

**А. Г. Кириченко**

*ДУ «Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України»*

## ІНТЕГРАЛЬНА ОЦІНКА ОБМЕЖЕННЯ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ

При визначенні стану життєдіяльності 120 осіб проведена інтегральна оцінка всіх зацікавлених функціональних систем організму, результатів клініко-функціональної діагностики, психологічних особливостей, професійно-трудова та соціально-середовищних чинників. Уточнення ступеня виваженості обмежень за основними категоріями життєдіяльності здійснювалося за традиційними методами, прийнятими в експертній практиці й за допомогою психологічного та соціального обстеження з визначенням якості життя. Встановлена достовірна різниця середньої кількості обмежень життєдіяльності в залежності від наявного функціонального класу порушень, групи інвалідності, що дозволяє рекомендувати використання в практичній діяльності служби медико-соціальної експертизи кількісну оцінку обмежень життєдіяльності та науково обґрунтовані підходи до їх визначення.

**Ключові слова:** обмеження, здатність, хвороби нервової системи.

Інвалідність є одним з найважливіших показників соціального неблагополуччя населення, який відображає соціальну незрілість, економічну спроможність, етичну повноцінність суспільства й порушення взаємозв'язків особи-інваліда та його оточення [1, 2, 3]. Підвищена увага світової спільноти до проблем інвалідності є стимулом для розробки нових підходів до їх вирішення, які повинні ґрунтуватися на позиціях загальної Декларації про права інвалідів і Стандартних правилах забезпечення рівних можливостей для них, прийнятих ООН, зокрема предметом уваги спільноти при вирішенні цієї проблеми повинні бути не порушення в організмі людини, а відновлення його соціально-ролевої функції в умовах обмеженої свободи [4, 7].

До найбільшої соціальної дезадаптації приводять порушення психологічного типу реагування, емоційний стан, здібностей до самообслуговування, пересування, орієнтації [5, 6]. Тому при визначенні стану життєдіяльності особи необхідна інтегральна оцінка всіх зацікавлених функціональних систем організму, результатів клініко-функціональної діагностики, психологічних особливостей, професійно-трудова та соціально-середовищних чинників з урахуванням сучасного розуміння інвалідності, що й обумовило актуальність проведеного дослідження.

### Методи та матеріали дослідження

З метою оцінки видів та рівнів обмежень життєдіяльності (самообслуговування, пересування, участі у трудовій діяльності, контролю за своєю поведінкою, здатності до навчання, спілкування, орієнтації) з урахуванням структурно-функціональних порушень виконано дослідження з використан-

ням сучасних соціально-гігієнічних та клініко-функціональних методів.

Для отримання вірогідних результатів були вивчені та проаналізовані спеціально зібрані матеріали по інвалідності внаслідок хвороб нервової системи за розробленими картами причин інвалідності й медико-соціальними справами 120 хворих та 28 хворих невизнаних інвалідами, які знаходилися на обстеженні в клініці інституту.

Математична обробка отриманих результатів проведена за допомогою двохвибіркового t-тесту Ст'юдента з однаковими і різними дисперсіями.

### Результати дослідження та їх обговорювання

Аналіз ґендерних особливостей виявив, що в дослідженому контингенті переважали жінки – 71 (59,2%) проти 49 осіб чоловічої статі (40,8%).

Серед інвалідів, медико-експертні справи яких аналізувалися, особи з первинним встановленням інвалідності склали 82 особи (68,3%), переоглянутих – 38 (31,7%)

Серед уперше визнаних інвалідами у віці 30–39 років було 13,4% хворих; 40–49 років – 37,5%; 50–55 років – 44,6% та 56–60 років – 4,5% осіб. Переоглянути були розподілені за віком наступним чином: 30–39 років 1,8%, 40–49 років 33,3%, 50–55 років 38,9%, 56–60 років – 26%. Серед уперше визнаних інвалідами вірогідно вік інвалідів був більш молодим.

По відношенню до освіти найбільше вагомими групами були тих, що мали середню та середню спеціальну освіту – 43,4% та 34,9% відповідно; 15,7% хворих мали вищу освіту та 6% – неповну середню.

Всі інваліди мали значний стаж роботи (від 10 до 30 років), з яких 38,6% виконували фізичну працю, 33% – змішану та 28,4% – розумову.

