.ua>.
3. Постинсультные аффективные расстройства / Е. А. Петрова, М. А. Савина, Н. А. Георгиевская [и др.] // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.— 2011.— № 10.— С. 12–17.
4. Методика Г. Шмишека для визначення акцентуацій характеру [Електронний ресурс] // Психологическая диагностика.— Режим доступу: <http://brunner.kgu.edu.ua/index.php/cv/203-leongard>
5. Методика Міні-мульти (Скорочений багатфакторний опитувальник для дослідження особистості — СБОО) [Електронний ресурс] // Психологическая диагностика.— Режим доступу: <http://brunner.kgu.edu.ua/index.php/cv/283-mini-mult>
6. Многофакторна особистісна методика Р. Кеттла [Електронний ресурс] // Психологічна лабораторія (інструментарій).— Режим доступу: <http://psylab.com.ua/tools>
7. Особистісний опитувальник НДПНІ ім. В. М. Бехтерева (методика ООБІ) [Електронний ресурс] // Психологічна лабораторія (інструментарій).— Режим доступу: <http://psylab.info>
8. Опитувальник емоційного інтелекту «EmIn» [Електронний ресурс] // Психологическая диагностика.— Режим доступу: <http://brunner.kgu.edu.ua/index.php/cv/222-emin>
9. Таблиці Шульте [Електронний ресурс] // Все профессиональные психологические тесты.— Режим доступу: <http://vsetesti.ru/314/>
10. Методика Мюнстерберга [Електронний ресурс] // Психологическая диагностика.— Режим доступу: <http://brunner.kgu.edu.ua/index.php/psy-metodiks/32-attention/463-myunsterberg>
11. Корректурна таблиця Бентона [Електронний ресурс] // Психология (тести, опис).— Режим доступу: [http://azps.ru/tests/tests\\_benton.html](http://azps.ru/tests/tests_benton.html)
12. Образна пам'ять [Електронний ресурс] // Все профессиональные психологические тесты.— Режим доступу: <http://vsetesti.ru/318/>
13. Зорова пам'ять [Електронний ресурс] // Психологические тесты (память на числа).— Режим доступу: <http://psylist.net/praktikum/pamcis.htm>
14. Змістова пам'ять [Електронний ресурс] // Все профессиональные психологические тесты.— Режим доступу: <http://vsetesti.ru/316/>
15. Дослідження об'єму короткотривалої пам'яті // Т. И. Пашукова, А. И. Допира, Г. В. Дьяконов. Практикум по общей психологии: учеб. пособ.— М.: Институт практической психологии, 1996.— С. 101–105.
16. Запам'ятовування 10 слів [Електронний ресурс] // Психологическая диагностика, тесты.— Режим доступу: <https://sites.google.com/site/logopedonlain/psihologiceskaa-diagnostika>
17. Короткий орієнтувальний тест (КОТ) [Електронний ресурс] // Психологическая диагностика.— Режим доступу: <http://brunner.kgu.edu.ua/index.php/cv/402-kot>
18. Виділення істотних ознак [Електронний ресурс] // Психология (тести, опис).— Режим доступу: [http://azps.ru/tests/tests3\\_sushp.html](http://azps.ru/tests/tests3_sushp.html)
19. Методика Еббінгауза [Електронний ресурс] // Психологическая диагностика.— Режим доступу: <http://brunner.kgu.edu.ua/index.php/cv>
20. Виключення зайвого // Психология (тести, опис) [Електронний ресурс].— Режим доступу: [http://azps.ru/tests/tests3\\_elimination.html](http://azps.ru/tests/tests3_elimination.html)
21. Прості аналогії [Електронний ресурс] // Психологическая диагностика.— Режим доступу: <http://brunner.kgu.edu.ua/index.php/therapy/52-mental/843-simple>
22. *Бабак В. П.* Статистична обробка даних / В. П. Бабак, А. Я. Білецький, О. П. Приставка.— К.: МІВВЦ, 2001.— 388 с.

## ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ОГРАНИЧЕНИЕ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОСЛЕ МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА

И. В. ДРОЗДОВА, С. Я. ЯНОВСКАЯ

**У пациентов с артериальной гипертензией II–III ст. в отдаленные сроки после перенесенного мозгового инсульта определены факторы ограничений жизнедеятельности в главных сферах**

**жизни. Раскрыты личностные и характерологические черты, особенности реагирования на заболевание и поражения когнитивных функций, которые способствовали формированию этих ограничений. Алгоритм заполнения индивидуальных программ реабилитации инвалидов вследствие перенесенного ишемического мозгового инсульта должен базироваться в разделе психолого-педагогической диагностики на исследовании как личностных и характерологических черт, внутренней картины болезни, так и памяти, мышления, внимания и эмоционального интеллекта.**

*Ключевые слова: артериальная гипертензия, ишемический мозговой инсульт, ограничения жизнедеятельности, главные сферы жизни, психологические факторы.*

---

**INFLUENCE OF PSYCHOLOGICAL FACTORS ON DISABILITY IN KEY AREAS OF LIFE  
IN PATIENTS WITH HYPERTENSION AFTER STROKE**

I. V. DROZDOVA, S. Ya. YANOVSKA

**Disability in major areas of life was determined in patients with stage II–III hypertension in the remote period after brain stroke. Personality and characterological traits, characteristics of response to diseases and cognitive function disorders that contributed formation of these restrictions were described. The algorithm of filling in individual rehabilitation programs for the disabled due to ischemic stroke should be based in the section of psycho-educational assessment on investigation of both personality and character traits, internal picture of the disease, and memory, thinking, attention, emotional intelligence.**

*Key words: hypertension, ischemic stroke, disability, major areas of life, psychological factors.*

---

*Надійшла 15.12.2016*