У теперішній час із досліджуваних працювали 65,2% особи, не працювали 34,8%. Стосовно характеру виконуваної праці можна відмітити, що більша частина обстежених виконували працю змішаного характеру.

Серед працюючих за гендерними відмінностями відзначено, що чоловіки значно більше зайняті у промисловій сфері, працюючи некваліфікованими та кваліфікованими робітниками або без певної професії, частка яких разом склала  $36,4 \pm 2,64\%$  проти  $21,37 \pm 2,74\%$  у жінок ( $p < 0,05$ ). Більша частина жінок продовжувала працювати після отримання інвалідності: з II групою працюючих чоловіків  $6,2 \pm 0,87\%$ , серед жінок працювали  $21 \pm 2,53\%$ , серед чоловіків з III групою працювали  $30,8 \pm 3,22\%$ , жінок –  $51,8 \pm 3,76\%$ , ( $p < 0,05$ ).

За результатами опитування 120 інвалідів виявлено, що 51% осіб з II групою та 65% – з III продовжували працювати, через незадовільні матеріальні потреби (91,7% та 74%) та бажання бути повноцінними членами суспільства (75% та 51%, відповідно). Переважна більшість респондентів  $57,23 \pm 3,08\%$  оцінила матеріально-побутовий рівень як середній, у той час як  $29,34 \pm 2,56\%$  як низький та  $13,43 \pm 1,78\%$  – вище від середнього, ( $p < 0,05$ ); 69,6% жінок оцінюють свої матеріально-побутові умови життя як низькі ( $p < 0,05$ ); як середні –  $32 \pm 2,17\%$  проти чоловіків –  $67 \pm 2,83\%$

При проведенні аналізу рівня зайнятості хворих встановлено, що більшість обстежених на момент обстеження не працювали 65 (54,4%) осіб (табл. 1).

Тривалість інвалідності на момент вивчення медико-експертної документації переоглянутих інвалідів найбільш частою була від 2 до 5 років у 81%; від 6 до 10 років у 12,9%; більш 10 років у 6,1% особи.

За структурою інвалідності серед первинно визнаних та переоглянутих превалювала III група інвалідності (65,2% та 81,5% відповідно) над II (33,9% та 11,1%) та I (0,9% та 7,4%).

За видами обмеження життєдіяльності визначено наступне: самообслуговування (I ступінь – 67,5%, II – 30% та III – 3%); пересування (I ступінь – 60,8%, II – 31,7% та III – 7,5%); трудова діяльність (I ступінь – 77,5%, II – 17,5% та III – 5,0%).

У осіб з помірними порушеннями (III група інвалідності) були встановлені обмеження до праці у  $65,5 \pm 6,47\%$ , до пересування – у  $49,06 \pm 6,87\%$ , до самообслуговування – у  $42,31 \pm 6,85\%$ ; з легкими, відповідно у  $32,14 \pm 6,24\%$ ;  $49,06 \pm 6,87\%$  та  $55,77 \pm 6,89\%$  випадків. Обмеження здатності до праці та пересування були встановлені у всіх хворих переважно в помірному ступені (відповідно  $78,95 \pm 5,4\%$ ;  $71,93 \pm 5,95\%$ ). Обмеження самообслуговування виявлені у  $96,45 \pm 2,48\%$ , з яких I ступеня – у  $61,82 \pm 6,55\%$  та легкого ступеня – у  $34,55 \pm 6,41\%$ .

пеня – у  $34,55 \pm 6,41\%$ .

У поодиноких хворих мало місце обмеження здатності до спілкування та навчання. Була встановлена достовірна різниця показників обмежень життєдіяльності у осіб з помірними та вираженими порушеннями внаслідок хвороб нервової системи (табл. 2).

Основними видами обмеження життєдіяльності інвалідів III групи (63 особи) були обмеження до трудової діяльності переважно I ступеня – у  $96,30 \pm 2,1\%$ , до пересування (у  $74,68 \pm 4,8\%$ , у  $25,32 \pm 4,89\%$  – в легкому ступені), до самообслуговування (у  $63,64 \pm 5,48\%$  – I ст.,  $35,06 \pm 5,44\%$  – легкому ст.).

У інвалідів II групи (57 хворих) різниця показників з попередньою групою була статистично вірогідною. В цій групі також найбільш часто були встановлені обмеження життєдіяльності до трудової діяльності, до пересування і самообслуговування і це стосувалося всіх без виключення хворих, але у більш значному ступені виразності у порівнянні з попередньою групою.

Так, II ступінь обмеження здатності до трудової діяльності встановлений у  $90,91 \pm 8,67\%$  хворих та у останніх – I, до пересування – I у  $63,64 \pm 14,50\%$ , у інших – легкого та II ступеня; до самообслуговування –  $54,55 \pm 15,0\%$  – I, у інших легкого та II майже порівну.

У  $32,5\%$  відмічалось обмеження самообслуговування стосовно прибирання житла, виконання робіт на земельній ділянці, прання, доставки продуктів з магазину.

Визначена тенденція до переважання осіб із недостатньою соціальною підтримкою –  $65,55 \pm 3,92\%$  ( $p < 0,05$ ). Практично у кожного третього – погіршення стосунків після отримання інвалідності (29,8%), особливо при I та II групах. Причиною конфліктів у родині визнані матеріально-побутові умови у  $62,35 \pm 2,34\%$ , як у жінок так і в чоловіків ( $p < 0,05$ ). Ступінь обмеження життєдіяльності був значно вищий серед жінок, ніж чоловіків ( $26,37 \pm 1,28\%$  проти  $15,27 \pm 1,38\%$ ,  $p < 0,05$ ), при цьому 58% хворих були незадоволені сексуальним життям, 61% відзначали вплив різного ступеня тілесного болю на якість інтимних стосунків.

Проведений психологічний аналіз психологічних особливостей 120 осіб виявив, що у 73,8% людей з обмеженими можливостями внаслідок захворювань нервової системи спостерігалися порушення емоційної та психологічної адаптації, що проявлялося високим рівнем тривоги (74,7%), депресією (46,5%), слабкою організацією психологічних захистів (58,2%), використанням суперечливих і неадекватних стратегій подолання (41,6%), більшою чутливістю до дії стресових факторів (66,2%), що супроводжувалося значною лабільністю, амбітністю, акуратністю та старанністю, незначною ригідністю (34,5%) і суворістю відносно дотримання за-

гальноприйнятих норм поведінки (29,8%).

Залежно від характерологічних рис особистості визначені основні акцентуації психологічного реагування людини з обмеженими можливостями: іпохондричний (25,7%), неврастенічний (20,6%), конституційно-депресивний (18,5%), психастенічний (13,5%), паранойяльний (11,4%). Питома вага психологічно гармонійних особистостей склала 10,3%.

Аналіз типів психологічного ставлення до обмеження життєдіяльності виявив низку суттєвих відмінностей залежно від групи інвалідності: для II групи був переважно тривожний (66,5%), для III – іпохондричний (42,2%), егоцентричний (27,3%) та паранойяльний (17,4%).

За типами соціальної дезадаптації відповідно до категорій обмеження життєдіяльності особи розподілилися таким чином: без суттєвих порушень соціальної адаптації – відповідно 36,9% і 21,8%, з інтрапсихічною спрямованістю – відповідно 43,5% й 31,9%, з екстрапсихічною спрямованістю – відповідно 19,6% і 46,3%.

Результати опитування засвідчили про перевагу дезадаптивних типів психологічного реагування у 89,8% випадків. У осіб з II групою інвалідності превалювала інтрапсихічна спрямованість (43,5%), з III – екстрапсихічна (46,3%). Для інтрапсихічної спрямованості соціальної дезадаптації більш характерним були прояви тривожного та неврастенічного типу відношення до обмеження життєдіяльності (37,2%); при екстрапсихічній спрямованості – сенситивні (13,6%), істеричні (21,7%) та паранойяльно-егоцентричні (6,8%) типи реагування.

Проведений психологічний скринінг установив, що однією з причин збільшення інвалідності була поява у структурі психічних процесів реакцій конверсійного захисту, які проявлялися псевдоневрологічною симптоматикою і не мали об'єктивного підтвердження при клінічному обстеженні, та найбільш питома вага спостеріга-

лося у осіб з екстрапсихічним типом реагування (51,4%).

Значні відмінності між категоріями обмеження життєдіяльності підтверджені за окремими шкалами у сполученні з емоційними порушеннями (тривожно-депресивними розладами за шкалами «рольове функціонування, обумовлене емоційним станом» (34,3 і 45,4 бала) і «психічне здоров'я» (35,7 і 44,1 бала) у вікових групах від 40 до 60 років. У осіб з II групою інвалідності якість життя була статистично нижча, ніж з III ( $p < 0,05$ ), тоді як соціально-психологічна оцінка загального здоров'я при III була вище від середньої, при II – незадовільною.

Найбільш значущі медичні, психологічні й соціальні чинники обмеження життєдіяльності враховано при створенні методологічних підходів до удосконалення критеріїв реабілітаційного прогностичного потенціалу, які визначили, що до факторів, які впливали на формування інвалідності, належали медико-функціональні порушення, емоційно-особистісні особливості, психологічні типи реагування, незадовільний рівень якості життя.

Оцінка ступеня порушень функцій проводилася в якісних характеристиках (незначні, помірні, виражені, значно виражені порушення), в основі яких лежать певні кількісні показники. Необхідно виділити декілька особливостей медико-соціальної експертизи хворих на хвороби нервової системи: ризик інвалідизації формують медичні та психологічні фактори, обтяжуючі клінічний прогноз; медико-професійні, обтяжуючі клініко-трудова прогноз; професійні, обтяжуючі працевлаштування; соціально-побутові, утруднюючі реабілітацію в цілому (це низький освітній рівень, невлаштований побут, проживання у відділеній від цивілізації місцевості).

Експертно-реабілітаційна та клініко-функціональна діагностика обмежень життєдіяльності вимагає визначення алгоритму до-

Таблиця 1

Соціальна характеристика інвалідів внаслідок хвороб нервової системи

Рівень зайнятості хворих	Групи інвалідності			
	III група n=63		II група n=57	
	абс.	%	абс.	%
Працюють	31	49,2	24	42,1
Не працюють	32	50,8	33	57,9

Таблиця 2

Обмеження життєдіяльності хворих на нервові хвороби залежно від групи інвалідності

Вид обмеження життєдіяльності	Функціональні порушення (M+m%)			Показник вірогідності
	помірні (n=63)	виражені (n=57)	всього (n=120)	
до трудової діяльності	88,89+4,2	100+0,00	94,17+2,14	$p < 0,01$
до пересування	84,13+5,02	100+0,00	91,67+3,66	$p < 0,01$
до самообслуговування	82,54+5,26	96,49+2,48	89,17+4,19	$p < 0,01$

сліджень, що дозволить найбільш адекватно вирішувати вказані питання у кожному конкретному випадку.

Медико-професійні і професійні фактори включають формування установки на працю – позитивної або негативної, співставлення функціональних можливостей хворого вимогам професії, якою він володіє, дослідження професійної придатності хворого у зазначеній професії, наявність умов за місцем мешкання інваліда для його раціонального працевлаштування в умовах з обмеженням дії виробничого середовища; припинення використання праці хворого в протипоказаних умовах.

Аналіз отриманих результатів показав, що уточнення ступеня виваженості обмежень за основними категоріями життєдіяльності повинно здійснюватися переважно за традиційними методами, прийнятими в експертній практиці, зокрема за допомогою нейропсихологічного та соціального обстеження з визначенням якості життя.

### Висновки

1. Серед обстеженого контингенту інвалідів внаслідок хвороб нервової системи переважають інваліди III групи, найчастіше особи працездатного віку, переважно від 40 до 55 років (жінки) та 40–60 років (чоловіки), що пов'язано з недостатнім використанням продовження листка тимча-

сової непрацездатності більш 4 місяців для тих осіб, які можуть продовжувати виконувати розумовий та змішаний труд з помірним та легким навантаженням; також з несвоєчасним застосуванням заходів з медико-професійної реабілітації інвалідів, що призводить до затягування строків перебування на інвалідності у зв'язку з економічною залежністю як соціальним фактором.

2. Проведена експертна оцінка обмеження життєдіяльності інвалідів внаслідок хвороб нервової системи дозволила встановити основні з них – це обмеження здатності до трудової діяльності, пересування, самообслуговування, соціально-психологічної та професійної адаптації. Однією з причин збільшення інвалідності була поява у структурі психічних процесів реакцій конверсійного захисту

3. Ризик інвалідизації формували медичні та психологічні фактори, обтяжуючі клінічний прогноз; медико-професійні, обтяжуючі клініко-трудова прогноз; професійні, обтяжуючі працевлаштування; соціально-побутові, утруднюючі реабілітацію та ресоціалізацію.

4. Встановлена достовірна різниця середньої кількості обмежень життєдіяльності в залежності від наявного функціонального класу порушень, групи інвалідності, що дозволяє рекомендувати використання в практичній діяльності служби медико-соціальної експертизи кількісну оцінку обмежень життєдіяльності та науково обґрунтовані підходи до їх визначення.

### Список літератури

1. Войтенко В. П. Інвалідність в Україні (демографічні студії). – Киев, 2008. – 198 с.
2. Аналіз демографічної ситуації в Україні / Л. А. Чепелевська, О. М. Орда, О. П. Рудницький, О. В. Любінець // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2011 рік / за ред. Р. В. Богатирьової. – К., 2012. – Розд.1. – С. 9–30.
3. Богатирьова Р. В. Медико-соціальні і правові проблеми охорони здоров'я: [монографія] / Р. В. Богатирьова. – К., 2012. – 417 с.
4. Демографія і стан здоров'я народу України / В. М. Корнацький, В. М. Коваленко, І. Л. Ревенько, В. А. Гандзюк та ін.: Аналітично-статистичний посібник. – Київ: МВЦ «Медінформ». – 2010. – 144 с.
5. Регіональні медико-соціальні проблеми хвороб системи кровообігу. Динаміка та аналіз / В. М. Коваленко, В. М. Корнацький та співав.: Аналітично-статистичний посібник. – Київ. – 2013. – 239 с.
6. Physical activity and quality of life in multiple sclerosis: Intermediary roles of disability, fatigue, mood, pain, self-efficacy and social support / W. Robert Motl, Edward McAuley, Erin M. Snook, and Rachael C. Gliottoni // Psychol Health Med. – 2009 January; 14(1). – P. 111–124.
7. Инвалидность, состояние здоровья и качество жизни инвалидов войны и пути оптимизации их социальной защиты / С. Н. Пузин, Б. Н. Хубутя, Л. Н. Чикинова: монография. – М., 2009. – 173 с.

Стаття надійшла до редакції: 20.12.2013 р.

**А. Г. Кириченко**

ГУ «Украинский государственный НИИ медико-социальных проблем инвалидности МЗО Украины»

## ИНТЕГРАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

При определении состояния жизнедеятельности 120 человек проведена интегральная оценка всех заинтересованных функциональных систем организма, результатов клинично-функциональной диагностики, психологических особенностей, профессионально-трудовых и социально-средовых фак-



торов. Уточнение степени взвешенности ограничений по основным категориям жизнедеятельности осуществлялось традиционными методами, принятыми в экспертной практике и с помощью психологического и социального обследования с определением качества жизни. Установлена достоверная разница среднего количества ограничений жизнедеятельности в зависимости от имеющегося функционального класса нарушений, группы инвалидности, что позволяет рекомендовать использование в практической деятельности службы медико-социальной экспертизы количественную оценку ограничений жизнедеятельности и научно обоснованные подходы к их определению.

**Ключевые слова:** ограничение, способность, болезни нервной системы.

**A. G. Kyrychenko**

*State Institution «Ukrainian State Institute of Medical and Social Problems of Disability Ministry of Public Health of Ukraine»*

## INTEGRATED ASSESSMENT APPROACHES DISABILITY

In determining the state of life of 120 people conducted integral assessment of all relevant functional systems, the results of clinical and functional diagnosis, psychological characteristics, professional labor, social and environmental factors. Clarification degree of balance constraints on major life categories carried by traditional methods adopted in expert practice and with the help of psychological and social survey definition of quality of life. A significant difference of the average number of disability, depending on your class of functional disorders of disability, which allows us to recommend the use in the practice of medical and social service expertise quantitative assessment of disability and science-based approaches to their determination.

**Keywords:** limit, ability, nervous system diseases.